

ICD-10-AM

AVUSTRALYA KODLAMA STANDARTLARI
Hastalıkların Ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel
Sınıflandırması, 10. Sürüm, Avustralya Modifikasyonu 5. Cildi
(ICD-10-AM)

Dördüncü Basım – 1 Temmuz 2004



National Centre for Classification in Health, Avustralya

5

ICD-10-AM AVUSTRALYA KODLAMA STANDARTLARI

CİLT 5

HASTALIKLARIN VE SAĞLIKLA İLGİLİ SORUNLARIN ULUSLARARASI
İSTATİSTİKSEL SINIFLANDIRMASI, 10. SÜRÜM, AVUSTRALYA
MODİFİKASYONU (ICD-10-AM)

1 TEMMUZ 2004



National Centre for Classification in Health

Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması, 10. Sürüm, Avustralya Modifikasyonu (ICD-10-AM). Cilt 1-5.

1. ve 2. Cilt, Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması, 10. Sürüm (ICD-10) temelinde hazırlanmıştır. © Telif Hakkı Dünya Sağlık Örgütü 1992. Tüm hakları saklıdır.
⊗ sembolü ile gösterilen bölümler, Avustralya Hükümetinin amaçlarına uygun olarak izinle değiştirilmiştir.

Ulusal Sağlık Sınıflandırma Merkezi (Sidney), Sidney Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, NSW 1825 Avustralya, tarafından yayınlanmıştır.

Dizgi: NCCH Yayınlar Bölümü, Avustralya

Bu yayında doğru bilgileri vermek için her türlü özen gösterilmiş olsa da Ulusal Sağlık Sınıflandırma Merkezi ve bu merkezde çalışan personel burada verilen bilgilerin hatasız olduğunu garanti etmez, bunun için güvence vermez ve bu kitabın kullanımıyla ortaya çıkan sonuçlara ilişkin herhangi bir sorumluluk üstlenmez.

Bu çalışma telif hakkı ile korunmaktadır. Kaynağı belirtilmek suretiyle araştırma ve eğitim amacıyla tamamen veya kısmen çoğaltılabilir; ancak, ticari amaçla kullanılamaz veya satılamaz. Yukarıda belirtilen amaçlar dışında yalnızca PO Box 170, Lidcombe NSW 1825 Avustralya adresinde bulunan Ulusal Sağlık Sınıflandırma Merkezinin (Sidney) izni ile çoğaltılabilir.

Kitabın revizyonuna katkıda bulunmak için irtibat:

Basımla ilgili yazışmalar için:

Yayımlar Müdürü

Ulusal Sağlık Sınıflandırma Merkezi (Sidney)
PO Box 170
Lidcombe NSW 1825
AVUSTRALYA

Sınıflandırma Destek ve Geliştirme Müdürü

Ulusal Sağlık Sınıflandırma Merkezi (Sidney)
PO Box 170
Lidcombe NSW 1825
AVUSTRALYA

Ulusal Sağlık Sınıflandırma Merkezi (Sidney), Sidney Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından satılır.

Yayın Bilgileri Katalogu

Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması, 10. Sürüm, Avustralya Modifikasyonu (ICD-10-AM).

İçindekiler: 1. Cilt: Hastalık Listesi – 2. Cilt: Alfabetik Hastalık Dizini – 3. Cilt: Prosedür Listesi (ACHI) – 4. Cilt: Alfabetik Prosedür Dizini (ACHI) – 5. Cilt: Avustralya Kodlama Standartları – 6. Cilt: ICD-10-AM Kuralları (*Kodlama Konuları*).

Dördüncü Basım.

Bibliyografi.

Dizin

ISBN 1 86487 600 X

ISBN 1 86487 594 1

ISBN 1 86487 595 X

ISBN 1 86487 596 8

ISBN 1 86487 597 6

ISBN 1 86487 598 4

1. Nozoloji

616.0012

ICD-10-AM Dördüncü Basım eBook

1. Cilt: Hastalık Listesi

2. Cilt: Alfabetik Hastalık Dizini

3. Cilt: Prosedür Listesi (ACHI)

4. Cilt: Alfabetik Prosedür Listesi (ACHI)

5. Cilt: Avustralya Kodlama Standartları

2. Cerrahi Sınıflandırma.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	viii
KISALTMALAR	ix
GİRİŞ	13
GENEL HASTALIK STANDARTLARI.....	17
0010 Özetlemeye ilişkin genel yönlendirici ilkeler	17
0001 Ana tanı	18
0002 Ek tanımlar	20
0046 Günlük endoskopi için teşhis seçimi	22
0005 Sendromlar	23
0008 Sekel.....	23
0011 Gerçekleştirilmeyen cerrahi girişim için yatış	25
0012 Şüpheli durumlar	25
0013 'Diğer' ve 'tanımlanmamış' kodlar	26
0015 Kombinasyon kodları	28
0025 Çift kodlama.....	28
0026 Klinik deneme, ilaç testi veya terapötik ilaç izlemi için yatış	28
0027 Çoklu kodlama.....	30
0033 Hastalık listesinde kullanılan yazım kuralları.....	31
0034 Alfabetik hastalık dizininde kullanılan yazım kuralları	36
GENEL İŞLEM STANDARTLARI	37
0016 İşlemlere ilişkin genel yönlendirici ilkeler.....	37
0040 İşlem listesinde kullanılan yazım kuralları	38
0041 Alfabetik işlem dizininde kullanılan yazım kuralları	41
0019 Tamamlanmamış veya kesintiye uğramış girişim	44
0020 Birden fazla/çift taraflı girişimler	44
0022 Anestezi ile muayene	45
0023 Laparoskopik/artroskopik/endoskopik cerrahi	46
0024 Panendoskopi.....	46
0028 Para-aortik lenf düğümü biyopsisi	47
0029 Sözleşmeli işlemlerin kodlanması	47
0030 Organ temini ve transplantasyonu	47
0031 Anestezi.....	49
0032 Birleşik sağlık müdahaleleri.....	52
0037 Pediatrik işlemler	54
0038 Lezyonların büyüklüğü, zamanı veya sayısına göre ayırt edilen işlemler	54
0039 Operasyon yerinin tekrar açılması	55
0042 Normalde kodlanmayan işlemler.....	55
0043 Flep ve serbest flepler	56
0044 Kemoterapi	59
0045 İlaç uygulama aygıtları	60
0047 Adezyonlar.....	62
UZMANLIK STANDARTLARI.....	63
1. Belirli enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar.....	65
0102 HIV/AIDS	65
0103 Streptokokkal enfeksiyon	69
0104 Viral hepatit.....	70

0108	Üriner sistem enfeksiyonu/ ürosepsise sekonder sepsis	72
0109	Nötropeni	73
0110	Septisemi	74
0111	Bakteriyemi	76
0112	İlaça dirençli mikroorganizmalarla enfeksiyon	76
2.	Neoplazmalar	79
0236	Neoplazmanın kodlanması ve sıralanması (günlük kemoterapi/ radyoterapi hariç)	79
0214	Intragam	79
0218	Lenfanjit karsinomatoz	79
0219	Biyopside bulgularanan malignite mastektomisi	79
0222	Lenfoma	80
0224	Palyatif bakım	80
0229	Radyoterapi	81
0233	Morfoloji	81
0234	Metastatik bölgeler	81
0237	Malignitenin rekürensi	82
0239	Metastazlar	82
0241	Dudakta malignite	83
0242	Dissemine karsinomatoz	83
0245	Habis immünoproliferatif hastalıklar ve lösemide remisyon	83
0246	Ailesel adenomatöz polipozis	84
0247	Kalıtısal polipozis olmayan kalın bağırsak kanseri	84
3.	Kan ve kan yapıcı organların hastalıkları ve immün sistemin bazı bozuklukları	87
0301	Kök hücre temini ve transplantasyonu	87
0302	Kan nakilleri	89
0303	Anormal koagülasyon profili	89
4.	Endokrin, nütrisyonel ve metabolik hastalıklar	93
0401	Diabetes mellitus ve bozulmuş glukoz regülasyonu	93
0402	Kistik fibrozis	109
0403	Hiperglisemi	109
5.	Zihin ve davranış bozuklukları	111
0503	Uyuşturucu, alkol ve tütün kullanımına bağlı bozukluklar	111
0505	Gebeliği komplike eden zihinsel hastalık	114
0506	Uyum tepkisi/ depresif tepki	116
0511	Fobi ile birlikte panik ataklar	116
0512	Kişilik özelliği/ bozukluğu	116
0516	Sosyal Kodlar	116
0517	Tedaviye uyumsuzluk	116
0520	Zihinsel hastalık aile öyküsü	117
0521	Hastanın zihinsel hastalık belirtisi taşımaksızın hastaneye yatırılması	117
0525	Madde rehabilitasyonu ve detoksifikasyonu	117
0526	Münchhausen's by Proxy	117
0528	Alzheimer hastalığı	118
0530	İlaçta doz aşımı	118
0531	Zihinsel bozukluk/ zihinsel özürülük	118
0532	Kognitif bozukluk	118
6.	Sinir Sistemi	121
0604	İnme	121
0605	İnme ekstansiyonu	123
0606	Afazi/ disfazi	123

0612	Kafa tabanı cerrahisi	123
0624	Otonom disrefleksi.....	123
0625	Travmatik olmayan kuadripleji ve parapleji	123
0627	Mitokondriyal bozukluklar	124
0629	Stereotaktik radyocerrahi, radyoterapi ve lokalizasyon.....	125
0630	Kuadriplejik el cerrahisi	127
0631	Benign titreme atakları	127
0632	Stereotaktik brakiterapi.....	127
0633	Stereotaktik sinir sistemi cerrahisi.....	127
0634	Serebrospinal sıvı dreni, şant ve ventrikülostomi.....	128
0635	Uyku apnesi ve ilgili bozukluklar.....	130
7.	Göz ve ekleri.....	133
0701	Katarakt	133
0709	Pterijyum.....	134
0710	Şaşılık.....	134
0719	Kontakt lens intoleransı	134
0723	Korneal rust ring	134
0724	Korneal kalsiyum kelasyonu	134
0731	Korneal greftin reddi veya yetmezliği	134
0732	Girişim sonrası gelişen hifema	134
0733	Hemodilüsyon.....	135
0740	Trabekülektomi.....	135
0741	Ektropiyon / entropiyon.....	135
8.	Kulak, burun, ağız ve boğaz (KBAB).....	139
0801	Sağırılık	139
0802	Zamk kulak (glue ear).....	139
0803	Grommetlerin çıkarılması için yatış	139
0804	Tonsillit	139
0807	Fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi (FESS).....	139
0809	İntraoral kemik implantları	140
9.	Dolaşım sistemi.....	143
0904	Kalp durması (kardiyak arrest)	143
0907	Ekokardiyografi raporları	143
0909	Koroner arter bypass greftleri.....	143
0913	Hipertansif böbrek hastalığı (I12)	147
0915	Sol ventrikül disfonksiyonu (LVD)	147
0920	Akut pulmoner ödem	147
0925	Hipertansiyon	147
0926	Hipertansif kalp hastalığı (I11).....	147
0927	Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı (I13).....	147
0928	Sekonder hipertansiyon (I15)	148
0933	Kalp kateterizasyonu	148
0934	Kardiyak revizyon/ reoperasyon girişimleri.....	148
0936	Kalp pilleri	149
0938	Ekstrakorporeal membran oksijenasyonu (ECMO).....	152
0939	Cerrahi arteriyovenöz fistül / şant.....	152
0940	İskemik kalp hastalığı (ayrıca bakınız ACS 0941 arteriyel hastalık)	153
0941	Arteriyel hastalık.....	158
10.	Solunum sistemi	163
1002	Astım	163
1004	Pnömoni	163

1006	Solunum desteği.....	164
1007	Servikal fasiyal apseye bağlı muhtemel respiratuvar obstrüksiyon.....	167
1008	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH).....	168
1011	Çocuklarda kronik bronşit.....	169
11.	Sindirim sistemi.....	171
1101	Apandisit.....	171
1103	Gastrointestinal (GIS) kanama.....	171
1106	Gastrit ile birlikte gastrik ülser.....	171
1109	İnen kolon.....	171
1110	Serbest intraperitoneal sıvı.....	171
1111	Apandisit ameliyatı ile birlikte mezenterik adenit.....	171
1117	Per-rektal (PR) kanama, BŞT.....	172
1120	Gastroenterit.....	172
1121	Özefajit.....	172
1122	Helicobacter / Campylobacter.....	172
12.	Deri ve subkutan doku.....	175
1203	Debridman.....	175
1204	Plastik cerrahi.....	175
1205	Blefaroplasti.....	177
1210	Selülit.....	177
1216	Kraniyofasiyal cerrahi.....	177
1217	Deri ve subkutan doku yarasının onarımı.....	178
1220	Ekstraoral kemik implantları.....	178
1221	Dekübitus [bası] ülseri.....	179
13.	Kas iskelet sistemi ve bağ dokusu.....	181
1301	Sırt ağrısı.....	181
1302	Kronik bel ağrısı sendromu.....	181
1307	Miyelopati ile birlikte disk bozuklukları.....	181
1308	Disk lezyonu.....	181
1309	Kalça protezinin dislokasyonu.....	181
1311	Ekzositoz.....	181
1316	Sement spacer / boncuklar.....	181
1319	Diz menisküsü/ ligament yırtılması, BŞT.....	182
1329	Silastik buton artroplastisi.....	182
1330	Disk kayması.....	182
1331	Yumuşak doku yaralanmaları.....	182
1334	Spondilozis/ spondilolistez/ retrolistez.....	182
1335	Biyomekanik lezyonlar, BYS.....	183
1336	Hipertoni.....	183
1342	Hiperrefleksi.....	183
1343	Diz erozyonu.....	183
1344	Postlaminektomi sendromu.....	183
1348	Spinal füzyon.....	183
1352	Juvenil artrit.....	184
1353	Bankart lezyonu.....	184
1354	SLAP lezyonu.....	184
14.	Genitoüriner sistem.....	187
1404	Diyaliz için yatış.....	187
1408	İnsan papilloma virüsü (HPV).....	187
1415	Young sendromu.....	188
1417	Böbrek pelvis tümörünün nefrostomi ile perkütan rezeksiyonu.....	188

1420	Selim prostatik hipertrofi için mesane boynunun insizyonu	188
1426	Diyaliz amiloidi.....	188
1427	Hidrosel	188
1428	Dietilstilbestrol (DES) sendromu	189
1429	Bel ağrısı/ hematüri sendromu	189
1430	Kronik böbrek bozukluğu.....	190
1431	Anestezi altında muayene, jinekoloji.....	190
1433	Mesane reedükasyonu	190
1434	Over kistleri.....	190
1435	Kadın genital sakatlığı.....	191
1436	Boşaltma denemesi.....	192
1437	İnfertilite	193
15.	Gebelik, doğum ve lohusalık	195
A.	Düşükle sonuçlanan gebelik.....	195
1503	'Komplet' ve 'inkomplet' düşük	195
1504	Mol hidatiform.....	195
1510	Düşükle sonuçlanan gebelik.....	195
1511	Gebeliğin sonlandırılması.....	195
1514	Blighted ovum.....	195
1544	Düşük ve ektopik ve molar gebelik sonrası komplikasyonlar.....	195
B.	Doğum süreci ve doğumla ilgili bozukluklar / prosedürler.....	197
1505	Tek spontan vajinal doğum	197
1506	Yanlış geliş, oransızlık ve maternal pelvik organların anormalliği.....	197
1508	Nörsiyel blokla birlikte ikinci safhanın gecikmesi.....	198
1509	Düşen östrioller	198
1513	İndüksiyon	198
1515	Doğumla birlikte antepartum durum	199
1517	Doğumun sonucu	199
1518	Hamilelik süresi	199
1519	Yatıştan önce doğum	199
1520	Çoğul doğum	200
1521	Gebeliği komplike eden durumlar.....	200
1524	İleri yaştaki anne	201
1525	Grand multipar.....	201
1526	Gebelikte hipertansiyon.....	201
1527	Miadını geçmiş doğum	202
1528	Postpartum kanama	202
1529	Hızlanmış doğum	202
1530	Prematür doğum.....	202
1531	Erken membran rüptürü	202
1532	Uzamış doğum	203
1534	Forseps ile doğum.....	203
1536	Fetal redüksiyon	203
1537	Azalmış fetal hareketler.....	204
1541	Elektif ve acil sezeryan.....	204
1542	Makatla geliş ve ekstraksiyon.....	204
1543	Plasentanın manuel olarak alınması	204
1546	Fetal kalp hızı deselerasyonları.....	204
1547	Sıvıda mekonyum.....	204
1549	Streptokokal grub B enfeksiyonu/ gebelikte taşıyıcı	204
1550	Doğumda taburcu/ sevk	205

C.	Lohusalıkla ilgili bozukluklar/ prosedürler.....	205
1501	Lohusalığın tanımı	205
1538	Postnatal emzirme güçlükleri	206
1539	Baskılanmış laktasyon.....	206
1548	Postpartum durumu veya komplikasyonu	207
16.	Perinatal dönemden kaynaklanan bazı durumlar	209
1605	Perinatal dönemden kaynaklanan durumların tanımı.....	209
1602	Maternal diyabetle birlikte gelişen neonatal komplikasyonlar	209
1607	Yenidoğan / neonat	209
1608	Evlad edinme	210
1609	Maternal nedenler ve doğum travmasından etkilenen yenidoğanlar	210
1610	Ani infant ölümü sendromu/ hayatı tehdit edici akut olay	211
1611	Şüpheli durum yokken yenidoğan veya bebeklerin gözlem ve değerlendirilmesi	212
1613	Masif aspirasyon sendromu	212
1614	Solunum distres sendromu/ hiyalin membran hastalığı/ sürfaktan eksikliği	213
1615	Hasta yenidoğana yönelik spesifik müdahaleler	213
1616	Hipoksik iskemik ensefalopati (HIE)	215
1617	Neonatal sepsis/ sepsis riski	215
1618	Prematürite ve düşük doğum ağırlığı	216
17.	Konjenital malformasyonlar, deformasyonlar ve kromozom anomalileri.....	219
18.	Semptomlar, belirtiler ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları, başka yerde sınıflanmamış	221
1802	Belirti ve semptomlar	221
1804	Ataksi.....	221
1805	Acopia.....	221
1806	Düşmeler	221
1807	Ağrı tanıları ve ağrı yönetimi girişimleri	221
1808	İnkontinans	222
1809	Febril konvülsiyonlar.....	223
1810	Derinin yırtılması ve zayıf deri	223
19.	Yaralanma, zehirlenme ve dış nedenlerin bazı sonuçları	225
1901	Zehirlenme.....	225
1902	İlaçların ters etkisi.....	225
1903	İki veya daha fazla ilacın birlikte alınması	225
1904	Girişim komplikasyonları.....	226
1905	Kapalı kafa yaralanması / bilinç kaybı / konküzyon.....	232
1906	Mevcut ve eski yaralanmalar	233
1907	Çok sayıda zedelenme	233
1908	Sinir ve tendon hasarı ile birlikte laserasyon	234
1909	Yetişkinin ve çocuğun suistimali.....	234
1910	Deri kaybı	235
1911	Yanıklar	235
1912	Yaralanma, zehirlenme, toksik etkiler ve diğer dış nedenlerin sekeli.....	237
1913	Hastanede kazanılmış yara enfeksiyonu.....	238
1914	Degloving yaralanması	238
1915	Spinal (kord) yaralanmaları (travmatik parapleji ve kuadripleji dahil).....	239
1916	Yüzeysel yaralanmalar	243
1917	Açık yaralar.....	243
1918	Kırık ve çıkık	244
1919	Açık kafa içi yaralanma.....	245

1920	Açık intratorasik/ intraabdominal yaralanma	245
1921	Burkulma ve gerilmeler.....	246
1922	Ezilme.....	246
1923	Zehirli canlılar ile temas.....	247
20.	Morbidite dış etkenleri.....	251
2001	Dış neden kodu kullanımı ve sıralama	251
2004	Allerjik reaksiyon BŞT	253
2005	Zehirlenme ve yaralanmalar – niyetin belirtilmesi	253
2008	Saldırı, suistimal ve ihmal suçunun faili	253
21.	Sağlık servisleriyle temas ve sağlık durumunu etkileyen faktörler	257
2103	İyileşme dönemi / nekahat bakımı için yatış.....	257
2104	Rehabilitasyon.....	257
2105	Uzun süreli/ bakımevi tipi yatan hastalar.....	260
2107	Süreli bakım.....	260
2108	Değerlendirme	260
2111	Spesifik bozukluk taraması.....	260
2112	Kişisel öykü.....	261
2113	Spesifik bozukluklar için takip muayeneleri.....	261
Ek A	Klinik sınıflandırma ve kodlama grupları.....	263
Ek B	Kodlamaya ilişkin temel yönlendirici ilkeler.....	269
Ek C	Klinik kod uzmanları etik kodu	271
Ek D	Klinik kod uzmanı ilkeleri	273
KAYNAKÇA.....		275
STANDARTLAR DİZİNİ		277

TEŞEKKÜR

Sidney Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ulusal Sağlık Sınıflandırma Merkezinin (Sidney) finansmanı, Vaka Bileşimi Programı kapsamında Avustralya Sağlık ve Yaşlanma Bakanlığı (DHA) tarafından sağlanmaktadır. Queensland Teknoloji Üniversitesi Halk Sağlığı Fakültesi Ulusal Sağlık Sınıflandırma Merkezinin (Brisbane) finansmanı Vaka Bileşimi Programı kapsamında Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü, Avustralya İstatistik Bürosu ve Queensland Teknoloji Üniversitesi tarafından sağlanmaktadır.

Avustralya Kodlama Standartları, Sidney Üniversitesi Ulusal Sağlık Sınıflandırma Merkezi (NCCH) (Sidney) tarafından hazırlanmıştır. NCCH, bu kitabın hazırlanmasındaki değerli katkılarından dolayı klinik kod uzmanları ile klinik tedavi uzmanları, klinik gruplar ve Kodlama Standartları Danışma Komitesine (CSAC)* teşekkür eder. NCCH, Klinik Sınıflandırma ve Kodlama Gruplarının (CCCG) biraraya gelmesinde verdikleri destekten dolayı Avustralya Klinik Vaka Bileşimi Komitesi (CCCA), Sağlık ve Yaşlanma Bakanlığı Akut ve Koordineli Bakım Dairesine teşekkür eder.

* Kodlama Standartları Danışma Komitesi (CSAC) ve Klinik Sınıflandırma ve Kodlama Gruplarının (CCCG) üyelik listeleri için bakınız Ek A.

KISALTMALAR

Kısaltma	Türkçe	İngilizce
ACHI	Avustralya Sağlık Müdahaleleri Sınıflandırması	Australian Classification of Health Interventions
ACS	Avustralya Kodlama Standardı (Standartları)	Australian Coding Standard(s)
ADA	Avustralya Diş Birliği	Australian Dental Association
AHMAC	Avustralya Sağlık Bakanları Danışma Konseyi	Australian Health Ministers' Advisory Council
AIDS	Kazanılmış immün eksikliği sendromu	Acquired immune deficiency syndrome
AIHW	Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü	Australian Institute of Health and Welfare
ALTE	Hayatı tehdit edici akut olay	Acute life threatening event
AMI	Akut miyokard enfarktüsü	Acute myocardial infarct
AP	Ek prosedür	Additional procedure
AR-DRG	Avustralya Yenilenmiş Tanı İlişkili Gruplar	Australian Refined Diagnosis Related Groups
ARM	Membranların suni rüptürü	Artificial rupture of membranes
ASA	Amerika Anestezistler Birliği	American Society of Anaesthesiologists
AV	Atriyovenriküler	Atrioventricular
AVF	Arteriyovenöz fistül	Arteriovenous fistula
AZT	Azidotimidin (Zidovüdin)	Azidothymidine (Zidovudine)
BAHA	Kemiğe monte edilen işitme cihazları	Bone anchored hearing aids
BCC	Bazal hücreli karsinoma	Basal cell carcinoma
BCG	Calmette-Guérin basili	Bacillus Calmette-Guerin
BiPAP	Çift düzeyli pozitif havayolu basıncı	Bi-level positive airway pressure
BMI	Beden kütle indeksi	Body mass index
BSA	Gövde yüzey alanı	Body surface area
BSS	Siyah ipek sütür	Black silk suture
CABG(s)	Koroner arter bypass grefi (grefleri)	Coronary artery bypass graft(s)
CAD	Koroner arter hastalığı	Coronary artery disease
CADD	Sürekli ayaktan ilaç cihazı	Continuous ambulatory drug device
CAL	Kronik havayolu sınırlaması	Chronic airway limitation
CAT	Bilgisayarlı aksiyel tomografi	Computerised axial tomography
CCCA	Avustralya Klinik Vaka Bileşimi Komitesi	Clinical Casemix Committee of Australia
CCCG	Klinik Sınıflandırma ve Kodlama Grubu	Clinical Classification and Coding Group
CDE	Koledok kanalı araması	Common bile duct exploration
CLO	Campylobacter benzeri organizma	Campylobacter-like organism
CMV	Sitomegalovirus	Cytomegalovirus
CNS	Merkezi sinir sistemi	Central nervous system
COAD	Kronik obstrüktif havayolu hastalığı	Chronic obstructive airway disease
COPD	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	Chronic obstructive pulmonary disease
CPAP	Sürekli pozitif havayolu basıncı	Continuous positive airway pressure
CPB	Kalp ve akciğer bypassı	Cardiopulmonary bypass
CSAC	Kodlama Standartları Danışma Komitesi	Coding Standards Advisory Committee
CSA	Santral uyku apnesi	Central sleep apnoea
CSAS	Santral uyku apnesi sendromu	Central sleep apnoea syndrome
CSF	Beyin omurilik sıvısı	Cerebrospinal fluid
CT	Bilgisayarlı tomografi	Computerised tomography
CTG	Kardiyotokografi	Cardiotocography
CVA	Serebrovasküler aksedan	Cerebrovascular accident
CVC	Santral venöz kateter	Central venous catheter
CVS	Sürekli solunum desteği	Continuous ventilatory support
D	Köşegen (dal)	Diagonal (branch)
D&C	Dilatasyon ve küretaj	Dilation and curettage
DCIA	Derin sirkümfleks iliyak arteri	Deep circumflex iliac artery
DES	Dietilstilbestrol sendromu	Diethylstilboestrol syndrome
DHA	Sağlık ve Yaşlanma Bakanlığı	Department of Health and Ageing

DKA	Diyabetik ketoasidoz	Diabetic ketoacidosis
DNA	Deoksiribonükleik asit	Deoxyribonucleic acid
DRG	Tanı İlişkili Grup	Diagnosis Related Group
Dx	Tanı	Diagnosis
EBV	Epstein-Barr virüsü	Epstein-Barr virus
ECG	Elektrokardiyogram	Electrocardiogram
ECMO	Ekstrakorporeal membran oksijenasyonu	Extracorporeal membrane oxygenation
ECT	Elektrokonvülsif tedavi	Electroconvulsive therapy
EGD	Özofagogastroduodenoskopi	Oesophagogastroduodenoscopy
EEG	Elektroensefalogram	Electroencephalogram
EMG	Elektromiyografi	Electromyography
ENMT	Kulak, burun, ağız ve boğaz	Ear, nose, mouth and throat
ENT	Kulak, burun ve boğaz	Ear, nose and throat
EOGBSD	Erken başlangıçlı B grubu streptokokal hastalığı	Early onset group B streptococcal disease
ESRD	Son dönem böbrek hastalığı	End-stage renal disease
EUA	Anestezi ile muayene	Examination under anaesthesia
FAP	Ailesel adenomatöz polipozis	Familial adenomatous polyposis
FDIU	Uterusta fetal ölümü	Fetal death in utero
FESS	Fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi	Functional endoscopic sinus surgery
FGM	Kadın genital sakatlığı	Female genital mutilation
FRIMA	Serbest sağ arteria mammae interna	Free right internal mammary artery
GBS	B Grubu streptokokları	Group B streptococci
GI	Gastrointestinal	Gastrointestinal
GFR	Glomerül filtrasyon hızı	Glomerular filtration rate
HAV	Hepatit A virüsü	Hepatitis A virus
HBO	Hiperbarik oksijen	Hyperbaric oxygen
HBV	Hepatit B virüsü	Hepatitis B virus
HCV	Hepatit C virüsü	Hepatitis C virus
HDV	Hepatit D virüsü	Hepatitis D virus
HDL	Yüksek yoğunluklu lipoprotein	High-density lipoprotein
HEV	Hepatit E virüsü	Hepatitis E virus
HHV-8	İnsan herpes virüsü	Human herpes virus
HIE	Hipoksik iskemik ensefalopati	Hypoxic ischaemic encephalopathy
HIV	İnsan immün yetmezlik virüsü	Human immunodeficiency virus
HNPCC	Kalıtsal polipozis olmayan kalın bağırsak kanseri	Hereditary non-polyposis colon cancer
HPV	İnsan papilloma virüsü	Human papilloma virus
HT	Hipertansiyon	Hypertension
ICD	Hastalıkların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması	International Statistical Classification of Diseases
ICD-O	Onkoloji - Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması	International Classification of Diseases for Oncology
ICD-9-CM	Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması – 9. Sürüm – Klinik Modifikasyon	International Classification of Diseases – Ninth Revision – Clinical Modification
ICD-10	Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması - 10. Sürüm	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Tenth Revision
ICD-10-AM	Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması - 10. Sürüm – Avustralya Modifikasyonu	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Tenth Revision – Australian Modification
ICU	Yoğun bakım ünitesi	Intensive care unit
IDDM	İnsüline bağımlı diabetes mellitus	Insulin dependent diabetes mellitus
IFG	Bozulmuş açlık glisemisi	Impaired fasting glycaemia
IgG/IgM	İmmünoglobülinler	Immunoglobulins
IGR	Bozulmuş glukoz regülasyonu	Impaired glucose regulation
IGT	Bozulmuş glukoz toleransı	Impaired glucose tolerance
IHD	İskemik kalp hastalığı	Ischaemic heart disease

IMV	İntermittan zorunlu solunum	Intermittent mandatory ventilation
INR	Uluslararası normleştirilmiş oran	International normalised ratio
IOL	Göz içi lens	Intraocular lens
IPPB	İntermittan pozitif basınç solunumu	Intermittent positive pressure breathing
IUGR	İntraüterin büyüme geriliği	Intrauterine growth retardation
IV	İntravenöz	Intravenous
IVF	İnvitro dölleme	In vitro fertilisation
KSHV	Kaposi sarkomu herpes virüsü	Kaposi sarcoma herpes virus
LAD	Sol ön inen	Left anterior descending
LADA	Yetişkinlerde latent otoimmün diyabet	Latent autoimmune diabetes in adults
LCX	Sol sirkümfleks	Left circumflex
L-dopa	Levodopa	Levodopa
LIMA	Sol arteria mammaria interna	Left internal mammary artery
LINAC	Çizgisel hızlandırıcı	Linear accelerator
LITA	Sol arteria thoracica interna	Left internal thoracic artery
LMCA/LCA	Sol ana koroner arter	Left main coronary artery
LSCS	Alt parça sezeryan kesisi	Lower segment caesarean section
LVD	Sol ventrikül disfonksiyonu	Left ventricular dysfunction
M Codes	Neoplazma kodlarının morfolojisi	Morphology of neoplasm codes
MAIC	Mikobakterium avium kompleksi	Mycobacterium avium complex
MALT	Mukoza ilişkili lenfoid doku	Mucosa associated lymphoid tissue
MBS	Milletler Topluluğu Medicare Teminat Tarifesi	Commonwealth Medicare Benefits Schedule
MBS-E	Genişletilmiş Medicare Teminat Tarifesi	Medicare Benefits Schedule Extended
MELAS	Mitokondriyal ensefalopati laktikasidoz inme benzeri epizot sendromu	Mitochondrial encephalopathy lactic acidosis stroke-like episode syndrome
MEN	Multipl endokrin neoplazi	Multiple endocrine neoplasia
MERRF	Miyoklonik epilepsi ile zarar gören kırmızı lifler	Myoclonic epilepsy ragged red fibres
MODY	Gençlerde erişkin tip diyabet	Maturity onset diabetes of the young
MRI	Manyetik rezonans görüntüleme	Magnetic resonance imaging
MRSA	Metisiline dirençli staphylococcus aureus	Methicillin resistant staphylococcus aureus
MVA	Motorlu araç kazası	Motor vehicle accident
NAHCC	Ulusal Yardımcı Sağlık Hizmetleri Vaka Bileşimi Komitesi	National Allied Health Casemix Committee
NCCH	Ulusal Sağlık Sınıflandırma Merkezi	National Centre for Classification in Health
NEC	Başka yerde sınıflanmamış	Not elsewhere classified
NIDDM	İnsüline bağımlı olmayan diabetes mellitus	Non-insulin dependent diabetes mellitus
NKHHHC	Nonketotik hiperglisemik-hiperozmolar koma	Nonketotic hyperglycaemic-hyperosmolar coma
NLD	Nekrobiyozis lipoidika diyabetikorum	Necrobiosis lipoidica diabetorum
NOS	Diğer bir şekilde tanımlanmamış	Not otherwise specified
NSTEMI	Non-ST yükseklikli miyokard enfarktüs	Non-ST elevation myocardial infarction
OA		
OGD	Özofagogastroduodenoskopi	Oesophagogastroduodenoscopy
OL	Oksipito-lateral	Occipito-lateral
OM	Künt kenar	Obtuse marginal
OP	Oksipito-arka	Occipito-posterior
OSA	Obstrüktif uyku apnesi	Obstructive sleep apnoea
OSAHS	Obstrüktif uyku apnesi-hipoapnesi sendromu	Obstructive sleep apnoea-hypopnoea syndrome
OSAS	Obstrüktif uyku apnesi sendromu	Obstructive sleep apnoea syndrome
OT	Oksipito-transverse	Occipito-transverse
PAWG	Post auriküler Wolfe grefi	Post auricular Wolfe graft
PCA	Hasta kontrollü analjezi	Patient controlled analgesia
PCOS	Polikistik over sendromu	Polycystic ovarian syndrome
PCR	Polimeraz zincir reaksiyonu	Polymerase chain reaction
PDA	Arka inen arter	Posterior descending artery
PIN	Prostatik intraepitelyal neoplazi	Prostatic intraepithelial neoplasia
PND	Postnatal depresyon	Postnatal depression
PPH	Postpartum kanama	Postpartum haemorrhage

PR	Per-rektal	Per-rectal
PSV	Basınç destekli solunum	Pressure support ventilation
PTCA	Perkütan translüminal koroner anjioplasti	Percutaneous transluminal coronary angioplasty
PV	Per-vajinal	Per-vaginal
PVD	Periferik damar hastalığı	Peripheral vascular disease
RCA	Sağ koroner arter	Right coronary artery
RFFF	Radikal ön kol serbest flepi	Radical forearm free flap
RIMA	Sağ arteria mammaia interna	Right internal mammary artery
RITA	Sağ arteria thoracica interna	Right internal thoracic artery
RSV	Respiratory syncytial virus	Respiratory syncytial virus
SA	Sinoatriyal	Sinoatrial
SCC	Skvamöz hücreli karsinoma	Squamous cell carcinoma
SFD	Tarihlere göre küçük	Small for dates
SHVS	Uyku hipoventilasyon sendromu	Sleep hypoventilation syndrome
SIDS	Ani infant ölümü sendromu	Sudden infant death syndrome
SIRS	Sistemik inflamatuvar yanıt sendromu	Systemic inflammatory response syndrome
SRS	Stereotaktik radyocerrahi	Stereotactic radiosurgery
SRT	Stereotaktik radyoterapi	Stereotactic radiotherapy
ST	S(dalgası ve) T(dalgası, ECG üzerinde)	S(wave and) T(wave on ECG)
STEMI	ST yükseklikli miyokard enfarktüs	ST elevation myocardial infarction
SVG	Vena saphena grefi	Saphenous vein graft
TIA	Geçici iskemik atak	Transient ischaemic attack
TRAM	Transvers rectus abdominus myocutaneous	Transverse rectus abdominus myocutaneous
TTN	Yenidoğanın geçici (Geçiş) takipnesi	Transient (Transitory) tachypnoea of newborn
TURP	Prostatın transüretal rezeksiyonu	Transurethral resection of prostate
URTI	Üst solunum yolu enfeksiyonu	Upper respiratory tract infection
UTI	Üriner sistem enfeksiyonu	Urinary tract infection
VAD	Damar yolu cihazı	Vascular access device
VDD	Ventrikül çift (odacık) cihaz	Ventricular dual (chamber) device
VRE	Vankomisine dirençli enterokok	Vancomycin resistant enterococcus
WHO	Dünya Sağlık Örgütü	World Health Organization
WHR	Bel/ Kalça oranı	Waist:hip ratio[1]

GİRİŞ

Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması, 10. Sürüm, Avustralya Modifikasyonu (ICD-10-AM) Avustralya'daki bütün devlet hastaneleri ve özel hastaneler için uygulanır. Revizyonların düzenli olarak yapılması ve diğer basımların bunu takip etmesi beklenmektedir. *Avustralya Kodlama Standartlarının* devam eden revizyon çalışması, revizyonların klinik uygulamalardaki değişiklikler, klinik sınıflandırma değişiklikleri, Avustralya Yenilenmiş Tanı İlişkili Grupları (AR-DRG) gruplandırma yazılımı güncellemeleri ve yatan hasta bilgi toplama sistemlerine ait çeşitli kullanıcı gerekliliklerini yansıtmasını sağlayacaktır.

Söz konusu klinik kodlama standartlarının hazırlanmasındaki ana hedef, ICD-10-AM'ye göre sağlam bir kodlama yazım kuralının oluşturulması olmuştur. Yatan hasta bilgi toplama sistemlerinin çeşitli kullanımlarına ilişkin mülhaza ikinci planda kalmıştır. DRG tahsisi, araştırma ve planlama amaçları gibi konuların dikkate alınması ancak doğru ICD-10-AM kodlaması gerekliliği yerine getirildikten sonra olmuştur.

Standartlardaki ayrıntı derecesi bu dokümanın kullanıcılarının klinik kayıtlardan ilgili bilgileri çıkarmada ve ICD-10-AM'nin kullanımında eğitim aldığı varsayımını yansıtmaktadır. Kod uzmanlarının ICD-10-AM kurallarını bildiği ve bu kuralları takip ettiği varsayılmaktadır.

Yatan hasta morbidite verilerinin kodlanmasında ana kaynak, klinik kayıt olmalıdır. Doğru kodlama ancak tutarlı ve tam klinik bilgilere erişimle olanaklıdır. İyi dokümantasyon olmadan, kodlamaya ilişkin yönlendirici ilkeleri uygulamak olanaksız değilse de zordur. Kodlama kararlarının yalnızca klinik kaydın ön sayfasında (veya bunun bir kopyası) yer alan bilgilere dayanmadığı, bunun yerine klinik kaydın tamamına ilişkin analizin kodlamadan önce gerçekleştirildiği varsayılmaktadır.

Bir klinik kayıt tam, doğru kodlama için yeterli değilse; klinik kod uzmanı, klinik tedavi uzmanından daha fazla bilgi istemelidir. Bir tanı, klinik kaydın gövdesinde herhangi bir destekleyici dokümantasyon olmadan kaydedilirse, kodlamadan önce klinik tedavi uzmanının görüşünü alma gereği doğabilecektir.

Kimi zaman gerek tanı gerek prosedür tanımları için neyin gerekli olduğunu bir klinik tedavi uzmanına açıklamada, ICD-10-AM'nin uygun bölümüne atıfta bulunmak yeterli olacaktır. Bu yapılamazsa, klinik kayıt dokümantasyonunun yeterli olmadığı ve bunun hastanenin yatan hasta verileri üzerinde doğurduğu etki hastane yönetimine bildirilmelidir.

Ana tanı başta olmak üzere doğru tanı ve prosedürleri kaydetme sorumluluğu klinik kod uzmanına değil, klinik tedavi uzmanına aittir.

Tam ve doğru dokümantasyonun hazırlanması, kodlamanın yapılması, teşhis ve prosedürlerin raporlanmasının gerçekleştirilmesi için klinik tedavi uzmanı ile klinik kod uzmanının ortak çaba göstermesi temel önem arz etmektedir.

HASTALIKLARIN VE SAĞLIKLA İLGİLİ SORUNLARIN ULUSLARARASI İSTATİSTİKSEL SINIFLANDIRMASI – 10. SÜRÜM – AVUSTRALYA MODİFİKASYONUNUN TANIMI

Hastalıkların sınıflandırması, morbid antitelerin yerleşmiş kriterlere göre atandığı bir kategori sistemi olarak tanımlanabilir. ICD-10-AM'nin amacı farklı hastane, eyalet ve ülkelerde toplanan morbidite verilerinin sistematik olarak kaydedilmesi, analizi, yorumlanması ve karşılaştırılmasını sağlamaktır. ICD-10-AM sistemi, tanı ve prosedürler ile diğer sağlık sorunlarının sözcüklerden bir alfasayısal koda dönüştürülmesini sağlayarak, bilgilerin kolay saklanması, geri erişimi ve analizine imkan tanır.

'ICD' ilk önce, ölüm kaydı sırasında kaydedildiği şekilde mortalite nedenlerini sınıflandırmak için kullanılmıştır. Sonraları, ICD'nin kapsamı genişletilerek, morbidite tanıları da ICD'ye dahil edilmiştir. ICD esas olarak resmi tanısı bulunan hastalıkların ve yaralanmaların sınıflandırılması için tasarlandığından, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için belirtilen her sağlık sorunu veya nedeninin ICD ile sınıflandırılmayacağını

belirtmek önemlidir. Sonuç olarak, ICD, bir tanının yerine kullanılacak geniş bir semboller, semptomlar, anormal bulgular, şikayetler ve sosyal durumlar yelpazesini sunmaktadır.

ICD-10-AM'de hastalık sınıflandırmasının temel yapısı ve ilkeleri

ICD-10-AM'deki 'temel' hastalık sınıflandırması üç karakterli bir kod yapısına dayanmakta olup, bu yapı genel uluslararası karşılaştırmalar için Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) yapılacak uluslararası raporlamada zorunlu kodlama düzeyini oluşturmaktadır. Bu temel kod kümesi, faydalı ve anlaşılır bilgilerin elde edilmesini sağlamak amacıyla bilgiler büyük gruplar halinde sunulmaya devam ederken, önemli spesifik hastalık antitelerinin tanımlanabilmesi için dört ve beş karakterli kodları içerecek şekilde genişletilmiştir.

ICD-10-AM, değişken eksenli bir sınıflandırmadır. ICD-10-AM'nin yapısı esas olarak epidemiyolojik analizi kolaylaştırmak üzere tasarlanmıştır. Hastalık grupları şöyledir:

- Epidemik hastalıklar
- Yapısal veya genel hastalıklar
- Bölgeye göre düzenlenmiş lokal hastalık
- Gelişimsel hastalıklar
- Yaralanmalar

Bu gruplardan ilk ikisi ile son ikisi, epidemiyolojik çalışma için uygun olmayan bir şekilde düzenlenecek, örneğin esas olarak anatomik bölgeye göre düzenlenmiş bir sınıflandırma kapsamında dağılımı yapılacak durumları biraraya getiren 'özel grupları' içermektedir. Üçüncü grup ise, ana vücut sistemlerinin her birine ilişkin ICD-10-AM bölümlerini içeren 'bölgeye göre düzenlenmiş lokal hastalık' grubudur.

'Özel gruplar' bölümleri ile 'vücut sistemleri' bölümleri arasındaki ayrım sınıflandırmanın yapısının anlaşılması, sınıflandırmanın kodlanması ve sınıflandırmaya dayalı istatistiklerin yorumlanmasında pratik sonuçlar sağlamaktadır. Genel olarak, durumların altında 'özel gruplar' bölümlerinin biri kapsamında sınıflandırıldığı unutulmamalıdır. Bir durumun bulunması gereken yer 'özel gruplar' bölümleri olmalıdır.

1. Cilt – Hastalık listesi

1. Cildin büyük bölümü 21 bölümden oluşan ana hastalık sınıflandırmasını içerir. ICD-10-AM kodunun ilk karakteri bir harftir; Bölüm II *Neoplazmalar* ile Bölüm III *Kan ve kan yapıcı organların hastalıkları ile immün mekanizmanın bazı bozuklukları*'ni kapsadığından D harfi ve Bölüm VII *Göz ve eklerinin hastalıkları* ile Bölüm VIII *Kulak ve mastoid çıkıntı hastalıkları*'nda kullanılan H harfi dışındaki her harf belirli bir bölümle ilgilidir. Dört bölümün (Bölüm I, II, XIX ve XX) kodlarının ilk konumunda birden fazla harf kullanılır.

WHO, U00-U99 kodlarının, belirsiz etiyolojili yeni hastalıkların geçici ataması ve özel araştırma amaçları için kullanılmasını istemektedir. U50-U71, ICD-10-AM'de, daha önce Y93.0 *Faaliyet, Spor yaparken* olarak sınıflandırılan spor faaliyetlerini sınıflandırmak için kullanılmaktadır.

Bölümler ile bunlara karşılık gelen harfler ve grup tipi aşağıda listelenmektedir:

Bölüm	Bölüm başlığı	Kod öneki	Tip
Bölüm I	<i>Belirli enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar</i>	A, B	Özel
Bölüm II	<i>Neoplazmalar</i>	C, D	Özel
Bölüm III	<i>Kan ve kan yapıcı organların hastalıkları...</i>	D	Bölgeye göre
Bölüm IV	<i>Endokrin, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar</i>	E	Bölgeye göre
Bölüm V	<i>Zihin ve davranış bozuklukları</i>	F	Bölgeye göre
Bölüm VI	<i>Sinir sistemi hastalıkları</i>	G	Bölgeye göre
Bölüm VII	<i>Göz ve eklerinin hastalıkları</i>	H	Bölgeye göre
Bölüm VIII	<i>Kulak ve mastoid çıkıntı hastalıkları</i>	H	Bölgeye göre
Bölüm IX	<i>Dolaşım sistemi hastalıkları</i>	I	Bölgeye göre
Bölüm X	<i>Solunum sistemi hastalıkları</i>	J	Bölgeye göre
Bölüm XI	<i>Sindirim sistemi hastalıkları</i>	K	Bölgeye göre
Bölüm XII	<i>Deri ve subkütan dokunun hastalıkları</i>	L	Bölgeye göre
Bölüm XIII	<i>Kas iskelet sisteminin hastalıkları...</i>	M	Bölgeye göre
Bölüm XIV	<i>Genitoüriner sistem hastalıkları</i>	N	Bölgeye göre

Bölüm XV	<i>Gebelik, doğum ve lohusalık</i>	O	Özel
Bölüm XVI	<i>Perinatal dönemden kaynaklanan bazı durumlar...</i>	P	Özel
Bölüm XVII	<i>Konjenital malformasyonlar, deformasyonlar...</i>	Q	Özel
Bölüm XVIII	<i>Semptomlar, belirtiler ve anormal klinik ve lab...</i>	R	Yok
Bölüm XIX	<i>Yaralanma, zehirlenme ve bazı diğer...</i>	S, T	Özel
Bölüm XX	<i>Morbidite ve mortalite dış etkenleri</i>	U, V, W, X, Y	Yok
Bölüm XXI	<i>Sağlık durumunu etkileyen faktörler...</i>	Z	Yok

Bölümler, üç karakterli kategorilerden oluşan homojen ‘bloklara’ ayrılmıştır. Bölüm I *Belirli enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar*’da blok başlıkları sınıflandırmanın iki eksenini yansıtmaktadır: transimiyon modu ve enfeksiyon yapan organizmaların büyük grupları. Bölüm II *Neoplazmalar*’da birinci eksen neoplazmanın davranışdır; önemli morfolojik türler (örneğin lösemiler, lenfomalar, melanomalar, mezotelyomalar, Kaposi sarkomu) için üç karakterli birtakım kategoriler sağlansa da davranış içinde eksen esas olarak bölgeye göreler. Kategorilerin aralığı, her blok başlığından sonra ayraç içinde verilmektedir.

Her blokta, üç karakterli kategorilerin bir bölümü, sıklık, ciddiyet veya halk sağlığı müdahalesine yatkınlıklarından dolayı seçilen tekli durumlar içinken; diğerleri bazı ortak özelliklere sahip hastalık grupları içindir. Sınıflandırılacak ‘diğer’ durumlara genelde farklı ancak daha nadir görülen durumların yanı sıra ‘tanımlanmamış’ durumların dahil edilmesi sağlanmaktadır.

ICD-10-AM’de prosedür sınıflandırmasının temel yapısı ve ilkeleri

ICD-10-AM’deki prosedür sınıflandırması (ACHI), NCCH tarafından geliştirilmiştir ve Milletler Topluluğu Medicare Teminat Tarifesine (MBS) dayanır. Bu sınıflandırmanın ana özellikleri şöyledir:

1. xxxxx-xx formatında yedi karakterli bir kod vardır. İlk beş karakter MBS kaleminin numarasını göstermektedir; son iki karakter ise MBS kaleminin açıklamasından elde edilen her yeni prosedürel kavram için tahsis edilmiştir.
2. Aşağıdaki eksenleri içeren bir hiyerarşik yapı söz konusudur:
 - Birinci düzey – anatomik bölge
 - İkinci düzey – prosedür tipi
 - Üçüncü düzey – prosedür açıklaması
3. Serbest sağlık ve ayakta tedavi gibi kurumsal olmayan ortamlarda kullanılabilir olan birçok prosedür dahil edilmiştir.

Prosedür sınıflandırması hakkında daha fazla bilgi edinmek için bakınız ICD-10-AM, Cilt 3 ve 4.

ICD-10-AM VE AVUSTRALYA KODLAMA STANDARTLARI

ICD-10-AM kodlama el kitabı Avustralya’da iki yılda bir güncellenir. *Avustralya Kodlama Standartları*, ICD-10-AM Cilt 1-4 ile birlikte kullanılmak üzere tasarlanmıştır.

Avustralya Standardı, bütün hastanelerin ICD-10-AM’nin en son versiyonunu iki yılda bir güncellemesi ve yeni versiyonun yayım yılından sonra en geç 1 Temmuz’da kullanıma sokulmasıdır.

ICD-10-AM Hastalık Listesi ile Prosedür Listesi (Cilt 1 ve 3), belli kodların yanında, kodun uygulanmasında yardımcı olacak bir *Avustralya Kodlama Standardının* bulunduğunu gösteren bir ∇ şerhini içerir.

KİTABIN KULLANIMINA İLİŞKİN BİLGİLER

Bu kitapta yer alan standartlar, tanı veya prosedürün ilgili olduğu uzmanlık alanına uygun olarak bölge ve/veya sisteme göre gruplanmıştır.

Örneğin, ‘gastroenterit’ standardında, ICD-10-AM Hastalık Listesinin (Cilt 1) Bölüm I *Belirli enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar*’da yer alan A09 *Enfeksiyöz kökenli kabul edilen ishal ve gastroenterit* kodu ele alınsa da bu standart Bölüm XI *Sindirim Sistemi*’nde verilmektedir.

Operasyonlar ile prosedürler de bölgeye göre gruplanmaktadır. Örneğin, ‘tonsillit’, Bölüm VIII *Kulak, Burun, Ağz ve Boğaz*’da (ENMT) ele alınmaktadır. Birçok bölgede gerçekleştirilebilecek herhangi bir prosedür ‘Prosedürler’ bölümünde verilmiştir.

Komşu bölgeleri içeren bir prosedür ise geçerli iki bölümün birinde gruplanmıştır ve bu prosedüre ilk önce dizinde atıfta bulunulmalıdır. Örneğin, ‘Kafa tabanı cerrahisi’ ENT, plastik cerrahlar ile beyin ve sinir cerrahlarını içermektedir ve Bölüm VI *Sinir Sistemi*’nde işlenmektedir.

‘Klinik tedavi uzmanı’ terimi kitap boyunca kullanılmakta ve tedaviyi yapan tıp görevlisine atıfta bulunsa da ebe, hemşire, yardımcı sağlık çalışanları gibi diğer klinik tedavi uzmanlarına da atıfta bulunabilmektedir. Belirli bir klinik tedavi uzmanının dokümantasyonu ile ilişkili bir kodu atamak için, kaydedilmiş olan bilgiler klinik tedavi uzmanının bağlı olduğu disipline uygun olmak zorundadır.

Bölümlerde standardın numaralandırma sistemi

Her standardda dört haneli bir ACS numarası verilmiştir. Bu numaralar, yeni standartlar oluşturulup merkezi bir veri tabanına girildikçe NCCH tarafından belirlenir. Her standardın numarası benzersizdir. Bir standart iptal edildiğinde, standart ile standardın benzersiz numarası, kodlama yazım kuralının zaman serisi analizine imkan tanımak için veri tabanında tutulur.

Numaralar, klinik kod uzmanları belirli bir standart için NCCH ile irtibat kurmak istediklerinde bir tanıtıcı işlevi görmelidir.

Alfabetik dizin

Alfabetik dizin, klinik kod uzmanlarını belirli standart numaralarına ve standartların bu ciltteki yerlerine yönlendirir.

GENEL HASTALIK STANDARTLARI

0010 ÖZETLEMeye İLİŞKİN GENEL YÖNLENDİRİCİ İLKELER

Klinik tedavi uzmanı, tanılarının klinik kaydın ön sayfasında listelenmesinden sorumludur. Kaydedilmiş olan herhangi bir tanı/ prosedürü kodlamadan önce klinik kod uzmanı, klinik kaydın gövdesindeki ilgili belgeleri inceleyerek, ön sayfada kayıtlı bilgileri **doğrulamak** zorundadır.

Histopatolojide ‘ülser bulgusuna rastlanmadı’ olarak bildirilen bir mide ülseri klinik tanısı gibi **bir incelemenin sonucu ile klinik dokümantasyon arasında farklılık** bulunması halinde, durum klinik tedavi uzmanına sevk edilmelidir. İnceleme sonuçları kodlama sürecinde kritik önemde olsa da, inceleme sırasında her zaman doğrulanmayan birtakım hastalıklar bulunmaktadır.

Örneğin, Crohn hastalığı biyopside her zaman bulgulanmaz.

Gerekli olduğu hallerde aşağıdaki durumlarda klinik tavsiye almak önemlidir:

- Ön sayfada kayıtlı olan, klinik kayıta desteklenmeyen tanılarının doğrulanması,
- İnceleme sonuçları ile klinik dokümantasyon arasındaki farklılıkların giderilmesi.

ÖRNEK 1:

Klinik tedavi uzmanı ön sayfaya femur boynu kırığına ilişkin bir ana tanıyı girmiştir. Pnömoni ile duodenal ülser de ek tanılar olarak ön sayfaya girilir. Klinik işlem notları incelendiğinde, hastanın pnömoni sebebiyle altı ay önce hastaneye yatırıldığı ve duodenal ülserinin iyileştiği görülmüştür. Gerek pnömoni gerek duodenal ülser mevcut durumları oluşturmadığından ve/veya ACS 0002 *Ek tanılar* ile uyumlu olmadığından yalnızca femur boynu kırığı, uygun bir dış neden kodu atanmak suretiyle kodlanır.

Anormal bulgular

Laboratuvar, röntgen, patoloji ve diğer tanı sonuçları, halihazırda kaydedilmiş olan durumlara açıkça bir özgüllük katacak ve ACS 0002 *Ek tanılar*'da tanımlanan bir ek tanının tanımına uygun olacak şekilde kodlanmalıdır.

ÖRNEK 2:

Aşağıdakileri kodlayın:

- S72.03 *Femur subkapital bölge kırığı*, dokümantasyonun femur boynu kırığı, röntgen sonucunun ise subkapital kırığını göstermesi halinde.
- J21.0 *Akut bronşiolit, respiratory syncytial virus'a bağlı*, dokümantasyonun bronşioliti göstermesi, sitolojinin ise sebep olan etken olarak RSV'yi doğrulaması halinde.
- L57.0 *Aktinik keratozis*, dokümantasyonun 'SCC'nin giderilmesi için hastaneye yatış' durumunu, patoloji raporunun ise solar keratozisi göstermesi halinde.

Klinik önemleri ve/veya bir spesifik durumla ilişkilerine karar vermek için tedaviyi yapan klinik tedavi uzmanının yorumunu gerektiren laboratuvar, röntgen, patoloji ve diğer tanı sonuçlarını kodlamayın.

ÖRNEK 3:

Aşağıdakileri kodlamayın:

- N39.0 *Üriner sistem enfeksiyonu, yeri tanımlanmamış*, tedaviyi yapan klinik tedavi uzmanınca hastada bir UTI bulunduğunun kaydedilmemesi koşuluyla, yalnızca mikrobiyoloji sonucunun organizmanın (organizmaların) kültür ortamında çoğaldığını göstermesi halinde.
- J98.1 *Pulmoner kollaps*, tedaviyi yapan klinik tedavi uzmanınca kaydedilmemiş olması koşuluyla, röntgen sonucunun bazal ateletaziye göstermesi halinde.
- K66.0 *Peritoneal adezyonlar*, tedaviyi yapan klinik tedavi uzmanınca doğrulanmaması koşuluyla, CT raporunda, incelenmekte olan karın ağrısının nedeni olarak gösterilmesi halinde.

Muhtemel veya tehdit edici durum

Bir tehdit edici/ muhtemel durum kaydedilir ancak bakım epizodunda gerçekleşmezse, klinik kod uzmanı söz konusu durumun ana terim veya alt terim altında muhtemel ya da tehdit edici durum olarak dizine alınıp alınmadığını belirlemek için dizine bakmalıdır. Böyle bir dizin girişi varsa,

uygun kodlamayı yapın. Ancak, böyle bir giriş yoksa, muhtemel veya tehdit edici olarak tanımlanan durum kodlanmamalıdır.

ÖRNEK 4:

Tedavinin hemen yapılması nedeniyle bakım epizodunda gerçekleşmeyen, bacağın muhtemel gangreni. ‘Gangren, muhtemel’ gibi bir dizin girişi bulunmamaktadır ve sonuç olarak bu durum ülserasyon ile birlikte görülen arteriyosklerozis gibi öncül durum kapsamında kodlanmalıdır.

‘Thedit edici’ olarak dizine alınan durumlar:

O20.0	<i>Düşük tehdidi</i>
O47.-	<i>Yalancı doğum</i>

0001 ANA TANI

Ana tanı şöyle tanımlanır:

“Araştırma sonunda, hastanın hastanedeki bakım epizodunun (veya sağlık kuruluşunda bulunmasının) esas nedeni olarak ortaya konulan tanıdır.”
(Ulusal Sağlık Bilgi Komitesi (2003)). *National Health Data Dictionary, Version 12, AIHW*).

Yukarıdaki tanımda yer alan **araştırma sonunda** ibaresi, bakım epizodunun esas nedeni olan durumu ortaya koymak üzere bulguların değerlendirilmesini ifade eder. Değerlendirilen bulgular hastalık öyküsü, herhangi bir zihinsel durum değerlendirmesi, uzman doktor konsültasyonları, fiziksel muayene, tanısal test veya prosedürler, herhangi bir cerrahi prosedür ile herhangi bir patolojik veya radyolojik muayeneden elde edilen bilgileri içerebilir. Araştırma sonunda ortaya konulan durum, yatış tanısını doğrulayabilir veya doğrulamayabilir.

ÖRNEK 1:

Ön sayfada listelenen teşhisler:

Diabetes mellitus
Koroner arter hastalığı
Miyokard enfarktüsü

Mevcut hastalığın öyküsü:

Hasta, yatış gününün sabahında şiddetli göğüs ağrısı yaşamış ve ambulansla hastaneye sevk edilerek koroner arter ünitesine yatırılmıştır.

Bu örnekte, klinik kayıttan alınan bilgiler ana tanının miyokard enfarktüsü olduğunu göstermektedir.

Ana tanının seçimi her zaman hastaneye yatış durumlarına göre olacaktır. Ana tanının belirlenmesinde, *ICD-10-AM* kılavuzlarında yer alan kodlama talimatları diğer bütün yönlendirici ilkelerden önce gelir (bakınız **ACS 0033** *Hastalık listesinde kullanılan yazım kuralları* ve **ACS 0034** *Alfabetik hastalık dizininde kullanılan yazım kuralları*).

Klinik kayıttan tutarlı, tam dokümantasyonun önemine aşırı vurgu yapılamaz. Bu dokümantasyon olmadan, kodlamaya ilişkin bütün yönlendirici ilkeleri uygulamak olanaksız değilse de zor bir görevdir.

Aşağıda, ana tanının seçimine ilişkin birtakım genel kurallar açıklanmaktadır; bu kuralların bazılarını kitabın diğer bölümlerinde de yer verilmektedir.

Hançer ve yıldız imli kodlar

ICD-10-AM kodlama yazım kuralı, Alfabetik Dizinde belirtildiği gibi etiyoloji kodunun ((hançer imi †) bulgu kodundan (yıldız imi *) önce gelmesini gerektirmektedir (ayrıca bakınız **ACS 0027** *Çoklu kodlama*).

Esas sebebin ana tanı olarak atanması

Bir kişi sağlık sorunu ile geldiğinde ve bakım epizodunda bu sorunun esas sebebi ortaya konulduğunda, söz konusu esas sebep ana tanı olarak kodlanır; söz konusu sorun ise kodlanmamalıdır.

ÖRNEK 2:

Hasta, nöbetler göstermektedir. Hasta, nöbetler için daha önce tedavi edilmemiştir. CT taramasında büyük bir beyin tümörü bulgulanmıştır.

Ana tanı: Beyin tümörü
Ek tanı: Yok

Bir kişi sağlık sorunu yaşıyor, yatış sırasında bu sorunun esas sebebi biliniyor ve yalnızca söz konusu sorun tedavi ediliyorsa sorun, ana tanı olarak kodlanmalıdır. Ana sebep ise bir ek tanı kodu olarak sıralanmalıdır.

ÖRNEK 3:

Bir hasta, 3 ay önce teşhis edilen bir beyin tümörüne bağlı rekürren nöbetlerin tedavisi için hastaneye yatırılmıştır.

Ana tanı: Nöbetler
Ek tanı: Beyin tümörü

Semptomlar, belirtiler ve yetersiz tanımlanmış durumlara ilişkin kodlar

Bölüm XVIII *Semptomlar, belirtiler ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları*'ndaki semptomlar, belirtiler ve yetersiz tanımlanmış durumlara ilişkin kodlar, ilgili bir kesin tanı oluşturulduğunda ana tanı olarak kullanılmayacaktır (ayrıca bakınız **ACS 1802** *Belirtiler ve semptomlar*).

Akut ve kronik durumlar

Bir durum hem akut (subakut) hem kronik olarak tanımlanıyorsa **ve Alfabetik Dizinde aynı giriş düzeyinde ayrı alt terimler varsa** her iki durumu da kodlayın ve akut (subakut) kodunu ilk sırada verin.

ÖRNEK 4:

Tanı: Akut kronik pankreatit sebebiyle yatış

Ana tanı: K85 *Akut pankreatit*
Ek tanı: K86.1 *Kronik pankreatitler, diğer*

Bu kriter şu durumlarda **kullanılmamalıdır**:

- ICD-10-AM'de aksine bir talimat varsa. Örneğin:
Akut-on-kronik miyeloid lösemi kodlanırken, Listeye göre kod uzmanı yalnızca 'kronik' kodunu, C92.1 *Kronik miyeloid lösemi*'yi kullanacaktır.
- ICD-10-AM yalnızca bir kodun kullanılmasını gerektiriyorsa. Örneğin:
Akut-on-kronik bronşiyoliti kodlarken, dizine göre, ana terimden sonra ayrıç içinde verildiğinden **akut** durumunun ayrıca kodlanması gerekli değildir (bir başka deyişle, etkisiz belirteç):

'Bronşiyolit (akut) (infektif) (subakut) J21.9
- kronik (fibroze edici) (obliteratif) J44.8'

- Cerrahi girişimi içeren akut tonsilliti kodlarken (bakınız **ACS 0804** *Tonsillit*).

Her biri potansiyel olarak ana tanının tanımına uygun olan birbiriyle ilişkili iki veya daha fazla durum

Potansiyel olarak ana tanının tanımına uygun olan birbiriyle ilişkili iki veya daha fazla durum (aynı ICD-10-AM bölümü kapsamına giren hastalıklar veya belirli bir hastalıkla karakteristik olarak ilişkili bulgular gibi) söz konusu olduğunda, ana tanının tanımına hangi tanının en uygun olduğu, klinik tedavi uzmanına sorulmalıdır. Daha fazla bilgiye ulaşılamıyorsa, belirtilen ilk tanıyı ana tanı olarak kodlayın (WHO, ICD-10, Cilt 2, Kural MB2, '*Ana durum*' olarak kayıtlı *çeşitli durumlar*).

Ana tanının tanımına eşit derecede uygun olan iki veya daha fazla tanı

İki veya daha fazla tanı yatış durumları, kapsamlı tanısal muayene ve/veya yapılan tedavi ile belirlendiği şekilde ana tanı kriterlerine eşit derecede uygun olduğunda ve Alfabetik Dizin, Liste veya standartta sıralamaya ilişkin talimat bulunmadığında, ana tanının tanımına hangi tanının en uygun olduğu klinik tedavi uzmanına sorulmalıdır.

Daha fazla bilgiye ulaşılamıyorsa, belirtilen ilk tanıyı ana tanı olarak kodlayın (WHO, ICD-10, Cilt 2, Kural MB2, 'Ana durum' olarak kayıtlı çeşitli durumlar).

ÖRNEK 5:

Yaşlı bir hasta birden çok sağlık sorunu sebebiyle hastaneye yatırılmıştır – dört hafta sonra taburcu edilmiştir.

Tanımlar:

Konjestif kalp yetmezliği

Kronik bacak ülserleri Ülserlere yapılan günlük pansumanlar

Kronik havayolu sınırlaması

Diabetes mellitus

Prosedürler:

Ülserlerin debridmanı

Ana tanı olarak sıralanabilecek bir dizi durum bulunduğundan, klinik tedavi uzmanı ana tanının tanımına hangi tanının en uygun olduğunu belirtmelidir. Daha fazla bilgiye ulaşılamıyorsa, belirtilen ilk tanı olduğundan, konjestif kalp yetmezliğini ana tanı olarak kodlayın.

Z03.0–Z03.9 dizisi, şüpheli hastalıklar ve durumlar için tıbbi gözlem ve değerlendirme, kapsamındaki kodlar

Anormal bir durumun varlığına ilişkin bazı bulgular söz konusu olduğunda veya olağan şekilde bir sağlık sorunu ile sonuçlanan bir kaza ya da bir başka olaydan sonra ve şüpheli durum için destekleyici herhangi bir bulgu olmaması veya halihazırda herhangi bir tedaviye gerek duyulmaması halinde, Z03 kategorisindeki kodlar hastanın durumunu değerlendirmek amacıyla yatışlar için ana tanımlar olarak atanır. Bir kayıta bir gözlem kodu ilgili ek kodlarla birlikte kullanılmayacaktır. Şüpheli durumla ilgili semptomlar belirtilirse, Z03.- kodu değil semptom kodları atanmalıdır (ayrıca bakınız [ACS 0012 Şüpheli durumlar](#)). Yenidoğanlar için bakınız [ACS 1611 Yenidoğanın ve bebeklerin gözlem ve değerlendirmesi, şüpheli durum yokken](#).

İlk tedavi planının uygulanmaması

Öngörülme durumu nedeniyle tedavi yapılamamış olsa da araştırma sonunda hastaneye yatışın sebebi olarak ortaya konulan durumu ana tanı olarak sıralayın (ayrıca bakınız [ACS 0011 Gerçekleştirilmeyen cerrahi girişim için yatış](#)).

Sekelin rezidüel durumu veya niteliği

Sekelin rezidüel durumu veya niteliği ilk sırada verilir; bunu, Alfabetik Dizinde aksine sıralamanın istendiği birkaç durum dışında rezidüel durumun nedenine ilişkin sekel kodu takip eder (ayrıca bakınız [ACS 0008 Sekel](#) ve [ACS 1912 Yaralanma, zehirlenme, toksik etkiler ve diğer dış nedenlerin sekeli](#)).

Açıklama: Spesifik vakalarda ana tanı seçimi ile ilgili daha fazla bilgi edinmek için aşağıda verilen genel kurallar ile bölüme ait özel kurallara bakınız. Özellikle, obstetrik yatışlar, kemoterapi, radyoterapi ve dializ yatışlarının, ana tanı seçiminde özel yönlendirici ilkeleri bulunmaktadır.

0002 EK TANILAR

Bir ek tanı şöyle tanımlanır:

“Gerek ana tanı ile birlikte seyreden gerek hastanın bakım epizodu veya sağlık kuruluşunda bulunduğu sırada ortaya çıkan bir durum veya şikayet.”

(Ulusal Sağlık Bilgi Komitesi (2003)). *National Health Data Dictionary*, Version 12, AIHW).

Kodlama amaçları bakımından, ek tanımlar, aşağıdakilerin herhangi birini gerektirmesi açısından hasta yönetimini etkileyen durumlar olarak yorumlanmalıdır:

- Terapötik tedavi
- Tanısal prosedürler
- Artan hasta bakım hizmeti ve/veya izleme

Yukarıdaki etmenlerin biri veya birkaçı genelde **hastanede yatış süresinin uzatılması** ile sonuçlanacaktır.

Bir durumun ek tanı kriterlerini karşılayıp karşılamadığına ilişkin belirsizlik söz konusu olduğunda, karar vermek için Klinik Kod Uzmanı İlkeleri ile Klinik Kod Uzmanları Etik Kodu kullanılmalıdır.

Medikasyonlar

Bir durum, yalnızca hastanın bu duruma ilişkin devam eden tedavi medikasyonunda bulunması sebebiyle rutin olarak kodlanmamalıdır. Ancak, bakım epizodunda medikasyon değiştirilirse veya medikasyonda ayarlama yapılırsa, durum kodlanmalıdır.

Çoklu Kodlama

ACS 0027 Çoklu Kodlama 'da açıklandığı üzere, bir ek tanının yukarıda tanımlanan kriterlerini karşılamayan ek kodların atanmasını gerektiren durumlar vardır. Söz konusu standartta belirtilen *ICD-10-AM* kodlama yazım kuralları takip edilmelidir. Örneğin, I60–I69 *Serebrovasküler hastalıklar* kategorisindeki bir kodu kullanırken, bu kategoride “*Hipertansiyon varlığını belirtmek için ek kod kullanın*” yönünde bir talimat bulunduğundan, varsa hipertansiyon da kodlanır.

Değerlendirmeler

Ameliyat öncesi değerlendirme sırasında bir anestezi uzmanı tarafından kaydedilen durumlar yalnızca yukarıda tanımlanan kriterleri karşılıyorsa veya durumun belirli bir prosedüre yönelik standart tedavi protokolünü değiştirmesi halinde kodlanmalıdır. Benzer şekilde, bir yatış değerlendirmesine yazılmış olan durumlar yalnızca yukarıda tanımlanan kriterlerden birini karşılıyorsa kodlanmalıdır.

Uzmanlık alanı standartları

Bu ciltte yer alan bir standardın konusunu oluşturan bir durumun kodlanabilmesi için, aksi belirtilmedikçe bir ek tanıya ilişkin kriterleri karşılaması gerekir.

Aşağıda verilen standartlar kod uzmanının, ek tanı kriterlerini karşılamayan durumları kodlaması gereken hallere ilişkindir. Bu talimatlar uygulanmalıdır.

- 0046 *Günlük endoskopi için teşhis seçimi*
- 0102 *HIV/AIDS*
- 0104 *Viral hepatit*
- 0401 *Diabetes 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 grub B enfeksiyonu/ gebelikte taşıyıcı*
- 2111 *Spesifik bozukluk taraması*
- 2112 *Kişisel öykü*
- 2113 *Spesifik bozukluklar için takip muayeneleri*

Bağımsız günlük girişim merkezleri

Amfizem veya kalp yetmezliği gibi ciddi komorbiditeleri bulunan bazı hastaların, yatış kriterlerini karşılamayacaklarından, bağımsız günlük girişim merkezlerinde tedavi edilmeyeceği akıldan çıkarılmamalıdır. Ancak, diğer durumlar hasta yönetimini etkileyebilecektir ve bu nedenle, ek tanı kriterlerine göre kodlanacaktır. Ayrıca bakınız **ACS 0046 Günlük endoskopi için teşhis seçimi**.

Ek tanıların sıralanması

Ek tanıların sıralanmasına ilişkin herhangi bir Avustralya Kodlama Standardı bulunmamaktadır. Ancak, özellikle komplikasyon ve komorbiditeler olmak üzere ciddiyet derecesi daha yüksek olanlara, özellikle mevcut kod alanı sayısı sınırlı ise, kod dizisinde öncelik verilmelidir.

0046 GÜNLÜK ENDOSKOPİ İÇİN TEŞHİS SEÇİMİ

Bu standardın önemli bir özelliği, normalde **ACS 0002 Ek tanılar** kriterlerini karşılamayabilecek olan bazı durumların kodlanmasına ilişkin tavsiye içermesidir. Bununla birlikte, endoskopide bulguların aksine endoskopi sırasında var olan durumların (örneğin COPD) **ACS 0002 Ek tanılar** kriterlerine tabi olduğunu unutmayın.

Bu standardın geçerli ve geçersiz olduğu hallere dikkat edin:

Bu standardın geçerli olduğu haller:

Herhangi bir vücut sisteminin endoskopik incelemesi (örneğin kolonoskopi, bronkoskopi, ERCP) veya artroskopisi için hastaneye yatırılan ve şu özellikleri taşıyan hastalar:

- Günlük hastalar, bir başka deyişle aynı gün hastaneye yatırılan ve taburcu edilen
- Hastaneye yatırıldığı günden sonraki gün taburcu edilen ancak, günlük yatış amacıyla hastaneye yatırılmış olan hastalar
- Günlük yatış olanaklı veya uygulanabilir olmadığından girişimden bir gün önce hastaneye yatırılan hastalar (örneğin; yaşlı hastalar, uzak bir yerde yaşayan hastalar).

Bu standardın geçerli olmadığı haller:

- Hastanın takip incelemelerine tabi olduğu vakalar. Bu vakalar **ACS 2113 Spesifik bozukluklar için takip muayeneleri**'ne göre kodlanır.
 - Midenin karsinoması gibi, bilinen bir durumun daha ayrıntılı incelemesi için endoskopi yapılan hastalar (bu vakalar **ACS 0001 Ana tanı** ve **ACS 0002 Ek tanılar**'a göre kodlanacaktır) veya bilinen bir durumla ilgili bir sağlık sorunu gösteren hastalar (bunlar **ACS 0001 Ana tanı**'ya göre kodlanacaktır).
 - Tarama amacıyla hastaneye yatırılan hastalar, **ACS 2111 Spesifik bozukluk taraması**'na göre kodlanacaklardır.
1. Semptom ile bulguların biri arasında **bir nedensel bağ oluşturulursa** (bir başka deyişle, ya klinik tedavi uzmanı bu bağı kaydederse ya da bir standartta kod uzmanlarının bir bağı varsayması istenirse) bu bulgu ana tanı olarak atanmalıdır. Semptom kodlanmamalı (**ACS 1802 Belirtiler ve semptomlar**'da verilen kriterleri karşılamaması koşuluyla) ve varsa diğer bulgular ek tanı olarak atanmalıdır.

Bilgisayarda oluşturulan bir bulgu raporu, bulgulardan birinin semptomun nedeni ve diğer bulguların insidental olduğunu açık bir şekilde göstermediği sürece bir bağın oluşturulmasına temel teşkil etmez.

ÖRNEK 1:

Hasta karın ağrısı çekmektedir ve özofagogastroduodenoskopi (OGD) için hastaneye yatırılmıştır. Karın ağrısının nedeni olarak gastrik ülser kaydedilmiştir. Bulgular arasında duodenit de vardır.

Ana tanı: Gastrik ülser
Ek tanı: Duodenit (ve herhangi bir diğer bulgu)
Prosedür: OGD

2. **Bir nedensel bağ yok sayılırsa**, semptomu ana tanı, bulguların tamamını ise ek tanı olarak kodlayın.

ÖRNEK 2:

Hasta anemilidir ve kolonoskopi için hastaneye yatırılmıştır. Divertiküler hastalığının bulgusunun aneminin nedeni olmadığı kaydedilmiştir.

Ana tanı: Anemi
Ek tanı: Divertiküler hastalığı (ve herhangi bir diğer bulgu)
Prosedür: Kolonoskopi

3. **Bir nedensel bağ oluşturulamazsa veya yok sayılırsa**, ana tanıya karar vermek için Klinik Kod Uzmanı İlkelerine başvurun ve bulguların tamamını ek tanı olarak kodlayın.

0005 SENDROMLAR

Bir sendromun bütün unsurlarını açıklamak için tek bir kod yoksa, unsurların tamamını ayrı ayrı kodlamak zor olabilir.

Klinik kod uzmanları, ICD-10-AM’de listelenen sendromların bir klinik kayıta tanımlananla her zaman aynı olmadığını bilmelidir.

Sendromların kodlanmasında sıralamaya ilişkin yönlendirici ilkeler

1. ICD-10-AM’de iyi işlenmeyen herhangi bir sendrom için klinik tedavi uzmanından söz konusu sendromu açıklamasını isteyin.
2. Sendromun ayrıntıları ortaya çıktığında, ana tanı tanım kuralını uygulayın.
3. Sendromun birden çok bulguya sahip olmasından dolayı ana tanı tanım kuralını uygulamak zorsa ve tedavi tek bir tanıya bağlı yapılmıyorsa, en ciddi durumu ana tanı olarak kodlayın.
4. Birden fazla bulguya eşit ciddiyet derecesi uygulanabiliyorsa, kromozomal/ genetik durumu ana tanı olarak kodlayın.
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*’ni atayın. Bu kodun eklenmesi, bunun ICD-10-AM’de bir özel kodu olmayan bir sendrom olduğunu gösterir. Bu vakalar eyaletinizdeki kodlama danışma organına bildirilmelidir.

0008 SEKEL

Yaralanma ve zehirlenme sekeli için bakınız **ACS 1912 Yaralanma, zehirlenme, toksik etkiler ve diğer dış nedenlerin sekeli**.

‘Sekel’, ICD-10-AM’de, ‘geç etkiler’ in ICD-9-AM’de kullanıldığı gibi kullanılmaktadır. Bir hastalığın ‘sekeli’ veya ‘geç etkisi’, daha önce meydana gelen bir durumun neden olduğu mevcut durumdur.

Bir sekel kodunun ne zaman kullanılabileceğine ilişkin herhangi bir süre sınırlaması yoktur. Rezidüel durum (sekeli), bir serebral enfarktüsün ardından oluşan nörolojik yoksunluklar gibi sürecin erken bir evresinde veya geçirilmiş böbrek tüberkülozünün ardından oluşan kronik böbrek yetmezliği gibi aylar veya yıllar sonra ortaya çıkabilmektedir.

Bir hastalığın etkisi, tanıda şu şekilde tanımlanmışsa geç etki olarak kabul edilir:

- geç (etkisi)
- eski
- sekeli
- geçirilmiş hastalığa bağlı
- geçirilmiş hastalığın ardından

Esas sebep **artık var olmadığından**, söz konusu hastalığın akut biçimi kodlanmaz.

Hastalığın sekelinin kodlanması şu iki kodu gerektirir:

- Sekelin rezidüel durumu veya niteliği (mevcut durum)
- Sekelin nedeni (önceki durum)

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

ÖRNEK 1:

Geçirilmiş trahoma bağlı körlük

Kod: H54.0 *Her iki gözde körlük*
B94.0 *Trahom sekeli*

ÖRNEK 2:

Geçirilmiş akut poliomiyelite bağlı üst kolun monoplejisi

Kod:	G83.2	Üst ekstremite monoplejisi
	B91	Poliomiyelit sekelleri

ÖRNEK 3:

Geçirilmiş serebral embolizme bağlı hemipleji

Kod:	G81.9	Hemipleji, tanımlanmamış
	I69.-	Serebrovasküler hastalık sekelleri

Geç etkilerin nedenine ilişkin özel kodlar şöyledir:

- B90.- *Tüberküloz sekelleri*
Bu sekeller aktif tüberküloza ilişkin bulgu olmaması koşuluyla, geçirilmiş tüberküloz hastalığının bunun gibi veya geç etkiler olarak tanımlanmış durumları ile tüberkülozun durdurulmuş, tedavi edilmiş, iyileştirilmiş, inaktif, eski veya durgun olarak tanımlanmış rezidüellerini içerir.
- B91 *Poliomiyelit sekelleri*
- B92 *Cüzzam [lepra] sekelleri*
- B94.- *Diğer ve tanımlanmamış enfeksiyöz ve paraziter hastalıkların sekelleri*
- B94.0 *Trahom sekeli*
Bu sekel aktif enfeksiyona ilişkin bulgu olmaması koşuluyla, trahomun iyileştirilmiş veya inaktif rezidüelleri ile körlük, sikatrisyel entropiyon ve konjunktival skarlar gibi belirli tanımlanmış sekelleri içerir.
- B94.1 *Viral ensefalit sekeli*
Bu sekel bunun gibi veya geç etkiler olarak tanımlanmış durumlar ile nedensel durumun başlangıcından itibaren bir yıl veya daha uzun süreyle görülen durumları içerir.
- B94.8 *Diğer tanımlanmış enfeksiyöz ve paraziter hastalıkların sekelleri*
Bu sekeller aktif hastalığa ilişkin bulgu olmaması koşuluyla, bunun gibi veya geç etkiler olarak tanımlanmış durumlar ile bu hastalıkların durdurulmuş, tedavi edilmiş, iyileştirilmiş, inaktif, eski veya durgun olarak tanımlanmış rezidüellerini içerir. Bu sekeller ayrıca, A00–B89 kapsamında sınıflandırılabilir durumlara bağlı olarak bildirilmiş kronik durumları veya A00–B89 kapsamında sınıflandırılabilir durumların başlangıcından itibaren bir yıl veya daha uzun süreyle görülen rezidüel durumları içerir.
- E64.- *Malnütrisyon ve diğer beslenme eksikliklerinin sekelleri*
- E64.3 *Raşitizm sekelleri*
Bu sekeller raşitik veya raşitizme bağlı olarak tanımlanmış olan ve raşitizmin başlangıcından itibaren bir yıl veya daha uzun süreyle görülen veya raşitizmin bir sekeli ya da geç etkileri olarak belirtilmiş olan herhangi bir durumu içerir.
- E68 *Aşırı beslenme [hiperalimentasyon] sekeli*
- G09 *Merkezi sinir sistemi inflamatuvar hastalıklarının sekelleri*
Bu kategori, aşağıdakiler kapsamında sınıflandırılabilir durumların sekellerinin kodlanması için sağlanmaktadır:
G00.- *Bakteriyel menenjit, NEC*
G03.- *Menenjit, diğer ve tanımlanmamış etkenlere bağlı*
G04.- *Ensefalit, miyelit ve ensefalomiyelit*
G06.- *İntrakraniyal ve intraspinal apse ve granulom*
G08 *İntrakraniyal ve intraspinal flebit ve tromboflebit*
İkili sınıflandırmaya tabi merkezi sinir sistemi inflamatuvar hastalıklarının sekelleri:
G01* *Menenjit, başka yerde sınıflanmış bakteriyel hastalıklarda*
G02.-* *Menenjit, başka yerde sınıflanmış diğer enfeksiyöz ve paraziter hastalıklarda*
G05.-* *Ensefalit, miyelit ve ensefalomiyelit, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda*
G07* *Intrakraniyal ve intraspinal apse ve granulom, başka yerde sınıflanmamış hastalıklarda, esas sebebin sekeli için tayin edilmiş kategoriler kapsamında kodlanmalıdır (örneğin, B90.0 Merkezi sinir sistemi tüberkülozunun sekelleri). Esas sebebe ilişkin herhangi bir sekel kategorisi yoksa, kodlamayı esas sebebin kendisine yapın.*

- 169.- *Serebrovasküler hastalık sekelleri*
 094 *Gebelik, doğum ve lohusalık komplikasyonunun sekelleri*
 097 *Obstetrik ölüm, direk obstetrik nedenlerin sekeline bağlı*

Mevcut durumun geçirilmiş hastalığın doğrudan bir sonucu olduğundan ve geçirilmiş hastalık için akut tedavi yapılmadığından emin olmak önemlidir.

0010 BAKINIZ SAYFA 5

0011 GERÇEKLEŞTİRİLMİYEN CERRAHİ GİRİŞİM İÇİN YATIŞ

Bir hasta cerrahi girişim için hastaneye yatırılır, bazı nedenlerden dolayı bu cerrahi girişim gerçekleştirilmez ve hasta taburcu edilirse, kodlamayı şu şekilde yapın:

- a) Cerrahi girişim bir idari sorun nedeniyle gerçekleştirilmemişse:

ÖRNEK 1:

Tanı: Hasta zank kulak (glue ear) sebebiyle grommet uygulanmak üzere hastaneye yatırılmıştır. Cerrah olmadığından cerrahi girişim ertelenmiştir.

Ana tanı: H65.3 *Kronik mukoid otitis media*
 Ek tanı: Z53.8 *Yapılmamış uygulama, diğer nedenler için*

- b) Cerrahi girişim, yatıştan sonra ortaya çıkan bir durum veya komplikasyon nedeniyle gerçekleştirilmemişse:

ÖRNEK 2:

Tanı: Hastada tonsillit vardır ve tonsillektomi için hastaneye yatırılmıştır. Cerrahi girişim bir URTI nedeniyle ertelenmiştir.

Ana tanı: J35.0 *Kronik tonsillit*
 Ek tanı: Z53.0 *Kontrendike olduğundan dolayı yapılmamış uygulama*
 J06.9 *Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış*

0012 ŞÜPHELİ DURUMLAR

Şüpheli durumlar hastanın eve taburcu edilip edilmemesi veya bir başka hastaneye sevk edilip edilmemesine bağlı olarak farklı bir biçimde kodlanır.

Eve taburcu edilme

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

- a) Sorgulamadan ziyade kesin bir tanının konulup konulamayacağına karar vermek için vakayı klinik tedavi uzmanına sevk edin.
 b) Klinik tedavi uzmanı kesin tanının belirsiz olduğunu doğrularsa, aşağıda verilen kriterler temelinde bir kodlama yapın:

İncelemeler gerçekleştirilmiş ancak sonuçlar kesin değilse ve şüpheli durum için herhangi bir tedavi başlatılmamışsa semptomu (semptomları) kodlayın.

ÖRNEK 1:

Tanı: Hasta, baş ağrısı sebebiyle hastaneye yatırılmıştır. Hasta, ‘?menenjit’ tanısı ile hastaneden taburcu edilmiştir. Bakım epizodu sırasında yapılan incelemeler, menenjit tanısını doğrulamamış ve herhangi bir tedavi yapılmamıştır.

Ana tanı: R51 *Baş ağrısı*

İncelemeler gerçekleştirilmişse ve sonuçlar kesin değilse ancak, tedavi başlatılmışsa, şüpheli durumu kodlayın.

ÖRNEK 2:

Tanı: Hasta, baş ağrısı sebebiyle hastaneye yatırılmıştır. Hasta, ‘?menenjit’ tanısı ile hastaneden taburcu edilmiştir. Bakım epizodu sırasında yapılan incelemeler menenjit tanısını doğrulamamış; ancak, tedavi başlatılmıştır.

Ana tanı: G03.9 *Menenjit, tanımlanmamış*

İncelemeler gerçekleştirilmişse ve sonuçlar bir olası tanıyı göstermişse ancak, bakım epizodunda herhangi bir belirli tedavi başlatılmamışsa, şüpheli durumu kodlayın.

ÖRNEK 3:

Tanı: Hasta bulantı, bitkinlik ve baş ağrıları sebebiyle hastaneye yatırılmıştır. Hasta, ‘olası viral hastalık’ tanısı ile hastaneden taburcu edilmiştir. İncelemelerde diğer olası tanıları yok sayılmış ve viral hastalık için hiçbir tedavi gerekli (veya mümkün) olmamıştır.

Ana tanı: B34.9 *Virüs enfeksiyonu, tanımlanmamış*

Başka hastaneye sevk

Bir hasta şüpheli bir durumun daha ayrıntılı incelemesi için sevk edilirse, sevk eden hastane şüpheli durum kodu atamalıdır (örneğin, menenjit). Hastaların bir şüpheli durum nedeniyle sevk edildiğini belirtmek üzere bir ‘işaret’ olarak Z75.3 *Sağlık hizmetlerine ulaşamama veya bunların olmaması* kodunu atayın. (Açıklama: Taburcu durumu söz konusu bilgileri sağladığından, bu kod BÜTÜN sevkler için kullanılmayacaktır.)

Sevk eden hastanedeki klinik kod uzmanları, vakayı kodlamak için yalnızca sevk anında mevcut olan bilgileri kullanmalıdır. Hastanın sevkini yaptığı hastaneden verilen bilgiler kodlama kararını bildirmek için kullanılmamalıdır. Örneğin, bir hasta ‘?menenjit’ tanısı ile sevk edilirse, vaka menenjit olarak kodlanır. Tedaviyi sunan hastane, hastada inceleme sonunda menenjit bulgulanmadığını gösteren bir taburcu raporu gönderirse ilk hastane menenjit kodunu değiştirmemelidir.

Zihin sağlığı

Zihin sağlığında, kesin bir tanı belirlenmeden önce bir dizi yatış söz konusu olabilmektedir. Yalnızca tek bir şüpheli durumun kaydedilmiş olması halinde, bu durum bir kesin tanı olarak kodlanmalıdır. Birden fazla şüpheli durumun kaydedilmiş olması halinde ve hangi şüpheli durumun ana tanıyı oluşturduğu açık değilse, ACS 0001 *Ana tanı’yı uygulayın (Ana tanının tanımına eşit derecede uygun olan iki veya daha fazla teşhis)*.

0013 ‘DİĞER’ VE ‘TANIMLANMAMIŞ’ KODLAR

‘Diğer’ ve ‘tanımlanmamış’ veya ‘rezidüel’ kodlar normalde bu kodlar için özellikle dizine alınan durumlar için kullanılır.

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)
- 9 tanımlanmamış durum

ÖRNEK 1: DÖRDÜNCÜ KARAKTER YAPISI

Kod tipi:		
L50	Ürtiker	Kategori
L50.0	Allerjik ürtiker	Spesifik
L50.1	İdiyopatik ürtiker	Spesifik
L50.2	Soğuk ve sıcak ürtikeri	Spesifik
L50.3	Dermatografik ürtiker	Spesifik
L50.4	Vibratuvar ürtiker	Spesifik
L50.5	Kolinerjik ürtiker	Spesifik
L50.6	Kontakt ürtiker	Spesifik
L50.8	Ürtiker, diğer	Diğer ürtiker, başka yerde sınıflanmamış Ürtiker: • kronik • rekürren periyodik
L50.9	Ürtiker, tanımlanmamış	Tanımlanmamış

Kimi zaman hem ‘diğer’ hem ‘tanımlanmamış’ durumları dahil etmek için iki **rezidüel** kod, ‘8’ ve ‘9’, tek bir kod olarak birleştirilmektedir.

Beşinci karakter düzeyinde hiyerarşi şöyle olmaktadır:

- 0 tanımlanmamış tanı
- 1–8 spesifik durumlar
- 9 diğer durumlar

ÖRNEK 2: BEŞİNCİ KARAKTER YAPISI

Kod tipi:		
S83.1	Diz çıkığı	‘Spesifik’ dördüncü karakter kategorisi
S83.10	Diz çıkığı, tanımlanmamış	Tanımlanmamış diz çıkığı
S83.11	Tibia çıkığı, anterior, proksimal uç	Spesifik
S83.12	Tibia çıkığı, posterior, proksimal uç	Spesifik
S83.13	Tibia çıkığı, medial, proksimal uç	Spesifik
S83.14	Tibia çıkığı, lateral, proksimal uç	Spesifik
S83.18	Diğer diz çıkığı olmayan	Diğer diz çıkığı, başka yerde tanımlanabilir

Rezidüel kodlar, başka yerde gruplanamayacak tanıları ‘atmak’ için kullanılmamalıdır.

Doğru kodlamayı bulmak için dizini kullanın. Listede aramayın.

Bir klinik tedavi uzmanı ICD-10-AM’de bulunmayan terminoloji kullandığında, ICD-10-AM’deki alternatif terimlerin açıklanmasını isteyin. Herhangi bir başka tanım yoksa, aşağıda verilen stratejilerden biri uygulanmalıdır.

ÖRNEK 3:

Tanı:	Özefagus polipi
Kod:	K22.8 Özefagusun hastalıkları diğer, tanımlanmış

Bu örnekte, dizindeki ana terim olan ‘Polip’, bir ‘özefagus’ alt terimini içermemektedir. Doğru kodlamayı bulmak için, kod K22.8 *Özefagusun hastalıkları diğer, tanımlanmış*’ı gösteren ‘Hastalık, özefagus, tanımlanmış NEC’ye ilişkin dizinde arama yapın.

ÖRNEK 4:**Tanı:** Sublükse katarakt bulunan hasta, 67 yaşında, erkek**Kod:** H26.9 *Katarakt, tanımlanmamış*

Bu örnekte, dizindeki **Katarakt** terimi altında ‘sublükse’ şeklinde herhangi bir alt terim veya bunun eş anlamlısı olan bir terim ve hiçbir ‘tanımlanmış NEC’ girişi yoktur; bu nedenle doğru kodlama H26.9’dur.

0015 KOMBİNASYON KODLARI

İki tanıyı veya bir bulgu veya ilişkili bir komplikasyon ile birlikte bir tanıyı sınıflandırmak için kullanılan bir tekli kod, kombinasyon kodu olarak adlandırılır. Kombinasyon kodları dizinde alt terim girişlerine atıfta bulunarak ve Listedeki kapsama alma ve kapsam dışı tutma açıklamaları okunarak tanımlanır.

Kombinasyon kodunu yalnızca bu kod ilgili tanısal durumları tam olarak tanımlıyorsa ve dizinde isteniyorsa atayın.

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

ÖRNEK 1:

Ekstremitelerin arterosklerozu, gangrenle birlikte

Dizin: 'Gangren, arterosklerozla birlikte, I70.24' – **değil:**

I70.20 *Ekstremiteler arterlerinin arterosklerozu, tanımlanmamış*
R02 *Gangren, başka yerde sınıflanmamış*

0025 ÇİFT KODLAMA

Aynı durumun birden çok halini göstermek için aynı kodun tekrarlanmasına ilişkin birtakım tartışmalar bulunsun da (örneğin, bacakların bilateral varikoz venleri, I83.9, I83.9 veya bilateral Colles kırıkları S52.51, S52.51), klinik kod uzmanları bu kuralı **uygulamamalıdır**. Aynı kod yalnızca söz konusu durumları tedavi etmek için gerekli prosedürler için tekrarlanabilir.

ÖRNEK 1:**Tanı:** Variköz venler, bilateral, bacaklar**Prosedür:** Vena saphena femoral birleşim varikoz venlerinin bilateral soyulması ve ligasyonu**Kodlar:** I83.9 *Ülser veya enflamasyon olmadan alt ekstremiteler varikoz venleri*

32508-00, 32508-00 [727]

*Vena saphena femoral birleşim varikoz venlerinin enterüpsiyonu***ÖRNEK 2:****Tanı:** Bilateral Colles kırıkları**Prosedür:** Bilateral Colles kırıklarının kapalı redüksiyonu**Kodlar:** S52.51 *Radius alt uç kırığı, dorsal açılanma ile*
47363-00, 47363-00 [1427] *Distal radius kırığının kapalı redüksiyonu*

Çoklu kodlama hakkında daha fazla bilgi edinmek için bakınız **ACS 0027 Çoklu kodlama**.

0026 KLİNİK DENEME, İLAÇ TESTİ VEYA TERAPÖTİK İLAÇ İZLEMİ İÇİN YATIŞ**Klinik deneme**

Klinik deneme, tedaviler veya tanısal prosedürler dahil olmak üzere sağlığı iyileştirebileceğine inanılan bir girişimin sağlığı gerçekten iyileştirip iyileştirmediğini görmek için insanlar üzerinde yapılan bir çalışmadır. Klinik deneme kapsamına bir ilacın, bir cerrahi veya diğer terapötik veya koruyucu prosedürün ya da bir terapötik, koruyucu veya tanısal cihaz ya da hizmetin test edilmesi girebilmektedir (Ulusal Sağlık ve Tıp Araştırma Konseyi (2001) *İnsanlar Üzerinde Yapılan*

Araştırmalarda Etik Davranışa İlişkin Ulusal Beyanname. Bölüm 12 – Klinik denemeler.
NHMRC).

Klasifikasyon

Yatışın nedeninin araştırma amaçlı bir klinik deneme olarak gösterilmesi halinde, ana tanı olarak Z00.6 *Klinik araştırma programında normal karşılaştırma ve kontrol için muayene* kodlanmalıdır.

ÖRNEK 1: KLİNİK DENEME

Hasta, bir araştırma projesinin (klinik deneme) bir parçası olarak bronkoskopi için hastaneye yatırılmıştır
Kod: Z00.6 Klinik araştırma programında normal karşılaştırma ve kontrol için muayene
41898-00[543] Bronkoskopi

İlaç testi

İlaç testi (ilaç denemesi, duyarlılık testleri, provokasyon testi, injestiyon testi/ oral test), allerjik reaksiyonları test etmek için belirli bir hastanın belirli bir ilaca verdiği yanıtı izlemek amacıyla yapılır. Bir allerjik reaksiyon ortaya çıkarabilecek ilaç, gerçek bir ilaç allerjisi oluşup oluşmadığını görmek için yeniden verilir. Bu ilaç denemeleri/ testleri şu durumlarda gereklidir:

- Bir hastanın belirli bir ilaca karşı allerji öyküsü bulunuyorsa
- Söz konusu özgül ilaçla tedavi temel önem arz ediyorsa
- Etkili alternatif bir ilaç yoksa

Terapötik ilaç izlemi

Terapötik ilaç izlemi, bir hastaya verilecek en etkili dozu belirlemek için belirli bir ilacın kan konsantrasyonunun ölçülmesidir.

Klinik etki kolayca ölçülebildiğinden (kan basıncı, kalp hızı, vb. yi kullanarak) çoğu ilacın bu şekilde izlenmesine gerek kalmamaktadır. İzlenmesi gereken ilaçların birtakım özel nitelikleri vardır: çoğu, dar bir aralıkta en iyi sonucu verir. Bu aralığın altında, ilaç etkili değildir ve hasta, semptomlar göstermeye başlar. Bu aralığın üstünde ise, ilaç kötü veya toksik yan etkiler ortaya koymaktadır. İlaç izlemiyle, ilaç etkileşimleri de saptanır.

Antikoagülan düzeylerinin dengelenmesi amacıyla yatışa ilişkin yönlendirici ilkeler için bakınız [ACS 0303 Anormal koagülasyon profili](#).

Klasifikasyon

Yatışın nedeninin ilaç testi veya terapötik ilaç izlemi olarak gösterilmesi halinde, hastanın durumu ana tanı olarak kodlanmalıdır. Böyle durumlarda Z00.6 *Klinik araştırma programında normal karşılaştırma ve kontrol için muayene* gerekli değildir.

ÖRNEK 2: İLAÇ TESTİ

Bir penisilin allerji öyküsü bulunan hasta, penisilin reajanları ile özgül allerji testleri yapılmak üzere hastaneye yatırılmıştır.

Kodlar: Z03.6 *Yenilmiş madde toksik etki şüphesi için gözlem*
Z88.0 *Kişisel penisilin allerji öyküsü*
Gerçekleştirilen girişimleri de kodlayın.

ÖRNEK 3: TERAPÖTİK İLAÇ İZLEMİ

Hasta epilepsilidir ve fenitoin düzeylerinin ilaç izlemi için hastaneye yatırılmıştır.

Kod: G40.90 *Epilepsi, tanımlanmamış*

0027 ÇOKLU KODLAMA

Bir hastalığın çeşitli bileşenlerini göstermek için çoklu kodlama yapmaya gerek duyulabilecek durumlar vardır. Her bir ayrı bileşen (bir başka deyişle, kod) **ACS 0002 Ek tanılar**'ın tanımını gerektiği gibi karşılamayabilmekte, tam tıbbi kavramın kodlarla tanımlanabilmesi için ayrıntıya girmek gerekebilmektedir. Kodlamanın temel amacı şöyledir:

Tıbbi ifadeleri koda dönüştürmek

ACS 0002 Ek tanılar'da verilen kriterlerin uygulanması, tıbbi ifadenin kod (kodlar) ile tam olarak yansıtılmaması sonucunu ortaya koyuyorsa, kodlamaları tekrar incelemeniz gerekebilir. Kodlamalarınızın uygun olup olmadığını test etmenin iyi bir yolu, **kodları tıbbi ifadeye geri dönüştürmektir**.

Açıklama: Tanının semptomları veya belirtilerinin karakteristiği gibi ilgisiz bilgilerin gelişigüzel çoklu kodlamasından kaçının.

Çoklu kodlamanın ICD-10-AM'de kullanıldığı yaygın alanlara ilişkin örnekler arasında şunlar yer alır:

- Etiyoloji ve bulgular
- Organizmayı tanımlamak için lokal enfeksiyonlar
- Neoplazmaların fonksiyonel aktivitesi
- Neoplazma morfolojisi
- Asıl hastalık
- Toksik ajanlar
- Yaralanmanın niteliği veya zehirlenmenin nedeni veya ters etki
- Diabetes mellitus, komplikasyonları ile birlikte
- Girişim sonrası komplikasyonlar

Uygun çoklu kodlamanın yapılmasında aşağıda verilen ICD-10-AM kodlama yazım kuralları yardımcı olur.

1. Etiyoloji ve bulgu yazım kuralı – ‘hançer ve yıldız’ im sistemi

Etiyoloji (esas sebep) kodlarının yanına bir hançer imi (†), bulgu kodlarının yanına ise bir yıldız imi (*) konulur. Her iki kodlamayı da **Alfabetik Dizindeki sıralarıyla yapın**; bir başka deyişle, önce etiyoloji kodu, ardından bulgu kodunu girin.

ÖRNEK 1:

Gonokok epididimit

Dizin girişi: **Epididimit**, gonokok A54.2† N51.1*

Cetvel:	A54.2	<i>Gonokokkal pelvipertonit ve diğer gonokokkal ürogenital enfeksiyonlar</i>
		Gonokok:
		• epididimit † (N51.1*)
	N51.1*	<i>Testis ve epididimisin bozuklukları, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda</i>
		Gonokok:
		• epididimit (A54.2†)

Hançer imli terimlerin bulunduğu açıklamalar, şu üç farklı biçimden birini alabilir:

- a) (†) imi ile yıldız imli alternatif kodun her ikisi birden açıklama başlığında yer alıyorsa, söz konusu açıklama kapsamında sınıflandırılacak bütün terimler ikili sınıflandırmaya tabidir ve tamamında yıldız imli aynı alternatif kod bulunur.

ÖRNEK 2:**B37.3** *Vulva ve vajinada kandidiazis (N77.1*)*

Kandida vulvovajinit
Monilial vulvovajinit
Vajinal kandidiazisi

- b) **Açıklama başlığında (†) imi yer alırken yıldız imli alternatif kod yer almıyorsa**, söz konusu açıklama kapsamında sınıflandırılacak bütün terimler ikili sınıflandırmaya tabidir; ancak, farklı alternatif kodlara (her bir terim için listelenen) sahiptirler.

ÖRNEK 3:**A18.0†** *Kemik ve eklem tüberkülozu*

Aşağıdakilerin tüberkülozu:

- kalça (M01.15*)
- diz (M01.16*)
- omurga (M49.0-*)

Tüberküloz:

- artrit (M01.1-*)
- mastoidit (H75.0*)
- kemiğin nekrozu (M90.0-*)
- osteit (M90.0-*)
- osteomyelit (M90.0-*)
- sinovit (M68.0-*)
- tenosinovit (M68.0-*)

- c) **Gerek (†) imi gerekse yıldız imli alternatif kod başlıkta yer almıyorsa**, açıklama bir bütün olarak ikili sınıflandırmaya tabi değildir ancak, kapsama alma terimleri bu sınıflandırmaya tabi olabilir; söz konusu sınıflandırmaya tabi iseler, bu terimler imlenir ve alternatif kodları verilir.

ÖRNEK 4:**A54.8** *Diğer gonokok enfeksiyonları*

Gonokok:

- ...
- peritonit † (K67.1*)
- pnömoni † (J17.0*)
- septisemi
- deri lezyonları

Bulgu kodları (*) ana tanı olarak atanamaz.**2. Talimatlar**

Hançer ve yıldız im sisteminden farklı olarak, bir kişinin durumunu bütünüyle açıklamak için iki ICD-10-AM kodunun kullanılmasına imkan tanıyan durumlar vardır. '... da kodlayın', 'Herhangi bir... için ek kod kullanın', '... 'ı aklınızdan çıkarmayın' gibi talimatlar söz konusu durumlardan çoğunu tanımlamaktadır.

'**Asıl hastalığı da kodlayın**' – Hem bulgu hem esas sebebi, **esas sebebi ilk sırada vermek suretiyle** kodlayın.

'**... gibi bulguyu tanımlamak için ek kod kullanın**' – Listelenen örnekler gibi ancak bunlarla sınırlı kalmamak üzere bulguyu tanımlayan kodu da atayın.

Çoklu kodlama talimatlarını gerek Alfabetik Dizin gerek Listede belirtildiği şekilde uygulayın.

0033 HASTALIK LİSTESİNDE KULLANILAN YAZIM KURALLARI

ICD-10-AM Listesinde, klinik kod uzmanları ile ICD-10-AM kodlarını esas alan istatistik yorumcularının anlaması gereken bir dizi özel yazım kuralı kullanılmaktadır.

Kapsama alma terimleri

Üç ve dört karakterli açıklamalarda, genellikle bir dizi diğer tanısal terim listelenmektedir. Bunlar, 'kapsama alma terimleri' olarak adlandırılmaktadır ve söz konusu açıklamaya göre sınıflandırılacak tanısal ifadelerin örnekleri olarak verilmektedir. Bu terimler, farklı durumlara atıfta bulunabilmekte veya eş anlamlı olabilmektedir. Terimler, söz konusu açıklamanın bir alt sınıflandırması değildir.

Kapsama alma terimleri esas olarak, açıklamaların **içeriğine ilişkin bir rehber** olarak listelenmektedir. Listelenen öğelerin çoğu, açıklamaya ait önemli veya yaygın terimlere ilişkindir. Diğerleri ise bir alt kategori ile bir başka alt kategori arasındaki sınırı belirlemek için listelenen sınırdaki durumlar veya bölgelerdir. **Kapsama alma terimleri listesi ayrıntılı değildir** ve

Alfabetik Dizine, belirli bir tanısal ifade kodlanırken ilk önce atıfta bulunulması gereken tanısal antitelerin alternatif adları dahil edilmektedir.

Kapsam dışı tutma açıklamaları

Belli açıklamalarda, ‘Hariç’ sözcüğünden sonra gelen durumların listeleri yer almaktadır. Bu ‘Hariç’ ibaresine ilişkin açıklamalar bir bölüm, blok, kategori veya kod başlığından hemen sonra bulunabilmektedir.

ICD-10-AM’de iki tip kapsam dışı tutma açıklaması bulunmaktadır. Kapsam dışı tutma açıklamasının ifade ettiği anlamlar Dünya Sağlık Örgütüncü (WHO) oluşturulmuştur. ICD-10-AM hazırlanırken, ICD-10’daki kapsam dışı tutma açıklamaları aynen korunmuştur. Bu, WHO tarafından basitçe aşağıdaki şekilde tanımlanan kapsam dışı tutma açıklamalarının söz konusu iki tipini anlamada önemli bir noktadır:

Kapsam Dışı Tutma Açıklaması Tip 1 *Tekli durum kodlamasında, ‘kodlamanın’ başka yerde yapılması uygundur.*

Kapsam Dışı Tutma Açıklaması Tip 2 *‘Kodlama’ın burada yapılması, uygun olduğunu düşünseniz de, uygun değildir.*

Kapsam dışı tutma açıklamalarıyla ilgili ICD-10 ilkelerinin anlaşılmasından ayrı olarak, kodlamadaki temel amacımıza yeniden değinmek çok önemlidir:

Tıbbi ifadeleri koda dönüştürmek

Bir kapsam dışı tutma açıklamasının kullanılması tıbbi ifadenin kod (kodlar) ile tam olarak yansıtılmaması sonucunu ortaya koyuyorsa, kodlamaları tekrar incelemeniz gerekebilir. Kodlamamızın uygun olup olmadığını test etmenin iyi bir yolu, **kodları tıbbi ifadeye geri dönüştürmektir.**

Kodu tıbbi ifadeye geri dönüştürmeye basit bir örnek verecek olursak:

Tıbbi ifade: Kolelitiazis ile birlikte kolesistit

Kod dönüştürümü: K80.10

Tıbbi dönüştürüm: Safra kesesi taşı, diğer kolesistit ile, obstrüksiyon belirtilmemiş
Hem tıbbi ifade hem tıbbi dönüştürüm, safra kesesi enflamasyonu (kolesistit) ve safra kesesi taşı (kolelitiazis) içerdiğinden yukarıdaki iyi bir kodlamadır.

Tip 1 kapsam dışı tutma açıklamaları (Tekli durum kodlamasında, ‘kodlamanın’ başka yerde yapılması uygundur.)

Bu açıklamalar ICD-10’daki tekli veya çoklu durum kodlaması ilkesine dayanmaktadır. Tekli durum kodlaması ilkesinin ilgili sağlık bakımı epizodunda yalnızca ana durumun tedavi edildiği veya incelendiği bazı ülkelerde kullanıldığı bildirilmektedir; bir başka deyişle, bakım epizodu yalnızca bir kod ile tanımlanmaktadır. Tekli durum kodlaması genelde değerli bilgilerin kaybedilmesi ile sonuçlanacaktır. Avustralya’da, bakım epizodunu tam olarak tanımlamak için gerekli özelliği sunmak amacıyla çoklu durum kodlamasını kullanmaktayız.

Yinelerseniz, pratik kural, kodlamanın (kodlamaların) tam olup olmadığını kontrol etmek için kodlarımızı tıbbi ifadeye geri dönüştürmektir.

ÖRNEK 1:

Tanı: Raynaud sendromunda gangren

Tekli durum kodlamasında, bu tanısal ifade aşağıdaki nedenlerden dolayı I73.0 *Raynaud sendromu* kapsamında kodlanacaktır:

***R02** *Gangren, başka yerde sınıflanmamış, diğer periferik hastalıklardaki gangren (I73.-) hariç*

Bu nedenle, R02’deki kapsam dışı tutma açıklaması, **‘tekli durum kodlamasında’**, Raynaud sendromundaki gangrenin I73.0 kapsamında sınıflandırıldığını ifade eder.

R02 *Gangren, başka yerde sınıflanmamış*

Şu durumlar hariç: aşağıdakilerde görülen gangren:

- ateroskleroz (I70.24)
- diabetes mellitus (E1-.52, E1-.69, E1-.73)
- **diğer periferik damar hastalıkları (I73.)**
belirli tanımlanmış bölgelerin gangreni (bakınız *Alfabetik Dizin*)
gazlı gangren (A48.0)
pyoderma gangrenosum (L88)

Çoklu durum kodlamasında, I73.0 kodu gangrenle ilgili ayrıntılı bilgi vermediğinden, tanısal ifadeyi tam olarak tanımlamak için bir ek kod olarak R02 kullanılacaktır.

Tip 2 kapsam dışı tutma açıklamaları (“Kodlama”nın burada yapılması, uygun olduğunu düşünseniz de, uygun değildir.)

Bu kapsam dışı tutma açıklamalarında listelenen durumlar, listelendikleri açıklamaya benzer kavramlardır ve bu nedenle yanlışlıkla ilgili açıklama kapsamında sınıflandırılabilirler.

ÖRNEK 2:

Tanımlar: Kronik havayolu sınırlaması ve bronşiektazi

Kronik havayolu sınırlaması, J44.9 *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tanımlanmamış* kapsamında dizine alınır. Bronşiektazi ise J47 *Bronşiektazi* kapsamında dizine alınır.

Bu iki koda ilişkin kapsama alma/ kapsam dışı tutma açıklamaları şöyledir:

J44 *Diğer kronik obstrüktif akciğer hastalığı*

∇ **Şu durumlar dahil:** kronik:

- bronşit:
 - astmatik (obstrüktif)
 - amfizematöz
 - aşağıdakilerle birlikte:
 - havayollarının tıkanması
 - amfizem

obstrüktif:

- astım
- bronşit
- trakeobronşit

Şu durumlar hariç: astım (J45.-)

astmatik bronşit NOS (J45.9)

bronşiektazi (J47)

kronik:

- bronşit:
 - NOS (J42)
 - basit ve mukopürulan (J41.-)
- trakeit (J42)
- trakeobronşit (J42)

amfizem (J43.-)

dış etkenlere bağlı akciğer hastalıkları (J60–J70)

J47 *Bronşiektazi*

Bronşiolektazi

Şu durumlar hariç: konjenital bronşiektazi (Q33.4)

tüberküloz bronşiektazi (mevcut hastalık) (A15–A16)

J44’te verilen kapsam dışı tutma açıklaması, ‘bronşiektazinin burada verilmesi, uygun olduğunu düşünseniz de, uygun değildir’ anlamına gelmektedir. Ayrıca, J47, bronşiektazi ile birlikte CAL’nin J47 kapsamında sınıflandırılacağını gösteren bir kapsama alma açıklaması içermemektedir. Bu yüzden, doğru kodlamalar J44.9 *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tanımlanmamış* ve J47 *Bronşiektazi*’dir.

Kapsam dışı tutma açıklaması, bronşiektazi ile birlikte CAL’nin aşağıda verilen nedenlerle yalnızca J47 kapsamında kodlandığı anlamına gelmemektedir:

1. J47’yi tıbbi ifadeye geri dönüştürürseniz, J47, CAL’yi içermeyecektir.
2. Bronşiektazi CAL’ye benzer veya CAL’nin bir bileşeni değildir ve kapsam dışı tutma açıklamasının gösterdiği gibi J44 kapsamında sınıflandırılmayacaktır.

3. J47'de, CAL'nin J47 kapsamına dahil edildiğini gösteren herhangi bir kapsama alma açıklaması yoktur.
4. Bronşiektaziye ilişkin dizin girişi, CAL ile ilgili, CAL'ye ilişkin dizin girişi ise bronşiektazi ile ilgili herhangi bir alt terim içermemektedir.

Lügatçe tanımları

Bölüm V *Zihin ve Davranış Bozuklukları*, açıklamaların içeriğini göstermek için lügatçe tanımlarını kullanmaktadır. Lügatçe tanımlarının kullanılmasının nedeni, zihin bozukluklarının, özellikle ülkeler arasında büyük değişiklikler göstermesi ve aynı adın oldukça farklı durumları tanımlamak için kullanılabilmesidir. **Lügatçe, klinik kod uzmanlarının kullanımı için değildir.**

Ayraç ()

Ayraçlar dört şekilde kullanılır:

1. Ayraçlar, bir tanısal terimden sonra gelebilecek, ayraçların dışında kalan sözcüklere atanacak kod numarasını etkilemeyen tamamlayıcı sözcükleri göstermek için kullanılır. Bu, **etkisiz belirteç** olarak bilinmektedir.

ÖRNEK 3:

I12 *Hipertansif böbrek hastalığı*'nda verilen kapsama alma açıklamasında, 'arteriyosklerotik nefrit (kronik (interstisyel)' satırı, I12'nin, tek başına veya 'kronik' ya da 'interstisyel' sözcüklerinden biri (veya her ikisi) ile nitelendirildiğinde 'arteriyosklerotik nefrit' ibaresine ilişkin kod numarası olduğunu ifade eder.

2. Ayraçlar ayrıca, kapsam dışı tutulan bir terimin atıfta bulunduğu kodu göstermek için kullanılır.

ÖRNEK 4:

I88 *Özgül olmayan lenfadenit, 'büyümüş lenf nodları NOS' (R59.- *Büyümüş lenf nodları*) hariç*

3. Ayraçlar 1. Ciltte blok başlıklarında, söz konusu bloğun içerdiği kategorilerin üç karakterli kodlarını göstermek için kullanılır.
4. Ayraçlar, yıldız imli bir kategorideki hançer imli kodu veya hançer imli bir terimden sonra gelen yıldız imli bir kodu göstermek için kullanılır.

ÖRNEK 5:

A32.1† *Listeria menenjit ve meningoensefaliti*

Listeria:

- menenjit (G01*)
- meningoensefalit (G05.0*)

G01*

Menenjit, başka yerde sınıflanmış bakteriyel hastalıklarda

Menenjit (şunlarda):

- şarbon (A22.8†)
- gonokokkal (A54.8†)
- leptospirozis (A27.-†)
- listeria (A32.1†)

Köşeli ayraç []

Köşeli ayraçlar eş anlamlı sözcükleri, alternatif sözcükleri veya açıklayıcı ibareleri göstermek için kullanılır.

ÖRNEK 6:

A30 *Lepra [Hansen hastalığı]*

İki nokta :

İki nokta, kapsama alınan ve kapsam dışı tutulan terimlerin listelerinde, kendisinden önce gelen sözcükler söz konusu açıklamaya atanacak tam terimler değilse kullanılır. İki nokta işaretinden önce gelen sözcükler, söz konusu açıklamaya atanabilmeleri için, altlarında girilen belirtme veya nitelendirme sözcüklerinden bir veya birkaçının kullanılmasını gerektirir.

ÖRNEK 7:

K36 *Apandisit, diğer*'de, 'apandisit' tanısı yalnızca 'kronik' veya 'rekürren' sözcükleriyle nitelendirilirse K36 *Apandisit, diğer* kapsamında sınıflandırılmalıdır.

K36	<i>Apandisit, diğer</i>
	Apandisit:
	• kronik
	• rekürren

Büyük ayraç }

Büyük ayraç, kapsama alınan ve kapsam dışı tutulan terimlerin listelerinde, kendisinden gerek önce gerekse sonra gelen sözcüklerin tam terimler olmadığını göstermek için kullanılır. Büyük ayraçtan önce gelen terimlerin herhangi biri, büyük ayraçtan sonra gelen terimlerinden bir veya birkaçı ile nitelendirilmelidir.

ÖRNEK 8:

O71.6	<i>Obstetrik zedelenmesi, pelvik eklem ve ligamentlerin</i>	
	İç simfizyal kıkırdağının avülziyonu	}
	Koksiks zedelenmesi	}
	Simfisisin (pubis) travmatik yırtığı	}
		} obstetrik

NOS - BŞT

NOS, İngilizce 'not otherwise specified' (başka şekilde tanımlanmamış) sözcüklerinin baş harflerinden oluşturulan bir kısaltma olup, 'tanımlanmamış' veya 'nitelendirilmemiş' durumları ifade eder.

Bununla birlikte, bazı zamanlar, nitelendirilmemiş bir terim, durumun daha spesifik bir tipine ilişkin bir açıklama kapsamında sınıflandırılmaktadır. Bunun nedeni, tıp terminolojisinde, bir durumun en yaygın biçiminin genellikle durumun kendisinin adı ile bilinmesi ve yalnızca daha az yaygın olan tiplerinin nitelendirilmesidir.

ÖRNEK 9:

Mitral stenoz yaygın olarak 'romatizmal mitral stenoz'u ifade etmek için kullanılır.

Bu yerleşik kabuller, yanlış sınıflandırmayı önlemek için dikkate alınmak zorundadır. Kapsama alma terimleri dikkatli bir şekilde incelendiğinde, bir neden varsayımının nerede yapıldığı görülecektir. **Klinik kod uzmanları**, başka yerde daha spesifik bir atamaya imkan tanıyacak herhangi bir bilginin bulunmadığı net olarak ortaya konulmadıkça, bir terimi, nitelendirilmemiş bir terim olarak kodlamamaya özen göstermelidir.

Veri analistleri de benzer şekilde, açıkça tanımlanmış bir kategoriye atanan bazı durumların kodlanan kayıta aynı şekilde tanımlanmamış olabileceğinin farkında olmalıdır. Zaman içinde eğilimleri karşılaştırırken ve istatistikleri yorumlarken, ICD'nin bir sürümündeki varsayımların ICD'nin bir başka sürümündeki varsayımlardan farklı olabileceğini bilmek önemlidir. Örneğin, 8. Sürümden önce, nitelendirilmemiş bir aort anevrizmasının nedeninin sifiliz olduğu varsayılmaktaydı.

Başka yerde sınıflanmamış

'Başka yerde sınıflanmamış' ibaresi, üç karakterli bir kategori başlığında kullanıldığında, listelenen durumların belli değişkenlerinin sınıflandırmanın diğer bölümlerinde de bulunabileceğine ilişkin bir uyarı görevi görür.

ÖRNEK 10:

J16 *Pnömoni, diğer enfeksiyon etkenlerine bağlı, başka yerde sınıflanmamış*

Bu kategori kapsamına J16.0 *Klamidyal pnömoni* ve J16.8 *Pnömoni, diğer tanımlanmış enfeksiyöz organizmalara bağlı* girer. Bölüm X *Solunum Sistemi Hastalıkları* ile tanımlanmış enfeksiyöz organizmalara bağlı pnömonilere ilişkin diğer bölümlerde (örneğin J10.- *Belirlenmiş influenza virüsüne bağlı influenza* ile J15.- *Bakteriyel pnömoniler, başka yerde sınıflanmamış* ve P23.- *Konjenital pnömoni*) diğer birçok kategori sunulmaktadır. J18.- *Pnömoni, etken tanımlanmamış*, enfeksiyöz etkenin belirtilmediği pnömonileri içerir.

Başlıklardaki 'VE' kullanımı

'Ve', 've/veya'ya karşılık gelir. Örneğin, A18.0† *Kemik ve eklem tüberkülozu* açıklamasında, 'kemik tüberkülozu', 'eklem tüberkülozu' ve 'kemik ve eklem tüberkülozu' biçimindeki sınıflandırılmış vakalar olacaktır.

0034 ALFABETİK HASTALIK DİZİNİNDE KULLANILAN YAZIM KURALLARI

Alfabetik Dizin üç bölümde hazırlanır:

- 1. Bölümde, Bölüm I-XIX ve Bölüm XXI kapsamında sınıflandırılacak bütün terimler, ilaçlar ve diğer kimyasallar dışarıda tutulmak üzere listelenir.
- 2. Bölüm, morbidite ve mortalite dış etkenlerinin dizinidir ve Bölüm XX kapsamında sınıflandırılacak bütün terimleri, ilaçlar ve diğer kimyasallar hariç olmak üzere içerir.
- 3. Bölümde, İlaçlar ve Kimyasallar Tablosu, her bir madde için, Bölüm XIX kapsamında sınıflandırılacak zehirlenme kodları ile ilaçların ters etkilerinin listesi ve düzgün bir şekilde verilen doğru maddenin ters etkilerini ve zehirlenmenin kazayla mı yoksa kasıtlı mı (kendi kendine zarar verme) olduğunu veya gerçekleşme şekli belirlenmemiş bir zehirlenme mi olduğunu gösteren Bölüm XX kodlarının listesi verilir.

Sıra

Ana terimler alfabetik sırayla verilir. Boşluklar, kısa çizgiler, imler ve sayılar alfabetik harflerden önce gelir. Bu kural, alfabetik sıranın harf harf verilerek boşluklar ve kısa çizgilerin kullanılmadığı önceki baskılardan farklılık gösterebilmektedir.

Yapı

Dizin, sütunun en solunda yer alan, altlarında farklı giriş düzeyleriyle diğer sözcüklerin (**belirteçler**) verildiği **öncü terimler** içerir. Durumdan sonra gelen ayrıçaların içindeki kodlamayı etkilemeyen belirteçlerdir (**etkisiz belirteçler**) (bakınız **ACS 0033 Hastalık listesinde kullanılan yazım kuralları** bölümünde **Ayrıç**).

NEC

NEC (başka yerde sınıflanmamış), listelenen durumun tanımlanmış değişkenlerinin başka yerde sınıflandığını ve uygun olduğu hallerde Dizde daha net bir terimin aranması gerektiğini belirtir.

Çapraz başvurular

Çapraz başvurular, Dizde terimlerin gereksiz yinelenmesini önlemek için kullanılır. 'Bakınız' sözcüğü, klinik kod uzmanını diğer terime bakması için yönlendirirken; 'ayrıca bakınız' ibaresi, kodlanmakta olan ifadenin 'ayrıca bakınız' ibaresinin önünde bulunan terimin altında girişi yapılmayan başka bilgileri içerip içermediğini görmesi için kod uzmanını Dizde başka yere yönlendirir.

GENEL İŞLEM STANDARTLARI

0016 İŞLEMLERE İLİŞKİN GENEL YÖNLENDİRİCİ İLKELER

Tanımı

Bir işlem, aşağıda verilen özellikleri taşıyan bir klinik müdahale olarak tanımlanır:

- cerrahi girişim niteliği taşıyan ve/veya
- bir işlem riski taşıyan ve/veya
- anestetik bir risk taşıyan ve/veya
- uzmanlık eğitimi gerektiren ve/veya
- yalnızca bir akut bakım ortamında bulunabilen özel tesis veya ekipman gerektiren

Kod sırası, şu hiyerarşiye göre belirlenir:

- ana tanının tedavisi için yapılan işlem
- bir ek tanının tedavisi için yapılan işlem
- ana tanı ile ilgili tanı/araştırma işlemi
- bakım epizoduna ilişkin bir ek tanı ile ilgili tanı/araştırma işlemi

(Ulusal Sağlık Bilgi Komitesi (2003)). *National Health Data Dictionary*, Version 12, AIHW).

ÖRNEK 1:

Ana tanı:	Kronik servisit
Ek tanıları:	İnsan papilloma virüsü (HPV) Menoraji
İşlemler:	Dilatasyon ve küretaj, serviks diyatermi ve biyopsisi
Birinci sırada verilen işlem:	Kronik servisite ilişkin tedavi prosedürü olması nedeniyle serviksin diyatermisi (35608-00 [1275]) ilk sırada verilir.

Yatış zamanından taburcu edilme zamanına kadar geçen sürede yapılan bütün önemli işlemler kodlanmalıdır. Bunlara, tanısal ve terapötik işlemler dahildir.

Bir önemli işlem, aşağıda verilen özelliklerden birini taşıyan bir işlem olarak tanımlanır:

- cerrahi girişim niteliği taşıyan
- bir işlem riski taşıyan
- anestetik bir risk taşıyan
- özel tesis veya ekipman veya uzmanlık eğitimi gerektiren

Özellikle endoskopik ve radyolojik müdahalenin devreye sokulmasıyla, cerrahi girişimlerle cerrahi olmayan girişimler arasındaki farkı belirlemek giderek zorlaşmaktadır. Örneğin; diğer tedavilerle birlikte ince iğne aspirasyonu, perkütan işlemler, kardiyolojik perkütan anjiyoplastiler ile endoskopik terapötik işlemler genellikle büyük insizyonlar gerektirmemekte ve klasik ameliyathanelerde gerçekleştirilmeyebilmektedir. Klasik 'cerrahi olmayan' girişimler dahil olmak üzere bütün önemli işlemlerin kodlanması büyük önem arz etmektedir.

Cerrahi nitelikteki işlemler her zaman kodlanmalı ve kod dizisinde ilk sırada verilmelidir. Örneğin; 'kolesistektomi' veya 'koroner arter baypas'. Bu iki işlem tipi sıklıkla ilk sırada verilecektir.

İşlem sıralaması, DRG gruplamasını etkilemeyecektir. Özel işlemlerin kullanımına ilişkin yönlendirici ilkeler, bu kitabın dizinine girilmelidir.

İşlem bileşenleri

Bir başka işlemin ayrı bileşenleri olan işlemleri *kodlamayın*.

ÖRNEK 2:

- Bir operatif yaklaşım olarak laparotomi
- Kraniyofasiyal rekonstrüksiyon sırasında kemik grefi
- Cerrahi girişim sonrası abdominal insizyonun sütürü

0040 İŞLEM LİSTESİNDE KULLANILAN YAZIM KURALLARI

Biçim

Birinci düzey - anatomik bölge eksen

Avustralya Sağlık Müdahaleleri Sınıflandırması (ACHI) işlem tasnifi, anatomik bölge ana eksen ile yapılmıştır. Her bölümde, anatomik bölge, ‘üstten alta doğru’ (baştan ayağa) yaklaşımı ile gösterilmiştir.

İkinci düzey – işlem tipi eksen

İkinci eksen, işlem tipi olup, en az invazif işlemle başlayıp en çok invazif işleme kadar çıkar. Standartlaştırılan işlem eksenleri şöyledir:

Muayene
Uygulama, Yerleştirme, Çıkarma
İnsizyon
Yıkım
Eksizyon
Redüksiyon (yalnızca Kas İskelet Sistemi bölümünde)
Onarım
Rekonstrüksiyon
Revizyon
Reoperasyon
Diğer işlemler

Üçüncü düzey – blok eksen

MBS, bir fiyat tarifesi olup, uzmanlık alanına göre oluşturulur. ACHI işlemleri MBS’de yer alan kalemlerin sıra numarasına dayandığından ve bir anatomik temele göre oluşturulduğundan, Listede kod numaraları her zaman sıralı görünmez. **Blok** olarak adlandırılan üçüncü bir düzey kullanılır. Bloklar Listede, bir spesifik kodun yerini bulmalarında klinik kod uzmanlarına yardımcı olmak amacıyla, sıra numarasıyla ve özellikle blokta bulunan kodlarla ilgili olan başlıklarla verilir.

Belirli bölümler, genel biçimin dışında kalmaktadır:

- **Dental hizmetler**

Bu bölüm, Australian Dental Association (ADA) Incorporated tarafından yayınlanan *'The Australian Schedule of Dental Services and Glossary, 7. Basım'*a göre hazırlanır. Bu eserin kopyaları, ADA, 75 Lithgow Street, St Leonards NSW 2065 Avustralya adresinden temin edilebilir. Dental Hizmetler bölümü, tanısal hizmetler, koruyucu hizmetler, periodonti, oral cerrahi, vb. gibi hizmet temelinde oluşturulur. İkincil eksenler birçok durumda işlem tipi ile ilgilidir.

- **Obstetrik işlemler**

Bu bölümün ana eksen, antepartum işlemler, doğum eylemi ile ilgili işlemler, doğum, vb. gibi gebelik döngüsüyle ilgilidir. İkincil eksenler ise işlem tipine ilişkindir.

- **Radyasyon onkolojisi işlemleri**

Bu bölümün ana eksen, radyasyon onkolojisi işlemleri ile ilgilidir. Radyasyon onkolojisi bölümündeki ikincil eksenler ise, eksternal ışın terapisi, brakiterapi, komputere planlama, vb. gibi radyasyon tipine ilişkindir.

- **Non-invaziv, kognitif ve diğer müdahaleler, başka yerde sınıflandırılmamış**

Bu bölümün ana eksen, müdahalenin amacı, bir başka deyişle tanısal, terapötik destek veya müşteri desteği ile ilgilidir. İkincil eksenler ise müdahale tipi veya vücut sistemine ilişkindir. Örneğin, *Diagnostik Müdahaleler* ana ekseninde, *Değerlendirme, Konsültasyon, Görüşme, İnceleme, Değerlendirme* veya *Diagnostik Testler, Ölçümler* veya *İncelemeler – Göz ve Ekleri* ikincil eksenleri oluşturur. *Terapötik Müdahaleler* ana ekseninde ise, *Danışmanlık, Eğitim* veya *Nutrisyonel Destek Müdahaleleri* veya *Terapötik Müdahaleler – Kardiyovasküler Sistem* ikincil eksenleri oluşturur.

- **Görüntüleme hizmetleri**

Bu bölümün ana eksen ultrason, tomografi, radyografi, vb. gibi sunulan görüntüleme hizmeti ile ilgilidir. Bu bölümde ikincil eksen bulunmamaktadır.

Kısaltmalar

NEC *Başka yerde sınıflanmamış*. ‘Başka yerde sınıflanmamış’ ibaresi, listelenen işlemlerin belli değişkenlerinin sınıflandırmanın diğer bölümlerinde de bulunabileceği konusunda uyarıda bulunmak üzere kullanılır. Tanımlarında ‘NEC’ kısaltması bulunan kodlar yalnızca işlem terimini daha özgül bir koda atamak için gerekli olan bilgilere sahip olunmadığında atanacaktır.

NOS *Diğer bir şekilde tanımlanmamış*. Bu kısaltma, ‘tanımlanmamış’ ibaresi ile aynı anlamda kullanılır.

Kod başlıklarındaki ‘ve/veya’ kullanımı

Kod başlıklarındaki ‘ve’, ‘ve’ anlamına gelir. Kod başlıklarındaki ‘veya’ ise, ‘veya’ anlamına gelir.

Örneğin:

48224-00 [1435]	<i>Radius veya ulnaya kemik grefti</i>
47519-00 [1479]	<i>Trokanterik veya subkapital femur fraktürünün internal fiksasyonu</i>
46339-00 [1446]	<i>El fleksör veya ekstansör tendon sinovektomisi</i>
47384-00 [1429]	<i>Radius shaftı fraktürünün açık redüksiyonu</i>
47384-01 [1430]	<i>Ulna shaftı fraktürünün açık redüksiyonu</i>
47393-00 [1431]	<i>Radius ve ulna shaftı fraktürünün açık redüksiyonu</i>

Noktalama

- [] Köşeli ayraçlar eş anlamlı sözcükleri, alternatif ifadeleri veya açıklayıcı ibareleri göstermek için kullanılır.
- () Ayraçlar, atandığı kod numarasını etkilemeksizin bir işleme ilişkin açıklamada yer alabilecek veya bulunmayabilecek tamamlayıcı sözcükleri göstermek için kullanılır.
- : İki nokta, Listede, tamamlanmamış olan, belirli bir kategoriye atanabilmesi için kendisinden sonra bir veya daha fazla belirteç gerektiren bir terimin arkasından kullanılır.
- } Büyük ayraçlar, her biri ayraçın sağ tarafında yer alan açıklama ile değiştirilen bir dizi terimi göstermek için kullanılır.

Kapsama alma terimleri

Kapsama alma terimleri, doğrudan bir blok başlığı ve kod tanımının altında listelenen işlem terimleridir. Kapsama alma terimleri, kod veya blok kapsamında gruplanan terim örneklerini vermek için kullanılır. Örneğin:

42671-00 [173]	<i>Refraktif keratoplasti</i> Keratomilöz Termokeratoplasti
----------------	---

Kapsama alma terimleri *ayrıntılı değildir* ve *hiçbir zaman doğrudan Listeden kodlama yapılmamalıdır*. Listeye göre çok daha fazla işlem terimi içerdiğinden ilk önce Alfabetik Dizine başvurulmalıdır.

Talimatlar

Talimatlar, Listenin tamamında belirli yerlerde bulunur:

Bölüm ilgili talimatlar	Bölüm kapsamında sınıflandırılan kodlarla
Birinci düzey - Anatomik bölge eksenli talimatlar	Bölgeye göre sınıflandırılan kodlarla ilgili
İkinci düzey – İşlem tipi eksenli talimatlar	İşlem tipine göre sınıflandırılan kodlarla ilgili

Üçüncü düzey – Blok eksenli talimatlar	Blok başlığı altında gruplanan kodlarla ilgili
Dördüncü düzey - Kod	Kodla ilgili talimatlar

Talimatlar aşağıda gösterilen hiyerarşiye göre verilir:

Dahil

Açıklama

Gerçekleştirildiğinde de kodlayın (Ayrıca kodlayın) (İlk önce kodlayın)

Hariç

Dahil:

“Dahil” açıklaması, bir bölüm, bölge, işlem tipi, blok veya kodun daha ayrıntılı içeriğini vermek için kullanılır. Bazı durumlarda, “dahil” açıklaması, bir kod tanımında veya blok başlığında verilen, kullanılan işlem bileşenlerini veya ekipmanı belirtir. Örneğin:

36503-00 [1058] *Renal transplantasyon*

Dahil: vasküler anastomoz

Diğer durumlarda ise, “dahil” açıklaması, bölgenin daha ayrıntılı tanımını verir. Örneğin:

30394-00 [987] *Intra-abdominal apse, hematoma veya kist drenajı*

Dahil: appendis ile ilgili }
iliyak çukuru }
intraperitoneal } apse, hematoma veya kist
pelvik }
subhepatik }
subfrenik }
peritonit }

Açıklama:

“Açıklama”, bir kodun veya kodların kullanımı ile ilgili bilgi vermek için kullanılır. Çoğu durumda, “açıklama” işlemin yapılabileceği bir tanısal terim örneğini gösterir (bir başka deyişle, “açıklama” ayrıntılı değildir). Örneğin:

39806-00 [11] *Intrakranial proksimal arter klipslenmesi*

Açıklama: anevrizma veya arteriyovenöz malformasyon için gerçekleştirilir

“Açıklama” ayrıca, bloktaki kod açıklamalarında kullanılan belirli terimlerin ayrıntılı tanımını yapmak için kullanılır. Örneğin:

[1651] *Lokal deri flepi, basit ve küçük, tek evre*

Açıklama: *Flep* donör bölgeden ayrılarak, kendi kan kaynağı (pedikül) ile birlikte alıcı bölgeye nakledilen doku.

Flep tipleri arasında aşağıdakiler yer alır:

- ilerletme (örneğin, V-Y, bipedikül)
- fasyokütan
- rotasyon
- transpozisyon (örneğin; Z-plasti, romboid)

Lokal defekte komşu olan bir bölgeden alınan flep

Basit düzgün şekilli, iki boyutlu

Ufak alıcı bölgenin büyüklüğü ile oransal

Ayrıca kodlayın/Gerçekleştirildiğinde de kodlayın:

Bu talimat ile, Listede, ilgili belirli işlemlerin yapılması veya belirli ekipmanın kullanılması halinde bir ek kod atanması istenir. Örneğin:

41548-00 [323] *Mastoid kavite obliterasyonu*

Aşağıdaki işlem yapıldığında da kodlayın:

- meatoplasti (41512-00 [305])

İlk önce kodlayın:

“İlk önce kodlayın” talimatları, kodların doğru sıralamasını yapmasında klinik kod uzmanına yardımcı olur. Bu talimat, *hiçbir zaman* tek başına atanmayacak olan kodların altında bulunur.

Hariç:

“Hariç” sözcüğünden sonra girilen ibareler her bir durumda gösterildiği şekilde başka yerde kodlanacaktır.

“Hariç” talimatındaki kodlar sıra numarası ile listelenmez. Daha ziyade, bu kodlar blok numaralarına göre sıralanır. Örneğin:

Hariç: *burun deri flepi* (45206-01 [1651], 45203 [1652], 45221, 45224 [1653], 45230 [1653] ve [1654], 45227, 45233, 45236 [1654])

“Hariç” talimatında kodlar uzantıları ile birlikte veya uzantıları olmaksızın listelenebilir (*bakınız yukarıda verilen örnek, 45230 [1653] ve [1654]*). Kod uzantıları verilmezse “hariç” talimatı söz konusu kodun bütün iki basamaklı uzantıları için de geçerlidir. Yukarıda verilen örnekte, 45230'un iki uzantısı bulunmaktadır:

45230-00 [1653] *Direkt uzak deri flepi gecikmesi*

45230-01 [1654] *İndirekt uzak deri flepi gecikmesi*

0041 ALFABETİK İŞLEM DİZİNİNDE KULLANILAN YAZIM KURALLARI

Tabloya göre çok daha fazla işlem terimi içerdiğinden Alfabetik Dizin önemlidir.

Hiçbir zaman doğrudan Alfabetik Dizinden kodlama yapmayın. Dizinde bir kodu belirledikten sonra bu kodun, “dahil” ve “hariç” açıklamaları gibi önemli talimatları içerip içermediğini görmek için Tabloya bakın. Bu talimatlar ek kodlar, sıralama ve bir işlemin başka bir yerde ne zaman kodlanacağı gibi kuralları gösteren kapsam dışı tutma açıklamalarının kullanımına ilişkin yönlendirici bilgileri sağlar.

Sıra

Ana terimler alfabetik sırayla verilir. Boşluklar, kısa çizgiler, imler ve sayılar alfabetik harflerden önce gelir. Bu kural, alfabetik sıranın harf harf verilerek boşluklar ve kısa çizgilerin kullanılmadığı önceki baskılardan farklılık gösterebilmektedir.

ICD-10-AM’ye kısa çizgiler, giriş düzeylerini göstermek için alınmıştır.

İster Arap ister Romen olsun rakamlar alfabetik karakterlerden önce numara sırasıyla verilir. Örneğin:

Test, test etme (için) NEC (*ayrıca bakınız inceleme*) 92204-00 [1866]

- emilim

- - radyoaktif B₁₂

- - - 1 izotop 12512-00 [1863]

- - - 2 izotop 12515-00 [1863]

'Gibi', 'ile', 'için', 'ile birlikte' ve 'olmaksızın' ilgeçleri, ilgili oldukları ana terim veya alt terimin hemen arkasından gelir. Bir işlem tanımının bir ilgeç alt terim veya alfabetik alt terim altında listelenen terimleri içermesi halinde, ilgeç alt terim daha önce verilir. Örneğin:

- Formasyon** ('in)
- fistül
- - arteriyovenöz
- - - ile birlikte
- - - - gref, ven 34512-00 [765]*
- - - - protez (Goretex) 34512-01 [765]
- - - kol veya bacak (ekstremit)
- - - - alt 34509-00 [765]**
- - - - üst 34509-01 [765]

Bu örnekte, 'grefle birlikte alt ekstremit arteriyovenöz fistülü oluşumu', 'ile birlikte' altındaki girişler alfabetik bir alt terim olan 'ekstremit' den önce verilmesi gerektiğinden, 34509-00 [765]'ten** ziyade 34512-00 [765]* ile kodlanmalıdır.

Birden fazla tamlama varsa, bunlar alfabetik sırayla listelenir. Örneğin:

- Artroplasti** (ayrıca bakınız Onarımı, eklem) 50127-00 [1571]
- osseointegration ile (titanyum fikstürü implantasyonu)
- - parmak (el parmağı) (ayak parmağı) 45794-07 [1698]
- halluks valgus için (hallux rigidus) (tek taraflı) 49821-00 [1547]
- - protez ile birlikte 49839-00 [1547]
- - çift taraflı 49824-00 [1547]
- - - protez ile birlikte 49842-00 [1547]
- ayak bileği
- - eklem replasmanı için (total) 49715-00 [1544]
- Austin Moore, kalça 47522-00 [1489]

Blok numaraları

MBS, bir fiyat tarifesi olup, uzmanlık alanına göre oluşturulmuştur. ICD-10-AM'de yer alan işlemler MBS'de yer alan kalemlerin sıra numarasını esas aldığından ve bir anatomik temele göre oluşturulduğundan, Listede kod numaraları her zaman sırayla görünmez. **Blok** olarak adlandırılan üçüncü bir düzey kullanılır. Bloklar Listede, belirli bir kodun yerinin belirlenmesine yardımcı olmak için sıra numarası ile verilir. Blok numaraları dizinde koyu olarak, kodun sağında verilir ve köşeli ayrıçlarla koddan ayrılır.

Ana terimler

Alfabetik Dizin, başvuru kolaylığı sağlamak amacıyla koyu olarak verilen 'ana terimler'le düzenlenir. Ana terimler genellikle, ilgili anatomik bölgeden ziyade yapılan işlemin tipini belirtir.

Belirteçler

Bir ana terim veya alt terimin arkasından ayrıç içinde bir dizi terim verilebilir. İşlem tanımında ayrıç içinde bu terimlerin verilip verilmemesinin kodun seçimi üzerinde *hiçbir etkisi* yoktur. Bunlar, *etkisiz belirteçler* olarak adlandırılır. Örneğin:

- Bronkoskopi** (fiber optik) (floroskopik yönlendirme ile birlikte) (lavaj ile birlikte) 41898-00 [543]
- ile birlikte
- - biyopsi (bronş) (akciğer) 41898-01 [544]
- - dilasyon (bronşiyal striktür) (trakeal striktür) 41904-00 [546]
- - lezyon eksizyonu 41892-01 [545]
- - - lazer ile 41901-00 [545]
- - 'in çıkarılması
- - - yabancı cisim 41895-00 [544]
- - - lezyon 41892-01 [545]
- - - - lazer ile 41901-00 [545]
- - yıkamalar (numune almak için) 41898-01 [544]

Bir terimden sonra, belirli bir işlem için uygun kodun seçimini *etkileyen* bir dizi alt terim de gelebilir. Bunlar, *etkili belirteçler* olarak adlandırılır. Bu belirteçler ayrı satırlarda girilir ve bölgedeki veya cerrahi teknikteki temel farklılıkları gösterir. Örneğin:

Klipsleme

- arter 34106-14 [697]
- - aksiller 34103-11 [697]
- - brakial 34106-10 [697]
- - kardiyak kollateral (açık) 38700-03 [691]
- - karotid 34100-02 [697]
- - servikal NEC 34106-14 [697]
- - etmoidal (transorbital) 41725-00 [697]

Başka yerde sınıflanmamış (NEC)

NEC, yalnızca Listeye başvuru olarak belirlenebilen iki amaç için kullanılır:

1. Yetersiz tanımlanmış terimlerle birlikte, işlemin tanımlanmış olan biçimlerinin farklı bir şekilde sınıflandırıldığına ilişkin bir uyarı olarak. Bu terimler için verilen kodlar yalnızca daha kesin bir bilgi bulunmadığında kullanılmalıdır.
2. Listede daha spesifik bir kategorisi bulunmayan ve hiçbir ek bilginin kod seçimini değiştirmeyeceği terimler.

Kodu atlayın

“Kodu atlayın” talimatı, Alfabetik Dizinde ana terim olarak listelenen insizyonları gösteren terimler için uygulanabilir. Yalnızca bir başka cerrahi girişim gerçekleştirmek amacıyla insizyon yapılmışsa, *kodu atlayın* talimatı verilir. Örneğin:

- Artrotomi** (lavaaj ile birlikte) 50103-00 [1555]
- operatif yaklaşım olarak – *kodu atlayın*
- ayak bileği 49706-00 [1529]
- dirsek 49100-00 [1410]
- kalça 49303-00 [1481]

Kodu atlayın talimatları ayrıca, diğer işlemlerle birlikte yapıldığında kodlanmaması gereken belirli işlemler için de uygulanabilir. Örneğin:

- Kardiyoversiyon** 13400-00 [1890]
- kalp ameliyatı ile birlikte – *kodu atlayın*

Çapraz başvurular

Çapraz başvurular, bir terim veya bu terimin eş anlamlarına ilişkin olası belirteçleri gösterir. Üç tip çapraz başvuru bulunur:

1. ‘Bakınız’, herhangi bir yere açık yönlendirme yapar. Yapılan işlemin tipini belirtmeyen terimlerle birlikte kullanılır. Örneğin:

CAT (komputerize aksiyel tomografi)—*bakınız* Tomografi, komputerize

2. ‘Ayrıca bakınız’, ilgili girişler bir koda yönelik olmadığında bir başka ana terime yönlendirme yapar. Örneğin:

Abdominoplasti

- boy redüksiyonu ayrıca bakınız *Lipektomi, abdominal örtü*
- - Pitanguy 30177-00 [1666]
- - radikal 30177-00 [1666]

3. ‘Bakınız [xxxx] bloğu’, daha fazla bilgi edinmek veya spesifik bölge başvuruları için Listeye yönlendirme yapar. Örneğin:

Yardım

- endotrakeal solunum (bakınız [569] bloğu)

Eponimler

Kişi adlarıyla anılan işlemler (eponimler) hem ana terimler olarak uygun alfabetik sıralarında hem 'işlem' ana terimi altında verilir. Eponimin arkasından genellikle işlem veya ilgili anatomik bölgenin tanımı gelir. Örneğin:

Darrach işlemi (ulna osteotomisi) 48406-04 [1424]

- internal fiksasyon ile birlikte 48409-04 [1424]

İşlem

- Darrach (ulna osteotomisi) 48406-04 [1424]

- - internal fiksasyon ile birlikte 48409-04 [1424]

0019 TAMAMLANMAMIŞ VEYA KESİNTİYE UĞRAMIŞ GİRİŞİM

Bir cerrahi girişimin herhangi bir nedenle tamamlanmamış veya kesintiye uğramış olması halinde, yapılan işlemin kapsamını kodlayın.

ÖRNEK 1:

Apendisit ameliyatı için bir laparotomi yapılmış ancak, hastanın kardiyak arrest göstermesinden dolayı apandisit ameliyatı gerçekleştirilmemişse yalnızca laparotomi kodlayın.

30373-00 [985] *Eksploratuar laparotomi*

ÖRNEK 2:

Karpal tünelin endoskopik serbestleştirilmesi yapılmaya çalışılmış, işlem, açık işleme dönüştürülmüştür.

Birinci sırada verilen işlem: 39331-01 [76] *Karpal tünel serbestleştirilmesi*

Diğer işlem: 39331-00 [76] *Karpal tünelin endoskopik serbestleştirilmesi*

ÖRNEK 3:

Abdominal histerektomiye giden laparoskopik yardımcı vajinal histerektomi.

Aşağıdaki kodu atayın: 35756-00 [1269] *Abdominal histerektomiye giden laparoskopik yardımcı vajinal histerektomi*

Klinik kod uzmanları bir işlemi 'başarısız' girişim olarak kodlarken dikkatli olmalıdırlar (örneğin, 'başarısız CDE' koledok kanalı araması yapıldığı ancak, boya uygulanamadığı anlamına gelebilir). Bu tür durumlarda, işlem kodlanmalıdır.

Açıklama: ICD-10-AM'de, başarısız forseps doğum 90468-05 [1337] *Başarısız forseps* olarak kodlanır; bu kodlama ile beklenen sonucun elde edilemediği (bir başka deyişle, bebeğin forseps doğumunun gerçekleştirilemediği) ifade edilir.

0020 BİRDEN FAZLA/ÇİFT TARAFLI GİRİŞİMLER

İşlem kodlamasında, mümkünse kullanılan kaynaklar gösterilmelidir ve bu nedenle, genellikle birden fazla veya çift taraflı işlemler, bakım epizodunda gerçekleştirilme sayıları kadar kodlanmalıdır.

ACS 0042 *Normalde kodlanmayan işlemler*'de belirtildiği üzere, tanı veya ilgili bir işlemde gösterildiklerinden bazı işlemler kodlanmaz. Ayrıca, bu standardı göz önünde bulundurarak, herhangi bir işlemi araştırma amacıyla veya diğer amaçlarla birden fazla sayıda kodlama ihtiyacı doğduğunda bu kodların atanabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

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

ÖRNEKLER:

Aşağıda verilen işlemler gerçekleştirilme sayıları kadar kodlanmalıdır:

- Multipl deri lezyonlarının eksizyonu
- Üst göz kapağının çift taraflı rekonstrüksiyonu
- Elin birden fazla tendon onarımı
- Over kistlerin çift taraflı aspirasyonu

İstisnalar:

- a) Klinik kod uzmanının özellikle başka bir şekilde kodlama yapmasını gerektiren bir uzmanlık alanı standardının bulunması. Bu durum, aşağıda verilen standartlarda ortaya çıkar:
- 0032 *Birleşik Sağlık Müdahaleleri*
 - 0031 *Anestezi*
 - 0044 *Kemoterapi*
 - 0302 *Kan nakilleri*
 - 1911 *Yanıklar*
- b) Doğal olarak çift taraflı olan veya ICD-10-AM'de, kod başlığı veya kapsama alma terimlerinde birden fazla veya çift taraflı yönünü gösteren bir kodla belirtilen işlemler her operasyon epizodu için yalnızca bir kodla kodlanmalıdır.

ÖRNEKLER:

59915-00 [1990]	<i>Serebral anjiyografi (doğal olarak çift taraflı arterleri kapsayan)</i>
35694-01 [1254]	<i>Fallop tüpünün laparoskopik anastomozu</i>
32087-00 [911]	<i>Hepatik fleksüre fiberoptik kolonoskopi, polipektomi ile birlikte (bakınız kapsama alma terimi)</i>
41632-01 [309]	<i>Boru yerleştirilmesi ile birlikte miringotomi, iki taraflı</i>
49319-00 [1489]	<i>Total kalça artroplastisi, bilateral</i>
93340-02 [1907]	<i>Elektrokonvulsif terapi [ECT] ≤ 12 tedavi</i>
46360-00 [1446]	<i>Fleksör tendonların sinovektomisi, ≥ 5 parmak</i>

- c) **Anestezi** yapılan işlemler **yalnızca bir kez** kodlanmalıdır (**ACS 0042 Normalde kodlanmayan işlemler**'de kodlanmayacak bir işlem olarak verilmedikçe veya bir başka uzmanlık alanı standardında başka şekilde belirtilmedikçe).

ÖRNEKLER:

Aşağıda verilen işlemlerin anestezi olmadan birden fazla tekrarı söz konusu ise bir kod atayın:

- CT taramaları (aynı bölgede ve tipte)
- Kan nakilleri (aynı ürün tipinde)
- Ağrı yönetimi işlemleri
- Birleşik sağlık müdahaleleri
- Hemodiyaliz

0022 ANESTEZİ İLE MUAYENE

Anestezi ile muayene (EUA) yalnızca yapılan tek işlemse kodlanmalıdır. EUA, aşağıda verilen örnekte kodlanmayacaktır:

Operasyon raporuna kaydedilen işlemler: vajinal kistin eksizyonu ve EUA.

'Muayenenin' tanımlanmış olan bölge için kodlanmasına yönelik olarak dizine net bir giriş yapılmamışsa, bölgenin 'diğer tanısal işlemi' için bir kod atayın. 'Diğer tanısal işlemi' için herhangi bir dizin girişi yoksa, bölgenin 'diğer işlemi' için bir kod atayın. Klinik tedavi uzmanı ile birlikte bölgeyi kontrol etmek gerekebilir.

Anestezi tipi de kodlanmalıdır (bakınız **ACS 0031 Anestezi**).

ÖRNEK 1:

İntravenöz genel anestezi kullanılarak serviks anestezi ile muayenesi (EUA).

Aşağıdaki kodları atayın: 35618-03 [1278] *Serviks üzerinde diğer işlemler*
92514-99 [1910] *Genel anestezi*

Bu kod, aşağıda verilen dizin girişi ile bulunur: 'İşlem, serviks NEC'.

ÖRNEK 2:

İntravenöz genel anestezi kullanılarak serebral meninkslerin anestezi ile muayenesi (EUA).

Aşağıdaki kodları atayın: 90007-00 [28] *Kafatası, beyin veya serebral meninksler üzerinde diğer tanısal işlemler*
92514-99 [1910] *Genel anestezi*

Bu kod, aşağıda verilen dizin girişi ile bulunur: 'İşlem, serebral meninksler, tanısal NEC'.

Ayrıca bakınız **ACS 1431** *Anestezi ile muayene (EUA), jinekoloji.*

0023 LAPAROSKOPIK/ARTROSKOPIK/ENDOSKOPIK CERRAHİ

Laparoskopik, artroskopik veya endoskopik bir işlem söz konusu ise ve hem endoskopi hem işlemi içeren bir kodlama yapılmamışsa, her iki işlem birden kodlanmalıdır.

ÖRNEK 1:

Laparoskopik safra kesesi çıkarılması

Kod: 30445-00 [965] Laparoskopik kolesistektomi

ÖRNEK 2:

Laparoskopik hepatektomi

Birinci sırada verilen işlem: 90346-00 [953] *Total hepatektomi*

İlgili işlem: 30390-00 [984] *Laparoskopi*

0024 PANENDOSKOPI

ICD-10-AM'de panendoskopi terimi gatroskopi, duodenoskopi, ileoskopi ve özofagogastroduodenoskopi (EGD) gibi sindirim yolu endoskopilerini içerir. Bakınız İşlem Listesi, Bloklar:

- [1005] *Panendoskopi*
- [1006] *Yabancı cisim çıkarılması ile birlikte panendoskopi*
- [1007] *Parçalanması ile birlikte panendoskopi*
- [1008] *Eksizyon ile birlikte panendoskopi*

Ancak, özefagoskopiler ayrı olarak sınıflandırılır. Bakınız İşlem Listesi, Bloklar:

- [850] *Özefagoskopi*
- [851] *Özefagus lezyonu içine ajanın endoskopik uygulaması*
- [852] *Özefagustan yabancı cisim çıkarılması*
- [853] *Özefagus üzerinde diğer uygulama, yerleştirme veya çıkarma işlemleri*
- [856] *Özefagus üzerinde yıkım işlemleri*
- [861] *Özefagus üzerinde diğer eksizyon işlemleri*
- [862] *Özefagus dilatasyonu*

Panendoskopi terimi ayrıca solunum yolu ve üriner sistem endoskopilerini belirtmek için kullanılabilirdiğinden, gastrointestinal olmayan endoskopiler görüntülenen en uzak bölgeye göre uygun şekilde kodlanmalıdır.

Üst gastrointestinal sistem veya alt gastrointestinal sistemde bir ileum endoskopisi (ileal biyopsi dahil olmak üzere) gerçekleştirilebilir. 'İleoskopi' altında verilen dizin girişleri doğru kodun atanmasında yardımcı olacaktır.

ÖRNEKLER:

Özefagus, mide, duodenum ve ileumun panendoskopisi. Aşağıdaki kodu atayın:	30473-05 [1005]	<i>İleuma panendoskopi</i>
İleumun görüntülenmesi ile birlikte alt gastrointestinal sistemin panendoskopisi. Aşağıdaki kodu atayın:	32090-00 [905]	<i>Çekuma fiber optik kolonoskopisi</i>
Farenks, larenks ve bronşun panendoskopisi. Aşağıdaki kodu atayın:	41898-00 [543]	<i>Bronkoskopi</i>
Mesanein panendoskopisi. Aşağıdaki kodu atayın:	36812-00 [1089]	<i>Sistoskopi</i>

0028 PARA-AORTİK LENF DÜĞÜMÜ BİYOPSİSİ

Bu işlem kodlanırken özen gösterilmelidir. ‘Para-aortik düğüm biyopsisi’ kaydedilmişse, bu terim aşağıdaki gibi daha kapsamlı bir işlemi tanımlayabileceğinden operasyon raporunu kontrol edin.

1. Testisin jerm hücreli tümörlerine ilişkin tedavinin sonrasında ürologlarca bir işlem yapılır. Duodenumun üçüncü bölümüne kadar aort bifurkasyonu arasında arka pariyetal periton açılarak büyük damarların üstünde ve arasındaki yağ dokunun tamamı alınır. Ayrıca, nodal doku lomber venlerin çevresinden alınacak şekilde büyük damarlar geri çekilir. Bu işlem, bir saat sürebilmektedir.

Bu işlem 37607-00 [811] Retroperitoneal lenf nodlarının radikal eksizyonu olarak kodlanmalıdır.

2. Para-aortik düğüm numunesi almaya ilişkin daha az kapsamlı bir işlem. Bu işlem jinekolog onkologlarca genellikle servikal, endometriyal kanserler ile over kanserlerini evrelendirmek için gerçekleştirilir. Bu işlemde de arka pariyetal periton, duodenuma aort bifurkasyonundan ayrılır; ancak, genelde, vena cava (lenf düğümlerini içerir) ile ön aort üzerindeki yağ yastığı, bir damar arkası diseksiyon gerçekleştirilmeksizin tek başına alınır. Bu işlemde, deri çıkarılmaz ve girişim, subkütan dokunun eksizyonunu içerebilir veya içermeyebilir.

Bu işlem yalnızca şu yaklaşımlara göre kodlanmalıdır:

35723-02 [810] *Jinekolojik malinite evrelemesi için laparoskopik para-aortik lenf nodu numunesi alma*

35723-03 [810] *Jinekolojik malinite evrelemesi için para-aortik lenf nodu numunesi alma*

0029 SÖZLEŞMELİ İŞLEMLERİN KODLANMASI

Bu standart, bütün eyalet ve bölgelerin temsil edildiği Ulusal Sağlık Bilgi Komitesince tasarlanan bilgi toplama düzenlemeleri ile ilgilidir. Klinik kod uzmanları kendi eyalet/bölgelerinde geçerli, bu bilgileri aktarma yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

Bir hastane tedavisinin iki hastane arasındaki bir sözleşmeye göre yapılması halinde, söz konusu sözleşme kapsamında gerçekleştirilen işlemlerin tamamı her iki hastanede de kaydedilecek ve kodlanacaktır. İşlem yapmayan hastane, bu kodu uygun şekilde işaretlemelidir.

0030 ORGAN TEMİNİ VE TRANSPLANTASYONU

Bu standart, organ teminine yönelik bir bakım epizodunun sunumuna hazırlık amacıyla verilmektedir. Bazı eyaletler, organ temini kodlarının aşağıdakilerle birlikte kullanılmasına izin verilmektedir:

- Hastanın ölümüyle sonuçlanan akut epizot **veya**
- Hastanın solunum desteğine alındığı ve organ temini işlemlerinin yapıldığı beyin ölümü sonrasındaki dönemi kapsayan bir epizot tipi.

1. Canlı donörler

Organ ve doku bağıışı için hastaneye yatırılan hastalar için genelde Z52.- *Organ ve doku donörleri* kategorisinden bir kod ana tanı olarak atanır. Bu hastalar için herhangi bir ek tanı ile uygun işlem kodu (kodları) da atanmalıdır. (Ayrıca bakınız **ACS 0301 Kök hücre temini ve transplantasyonu**)

2. Hastanede beyin ölümü sonrasında donasyon. Donasyon kriterleri şöyledir: beyin ölümü, rıza ve klinik yeterlik.

2a. Hastanın ölümüyle sonuçlanan ilk epizotta, yatışın sebebi olan durumu ana tanı, Z00.5 *Organ veya doku potansiyel vericisinin muayenesi*'ni ise, temin etme niyetini göstermek için ek tanı olarak atayın. Z00.5, daha sonra organlar temin edilmese de kullanılmalıdır. Bu epizotta temine ilişkin işlem kodunu kullanmayın.

2b. İlk epizottan sonra ve hastanın beyin ölümü sonrasında temin epizodunda, Z52.- *Organ ve doku donörleri*'nden uygun kodu ana tanı olarak atayın ve ilgili işlem kodunu (kodlarını) verin. İlk epizotta halihazırda kodlandıklarından ilk epizoda ait tanıların veya ölüm nedeninin atanmasına gerek yoktur. Yalnızca organ donasyonuna fiili olarak giden hastaları kodlayın.

2c. Acilde tekrar yaşama döndürülen ve daha sonra, beyin ölümü sonrasında olası donasyon için solunum desteğine alınan hastalar için, donasyon kriterlerinin karşılanıp karşılanmadığına bağlı olarak, organ teminine ilişkin işlem kodu ile birlikte veya bu kod olmaksızın bir Z52.- kodu, ana tanı olarak atanacaktır. Bu tür hastaların durumları veya yaralanma sebebiyle tedavi edilmesi halinde bu hastalar 2a. kategorisine girerler.

3. Organ transplante edilen hastalar içinse, uygun transplantasyon işlem kodu ile birlikte ana tanı olarak yatış sebebi atanacaktır. Hastalıklı organın çıkarılması işleminin kodlanmasına gerek yoktur. Domino transplant hastalar (bakım epizodunda hastaya organ transplante edilmesi, hastanın organ vermesi; örneğin, kalp/akciğer) için, hem transplantasyon hem temine ilişkin işlem kodları ile birlikte bir donör ek tanı kodu atanacaktır (transplantasyon, ana tanı olarak kodlanacaktır).

ORGAN/DOKU TEMİN VE TRANSPLANTASYON TABLOSU					
ORGAN/DOKU	Dx KODU	TEMİN İŞLEM KODU		TRANSPLANTASYON İŞLEM KODU	
Kan, tam	Z52.00	13709-00 [1891]	<i>Transfüzyon için kan toplanması</i>	13706-01 [1893]	<i>Tam kan nakli</i>
Kan, aferez yöntemiyle kök hücreler (ayrınca bakınız ACS 0301)	Z51.81	13750-05 [1892]	<i>Kriyoprezervasyon ile kök hücrelerin aferezi</i>	[802] Bloğu	<i>Kemik iliği/kök hücre transplantasyonu</i>
		13750-04 [1892]	<i>Kök hücrelerin aferezi</i>		
Kan, diğer ürünler	Z52.08	[1891] Bloğu	<i>Kemik/kemik iliğinin terapötik toplanması ve işlenmesi</i>	[1893] Bloğu	<i>Kan ve gamma globulin transfüzyonu</i>
		[1892] Bloğu	<i>Aferez</i>		
Deri	Z52.1	90669-00 [1634]	<i>Greft için deri eksizyonu</i>	[1640]-[1650] bloklarından uygun kod	
Kemik	Z52.2	[1563] Bloğu	<i>Diğer kas iskelet sistemi kemiğindeki diğer eksizyon işlemleri</i>	<i>İşlemler için bakınız dizin – ‘Gref, kemik, bölgeye göre’</i>	
Kemik iliği	Z52.3	13700-00 [801]	<i>Transplantasyon için kemik iliği temin edilmesi</i>	[802] Bloğu	<i>Kemik iliği/kök hücre transplantasyonu</i>
Böbrek	Z52.4	[1050] Bloğu	<i>Transplantasyon için komplet nefrektomi</i>	[1058] Bloğu	<i>Renal transplantasyon</i>
Kornea	Z52.5	42506-00 [161]	<i>İmplant olmadan göz küresinin enükleasyonu</i>	[173] Bloğu	<i>Keratoplasti</i>
Limbal kök hücreler	Z52.8	42683-00 [254]	<i>Konjonktiva lezyon veya doku eksizyonu</i>	90065-00 [174]	<i>Limbal kök hücre transplantasyonu</i>
Karaciğer	Z52.6	90346-00 [953]	<i>Total hepatektomi</i>	90317-00 [954]	<i>Karaciğer transplantasyonu</i>
Kalp	Z52.7	90204-00 [659]	<i>Transplantasyon için donör kalbinin çıkarılması</i>	90205-00 [660]	<i>Kalp transplantasyonu</i>
Akciğer	Z52.8	38438-03 [553]	<i>Transplantasyon için donör akciğerinin çıkarılması</i>	[555] Bloğu	<i>Akciğer nakli</i>
Kalp ve akciğer	Z52.8	90204-01 [659]	<i>Transplantasyon için donör kalp ve akciğerinin çıkarılması</i>	90205-01 [660]	<i>Kalp ve akciğer transplantasyonu</i>
Pankreas	Z52.8	[978] Bloğu	<i>Pankreatektomi</i>	90324-00 [981]	<i>Pankreas transplantasyonu</i>
Kondrosit (kıkırdak)	Z52.8	[1561] Bloğu	<i>Diğer kas iskelet bölgeleri eklemde eksizyon işlemleri</i>	[1906] Bloğu	<i>Hormon veya canlı doku implantasyonu</i>

0031 ANESTEZİ

Bu standartta yalnızca anestezi (‘kısmi veya tam duyu kaybı), anestezi ilaçları (anestezi için kullanılan ilaçlar) ve işlem sonrası belirli analjezi tipleri ile ilgilidir. Cerrahi girişimlerle ilgili olmayan ağrı yönetimine ilişkin yönlendirici ilkeler için bakınız **ACS 1807 Ağrı tanuları ve ağrı yönetim işlemleri**.

Tanımı

Serebral anestezi

ICD-10-AM'deki 'serebral anestezi' ibaresi, anestetik işlemler olan genel anestezi ile sedasyonu kapsar.

1. Genel anestezi

92514-XX [1910] *Genel anestezi*, bütün genel anestezi tipleri için atanacaktır. Bunlar arasında intravenöz anestezi, inhalasyonel anestezi veya bunların bir kombinasyonu yer alır.

2. Sedasyon

Sedasyon ile genel anestezi arasındaki fark, klinik dokümantasyonda genellikle açık değildir. ICD-10-AM'de sınıflandırma amaçları bakımından, 92515-XX [1910] *Sedasyon*, anestezi ilacı genel anestezi için verildiğinde (bir başka deyişle, intravenöz veya inhalasyonel veya her ikisi) ve endotrakeal tüp, larenjiyal maske veya Guedel hava yolu gibi bir yapay hava yolu kullanımına ilişkin herhangi bir dokümantasyon yoksa atanabilir.

Oral sedasyon kodlanmaz.

Kondüksiyon anestezisi

ICD-10-AM'deki 'kondüksiyon anestezisi' ibaresi, anestetik işlemler olan nöraksiyel blok, bölgesel blok ve lokal anestezi infiltrasyonunu kapsar.

1. Nöraksiyel blok

92508-XX [1909] *Nöraksiyel blok*, epidural, spinal veya kaudal (veya bunların herhangi bir kombinasyonu) için atanacak olup hem enjeksiyon hem infüzyonu içerir.

Kodlama için, verilen ilacın tipine (opioid, lokal anestezi ilaçları veya diğer terapötik madde) gerek yoktur.

2. Bölgesel blok

Bölgesel bloklara ilişkin kodlar, veriliş yerinden ziyade anestezi yerinin genel anatomik bölgesine göre gruplanır; bir başka deyişle, doğru kodu atamak için, ilgili gerçek sinire gerek yoktur.

3. Lokal anestezi infiltrasyonu

92513-XX [1909] *Lokal anestezi infiltrasyonu*, anestezi etkisinin doku seviyesinde lokalize olduğu lokal anestezi ilacı uygulaması için atanır. (Bakınız Sınıflandırma, 4. şık).

Amerika Anestezistler Birliği (ASA) Fiziki Durum Sınıflandırması

[1333] *Doğum eylemi ve doğum işlemi sırasında analjezi ve anestezi*, [1909] *Kondüksiyon anestezisi* ve [1910] *Serebral anestezi* bloğundaki kodlar, hastanın ASA puanını gösteren iki karakterli bir uzantı gerektirir. Bu puanların yer aldığı bir tablo Cilt 3, İşlem Listesinde verilen blokların her birinin başlangıcında listelenmektedir. İşlem kodunun uzantısını oluşturan iki karakterden ilki, söz konusu tablonun ilk sütununda gösterildiği üzere ASA puanıdır.

İkinci karakter ise, anestezi formuna ASA puanına ek olarak bir 'E' belirtecinin girilip girilmediğini gösterir. 'E', acil olarak gerçekleştirilmekte olan ve risk modifikasyonu için yeterince iyi bir fırsatla ilgili olabilecek bir işlemi ifade eder. 'E' belirteci, '0' basamağı ile gösterilecektir.

Bu bilgiler, bu kodlar atanmadan önce anestezi formuna girilmelidir. ASA puanına ilişkin herhangi bir dokümantasyon yoksa veya acil durum belirteci bulunmuyorsa, doldurma basamağı '9' atanmalıdır.

ÖRNEKLER:

1. Hastaya kalp ameliyatı için genel anestezi ilacı verilmiş ve ASA, 2 olarak kaydedilmiştir.
Kod: 92514-29 [1910] *Genel anestezi, ASA 2, acil durum yok*
2. Hastaya ameliyathanede katarakt cerrahisi için sedasyon uygulanmış ve ASA kaydedilmemiştir.
Kod: 92515-99 [1910] *Sedasyon, ASA 9, acil durum yok*
3. Multipl bacak travması sebebiyle hastaya genel anestezi ve bölgesel blok alt ekstremitte uygulanmış ve ASA, 3E olarak kaydedilmiştir.
Kodlar: 92514-30 [1910] *Genel anestezi, ASA 3, acil*
92512-30 [1909] *Bölgesel blok, alt ekstremitte siniri, ASA 3, acil*

İşlem sonrası analjezi

ICD-10-AM'deki 'işlem sonrası analjezi' ibaresi yalnızca sürekli infüzyon ile devam eden işlem sonrası analjezi sağlayan **VE** operasyon yerinde başlatılan (ameliyathane veya nekahet odası) işlemleri kapsar.

Klasifikasyon

1. Ameliyathane, endoskopi odası, acil servis, kateter laboratuvarı gibi işlemin hastanede yapıldığı yeri dikkate almaksızın her '**ameliyathane viziti**' için yalnızca [1910] *Serebral anestezi* ve/veya [1909] *Kondüksiyon anestezi* bloğundan (92513-XX [1909] *Lokal anestezi* *infiltrasyonu* hariç) bir kod atayın.

'**Ameliyathane viziti**'nde [1910] *Serebral anestezi* ve/veya [1909] *Kondüksiyon anestezi* bloğu kapsamında birden fazla anestezi ilacı uygulanmışsa (farklı işlemlere yönelik farklı anestezi türleri dahil olmak üzere), her bloktan aşağıda verilen hiyerarşide (sıralama, en öncelikli olandan en az öncelikli olana doğru yapılmıştır) yalnızca **bir** kod atayın:

[1910] Serebral anestezi

- i. Genel anestezi (92514-XX)
- ii. Sedasyon (92515-XX)

[1909] Kondüksiyon anestezi

- i. Nörskiyel blok (92508-XX)
- ii. Bölgesel blok (kodlar 92509-XX, 92510-XX, 92511-XX, 92512-XX)
- iii. İntravenöz bölgesel anestezi (92519-XX)

2. Bakım epizodunun tamamında **farklı 'ameliyathane vizitlerinde'** aynı anestezi ilacı bir kereden fazla uygulanmışsa (örneğin, iki genel anestezi), bu uygulama gerçekleştirilme sayısı kadar kodlanmalıdır.
3. Doğum eylemi sırasında uygulanan nörskiyel bloklar için, [1333] *Doğum eylemi ve doğum işlemi sırasında analjezi ve anestezi* bloğundan **bir** kod atanır. 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 nörskiyel blok* atanır. Doğumun bir sezaryen kesisi ile sonuçlandırılacak olması ve bu işlem için nörskiyel blok uygulamasına devam edilmesi halinde 92507-XX [1333] *Doğum eylemi ve doğum işlemi sırasında nörskiyel blok*'u atayın. Bu kod, bir vajinal doğum sonrasında, retansiyone plasentanın çıkarılması ve/veya obstetrik travmanın onarımı gibi postpartum işlemlerde aynı nörskiyel bloğun uygulanmaya devam etmesi durumunda da atanabilir.

Bir nörskiyel bloğun yalnızca sezaryen kesisi veya doğum işlemine yönelik anestezi için uygulandığı durumlarda 92508-XX [1909] *Nörskiyel blok*'u atayın.

4. Lokal anestezi infiltrasyonu müdahaleleri hakkındaki bilgiler yerel hastane düzeyinde gerekli olmadıkça bu müdahaleler için 92513-XX [1909] *Lokal anestezi infiltrasyonu*'nu atamayın.
5. [1912] *İşlem sonrası analjezi* bloğundaki nörskiyel blok ile bölgesel bloğa ilişkin kodlar yalnızca doğum servisi ve/veya operasyon yerinde (ameliyathane veya nekahet odası) ağrının azaltılması/anestezi amacıyla daha önce uygulanmış olan blokların idaresi (devam eden

infüzyon/ bolus-gıda kitlesi enjeksiyonu) için atanmalıdır. Bu kodlar esas olarak nöraksiyel/bölgesel bloğu kapsamaz, bu nedenle bu iki blok için [1909] *Kondüksiyon anestezi* veya [1333] *Doğum eylemi ve doğum işlemi sırasında analjezi ve anestezi* bloğundan uygun kod atanmalıdır.

Operasyon yerinden (ameliyathane veya nekahet odası) ayrıldıktan sonra infüzyon işleminin başlatılması halinde bu blok kapsamındaki kodları atamayın. Bu tür durumlarda, bakınız ACS 1807 *Ağrı tanımları ve ağrı yönetim işlemleri*. 92518-00 [1912] *İntravenöz işlem sonrası infüzyon, hasta kontrollü analjezi (PCA)*, 92518-01 [1912] *İntravenöz işlem sonrası analjezik infüzyonu* ve 90030-00 [1912] *Subkütan işlem sonrası analjezik infüzyonu* kodları, bu kodların kapsadığı müdahaleler hakkındaki bilgiler yerel hastane düzeyinde gerekli olursa atanabilir. İşlem sonrası dönemde birden fazla infüzyon tipi uygulanmışsa yalnızca aşağıda verilen hiyerarşide (sıralama, en öncelikli olandan en az öncelikli olana doğru yapılmıştır) [1912] *İşlem sonrası analjezi* bloğundan bir kod atayın.

- [1912] *İşlem sonrası analjezi*
- i. Nöraksiyel blok idaresi (92516-00)
 - ii. Bölgesel blok idaresi (kodlar 92517-00, 92517-01, 92517-02, 92517-03)
 - iii. Subkütan işlem sonrası analjezik infüzyonu (90030-00)
 - iv. İntravenöz işlem sonrası infüzyon, hasta kontrollü analjezi (PCA) (92518-00)
 - v. İntravenöz işlem sonrası analjezik infüzyonu (92518-01)

6. Anestezik kodunu (kodlarını) ilgili olduğu işlem kodunun hemen arkasından girin. İşlemin bütün bileşenlerini kapsamak için birden fazla koda ihtiyaç varsa, anestezik kodunu (kodlarını), kod dizisinin hemen arkasından girin.
7. Normalde kodlanmayan işlemler (bakınız ACS 0042 *Normalde kodlanmayan işlemler*), anestezi ile yapıldığında kodlanmalıdır. Örneğin, sedasyon ile gerçekleştirilen bir EEG için, EEG ve sedasyon kodlarını atamak gerekir.

8. Bu standartla ilgili anestezik kodları aşağıda verilen bloklarda bulunur:

- [1333] *Doğum eylemi ve doğum işlemi sırasında analjezi ve anestezi*
 [1909] *Kondüksiyon anestezi*
 [1910] *Serebral anestezi*
 [1912] *İşlem sonrası analjezi*

0032 BİRLEŞİK SAĞLIK MÜDAHALELERİ

Birleşik sağlık müdahaleleri, Ulusal Birleşik Sağlık Vaka Bileşimi Komitesinin (NAHCC) birleşik sağlık temsilcileri ile birlikte geliştirilmiştir. ICD-10-AM'de 13 birleşik sağlık alanına ait müdahaleler yer almaktadır:

- Dietetik
- Sosyal Çalışma
- Mesleki Terapi
- Fizik Tedavi
- Podiyatri
- Konuşma Patolojisi
- Pastoral Bakım
- Odyoloji
- Ortoptik
- Protez ve Ortez
- Eczacılık
- Psikoloji
- Müzik Terapisi

Spesifik kodlar

İşlem sınıflandırmasında kilit ilke, müdahalelerin 'hizmet sunucudan bağımsız' olması, bir başka deyişle müdahalenin hangi sağlık çalışanı tarafından gerçekleştirildiğine bakılmaksızın aynı kodun bir spesifik müdahale için atanması gerektiğidir.

ICD-10-AM'nin 2. Basımı, ICD-10-AM 1. Basım'daki 'mesleğe özgü' kodların 'hizmet sunucudan bağımsız' kodlar biçiminde yeniden oluşturulmasında birleşik sağlık çalışanlarına bir fırsat sunmuştur. Kodların bu şekilde dönüştürülmesi şu önemli sonuçları ortaya koymuştur: spesifik kod tanımlarından spesifik birleşik sağlık çalışanlarına yapılan bütün göndermeler çıkarılmıştır; alanlardaki müdahalelerin yinelenmesi rasyonelleştirilmiştir.

Bir birleşik sağlık çalışanınca gerçekleştirilen bir müdahaleye ilişkin spesifik kodlar genellikle Bölüm XIX *Non-invaziv, kognitif ve diğer müdahaleler, başka yerde sınıflanmamış* kapsamında

sınıflandırılrsa da diğer bölümlerdeki kodların da bir birleşik sağlık çalışanının müdahalesini gösterebileceğini belirtmek önemlidir. Örneğin, podiyatristler bir tarsus fraktürünün immobilizasyonunu gerçekleştirebilmekte (47627-00 [1526]), podiyatri cerrahları ete gömülerek büyüyen bir ayak tırnağını kama rezeksiyonu ile çıkarabilmekte (47915-00 [1632]) ve fizyoterapist veya mesleki terapistler ise bir yaranın pansumanını değiştirebilmektedir (30055-00 [1601]).

Genel kodlar

[1916] Genel birleşik sağlık müdahaleleri bloğu, genel birleşik sağlık müdahalelerine ilişkin kodları içerir:

95550-00 [1916]	<i>Birleşik sağlık müdahalesi, diyetetik</i>
95550-01 [1916]	<i>Birleşik sağlık müdahalesi, sosyal çalışma</i>
95550-02 [1916]	<i>Birleşik sağlık müdahalesi, mesleki terapi</i>
95550-03 [1916]	<i>Birleşik sağlık müdahalesi, fizyoterapi</i>
95550-04 [1916]	<i>Birleşik sağlık müdahalesi, podiyatri</i>
95550-05 [1916]	<i>Birleşik sağlık müdahalesi, konuşma patolojisi</i>
95550-06 [1916]	<i>Birleşik sağlık müdahalesi, odyoloji</i>
95550-07 [1916]	<i>Birleşik sağlık müdahalesi, ortoptik</i>
95550-08 [1916]	<i>Birleşik sağlık müdahalesi, protez ve ortez</i>
95550-09 [1916]	<i>Birleşik sağlık müdahalesi, eczacılık</i>
95550-10 [1916]	<i>Birleşik sağlık müdahalesi, psikoloji</i>
95550-12 [1916]	<i>Birleşik sağlık müdahalesi, pastoral bakım</i>
95550-13 [1916]	<i>Birleşik sağlık müdahalesi, müzik terapisi</i>
95550-11 [1916]	<i>Birleşik sağlık müdahalesi, diğer</i>

Klasifikasyon

1. 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.
2. Bir meslek grubunu gösteren genel kod, ilgili çalışanca gerçekleştirilen spesifik müdahale sayısına bakılmaksızın bir bakım epizodunda yalnızca bir kez atanmalıdır.
3. Spesifik kodlar atanırken bir bakım epizodunda aynı müdahale birden fazla gerçekleştirilirse, yalnızca bir kez uygun kod atanmalıdır.

ÖRNEK 1:

Bir yatan hasta, bir bakım epizodunda bir fizyoterapist (5 müdahale gerçekleştirmiştir), bir sosyal çalışan (2 müdahale gerçekleştirmiştir) ve bir diyetisyen (1 müdahale gerçekleştirmiştir) tarafından görülmüştür.

Aşağıdaki kodları atayın: 95550-03 [1916] *Birleşik sağlık müdahalesi, fizyoterapi*
 95550-01 [1916] *Birleşik sağlık müdahalesi, sosyal çalışma*
 95550-00 [1916] *Birleşik sağlık müdahalesi, diyetetik*

Daha fazla özelliğin belirtilmesi gerekiyorsa, spesifik kodu (kodları) atayın.

ÖRNEK 2:

Bir mesleki terapist bakım epizodunda algısal eğitim, duyu entegrasyonu ve duyu motor fonksiyon eğitimi vermiştir. Fizyoterapist ise, diz eklemi manipüle etmiş ve bu eklem mobilizasyonunu gerçekleştirmiştir.

Spesifik kodlar

96113-00 [1875]	<i>Hafıza, oriyantasyon, algı veya dikkat ile ilgili aktivitelerde beceri eğitimi</i>
96112-00 [1875]	<i>Duyusal/sensorimotor/sensorinöral fonksiyonla ilgili aktivitelerde beceri eğitimi</i>
96076-00 [1867]	<i>Sağlığın idame ettirilmesi veya iyileşme aktiviteleri konusunda danışmanlık veya eğitim</i>
50115-00 [1905]	<i>Eklem manipülasyon/mobilizasyonu, başka yerde sınıflandırılmamış</i>

Açıklama: Yukarıdaki 1 ve 2. örneklerde verilen kodların bir kombinasyonu atanabilse de morbidite verilerinin tutarlılığı açısından rutin olarak yalnızca genel kodların atanması önerilir.

0037 PEDIATRİK İŞLEMLER

'Pediatrik' terimi, genç hastalar üzerinde yapılan işlemleri ayırt etmenin klinik açıdan önemli olduğu Sindirim Sistemi bölümü başta olmak üzere belirli kod başlıklarında kullanılmıştır. Örneğin:

43906-00 [857] *Anastomoz ile birlikte parsiyel özefagus rezeksiyonu, pediatrik*
43906-01 [857] *Anastomoz ile birlikte total özefagus rezeksiyonu, pediatrik*

Genellikle, pediatrik teriminin tanımı İşlem Listesi ve bir spesifik standartta aksi belirtilmedikçe 16 yaşın altındaki yatan hastaları kapsayabilmektedir.

0038 LEZYONLARIN BÜYÜKLÜĞÜ, ZAMANI VEYA SAYISINA GÖRE AYIRT EDİLEN İŞLEMLER

ICD-10-AM'de yer alan belirli işlemler, çıkarılan lezyonların büyüklüğü, zamanı veya sayısına göre ayırt edilir.

ÖRNEK 1:

45506-00 [1657] *Uzunluğu ≤ 3 cm olan yüz skarının revizyonu*
45512-00 [1657] *Uzunluğu > 3 cm olan yüz skarının revizyonu*
13020-00 [1888] *Hiperbarik oksijen tedavisi, > 90 dakika ve ≤ 3 saat*
13025-00 [1888] *Hiperbarik oksijen tedavisi, > 3 saat*
32078-00 [910] *≤ 9 polip çıkarılması ile ilgili polipektomi ile birlikte sert sigmoidoskopi*
32081-00 [910] *≥ 10 polip çıkarılması ile ilgili polipektomi ile birlikte sert sigmoidoskopi*

Genelde, işlemin büyüklüğü veya süresi ile ilgili herhangi bir dokümantasyonun bulunmadığı durumlarda kodlama yapılmasını sağlamak üzere listelenmiş olan varsayılan bir kodla birlikte İşlem Dizini yönlendirici olacaktır.

ÖRNEK 2:

Revizyon

- skar (deri) (subkütan doku)
- - yüz (uzunluğu ≤ 3 cm) 45506-00 [1657]
- - - uzunluğu > 3 cm 45512-00 [1657]

Tedavi

- hiperbarik oksijen tedavisi (≤ 90 dakika) (HBO) 96191-00 [1888]
- - > 3 saat 13025-00 [1888]

Klinik kayıttaki herhangi bir dokümantasyon bulunmuyorsa, klinik tedavi uzmanından daha fazla bilgi alınamıyorsa ve dizinde herhangi bir varsayılan kod yoksa, uygun şekilde en küçük, en az süreli veya en az sayıdaki lezyonlara ilişkin kodu atayın.

ÖRNEK 3:

İşlem: Karotid cismi tümörü rezeksiyonu

Rezeksiyon

- tümör
- - karotid arter (karotid cismi) (karotid arter onarımı ile birlikte)
- - - ≤ 4 cm çaplı 34148-00 [705]
- - - - rekürren 34154-00 [706]
- - - > 4 cm çaplı 34151-00 [705]
- - - - rekürren 34154-00 [706]

Aşağıdaki kodu atayın: 34148-00 [705] ≤ 4 cm çaplı karotid arter lezyonunun rezeksiyonu

0039 OPERASYON YERİNİN TEKRAR AÇILMASI

Operasyon yerinin tekrar açılmasına ilişkin kodlar, hemoraji gibi postoperatif komplikasyonların tedavisine yönelik olarak atanmalıdır:

- 39721-00 [10] *Kranyotomi veya kranyektomi yerinin postoperatif tekrar açılması*
 90009-00 [49] *Laminotomi veya laminektomi yerinin postoperatif tekrar açılması*
 90047-02 [111] *Tiroid yarasının tekrar açılması*
 38656-01 [562] *Torakotomi veya sternotomi yerinin tekrar açılması*
 33845-00 [746] *İntra-abdominal vasküler işlem sonrası postoperatif kanama veya tromboz kontrolü*
 33848-00 [746] *Vasküler işlem sonrası bir ekstremitenin postoperatif kanama veya tromboz kontrolü*
 30385-00 [985] *Laparotomi yerinin postoperatif tekrar açılması*
 35759-00 [1299] *Postoperatif hemoraji kontrolü, jinekolojik cerrahiye takiben NEC*

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

0042 NORMALDE KODLANMAYAN İŞLEMLER

Genellikle rutin bir nitelik taşıdıklarından, birçok hasta üzerinde gerçekleştirildiklerinden ve/veya bir epizotta birden fazla uygulanabildiklerinden bu işlemler normalde kodlanmazlar. En önemlisi ise, bu işlemleri yapmak için kullanılan kaynaklar sıklıkla tanı veya ilgili bir işlemde belirtilir.

Örneğin:

- bir Colles kırığı tanısında x-ray ve alçı uygulamasına başvurulması beklenir.
- bir septesimi tanısında intravenöz antibiyotik uygulaması beklenir
- kalp ameliyatında ise kardiyoplegi işlemi beklenir

Bir başka deyişle, belirli bir tanı veya işlem için, kodlanması gerekmeyen bir standart tedavi bulunmaktadır.

Açıklama:

- Listelenen işlemlerin herhangi birinin araştırma amacıyla veya diğer amaçlarla kodlanması ihtiyacı doğarsa **bu kodlar atanabilir**.
- Bu listedeki bazı kodların bu kitabın diğer bölümlerindeki belirli standartlar için de gerekli olabileceğini aklınızdan çıkarmayın. Bu tür durumlarda, standart bu listeye göre önceliklidir ve bu nedenle, belirtilen bir kod ilgili standartta tanımlandığı şekilde atanmalıdır.
- Bu işlemler, anestezi ile yapılırsa kodlanmalıdır (lokal anestezi hariç, bakınız **ACS 0031 Anestezi**).

1. Alçı uygulaması

2. Kardiyoplegi

Yalnızca kalp ameliyatı ile ilgili **olmadığında**, örneğin sinir sistemi cerrahisi, kodlayın

3. Kardiyotokografi (CTG)

Fetal saçlı deri elektrotları uygulanırsa kodlayın

4. Pansumanlar

5. İlaç tedavisi

Madde, günlük bakım epizotlarında ana tedavi olarak verilmediği (örneğin, neoplazma veya HIV için kemoterapi) veya bir kodlama standardında özellikle belirtilmediği (bakınız **ACS 1316 Sement spacer/boncuklar** ve **ACS 1615 Hasta yenidoğana yönelik spesifik müdahaleler**) sürece ilaçla tedavi kodlanmamalıdır.

6. Ekokardiyogram

Transözofageal ekokardiyogramı kodlayın

7. Elektrokardiyografi (ECG)

Hasta tarafından aktive edilen implante edilebilir kardiyak olay izlemeyi (loop kaydedici) kodlayın

8. Elektromiyografi [EMG]

9. Hipotermi

Yalnızca kalp ameliyatı ile ilgili **olmadığında** kodlayın

10. **Pacing telleri takılması**
Yalnızca kalp ameliyatı ile ilgili **olmadığında** kodlayın
11. **İzleme: kardiyak, elektroensefalografi (EEG), vasküler basınç**
12. **Nazogastrik intübasyon**
13. **Perfüzyon**
Yalnızca kalp ameliyatı ile ilgili **olmadığında** kodlayın
14. **İşlem sonrası idrar kateterizasyonu**
Yalnızca hasta kateterle taburcu edilirse kodlayın
Suprapubik kateterizasyonunu kodlayın
(Bakınız **ACS 0016 İşlemlere ilişkin genel yönlendirici ilkeler.**)
15. **Cerrahi ve travmatik yaraların birincil sütürü**
Yalnızca asıl yaralanma ile ilgili olmayan travmatik yaraları kodlayın (örneğin, yırtık ön kolun sütürü herhangi bir başka ilişkili yaralanma yoksa kodlanacaktır)
16. **İşlem bileşenleri**
17. **Stres testi**
18. **Traksiyon**
Yapılan tek işlem traksiyon ise kodlayın
19. **Ultrason**
20. **Kontrastsız x-ray'ler (sade)**

0043 FLEP VE SERBEST FLEPLER

Tanımı

Bu standart, flep ve serbest fleplerin kodlanmasında yardımcı olmak üzere sunulmaktadır. Bu işlemlerin daha iyi anlaşılması için greflere yer verilmekte ancak, bunlar ayrıntılı olarak ele alınmamaktadır.

Doku nakli aşağıda belirtilen üç temel yolla yapılabilir:

- grefler
- flepler
- serbest flepler

Grefler

Gref, **kendi** kan kaynağı **bulunmayan** bir doku parçasıdır. Gref, alıcı yere nakledilen deri ve doku katmanı olup; grefin viyabilitesi, uygulandığı yerin kan kaynağına bağlıdır.

Flepler

Flep, **kendi** kan kaynağı **bulunan** bir doku parçasıdır. Bir flepi, bir greften ayıran bu olgudur. Gref ibaresi kimi zaman flepi de kapsayacak şekilde kullanılır. Kod uzmanları, nakledilen dokunun kendi kan kaynağı bulunup bulunmadığını belirlemek için dokümantasyonu dikkatli bir şekilde incelemelidir. Bir flepte sinirlerin yanı sıra damarlar da bulunabilmekte ve bu tür bir flep, inerve flep olarak adlandırılır. **Buna mukabil, damar bulunmasına rağmen sinir bulunmayan bir flep, inerve olmayan flep olarak adlandırılır.**

Serbest flepler

Serbest flepin kendi kan kaynağı bulunur. Bu flepin 'serbest' olarak adlandırılmasının nedeni, bir doku parçasının gövdeden rezeksiyonu sonrasında bir başka yere nakledilmesi, daha sonra flepte bulunan damarların alıcı yerdaki damarlara anastomozu ile nakledilen dokuya bir vasküler kaynak sağlanmasıdır. Mikrocerrahi anastomozda, bir operasyon mikroskobu kullanılır. 'Serbest doku nakli' ibaresi, serbest fleple eş anlamlıdır.

Arter ve ven (bunlar bir serbest flepte alıcı yeri anastomozda edilecek, bir flepte ise donör bölgesine bağlı olarak kalacaktır) içeren flep bölümü, **pedikül** olarak adlandırılır.

Miyokutanöz flep veya kemik flepinin üstünde bulunan deri, **deri kanadı** veya **deri adası** (*skin island*) olarak adlandırılır.

Kemik flepi uygulaması sırasında iki kemik ucunun birleştirilmesi işlemi ise, **osteosentez** olarak adlandırılır.

Bu standartta, flep terimi, ‘flep’ ve ‘serbest flep’i ifade edecektir.

Fleplerdeki doku tipleri:	
Deri flepi	deri/subkütan dokudan oluşur
Kemik flepi	kemikten oluşur
Kas flepi	kastan oluşan bir fleptir
Fasyo/miyo/kütan flep	fasya, deri/subkütan doku veya kas dokusunun birden fazla katmanından oluşan bir flep. Kompozit flep olarak da bilinir.
Osteofasyokütan	kemik, fasya ve deri/subkütan doku
Omental flep	
Jejunal (veya barsağın diğer bölümleri) flep	
Önemli flep tipleri çoğunlukla nakledilen dokunun tipi veya flepin dayandığı damara göre adlandırılır. Örneğin:	
Radial ön kol serbest flepi (RFFF)	radial artere dayalı olan ve sık sık özefagus rekonstrüksiyonunda kullanılan doku
Serbest jejunal flep	sık sık özefagus rekonstrüksiyonunda kullanılan jejunal doku
Derin sirkümfleks iliyak arter flepi (DCIA)	derin sirkümfleks iliyak arterine dayalı doku. Bu flep sık sık çene rekonstrüksiyonunda kullanılır.
Serbest fibular flep	peroneal artere dayalı olan ve sık sık çene rekonstrüksiyonu veya birleşik olmayan tibial fraktürler için kullanılan doku
Transvers rectus abdominus myocutaneous flep (TRAM)	bu flep sık sık meme rekonstrüksiyonunda kullanılır. Bir serbest flep veya üst epigastrik damarlardan bir vasküler pedikülle birlikte bir ada flepi (<i>island flap</i>) olabilir.
Fleplerde kullanılan teknikler:	
Ada flebi	yalnızca arter ve venden oluşan bir vasküler pedikül dışında, nakledilecek doku çevredeki ve alttaki dokudan tamamen ayrılır. Doku, deri altından uzatılarak alıcı yerde yüzeye çıkarılır (derinin altında kalan pedikül, hala donör bölgeye bağlıdır).
Lokal deri flebi	Flep, defekte komşu olan bir bölgeden çıkarıldığından ilerletilebilir, döndürülebilir veya konumlandırılabilir.
Uzak deri flebi	doğrudan alıcı yere (direkt flep) bağlanır veya bir ara bölgeye (indirekt) ihtiyaç duyar. Bu yöntemler evrelendirilebilmekte, flep ‘gecikmesi’ veya oluşumunu ve daha sonra bir pedikülün yayılmasını gerektirebilir. Fleplerle ilgili bu tanımlar ve diğer terimler hakkında bilgi edinmek için bakınız [1651], [1652], [1653] ve [1654] bloğundaki <i>Açıklamalar</i> .

Klasifikasyon

Fleplerin kodlanması sırasında gerekli olan kodlar aşağıda verilen bloklarda bulunur:

- **Flep**
 - [1651] *Lokal deri flepi, basit ve küçük, tek evre*
 - [1652] *Lokal deri flepi, büyük ve komplike, tek evre*
 - [1653] *Uzak deri flepi, direkt*
 - [1654] *Uzak deri flepi, indirekt*
 - [1671] *Miyokutanöz flep*
 - [1672] *Kas flepi*
 - [1673] *Ada flepi*
 - [1674] *Serbest flep*
- **Serbest flepler için, alıcı bölgeye damar ve/veya sinirlerin mikrocerrahi anastomozuna ilişkin bir ek kod gerekir.**
 - [1695] *Kan damarı mikrocerrahi anastomozu*
 - 39300-00 [83] *Sinirin birincil onarımı*
 - 39306-00 [83] *Sinir gövdesi birincil onarımı*

Bir serbest flepin kodlanması sırasında her zaman, [1695] Kan damarı mikrocerrahi anastomozu bloğundan bir kod atanmalıdır.

Flep kullanılarak yapılan rekonstrüksiyon işlemleri

Flepler kimi zaman belirli bölgelerin rekonstrüksiyonu için kullanılır; spesifik bölge rekonstrüksiyonuna ilişkin bir kodda flepe yer verilebilir veya yer verilmeyebilir. Flep kullanılarak yapılan rekonstrüksiyon işlemi şu kodlamaları gerektirir:

Bölgenin rekonstrüksiyonu

Bazı rekonstrüksiyon kodları flepi içerir. Bu tür durumlarda, yalnızca rekonstrüksiyon kodu ile bir mikrocerrahi anastomozu kodu (uygunsa) atanır.

ÖRNEK 1:

Bir TRAM flepi kullanılarak yapılan meme rekonstrüksiyonu şu kodları gerektirir:

45530-00 [1756] *Miyokutanöz flep kullanarak meme rekonstrüksiyonu*

Bu kod, flepi içerdiğinden, flep için bir ek kod atamaya gerek yoktur. Ancak, kan damarlarının, sinirlerin mikrocerrahi anastomozu ve ikincil defektlerin herhangi bir onarımı gibi diğer işlemler uygun olduğunda 'Gerçekleştirildiğinde de kodlayın' açıklamasında belirtildiği şekilde kodlanmalıdır.

Aşağıdaki işlem gerçekleştirildiğinde de kodlayın:

- aşağıdakilerin mikrocerrahi anastomozu:
 - kan damarları (bakınız [1695] bloğu)
 - sinirler (39300, 39306 [83])
- ikincil defektin onarımı:
 - karın duvarı kası (30403-05 [1000])
 - gref ile (bakınız Dizin: Gref, bölgeye veya tipe göre)
 - kas, flepe göre (45012 [1672])
 - deri tutulumu olmayan (örneğin, kas), sütür ile (bakınız Dizin: Sütür, bölgeye göre)

ÖRNEK 2:

Mandibulanın, inerve olmayan bir serbest kemik flepi kullanılarak yapılan total rekonstrüksiyonu şu kodları gerektirir:

45608-03 [1713] *Mandibula total rekonstrüksiyonu*

45562-00 [1674] *İnerve olmayan serbest flep*

Kan damarlarının mikrocerrahi anastomozu için bir ek kod (45502 [1695]) atanacaktır.

Bölgenin rekonstrüksiyonuna ilişkin kodlar bölgeye bağlı olarak değişiklik gösterebilir de yaygın olarak gerçekleştirilen, flep kullanılabilen rekonstrüksiyonlar aşağıda verilen bloklarda bulunabilir:

- [868] Özefagus üzerinde rekonstrüksiyon işlemleri
 [1713] Mandibula rekonstrüksiyonu
 [1714] Maksilla rekonstrüksiyonu
 [1756] Memedeki rekonstrüksiyon işlemleri

Donör bölgedeki deri defektinin **sütürü**, bir flep bileşeni olup ayrıca kodlanmaz. Donör bölgesindeki dokuların (örneğin, kas) sütürü ise kodlanmalıdır.

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

[1695] **Kan damarı mikrocerrahi anastomozu** bloğundaki kodlar, doku nakli veya bir ekstremitenin veya parmağın tekrar implantasyonu dışında damarların mikrocerrahi onarımını içermez. Örneğin, yırtık bir parmak arterinin onarımı 90209-03 [708] *Diğer arterin direkt kapatılması* ile kodlanır.

Bir flep revizyonu, flepin komplet revizyonu veya 'reoperasyonu'ndan ziyade bir flepin kozmetik olarak 'düzeltilmesidir'. Revizyon kodları yalnızca revizyon önemsiz bir niteliğe sahipse atanmalıdır. 'Reoperasyon' ise, bu standartta verilen talimatlar izlenmek suretiyle bir başka flep işlemi olarak kodlanmalıdır.

0044 KEMOTERAPİ

Tanımı

Farmakoterapi, ilaç(lar)la yapılan bir tedavidir. Kemoterapi ise bir farmakoterapi tipi olup genellikle malinite farmakoterapisi ve daha küçük ölçüde HIV (ayrıca bakınız **ACS 0102 HIV/AIDS**), lupus eritematoz ve romatoid artrit gibi diğer sistemik durumlarla ilgilidir.

Kodlama amaçları bakımından, kemoterapi şöyle tanımlanır:
 "Kan ve kan ürünleri hariç olmak üzere herhangi bir terapötik maddenin (genellikle bir ilaç) verilmesi."

Kemoterapi, aşağıda verilenler dahil olmak üzere bir dizi yolla uygulanabilir:

1. İntravenöz
2. İntra-arteriyel
3. İntramüsküler
4. İntralezyonel/subkütan
5. İntrakaviter, örneğin intraperitoneal, intratekal, mesane
6. Oral

Klasifikasyon

Neoplazma kemoterapisi için günlük bakım epizotları

Hastanın aynı gün hastaneye yatırılıp taburcu edildiği, neoplazma veya neoplazma ile ilişkili bir duruma yönelik kemoterapi bakım epizotları için aşağıdaki kodları atayın:

- Z51.1 *Neoplazma için kemoterapi dönemi*, ana tanı olarak
- İlk ek tanı olarak tedavi edilmekte olan neoplazma için bir kod (ayrıca bakınız **ACS 0236 Neoplazmanın kodlanması ve sıralanması**)
- Tedavi edilmekte olan, neoplazma ile ilişkili herhangi bir duruma (durumlara) ilişkin ek tanı kodu (kodları)
- Uygun işlem kodu.

Neoplazma dışındaki durumlara yönelik kemoterapi için günlük bakım epizotları

Hastanın aynı gün hastaneye yatırılıp taburcu edildiği, neoplazma dışındaki durumlara yönelik kemoterapi bakım epizotları için aşağıdaki kodları atayın:

- Duruma ilişkin bir kod
- Uygun işlem kodu.

Kemoterapi için birden fazla gün süren bakım epizotları

Kemoterapi için birden fazla gün süren bakım epizotlarına, kemoterapi tedavisi gerektiren duruma ilişkin bir ana tanı kodu ve uygun işlem kodu atanmalıdır.

Kemoterapi işlem kodlaması

Bir bakım epizodunda hastaya birkaç kez farmakoterapi uygulanması ve aynı işlem kodunun geçerli olması halinde, işlem kodunu yalnızca bir kez atayın.

Yatan hasta bakım epizotları için oral kemoterapi kodlaması, ulusal morbidite verilerinin bildirilmesinde zorunlu değildir. Ancak, bu kodlar, bu tür müdahaleler yerel hastane düzeyinde gerekli olursa atanabilir.

ÖRNEK 1:

Tanı:	Hasta, prostat kanseri için günlük kemoterapi amacıyla hastaneye yatırılmıştır. Hastaya intravenöz siklofosfamid verilmiş ve hasta aynı gün taburcu edilmiştir.	
Kodlar:	Z51.1	<i>Neoplazma için kemoterapi dönemi</i>
	C61	<i>Prostatta habis neoplazma</i>
	M8010/3	<i>Karsinoma NOS</i>
	96199-00 [1920]	<i>İntravenöz farmakolojik ajan uygulaması, antineoplastik ajan</i>

ÖRNEK 2:

Tanı:	Hastada daha önce memede metastatik kemik kanseri teşhis edilmiş ve hasta, hiperkalsemi için günlük Aredia IV infüzyonu amacıyla hastaneye yatırılmıştır.	
Kodlar:	Z51.1	<i>Neoplazma için kemoterapi dönemi</i>
	C79.5	<i>Kemik ve kemik iliğinin sekonder habis neoplazması</i>
	M8010/6	<i>Karsinoma, metastatik NOS</i>
	C50.-	<i>Memenin habis neoplazması</i>
	M8010/3	<i>Karsinoma NOS</i>
	E83.5	<i>Kalsiyum metabolizması bozuklukları</i>
	96199-00 [1920]	<i>İntravenöz farmakolojik ajan uygulaması, antineoplastik ajan</i>

ÖRNEK 3:

Tanı:	Hasta, multipl skleroz için günlük metilprednizon IV infüzyonu amacıyla hastaneye yatırılmıştır.	
Kodlar:	G35	<i>Multipl skleroz</i>
	96199-03 [1920]	<i>İntravenöz farmakolojik ajan uygulaması, steroid</i>

ÖRNEK 4:

Tanı:	Hasta, meme kanseri sebebiyle on iki günden uzun sürecek bir kemoterapi seyri için hastaneye yatırılmıştır. İntravenöz kemoterapi (5FU) uygulanmıştır.	
Kodlar:	C50.-	<i>Memenin habis neoplazması</i>
	M8010/3	<i>Karsinoma NOS</i>
	96199-00 [1920]	<i>İntravenöz farmakolojik ajan uygulaması, antineoplastik ajan</i>

0045 İLAÇ UYGULAMA AYGITLARI

Bu standart, aşağıda verilen terimleri tanımlar:

- Santral venöz kateterizasyon
- İnfüzyon pompası (harici, implante edilebilir)
- İmplant edilebilir infüzyon aygıtı
- PICC (periferik olarak yerleştirilen santral kateter)
- Rezervuar (port)
- Damar yolu aygıtı

Tanımı

Santral venöz kateterizasyon

Santral venöz kateter (CVC) [merkezi hat], sıvı, kan, kan ürünleri, kemoterapi veya total parenteral nütrisyonun birden fazla infüzyonuna ihtiyaç duyan hastalarda kullanılan bir kateter tipidir. Genellikle bir hasta servisinde bir periferik vene yerleştirilen yaygın 'IV' kateterinin aksine bir CVC genelde bir ameliyathanede uygulanır.

CVC **perkütan olarak** (bir iğne veya trokar ile deri içinden yerleştirilir) veya **kesilerek** (deri ve vendeki bir insizyon aracılığıyla bir vene doğrudan yerleştirilir) yerleştirilebilmektedir. Kateter bir vene (örneğin; jüğüler, subklavyan vene veya kol veya üst bacağın bir periferik venine) yerleştirilir; kateter kalbin sağ atriyumuna, inferior vena cava veya superior vena cavaya yerleşinceye kadar kateter ucu ven içinden yönlendirilir. Kateterin diğer ucu ise aşağıda verilen durumlardan birinde bulunur:

- gövdenin dışındadır (borunun, bir enjeksiyon başlığı veya ambulatuvar ilaç dağıtım aygıtının [harici infüzyon pompası] bağlanmasını sağlayacak şekilde)

= **Harici** damar yolu
[harici damar yolu aygıtı]

Örnekler: Hickman, Broviac, Groshong, Cook

VEYA

- derinin altından uzatılarak bir **rezervuara** [port] veya **implante edilebilir bir pompaya** bağlanmıştır.

= **İmlante edilebilir** damar yolu
[implante edilebilir damar yolu aygıtı]
[implante edilebilir vasküler infüzyon aygıtı veya pompası]

Örnekler: Infusa-Port, Port-A-Cath

İmlante edilebilir infüzyon aygıtı

İmlante edilebilir infüzyon aygıtı, bir kateter (santral venöz, intra-abdominal veya spinal) ile bir rezervuardan oluşur. Rezervuar, özel tip iğnelerle (örneğin, Huber) birden fazla delik açılacak ve bu durumda bile sızdırmazlığını devam ettirecek şekilde tasarlanmıştır. Bir ambulatuvar ilaç dağıtım aygıtı [harici infüzyon pompası] bağlanabilir.

İmlante edilebilir infüzyon pompası

İmlante edilebilir infüzyon pompası, implante edilen sistemdeki ilacı içeren bir yerleşik rezervuara sahip bir aygıttır. Bu pompa, bir ilacın reçete edilen dozu ile oranının belirlenmiş bir süreyle verilmesini sağlayan doğal komputer yetenekleri vardır.

Klasifikasyon

Santral, intra-abdominal veya spinal ilaç infüzyonu için **kateterizasyon**;

- damar yolu **harici** ise **KODLANIR**:

39125-00 [39]	<i>Spinal kateter yerleştirilmesi veya replasmanı</i>
34521-01 [694]	<i>İntra-abdominal arter kateterizasyonu/kanülasyonu</i>
34524-00 [694]	<i>Diğer arter kateterizasyon kanülasyonu</i>
13300-01 [738]	<i>Yenidoğanda saçlı deri ven kateterizasyon/kanülasyonu</i>
13300-02 [738]	<i>Yenidoğanda umbilikal ven kateterizasyon/kanülasyonu</i>
13319-00 [738]	<i>Yenidoğanda santral ven kateterizasyonu</i>
13300-00 [738]	<i>Yenidoğanda diğer venin kateterizasyon/kanülasyonu</i>
13815-01 [738]	<i>Perkütan santral ven kateterizasyonu</i>
13815-00 [738]	<i>Santral ven kateterizasyonu</i>
34521-02 [738]	<i>İntra-abdominal ven kateterizasyon/kanülasyonu</i>
90220-00 [738]	<i>Diğer ven kateterizasyon/kanülasyonu</i>

- implante edilebilir vasküler aygıt kodlarına kateterizasyon dahil edildiğinden, damar yolu **implante edilebilir** ise ayrıca **KODLANMAZ**:

İmlante edilebilir infüzyon aygıtları

39127-00 [39]	İmlante edilebilir spinal infüzyon aygıtı yerleştirilmesi
34528-00 [766]	İmlante edilebilir vasküler infüzyon aygıtının perkütan yerleştirilmesi
30400-00 [766]	İmlante edilebilir vasküler infüzyon aygıtı yerleştirilmesi, intra-abdominal damar
34527-00 [766]	İmlante edilebilir vasküler infüzyon aygıtı yerleştirilmesi, diğer damar

İmlante edilebilir infüzyon pompaları

39128-00 [39]	İmlante edilebilir spinal infüzyon pompası yerleştirilmesi
34528-01 [766]	İmlante edilebilir vasküler infüzyon pompasının perkütan yerleştirilmesi
34527-01 [766]	İmlante edilebilir vasküler infüzyon pompası yerleştirilmesi

İlaç dağıtım aygıtının yüklenmesi

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]	İmlante edilebilir infüzyon aygıtı veya pompasının yüklenmesi
13942-00 [1921]	Ambulatuvar ilaç dağıtım aygıtının yüklenmesi

İlaç dağıtım aygıtlarının bakımı

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]	İmlante 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, belirttikleri işlemler ilaç dağıtım aygıtlarının takılması, yüklenmesi, çıkarılması veya değiştirilmesi gibi daha kapsamlı işlemlerle birlikte yapıldığında atanmamalıdır.

0047 ADEZYONLAR

Adezyon ayrılması önemli veya rastlantısal olabilir. Adezyon ayrılması bir başka işlem (örneğin; abdominal, kardiyotorasik) sırasında gerçekleştirilse bile süreç önemli olabilir. Operasyon raporuna adezyon ayrılması girilirken gerek adezyon tanı kodu gerekse ayırma işlem kodu atanmalıdır.

UZMANLIK STANDARTLARI

1. BELİRLİ ENFEKSİYÖZ VE PARAZİTER HASTALIKLAR

0102 HIV/AIDS

Bu standartta, 'B20-B24'e yapılan atıflar kapsamına B23.0 *Akut HIV enfeksiyonu sendromu* girmez.

Hastalığın ilerlemesi

HIV enfeksiyonu, her birinin kendi şiddet düzeyi ve semptomları bulunan bir dizi evre/ fazda ilerler. HIV enfeksiyonuna yakalanan kişiler genellikle aynı modeli izleyecektir (bir başka deyişle; bu kişilerde, ilk önce tanılarında HIV antikoru pozitif olarak bulgulanır ve hastalık ilerledikçe, hastalığın bir sonraki şiddet düzeyi görülür). Ancak, HIV enfeksiyonunun bir komplikasyon veya ilerleme gerçekleştikten sonra teşhis edilmesi yaygın bir durumdur.

HIV kodları şöyledir:

HIV dokümantasyonu, ek tanı kriterleri yerine getirilmese de her zaman kodlanmalıdır.

R75 *İnsan immün yetmezlik virusunun [HIV] laboratuvar kanıtı* (bir başka deyişle, seroloji testinde belirsiz/ kesin olmayan kanıt)

B23.0 *Akut HIV enfeksiyonu sendromu*

Z21 *Asemptomatik insan immün yetmezlik virus (HIV) enfeksiyonu durumu* (bir başka deyişle, enfeksiyon durumu, HIV pozitif NOS)

B20–B24 *İnsan immün yetmezlik virus [HIV] hastalığı*

R75, Z21, B23.0 kodları ile B20-B24 bloğu birbirini dışlar ve aynı bakım epizodunda birlikte listelenmemelidir.

HIV'in laboratuvar kanıtı – R75

Bu kod, HIV antikor testlerinin sonuçları kesin olmayan küçük hasta grupları için atanmalıdır. Bu genellikle HIV tarama testi pozitif ancak, doğrulama testinin sonucu ya negatif ya da belirsiz olduğunda ortaya çıkar. Bu hastalarda HIV enfeksiyonu bulunabilir veya testleri yanlış olarak pozitif çıkmıştır. Bu durumlardan hangisinin doğru olduğu genelde test ileride tekrar yapılmak suretiyle belirlenir.

R75 kodu, HIV testinin sonucu kesin olmayan hastalarla ilgili olduğundan, ana tanı olarak kodlanmamalıdır.

Akut HIV enfeksiyonu sendromu – B23.0

Hastaların önemli bir bölümünde (%40-60) HIV enfeksiyonunu kaptıktan kısa bir süre sonra bir akut hastalık görülecektir. Bu hastalık çoğunlukla ateş, boğaz ağrısı, lenfadenopati, döküntü ve menenjit dahil olmak üzere ara sıra görülen komplikasyonlarla birlikte seyreden glandüler ateş benzeri bir hastalık olarak ortaya çıkar. Akut HIV enfeksiyonu sendromunun (veya primer HIV enfeksiyonu) teşhisi genellikle hasta HIV'e karşı antikor (bir başka deyişle, serokonvertler) geliştirinceye kadar yapılmaz. Ancak, HIV'in viral saptama yöntemleriyle saptanması, antikorlar geliştirilmeden önce tanı konulmasına imkan tanıyabilmektedir. Bu genellikle hastalığın başlangıcından itibaren 3-6 hafta sürmektedir. Akut HIV enfeksiyonu sendromu tanısına yönelik olarak taburcu sırasında güçlü bir şüphe olabilse de, tanının doğrulanması genelde bu aşamada olmayacaktır. Hastaneye yatış sırasında akut HIV enfeksiyonu sendromuna ilişkin kanıt, bir pozitif HIV p24 antijen testi içerecektir. Akut HIV enfeksiyonu sendromu olasılığı, klinik kayda girilmelidir. Yatış sırasındaki bir negatif HIV antikor testi, tanıyı kapsam dışı bırakmaz.

'Akut HIV enfeksiyonu sendromu' tanısının (gerek doğrulanmış gerek şüpheli) kaydedilmesi halinde, mevcut semptomlar (örneğin, lenfadenopati, ateş) veya komplikasyona (örneğin, menenjit)

ilişkin kodlara bir ek tanı olarak B23.0 *Akut HIV enfeksiyonu sendromu*'nu kodlayın. Nadiren, komplikasyonlara bağlı akut HIV enfeksiyonu sendromu sebebiyle bir hastanın yeniden yatışının yapılması gerekebilir. Ana tanı (örneğin, menenjit A87.8) ilk önce ek tanı olarak akut HIV enfeksiyonu sendromu (B23.0 *Akut HIV enfeksiyonu sendromu*) ile birlikte kodlanmalıdır.

Primer hastalık tamamen ortadan kalktıktan sonra hemen hemen bütün hastalar asemptomatik hale gelecek ve birkaç yıl bu hallerini devam ettireceklerdir. Gelecekteki yatışlara ilişkin kodlama, mevcut yönlendirici ilkelere göre belirlenecektir. Akut HIV enfeksiyonu sendromu kodu (B23.0), hasta primer hastalıktan kurtulduktan sonra yeniden kullanılmamalıdır. Klinik kod uzmanları mevcut HIV kodları (bir başka deyişle, R75 *İnsan immün yetmezlik virus [HIV] laboratuvar kanıtı*, Z21 *Asemptomatik insan immün yetmezlik virus [HIV] enfeksiyonu durumu* veya B20–B22, B23.8 ya da B24) için doğru atamanın ne olduğundan emin değilse, klinik tedavi uzmanının görüşüne başvurulmalıdır.

Asemptomatik HIV – Z21

Z21 *Asemptomatik insan immün yetmezlik virus [HIV] enfeksiyonu* kodu, HIV antikor pozitif olarak teşhis edilen ancak, HIV enfeksiyonuna atfedilemeyecek bir durum sebebiyle hastaneye yatırılan hastalar için atanmalıdır. Bu kod, hastada herhangi bir HIV bulgusuna rastlandığı sonraki yatışlar için kullanılmayacaktır.

Z21 kodu, asemptomatik olan ve ilgisiz bir durumun tedavisi için hastaneye yatırılan hastalarla ilgili olduğundan ana tanı olarak kodlanmamalıdır.

HIV hastalığı – B20, B21, B22, B23.8, B24

HIV hastalığı için geçerli olan kodlar şöyledir:

- B20 *İnsan immün yetmezlik virus [HIV] hastalığı, enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar ile sonuçlanan*
- B21 *Habis neoplazmalar ile sonuçlanan insan immün yetmezlik virus [HIV] hastalığı*
- B22 *Diğer tanımlanmış hastalıklar ile sonuçlanan insan immün yetmezlik virus [HIV] hastalığı*
- B23.8 *Diğer tanımlanmış durumlar ile sonuçlanan insan immün yetmezlik virus [HIV] hastalığı*
- B24 *Tanımlanmamış insan immün yetmezlik virus [HIV] hastalığı*

Bir hastada bir bulguya rastlandığında bu, söz konusu hastanın HIV'le ilgili bir hastalığa (bu, AIDS'i tanımlayan bir hastalık olabilir veya olmayabilir) yakalandığını gösterir. Bu hastaların yatışı B20-B24 kategorisinde kodlanmalıdır. Böylece, kod uzmanları R75 veya Z21 kodlarının kullanımına dönemezler.

Bir hasta **HIV enfeksiyonu ile ilgili olmayan** bir durum sebebiyle hastaneye başvurursa ve hastanın mevcut HIV durumuna ilişkin net bir dokümantasyon yoksa, hastalığın uygun evresini belirlemek ve enfeksiyonun varlığını göstermek amacıyla uygun HIV kodunu (Z21 veya B20-B24) kullanmak için durumu klinik tedavi uzmanı ile birlikte kontrol edin. Bu vakalarda, HIV kodu ana tanı olmayacaktır.

Kodların sıralanması ve seçimi

Kodların sıralanmasına ilişkin kararlar, ana tanının tanımını ışığında verilmelidir.

Hastanın bakım epizodunun gerisindeki nedenin büyük oranda HIV olduğu ortaya konulmuşsa B20-B24'ten uygun kodu kullanın.

Hastanın bakım epizodunun gerisindeki başlıca nedenin büyük oranda bir HIV bulgusu olduğu ortaya konulduğunda ise söz konusu bulguyu ana tanı olarak kodlayın.

Açıklama: Yanlarında bir yıldız imi (*) bulunan bulgular, HIV/AIDS'te hiçbir zaman ana tanı olarak atanamaz (bakınız **ACS 0027 Çoklu kodlama**).

Bulgunun, HIV'deki demans (B22† ve F02.4*) gibi hem bir etiyoloji kodu (†) hem bir bulgu kodu (*) ile gösterilmesi gerektiğinde, söz konusu iki kodu verilen sırada (önce etiyoloji kodu, ardından bulgu kodu) girin.

Hasta, B20-B24'teki iki veya daha fazla kategori kapsamında sınıflandırılacak birden fazla bulgu gösteriyorsa, epizot için yalnızca ana tanı ile ilgili olan HIV kodu atanmalıdır. Bu HIV kodu, doğrudan ana tanı kodundan sonra girilmelidir. B20-B24 bloğundan birden fazla kodun, bu şekildeki bir ayrıntı düzeyini gerektirebilecek hastaneler için atanması kabul edilebilir bir durumdur ve bunların sırası, ilgili oldukları bulgu kodundan sonra gelecek şekilde olmalıdır.

ÖRNEK 1:

Bir hasta HIV enfeksiyonuna bağlı oral kandidiazis sebebiyle hastaneye yatırılmıştır. Atama ve sıralamayı şöyle yapın:

Oral kandidiazis:	B37.0	<i>Kandida stomatiti</i>
HIV hastalığı	B20	<i>İnsan immün yetmezlik virus [HIV] hastalığı, enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar ile sonuçlanan</i>

ÖRNEK 2:

AIDS'li bir hasta deride kaposi sarkomu ana tanısı ve kaşeksi sendromu ve CMV retinit ek tanılarıyla hastaneye yatırılmıştır. Atama ve sıralamayı şöyle yapın:

Kaposi sarkomu	C46.0	Deride kaposi sarkomu
HIV hastalığı	B21	Habis neoplazmalar ile sonuçlanan insan immün yetmezlik virus [HIV] hastalığı
CMV retinit	H30.9	<i>Koryoretinal inflamasyon, tanımlanmamış</i>
	B25.9	<i>Sitomegalovirus hastalığı, tanımlanmamış</i>
Kaşeksi sendromu	R64	<i>Keşeksi</i>

Bulgular ve diğer ilgili durumlar

HIV enfeksiyonunun bütün bulguları kodlanmalıdır. Bir bulgu kaydedilmiş ancak, HIV durumu belirsiz kalmışsa, B20-B24'ten bir kodu atamadan önce klinik tedavi uzmanı ile birlikte durumu kontrol edin.

Kaposi sarkomu

Kaposi sarkomu her zaman bir primer neoplazmadır. Bu nedenle, tanımlanmış bütün bölgeler için C46.- *Kaposi sarkomu* kategorisinden bir kod atanmalıdır. Morfoloji kodu M9140/3'tür. *Kaposi sarkomu* ilk tanıyı takip eden sonraki her bakım epizodu için kodlanmalıdır. Etiyolojik etken olan İnsan Herpes Virus (HHV-8) (Kaposi Sarkomu Herpes Virus (KSHV) olarak da bilinir) bir nedensel etken olarak listelenebilir.

Antiretroviral tedavi komplikasyonları veya ters etkileri

Antiretroviral tedavi anemi, nöropati ve üriner sistem taşları gibi komplike eden durumlarla sonuçlanabilmektedir. Zidovüdin (AZT), ruhsatlı bir dizi antiretroviral ilaçtan biridir.

ÖRNEK 3:

Tanı: Antiretroviral ilaca bağlı hemolitik anemi, HIV pozitif durumu ile birlikte.

Kodlar:	Hemolitik anemi	D59.2	<i>İlaca bağlı otoimmün olmayan hemolitik anemi</i>
	Ters etki antiretroviral ilaç	Y41.5	<i>Antiviral ilaçlar, ters etkiler doğuran terapötik kullanımda</i>
	HIV pozitif (asemptomatik)	Z21	<i>Aseptomatik insan immün yetmezlik virus [HIV] enfeksiyonu durumu</i>
	Uygun olay yeri kodu (Y92.-)		

ÖRNEK 4:

Tanı: Antiretroviral ilaca bağlı böbrek taşı, AIDS ile birlikte.

Kodlar:	Böbrek taşı, ilaca bağlı	N20.0	<i>Böbrek taşı</i>
	Ters etki antiretroviral ilaç	Y41.5	<i>Antiviral ilaçlar, ters etkiler doğuran terapötik kullanımda</i>
	AIDS	B20-B22, B23.8, B24	
	Uygun olay yeri kodu (Y92.-)		

Günlük kemoterapi

Kemoterapi

Kemoterapi, kodlama amaçları bakımından, kan ve kan ürünleri hariç olmak üzere herhangi bir terapötik maddenin (genellikle bir ilaç) verilmesidir. HIV bulguları (CMV retinite ilişkin Gansiklovir infüzyonu gibi) sebebiyle kemoterapi için yatışlar, tedavi edilmekte olan durum ve [1920] *Kemoterapi* bloğundan uygun bir prosedür kodu için bir ana tanı olarak atanmalıdır (ayrıca bakınız ACS 0044 *Kemoterapi*).

HIV/AIDS'i ve tedavi edilmekte olan herhangi bir bulguyu göstermek için bir ek tanı kodu (kodları) atanmalıdır.

ÖRNEK 5:

Tanı:	AIDS'li bir hasta pulmoner mikobakterium avium kompleksi sebebiyle günlük çoklu ilaç IV infüzyonu için bulunmaktadır.		
Kodlar:	Pulmoner MAIC AIDS	A31.0 B20	<i>Pulmoner mikobakteri enfeksiyonu İnsan immün yetmezlik virus [HIV] hastalığı, enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar ile sonuçlanan</i>
	Çoklu ilaç IV infüzyonu	96199-09 [1920]	<i>Farmakolojik ajanın intravenöz yolla verilmesi, diğer ve tanımlanmamış farmakolojik ajan</i>

Kaposi sarkomu için günlük kemoterapi

HIV/AIDS'li bir hasta Kaposi sarkomunun tedavisi için günlük kemoterapi amacıyla hastaneye yatırılırsa, tedavinin odak noktasını HIV/AIDS'ten ziyade neoplazma oluşturduğundan, ana tanı kodu Z51.1 *Neoplazma için kemoterapi dönemi* olmalıdır.

Profilaktik kemoterapi

Profilaktik girişimler şu amaçlarla yapılır:

- Belirli bir enfeksiyonun kapılmasını önlemek (primer) **veya**
- Daha önce tedavi edilen bir oportunistik enfeksiyonun baskılanmış olarak kalmasını sağlamak (sekonder).

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

HIV enfeksiyonu bulgusu yalnızca varsa kodlanabilir. HIV kodu, bir ek tanı kodu olarak sıralanmalıdır.

ÖRNEK 6:

Tanı:	Hiçbir semptom göstermeyen HIV enfeksiyonlu bir hasta, günlük antiretroviral tedavi için bulunmaktadır.		
Kodlar:	Kemoterapi infüzyonu HIV pozitif (asemptomatik) Antiretroviral tedavi	Z29.2 Z21 96199-02 [1920]	<i>Profilaktik kemoterapiler, diğer Aseptomatik insan immün yetmezlik virus [HIV] durumu Farmakolojik ajanın intravenöz yolla verilmesi, anti-infektif ajan</i>

Sekonder profilaktik kemoterapi (klinik sınıflandırma amacıyla) ise ACS 0102 *HIV/AIDS* 'Günlük Kemoterapi – Kemoterapi'' de belirtilen yönlendirici ilkelere göre kodlanmalıdır.

ÖRNEK 7:

Tanı:	AIDS'li bir hasta sitomegalovirus retinitisi sebebiyle günlük Gansiklovir bakım tedavisi IV infüzyonu için bulunmaktadır.		
Kodlar:	CMV Retinit	H30.9	<i>Koryoretinal inflamasyon, tanımlanmamış</i>
		B25.9	<i>Sitomegalovirus hastalığı, tanımlanmamış</i>
	AIDS	B20	<i>İnsan immün yetmezlik virus [HIV] hastalığı, enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar ile sonuçlanan</i>
	Gansiklovir IV infüzyonu	96199-02 [1920]	<i>Farmakolojik ajanın intravenöz yolla verilmesi, anti-infektif ajan</i>

0103 STREPTOKOKKAL ENFEKSİYON

Streptokokun neden olduğu, A, B, C, D, G Grubu, *S. pneumoniae* veya diğer olarak tanımlanan bakteriyel enfeksiyonlar için kodlamada aşağıdaki gruplandırmalar yardımcı olabilmektedir:

Grup	Aşağıdakilerin belirgin olduğu hastalıklar
A Grubu	
<i>S. pyogenes</i> (penisiline duyarlı)	Erizipel Puerperal ateş Yara enfeksiyonu Boğaz ağrısı Endokardit Romatizmal ateş (poststreptokokkal) Glomerülonefrit (poststreptokokkal)
B Grubu	
<i>S. agalactiae</i>	Neonatal enfeksiyonlar (vajinanın normal florası)
C Grubu	
<i>S. equisimilis</i>	Sinüzit Endokardit
D Grubu	
<i>S. faecalis</i> (enterokok) } <i>S. faecium</i> (enterokok) } <i>S. bovis</i> <i>S. equinus</i> Enterokok	UTI Endokardit
G Grubu	
	Sinüzit Endokardit
<i>S. pneumoniae</i> (Pnömonokoküs)	Pnömoni Sinüzit Meningit, vb.
Diğer	
<i>S. viridans</i> <i>S. salivarius</i> <i>S. mitis</i> <i>S. mutans</i> <i>S. sanguis</i> <i>S. lactis</i> Peptostreptokoklar	Anaerobik, derin enfeksiyonlar

Açıklama: A Grubu, α – hemolitik ile eş anlamlı değildir.
B Grubu, β – hemolitik ile eş anlamlı değildir.

0104 VİRAL HEPATİT

Tanımı

Viral hepatit

Viral hepatit, karaciğer hücrelerinin bir inflamatuvar ve nekrotik hastalığıdır. A, B, C, D ve E virusleri akut viral hepatit ile sonuçlanabilmektedir. B, C ve D viruslu akut viral hepatit enfeksiyonları, kronik viral hepatite dönüşebilmektedir.

Altı aydan uzun süren viral hepatit genellikle ‘kronik’ olarak tanımlanır; ancak bu, ihtiyari bir tanımdır. Kronik viral hepatit, siroz ve karaciğer yetmezliği ile sonuçlanan bir değişken ilerleyen hastalıktır. Kronik viral hepatitin teşhisi yalnızca karaciğer biyopsisi ile yapılabilmektedir.

Kronik viral hepatitli hastaların karaciğer fonksiyon testleri genelde anormaldir. Kronik viral hepatitin bir belirtisi alanin transaminaz düzeyinin yüksekliğidir; ancak bu, alkol gibi diğer etkenlere bağlı da olabilmektedir. Genellikle, kronik viral hepatitli hastalar, kan ve ultrasound testleri ile altı ayda bir takip edilir. Kronik hepatit B hastası veya hepatit B taşıyıcısı olan annelerden doğan bebeklere hastalığın bulaşma riski bulunmaktadır ve doğumdan hemen sonra (24 saat içinde) bağışıklanmaları gereklidir; buna karşın, kronik hepatit C hastası veya hepatit C taşıyıcısı olan annelerden doğan bebekler için eşdeğer herhangi bir aşılama bulunmamaktadır. Bu kadınların yenidoğan bebekleri, yaklaşık %5 enfeksiyon riskine maruzdurlar.

Genelde, bir organizma ile birlikte görülen bir enfeksiyondan kurtulduktan sonra kişi patojenik organizmaya karşı antikorlar geliştirecektir. Belirli enfeksiyöz hastalıklara karşı aşılama yoluyla da antikor üretilebilmektedir. Aşılama yapılmayan kişilerde, gelecekte yapılacak, antikorları gösterecek kan testleri, geçirilmiş enfeksiyonu veya geçmişteki aşılama göstermektedir. Bu kişiler ‘taşıyıcı’ olarak kabul edilmez. Taşıyıcı, kanında hepatit B, C veya D virusu ve/veya antikorları bulunan, organizmayı taşıdığı halde semptom göstermeyen ve hastalığı başkalarına bulaştırabilen kişidir. Virus kanda bulunduğundan, başkalarına bulaştırılabilmektedir. Bir enfeksiyöz hastalığın taşıyıcısı olan bir kişi (enfeksiyon riski vardır) ile antikorları geçirilmiş enfeksiyonu veya bir enfeksiyöz hastalığa karşı geçmişteki bağışıklamayı gösteren bir kişi (enfeksiyon riski yoktur) arasındaki farkı anlamak önemlidir. Taşıyıcılık ile geçirilmiş enfeksiyonu birbirinden ayırmada antikor testlerinin rolü, enfeksiyona bağlı olarak değişir.

Hepatit A

Hepatit A, oldukça bulaşıcı olan ve enterik yolla bulaşan (fekal-oral yolla) bir hastalıktır. Hastalık yaygın olarak aile fertleri arasında bulaşır. Gelişmekte olan ülkelerde, içme suyunun fekal kirliliği enfeksiyonun olağan kaynağını oluşturmaktadır.

Hepatit A virusu (HAV) iki antikor testi ile saptanır:

1. IgM antikor: pozitif sonucu, yakın zamanlı enfeksiyonu gösterir.
2. IgG antikor (anti-HA): pozitif sonucu, geçirilmiş enfeksiyonu (daha önce HAV’ye maruz kalındığı) veya geçmişte aşılama yoluyla yapılan bağışıklamayı gösterir.

HAV *hiçbir zaman* bir kronik enfeksiyon değildir. Bilinen herhangi bir taşıyıcılık durumu bulunmamaktadır ve HAV’nin kronik aktif hepatit veya sirozda hiçbir rolü yoktur.

Hepatit B

Hepatit B, bir akut hastalık olarak kendini gösterebilir ve bir kronik enfeksiyona dönüşebilir. Hepatit B virusu (HBV) kan ve kan ürünleri, nakledilmiş doku, tükürük, idrar, semen ve servikal salgılar gibi enfekte olan vücut salgıları ile bulaşır. Çoğu yetişkinde tam iyileşme görülür ve bu kişiler yaşamları boyunca bu virüse karşı bağışıklık kazanırlar. Ancak, vakaların %10’a kadar çıkan bir bölümünde, akut enfeksiyondan itibaren hastalar HBV’nin asemptomatik taşıyıcıları olacak veya kronik aktif viral hepatit (%5) geliştirecektir. Dünyada yaklaşık 300 milyon HBV taşıyıcısı olduğu tahmin edilmektedir.

Hepatit C

Hepatit C, bir akut hastalık olarak kendini gösterebilir ve bir kronik enfeksiyona dönüşebilir. Hepatit C virusu (HCV) paranteral yolla bulaşır (örneğin; transfüzyonlar, enjeksiyon ilaç kötüye kullanımı, kan ve kan ürünlerine mesleki maruz kalma). Hepatit C virusu (HCV) enfeksiyonunu yenme oranları, hepatit B virusu enfeksiyonuna göre çok daha düşüktür. Genellikle, bu enfeksiyonun %90'a kadar çıkan bir oranda bir kronik enfeksiyona dönüşeceği bilinmektedir.

Hepatit C, hepatit B'den farklıdır; hepatit C hastaları bu virusu yaşamlarının sonuna kadar ya akut ya kronik enfeksiyon ya da bir asemptomatik taşıyıcı olarak taşıyacaklardır.

Bir pozitif hepatit C antikor testi, hepatit C enfeksiyonunu gösterir. Bir polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) yöntemi de uygulanabilmektedir; bir pozitif sonuç, kronik hepatit C enfeksiyonu tanısını destekler. Ancak, bir negatif PCR sonucu, virus küçük miktarlarda hala bulunabileceğinden ve kan numunesinde saptanamayabileceğinden herhangi bir kronik enfeksiyon olmadığı anlamına gelmez.

Hepatit D

Hepatit D virusu (HDV) yalnızca HBV ile birlikte oluşabilir, hiçbir zaman tek başına oluşmaz. Bu virus ya akut hepatit B ile birlikte bir ko-enfeksiyon ya da yerleşik kronik hepatit B'de bir süper enfeksiyon biçiminde oluşur. HDV, çoğunlukla paranteral yolla yayılır (örneğin, iğneler ve kan). Ayrıca, delta ajanı olarak da adlandırılır.

Hepatit E

Hepatit E virusu (HEV) enterik yolla bulaşır (fokal-oral yolla). Bu virus Güneydoğu Asya, Sovyet ülkeleri, Hindistan, Ortadoğu Afrika ve Orta Amerika'da endemiktir. İnsandan insana bulaşma yoluyla büyük çaplı salgınların oluştuğu bilinmektedir. Enfeksiyonun normal seyri, akut ve gebelik dışında görece selim bir hastalıkmiş gibi gözükmektedir.

HEV hiçbir zaman bir kronik enfeksiyon değildir. Bilinen herhangi bir taşıyıcılık durumu bulunmamaktadır ve HEV'nin kronik aktif hepatit veya sirozda hiçbir rolü yoktur.

Klasifikasyon

Viral hepatit veya hepatit taşıyıcılığı, ek tanı kriterleri yerine getirilmese de her zaman kodlanmalıdır. Aşağıdaki Tablo, Hepatit A, B, C, D ve E kodlarının uygulanmasında bir rehber oluşturmaktadır:

Klasifikasyon		
Viral hepatit/ tip	Kod/ açıklama	Genel Konular
Hepatit A	5.0 <i>Hepatik koma ile birlikte Hepatit A</i> 5.9 <i>Hepatik koma olmaksızın Hepatit A</i> <i>Viral hepatit, gebelik, doğum ve lohusalığı komplike eden</i>	Ne bir geçirilmiş hepatit A öyküsü ne de bir taşıyıcılık durumu kodlanır. O98.4, hepatit A'nın gebelik, doğum veya lohusalığı komplike etmesi halinde atanır (hepatitin tipini belirtmek için ya B15.0 ya da B15.9 ek kodu ile birlikte).
Hepatit B	<i>Akut hepatit B</i> <i>Delta ajanlı kronik viral hepatit B</i> <i>Delta ajansız kronik viral hepatit B</i> <i>Viral hepatit, gebelik, doğum ve lohusalığı komplike eden</i> <i>Viral hepatit B taşıyıcısı</i>	'Hepatit B öyküsü' kaydedilirken, hastanın bir hepatit B taşıyıcısı olduğu varsayılmamalıdır; bu nedenle, Z22.51 kodlanmaz . Herhangi bir enfeksiyöz süreç endikasyonu olmaksızın 'hepatit B pozitif' veya 'hepatit B taşıyıcısı' dokümantasyonu, Z22.51 kapsamında kodlanmalıdır. O98.4, akut veya kronik hepatit B'nin gebelik, doğum veya lohusalığı komplike etmesi halinde atanır (hepatitin tipini belirtmek için B16 veya B19'dan bir ek

		kod ile birlikte). Obstetrik hasta bir taşıyıcı ise Z22.51'i kodlayın.
Hepatit C	<p><i>Akut hepatit C</i></p> <p><i>Kronik viral hepatit C</i></p> <p><i>Viral hepatit, gebelik, doğum ve lohusalığı komplike eden</i></p> <p><i>Viral hepatit C taşıyıcısı</i></p>	<p>'Hepatit C öyküsü' kaydedilirken, hastanın hala hastalığın belirtilerini taşıyıp taşımadığını belirlemek için kod uzmanları klinik tedavi uzmanı ile birlikte durumu kontrol etmelidir. Konsültasyonun olanaklı olmaması halinde, viral hepatit C taşıyıcısına ilişkin kodu (Z22.52) atayın.</p> <p>'Hepatit C' veya 'hepatit C pozitif' gibi muğlak terimler kaydedildiğinde ve hasta hepatit C semptomları gösterdiğinde, hastalığın akut veya kronik evrede olup olmadığını belirlemek için kod uzmanları klinik tedavi uzmanı ile birlikte durumu kontrol etmelidir. Konsültasyonun olanaklı olmaması halinde, kronik viral hepatit C'ye ilişkin kodu (B18.2) atayın.</p> <p>Hasta asemptomatik olduğunda ve 'hepatit C' veya 'hepatit C pozitif' gibi muğlak terimler kaydedildiğinde, viral hepatit C taşıyıcısına ilişkin kodu (Z22.52) atayın.</p> <p>O98.4, akut veya kronik hepatit C'nin gebelik, doğum veya lohusalığı komplike etmesi halinde atanır (hepatitin tipini belirtmek için ya B17.1 ya da B18.2 ile birlikte). Obstetrik hasta bir taşıyıcı ise Z22.52'yi kodlayın.</p>
Hepatit D (akut HBV ile birlikte)	<p><i>Hepatik koma ile birlikte delta ajanlı (ko-enfeksiyon) akut hepatit B</i></p> <p><i>Hepatik koma olmaksızın delta ajanlı (ko-enfeksiyon) akut hepatit B</i></p> <p><i>Delta ajanlı kronik viral hepatit B</i></p>	<p>O98.4, akut veya kronik hepatit D'nin gebelik, doğum veya lohusalığı komplike etmesi halinde atanır (hepatitin tipini belirtmek için B16 veya B18'den bir ek kod ile birlikte). Obstetrik hasta bir taşıyıcı ise Z22.59'u kodlayın.</p>
Hepatit D (kronik HBV ile birlikte)	<p><i>Hepatit B taşıyıcısında akut delta (süper) enfeksiyonu</i></p> <p><i>Viral hepatit, gebelik, doğum ve lohusalığı komplike eden</i></p>	<p>Z22.59 yalnızca herhangi bir aktif hepatit D hastalığı belirtisi yoksa kodlanmalıdır (hepatit D taşıyıcılığı).</p>
Hepatit D (kronik HBV ile birlikte)	<p><i>Diğer tanımlanmış Viral hepatit taşıyıcısı</i></p>	
Hepatit E	<p><i>Akut hepatit E</i></p> <p><i>Viral hepatit, gebelik, doğum ve lohusalığı komplike eden</i></p>	<p>Hepatit E'nin geçmiş öyküsü veya taşıyıcılık durumu kodlanmaz.</p> <p>O98.4, hepatit E'nin gebelik, doğum veya lohusalığı komplike etmesi halinde atanır (hepatitin tipini belirtmek için B17.2 ek kodu ile birlikte).</p>

0108 ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU/ ÜROSEPSİSE SEKONDER SEPSİS

Bir üriner sistem enfeksiyonuna sekonder sepsis, lokalize bir üriner enfeksiyonunun kana karıştığını ve genel bir enfeksiyona dönüştüğünü gösterir.

- Sepsis klinik açıdan anlamlı ise, ana tanı olarak sıralanmalıdır.

- Anlamalı değilse, üriner sistem enfeksiyonu ana tanı olarak sıralanmalıdır. Pozitif idrar kültürü bir üriner sistem enfeksiyonunun her zaman tanınal göstergesi değilken, enfeksiyonun klinik anlamlılığı en iyi şekilde sepsisin belirtileri ve semptomları (örneğin; ateş, vb.) ile birlikte bir dizi antibiyotik kullanılmak suretiyle bulgulanmaktadır.

Kodlama amaçları bakımından, ürosepsis teriminin kullanımının, aşağıdakilerden hangisiyle ilgili olduğunu belirlemek için, klinik tedavi uzmanı tarafından daha ayrıntılı olarak açıklanmasına ihtiyaç duyulabilir:

1. Genel vasküler dolaşıma idrar veya toksik idrar yan ürünlerinin ekstrasvazyonunun neden olduğu genel sepsis (septisemi)
VEYA
2. Bakteriler, bakteriyel yan ürünler veya diğer toksik maddelerle kirlenmiş idrar, ancak diğer bulgular olmaksızın.

Sepsis, şunlarla birlikte:

- düşük
- ektopik gebelik
- molar gebelik

veya şunlara bağlı olarak postoperatif biçiminde tanımlanan sepsis:

- infüzyon
- enjeksiyon
- transfüzyon
- aşılama

ilgili kategori kodlarına göre kodlanmaya devam edilmelidir.

0109 NÖTROPENİ

Nötropeni, dolaşım halindeki kanda bulunan nötrofil granüler lökositlerdeki azalmadır. Nötropeni ile birlikte ateş görülebilir.

Nötropenin yaygın nedenleri şöyledir:

- a) İlaç veya diğer fiziksel etkenlere (örneğin, Bactrim) bağlı reaksiyon. Bu, nötropenin nonfebril biçimidir.
- b) Nötropenin ilişkili olduğu çeşitli hastalıklar şöyledir:
 - Akut lösemiler
 - Diğer hematolojik kanserler (örneğin, Hodgkin hastalığı)
 - Kollajen tipi hastalıklar
 - Diğer bakteriyel olmayan enfeksiyonlar (örneğin; sıtma, tifo)
 - Romatoid artrit (zaman zaman)

Bazı durumlarda (örneğin, romatoid artrit) nötropeni nonfebril iken akut lösemilerde, sıtmada ve tifoda, ateşle birlikte görülür.
- c) Konjenital nötropeni
- d) Herhangi bir asıl hastalık veya toksik maruziyet ile ilişkili olmayan kronik selim nötropeni.

Bir nötropeni hastasında görülen sepsis/ septisemi, klinik tedavi uzmanı tarafından klinik kayda girildiğinde kodlanmalıdır. Bu, 'klinik septisemi' veya 'kültür negatif septisemi' olarak adlandırılabilir.

Klasifikasyon

Septisemi kaydedilirken,

- septisemi kodunun sırası, nötropeni kodundan önce olmalıdır.

Septisemi kaydedilmezse,

- D70 *Agranülositoz* (nötropeni) ve uygulanabilir ise R50.- *Nedeni bilinmeyen ateş*'i (ateş) bir ek tanı olarak kodlayın.

İlaça bağlı nötropeni durumlarında bir dış neden kodu atanmalıdır.

0110 SEPTİSEMI

Tanımlar

Sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS)

SIRS pankreatit, iskemi, multi travma, hemorajik şok, immünle düzenlenen organ yaralanması ve enfeksiyon gibi bir dizi şiddetli klinik insulta yanıt olarak oluşabilen bir sistemik inflamatuvar yanıt şeklinde tanımlanır. SIRS, aşağıdaki bulguların iki veya daha fazlası ile ortaya çıkabilir:

- vücut ısısı $> 38^{\circ}\text{C}$ veya $< 36^{\circ}\text{C}$
- solunum hızı > 20 nefes/dakika veya $\text{PaCO}_2 < 32$ torr
- kalp hızı > 90 atım/dakika
- lökosit sayımı $> 12.000/\text{L}$ veya $< 4.000/\text{L}$ veya $> \%10$ immatür (bant) formlar.

Sepsis

Sepsis, enfeksiyona karşı bir sistemik inflamatuvar yanıt (SIRS) olarak tanımlanır. Kan akışının mikrobik invazyonu, sepsis gelişiminde önemli değildir; mikrobik işaret molekülleri veya toksinlerin lokal veya sistemik yayılımı da yanıtı ortaya çıkarabilmektedir. Sepsis, lokalize enfeksiyon anlamında kullanılabildiğinden, kodlamada dikkatli olunmalıdır.

Septisemi

Septisemi terimi genellikle kandaki bakterilerin neden olduğu sistemik hastalığı tanımlamak için kullanılmaktadır; ancak, septisemi terimi yerini daha spesifik terimler olan *sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS)* ve *sepsis*'e bırakmaktadır.

Sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS), sepsis ve enfeksiyon arasındaki ilişkiler Amerikan Göğüs Hekimleri Koleji/ Yoğun Bakım Topluluğu Uzlaşma Konferansı: Sepsis ve organ yetmezliği tanımları ile sepsiste yenilikçi tedavilerin kullanımına ilişkin yönlendirici ilkeler. *Critical Care Medicine*, Cilt. 20, Sayı. 6'dan alınan aşağıdaki tanımlar sepsis, enfeksiyon, septisemi, bakteriyemi ve sistemik inflamatuvar yanıt sendromu kavramları arasındaki ilişkileri anlamada yardımcı olabilir.

“Enfeksiyon: Mikroorganizmaların varlığına veya normalde steril konakçı dokusunun bu organizmalarca invazyonuna inflamatuvar yanıtla karakterize mikrobik olgu.

Bakteriyemi: Kanda canlı bakterilerin bulunması.

Sistemik inflamatuvar Yanıt Sendromu: Bir dizi klinik insulta karşı sistemik inflamatuvar yanıt. Yanıt, aşağıdaki bulguların iki veya daha fazlası ile ortaya çıkar:

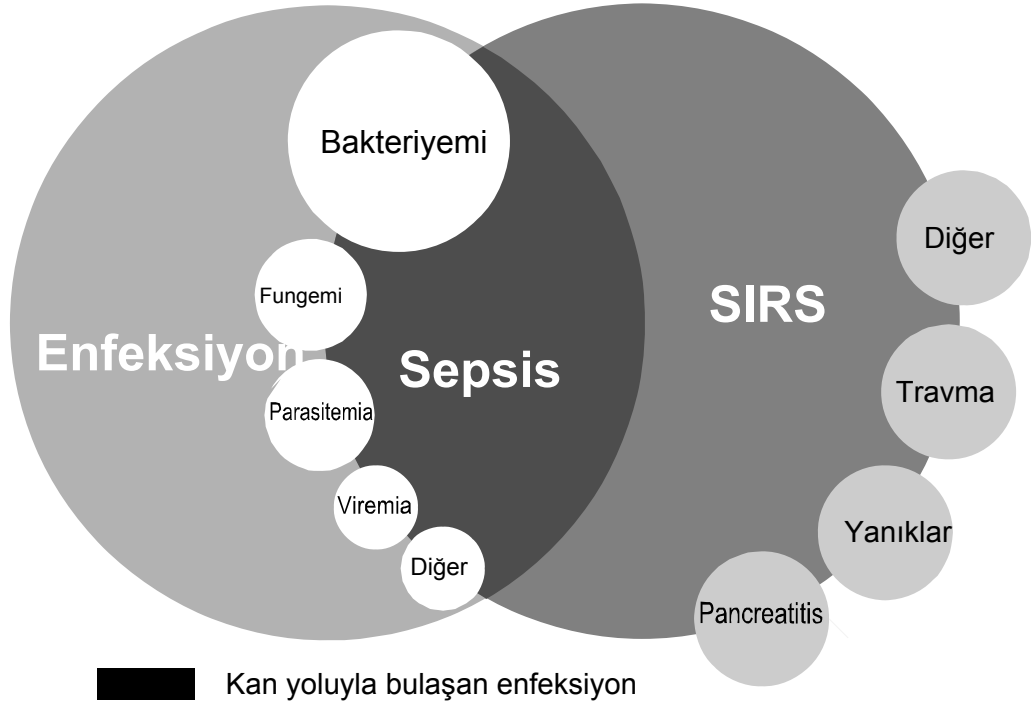
- Vücut ısısı $> 38^{\circ}\text{C}$ veya $< 36^{\circ}\text{C}$
- Kalp hızı > 90 atım/dakika
- Solunum hızı > 20 nefes/dakika veya $\text{PaCO}_2 < 32$ torr (< 4.3 kPa)
- WBC > 12.000 hücre/ mm^3 , < 4000 hücre/ mm^3 veya $> \%10$ immatür (bant) formlar.

Sepsis: Enfeksiyona karşı sistemik yanıt. Bu sistemik yanıt, enfeksiyon sonucunda aşağıdaki bulguların iki veya daha fazlası ile ortaya çıkar:

- Vücut ısısı $> 38^{\circ}\text{C}$ veya $< 36^{\circ}\text{C}$
- Kalp hızı > 90 atım/dakika
- Solunum hızı > 20 nefes/dakika veya $\text{PaCO}_2 < 32$ torr (< 4.3 kPa)
- WBC > 12.000 hücre/ mm^3 , < 4000 hücre/ mm^3 veya $> \%10$ immatür (bant) formlar.

Şiddetli Sepsis: Organ disfonksiyonu, hipoperfüzyon veya hipotansiyon ile ilişkili sepsis. Hipoperfüzyon ile perfüzyon anormallikleri laktikasidoz, oliguri

veya zihinsel durumda bir akut değişikliği içerebilmektedir, ancak bunlarla sınırlı değildir.



Septik Şok:

Laktikasidoz, oliguri veya zihinsel durumda bir akut değişikliği içerebilen ancak bunlarla sınırlı olmayan perfüzyon anormallikleri ile birlikte, yeterli sıvı resusitasyonuna rağmen hipotansiyonla birlikte sepsis. İnotropik veya vazopressör ajanları kullanan hastalar perfüzyon anormalliklerinin saptandığı sırada hipotansif olmayabilmektedir.

Hipotansiyon:

Sistolik kan basıncı < 90 mm Hg veya hipotansiyona ait diğer nedenler bulunmadığında kan basıncının bazal değerine göre > 40 mm Hg azalması.

Çoklu Organ

Müdahale olmadan hemostazın sağlanamadığı akut hastalarda organ fonksiyonlarının

Disfonksiyonu Sendromu: bozulması.”

Sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS), sepsis ve enfeksiyon arasındaki ilişkiler Amerikan Göğüs Hekimleri Koleji/ Yoğun Bakım Topluluğu Uzlaşma Konferansı: Sepsis ve organ yetmezliği tanımları ile sepsiste yenilikçi tedavilerin kullanımına ilişkin yönlendirici ilkeler. Critical Care Medicine, Cilt. 20, Sayı. 6.

Klasifikasyon

Sepsis'e ilişkin dokümantasyon yorumlanırken özen gösterilmelidir. *Sepsis*, enfeksiyondan kaynaklanan SIRS anlamında kullanılabilir veya bir lokalize enfeksiyonu (örneğin, yara sepsisi) ifade edebilmektedir. Klinik tedavi uzmanından bilgi istendikten sonra, sepsisin lokalize enfeksiyonu ifade etmek için kullanıldığı doğrulanırsa, dizinde *Sepsis* girişinden ziyade *Enfeksiyon* girişine bakın.

Bir hasta aşağıdakiler kapsamında kodlanmış olan sepsis gösterdiğinde:

- 003–007 *Düşükle sonuçlanan gebelik*
- 008.0 *Genital yol ve pelvik enfeksiyon, düşük ve ektopik ve molar gebelik sonrası*
- 075.3 *Doğum sürecinde diğer enfeksiyon*
- T80.2 *İnfüzyon, transfüzyon ve terapötik enjeksiyonu takiben enfeksiyonlar*
- T81.42 *Bir işlem sonrası sepsis*

sepsisi belirtmek için A40.- *Streptokokkal sepsis* ile A41.- *Diğer sepsis*'ten veya bir lokalize enfeksiyondaki tanımlanmış bir nedensel organizmayı belirtmek için B95–B97 *Bakteriyel, viral ve diğer enfeksiyöz ajanlar*'dan bir ek kodu atayın. İlgili olduğunda bir dış neden kodu da (özellikle Y60.- ile Y84.9 aralığında bulunan komplikasyon kodları) atanmalıdır.

Pozitif kan kültürü, bir sepsis göstergesi olarak kullanılmamalıdır. Örneğin, bir hasta merkezi enfeksiyon gösteriyorsa ve bu hastanın kan kültürü pozitifse, söz konusu hastaya sepsis tanısı konulmayabilir. Benzer şekilde, negatif kan kültürü, klinik sepsis tanısını engellemeyecektir.

Sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS)

SIRS şu şekilde kodlanmalıdır:

- Enfeksiyona bağlı SIRS, *Sepsis*'teki uygun dizin girişine göre kodlanır.
- Travmaya bağlı SIRS, travma tipine göre kodlanır.
- Enfeksiyon dışındaki klinik insulta bağlı SIRS ise, insult tipine (örneğin; pankreatit, iskemi) göre kodlanır.

0111 BAKTERİYEMİ

Bakteriyemi en somut anlamıyla 'kandaki bakteri bulunması' demektir. Bakteriyemi, hastada herhangi bir semptom göstermeyebilir. Avustralya klinik çevrelerinde, bakteriyemi terimi, semptomatik bakteriyemi gösteren hastaları ifade etmek için kullanılır ve bu tür vakalar A49.9 *Bakteriyel enfeksiyon, tanımlanmamış* olarak kodlanmalıdır.

Hastanede kazanılmış bakteriyemi, yatış sırasında ateşi yokken, bir başka deyişle vücut ısıları 37.4°C'den düşük olan, yatıştan 48 saat veya daha uzun bir süre sonra ateşi çıkan hastalar için pozitif kan kültürü olarak tanımlanır. Kodlamayı, Y95 *Nozokomiyal (sağlık hizmeti ile ilişkili) durum* dışı neden kodu ile birlikte A49.9 *Bakteriyel enfeksiyon, tanımlanmamış* olarak yapın.

0112 İLACA DİRENÇLİ MİKROORGANİZMALARLA ENFEKSİYON

Tanımı

İlaça karşı direnç, çoğu organizmada tanımlanabilen bir durumdur. Bu standart, hastada enfeksiyona neden olan dirençli organizmaların kodlanması ile ilgilidir. Standart, hastanın tedavisi için ek kaynakların kullanılmasını gerektiren ve kolayca tanımlanan organizmaların neden olduğu enfeksiyonlar hakkında ayrıntılı bilgi vermektedir.

MRSA: Metisiline dirençli *Staphylococcus Aureus*

Staphylococcus aureus, deride bulunan yaygın bir bakteri olup, derecesi önemsiz seviyeden hayatı tehdit edici seviyeye kadar çıkan bir dizi hastalık ve durumun sebebini oluşturabilmektedir. Enfeksiyonun derecesi dikiş apsesinden septik flebit, kronik osteomyelit, pnömoni, menenjit, endokardit ve sepsise kadar çıkabilmektedir.

Metisilin, klinik uygulamalarda artık başvurulmasa da direnci belirlemek için laboratuvarında kullanılan bir yarı sentetik penisilindir. Flukloksasilin ile dikloksasilin, tedavide kullanılan benzer ilaçlardır.

- Çoklu dirençli: bunlar genellikle MRSA'nın nozokomiyal grupları olup, genelde yalnızca metisilin ve penisilin değil çoklu antibiyotiklere dirençlidir.
- Çoklu dirençli olmayan: bunlar genellikle MRSA'nın serbest edinilmiş grupları olup tipik olarak yalnızca metisilin ve penisiline dirençlidir (küçük bir bölümü eritromisin veya siprofloksasine de dirençlidir).

VRE: Vankomisine Dirençli *Enterokok*

Enterokok, sağlıklı kişilerin normalde alt gastrointestinal sistemi ile genital yolunda kolonize olan bir gram pozitif organizmadır. Enterokok, D Grubu Streptokok olarak da bilinir. Bu organizma belli durumlarda patojenik form kazanabilmekte, üriner sistem enfeksiyonları, yara enfeksiyonları, sepsismi ve endokardite neden olabilmektedir.

Vankomisin, hastanelerde dirençli stafilokok enfeksiyonlarının (MRSA) tedavisinde ana araç olarak kullanılan güçlü bir antibiyotiktir.

Vankomisine dirençli enterokok, Vankomisin ile yaygın olarak kullanılan diğer birçok antibiyotike direnç kazanmış olan bir enterokok grubudur.

Bir organizmanın neden olduğu 'enfeksiyon' ile bir organizmanın 'kolonizasyonunu' birbirinden ayırmak önemlidir. Bir hastada bir organizma kolonize olabilir; ancak, hasta bu organizmanın neden olduğu hiçbir enfeksiyon belirtisi veya semptomu göstermeyebilir. Mikrobiyoloji raporlarında MRSA, VRE veya herhangi bir diğer organizma bulgusuna yer verilse de hasta söz konusu organizmanın neden olduğu bir enfeksiyon göstermeyebilir.

Klasifikasyon

Bir enfeksiyonun varlığı (yara enfeksiyonu, üriner sistem enfeksiyonu, pnömoni, vb.) kaydedilmeli ve organizma ek kodlarla veya durum, organizmaya bağlı bir durum olarak kodlanmadan önce **ACS 0002 Ek tanımlar**'a uygun bir biçimde kodlanmalıdır. Klinik tedavi uzmanı kayda, enfeksiyona neden olan organizmanın bir antibiyotike dirençli olduğunu girerse Z06.- *Antibiyotiklere dirençli bakteriyel ajanlar*'dan uygun bir kod da atanmalıdır.

Bir bakteriyel ajanın dirençli olduğu antibiyotiki belirtmek için Z06.- *Antibiyotiklere dirençli bakteriyel ajanlar* kategorisinden bir kodu ek kod olarak atayın.

Z06.- hiçbir zaman ana tanı olarak kodlanmamalıdır.

MRSA: Çoklu dirençli MRSA enfeksiyonlarının kodlamaları şöyle olacaktır:

- Enfeksiyon için bir kod
- B95.6 *Staphylococcus aureus, diğer bölümlerde sınıflanan hastalıkların etkeni olarak* (organizma, enfeksiyon koduna dahil edilmese)
- Z06.8 *Birden çok antibiyotiklere dirençli ajanlar*

VRE: Vankomisine dirençli bir enfeksiyonun kodlamaları şöyle olacaktır:

- Enfeksiyon için bir kod
- B95.2 *D grubu streptokok, diğer bölümlerde sınıflanan hastalıkların etkeni olarak* (organizma halihazırda enfeksiyon koduna dahil edilmemişse)
- Z06.41 *Vankomisine dirençli ajanlar*

Notlar

2. NEOPLAZMALAR

0236 NEOPLAZMANIN KODLANMASI VE SIRALANMASI (GÜNLÜK KEMOTERAPİ/ RADYOTERAPİ HARIÇ)

Gerek primer gerek sekonder malignite kodunun sırası, her epizottaki tedaviye bağlıdır. Ana tanının seçimi, **ACS 0001** *Ana tanı*'ya uygun olarak yapılmalıdır.

Primer malignite, bakım epizodu aşağıdaki amaçlara yönelik ise mevcut durum olarak kodlanmalıdır:

- Şu durumların herhangi birinde, primer malignitenin teşhisi veya tedavisi:
 - Primer malignitenin ilk teşhisi
 - Malignite komplikasyonlarının tedavisi
 - Maligniteyi yok etmek için cerrahi girişim
 - Malignite ile ilgili tıbbi bakım, palyatif bakım dahil (ayrıca bakınız **ACS 0224** *Palyatif bakım*)
 - Aynı organ veya dokuda daha önce yok edilmiş bir primer malignitenin yinelemesi
- Sekonder malignitenin teşhisi veya tedavisi, primer bölgenin ne zaman rezekte edildiğine/ daha önce rezekte edilip edilmediğine bakılmaksızın. Biliniyorsa primer bölge(ler) bir ek tanı kodu (kodları), bilinmiyor ise C80 *Bölge belirtilmemiş habis neoplazma* ile kodlanmalıdır.
- Aşağıdakiler gibi, kanserin ilerlemesini durdurmaya dönük tedavi:
 - Kemoterapi veya radyoterapi (ayrıca bakınız **ACS 0044** *Kemoterapi* ve **ACS 0229** *Radyoterapi*)
 - Daha büyük eksizyon için sonraki yatışlar (histopatolojide herhangi bir rezidüel malignite olmasa bile)
 - İlgili bir organın profilaktik olarak alınması için kademeli cerrahi
- Bir başka habis olmayan durumun tedavisi, malignite **ACS 0002** *Ek tanı*'lar'a göre bakım epizodu üzerinde etkili bir komorbidite olduğunda.
- Radyoterapi öncesi diş temizliği. Malignite veya komplikasyon ana tanı olarak kodlanacaktır.

Epizot, takip bakımına yönelik ise; malignite, bakım epizodunu çevreleyen durumlara bağlı olarak mevcut durum veya eski öykü olarak kodlanabilir. (Ayrıca bakınız **ACS 1204** *Plastik cerrahi*, **ACS 2112** *Kişisel öykü* ve **ACS 2113** *Spesifik bozukluklar için takip muayeneleri*.)

Birden çok metastatik bölgenin bulunması halinde, durumun ciddiyetini göstermek amacıyla her bir bölge için bir kod atayın.

0214 INTRAGAM

İntragam, antikor eksikliği bulunan hastalar için kullanılan gama globulinin verilmesidir. Ana tanı hipogamaglobulinemi (D80.- *Antikor kusurunun baskın olduğu immün yetmezlik*) olabilir; değilse, kaydedilmiş olan ana tanı kodlanmalıdır. Ayrıca, aşağıdaki prosedür kodlarından birini atayın:

Gama globulin enjeksiyonu için, [1920] *Kemoterapi* bloğundan bir kodu, -05 uzantısı ile atayın.

Gama globulin infüzyonu için, 13706-05 [1893] *Gama globulin transfüzyonu*'nu atayın.

0218 LENFANJİT KARSİNOMATOZ

Bu malignitenin niteliğine ilişkin daha fazla bilgi bulunmuyorsa C78.0 *Akciğerin sekonder habis neoplazması* (ana) artı C80 *Bölge belirtilmemiş habis neoplazma*'yı atayın.

0219 BİYOPSİDE BULGULANAN MALİGNİTE MASTEKTOMİSİ

Göğüs biyopsisinde malignite bulgulanmasına rağmen mastektomi numunesinde herhangi bir habis hücre bulgulanmazsa, biyopside bulgulanmış ilk teşhisi kodlayın.

0222 LENFOMA**Ekstranodal bölgeler**

Lenfomalar, solid tümörlerle aynı şekilde metastaze olmayan sistemik hastalıklardır. Bir lenfoma, ilgili bölgelerin sayısına bakılmaksızın, metastatik kabul edilmez ve C81–C85 kategorileri kapsamında kodlanmalıdır. Lenfomalar, yalnızca lenf bezlerinde ortaya çıkmaz. Lenfomalar, yalnızca lenf düğümleri veya bezleri değil, vücudun herhangi bir lenfoid dokusunda ortaya çıkabilir. ‘Ekstranodal’ veya lenf bezlerinin dışındaki bir bölgeye (örneğin, mide) ait olarak tanımlanan lenfomalar C81-C85 kategorilerinde uygun bir kodla kodlanmalıdır.

Lenfomalar için aşağıdakileri kodlamayın:

- C77 *Lenf bezlerinin ikincil (sekonder) ve tanımlanmamış habis neoplazmaları*
- C78.8 *Diğer ve tanımlanmamış sindirim organlarının sekonder habis neoplazması*
- C79.5 *Kemik ve kemik iliğinin sekonder habis neoplazması*

Lenfomaların zaman içinde morfolojisi düşük dereceden yüksek dereceye çıkabilir. Bu nedenle, lenfoma için bir morfoloji kodu atanırken, en son alınan biyopsi sonuçları kullanılmalıdır.

0224 PALYATİF BAKIM**Tanımı**

Palyatif bakım klinik hedefin veya tedavi amacının esas olarak, çok az iyileşme ümidi taşıyan veya iyileşme ümidi hiç olmayan, aktif ve ilerleyen bir hastalığa sahip kişinin yaşam kalitesi olan bakımdır. Palyatif bakım genellikle disiplinler arasında yapılan bir değerlendirme ile ve/veya hastanın fiziksel, psikolojik, duygusal ve ruhsal ihtiyaçları ele alınmak suretiyle belirlenir; ayrıca, hasta ile bakıcıları/ ailesine bir üzüntü ve yoksunluk destek hizmeti sunulur. Palyatif bakım, aşağıdaki şekillerde sunulan bakımı içerir:

- 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.
(Ulusal Sağlık Bilgi Komitesi. (2003) *National Health Data Dictionary*, Version 12, AIHW).

Palyatif bakım uzmanlarınca sunulan **hizmetler** arasında şunlar yer alır:

- klinik danışma/ bakım
- kişisel bakım
- ruhsal/ duygusal destek/ danışmanlık
- evde bakım/ destek
- eğitim
- vaka yönetimi/ bakım koordinasyonu

Klasifikasyon**Ana tanı**

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

Prognozun görece kısaltılmasıyla sonuçlanan tanıyı gösteren bir ana tanı kodu atanmalıdır. 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 yukarıdaki tanıma uyan hastaya sunulduğunda atanmalıdır (bir ana tanı kodu olarak).*

Girişimler de uygun şekilde kodlanmalıdır.

0229 RADYOTERAPİ

Habis durumlar nedeniyle radyoterapi gören, **birden fazla gün** için hastaneye yatırılan hastaların (bir başka deyişle, yatış tarihlerinden sonraki bir tarihte taburcu edilen hastalar) habis durumu ana tanı olarak sıralanmalı ve [1786] ile [1799] *Radyasyon onkoloji prosedürleri* bloklarından uygun radyasyon onkoloji prosedürü kodu ile kodlanmalıdır. Herhangi bir **günlük** radyoterapi yatışının (aynı gün hastaneye yatırma ve taburcu etme) olması halinde, *Z51.0 Radyoterapi dönemi*, ana tanı olarak kodlanacak; bunu malignite ve prosedür kodları takip edecektir.

0233 MORFOLOJİ

İlk dört karakter neoplazmanın histolojik tipini, beşinci karakter ise, davranışını belirtir. Morfoloji kodlamalarını yaparken, ‘Neoplazmaların Morfolojisi’ (Cilt 1, Ek A) başlıklı ekin başında verilen açıklayıcı bilgilerin anlaşıldığından emin olun.

Morfoloji kodlamalarının kararını vermek her eyalet/ bölgenin görevidir. Bu nedenle, klinik kod uzmanları kendi eyalet/ bölgelerinin politikalarına göre hareket etmelidir.

Aşağıda verilen önemli noktaları dikkate alın:

1. Morfoloji kodunun yeri **her zaman**, ilgili neoplazma kodundan (C00-D48 *Neoplazmalar*) hemen sonra olmalıdır.
2. Morfoloji kodu hiçbir zaman ana tanı olarak kodlanmamalıdır.
3. Morfoloji kodunun en son hanesi neoplazmanın davranışını belirtir. **Bu davranış kodunun, klinik kayıttaki neoplazmaya ilişkin davranış tanımına bağlı olarak değişebileceğini aklınızdan çıkarmayın.** Örneğin, yüzeysel yayılan adenokarsinoma normalde ‘habis, primer bölge’ (/3) olarak sınıflandırılrsa da ‘noninvazif’ tanımı /2 ‘karsinoma in situ’ kapsamında yapılan davranış sınıflandırmasını değiştirdiğinden, bir ‘yüzeysel yayılan noninvazif adenokarsinoma’ M8143/3’ten ziyade M8143/2 kapsamında kodlanmalıdır.

Bu kitapta belirtilen bütün morfoloji kodları ICD-O Üçüncü Basım’dan alınmıştır.

Bir morfolojik tanı, farklı M kodlarına sahip iki histolojik terim içeriyorsa, genelde daha spesifik olan en büyük sayıyı seçin.

ÖRNEK 1:

Transizyonel hücreli epidermoid karsinoma

Transizyonel hücreli karsinoma NOS, M8120/3 kapsamında kodlanır.

Epidermoid karsinoma NOS, M8070/3 kapsamında kodlanır.

Böyle bir durumda, daha büyük olan sayı (M8120/3) kullanılmalıdır. Bazı hastanelerin kaydedilen bütün M kodlarını araştırma amacıyla toplamak istediği bilinmektedir. Bu durumda, daha büyük olan M kodunun, ilgili olduğu malignite kodundan hemen sonra girilmesini sağlayın.

0234 METASTATİK BÖLGELER

Primer bölge biliniyor

Yayımla bilinen bir primer bölgeden bir komşu organ veya bölgeye doğru ise (örneğin, barsaktan mesaneye veya jejunumdan ileuma doğru), yalnızca primer bölgeyi kodlayın. Komşu bölgedeki yayılma, bu bölgede ne primer ne de sekonderdir ve kodlanmaz.

Primer bölge bilinmiyor

Bir üç karakterli kategoride iki veya daha fazla alt kategorinin sınırlarında üst üste gelen ve çıkış yeri belirlenemeyen bir primer malignite, birçok durumda dördüncü hanedeki alt kategori ‘8’ kapsamında sınıflandırılır.

ICD-10-AM’de, çıkış yeri belirlenemeyen ve tanımlanan yerleri iki veya daha fazla üç karakterli kategoride üst üste gelen belirli habis neoplazmalarla ilgili olarak aşağıda verilen kodlar sunulmaktadır.

- C02.8 *Dilin overlapping lezyonu*
 C08.8 *Majör tükürük bezlerinin overlapping lezyonu*
 C14.8 *Dudak, oral kavite ve farinksin overlapping lezyonu*
 C21.8 *Rektum, anüs ve anal kanalın overlapping lezyonu*
 C24.8 *Safra yollarının overlapping lezyonu*
 C26.8 *Sindirim sisteminin overlapping lezyonu*
 C39.8 *Solunum organları ve intratorasik organların overlapping lezyonu*
 C41.8 *Kemik ve eklem kırıkdağının overlapping lezyonu*
 C49.8 *Bağ dokusu ve yumuşak dokunun overlapping lezyonu*
 C57.8 *Kadın genital organlarının overlapping lezyonu*
 C68.8 *Üriner organların overlapping lezyonu*
 C72.8 *Beynin ve merkezi sinir sisteminin diğer kısımlarının overlapping lezyonu*

Belirsiz bölgeler

Bulaşkan bölgelerin (üst üste gelen sınırlar) çıkış yeri belirlenemeyen, **başka yerde sınıflanmamış** bir habis neoplazması C76.- *Diğer ve yetersiz tanımlanmış bölgelerde habis neoplazma* kapsamında kodlanmalıdır.

Açıklama: Bu kategorinin kullanımına yalnızca neoplazmanın (örneğin, göğüsün habis neoplazması) niteliği ile ilgili spesifik olmayan bilgiler varsa izin verilecektir.

0237 MALİGNİTENİN REKÜRENSİ

Daha önce yok edilmiş olan primer malignite yinelemişse, C00-C75'ten uygun kodu kullanarak ilk primer bölgeyi kodlayın. Belirtilen sekonder bölgeleri de kodlayın.

ÖRNEK 1:

Hastaya 1996'da karsinoma sebebiyle bir sigmoid kolektomi yapılmıştır; bugün, karsinoma rektumda yinelemektedir.

Kodlar: C18.7 *Sigmoid kolonun habis neoplazması*
 M8010/3 *Karsinoma NOS*

Klinik kayda, daha fazla tanımlama olmaksızın 'mastektomi skarında yineleme' girilirse; bu, C79.2 *Derinin sekonder habis neoplazması* kapsamında kodlanmalıdır.

0239 METASTAZLAR

'Overin metastatik karsinoması' veya 'kemiğe doğru metastatik karsinoma' gibi ifadeler için, belirtilen bölgenin primer mi yoksa metastatik bölge mi olduğunu anlamak amacıyla klinik tedavi uzmanından bilgi istenmelidir.

'Metastatik' sıfatının kullanımı net değildir; kimi zaman bu sıfat herhangi bir yerdeki bir primer lezyondan kalan sekonder depozitleri, kimi zamansa metastaze olan bir primeri ifade etmek için kullanılmaktadır. Bu sorun herhangi bir ihtiyari kuralla uygun şekilde çözümlenemez; bu yüzden, kod uzmanı klinik kaydı incelemeli ve gerekirse klinik tedavi uzmanından bilgi istemelidir.

Bir 'bölgeden metastatik' olarak tanımlanan bir neoplazma, söz konusu bölgenin bir primeri olarak yorumlanmalıdır. Ayrıca, sekonder neoplazmayı uygun şekilde kodlayın.

ÖRNEK 1:

Koltuk altı lenf düğümleri ve akciğerlerin karsinoması, göğüsten metastatik

Göğüs = primer bölge; Düğümler ve akciğerler = sekonder bölgeler.

Bir 'bölgeye doğru metastatik' olarak tanımlanan bir neoplazma, söz konusu bölgenin bir sekonderi olarak yorumlanmalıdır. Ayrıca, primer neoplazmayı uygun şekilde kodlayın.

ÖRNEK 2:

Göğsün karsinoması, beyne doğru metastatik

Göğüs = primer bölge; beyin = sekonder bölge.

Tanımda iki veya daha fazla bölge belirtilir, bunların tamamı metastatik olarak tanımlanır ve hiçbiri primer olarak tanımlanmazsa, kodlamayı 'primer bölge bilinmiyor'da olduğu gibi yapın ve belirtilen bölgeleri, bu bölgelerin sekonder neoplazmaları olarak kodlayın.

0241 DUDAKTA MALİGNİTE

Dudağın malignitesini kodlamak için iki kod dizisi bulunmaktadır: C00.- *Dudakta habis neoplazma* ve C44.0 *Dudak derisinde habis neoplazma*.

C44.0 *Dudak derisinde habis neoplazma* kodu üst vermilyon kenar ile burun (filtrum) arasındaki kıllı deri veya alt vermilyon kenar ile mentolabiyal oluk arasındaki kıllı deride oluşan habis lezyonlar için kullanılmalıdır. Çoğunlukla BCC ve SCC, vermilyon kenarın dışında oluşur ve bu nedenle, C44.0 *Dudak derisinde habis neoplazma* kapsamında kodlanmalıdır.

'Dudak' olarak tanımlanan diğer bütün habis lezyonlar ise, C00.- *Dudakta habis neoplazma* kapsamında uygun şekilde kodlanmalıdır.

0242 DİSSEMİNE KARSİNOMATOZ

C80 *Bölge belirtilmemiş habis neoplazma* kodu yalnızca malignite 'dissemine karsinomatoz' veya 'genel malignite' (veya C80'e ilişkin kapsama alma listesinde verilen benzer terimlerle) tanımlandığında ve **spesifik bölgeler kaydedilmediğinde** kullanılmalıdır. Spesifik sekonder bölgelerin kaydedildiği durumlarda, bu bölgeler C80 yerine ayrı ayrı kodlanmalıdır.

0245 HABİS İMMÜNOPROLİFERATİF HASTALIKLAR VE LÖSEMİDE REMİSYON

Bu standart, C88 *Habis immünoproliferatif hastalıklar*, C90 *Multiple miyelom ve habis plazma hücresi neoplazmaları* ile C91–C95 *Lösemler* kategorilerine ilişkin 'remisyonda' ve 'remisyon belirtilmemiş' kavramları için beşinci karakterin ne zaman atanacağını belirlemede yardımcı olmak üzere sunulmaktadır. Standart ayrıca yukarıdaki durumlarla ilgili olarak 'remisyonda' ve 'öyküsü' kavramları arasında ayırım yapılabilmesini sağlamaktadır. Bir kesin tedavi, böylece bir 'öykü' kodunun atanması hastalıktan hastalığa büyük oranda değişebilmektedir ve yalnızca geriye dönük olarak uygulanabilmektedir. Bu nedenle, klinik konsültasyon sonrasında, belirlenmiş bir zaman çerçevesinden ziyade malignitenin devam eden tedavisi temelinde ayırım yapılmaktadır.

Tanımı

Tam remisyon: maligniteye ilişkin herhangi bir belirti veya semptom bulgusu yok.

Parsiyel remisyon: tümörün belirti veya semptomlarında > %50 oranında azalma var; ancak, aktif hastalık bulgusu mevcut.

Dokümantasyonun eksik olması ve mevcut tek bilginin 'remisyonda' bilgisi olması halinde, klinik tedavi uzmanından daha fazla bilgi istenmesi önerilir.

Klasifikasyon

Bu standart yalnızca şu kategorilerle ilgilidir:

- C88.- *Habis immünoproliferatif hastalıklar*
- C90.- *Multiple miyelom ve habis plazma hücresi neoplazmaları*
- C91.- *Lenfoid lösemi*
- C92.- *Miyeloid lösemi*
- C93.- *Monositik lösemi*
- C94.- *Hücre tipi tanımlanmış diğer lösemiler*
- C95.- *Hücre tipi tanımlanmamış lösemiler*

5. karakterle birlikte:

- | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------|
| 0 | <i>remisyon belirtilmemiş</i> | (parsiyel remisyon dahil) |
| 1 | <i>remisyonda</i> | (tam remisyon) |

Remisyon belirtilmemiş ('0')

Beşinci karakter olarak 0 (remisyon belirtilmemiş) şu durumlarda atanmalıdır:

- Hastalık ilk kez ortaya çıkıyorsa ve hastalığın ilk teşhisinde **veya**
- Dokümantasyonda, hastalıkta azalma olmuş olsa bile aktif hastalığın hala mevcut olduğu açıksa.

Remisyonda ('1')

Beşinci karakter olarak 1 (remisyonda) şu durumlarda atanır:

- Klinik tedavi uzmanınca, hastalığın evresi veya öyküsüne ilişkin ayrıntılı bilgi olmaksızın 'remisyonda' durumu kaydedilirse ve klinik tavsiye yoksa **veya**
- Hasta inaktif malignite veya tedavinin (cerrahi girişim, kemoterapi, diğer ilaç tedavisi, vb.) yan etkileri nedeniyle hala tedavi görüyorsa
VE
- Dokümantasyonda bunun bir tam remisyon olduğu açıksa (bir başka deyişle, herhangi bir malignite belirtisi veya semptomu yoksa).

Z85 Kişisel habis neoplazma öyküsü

Tam remisyonun kaydedilmesi ve hastanın malignite veya tedavinin yan etkileri nedeniyle herhangi bir tedavi görmediğine ilişkin hiçbir kanıt olmaması halinde, mevcut bakım epizodu ile ilgili olduğunda 'malignite öyküsü' için bir kod atanmalıdır (**ACS 0002 Ek tanımlar**'a uygun olarak). Olası 'malignite öyküsü' kodları şöyledir:

Z85.6 *Kişisel lösemi öyküsü*

Z85.7 *Kişisel lenfoid, hematopoetik ve ilgili dokuların diğer habis neoplazmaları öyküsü*

0246 AİLESEL ADENOMATÖZ POLİPOZİS

Tanımı

Ailesel adenomatöz polipozise (FAP) APC geni olarak adlandırılan bir genin mutasyonu neden olur. Bu APC geni herkeste vardır; ancak, FAP bulunan kişilerde bu genin değişmiş veya mutasyona uğramış bir kopyası bulunur. Gendeki bu değişiklik oluştuğundan sonra, anne-babadan çocuğa geçebilmektedir (kalıtsal). FAP en erken, potansiyel olarak kanseröz olan binlerce polipin kolonda geliştiği 10 yaşında başlayabilmektedir. FAP bulunan kişilerin %90'ından fazlası, 50 yaşına geldiklerinde kalın bağırsak kanserine yakalanmaktadır.

Klasifikasyon

D12.6 *Kolonun selim neoplazması, tanımlanmamış*

M8220/0 *Adenomatöz polipozis koli*

Z83.7 *Sindirim sistemi hastalıkları aile öyküsü*

VEYA

Z80.0 *Sindirim organları habis neoplazması aile öyküsü*

Ailesel adenomatöz polipozis bulunan bir hastada kolonun adenokarsinoması ortaya çıkarsa, uygun morfoloji kodunun M8220/3 *Adenomatöz polipozis kolide adenokarsinoma* olduğunu aklınızdan çıkarmayın.

Aile öyküsünde hastalığın bulunmasına bağlı olarak FAP riski taşıyan kişiler düzenli aralıklarla taranacaktır (bakınız **ACS 2111 Spesifik bozukluk taraması**).

0247 KALITSAL POLİPOZİS OLMAYAN KALIN BAĞIRSAK KANSERİ

Tanımı

Kalıtsal polipozis olmayan kalın bağırsak kanserine (HNPCC), ailesel adenomatöz polipozisdekine (FAP) benzer bir gen mutasyonu neden olur. 'Polipozis olmayan' terimi, bu durum ile FAP'ı birbirinden ayırmak için kullanılmaktadır. HNPCC, bütün barsak kanseri tiplerinin yaklaşık %1-5'ini oluşturmaktadır. Bu gen mutasyonunu kalıtsal yolla alan bir kişinin barsak kanserine yakalanma ihtimali yaklaşık %80 olarak ortaya çıkmaktadır.

Klasifikasyon

Kalıtsal polipozis olmayan kalın bağırsak kanseri (HNPCC) kaydedilirse, Şu kodları atayın:

C18.- *Kolonda habis neoplazma*

Z80.0 *Sindirim organları habis neoplazması aile öyküsü*

Aile öyküsünde hastalığın bulunmasına baēlı olarak HNPCC riski taşıyan kişiler düzenli aralıklarla taranacaktır (bakınız [ACS 2111](#) *Spesifik bozukluk taraması*).

Notlar

3. KAN VE KAN YAPICI ORGANLARIN HASTALIKLARI VE İMMÜN SİSTEMİN BAZI BOZUKLUKLARI

0301 KÖK HÜCRE TEMİNİ VE TRANSPLANTASYONU

Tanımı

Kök hücre

Eritrosit, lökosit ve trombositler dahil olmak üzere bütün kan hücrelerinin kaynağı kemik iliğidir. Kemik iliği, 'kök hücre' olarak adlandırılan bir immatür, indiferansiye hücre üretir. Bu hücre henüz farklılaşarak spesifik bir hücre tipine dönüşmemiştir. Bu evrede, kök hücre esnek olup, çeşitli matür kan hücrelerinden herhangi birini oluşturma potansiyeline sahiptir.

Kök hücre temini

Kök hücreler ya kemik iliği ya da periferik kandan (kordon kanı dahil) kök hücrelerin alınması yoluyla temin edilir. Periferik kan kök hücreleri aferez ile toplanır; bu yöntemde kök hücreleri kandan ayrılır ve muhafaza edilir. Kemik iliği ise, çoklu kemik iliği aspiratları kullanılarak iliak krestten temin edilir.

Kök hücreler aşağıdakilerden temin edilebilmektedir:

- Bir malignite gibi bilinen bir hastalığı bulunan bir kişiden, ileriki bir evrede terapötik re-infüzyon için (otolog donasyon) **veya**
- Bir başka kişiye infüzyon için sağlıklı bir kişiden (allogenik donasyon) **veya**
- Bir fetüsün göbek kordonu veya plasentasından (allogenik donasyon).

Aferez ('çıkarma'), kanın vücuttan geçici olarak çekildiği ve bir kan hücresi ayırıcısının istenen kan bileşenini ayırmak ve toplamak için merkezkaç kuvveti kullandığı bir işlemdir. Kanın geri kalan bölümü donöre re-infüze edilir.

Kök hücre transplantasyonu

Kök hücre transplantasyonu ya kemik iliği ya da periferik kandan alınan kök hücrelerle gerçekleştirilebilmektedir. Kök hücre transplantasyonu, standart tedavi ile iyileşemeyen lösemi, lenfoma, multipl miyelom, nöroblastoma ve Ewing sarkomu hastalarında yapılabilmektedir. Kök hücre transplantasyonu ile tedavi edilebilecek başka birçok habis ve habis olmayan bozukluklar vardır; bunlar arasında aplastik anemi, talasemi majör ve otoimmün bozukluklar yer alır.

Transplantasyon aşamasında, belirlenmiş bir protokole göre radyasyon tedavisi ile veya bu tedavi olmaksızın hastaya yüksek dozda kemoterapi uygulanır. Kemoterapi ve/veya radyasyon tedavisi tamamlandıktan sonra, önceden alınan kök hücreler infüzyon ile hastaya nakledilir.

Otolog kök hücre transplantasyonu sırasında, dondurulmuş kök hücreler çözülür (genellikle bir su banyosunda) ve hızla hastaya geri infüze edilir. Allogenik transplantasyonda ise kök hücreler taze olarak toplandıktan veya dondurulmuşlarsa çözüldükten sonra ya da kimi zaman kan grubu uyumsuzluğu durumunda kırmızı hücreleri veya plazmayı almaya yönelik manipülasyondan sonra infüze edilir.

Klasifikasyon

Kök hücrelerin aferez yöntemiyle temini

Hastanın özellikle kök hücre aferezi için hastaneye yatırıldığı *günlük* bakım epizotlarının (bir başka deyişle, aynı gün hastaneye yatırma ve taburcu etme) ana tanısı Z51.81 *Aferez* olarak kodlanmalıdır.

Hastanın kök hücre aferezinin gerçekleştirildiği *birden fazla gün* süren bakım epizotlarının (bir başka deyişle, yatış tarihinden sonraki bir tarihte taburcu edilme) ana tanı kodu, tedaviyi gerektiren durum olmalıdır. Z51.81 *Aferez*'in ek tanı olarak kodlanması gereksizdir.

[1892] *Aferez* bloğundan uygun prosedür kodu (kodları) atanmalıdır.

Kemik iliğinden kök hücre temini

Hastanın özellikle kök hücre temini amacıyla kemik iliği aspirasyonu için hastaneye yatırıldığı *günlük* bakım epizotlarının (bir başka deyişle, aynı gün hastaneye yatırma ve taburcu etme) ana tanısı Z52.3 *Kemik iliği donörü* olarak kodlanmalıdır.

Hastanın kök hücre temini amacıyla kemik iliği aspirasyonunun gerçekleştirildiği *birden fazla gün* süren bakım epizotlarının (bir başka deyişle, yatış tarihinden sonraki bir tarihte taburcu edilme) ana tanı kodu, tedaviyi gerektiren durum olmalıdır. Z52.3 *Kemik iliği donörü*'nün ek tanı olarak kodlanması gereksizdir.

Prosedür kodu olarak 13700-00 [801] *Transplantasyon için kemik iliği temini* atanmalıdır.

Transplantasyon

Kök hücre transplantasyonun karmaşıklığı, donör tipi ile ilgili bir durumdur. Farklı donör tiplerine ilişkin prosedür kodları şöyledir:

Donör tipi	Prosedür kodu	
Kendi kendine (otolog)	13706-07 [802]	<i>Otolog kemik iliği veya kök hücre transplantasyonu, in vitro işleme olmadan</i> VEYA
	13706-08 [802]	<i>Otolog kemik iliği veya kök hücre transplantasyonu, in vitro işleme ile birlikte</i>
Uyuşan aile	13706-00 [802]	<i>Allogenik kemik iliği veya kök hücre transplantasyonu, uyuşan akraba donör, in vitro işleme olmadan</i> VEYA
	13706-06 [802]	<i>Allogenik kemik iliği veya kök hücre transplantasyonu, uyuşan akraba donör, in vitro işleme ile</i>
Singeneik (tek yumurta ikizi)	13706-00 [802]	<i>Allogenik kemik iliği veya kök hücre transplantasyonu, uyuşan akraba donör, in vitro işleme olmadan</i> VEYA
	13706-06 [802]	<i>Allogenik kemik iliği veya kök hücre transplantasyonu, uyuşan akraba donör, in vitro işleme ile</i>
Uyuşmayan aile	13706-09 [802]	<i>Allogenik kemik iliği veya kök hücre transplantasyonu, diğer donör, in vitro işleme olmadan</i> VEYA
	13706-10 [802]	<i>Allogenik kemik iliği veya kök hücre transplantasyonu, diğer donör, in vitro işleme ile</i>
Uyuşan, akraba olmayan	13706-09 [802]	<i>Allogenik kemik iliği veya kök hücre transplantasyonu, diğer donör, in vitro işleme olmadan</i>

VEYA

13706-10 [802]

*Allogenik kemik iliği veya kök hücre transplantasyonu, diğer donör, in vitro işleme ile***0302 KAN NAKİLLERİ**

Kan nakilleri veya kan ürünlerinin infüzyonları, gerçekleştirildikleri **her durumda** kodlanmalıdır. Aynı kan ürününün aynı bakım epizodunda birden fazla nakli yapılırsa, bu durum yalnızca tek prosedür kodu ile belirtilmelidir. Bakım epizodunda birden tipte kan ürünü nakledilirse, bu farklı ürünler uygun kodlarla kodlanmalıdır.

ÖRNEK 1:

Hastaya, bakım epizodunda üç kez paket hücre nakledilmiştir.

Şu kodu atayın: 13706-02 [1893] *Paket hücre nakli, yalnızca bir kez*

ÖRNEK 2:

Hastaya, bakım epizodunda paket hücre ve gama globulin nakledilmiştir.

Şu kodları atayın: 13706-02 [1893] *Paket hücre nakli ve*
13706-05 [1893] *Gama globulin nakli*

0303 ANORMAL KOAGÜLASYON PROFİLİ

Antikoagülan ajanları kullanan hastaların, antikoagülan (warfarin) düzeylerinin ameliyat öncesi veya sonrasında dengelenmesi için sıklıkla hastaneye yatmaları gerekir. Benzer şekilde, antikoagülan düzeyleri bir durumu kontrol etmediğinde veya antikoagülan düzeylerinin ayarlanması gerekiyorsa, hastaneye yatışa ihtiyaç duyulabilir.

Klasifikasyon

Hastaların antikoagülan düzeylerinin (örneğin; warfarin, heparin, clexane ve fragmin) cerrahi girişim öncesinde dengelenmesi amacıyla hastaneye yatırılmaları halinde veya bir hastanın hastanede yatış süresi postoperatif dengeleme amacıyla uzatıldığında Z92.1 *Kişisel antikoagülan uzun dönem (mevcut) kullanımı öyküsü*'nü ek kod olarak atayın. Anormal koagülasyon profili, kararsız INR, aşırı warfarinazasyon, yetersiz warfarinazasyon, uzamış kanama süresi, anormal kanama süresi, vb. olarak da bilinir. Hastaların aşağıdaki durumlar için hastaneye yatırılması ve tedavi görmesi halinde:

- kararsız INR
- aşırı warfarinazasyon
- uzamış kanama süresi
- anormal kanama süresi

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

Bir hasta yetersiz warfarinazasyon tedavisi için hastaneye yatırıldığında, D68.8 *Diğer tanımlanmış koagülasyon bozuklukları*'nı atayın.

ÖRNEK 1:

Tanı: Hasta uzun süredir antikoagülan kullanmaktadır ve heparinazasyon TURP'sinden bir gün önce hastaneye yatırılmıştır.

Kod: Z92.1 *Kişisel antikoagülan uzun dönem (mevcut) kullanımı öyküsü* (ek kod olarak)

ÖRNEK 2: (AYRICA BAKINIZ ACS 1902 İLAÇLARIN TERS ETKİLERİ)

Tanı: Hasta atriyel fibrilasyon için warfarin kullanmaktadır ve epistaksise neden olan warfarin toksisitesi sebebiyle hastaneye yatırılmıştır.

Kodlar: D68.3 *Dolaşımdaki antikoagülanlara bağlı hemorajik bozukluk*
R04.0 *Epistaksis*
Y44.2 *Terapötik kullanımda ters etkiler doğuran antikoagülanlar*

Uygun olay yeri kodu (Y92.-)

ÖRNEK 3: (AYRICA BAKINIZ ACS 1901 ZEHİRLENME)

Tanı: Yaşlı erkek hasta yanlış dozda warfarin almış, aşırı warfarinizasyon sebebiyle hastaneye yatırılmıştır.

Kodlar: T45.5 *Antikoagülanlar ile zehirlenme*
D68.3 *Dolaşımdaki antikoagülanlara bağlı hemorajik bozukluk*
X44 *İlaçlar, haplar ve biyolojik maddelere maruz kalma ve kazayla zehirlenme*

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

ÖRNEK 4:

Tanı: Hastanın bir DVT öyküsü bulunmaktadır, son iki yıldır warfarin tedavisi görmüştür ve bir CABG için hastaneye yatırılmıştır. Ameliyat sonrasında warfarin dengelenirken taburcu edilme tarihi gecikmiştir.

Kodlar: Z92.1 *Kişisel antikoagülan uzun dönem (mevcut) kullanımı öyküsü (ek kod olarak)*

Notlar

Notlar

4. ENDOKRİN, NÜTRİSYONEL VE METABOLİK HASTALIKLAR

0401 DİABETES MELLİTUS VE BOZULMUŞ GLUKOZ REGÜLASYONU

BOZULMUŞ GLUKOZ REGÜLASYONU (IGR)

Bozulmuş glukoz toleransı (IGT) ve bozulmuş açlık glisemisi (IFG), normal glukoz homeostaz ile diyabet arasında, deėiŐmeden kalabilen veya normal duruma geri dönebilen (bu duruma daha az rastlanır) ara ve tranzisyonel anormal metabolik durumları belirtir. İleride diyabete dönüşme riskinin dışında, IGR ( zellikle IGT) bulunan hastalar önemli kardiyovasküler komplikasyonlara, diyabetli hastalar kadar açıktır.

IGT, 2 saatlik post glukoz venöz plazma glukozu 7.8–11.0 mmol/L olmak üzere 6.9 mmol/L'nin altında açlık venöz plazma gl kozu ile tanımlanırken; IFG, 6.1 ile 6.9 mmol/L arasındaki bir açlık venöz plazma glukozu ile tanımlanır.

DIABETES MELLİTUS

Dünya Sağlık  rg t  (WHO), diyabeti etiyoloji ve/veya patojeneze göre gruplandırmaya yönelik diabetes mellitus sınıflandırması (1999) giriŐimlerini revize etmiştir. Revize edilen bu sınıflandırmada, insülin terapisi ile tedavi, diyabetin tipini belirlememekte ve insülin bağımlılığının fiili bir kanıtı olarak kabul edilmemektedir.

Her diyabet biçimi, hasta bakımı üzerinde sonuçları olan özel özellikler taşır.

Bu sınıflandırmadaki diabetes mellitus kategorileri Şunlardır:

- **Tip 1 diyabet**
daha önce, insülin bağımlı diabetes mellitus olarak ifade edilen diyabet (IDDM)
- **Tip 2 diyabet**
daha önce, insülin bağımlı olmayan diabetes mellitus olarak belirtilen diyabet (NIDDM)
- **Diğer  zg l diyabet biçimleri**
(diğer bozukluklara sekonder olan diyabeti içerir)
- **Gestasyonel diyabet**

Bu kategori, gebeliğin 24. haftası ya da sonrasında herhangi bir karbonhidrat (glukoz) entoleransı derecesi gösterdiği bulgularan kadınlarla sınırlıdır.

Bu sınıflandırma kapsamına, yaygın olarak diabetes mellitus veya IGR İLE BİRLİKTE ortaya çıkan durumlar (oğunlukla 'komplikasyonlar' olarak ifade edilmektedir) girer. Bu durumlar metabolik bozukluğun doğrudan bir sonucu olabilmekte veya olmayabilmektedir; ancak, bir neden-sonuç ilişkisinin bulunması kodlamayı etkilemez.

Diabetes mellitus'ta genel sınıflandırma ilkeleri Őoyledir:

- * E09-E14'teki bozulmuş glukoz regülasyonu ve diyabet koduna (kodlarına) ek olarak, klinik tanıyı tam olarak tanımlamak için gerekirse diğer bölümlerden de kod atayın. Bu ek kodların sırası E09-E14 kodundan (kodlarından) SONRA olmalıdır.
- * E10-E14'teki 'komplikasyon ile birlikte' kategorileri kapsamında yalnızca dizinde 'Diyabet, diyabetik' altında girişi yapılan durumlar sınıflandırılabilir.
- * Diyabetin mevcut BÜTÜN komplikasyonları, her bir diyabet vakasının ciddiyetini düzgün bir biçimde yansıtacak Şekilde kodlanmalıdır. Bu, bir dizi kodun atanmasını gerektirebilir.
- * Diyabet biçiminin belirtilmemesi halinde, özellikle 40 yaşın altındaki hastalarda, E14.- *Diabetes Mellitus, tanımlanmamış* kapsamındaki bir kodu atamadan önce klinik tedavi uzmanından ayrıntılı bilgi istenmelidir.

Tip 1 diyabet

Tip 1 diyabet, insülin yetmezliğine ve genellikle insülin üretiminin tamamına yakınının veya tamamının sona ermesine yol açan, insülin üreten adacık hücrelerinin otoimmün yıkımı ile karakterizedir. Bu diyabet biçimi çoğunlukla 30 yaşın altında görülse de herhangi bir yaşta ortaya çıkabilmektedir. Aslında, toplumdaki Tip 1 diyabet hastalarının büyük bölümü 40 yaşın üstünde olacaktır. Hastaların çok küçük bir bölümü (ayrıca, ‘Tip 1b diyabet’ olarak da adlandırılır)  nemli düzeylerde karakteristik oto antikor göstermez. Tip 2 diyabet bütün diyabet vakalarının %85’inden fazlasını oluşturduğundan, yaşlı hastalarda görülen Tip 1 daha az yaygın olan diyabet tipidir.

KLASİFİKASYON

Nitelendirilmemiş ‘obesite’ (E66.-), hipertansiyon (I10) veya lipid bozukluklar (E78.-) Tip 1 diabetes mellitus ile birlikte kaydedildiğinde, uygun diyabet kodunu ek tanılar olarak bu durumlarla birlikte atayın.

Az fakat önemli sayıda yaşlı hasta, Tip 1 diyabeti gençlere göre daha yavaş geliştirir ve karakteristik oto antikorlara sahiptirler. Bu grup, yetişkinlerde latent otoimmün diyabet veya **daha az yaygın olarak Tip 1.5 diyabet** olarak adlandırılabilir.

KLASİFİKASYON

Pozitif oto antikorlar ile birlikte Tip 1.5 diyabetin (GAD/IA2) klinik tanısı E10.- *Tip 1 diabetes mellitus* veya pozitif oto antikorlar olmaksızın E14.- *Diabetes mellitus, tanımlanmamış* kapsamında kodlanmalıdır.

Tip 1 diyabet hastaları ketoz tehlikesine açıktır ve bu hastaların hayatta kalabilmek için insülin tedavisine ihtiyaçları vardır.

‘BALAYI’

Tanıdan kısa bir süre sonra, Tip 1 diyabet hastaları, kabul edilebilir kan şekeri düzeylerini yakalamaya yönelik insülin tedavisi gerekliliklerinin önemli ölçüde azaldığı değişken bir dönemden (genellikle kısa) geçebilmektedir. Aslında, bazı durumlarda, herhangi bir insülin tedavisine gerek duyulmayabilmektedir; bu geçici remisyon aşaması sık sık ‘balayı’ olarak adlandırılmaktadır; ancak, bu tür hastalarda görülen diyabet için Tip 1 sınıflandırması halen geçerlidir.

Tip 2 diyabet

Tip 2 diyabet, değişen derecede insülin direnci ve defektif insülin salgısından kaynaklanan bir heterojen sendromdur. Tip 2 diyabet özellikle Avustralya’daki belirli etnik gruplar arasında yaygın olup, bu etnik gruplar şunlardır:

- Avustralya Aborijinleri ve Torres Boğazı Adalıları
- Pasifik Okyanusu ve Hint Okyanusu Adalıları
- Asya, Hindistan ve Orta Doğu kökenliler.

Bu insanlarda, Beyaz ırka mensup insanlar ile karşılaştırıldığında Tip 1 diyabet ya görece yaygın değildir ya da nadir görülmektedir.

Tipik Tip 2 diyabet hastası ocuk ve ergenlerin küçük bir bölümü normal ağırlıkta kişiler olsa da olasılıkla aşırı kilolu ve obez insan sayısının artmasına bağlı olarak bu diyabet tipinin görülme yaşı düşmektedir. Bu küçük yaş gruplarındaki Tip 2 diyabet hastaları, genelde insüline dirençli olduklarından ve MODY vakalarında (aşağıda açıklanmaktadır) görülebilen özgül genetik bozuklukları bulunmadığından MODY vakalardan farklılık göstermektedir. Bu artan görülme sıklığı ve görülme oranına bağlı olarak, bu yaş gruplarındaki Tip 2 diyabet hastalarının sayısının kısa bir süre sonra Tip 1 diyabet hastalarının sayısını aşabileceği tahmin edilmektedir.

Diğer zgl diyabet biçimleri (diğer bozukluklara sekonder olan diyabeti içerir)

Diğer zgl diyabet biçimleri arasında Şunlar yer alır:

- Beta hücre fonksiyonunun genetik bozuklukları
- İnsülin etkisinin genetik bozuklukları
- Pankreatik ekzokrin hastalıkları
- Enfeksiyonlar
- Endokrinopatiler
- İlaça bağlı veya kimyasallara bağlı diyabet
- İmmnle düzenlenen hastalıklar
- Diğer genetik sendromlar, bazı zamanlar diyabet ile ilişkili olan.

KLASİFİKASYON

Diğer zgl diyabet biçimleri kaydedilirken, bunları E13.- *Diğer tanımlanmış diabetes mellitus* kapsamında kodlayın; ayrıca, asıl bozukluk veya ilişkili genetik sendrom için uygun kodu atayın.

Diğer asıl bozukluk veya ilişkili genetik sendroma sekonder olduğunda, kaydedilmiş olan IGR E09.- *Bozulmuş glukoz regülasyonu* kapsamında kodlanmalı ve asıl bozukluk veya ilişkili genetik sendrom için uygun bir kod atanmalıdır.

Genetik bozukluklar

Bu bozukluk grubu kapsamına, insülin salgısını etkileyen beta hücre fonksiyonunun nadir bozuklukları ve insülin direnci ile sonuçlanan insülin etkisini etkileyen insülin reseptör bölgelerinin disfonksiyonu ile karakterize benzer nadir bozukluklar girer.

Gençlerde erişkin tip diyabet (MODY), minimum insülin direnci ile veya hiç insülin direnci olmadan bozulmuş insülin salgısına neden olan - bir başka deyişle esas olarak normal insülin etkisi - beta hücre fonksiyonunun bir özgül monogenik bozukluğu veya diğer özgül monogenik bozuklukları ile birlikte görülen vakalarla sınırlıdır.

Pankreatik ekzokrin hastalıkları

Pankreatik ekzokrin hastalığının çoğu biçimi diyabete veya IGR'ye yol açabilmektedir. Pankreatik ekzokrin hastalıkları arasında pankreatik dokunun ameliyatla alınması, neoplazi (pankreatik adenokarsinoma), travma, akut ve kronik pankreatit, fibrokalklz pankreatopati, protein eksikliği pankreatik hastalığı, hemokromatozis, kistik fibrozis, beta talasemi majör ve sistinozis yer alır.

KLASİFİKASYON

Total veya parsiyel pankreatektominin diyabet veya IGR'ye neden olması halinde, oluşan diyabet veya IGR yalnızca cerrahi girişimin gerçekleştirildiği bakım epizodu için E13 veya E09 değil E89.1 *Girişim sonrası gelişen hipoinslinemi* kapsamında kodlanmalıdır. Ardından, ameliyat sonrası sekelleri dışındaki nedenlerle hastaneye yatırılmış olan hastalar E13 veya E09 kapsamında uygun Şekilde kodlanmalıdır.

Kronik pankreatiti kaydedilmiş olan veya olmayan hastalardaki akut pankreatitin epizotları sırasında, hastaların hayatta kalması için insülin tedavisine ihtiyaç duyulabilecektir. Hastalığın akut evresi ortadan kalktıktan sonra ise insülin tedavisi gerekli olmayabilmektedir. Bu, diyabetin E13 kapsamında sınıflandırılmasını etkilemez.

Enfeksiyonlar

Diyabete doğrudan pankreatik adacıkları tahrip eden veya adacıklara onarılamaz derecede zarar veren otoimmün mekanizmaları ortaya çıkaran virusler neden olabilmektedir. Bu virusler arasında Enterovirusler (Coxsackie B, zellikle B4), rubella (zellikle konjenital veya intrauterin enfeksiyon), rotavirus, sitomegalovirus (CMV), vb. yer almakta ve karakteristik olarak, hayatta kalmak için insülin tedavisi gerektiren diyabete neden olmaktadır.

Açıklama: Çoğu enfeksiyonun stresinde hiperglisemi bulgulanabilse de geçici ise hiperglisemi, bir diyabet göstergesi değildir (bakınız **ACS 0403 Hiperglisemi**).

Endokrinopatiler

Diyabet veya insülin direnci ile ilişkili IGR sık sık Cushing hastalığı, akromegali, Conn sendromu, glukagonoma, somatostatinoma, tiroid hormonu fazlalığı - örneğin hipertiroidizm, kazanılmış

feokromositoma, MEN 2a ve 2b sendromları, over androjen hipersekresyonu ve polikistik over sendromunda (PCOS) gelişir veya bunlarda vurgulanır. Normal glukoz homeostazi bu durumlardan bazılarının başarılı tedavisiyle yeniden eski haline gelebilmektedir.

İlaça bağlı veya kimyasallara bağlı

Diyabet veya IGR'ye kortikosteroidler, östrojenler, tiroksin (tiroid hormonu), tiazid diuretikler, a-adrenoreseptör agonistleri, fenitoin (Dilantin), nikotinic asit ve b-adrenoreseptör agonistleri dahil olmak üzere yaygın olarak kullanılan çeşitli ilaçlar neden olabilmekte veya diyabet ya da IGR bunlarla vurgulanabilmektedir. Normal glukoz homeostazi, ilacın kesilmesiyle yeniden eski haline gelebilmektedir.

Diazoksid, somatostatin, siklosporin, interferon-alfa ve pentamidin dahil olmak üzere bazı ilaçlar ve belirli kimyasallar,  rneğin Vacor (bir rodentisittir), karakteristik olarak adacıklar üzerinde doğrudan toksik etkileriyle kalıcı diyabete neden olarak, hayatta kalmak için ömür boyu insülin tedavisi gerektirmektedir.

KLASİFİKASYON

Diyabet veya IGR ilaca ya da kimyasallara bağlı olarak ortaya çıktığında, ilgili ilaç veya kimyasal belirtmek için uygun E13.- veya E09.- kodu ile bir ek dış neden kodu (Bölüm XX) atayın.

Diyabet veya IGR, yukarıdaki kategorilerde bir endokrinopatinin başarıyla yok edilmesi veya ilacın kesilmesi sonrasında da devam ediyorsa; E09, E10, E13 veya E14'ten bir kodu, ek kod olarak Z86.3 *Kişisel endokrin, beslenme ve metabolik hastalıkları öyküsü* ile birlikte uygun şekilde atayın.

İmm nle düzenlenen hastalıklar

Diyabet, sık sık genelde Tip 1 diyabetle birlikte tanımlanan karakteristik oto antikorlar ile birlikte, immünle düzenlenen bir dizi hastalıkla, örneğin  liak hastalığı, Addison hastalığı, otoimmün tiroid hastalığı (Hashimoto tiroiditine bağlı miksödem veya Grave hastalığına bağlı tirotoksikozis), poliglandüler otoimmün sendromları I ve II, romatoid artrit ve Stiff-man (kasılmış adam) sendromu ile ilişkili olabilmekte ve çoğu durumda insülin tedavisi gerektirmektedir.

Genetik sendromlar

Diyabet veya IGR ile ilişkili spesifik tanımlanmış genetik bozuklukları içeren birçok genetik bozukluk nadir görülmektedir. Diyabet erken bir yaşta bulgulanabilmektedir,  rneğin Turner sendromu, Down sendromu, Alström sendromu, Lawrence-Moon-Biedl sendromu, psödo-Refsum sendromu, Werner sendromu, Prader-Willi sendromu ve ilerleyen koni distrofisi.

Bazı spesifik bozukluklar daha yaygın olarak diyabetten ziyade IGR ile ilişkilidir. Bunlar arasında Turner sendromu, Down sendromu, Klinefelter sendromu, MEN 2a ve 2b sendromu, Cockayne sendromu, Prader-Willi sendromu, akrondroplazi ve kalıtsal feokromositoma dahil olmak üzere belirli genetik sendromlar ve endokrinopatiler yer almaktadır.

KLASİFİKASYON

Prader-Willi sendromunda (Q87.14), çok yeme hiperfajisine bağlı obesite, ayrıca kodlanması gerekmeyen değişmez bir özelliktir.

İnsülin tedavisi

Tip 2 diyabet ile genellikle hayatta kalmak için insülin gerektirmeyen diğer özgül diyabet biçimlerinin kontrolüne yönelik insülin tedavisi, bu tür hastaların diyabetle ilişkili olması gerekmeyen hastalık, travma gibi diğer nedenlerle veya cerrahi girişim ya da diğer prosedürler için yatırıldığı Avustralya hastanelerinde oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. Ayrıca, Avustralya klinik uygulamalarında, Tip 2 diyabetli hastaların %30'dan fazlasına tek başına veya oral hipoglisemik ajanlarla birlikte insülin tedavisi sunulmaktadır.

KLASİFİKASYON

E10 veya O24 değil E11, E13 veya E14 kapsamında kodlanan, devam eden insülin tedavisi gören diyabetli hastalar için bir ek kod, Z92.22 *Kişisel diğer ilaçların uzun dönem (mevcut) kullanımı öyküsü, insülin'i* atayın.

Metabolik sendrom/ insülin direnci sendromu

IGR ( zellikle IGT) hastaları, Tip 2 diyabet hastaları ile diyabetin çeşitli özgül biçimlerinin görüldüğü hastaların çoğu aşırı kilolu veya obez olup bu hastalarda, genel nüfusa göre hem hipertansiyon hem hiperlipidemi (daha doğru bir ifade ile dislipidemi) daha sık biraraya gelmektedir. İnsülin direnci ve/veya hiperinsülinizm ile ilişkili bu bozukluklar birlikte makrovasküler hastalığa yol açmakta, bu da önemli kardiyovasküler hastalık riski doğurmaktadır. Bu kümenin varlığı ‘metabolik sendrom’, ‘insülin direnci sendromu’ veya ‘sendrom X’ gibi bir dizi terimle ifade edilir.

Sözde ‘metabolik sendrom’ un diğer bileşenleri açıklanmıştır (orneğin; hiperürisemi, koagülasyon bozuklukları, vb.); ancak, söz konusu bileşenler bu sendromun gruplandırılması için gerekli kabul edilmemektedir.

KLASİFİKASYON

Genelde endokrinopati olarak gruplandırılırsalar da (bakınız *Diğer  zg l diyabet biçimleri*) polikistik over sendromu (PCOS) ile over androjenlerinin hipersekresyonu genellikle insülin direnci ile ilişkili bozukluklardır. Diyabet veya IGR ile birlikte bu durumların görüldüğü hastalar uygun şekilde E13.- *Diğer tanımlanmış diabetes mellitus* veya E09.1 *Bozulmuş glukoz regülasyonu, insülin rezistansı özellikleriyle birlikte* ile kodlanmalıdır.

Viseral yağ birikimi/ obesite/ aşırı kilo

Abdominal cerrahi sırasında gözlemlenen veya görüntülemelerle (orneğin, CAT, MRI veya DEXA taramaları) ortaya konulan karın içi visceral yağ birikimi, diyabetle veya IGR ile ilişkili insülin direncinin oluşmasında özellikle önemlidir ve sık sık, dağılımda tipik olarak merkezi (abdominal) olan obesite ile ilişkilendirilir.

Yetişkinler için, aşırı kilo ve obesitenin klinik ölçümlerinde BMI ile bel ölçüsünün bir kombinasyonunun kullanılması önerilir.

Aşağıda verilen BMI aralıkları beyaz ırka mensup yetişkinler (18 yaş üstü) için geçerli olup, diğer etnik kökenlere mensup kişilere uygulanmaz.

WHO'nun ‘aşırı kilo’ ve ‘obesite’ sınıflandırması şoyledir:

- Aşırı kilo (1. derece obesite), 25–29.9 kg/m²’lik bir BMI,
- Obesite (2. derece), 30-39.9 kg/m²’lik bir BMI,
- ‘Morbid obesite’ ise (3. derece), 40 kg/m²’den büyük BMI olarak tanımlanır.

Özellikle kaslı kişiler (orneğin, atletler) veya yaşlılarda BMI, vücuttaki yağın veya yağ dağılımlarının her zaman doğru bir göstergesi değildir.

Bel  l s , geçerli bir abdominal yağ kütlesi ölçüsüdür. BMI’sı 35’in altında olan, bel ölçüsü kadınlarda 80 cm – 87.9 cm, erkeklerde 94 cm – 101.9 cm olan bireyler aşırı kilolu olarak kabul edilir. Kadınlarda 88 cm’den, erkeklerde ise 102 cm’den büyük bel ölçüsü obesite olarak kabul edilir..

Uygulamada, anormal ve aşırı yağ dağılımı bel/kalça oranı (WHR) ile de ölçülebilmektedir; erkeklerde 0.90’ın, kadınlarda ise 0.85’in üstündeki bel/kalça oranı anormaldir.

Hipertansiyon

Hipertansiyon, 140/90 mm Hg’nin üzerinde seyreden sabit tedavi öncesi kan basıncı olarak tanımlanır.

Dislipidemi

İnsülin direncine bağlanabilir karakteristik tedavi öncesi dislipidemi, yükselmiş açlık trigliseridleri (= 1.7 mmol/L) ile bastırılmış HDL-kolesterol fraksiyon (erkeklerde = 0.9 mmol/L, kadınlarda = 1.0 mmol/L) içerir.

Bazı diyabet veya IRG hastalarında da insülin direnci karakteristiği olmayan, nitelendirilmemiş 'hiperkolesterolemi' dahil olmak üzere kaydedilmiş tedavi öncesi lipid anormallikleri görülebilmektedir.

Karaciğerin nonalkolik yağ infiltrasyonu veya birikimi

Bu bozukluk basit steatozisten, steatohepatit (NASH – nonalkolik steatohepatit), fibroz ve siroza kadar değişen geniş yelpazede karaciğer hasarını içerir. Bozukluk görüntülemelerle ve/veya karaciğer biyopsisindeki karakteristik değişikliklerle bulgulanabilmektedir. Bugün, bu bozukluğun insülin direnci ile güçlü bir ilişkisi bulunduğu kabul edilmektedir.

Akantoz nigrikans

Akantoz nigrikans, karakteristik olarak Tip 1 diyabet ile değil, insülin direnci durumları ( zellikle, konjenital) ile ilişkili olan bir deri hastalığıdır.

KLASİFİKASYON

Aşağıdakilerden bir veya daha fazlası kaydedilirken uygun şekilde E11.72, E13.72, E14.72 **Diabetes mellitus, insulin rezistansı özellikleri ile birlikte* veya E09.1 *Bozulmuş glukoz regülasyonu, insulin rezistansı özellikleri ile birlikte* atanmalıdır:

- Akantoz nigrikans
- Karakteristik dislipidemi (yükselmiş açlık trigliseridleri ve bastırılmış HDL-kolesterol)
- Hiperinsülinizm
- Hipertansiyon
- Artmış karın içi visceral yağ birikimi
- 'Ins lin tedavisi'
- Nonalkolik yağlı (değişiklik) karaciğer
- Obesite – yalnızca bu kriterler Beyaz ırka mensup yetişkinler (18 yaş üstü) için kaydedildiğinde:

BMI > 30 kg/m²

AŞAĞIDAKİLERLE BİRLİKTE:

BMI 30-35 için bel  ls  > 102 cm, erkekler

BMI 30-35 için bel  ls  > 88 cm, kadınlar

VEYA

WHR > 0.90, erkekler

> 0.85, kadınlar

Akantoz nigrikans, dislipidemi, hipertansiyon, hiperinsülinizm, nonalkolik yağlı (değişiklik) karaciğer veya obesite için uygun şekilde ek tanı kodları atanmalıdır.

Açıklama: Ins lin direncinin karakteristiği olmayan (yukarıda açıklandığı üzere) nitelendirilmemiş 'obesite' (E66.-) veya diğer lipid bozukluğu (E78.-), diabetes mellitus veya IGR ile birlikte kaydedildiğinde ve yukarıdaki kriterlerin hiçbirisi karşılanmıyorsa, uygun diyabet veya IGR kodunu ek tanıları olarak bu durumlarla birlikte atayın.

Açıklama: Halihazırda diyabet veya IGR **olmaksızın** metabolik sendrom/ insülin direnci sendromu için hiçbir spesifik kod bulunmamaktadır; bu durumda, kaydedilmiş olan bozuklukların (orneğin; karakteristik dislipidemi, yağlı karaciğer, vb.) her biri ayrı ayrı kodlanmalıdır.

Gebeliği komplike eden diabetes mellitus

Gebelik diyabetin dengesini bozabildiğinden ve hastaneye yatışın ana nedeni olabildiğinden, diabetes mellitus gebeliği neredeyse her zaman komplike eder.

KLASİFİKASYON

Gebeliği komplike eden diabetes mellitus veya IGR, O24 *Diabetes mellitus, gebelikte* kategorisi kapsamında sınıflandırılır.

- O24.0 *Diabetes mellitus, önceden mevcut olan, insüline bağlı, gebelikte*
 O24.1- *Diabetes mellitus, önceden mevcut olan, insüline bağlı olmayan, gebelikte*
 O24.2- *Diabetes mellitus, önceden mevcut olan, diğer tanımlanmış tipte, gebelikte*
 O24.3- *Diabetes mellitus, önceden mevcut olan, tanımlanmamış, gebelikte*
 O24.5- *nceden mevcut olan bozulmuş glukoz regülasyonu, gebelikte*

Bu kodlar, diyabet veya IGR gebelikten **nce** teşhis edilen kadınlara atanmalıdır.

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

Gestasyonel diabetes mellitus (GDM)

Gebelikte, WHO, doğru şekilde yapılmış bir glukoz toleransı testindeki herhangi bir derecedeki glukoz intoleransını diyabet olarak sınıflandırmakta, ayrıca IGR ayırımına gitmemektedir.

Gebeliğin 24. haftasında ya da sonrasında tanımlanan GDM, bu sürede ilk kez teşhis edilen bozulmuş glukoz toleransı veya Tip 2 diyabetten ayrı tutulamaz. Glukoz toleransı doğumdan sonra normale dönen (en sık karşılaşılan senaryo) gestasyonel diyabet hastası kadınlarda bile daha sonra Tip 2 diyabet geliştirme riski ileriye dönük olarak artmaktadır. Aşırı kilolu veya obez ve/veya fiziksel olarak inaktif olan kadınlr için bu durum özellikle geçerlidir.

KLASİFİKASYON

Diyabetin, gebeliğin 24. haftasında ya da sonrasında WHO kriterlerine uygun olarak yapılan glukoz toleransı testinde ilk kez bulgulanması halinde O24.4- *Diabetes mellitus, gebeliğin 24. haftasında ya da sonrasında ortaya çıkan* kodu uygun olmaktadır. Diabetes mellitusun başlangıcı ile ilgili olarak, teşhis edilmeyen önceden mevcut olan diyabeti gösterebilecek şüphelerin bulunması halinde, bu durumlar O24.9- *Diabetes mellitus, gebelikte, tanımlanmamış ilk atak* olarak kodlanmalıdır.

Gestasyonel diyabet daha sonraki bir gebelikte yineleyebilmektedir; böyle bir durumda, gestasyonel diyabet, Z87.5 *Kişisel gebelik, doğum ve lohusalık komplikasyonları öyküsü* hemen arkasından gelecek şekilde kodlanmalıdır.

Gebelikte insülin tedavisi

İnsülin tedavisi genel olarak gebelikteki bütün diyabet tiplerinin (nceden mevcut olan ve gestasyonel) yeterli derecede kontrol edilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Gebelikte oral hipoglisemik ajanların kullanılmasına, özel durumlarda ilgili uzman doktor tarafından izin verilebilmektedir.

KLASİFİKASYON

O24.1–O24.9 kodları için, hastanın tedavisinin insülinle yapılmadığı (.1), insülinle yapıldığı (.2) veya hastanın tanımlanmamış olduğunu (.9) belirtmek için beşinci karakterle temsil edilen bir alt bölüm sağlanır.

Neonatal durumlar, maternal diyabetle birlikte olan

Gerek geçici gerek kalıcı neonatal diabetes mellitus (P70.2 *Neonatal diabetes mellitus*) nadir görülen bozukluklardır ve Avustralyalı klinik tedavi uzmanları ‘psdodiyabet’ terimini genellikle kullanmamaktadır. ‘Psdodiyabet’ teriminin kullanılması halinde, klinik tedavi uzmanından psdodiyabeti gerçek diyabetten ayırması istenmelidir.

Diyabet hastası bir annenin yenidoğan bebeğinde kan şekerindeki geçici düşüş ile sık karşılaşılmaktadır ve bu durum genelde maternal durum ve uygulamaya bağlanabilmektedir.

KLASİFİKASYON

Kan  ekerinde maternal diyabete bağlanabilir geçici d şuş olan yenidoğan için olası iki kod bulunmaktadır:

P70.0 *Gestasyonel diabeti olan anne çocuğu sendromu*

P70.1 *Diabetik anne çocuğu sendromu*

Bu tanılar klinik tedavi uzmanınca açıklanmalı ve laboratuvar kan  ekeri düzeyleri ile doğrulmalıdır. Annenin diyabetinin ne zaman başladığı belirsiz ise (bir başka deyişle, gebelikte ilk kez teşhis edilen, önceden mevcut olan diyabet veya gestasyonel) P70.1 *Diabetik anne çocuğu sendromu*'nu kodlayın.

DİYABET KOMPLİKASYONLARI - AKUT

Akut metabolik komplikasyonlar

Ketoasidoz ile birlikte diyabet (DKA), şiddetli sepsis veya enfeksiyonları bulunan diyabetik hastalarda da görülebilse de genellikle hayatta kalmak için insüline bağımlı olan hastalarda gözlemlenir. DKA'ya ilişkin tipik bulgular şoyledir: glikozüri 4+, ağır ketonüri, hiperglisemi, metabolik asidoz (düşük arteriyel kan pH'ı ve düşük plazma bikarbonat). Avustralyalı klinik tedavi uzmanları, DKA'yı doğrulamak için kan keton düzeyleri (ketonemi)  l m ne nadiren başvurmaktadır.

DKA sık sık somnolans, stupor veya duyarlılığı azalmış zihinsel durumla sonuçlanmaktadır; ancak, bir derin koma hali nadirdir ve bu nedenle, E1-.12 **Diabetes mellitus, ketoasidoz ve koma ile birlikte* kodu nadiren atanmalıdır.

DKA hastalarında belli ölçüde hiperozmolarite de görülebilmektedir; ancak, bu atanmış olan kodu etkilemez (E1-.1-).

KLASİFİKASYON

Diyabette ketoasidoz belirgin ise E1-.1- **Diyabet, ketoasidoz ile birlikte...*'yi, hiperozmolalite de kaydedilirse E87.0 *Hiperozmolalite ve hipernatremi* ek tanı kodunu atayın.

DKA'nın reçetelenen insülinin uygun şekilde kullanılmaması veya diyabet tedavisinin diğer yönlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkması halinde, Z91.1 *Kişisel tıbbi tedavi ve rejime uyumsuzluk öyküsü* (bakınız **ACS 0517**, *Tedaviye uyumsuzluk*) ek kodu atanmalıdır.

Nonketotik hiperglisemik-hiperozmolar koma (NKHHC) gösteren, hiperozmolarite ile birlikte görülen diyabet çoğunlukla **yaşlı** hastalarda ortaya çıkar ve Tip 1 diyabetli hastalarda nadirdir.

Laktikasidoz (E1-.13 *Diabetes mellitus, laktikasidoz ile birlikte, koma olmaksızın*, E1-.14 **Diabetes mellitus, laktikasidoz ve koma ile birlikte*) oğunlukla şiddetli sepsis veya aşırı alkol kullanımına bağlı bozukluk bulunan diyabetik hastalarda veya dolaşım kollapsına neden olan anlamlı böbrek veya karaciğer bozukluğu ya da kardiyak hastalığı bulunan, özellikle de oral hipoglisemik ajan metformin ile tedavi edilmekte olan bireylerde ortaya çıkar. Söz konusu hastalarda laktikasidoz, önemli ölçüde yükselmiş plazma laktat düzeyleri ile doğrulabilir.

KLASİFİKASYON

Diyabetik asidoz vakalarının küçük bir bölümünde, ketoasidoz ve laktikasidoz eş anlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu vakaları şu kodlarla kodlayın:

E1-.15 **Diabetes mellitüs, ketoasidoz ve laktikasidozla birlikte, koma olmaksızın*

VEYA

E1-.16 **Diabetes mellitüs, ketoasidoz ve laktikasidoz ve koma ile birlikte*

Diyabeti dengeleme

Gereğince kontrol edilemeyen diyabetin dengelenmesi ihtiyaı duyan hastalar arasında, oral hipoglisemik ajanlara 'sekonder tedavi başarısızlığı' olarak kabul edilen, insülin tedavisi başlatılacak bireyler yer alır. Yetersiz veya istikrarsız glisemik kontrole rağmen bu hastalarda, tanım itibarıyla, ketoasidoz bulunmamaktadır. Bazı hastalarda, özellikle dehidrasyona neden olan veya normal beslenmeyi olumsuz etkileyen (orneğin, gastrointestinal bozukluklar) interkuran

hastalıklar yetersiz veya istikrarsız metabolik kontrole etki eden önemli faktörler olabilmektedir. EŖit derecede bir baŖka konu ise, hipergliseminin bulantı ve kusmaya neden olabilmesidir. Bu Ŗekilde kötü kontrol edilen diyabetin hastaneye yatıŖın ana sebebi olması gerekmez.

İnsülin tedavisi baŖlatılan hastalar:

- bir cerrahi giriŖim veya bir baŖka prosedür için hastaneye yatırıldıklarında veya
- diğ r tıbbi bozuklukların ( rneğin, miyokard infarktüsü) yönetimi sırasında

bu ortamlarda insülin tedavisi kararsız diyabetin bir göstergesi olmadığından, kontrol edilmeyen diyabet kategorisine otomatik olarak dahil edilmemelidir.

Bir diyabet hastasının yatıŖ sırasındaki kan Ŗekeri düzeyi, diyabetik kontrolün değerlendirilmesindeki tek parametre olmamalıdır. Daha ziyade, ‘kontrol edilmeyen’ veya ‘kontrol altında olmayan’ ibareleri genelde klinik tedavi uzmanınca, çoğunlukla glike hemoglobin (HbA1C \geq %8)  l mlerinden alınan bilgilerle birlikte hastanın eski ve en son öyküsü, geliŖ ve mevcut bakım epizodu parametrelerinin tamamını geriye dönük incelemek suretiyle belirlenecektir.

KLASİFİKASYON

‘Kararsız’, ‘dengeleme için’, ‘kontrol edilmeyen’, ‘kötü kontrol edilen’ veya ‘kontrol altında olmayan’ durumlarına iliŖkin dokümantasyon varsa, ana tanı veya ek tanı olarak uygun Ŗekilde E1-.65 **Diabetes mellitus, kontrol altında olmayan* kodlanmalıdır.

Bu kategorideki hastalar diyabetik komplikasyonlar gösterdiğinde, E10-E14’ten uygun ek kodu (kodları) atayın.

Hipoglisemik ve insülin reaksiyonları

Hipoglisemi

Hipoglisemik epizotlar sırasında hastalarda koma hali ve/veya epilepsi göstermeyen nöbet (konvülziyonlar veya nöbetler) görülebilmektedir.

KLASİFİKASYON

Gerek yanlış reçeteleme gerek insülin veya oral hipoglisemik ajanların uygun olmayan bir Ŗekilde verilmesinden kaynaklanan hipoglisemik epizotlar Ŗu Ŗekilde kodlanmalıdır:

Ana tanı:	E1-.64	* <i>Diabetes mellitus, hipoglisemi ile birlikte</i>
Ek tanı:	T38.3	<i>İnsülin ve oral hipoglisemik [antidiyabetik] ilaçlarla zehirlenme</i>
DıŖ neden:	X44	<i>Diğ�r ve tanımlanmamıŖ ilaçlar, haplar ve biyolojik maddelere maruz kalma ve kazayla zehirlenme</i>

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

Doğru dozun uygulandığı veya ayarlanmakta olduğu insülin veya oral hipoglisemik ajanlara bağlı hipoglisemik epizotlar Ŗu Ŗekilde kodlanmalıdır:

Ana tanı:	E1-.64	* <i>Diabetes mellitus, hipoglisemi ile birlikte</i>
DıŖ neden:	Y42.3	<i>İnsülin ve oral hipoglisemik [antidiyabetik] ilaçlar</i>

Uygun olay yeri kodu (Y92.-)

Hipoglisemi, diyabet hastaları ile E16.1 *Diğ r hipoglisemiler* ve E16.9 *Pankreas i salgısının bozuklukları, tanımlanmamıŖ* kapsamında kodlanan pankreas i salgısının bozuklukları bulgularanan hastalarda ortaya çıkarırsa, uygun E13 kodunu, E16.-’dan uygun kod ile birlikte atayın.

İnsüline karŖı antikor reaksiyonu

KLASİFİKASYON

İnsülin antikorlarına sekonder hipoglisemik epizotları Ŗu Ŗekilde kodlayın:

Ana tanı:	E1-.64	* <i>Diabetes mellitus, hipoglisemi ile birlikte</i>
DıŖ neden:	Y42.3	<i>İnsülin ve oral hipoglisemik [antidiyabetik] ilaçlar</i>

Uygun olay yeri kodu (Y92.-)

DİYABET KOMPLİKASYONLARI - KRONİK

Böbrek komplikasyonları

Glomerül filtrasyon hızı (GFR), böbrek fonksiyonunun en kesin indisidir ve serum kreatinin normal düzeylerin üzerine çıkmadan önce büyük  l de düşebilmektedir. Belirgin böbrek komplikasyonları göstermeyen diyabette, GFR normal çıkabilmekte, hatta yükselebilmektedir. Başlangıç dönemindeki nefropatide GFR düşmeye başlarken, yerleşik nefropatide sık sık normalin %50 altına inebilmektedir. Son dönem böbrek hastalığında (ESRD) ise GFR sık sık %10'un altına inmekte, serum kreatinin yükselmekte (bakınız **ACS 1430 Kronik böbrek bozukluğu**), bu da genellikle böbrek replasmanı tedavisine ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

GFR, Cockcroft-Gault denklemi ile hesaplanabilir:

$$\frac{(140 - \text{Yıl cinsinden yaş}) \times \text{Beden ağırlığı (kg)}}{814 \times \text{Serum kreatinin (mmol/L)}} \times 0.85 \text{ (kadınlarda)}$$

Normal aralıklar: Erkekler 100–150 mls/dakika/1.73 m², kadınlar 85–130 mls/dakika/1.73m²

Açıklama: Bu kriterler klinik kod uzmanları değil, klinik tedavi uzmanları içindir. Kod uzmanları, E1-.22 *Diyabet, yerleşik diyabetik nefropati ile birlikte ve E1-.23 *Diyabet, ilerlemiş böbrek hastalığı ile birlikte kodunu yalnızca durumların klinik dokümantasyonu temelinde atamalıdır.

Kreatinin klerensinin hesaplamasında, GFR, fazla yüksek tahmin edilebilmektedir.

Renal komplikasyonların kesin kodlaması, diyabet hastalarında artan hipertansiyon insidansından dolayı karmaşık ve zor olabilmektedir. Hipertansiyonun kendisi renal komplikasyonlara neden olabilmekte veya bu komplikasyonlardan kaynaklanabilmekte ve genellikle ilk kez yerleşik diyabetik nefropatide ortaya çıkmaktadır. Karşılaşıldığında, yorumlamadaki bu zorluklar ilgili klinik tedavi uzmanı ile birlikte ele alınmalıdır.

Başlangıç dönemindeki diyabetik nefropati

Sabit veya inat  mikroalbüminüri, başlangıç dönemindeki diyabetik nefropati işaretidir. Normalin üstünde ancak, inat  veya klinik proteinüri (makroalbüminüri) eşiğinin altında olan, 24 saatte 0.5g'yi (bunun yaklaşık %50'si albümin biçimindedir) açan idrar proteini salgısı olarak tanımlanan artmış tedavi öncesi albümin ekskresyonunu ifade eder.

Sabit veya inat  mikroalbüminüri, 3-6 ayda toplanan 3 ardışık idrar numunesinde aşağıdakilerle tanımlanır:

- Gecelik idrar numunelerinde 20–200 mikrogram/dakikalık (veya mg/24 saat) idrar albümin ekskresyonu,
VEYA
- Gelişigüzel numunelerde 20-300 mikrogram/dakikalık (veya mg/24 saat) idrar albümin ekskresyonu,
VEYA
- Gelişigüzel, gecelik veya 24 saatlik idrar numunelerinde  l len, erkeklerde 1.9-2.8 mg/mmol, kadınlarda 2.8-4.0 mg/mmol'l k bir albumin/kreatinin oranı.

Açıklama: Geçici mikroalbüminüri üriner sistem enfeksiyonları sırasında veya ağır fiziksel egzersizlerinden sonra ortaya çıkabilmektedir.

Mikroalbüminüri, sabit veya inat  nitelikleri olmaksızın kaydedilirken, klinik kod uzmanının bilgisine başvurulmalıdır.

KLASİFİKASYON

'Sabit' veya 'inat ' mikroalbüminüri tanımlaması, E1-.21 *Diyabet, başlangıç dönemindeki diyabetik nefropati ile birlikte kodlamasının yapılması için yeterli olmaktadır.

Başlangıç dönemindeki diyabetik nefropati hastalarının GFR'si genellikle yüksek veya normaldir. İyileştirilmiş metabolik ve BP kontrolü ile mikroalbüminüri azaltılabilmekte veya tamamen tersine çevrilebilmektedir.

Mikroalbüminüri, diyabetin dikkate değer kardiyovasküler sekellerinin önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Yerleşik diyabetik nefropati ve ilerlemiş böbrek hastalığı

Avustralyalı klinik tedavi uzmanları genellikle, kullandıklarında E1-.22 **Diabetes mellitus, yerleşik diyabetik nefropati ile birlikte* veya E1-.23 **Diabetes mellitus, ilerlemiş böbrek hastalığı ile birlikte* olarak kodlanmaları gerekse de diyabetik 'nefrit' veya 'nefroz' terimlerini kullanmamaktadır. 'Son dönem böbrek hastalığı' ibaresi, böbrek replasmanı tedavisine ihtiyaç duyulabilecek kronik böbrek bozukluğu veya yetmezliği vakalarını ifade eder.

ÖRNEK 1:

Tanı: Tip 1 diabetes mellitus hastası 54 yaşındaki bir erkekte diyabetik nefropati bulgulanmıştır.
Kod: E10.22 *İnsulin bağımlı diabetes mellitus, yerleşik diyabetik nefropati ile birlikte*

ÖRNEK 2:

Tanı: İnsülin bağımlı diabetes mellitus'ta son dönem böbrek yetmezliği ile birlikte nefrotik sendrom
Kod: E10.23 *İnsulin bağımlı diabetes mellitus, ilerlemiş böbrek hastalığı ile birlikte*
 N04.9 *Nefrotik sendrom, tanımlanmamış*
 N18.0 *Son dönem böbrek hastalığı*

KLASİFİKASYON

Birden fazla kod (E1-.21, E1-.22, E1-.23) kapsamında sınıflandırılabilir diyabetik nefropati değişiklikleri kaydedilirken, yalnızca en ilerlemiş evre kodlanmalıdır.

Akut böbrek yetmezliği

Diyabetik akut böbrek yetmezliği reversibl olabilmektedir. Dehidrasyona neden olanlar dahil olmak üzere hastalıkla ve özellikle hasta sıvı kaybetmişse intravenöz radyolojik kontrast ajanların konsantre solüsyonlarının kullanımıyla ortaya çıkabilmektedir. Bu tür akut böbrek yetmezliğinin diyabetik nefropati hastalarında görülme olasılığı daha yüksektir.

Bu durumlarda diyabetik akut böbrek yetmezliği gelişirse, kodlamayı şu şekilde yapın:

E1-.29 **Diyabet, diğer tanımlanmış böbrek komplikasyonu ile birlikte*
 N17.9 *Akut böbrek yetmezliği, tanımlanmamış*
 Y57.5 *X-ray kontrast ajanlar, terapötik kullanımda ters etkiler doğuran*
 Uygun olay yeri kodu (Y92.-)

KLASİFİKASYON

Önceden mevcut diyabetik nefropati, akut böbrek yetmezliği ile birlikte kaydedilirken, nefropati hem E1-.29 **Diyabet, diğer tanımlanmış böbrek komplikasyonu ile birlikte* hem de ilgili E1-.2-kodu ile kodlanmalıdır.

Diyabetik göz hastalığı

Diyabetik retinopati

Azalmış keskin görüş, arka planda diyabetik retinopati (E1-.31) ile nadiren ilişkilidir. Görmeyi tehdit eden değişiklikler daha yaygın olarak, E1-.32–E1-.35 kapsamında sınıflandırılmış daha ileri retinopatik değişikliklerle ilişkilidir. Diyabetik retinopatinin kaydedilmesi ve bir görme kaybı endikasyonu olması halinde, vaka tedaviyi yapan klinik uzmanı ile birlikte, retinal (maküler) ödemde ilave değişiklik olup olmadığını (E1-.34) belirlemek için daha ayrıntılı incelenmelidir.

KLASİFİKASYON

Diyabetik göz hastalığı körlük veya az görme ile sonuçlanırsa, bir ek kod, H54.- *Körlük ve az görme* atanmalıdır.

E1-.31-E1-.33 ve/veya E1-.35'teki kodlardan birden fazlası kapsamında sınıflandırılabilir diyabetik retinopati değişiklikleri kaydedilirken, yalnızca en ilerlemiş evre kodlanmalıdır.

Kataraktlar

Diyabet katarakta yol açabilmektedir; ancak, bu ikisi arasında nedensel ilişki kurmak genellikle zordur. Böyle bir ilişkiyi, klinik tedavi uzmanı belirleyebilir.

KLASİFİKASYON

E1-.36 **Diabetes mellitus, diyabetik katarakt ile birlikte* yalnızca klinik tedavi uzmanınca kataraktlar ile diyabet arasında bir nedensel ilişki gösterildiğinde atanmalıdır. Bu ilişki, 'diyabetik katarakt' veya 'diyabete bağlı katarakt' olarak kaydedilebilir.

Böyle bir nedensel ilişki ortaya konulmadığında, diyabet hastalarındaki kataraktlar için E1-.39 **Diabetes mellitus, diğer tanımlanmış oftalmik komplikasyon ile birlikte* kodu, kataraktın tipi için uygun bir ek kod (orneğin, H25.- *Senil katarakt*, H26.- *Diğer katarakt*) ile birlikte atanmalıdır.

Diğer göz bozuklukları

Diyabette, retinal arter tıkanıklığı, retinal ven tıkanıklığı ve optik diskin enfarktüsünün (iskemik optik nöropati) insidansı artar.

KLASİFİKASYON

Bu bozukluklar E1-.39 **Diabetes mellitus, diğer tanımlanmış oftalmik komplikasyon ile birlikte* kapsamında, ek kodlarla birlikte aşağıdaki Şekilde kodlanmalıdır:

- | | | |
|-----------------------------|-------|--|
| • retinal arter tıkanıklığı | H34.2 | <i>Diğer retinal arter tıkanıklıkları</i> |
| • retinal ven tıkanıklığı | H34.8 | <i>Diğer retinal vasküler tıkanıklıklar</i> |
| • iskemik optik nöropati | H47.0 | <i>Optik sinir bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış</i> |

Diyabetik nöropati

Periferik, kraniyal ve otonom nöropatiler aynı hastada çeşitli kombinasyonlarda gelişebilmektedir; periferik nöropati genellikle, otonom nöropati geliŐtiren hastalarda halihazırda mevcut olur.

KLASİFİKASYON

Birden fazla kod (E1-.41-E1-.43) kapsamında sınıflandırılabilir çeşitli nöropati tipleri kaydedilirken, her bir nöropati tipi kodlanmalıdır.

ÖRNEK 3:

Tanı:	İnsülin bağımlı olmayan diabetes mellitus, hipotonik mesane ve okülomotor kraniyal sinir felci ile birlikte
Kodlar:	E11.43 İnsulin bağımlı olmayan diabetes mellitus, diyabetik otonom nöropati ile birlikte
	N31.2 <i>Flask nöropatik mesane, başka yerde sınıflanmamış</i>
	E11.41 <i>İnsulin bağımlı olmayan diabetes mellitus, diyabetik mononöropati ile birlikte</i>
	H49.0 <i>��nc� [okülomotor] sinir felci</i>

İnsülin nörit (veya dengeleme nöropatisi), diyabetin dengelenmesi amacıyla yapılacak insülin tedavisinin başlangıç aşamasında ortaya çıkabilen ve kendiliğinden düzelen yeterince anlaŐılmamış bir durumdur.

Diyabetik ishal, yetersiz metabolik kontrol dönemlerinde belirgin olabilen veya yoėunlaŐabilen, daha çok geceleri görülen ayırıcı bir ishal biçimidir. E1-.43 **Diabetes mellitus, otonom nöropati*

ile birlikte kapsamında sınıflandırılabilir otonom nöropatinin diğ r özellikleri olmaksızın kaydedildiğinde, diyabetik ishale ilişkin atama ilgili klinik tedavi uzmanı ile birlikte doğrulanmalıdır.

Kardiyak aritmiler ( zellikle genel anestezi sırasında) ve **respiratuvar arrest** oğunlukla otonom nöropatili diyabetik hastalarda görülür.

Dolaşım komplikasyonları

Periferik damar hastalığı (anjyopati) ve diyabet/ IGR

Büyük kan damarlarını etkileyen ateroskleroz (makrovasküler hastalık) ile diyabet veya IGR arasındaki kesin patogenetik ilişki henüz açık değildir. Tıkayıcı arteriyel hastalık, insülin direncine bağlanabilir hızlanmış aterosklerozdan kaynaklanabilmekte, hipertansiyon ve dislipidemi ile ilişkilendirilebilmekte, ayrıca tütün kullanımı ile provoke edilebilmekte veya hızlandırılabilir.

KLASİFİKASYON

Diabetes mellitus ile birlikte görülen periferik damar hastalıklarıyla ilgili kodlar şoyledir:

E1-.51 **Diyabet, periferik anjyopati ile birlikte, gangrensiz*

E1-.52 **Diyabet, periferik anjyopati ile birlikte, gangrenli*

Bozulmuş glukoz regülasyonu ile ilgili kodlar şoyledir:

E09.01 *Bozulmuş glukoz regülasyonu, periferik anjyopati ile birlikte, gangren olmaksızın*

E09.02 *Bozulmuş glukoz regülasyonu, periferik anjyopati ile birlikte, gangrenin eşlik ettiği*

Tütün kullanımı kodlanmalıdır (bakınız **ACS 0503** *Uyuşturucu, alkol ve tütün kullanımına bağlı bozukluklar*).

Diyabetik iskemik kardiyomiyopati (E1-.53)

Diyabetik hastalarda, koroner arterlerin belirgin aterosklerotik tutulumu olmaksızın iskemik kardiyomiyopatinin ayırıcı bir biçimi görülebilmektedir.

Deri ve subkütan komplikasyonları

E1-.62 **Diabetes mellitus, deri ve subkütan doku komplikasyonu ile birlikte* kapsamında tanımlanan durumlar diyabetin komplikasyonları olarak kabul edilir ve çoğu durumda bunlar, sık sık diğ r mikrovasküler komplikasyonlarla (orneğin, nöropati, retinopati, nefropati) ilişkilendirilecek mikrovasküler tutulumu gösterir.

Diyabet ve periodontal komplikasyonları

Yalnızca akut periodontal apse ve periodontit (K05 *Gingivit ve periodontal hastalıklar* kapsamında sınıflandırılabilir diğ r gingival veya periodontal hastalıklar değil), diyabetik komplikasyonlar olarak kabul edilir.

Diyabetik fibröz meme hastalığı

Diyabetik mastopati olarak da adlandırılan, etiyolojisi belirsiz olan bu bozukluk, Tip 1 diyabet hastası kadınlarda görülmektedir; ancak, bu kategori ile sınırlı değildir. İlk ortaya çıktığında selim, ağrılı olan bu durum, habis hastalıkla karıştırılabilmektedir. Başarılı tedavisi genelde zor olup, rekürren ağrı dönemleri ve yeni meme kitlelerinin gelişmesi ile birlikte kronik, ağrısız bir seyri vardır. Karakteristik histolojik değişiklikler (sklerozan lenfositik lobulit) meme biyopsisinde kaydedilir.

Birden fazla mikrovasküler komplikasyon ile birlikte görülen diyabet

KLASİFİKASYON

E1-.71 **Diabetes mellitus, birden fazla mikrovasküler komplikasyon ile birlikte* kodu, hastada ** u beş kategoriden iki veya daha fazlası kapsamında sınıflandırılabilir durumlar** mevcut olduğunda atanmalıdır:

1. Böbrek komplikasyonları (E1-.2-)
2. Oftalmik komplikasyonlar (E1-.31–E1-.35, E1-.39)
3. Nörolojik komplikasyonlar (E1-.-)
4. Diyabetik iskemik kardiyomiyopati (E1-.53)
5. Aşağıda verilen deri veya subkütan doku komplikasyonlarından biri (E1-.62):
diyabetik:
 - bullalar (bullosis diabetorum)
 - dermopati (bacak lekeleri)
 - eritema
 - rubeosis
 - nekrobiyozis lipoidika diyabetorum [NLD]
 - periungual telanjiektazi

E1-.71'i yalnızca hiçbir mikrovasküler komplikasyon ana tanının tanımına uygun olmadığında ana tanı olarak kodlayın.

Spesifik mikrovasküler komplikasyonlara ilişkin ek kodlar da atanmalıdır.

ÖRNEK 4:

Tanı: Hasta, Tip 2 diyabetik nöropati tedavisi için hastaneye yatırılmıştır. Hastada ayrıca, diyabete bağlanabilir retinal iskemi de vardır.

Kodlar: E11.22 *İnsulin bağımlı olmayan diabetes mellitus, yerleşik diyabetik nefropati ile birlikte*
E11.71 *İnsulin bağımlı olmayan diabetes mellitus, birden fazla mikrovasküler komplikasyon ile birlikte*
H34.2 *Diğer retinal arter tıkanıklıkları*

ACS 0001 *Ek tanı*'ya uygun bir şekilde, E11.22 ana tanı olarak kodlanır.

ÖRNEK 5:

Tanı: Hasta, nefrotik sendrom, retinal iskemi ve femoral nöropati komplikasyonları ile birlikte mevcut olan Tip 1 diyabet sebebiyle hastaneye yatırılmıştır.

Kodlar: E10.71 *İnsulin bağımlı diabetes mellitus, birden fazla mikrovasküler komplikasyon ile birlikte*
N04.9 *Nefrotik sendrom, tanımlanmamış*
H34.2 *Diğer retinal arter tıkanıklıkları*
G57.2 *Femoral sinir lezyonu*

Bu durumda, yatışın sebebi hiçbir diyabetik komplikasyon olmadığından, E10.71 ana tanı olarak kodlanır.

Diyabetik ayak ülserleri

Bir alt ekstremitte ülserinin kendiliğinden oluşmasının 'diyabetik ayak' anlamına gelmesi gerekmez. Bu nedenle, bir diyabet hastasında ayak ülserinin etiyolojisi belirsizse, klinik tedavi uzmanından ayrıntılı bilgi istenmelidir.

KLASİFİKASYON

Alt ekstremitenin diyabetik lseri Şu Şekilde kodlanır:

E1-.69 * *Diabetes mellitus, diğer tanımlanmış komplikasyon ile birlikte*
L97 *Alt ekstremitenin ülseri, başka yerde sınıflanmamış*

Açıklama: E1-.73 *Diabetes mellitus, birden çok nedene bağlı ayak ülseri ile birlikte kodu, 'diyabetik ayak' için kullanıldığından ayak ülseri için atanmamalıdır.

Diyabetik ayak

Bu terim, periferik ve/veya nörolojik komplikasyonlar ve/veya diğer ayırıcı klinik etmenlerle birlikte ayaklarında bir ülser veya enfeksiyon görülen diyabetik hastaları tanımlamak için kullanılır. Bu hastalarda, aşağıda verilen 1. kategori kapsamında bir ülser ve/veya enfeksiyon ile **aşağıda verilen 2 ila 5. kategoriden en az biri kapsamında bir durum** bulunur:

- 1. Enfeksiyon ve/veya ülser**
 - Diyabet, ayak ülseri ile birlikte* E1-.69
 - Ciltte apse, furonkül ve karbonkl, ekstremitede L02.4
 - Ayak parmağı selüliti L03.02
 - Bacağın selüliti L03.11
 - Dekubitus [bası] lseri L89.-
- 2. Periferik damar hastalığı**
 - Diyabet, periferik anjiyopati ile birlikte, gangrensiz E1-.51
 - Diyabet, periferik anjiyopati ile birlikte, gangrenli E1-.52
- 3. Periferik nöropati**
 - Diyabet, diyabetik polinöropati ile birlikte E1-.42
 - Diyabet, diyabetik otonom nöropati ile birlikte E1-.43
 - Diyabet, nöropatik ödem ile birlikte E1-.43
 - Diyabet, Charcot artropatisi ile birlikte E1-.61
 - Diyabet, diyabetik osteopati ile birlikte E1-.61
 - Diyabet, birden fazla mikrovasküler komplikasyon ile birlikte E1-.71
 - (yalnızca durumlardan biri E1-.4- kapsamında sınıflandırılabilir ise)
- 4. Deformite ve aşırı 'yüklenme''ye neden olan durumlar**
 - Diyabet, nöropatik ödem ile birlikte E1-.43
 - Diyabet, Charcot artropatisi ile birlikte E1-.61
 - Diyabet, diyabetik osteopati ile birlikte E1-.61
 - Kallus L84
 - Hallux valgus (kazanılmış) M20.1
 - Hallux rijidus M20.2
 - Ayak baŐparmaęının diğer deformitesi (kazanılmış) M20.3
 - eki parmak(lar) (kazanılmış), diğer M20.4
 - Ayak parmak(lar)ın diğer deformitesi (kazanılmış) M20.5
 - Fleksiyon deformitesi, ayak ve ayak bileği M21.27
 - Bilek ve ayak düşmesi (kazanılmış), ayak ve ayak bileği M21.37
 - Düz taban [pes planus] (kazanılmış) M21.4
 - Kazanılmış pençe el, omak el, pençe ayak ve omak ayak, ayak ve ayak bileği M21.57
 - Diz ve ayağın diğer kazanılmış deformiteleri M21.67
 - Ekstremitelerin diğer tanımlanmış kazanılmış deformiteleri, ayak ve ayak bileği M21.87
- 5. GeirilmıŐ amputasyon(lar)**
 - Ayak bileği ve ayağın kazanılmış yokluğu Z89.4
 - Diz veya diz altından bacağın kazanılmış yokluğu Z89.5
 - Diz üstünden bacağın kazanılmış yokluğu Z89.6
 - Her iki alt ekstremitenin (herhangi düzeyde yalnız parmakların yokluğu hariç) kazanılmış yokluğu Z89.7

KLASİFİKASYON

E1-.73 *Diyabet, birden çok nedene bağlı ayak ülseri ile birlikte kodunu Şu durumlarda atayın:

- ‘diyabetik ayak’ klinik kayda girilirken veya
- yukarıdaki kriterler karşılandığında.

Spesifik komplikasyonlara ilişkin ek kodlar da (orneğin; polinöropati (G62.9), periferik anjiopati (I70.2-), ayak parmağı selüliti (L03.02)) atanmalıdır.

Diyabette yok edilen durumlar

Genellikle bir cerrahi girişim sonucunda bir diyabet komplikasyonu yok edildiğinde, uygun diyabetik bölümden ‘diğer tanımlanmış komplikasyon’ kodunu atayın. Yok edildiğinden, bulguya ilişkin özel kodu atamayın.

ÖRNEK 6:

Hastanın, nefropati ile birlikte görülen bir insülin bağımlı olmayan diabetes mellitus öyküsü vardır ve hastaya böbrek nakli yapılmıştır.

E11.29 *İnsulin bağımlı olmayan diyabet mellitus, diğer tanımlanmış böbrek komplikasyonları ile birlikte*
Z94.0 *Böbrek nakli*

ÖRNEK 7:

Hastanın, daha önce IOL yerleŐtirilmek suretiyle iyileŐtirilen Tip 1 diyabetik katarakt öyküsü vardır.

E10.39 *İnsulin bağımlı diabetes mellitus, diğer tanımlanmış oftalmik komplikasyonlar ile birlikte*
Z96.1 *G z içi lensi*

Açıklama: Vasküler rekonstrüksiyon prosedürleri veya alt ekstremite amputasyonları, periferik vasküler hastalığı iyileŐtmez. Bununla birlikte, bu prosedürler, alt ekstremitedeki bir diyabetik ülseri iyileŐtirmektedir. Bu ikinci durumda, E1-.51 *Diabetes mellitus, periferik anjiopati ile birlikte, gangrensiz kodunu ve uygun olduğu hallerde, ekstremitenin kazanılmış yokluğu için Z89.- ek kodunu atayın.

KLASİFİKASYON

Tip 1 diyabet, pankreatik veya pankreatik adacık hücre transplantasyonu ile iyileŐtirildiėinde, mevcut herhangi bir diyabetik komplikasyon için uygun Tip 1 diyabet kodunu, Z94.8 *Organ ve doku nakli, diğer ek kodu ile birlikte* atayın. (Ayrıca bakınız ACS 2112 *Kişisel  yk *)

DİYABET TARAMASI

Tip 2 diyabet riski Şu faktörlerle birlikte artar:

- Yaş
- Obesite
- Azalmış fiziksel etkinlik

Diyabet taraması genellikle Şu kişilerde yapılır:

- Aile öyküsünde hastalığın bulunduğu bireyler
- Yüksek riskli ırk/ etnik gruba mensup bireyler
- GDM veya polikistik over sendromu geirmıŐ olan kadımlar
- Hipertansiyon, dislipidemi bulunan veya daha önce IGR ya da vasküler hastalık tanımlanmış bireyler

(Ayrıca bakınız ACS 2111 *Spesifik bozukluk taraması*)

KLASİFİKASYON

Hasta özellikle diyabet veya IGR hariç tutulduğunda tarama için hastaneye yatırılırsa Z13.1 *Diabetes mellitus için özel tarama muayenesi* ana tanı kodu olarak atanmalıdır. Taramanın bir diyabet aile öyküsü nedeniyle istendiği durumlarda, Z83.3 *Diabetes mellitus aile öyküsü* ek kodu ilave edilmelidir.

DİYABET EĞİTİMİ**KLASİFİKASYON**

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

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

0402 KİSTİK FİBROZİS

Kistik fibrosis E84.- *Kistik fibrozis* kapsamındaki bir uygun kodla kodlanmalı; bu koddan sonra, tanımlanmış bir bulgunun kodu gelmelidir. E84.8 *Diğer bulgular ile birlikte kistik fibrozis* kodunun, bulguları birleştirilmiş vakaları kapsadığı akıldan çıkarılmamalıdır.

ÖRNEK 1:

Teşhis: Hasta, seyyar merdivenden düşme sonucunda tibia şaft kırığı redüksiyonu sebebiyle hastaneye yatırılmıştır. Hasta ayrıca kistik fibrozisle ilişkili bronşiektazi tedavisi g rmuşt r.

Kodlar: S82.28 *Tibia şaft kırığı, diğer*
W11 *Seyyar merdivene veya seyyar merdivenden düşme*
Uygun olay yeri kodu (Y92.-) ve aktivite kodu (U50-U73).
E84.0 *Akciğer bulguları ile birlikte kistik fibrozis*
J47 *Bronşiektazi*

0403 HİPERGLİSEMİ

Hiperglisemi için R73 *Yükselmiş kan glukoz düzeyi* kodu atanmadan önce, klinik tedavi uzmanından olası bir diabetes mellitus veya IGR tanısını hariç tutması istenmelidir.

Geçici hiperglisemi, enfeksiyonlar dahil olmak üzere hastalığın stresinde ortaya çıkabilmektedir; ancak, WHO, diyabet/ IGR için sonuçlarının geçerliliği interk ran hastalıkla ortadan kalkabilecek tanısal testlerin gerçekleştirilmesine ilişkin uygun koşulları belirlediğinden diyabet veya IGR göstergesi değildir.

Notlar

5. ZİHİN VE DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI

0503 UYUŞTURUCU, ALKOL VE TÜTÜN KULLANIMINA BAĞLI BOZUKLUKLAR

Tanımı

‘Kullanıma bağlı bozukluk’ ibaresi, aşağıda verilen kullanıma bağlı bozukluklardan herhangi birini açıklamak için kullanılabilir:

- Akut zehirlenme
- Zararlı kullanım veya
- Bağımlılık

F10-F19 *Psikoaktif madde kullanımına bağlı mental bozukluklar ve davranış bozuklukları* bloğunda, hastanın klinik durumunu belirten bir dördüncü karakter bulunmaktadır.

Bütün dördüncü karakter kodlarının maddelerin tamamı için geçerli olmadığı akıldan çıkarılmamalıdır. Dördüncü karakterleri atarken, klinik kod uzmanı klinik dokümantasyona başvurmalıdır.

ICD-10-AM’den alınan aşağıdaki tanım ile WHO’nun (1992) *ICD-10 Zihinsel ve Davranış Bozukluklarının Sınıflandırılması – Klinik Tanımlar ve Tanısal Yönlendirici İlkeleri*, bu durumların daha iyi anlaşılmasına yardımcı olmak üzere verilmektedir:

Akut zehirlenme

"Bir psikoaktif maddenin verilmesinden sonra bilinç, tanıma, algılama, etki veya davranış düzeyinde veya diğer psikofizyolojik fonksiyon ve yanıtlarda bozukluklar ortaya çıkaran bir durum. Bozukluklar maddenin akut farmakolojik etkileri ile doğrudan ilişkilidir ve doku zedelenmesi olması veya başka komplikasyonların ortaya çıkması dışında zaman içinde tam iyileşme ile ortadan kalkar."

Zararlı kullanım

"Psikoaktif maddenin sağlığa zarar verecek şekilde kullanımı. Zarar fiziksel (psikoaktif maddeleri hastanın kendi başına alması sonucu ortaya çıkan hepatit durumlarında olduğu gibi) veya zihinsel (örneğin, aşırı derecede alkol tüketimine sekonder depresif bozukluk epizotları) olabilir. ... Aynı periyotta aynı madde ile ilgili olarak bağımlılık sendromu (F1-.2), bir psikotik bozukluk (F1-.5) veya bir başka özgül uyuşturucu biçimi veya alkolle ilişkili bozukluk varsa, zararlı kullanımın teşhisi yapılmamalıdır."

Bağımlılık sendromu

"Yinelenen madde kullanımından sonra ortaya çıkan ve genellikle uyuşturucu almak için güçlü istek duyma, uyuşturucunun kullanımını kontrol edememe, zararlı sonuçlarına rağmen uyuşturucuyu kullanmaya devam etme, uyuşturucu kullanımına diğer faaliyet ve yükümlülüklerle göre öncelik verme, artan tolerans ve kimi zaman bir fiziksel yoksunluk durumu ile birlikte seyreden davranışsal, bilişsel ve fizyolojik olguların bir araya gelmesi ile oluşan durum."

Klasifikasyon

Akut zehirlenme

‘Akut zehirlenme’ (0), F10-F19 kapsamındaki dört karakterli bir başka koda **ek olarak** atanabilir. Örneğin, zararlı kullanım (F1-.1), bağımlılık sendromu (F1-.2) veya psikotik bozukluk (F1-.5) gibi alkol veya uyuşturucuyla ilişkili daha inatçı sorunların görüldüğü kişiler de akut zehirlenme epizotları ortaya koyabilmektedir.

Zararlı kullanım

Klinik tedavi uzmanınca bir belirli durum/belirli durumlar ile alkol/ uyuşturucu kullanımı arasındaki bir ilişki net olarak kaydedilmişse, dördüncü karakter olarak '1' i atayın.

Bu tür dokümantasyon, 'alkole bağlı' veya 'uyuşturucuyla ilişkili' gibi, fiziksel veya psikolojik bozukluktan madde kullanımının sorumlu olduğunu (veya bu bozukluğun oluşmasına önemli ölçüde katkı yaptığını) gösteren niteleyici ibareleri içerir.

ÖRNEK 1:

Tanı:	Hastaya, alkolle ilişkili akut pankreatit tanısı konulmuştur.	
Kodlar:	K85	<i>Akut pankreatit</i>
	F10.1	<i>Alkol kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları, zararlı kullanım</i>

Yukarıda verilen tanımda, uyuşturucu/ alkolle ilişkili bir spesifik bozukluk varsa, özellikle bağımlılık sendromu veya bir psikotik bozukluk, **dördüncü karakter olarak '1'in atanamayacağı** akıldan çıkarılmamalıdır.

Genel sınıflandırma kuralları

- 'Sosyal içici' veya 'ağır içici' gibi tanımlamalar kodlanmamalıdır.
- 'Akut zehirlenme', 'bağımlılık' veya 'zararlı kullanım' durumlarından birden fazlası kaydedilirken, bu tanımlamalara ilişkin uygun kodlamalar yapılmalıdır.

ÖRNEK 2:

Hasta, alkol bağımlılığı sendromu üzerine eklenen akut zehirlenme tedavisi görmektedir. Akut zehirlenmeye ilişkin ilk kodu (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 atayın.

- Reçetelenmiş veya reçetelenmemiş ilaçların izin verilmeyen düzeylerde kullanımı, 'doz aşımı' olarak kaydedilmişse, F10-F19 kategorileri kapsamına girmez. 'Doz aşımı' vakaları, ilaçlar ve kimyasallar tablosundaki uygun zehirlenme kodu ile kodlanmalıdır. Ayrıca bakınız **ACS 0530 İlaç, doz aşımı**.
- Net dokümantasyon ve klinik tavsiye yoksa ve bu nedenle, F10-F19 kategorilerindeki spesifik dördüncü karakterler kapsamında sınıflandırılabilir hayati önemdeki alkol/ uyuşturucu bilgilerinin kaybedilme olasılığı varsa, 'kötüye kullanma' veya 'kullanım bozukluğu' gibi spesifik olmayan terminoloji için **SON ÇARE OLARAK** dördüncü karakter '1' i (zararlı kullanım) atayın.

Tütün kullanımı bozuklukları

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

Tütün kullanımı, aşağıda verilen kodlardan biri kapsamında sınıflandırılabilir:

Z86.43 Kişisel sigara kötüye kullanımı öyküsü

Bu kodu, hastanın geçen ay dışında, eskiden (herhangi miktarda) tütün içtiği kaydedilirse atayın.

ÖRNEK 3:

Tanı:	Kronik bronşit tanısı konulan 40 yaşındaki bir hastanın, 15 yaşından itibaren sigara içtikten sonra, hastaneye yatıştan 3 ay önce sigarayı bırakma öyküsü bulunmaktadır.	
Kodlar:	J42	<i>Tanımlanmamış kronik bronşit</i>
	Z86.43	<i>Kişisel sigara kötüye kullanımı öyküsü</i>

Z72.0 Tütün kullanımı, mevcut

Bu kodu, dokümantasyonda şu durumların ortaya konulması halinde atayın:

1. Hasta geçen ay sigara içmişse (herhangi bir miktarda).
2. Tütünün 'tehlikeli kullanımı'na ilişkin dokümantasyon varsa. Tehlikeli kullanım, madde kullanımının kullanan için zararlı etki riskini artıracak şekilde olmasıdır. Zararlı kullanımın aksine, tehlikeli kullanım, bireysel kullanıcıda herhangi bir mevcut bozukluk olmasa da halk sağlığı açısından önem arz eden kullanım şekillerini ifade eder.

Z72.0, 'sigara tiryakisi' durumuna ilişkin dokümantasyonu içerir. Bu kod yalnızca F17.2 *Tütün bağımlılığı sendromu* veya F17.1 *Tütünün zararlı kullanımı* kodunu atamak için yeterli bilgi olmadığında atanmalıdır.

ÖRNEK 4:

Tanı: 40 yaşında bir sigara tiryakisine karpal tünel sendromu tanısı konulmuştur.

Kodlar: G56.0 *Karpal tünel sendromu*
Z72.0 *Tütün kullanımı, mevcut*

F17.1 Tütünün zararlı kullanımı

Bu kodu, klinik tedavi uzmanınca belirli bir durum/belirli durumlar ile sigara içme arasındaki bir ilişki **net olarak** kaydedilmişse atayın.

Bu tür dokümantasyon, fiziksel veya psikolojik bozukluktan madde kullanımının sorumlu olduğunu (veya bu bozukluğun oluşmasına önemli ölçüde katkı yaptığını) gösteren, 'tütünle ilişkili' olarak nitelenen durumları içerir.

Bu kod, tütün bağımlılığı sendromu kaydedilirse atanmamalıdır.

ÖRNEK 5:

Tanı: 65 yaşındaki bir hastanın, 15 yaşından, sigarayı bıraktığı 51 yaşına kadar her gün 40 sigara içme öyküsü bulunmaktadır. Hastaya, bu yatışta, sigara içmeyle ilişkili amfizem tanısı konulmuştur.

Kodlar: J43.9 *Amfizem, tanımlanmamış*
F17.1 *Tütün kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları, zararlı kullanım*
X **Z86.43 atanmamalıdır**

ÖRNEK 6:

Tanı: 29 yaşındaki bir kişide sigara içmeyle ilişkili kronik bronşit.

Kodlar: J42 *Tanımlanmamış kronik bronşit*
F17.1 *Tütün kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları, zararlı kullanım*
X **Z72.0 atanmamalıdır**

F17.2 Tütün bağımlılığı sendromu

Bu kodu, hastaya 'tütün bağımlılığı sendromu' tanısı konulursa atayın.

ÖRNEK 7:

Tanı: Hasta, kronik havayolu sınırlaması ve sol bacağın varikoz venlerinin tedavisi için hastaneye yatırılmıştır. Hasta, tütün bağımlılığı sendromu göstermektedir ve önceki hafta boyunca sigara içmemiştir. Bu bağımlılık hastanın mevcut yoksunluk durumu, sigara içmeye devam etmeye duyulan güçlü istek ve hastanın, sigara içmenin sağlığı üzerinde zararlı etkileri olduğu kendisine ifade edilmesine rağmen son altı ay boyunca sigara içmeye devam etmesi ile ortaya konulmuştur.

Kodlar: J44.9 *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tanımlanmamış*
I83.9 *Ülser veya enflamasyon olmadan alt ekstremitte varikoz venleri*
F17.2 *Tütün kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları, bağımlılık sendromu*
F17.3 *Tütün kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları, yoksunluk durumu*

0505 GEBELİĞİ KOMPLİKE EDEN ZİHİNSEL HASTALIK

O99.3 *Mental bozukluklar ve sinir sistemi hastalıkları, gebelik, doğum ve lohusalığı komplike eden kodunu, spesifik zihinsel hastalık kodunu bir ek tanı olarak sıralamak suretiyle atayın. Açıklama: Bu kod, postnatal depresyonu içermez.*

Postnatal depresyon

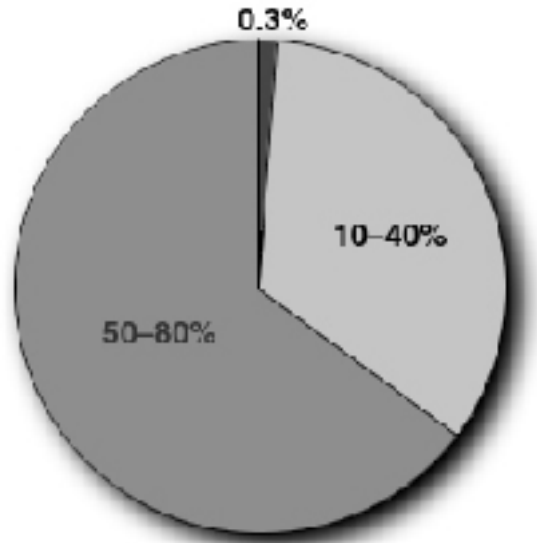
Postnatal depresyon, doğum ve lohusalıktan (postnatal dönem) itibaren 42 günlük sürede ortaya çıkan herhangi bir depresyonu ifade eden bir spesifik olmayan tanıdır.

“Postnatal duygulanım bozuklukları, annenin doğum sonrası dönemin başlangıcında yaşayabileceği çeşitli duygulanım ve davranış bozukluklarını içerir. Bunlar arasında, ‘annelik hüznü (baby blues)’nden florid psikotik hastalığa kadar, hafiften şiddetli dereceye kadar değişen yelpazede problemler yer alır. Bu ikisi arasında, daha dar ifade edersek, bir tıp terimi olmayan postnatal depresyon bulunmaktadır... Postnatal depresyon ayrıca, tamamı kimi zaman dikkate değer karışıklık ortaya koyan çeşitli paydaşlar tarafından farklı bir şekilde tanımlanmaktadır. Klinik tedavi uzmanlarınca önerilen tanısal etiketlerin bazıları, Tablo 1’de listelenmekte ve farklı bakış açılarından dolayı alıntılanan görülme oranları da geniş ölçüde değişmektedir...”

Tablo 1

Postnatal zihin sağlığı problemlerinin görülme oranı

- Psikozlar (%0.3)
- Aşağıdakileri içeren Postnatal Depresyon (PND) (%10–40):
 - anksiyete ve depresif nevrozlar (veya karma)
 - majör depresyon
 - minör depresyon
 - distimi
 - uyum bozuklukları
 - travma sonrası stres bozukluğu
 - kişilik bozuklukları
- 'Blues'... (%50–80)



Postnatal depresyon, yeni annelik döneminde görülen, denemeler ve tribülasyonlara normal tepkilerden ayrılmalıdır.”

Barnett, B. and Fowler, C. (1995) *Caring for the family's future*. Haymarket. Norman Swan Medical Communications.

Klasifikasyon

Depresyonun tipi belirtilirse ve depresyon tipi, zihin sağlığı bölümü kapsamında sınıflandırılabilir ise; F53.0 kodundan ziyade uygun kod atanmalıdır.

Depresyonun tipini belirtmek için F32 *Depresif nöbet* kategorisinden bir kod atanırsa, postnatal dönemde depresyon ortaya çıkıp çıkmadığı bir beşinci karakterle gösterilecektir.

F53.0 *Lohusalıkla ilişkili hafif mental bozukluklar ve davranış bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış* kodu **yalnızca depresyonun tipi kaydedilmediğinde veya başka yerde sınıflandırılmadığı zaman** atanmalıdır. Postnatal dönem sonrasında başlayan postnatal depresyon için klinik tedavi uzmanından bilgi istenmelidir.

F53 *Lohusalıkla ilişkili hafif mental bozukluklar ve davranış bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış* kategorisinde yer alan açıklama “Bu kategori yalnızca lohusalıkla ilgili (doğumdan sonraki altı hafta içinde başlayan) mental bozuklukları kapsar...” biçimindedir. Ancak, doğumdan sonraki bir yıla kadar olan dönemde yer alan herhangi bir epizotta başka tanımlama yapılmaksızın bir *postnatal depresyon* tanısı kaydedildiğinde de F53.0 kodu atanabilmektedir.

A. Doğum veya lohusalık bakım epizodu**ÖRNEK 1:**

Tanı: Hasta, spontan vajinal doğum ile canlı bir bebek doğurmuştur. Hastaya, postnatal depresyon tanısı konulmuştur. Bu terimin daha ayrıntılı tanımı sağlanmaya çalışılmış; ancak, bu gerçekleştirilememiştir.

Kodlar: O80 *Tek spontan doğum*
 F53.0 *Lohusalıkla ilişkili hafif mental bozukluklar ve davranış bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış*
 Z37.0 *Tek canlı doğum*
 90467-00 [1336] *Spontan verteks doğumu (isteğe bağlı kod)*

ÖRNEK 2:

Tanı: Hasta, yanlış gelişe karşı intravenöz genel anestezi ile, elektif alt parça sezeryan kesisi yoluyla ikiz canlı doğum yapmıştır. Doğumu takip eden haftada hasta depresyona girmiş ve çok ağlamıştır. Psikiyatrist, hastaya lohusalık hüznü (postpartum blues) tanısı koymuştur.

Kodlar: O32.5 *Anne bakımı, bir veya daha fazla fetüsün yanlış gelişinin, çoğul hamilelikte*
 F53.8 *Lohusalıkla ilişkili diğer mental bozukluklar ve davranış bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış*
 Z37.2 *İkiz, canlı doğum*
 16520-02 [1340] *Elektif alt parça sezeryan kesisi*
 92514-XX [1910] *Genel anestezi*

ÖRNEK 3:

Tanı: Hasta, 36. haftada, içinde bulunduğu majör depresyonun alevlenmesi sebebiyle yatak istirahati ve antidepressant tedavisi için hastaneye yatırılmıştır. Aynı epizotta, hasta, 39. haftada, spontan vajinal doğum ile canlı bir bebek doğurmuştur.

Kodlar: O99.3 *Mental bozukluklar ve sinir sistemi hastalıkları, gebelik, doğum ve lohusalığı komplike eden*
 F32.20 *Psikotik semptomları olmayan ağır depresif nöbet, postnatal dönemden kaynaklandığı belirtilmemiş*
 Z37.0 *Tek canlı doğum*
 90467-00 [1336] *Spontan verteks doğumu (isteğe bağlı kod)*

B. Doğumdan sonraki bir yıla kadar olan dönemdeki bakım epizotları (doğum sonrası ve lohusalık epizotları)**ÖRNEK 4:**

Tanı: Hasta, doğumdan sonraki altı ayda postnatal depresyon sebebiyle hastaneye yatırılmıştır. Dört hafta sonra taburcu edilmiştir. Depresyonun tipi ile ilgili daha fazla tanımlama bilgisi edinilememiştir.

Kodlar: F53.0 *Lohusalıkla ilişkili hafif mental bozukluklar ve davranış bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış*

ÖRNEK 5:

Tanı: Hasta, doğumdan sonraki altı ayda postnatal depresyona ilişkin bir geçici teşhisle hastaneye yatırılmış, daha sonra hastada majör depresyon teşhis edilmiştir. Hasta, dört hafta sonra taburcu edilmiştir.

Kodlar: F32.21 *Psikotik semptomları olmayan ağır depresif nöbet, postnatal dönemden kaynaklanan*

0506 UYUM TEPKİSİ/ DEPRESİF TEPKİ

Depresyon NOS

F32.9- *Depresif nöbet, tanımlanmamış* kodunu atamadan önce klinik kod uzmanları bilgi almak ve daha ayrıntılı özellikleri öğrenmek için klinik tedavi uzmanlarına başvurmalıdır.

‘Depresyonun’ gerek ana tanı olması gerekse elektrokonvülsif tedavi (ECT) ile tedavi edilmesi halinde, klinik tedavi uzmanından depresyonun **majör** bir depresyon olup olmadığını belirlemesi istenmelidir.

F32.- *Depresif nöbet*
veya

F33.- *Yineleyici depresif bozukluk*

Majör Depresyon

Tek bir önemli depresif nöbetle karakterize majör depresyon için F32.- *Depresif nöbet*’i atayın.

Birden fazla önemli depresif nöbetle karakterize majör depresyon için ise F33.- *Yineleyici depresif bozukluk*’u atayın.

0511 FOBİ İLE BİRLİKTE PANİK ATAKLAR

Hem panik ataklar (F41.0 *Panik bozukluğu [paroksizmal anksiyete nöbeti]*) hem fobi kodlanmalı, fobi (F40.-) ilk sırada yer almalıdır.

Açıklama: Bu standart, panik bozukluğun eşlik ettiği (F40.01 *Agorafobi, panik bozukluğun eşlik ettiği*) ve panik bozukluğun eşlik etmediği (F40.00 *Agorafobi, panik bozukluğun eşlik etmediği*) durumlarını belirten bir beşinci karakterin bulunduğu F40.0 *Agorafobi* kategorisini kapsamaz. Panik ataklarla birlikte görülen diğer bütün fobiler için yukarıdaki gib iki kod atanmalıdır.

0512 KİŞİLİK ÖZELLİĞİ/ BOZUKLUĞU

Bir kişilik özelliği tanısının (örneğin, paranoid kişilik) konulması halinde, klinik tedavi uzmanından, tanının gerçekte bir bozukluk mu yoksa bir kişilik özelliği mi olduğunu doğrulaması istenir. Tanı, bir bozukluk tanısı ise kodlanmalıdır.

F60 *Özgün kişilik bozuklukları*’nda farklı dördüncü karakter altında sınıflandırılabilir bir dizi terimi içeren bir tanının konulması halinde, her bir bozukluk kodlanmalıdır. Örneğin, B kümesi kişilik bozukluğu, bir dizi kişilik bozukluğunu belirtir: antisosyal, borderline, histriyonik veya narsisistik (daha yaygın olarak, borderline veya antisosyal kişilik bozuklukları). Baskın kişilik bozukluğu, kaydedilmiş olan herhangi diğer kişilik bozukluğu ile birlikte ilk sırada kodlanmalıdır. Bir tanının baskın kişilik bozukluğu tanımlanmaksızın konulması halinde, klinik tedavi uzmanından bilgi istenmelidir.

0516 SOSYAL KODLAR

Ana tanının bir zihin bozukluğu olduğu vakaları kodlarken, klinik kod uzmanları aşağıda verilen kodlar gibi kodlar hakkında bilgi sahibi olmalı:

Z59 *Barınacak yer ve ekonomik durumlarla ilgili problemler*

Z60 *Sosyal çevreyle ilgili problemler*

Z63 *Primer destek gruplarıyla ilgili diğer problemler, aile durumları dahil*

Z64 *Psikososyal durumlarla ilgili problemler*

Z65 *Psikososyal durumla ilgili diğer problemler*

ve belirtilen durumlar mevcut bakım epizodunda hasta yönetimini etkiliyorsa, bu kodları **ACS 0002** *Ek tanımlar*’a uygun şekilde ek tanı olarak atamalıdır.

0517 TEDAVİYE UYUMSUZLUK

Z91.1 *Kişisel tıbbi tedavi ve rejime uyumsuzluk öyküsü*, uyumsuzluğun bir yatış sırasında öne çıkan bir faktör olması halinde kullanılmalıdır. Bu kod ana tanı olarak kullanılmamalıdır.

0520 ZİHİNSEL HASTALIK AİLE ÖYKÜSÜ

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.
- Zihinsel hastalık araştırması veya epidemiyolojik çalışmalar için aile bilgilerine ihtiyaç duyulması halinde, bilgilerin rutin bir yolla toplanması zor olacağından, bu bilgilerin bu amaç için oluşturulmuş bir örneklem üzerinden toplanması daha uygun olacaktır.

0521 HASTANIN ZİHİNSEL HASTALIK BELİRTİSİ TAŞIMAKSIZIN HASTANAYE YATIRILMASI

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, idareci tarafından istenilmiş* olmalıdır. Zihinsel hastalık belirtisi taşımaksızın hastaneye kendiliğinden yatan hastalar için ise uygun şekilde Z00.4 *Genel psikiyatrik muayene NEC* ve Z71.1 *Teşhis edilmemiş korku verici şikayeti olan kişi* kodu kullanılmalıdır.

0525 MADDE REHABİLİTASYONU VE DETOKSİFİKASYONU

Uygun tedaviler için [1872] *Alkol ve uyuşturucu rehabilitasyonu ve detoksifikasyonu* bloğunda listelenen kodları, durumla ilgili bir tanı kodu ile birlikte kullanın. Z50.2 *Alkol rehabilitasyonu* ve Z50.3 *Uyuşturucu rehabilitasyonu* kodu, yatan hasta bakım epizotları için atanmamalıdır.

0526 MÜNCHAUSEN'S BY PROXY**Tanımı**

Münchausen sendromu, hastalığın genellikle akut, dramatik ve kuvvetli bir biçimde yineleyen oluşumunu ifade eder. Münchausen's by proxy, sendromun, bir çocuğun hasta yerine konabildiği ilginç bir varyantıdır. Anne baba, öyküyü çarpıtarak, çocuğa ilaçlarla zarar verebilmekte, idrar numuneleri, vb. ye kan veya bakteriyel kirleticiler katabilmektedir (Berkow, R. (Ed.). (1999). *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*, (17. Basım))

Klasifikasyon

Münchhausen's by proxy söz konusu olduğunda, bu durumun görüldüğü kişi hasta değil, hastanın **anne babası** olduğundan, Münchhausen sendromunun (F68.1 *Fiziksel veya psikolojik yetersizliklerin veya semptomların istemli olarak üretimi veya taklidi*) kodlanması uygun olmayacaktır. Doğru kodlama şöyledir:

T74.1 *Kötü muamele sendromları, fiziksel kötüye kullanma*
Y07.01 *Diğer kötü muamele sendromları anne baba arasında*

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

0528 ALZHEİMER HASTALIĞI

'Alzheimer demansı'ndan ziyade yalnızca 'Alzheimer hastalığı' kaydedilirken, demans ögesi varsayılabilir ve bu nedenle her zaman şu iki kod atanmalıdır: G30.- *Alzheimer hastalığı* ve F00.-**Alzheimer hastalığındaki demans*.

0530 İLAÇTA DOZ AŞIMI

Bir hasta ilaçta doz aşımı tedavisi için hastaneye yatırılırsa ve daha sonra aynı bakım epizodunda¹ ilişkili bir psikiyatrik durum için tedavi edilirse, doz aşımı ana tanı olarak sıralanmalıdır.

¹*Çoğu durumda bakım epizodunun bir 'akut' bakım türü olarak kabul edilmeye devam edeceği akıldan çıkarılmamalıdır (bakınız Ulusal Sağlık Bilgi Komitesi. (2001) National Health Data Dictionary, Version 10, AIHW); bu nedenle söz konusu bakım epizodu, bir bakım epizodu olarak kodlanacaktır.*

0531 ZİHİNSEL BOZUKLUK/ ZİHİNSEL ÖZÜRLÜLÜK

Zihinsel özürlülük

Klinik tedavi uzmanları, **zihinsel özürlülük** ve **zeka geriliği** teriminin birbirinin yerine kullanılan terimler olduğunu belirtmiştir; bu nedenle, **zihinsel özürlülük** terimi kaydedilirken, F70–F79 *Zeka geriliği* kategorilerinden uygun bir kod atanmalıdır. F79.9 *Zeka geriliği, tanımlanmamış, davranış bozukluğu olmadan* kodunun son çare olarak kullanılması gerektiğini aklınızdan çıkarmayın. Bozukluğun derecesini belirlemek için, tedaviyi yapan klinik tedavi uzmanından daha fazla bilgi istenmelidir.

Zihinsel bozukluk

Zihinsel bozukluk terimi ile ilgili olarak:

- Durum, **konjenital** bir durum ise, F70–F79 *Zeka geriliği* kategorisinden bir kod atanabilir (bozukluğun derecesini belirlemek için, tedaviyi yapan klinik tedavi uzmanından bilgi istenmelidir).
- Durum, **kazanılmış** bir durum ise, daha kesin bir tanı için (demans gibi) klinik tedavi uzmanına başvurulmalıdır.

0532 KOGNİTİF BOZUKLUK

Kognitif bozukluk kaydedilirse, klinik tedavi uzmanından bozukluğun derecesi (bir başka deyişle, organik beyin hasarı sonrasında hafif derecede hafıza bozukluğu veya kaybı, demans) ile ilgili daha ayrıntılı bilgi istenmelidir. Bu mümkün değilse, R41.8 *Tanıma fonksiyonlarını ve sezgi ile ilgili diğer ve tanımlanmamış semptom ve belirtiler* kodu atanmalıdır.

F06.7 *Hafif kognitif bozukluk* yalnızca teşhisi destekleyici terimler kaydedilirken kodlanmalıdır. F06.7'ye ilişkin dizin girişleri şöyledir:

- **Değişiklik**, kognitif, genel tıbbi duruma bağlı veya sekonder
- **Bozukluk**, kognitif, hafif
- **Bozukluk**, hafif, kognitif
- **Bozukluk**, hafıza, hafif, organik beyin hasarı sonrasında
- **Kayıbı**, hafıza, hafif, organik beyin hasarı sonrasında
- **Kayıbı**, hafıza, hafif, organik beyin hasarı sonrasında

- **Hafıza bozukluğu**, yokluğu veya kaybı, hafif, organik beyin hasarı sonrasında.

Bu tavsiyenin, aşağıda belirtilen Vaka Bileşimi, DRG'ler ve klinik kodlama uzmanlık alanı kitabında verilen tavsiyeyi geçersiz kıldığı akıldan çıkarılmamalıdır: Mental Health, Drugs and Alcohol.

Notlar

6. SİNİR SİSTEMİ

0604 İNME

1. Mevcut

İnme, spesifik olmayan bir terimdir. Kodlamayı yapmadan önce, daha spesifik bir tanıya (örneğin; *subaraknoid kanama* (I60), *intraserebral kanama* (I61), *serebral enfarktüs* (I63)) ulaşmaya çalışın.

Sekel (geç etki)

Sekel, normalde bir durumun sonucunda ve genellikle başlangıçtaki durumun sonrasında bir yoksunluk ortaya çıktığında (örneğin, raşitizm sonrasında skolyoz) kullanır. İnme ise farklıdır; inmede, yoksunluklar inmenin hemen ortaya çıkan sonucudur. Bu nedenle, aşağıda verilen standard uygulanmalıdır.

ÖRNEK 1:

Hasta, 01.01.2000'de bir serebral enfarktüs geçirmiş, rehabilitasyon tedavisine devam edilmek üzere 07.01.2000'de bir rehabilitasyon merkezine sevk edilmiştir.

İlk epizot (01/01–07/01) için, I63.- (*serebral enfarktüs*) kodu artı yoksunluklara ilişkin kodlar atanmıştır.

Hasta, daha önceki bir serebral enfarktüs sebebiyle yatışın sonrasında rehabilitasyon için sevk edilmiştir. Hastada, hemiparezi ve afazi vardır.

İkinci epizot:

Kodlar:	Z50.-	(<i>rehabilitasyon</i>)
	I63.-	(<i>serebral enfarktüs</i>)
	G81.-	(<i>hemiparezi</i>) ve
	R47.0	(<i>afazi</i>)

İnme sonrasında geçen süreye bakılmaksızın hastanın tedavisine devam edilirken, I60-I64 kategorilerinden (serebrovasküler hastalıklar) bir kodu, geçerli yoksunluk kodları (örneğin, hemipleji) ile birlikte atayın.

I69.- *Serebrovasküler hastalık sekelleri* kodları yalnızca tedavi dönemi tamamlanır ancak, rezidüel yoksunluklar hala mevcut ve bir ek tanıya ilişkin kriterlere uygun olursa kullanılmalıdır.

ÖRNEK 2:

Hasta, hemikolektomi için hastaneye yatırılmıştır. Geçirilmiş bir inme sonrasındaki rezidüel hemiparezi nedeniyle hareket etkilenmiştir. Bakım epizodunda rezidüel hemiparezi tedavisi yapılmamıştır.

Gerek inme gerek hemiparezinin tedavi edilmediğini belirtmek suretiyle hemiparezi için bir ek tanı kodu ile I69.- Serebrovasküler hastalık sekelleri'ni atayın.

2. Ciddiyet

Neurosciences CCCG, bir inme epizodunun ciddiyetine ilişkin bazı göstergeler sunan bir ek tanı kodları listesi hazırlamıştır. Bir inmenin 'ciddiyeti'ni belirleyen hususun hemipleji gibi yoksunluklar olmadığını belirtmek ilginç olacaktır. Aşağıda verilen Tablo, listelenen durumlar özetleme sürecinde rutin olarak kodlanacağından, esas olarak bilgi amaçlıdır. Ancak, **bir inme vakasında, disfaji, üriner inkontinans ve fekal inkontinansın yalnızca belirli kriterler karşılandığında kodlanması gerektiğini aklınızdan çıkarmayın.**

İNME - EK TANILAR	
EK TANI	ICD-10-AM KODU (KODLARI)
Üriner sistem enfeksiyonu, yeri tanımlanmamış	N39.0
Aspirasyon pnömoniti	J69.0
Pnömoni	J12.0, J12.1, J12.2, J12.8, J12.9, J13, J14, J15.0, J15.1, J15.2, J15.3, J15.4, J15.5, J15.6, J15.7, J15.8, J15.9, J16.0, J16.8, J17.0, J17.1, J17.2, J17.3, J17.8, J18.0, J18.1, J18.2, J18.8, J18.9
Dekubitus [bası] ve alt ekstremitte ülseri	L89.-, L97
Pulmoner embolizm ve venöz tromboz	I26.0, I26.8, I26.9, I80.2
Disfaji – yalnızca nazogastrik tüp/enteral beslenmeyi gerektiriyorsa veya inmenin 7 günden fazla bir süre sonrasında hala tedavi gerektiriyorsa kodlanacaktır	R13
Üriner inkontinans – yalnızca taburcu etme sırasında inkontinans mevcutsa veya en az 7 gündür devam ediyorsa kodlanmalıdır	R32, N39.3, N39.4
Fekal inkontinans – yalnızca taburcu etme sırasında inkontinans mevcutsa veya en az 7 gündür devam ediyorsa kodlanmalıdır	R15
İdrar retansiyonu	R33
Afazi	R47.0
Septisemi	A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41.0, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.50, A41.51, A41.52, A41.58, A41.8, A41.9
Diğer bakteriyel hastalıklar (örneğin, gangren)	A30.0, A30.1, A30.2, A30.3, A30.4, A30.5, A30.8, A30.9, A31.0, A31.1, A31.8, A31.9, A32.0, A32.1, A32.7, A32.8, A32.9, A33, A34, A35, A36.0, A36.1, A36.2, A36.3, A36.8, A36.9, A37.0, A37.1, A37.8, A37.9, A38, A39.0, A39.1, A39.2, A39.3, A39.4, A39.5, A39.8, A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.50, A41.51, A41.52, A41.58, A41.8, A41.9, A42.0, A42.1, A42.2, A42.7, A42.8, A42.9, A43.0, A43.1, A43.8, A43.9, A44.0, A44.1, A44.8, A44.9, A46, A48.0, A48.1, A48.2, A48.3, A48.4, A48.8, A49.0, A49.1, A49.2, A49.3, A49.8, A49.9, B96.88, R02

3. Eski CVA

Eski CVA – aşağıdakilerden biri anlamına gelebilecek bu uygun olmayan ve yanıltıcı tanı ifadesi kodlanırken dikkat edilmelidir:

1. Hastanın, şu anda herhangi bir nörolojik yoksunluk olmaksızın bir inme öyküsü bulunmaktadır veya
2. Hastanın, hala mevcut olan nörolojik yoksunluklarla **birlikte** bir inme öyküsü bulunmaktadır.

(2). durumda, nörolojik yoksunluğun yanı sıra yoksunlukların ek tanı (bakınız **ACS 0002 Ek tanılar**) kriterlerini karşılaması halinde I69.- *Serebrovasküler hastalık sekeli* kodlanır.

Bir I69.- kodunu tek başına kodlamayın; bir başka deyişle, bu koddan önce her zaman, bir geç etki bulgusunu (örneğin; hemiparezi, afazi) gösteren bir kod gelmelidir.

0605 İNME EKSTANSİYONU

Özellik belirtilmezse, inme ekstansiyonunu bir başka serebral enfarktüs veya inmede (I60-I64 *Serebrovasküler hastalıklar*) olduğu gibi kodlayın.

0606 AFAZİ/ DİSFAZİ

Bir akut bakım epizodunda afazi ana tanı olarak kodlanmamalıdır. Kabul edilebilir bir terim olmadığından, 'disfazi' için klinik tedavi uzmanından bilgi istenmelidir.

0612 KAFA TABANI CERRAHİSİ

Kafa tabanı (kafa arka, orta ve ön çukurunun tabanı) ile ilgili lezyonların (glomus jugulare, meningiyoma, fibrosarkoma, fibröz displazi gibi) cerrahi girişimle ele alınması genellikle ameliyat sırasında birlikte veya birbirinden sonra çalışan birçok beyin ve sinir cerrahı veya farklı uzmanlık alanlarından birçok cerrahın katılımını gerektirir.

Kranyotomi, beynin retraksiyonu, tümörün izolasyonu ve rezeksiyonu ve sıklıkla kemik rekonstrüksiyonu bu girişimler arasındadır.

Osteomyelit ve/veya menenjit gibi ciddi enfeksiyonların oluşmasını önlemek için bu girişimler, dura, subkütan dokular ve derinin mutlaka kapatılması gerektiğinden genelde kullanılmaz.

0624 OTONOM DİSREFLEKSİ

T6 seviyesinin üstündeki spinal kord yaralanması sonrasında ani hipertansiyon, şiddetli baş ağrısı, bradikardi, diyaforez, piloereksiyon, dilate göz bebekleri, burun tıkanıklığı ve bulanık görme ile karakterize bir sendromdur. Genellikle spinal şok yatıştıktan sonra (bir başka deyişle, yaralanmadan birkaç ay sonra) ve yaralanmadan sonra üç yıl bitmeden önce ortaya çıkar. Ayrıca, otonom hiperrefleksi ve sempatik hiperrefleksi olarak da adlandırılır. Otonom disrefleksi kodu, G90.8 *Otonom sinir sisteminin diğer bozuklukları*'dır.

0625 TRAVMATİK OLMAYAN KUADRİPLEJİ VE PARAPLEJİ

Travmatik kuadrupleji/ paraplejinin kodlaması ile ilgili bilgi almak için bakınız **ACS 1915 Spinal (kord) yaralanma**.

Tanımı**Parapleji**

“Parapleji torasik, lomber veya sakral nörolojik segmentlerin, spinal kolondaki nöral bileşenlerin hasarına sekonder motor ve/veya duyuşal fonksiyon bozukluğu veya kaybıdır. Parapleji kolları etkilemez; ancak, seviyesine bağlı olarak gövde, bacaklar veya pelvik organlar paraplejiden etkilenir. Parapleji terimi cauda equina ve conus medullaris yaralanmalarının tanımı için doğru karşılıktır; ancak, lumbosakral pleksus lezyonları veya nöral kanal dışındaki periferik sinirlerde görülen yaralanmayı tanımlamak bu terim kullanılmamalıdır. (Miller-Keane (1997). *Encyclopedia & Dictionary of Medicine Nursing and Allied Health* (6. Basım).

Kuadrupleji

“Kuadrupleji, kol ve bacakların tamamının paralizidir. Spinal kordun servikal spinal segmentlerinin hasarına bağlı olarak bu segmentlerdeki motor ve/veya duyuşal fonksiyonun bozulması veya kaybolması nedeniyle, kolların yanı sıra bacaklar, gövde ve pelvik organların fonksiyonunun bozulması ile sonuçlanır. Kuadrupleji terimi, brakial pleksus lezyonları veya spinal kanal dışındaki periferik sinirlerin yaralanmalarına bağlı durumları içermez.”

(Miller-Keane (1997). *Encyclopedia & Dictionary of Medicine Nursing and Allied Health* (6. Basım).

Klasifikasyon

Parapleji/ kuadriplejinin başlangıç [akut] dönemi

Travmatik olmayan parapleji/ kuadriplejinin ‘akut’ dönemi şunlardan oluşur:

Transvers miyelit veya spinal kord enfarktüsü gibi bir travmatik olmayan bir tıbbi durumun sonucunda ilk kez yatış. Bu, remisyonda olan ancak kötüleşen ve bir hastalık epizodunda ilk yatış için, travma sonrası ilk kez hastaneye yatırılan hastalarla aynı derecede tedavi gerektiren bazı tıbbi ve cerrahi durumları içerebilmektedir.

Bir hasta, spinal kord lezyonuna neden olan bir durum (örneğin, miyelit) gösteriyorsa, şu kodlamaları yapın:

1. Durumu (miyelit), ana tanı olarak.
2. G82.- *Parapleji ve tetrapleji*’den bir kodu, beşinci karakter olarak ‘1’ (tanımlanmamış, akut), 3 (tam, akut) veya 5 (tamamlanmamış, akut) ile birlikte.

Parapleji/ kuadriplejinin sonraki [kronik] dönemi

Parapleji/ tetrapleji/ kuadriplejinin sonraki dönemi şunlardan oluşur:

Başlangıç dönemi tedavisi için bir akut hastanede geçirdiği dönem sonrasında bir hastane/ tesise (rehabilitasyon dahil) yatırılan bir paraplejik/ kuadriplejik hasta.

Parapleji/ kuadriplejinin bir ek tanı tanımına uygun olması halinde, üriner sistem enfeksiyonu, femur kırığı, vb. ana tanısıyla hastaneye yatırılan bir paraplejik/ kuadriplejik hasta.

Yukarıdaki vakalarda, uygun şekilde G82.- *Parapleji ve tetrapleji* kodu ile diğer durumları atayın. Bu tanıların sırası, ana tanının tanımına uygun olmalıdır. G82.- *Parapleji ve tetrapleji* kodundan hemen sonra, parapleji/ kuadriplejinin (travmatik olmayan) esas sebebini belirtmek için bir ek kod (ek kodları) atayın. Esas sebep şunlar olabilir:

1. Artık mevcut olmayan geçirilmiş bir durum (örneğin; viral enfeksiyon, tıbbi/ cerrahi bakım komplikasyonu, selim spinal neoplazma).
2. Kronik bir durum (örneğin; multiple skleroz, dejeneratif spinal hastalık).

(1)nci durumda, kullanılabilir olduğu hallerde bir sekel kodunu atayın (ayrıca bakınız **ACS 0008 Sekel**) ICD-10-AM’de sekel kodu yoksa, kişisel malignite öyküsü veya diğer durumlara ilişkin Z85-Z87 kategorilerinden uygun kodu atayın.

(2)nci durumda ise, kronik duruma ilişkin bir kodu atayın.

Spinal kord yaralanmasının etiyolojisi kayıta belirtilmezse, klinik tedavi uzmanından bilgi istenmelidir.

0627 MİTOKONDRIYAL BOZUKLUKLAR

Mitokondriyal bozukluklar, özellikleri bakımından değişiklikler gösterir (heterojenlik). Bu değişkenlik, farklı organ sistemlerinin farklı miktarlarda hastalıklı mitokondri içerebilmesi ve yalnızca hastalıklı mitokondri yüzdesi yüksek olan dokuların fonksiyonunun bozulmasından kaynaklanır. Mitokondriyal bozukluklar farklı kişilerde farklı yollardan kendini gösterir; örneğin, beyin hastalığı (ensefalopatiler), sinir hastalığı (nöropatiler), kas hastalığı (mitokondriyal miyopatiler), kardiyak hastalığı (kardiyomiyopatiler), endokrin, böbrek veya kemik iliği hastalığı ya da bu hastalıklarla diğer özelliklerin bir karması. Son zamanlarda, diyabet ve iskemik kalp hastalığı gibi daha yaygın hastalıkların bazı vakalarda bir mitokondriyal sebebe dayandığı ortaya konulmuştur. Parkinson hastalığı ve Alzheimer hastalığı gibi yaşlanmaya bağlı hastalıklar da kısmen mitokondriyal yetersizlik sonucunda ortaya çıkabilmektedir.

ICD-10-AM’de spesifik kodlama yapılan mitokondriyal bozukluklardan bazıları şöyledir:

Mitokondriyal ensefalopati laktikasidoz inme benzeri epizot sendromu (MELAS)

Mitokondriyal ensefalopati laktikasidoz inme benzeri epizot sendromu (MELAS), ilk görülme yaşı değişse de genellikle gençler üzerinde etkili olan bir sendromdur. Önceleyen semptomlar arasında, uzun süre devam eden sinir sağırlığı veya şiddetli migren yer alabilmektedir. Sendromun geliştiği tipik olarak, sıklıkla bir posterior serebral amfazi ile birlikte ani inme benzeri epizotlardır. Tanı

ya bir kas biyopsisinde tipik morfolojik anormallik bulgusu ya da bir karakteristik mitokondriyal DNA mutasyonu bulgusu ile doğrulanmalıdır. G71.3 *Mitokondriyal miyopati, başka yerde sınıflanmamış*'ı atayın.

Miyoklonik epilepsi ile zarar gören kırmızı lifler (MERRF)

Miyoklonik epilepsi ile zarar gören kırmızı lif sendromu (MERRF) sık sık sinir sağlığı, serebellar ataksi ve yaygın epileptik olaylar dahil olmak üzere diğer özelliklerle birlikte miyoklonik epilepsi ile karakterize bir durumdur. Tanı, bir kas biyopsisinde karakteristik anormalliklerin tanımlanması (zarar gören kırmızı lifler) veya bir patognomonik mitokondriyal DNA mutasyonunun tanımlanması yoluyla doğrulanmalıdır. G40.4- *Diğer yaygın epilepsi ve epileptik sendromlar*'ı atayın.

Kronik ilerleyici eksternal oftalmopleji

Kronik ilerleyici eksternal oftalmopleji, okülotomotor kasların ilerleyen zayıflığı ile karakterize bir durumdur. İlişkili ekstremitte zayıflığı ile bazı vakalarda ilişkili merkezi sinir sistemi, retinal veya kardiyak durumlar olabilir. Tanı, karakteristik kas biyopsisi anormallikleri veya bir tanısal mitokondriyal DNA mutasyonu bulgusu ile doğrulanmalıdır. G31.8 *Sinir sisteminin diğer tanımlanmış dejeneratif hastalıkları*'nı atayın.

Kearns-Sayre sendromu veya Okülokraniosomatik sendrom

Kearns-Sayre sendromu veya Okülokraniosomatik sendrom, çocuklukta başlayan, kronik ilerleyici eksternal oftalmopleji, kalp bloğu, retinit pigmentosa ve CNS dejenerasyonu ile karakterize bir mitokondriyal hastalıktır. H49.8 *Diğer paralitik strabismus*'u atayın.

Mitokondriyal miyopati

Mitokondriyal yetmezlikle ilişkili ilerleyici ekstremitte zayıflığı veya yorulma eğilimi görülen bazı hastalarda ekstraoküler tutulum bulunmaz. Bu tür vakalar, mitokondriyal miyopati olarak sınıflandırılmalıdır ve tanı, karakteristik kas biyopsisi histolojik anormallikleri veya tanısal mitokondriyal DNA mutasyonunun tanımlanmasına bağlıdır. G71.3 *Mitokondriyal miyopati, başka yerde sınıflanmamış*'ı atayın.

Bir 'mitokondriyal bozukluk', 'mitokondriyal hastalık' veya 'mitokondriyal sitopati' tanısı, durumun kesin niteliği hakkında daha fazla bilgi olmaması halinde E88.8 *Diğer tanımlanmış metabolik bozukluklar* ile kodlanmalıdır.

0629 STEREOTAKTİK RADYOCERRAHİ, RADYOTERAPİ VE LOKALİZASYON

Stereotaktik radyocerrahi (SRS) ve stereotaktik radyoterapi (SRT), beyin lezyonlarının (genellikle tümörler) tedavisinde kullanılan girişimlerdir ve hem beyin ve sinir cerrahları hem radyoterapistlerin katılımını gerektirir.

SRS ve SRT ile tedavi edilen beyin tümörü veya lezyonu tipleri şöyledir:

İyi huylu

Arteriyovenöz malformasyonlar
Meningjiomlar
Akustik nöromalar
Hipofiz tümörleri

Kötü huylu

Gliyomalar
Metastazlar (nadir)

Intrakraniyal stereotaktik lokalizasyon (40803-00 [1] *Intrakraniyal stereotaktik lokalizasyon*), brakiterapi, radyoterapi veya intrakraniyal cerrahi için kesin pozisyonun belirlenmesine imkan tanır ve her zaman stereotaktik radyoterapi veya stereotaktik radyocerrahiden önce gerçekleştirilir. Intrakraniyal stereotaktik lokalizasyon, temelde 'headframe' uygulamasına dayanan birçok prosedürel bileşen içerir. Tanısal görüntüleme işlemleri (CT, MRI, anjiyografi, miyelografi, ventrikülografi) bilgisayar destekli koordinat belirleme, lokalizasyon ve hedefleme ile gerçekleştirilir.

Intrakraniyal stereotaktik lokalizasyonun bu prosedürel bileşenlerinin, intrakraniyal stereotaktik lokalizasyon koduna dahil edildiği, bunların ayrıca kodlanmadığı akıldan çıkarılmamalıdır.

Stereotaktik radyoterapi ile stereotaktik radyocerrahi terimleri arasındaki fark genelde kullanılan çerçevenin tipi ile tedavi edilen lezyonun büyüklüğüne dayanır.

Stereotaktik radyocerrahi:

- büyük tek dozda x-ray'ler
- küçük tümörlerde kullanılır, genellikle çapı 3 cm'den küçük olanlar
- intrakraniyal stereotaktik lokalizasyonda, kafaya monte edilen bir 'head-ring' kullanılır

Aşağıdaki kodları atayın: 15600-00 [1789] *Stereotaktik radyasyon tedavisi, tek doz*
40803-00 [1] *Intrakraniyal stereotaktik lokalizasyon*

Stereotaktik radyoterapi:

- parçalı tedavi (Gama bıçak veya LINAC kullanılır)
- büyük tümörler için veya beyin sapı, optik kiazma veya optik sinirler gibi kritik yapılara yakın olduğunda kullanılır
- intrakraniyal stereotaktik lokalizasyonda, 'bite block'a monte edilen bir 'head-ring' kullanılır

Aşağıdaki kodları atayın: 15600-01 [1789] *Stereotaktik radyasyon tedavisi, parçalı*
40803-00 [1] *Intrakraniyal stereotaktik lokalizasyon*

Intrakraniyal stereotaktik lokalizasyon, bir beyin tümörü veya lezyonunu yok etmeye, aspire etmeye veya bunların biyopsisine yönelik intrakraniyal cerrahiden önce gerçekleştirilebilmektedir. Intrakraniyal stereotaktik cerrahi girişimlerinin diğer örnekleri arasında epilepsi için elektrot implantasyonu, Rickham rezervuarı uygulaması veya anevrizmaların kesilmesi işlemleri yer alır. Bu örneklerde, intrakraniyal stereotaktik lokalizasyon, intrakraniyal cerrahiye ilişkin ilgili kod kapsamında bir ek kod ile kodlanacaktır.

ÖRNEK 1:

Stereotaktik beyin biyopsisi

39703-00 [12] *Beynin biyopsisi, burr delikleri aracılığıyla*
40803-00 [1] *Intrakraniyal stereotaktik lokalizasyon*

Spinal stereotaktik lokalizasyon (90011-05 [29] *Spinal stereotaktik lokalizasyon*), günümüzde, stereotaktik biyopsi, spinal lezyon veya spinal füzyonun aspirasyonu ya da yok edilmesi gibi spinal cerrahi ile birlikte gerçekleştirilmektedir. İntrakraniyal prosedürlerde olduğu gibi, spinal stereotaktik lokalizasyon spinal cerrahiden önce gerçekleştirilir ve bilgisayar destekli koordinat belirleme, lokalizasyon ve hedefleme ile yapılan tanısal görüntüleme işlemlerini (CT, MRI, miyelografi) içerir. Stereotaktik lokalizasyon çerçeveleri omurga için tasarlanmış olsa da, kullanımları nadirdir.

90011-05 [29] *Spinal stereotaktik lokalizasyon*, ilgili olduğu spinal prosedür kodundan sonra gelmelidir.

ÖRNEK 2:

Spinal menenjiyomannın stereotaktik işleme yok edilmesi

40312-00 [53] *Spinal intradural lezyonun yok edilmesi*
90011-05 [29] *Spinal stereotaktik lokalizasyon*

0630 KUADRİPLEJİK EL CERRAHİSİ

Bu girişimler, özel ünitelerde, deneme ile gerçekleştirilmektedir. Bunlar, ön kolun rekonstrüksiyonu ile aktif miyotomların kullanımını içerir. En yaygın rekonstrüksiyon, bir Dacron grefi kullanmak suretiyle deltoid-triseps kasların naklidir. Motorize sinir stimülatörlerinin implantasyonu da yapılabilmektedir. Gerçekleştirilen her bir ayrı girişimi, aşağıda verilen kodları bir genel rehber olarak kodlayın:

47966-01 [1573] *Kas nakli, NEC*
90012-00 [67] *Periferik nörostimülatörün implantasyonu*

0631 BENİGN TİTREME ATAKLARI

Benign titreme atakları, iyi bilinen, küçük yaşta çocuklarda görülen bir nörolojik durum olup en iyi, hareket bozukluğu olarak tanımlanır. Atak, nöbet veya konvülsiyonlara işaret etmeyen bir nonpileptik bozukluktur ve günde birçok kez meydana gelebilmekte ancak, çocuk büyüdükçe oluşum sıklığı düşme eğilimi göstermektedir. Etiyolojisi bilinmemektedir ve herhangi bir rezidüel etki bırakmaksızın kendiliğinden kaybolmaktadır. Bir atak sırasında, herhangi bir elektroensefalografik (EEG) değişiklik meydana gelmemektedir ve genelde tedavisi kesin olmamaktadır. Benign titreme atakları, G25.8 *Diğer tanımlanmış ekstrapiramidal bozukluklar ve hareket bozuklukları* kapsamında kodlanır.

0632 STEREOTAKTİK BRAKİTERAPİ

İntrakraniyal lezyon veya tümörler, stereotaktik brakiterapiyle yok edilebilmektedir. Stereotaktik radyocerrahi veya radyoterapide olduğu gibi, stereotaktik lokalizasyon (bakınız ACS 0629 *Stereotaktik radyocerrahi, radyoterapi ve lokalizasyon*) brakiterapi işleminden önce yapılır.

Stereotaktik brakiterapi için uygun kodu, stereotaktik lokalizasyon kodu, doz oranına bağlı olarak farklılaşma ile birlikte atayın.

90764-00 [1791] *Brakiterapi, intrakaviter, düşük doz oranı veya*
90764-01 [1791] *Brakiterapi, intrakaviter, yüksek doz oranı ile birlikte*
40803-00 [1] *Intrakraniyal stereotaktik lokalizasyon*

Stereotaktik brakiterapi, beyne müdahaleyi gerektirir. Bu işlem, burr delikleri içinden veya daha önceki parsiyel rezeksiyon ya da tumor biyopsisi cerrahisinden kalan bir kranyotomi flepi ile yapılabilir. Stereotaktik brakiterapi için burr deliklerinin kullanılması gerekiyorsa, bir ek tanı kodu olarak 39012-00 [7] *Burr delikleri* 'ni atayın.

0633 STEREOTAKTİK SİNİR SİSTEMİ CERRAHİSİ

İntrakraniyal stereotaktik sinir sistemi cerrahisi

İntrakraniyal stereotaktik sinir sistemi cerrahisi, stereotaktik palidotomi (şu anda, tercih edilen tedavi biçimidir), stereotaktik talamotomi ve stereotaktik singülotomi gibi girişimler için kullanılan terimdir. Bu girişimler, Parkinson hastalığı semptomlarının (bakınız aşağıda verilen örnek) tedavisinde kullanılmaktadır.

Parkinson hastalığı semptomları:

Hiperkinetik

tremor
sertlik
ilaca bağlı diskinezi

Hipokinetik

bradikinezi
yavaş yürüyüş
postural dengesizlik

L-dopa (levodopa), Parkinson hastalığı semptomlarının tedavisinde uzun süredir kullanılmaktadır. Ancak, bazı hastalarda, ilaca verilen ilk tepki iyi ve semptomlar kontrol altında iken, L-dopa'nın etkileri yavaş yavaş kaybolmakta ve hiperkinezi gibi semptomlar tekrar ortaya çıkmaktadır. Stereotaktik sinir sistemi cerrahisinde, stimüle eden elektrotlar, elektrokoter, radyofrekansı veya kriyoşürjiye başvurulmak suretiyle beyinde bir lezyon (genellikle 4-5 mm uzunluğunda ve 3-4 mm genişliğinde) oluşturulmakta veya stimüle edilmektedir. Cerrahi girişimin başarılı olması koşuluyla, stereotaktik sinir sistemi cerrahisi hastanın ilacı bir kez daha tolere etmesine ve hastalıkları (Parkinson hastalığı) ile ilgili olarak yaşam kalitelerini iyileştirmelerine imkan tanır.

Stereotaktik sinir sistemi cerrahisi, intrakraniyal stereotaktik lokalizasyon işleminden sonra gerçekleştirilir ve stereotaktik 'headframe' uygulaması ile ve MRI, CT, anjiyografi veya ventrikülografi, bilgisayar destekli koordinat belirleme, lokalizasyon ve hedefleme gibi tanısal görüntüleme işlemlerini içerir. Daha sonra stereotaktik sinir sistemi cerrahisi (pallidotomi, talamotomi veya singülotomy) gerçekleştirilir; girişim genellikle bir lokal anestezi ile yapılarak hastanın hareket isteklerine yanıt vermesine imkan tanınır ve hedefi bulmasında cerrahın yönlendirilmesi sağlanır.

Intrakraniyal stereotaktik lokalizasyonun ve stereotaktik sinir sistemi cerrahisinin (pallidotomi, talamotomi veya singülotomy) prosedürel bileşenlerinin, stereotaktik sinir sistemi cerrahisi koduna dahil edildiği, bunların ayrıca kodlanmadığı akıldan çıkarılmamalıdır.

ÖRNEK 1:

Parkinson hastalığının tedavisi için stereotaktik palidotomi

40801-00 [27] *Fonksiyonel intrakraniyal stereotaktik işlem*

Stereotaktik spinal cerrahi

Stereotaktik perkütan kordotomi gibi stereotaktik spinal cerrahi, kontrol edilmesi zor ağrıların tedavisinde kullanılır. Stereotaktik sinir sistemi cerrahisinde olduğu gibi, stereotaktik spinal cerrahi de spinal stereotaktik lokalizasyon işleminden (spinal kordda bir lezyon oluşturulması veya stimülasyonu) sonra yapılır yapılır.

Spinal stereotaktik lokalizasyonun, stereotaktik spinal cerrahide ayrıca kodlanmadığı, stereotaktik prosedür koduna dahil edildiği akıldan çıkarılmamalıdır.

ÖRNEK 2:

Kontrol edilmesi zor ağrı için stereotaktik perkütan kordotomi

39121-00 [58] *Fonksiyonel spinal stereotaktik işlem*

0634 SEREBROSPİNAL SIVI DRENİ, ŞANT VE VENTRİKÜLOSTOMİ

Harici ventriküler dren

Beynin bir ventrikülüne, geçici olarak oluşan fazla serebrospinal sıvıyı boşaltmak, böylece intrakraniyal basıncı azaltmak için bir harici ventriküler dren uygulanır. Dren tüpü bir harici torbaya bağlanır. Bu işlem hasta servisinde yapılabilmektedir. 39015-00 [3] *Harici ventriküler dren uygulaması*'nı atayın. Drenin çıkarılmasına ilişkin kod ise 90001-00 [4] *Harici ventriküler drenin çıkarılması*'dır.

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 de uygulanabilir. Yaklaşım, bir lomber ponksiyonu aracılığıyla ve kodlanmamalıdır. 40018-00 [41] *Lomber serebrospinal sıvı dreni uygulaması*'nı atayın. Drenin çıkarılmasına ilişkin kod ise 90008-00 [41] *Lomber serebrospinal sıvı dreninin çıkarılması*'dır.

Serebrospinal sıvı şantları

Hidrocefalide olduğu gibi fazla serebrospinal sıvıyı beyinin ventriküllerinden, sıvının yeniden emilebileceği periton boşluğu gibi bir ekstrakraniyal boşluğa yöneltmek için bir serebrospinal sıvı şantı uygulanır.

Bu şant, proksimal ucu bir burr deliği içinden dilate lateral ventriküle yerleştirilen bir kateterden oluşur. Yaklaşım, burr deliğidir ve kodlanmamalıdır. Daha sonra, kateter borusu, tutturulduğu distal bölgeye doğru subkütan yolla uzatılır. Basıncı düzenlemek ve tek yönlü akış sağlamak için şantta bir valf bulunur.

Şantın yerine bağlı olarak şu kodları atayın:

40003-00 [5]	<i>Ventrikülo-atrilyel şant uygulaması veya</i>
40003-01 [5]	<i>Ventriküloplevral şant uygulaması veya</i>
40003-02 [5]	<i>Ventriküloperitonel şant uygulaması veya</i>
40003-03 [5]	<i>Diğer ekstrakraniyal bölgeye ventriküler şant uygulaması</i>

uygulaması

Alternatif bir şekilde, bir serebrospinal sıvı şantı, sıvının bir ekstrakraniyal boşluğa yönlendirilmesi için cisterna magnaya da uygulanabilmektedir. Sıvıyı herhangi bir ekstrakraniyal bölgeye yönlendiren bir sisternal şantın uygulanması ile ilgili olarak 40003-04 [5] *Sisternal şant uygulaması* kodunu atayın.

Serebrospinal sıvı şantı endoskopik olarak da uygulanabilmektedir. Şantın uygulanmasına ilişkin koda ek olarak 40903-00 [1] *Nöroendoskopi*'yi atayın.

Bir obstrüksiyonu azaltmak veya bir fonksiyon bozukluğunu düzeltmek için proksimal veya distal bölgede serebrospinal sıvı şantında revizyon yapmak gerekebilir.

Proksimal bölgedeki revizyonla ilgili olarak

Aşağıdaki kodları atayın:	40009-00 [24]	<i>Ventriküler şant revizyonu veya</i>
	40009-01 [24]	<i>Sisternal şant revizyonu</i>

Distal bölgedeki revizyonla ilgili olarak

Aşağıdaki kodları atayın:	90330-00 [1001]	<i>Serebrospinal sıvı [CSF] şantının revizyonu, periton bölgesinde</i>
	90174-00 [557]	<i>Serebrospinal sıvı [CSF] şantının revizyonu, plevral bölgede</i>
	90200-00 [605]	<i>Serebrospinal sıvı [CSF] şantının revizyonu, atriyel bölgede</i>

Serebrospinal sıvı şantını gerek intrakraniyal gerek distal bölgeden çıkarma işlemi için bir kod atanır; bu kod aşağıdakilerden biri veya her ikisini birden içerir:

40009-03 [5]	<i>Ventriküler şantın çıkarılması veya</i>
40009-04 [5]	<i>Sisternal şantın çıkarılması</i>

Ara sıra, serebrospinal sıvı şantı, sıvının periton boşluğuna yönlendirilmesi amacıyla lomber subaraknoid boşluğa da uygulanabilmektedir. 40006-00 [42] *Spinal şant uygulaması*'ni atayın.

Spinal şant revizyonu ile ilgili olarak

Şu kodları atayın: 40009-02 [56] *Spinal şant revizyonu* (proksimal bölgedeki revizyonla ilgili olarak) veya

90330-00 [1001] *Serebrospinal sıvı şantının revizyonu, periton bölgesinde*

(distal periton bölgesindeki revizyonla ilgili olarak)

Spinal serebrospinal şantın çıkarılmasına ilişkin kod ise 40009-05 [42] *Spinal şantın çıkarılması*'dir.

Ventrikülostomi

Ventrikülostomi 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.

Ventrikülostomide (Torkildsen girişi), her bir lateral ventrikülden cisterna mangaya uzanan valfsiz kateterlerin yerleştirilmesine imkan tanıyan, genellikle bir posterior fossa yaklaşımı ile açılan çift taraflı oksipital burr delikleri kullanılır. 40000-00 [19] *Ventrikülostomi*'yi atayın.

Üçüncü ventrikülostomide ise, serebrospinal sıvının spinal korda - sıvı burada emilebilmektedir - geçmesini sağlamak üzere üçüncü ventrikülün ön duvarında bir açıklık oluşturulur. 40012-00 [19] *Endoskopik üçüncü ventrikülostomi* veya 40012-01 [19] *Üçüncü ventrikülostomi*'yi atayın.

0635 UYKU APNESİ VE İLGİLİ BOZUKLUKLAR

Horlama

Tanımı

Horlama, uvula ve yumuşak damak gibi yapıların hava akışındaki türbülansla titreşmesi sonucunda üst havayolundaki hava akışının türbülansı ile meydana gelir. Horlama obstrüksiyon olmaksızın da oluşabilmektedir; ancak, neredeyse bütün vakalarda obstrüktif uyku apnesi sendromu (OSAS) görülür.

Bu nedenle, tedaviyi yapan klinik tedavi uzmanınca kaydedilmemiş olması koşuluyla, horlama, obstrüktif uyku apnesi sendromuna **bağlanamaz**.

Klasifikasyon

OSAS'a ilişkin herhangi bir dokümantasyon yoksa R06.5 *Ağız solunumu*'nu atayın. Horlama ile birlikte OSAS'ın kaydedilmesi halinde ise, yalnızca G47.32 *Obstrüktif uyku apnesi sendromu*'nu atayın.

Obstrüktif uyku apnesi sendromu (G47.32)

Tanımı

Obstrüktif uyku apnesi-hipoapnesi sendromu (OSAHS), uykuda parsiyel veya tam üst havayolu obstrüksiyonun rekürren epizotları ile karakterizedir. Bu, devam eden solunum çabalarına rağmen hava akışında bir azalma (hipoapne) veya hava akışının tamamen durması (apne) ile kendini gösterir. Bu olaylar genellikle uyanmalarla sonlandırılabilir. Belirgin olanlarından biri aşırı somnolens olmak üzere gündüz semptomlarının uyku bozukluğu (rekürren uyanmalar) ve olasılıkla rekürren hipoksemi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bütün OSAS hastalarının gündüz uykusuna eğilim göstermediği akıldan çıkarılmamalıdır.

OSAS'ın altında yatan en yaygın sebep, hastanın orafarinksinin doğuştan dar olmasıdır. Bu problem, yaşın ilerlemesi ile birlikte, dokular esnekliklerini kaybettikçe, kilo aldıkça, kadınlarda menopoz dönemine yaklaşıldıkça ve üst havayolunda kas relaksasyonunu artıran alkol ve diğer sedatif medikasyonların kullanımı ile büyüme eğilimi göstermektedir.

Bu problemi ortaya çıkaran diğer faktörler şöyledir:

- Obesite
- Kraniofasiyal anormallikler – mandibular eksiklik – Trisomy 21, Fragile X sendromu, Prader-Willi sendromu, Pierre-Robin sendromu gibi konjenital hastalıklar
- İntrafaringeal anatomik anormallikler – faringeal lümen darlaşması, örneğin tonsiller hipertrofi, faringeal mukoza fazlalığı, tümörler, faringeal ödem
- Üst havayolu dilatörlerini etkileyen hipotroidizm, Marfan sendromu, akromegali, nöromusküler durumlar (örneğin, bulber palsy) gibi diğer bozukluklar.

Obstrüktif uyku apnesi sendromunun, obstrüktif uyku apnesi (OSA) ve obstrüktif uyku apnesi-hipoapnesi sendromuna (OSASH) ilişkin dokümantasyonu içerdiğini **aklınızdan çıkarmayın**.

Santral uyku apnesi sendromu (G47.31)

Tanımı

Santral uyku apnesi sendromu (CSAS), uykuda üst havayolu obstrüksiyonu olmaksızın, genellikle oksijen desatürasyonları, rekürren uyanmalar ve gündüz semptomları ile sonuçlanan rekürren apneik epizotlarla karakterizedir.

Etiyolojisine göre, CSAS'nin üç tipi vardır:

- Bir nörolojik anormalliğe bağlı CSAS
- Kalp yetmezliği ile ilişkili CSAS
- İdiopatik

Santral uyku apnesi sendromunun, santral uyku apnesi (CSA) ve santral uyku apnesi-hipoapnesi sendromuna (CSASH) ilişkin dokümantasyonu içerdiğini aklınızdan çıkarmayın.

Klasifikasyon

OSAS/CSAS'e ilişkin uygun kodu ana tanı olarak, belirtilirse esas sebebe ilişkin bir ek tanı ile birlikte atayın.

Aynı anda uyku ile ilişkili iki veya daha fazla solunum bozukluğu biçiminin mevcut olabileceğini aklınızdan çıkarmayın. Örneğin; OSAS, uyku hipoventilasyon sendromu ile birlikte görülebilmektedir. Bu tür vakalarda, sıralamayı uygun şekilde yapmak için ACS 0001 Ana tanı'yı kullanarak farklı durumlara ilişkin uygun kodlamaları yapın.

Uyku hipoventilasyon sendromu (G47.33)

Uyku hipoventilasyon sendromunun (SHVS) temel özelliğini, uykuda, hipoksemi ile sonuçlanan anormal arteriyel karbon dioksit (PaCO₂) artışı oluşturur. Hipoksemi sonucunda eritrositoz, pulmoner hipertansiyon, kor pulmonale veya solunum yolu yetmezliği gibi klinik sekeller ortaya çıkar.

Üst havayolu direnci sendromu

Amerika Uyku Bozuklukları Birliği, Avrupa Solunum Derneği, Avustralasya Uyku Birliği ve Amerika Toraks Derneği'nin mevcut literatürde, benzersiz patofizyolojiye sahip bir ayırıcı sendrom olarak 'üst havayolu direnci sendromu'nu destekleyecek yeterli kanıt bulunmadığını ortaya koyan bir raporuna dayanılarak, ICD-10-AM'den bu sendrom çıkarılmıştır.

Tetkikler

Uyku apnesi için yaygın kullanılan bir tetkik, genellikle gecelik yapılan polisomnografidir. Polisomnografi elektroensefalografi, elektro-okülografi, elektromiyografi, elektrokardiyografi, oksimetri, nazal ve oral hava akışı ile torasik ve abdominal hareketlerin kaydını içerir.

Notlar

7. GÖZ VE EKLERİ

0701 KATARAKT

Tanımı

Kataraktlar, kristalin lensin opasitesi veya klarite kaybıdır. Sınıflandırmalarında etiyoloji, morfoloji, görülme yaşı, matürite, vb. gibi bir dizi kriter kullanılır.

Klasifikasyon

Katarakt senil, travmatik, ilaca bağlı, vb. olarak tanımlanmadıkça, H26.9 *Katarakt, tanımlanmamış* kodunu atayın. Mümkünse kataraktın özellikleri hakkında daha fazla bilgi edinmeye çalışın.

Aşağıda verilen rehber bilgiler, aşağıdaki spesifik katarakt durumlarının sınıflandırılmasına yöneliktir:

Katarakt sonrası

'Katarakt sonrası' (H26.4), korteksin çıkarılmasının tamamlanmaması ve bir göz içi lensin uygulanmasıyla birlikte katarakt ekstraksiyonu sonrasında ortaya çıkan bir durumdur. Yumuşak madde, rezidüel membrana karışarak bir 'psödo-katarakt' veya tedavisi Yag lazer diseksiyonu ile tedavi edilen fibröz posterior kapsül oluşturur.

Diyabetik

Bir diyabetik hastadaki kataraktlar, diyabetik olarak tanımlanmadıkça diyabetik kabul edilmemelidir.

Bir 'gerçek' diyabetik katarakt, E1-.36 *Diabetes mellitus, diyabetik katarakt ile birlikte* ile kodlanırken; diyabetteki erken başlangıçlı, yaşla ilişkili bir katarakt E1-.39 *Diabetes mellitus, diğer oftalmik komplikasyon ile birlikte* ile ve katarakt tipine ilişkin uygun bir kodla kodlanır. (Ayrıca bakınız [ACS 0401 Diabetes mellitus ve bozulmuş glukoz regülasyonu](#).)

Matürite

- İmmatür katarakt, dağılmış opasitelerin net bölgelerle birbirinden ayrıldığı bir katarakt tipidir.
- Matüre katarakt, korteksin tamamen opak hal aldığı katarakt tipidir.
- İntümesan katarakt, lensin soğurulmuş suyla şiştiği bir katarakt tipidir. İntümesan katarakt, matüre veya immatüre olabilmektedir.
- Hipermatüre katarakt, küçülen ve kapsülü lensten su sızıntıları nedeniyle kırışmış olan bir matüre kataraktır.
- Morgagnian katarakt, korteksin total likefaksiyonunun çekirdeğin alta doğru batmasına imkan tanıdığı bir hipermatüre kataraktır.

Glokom ile birlikte

Glukom ile kataraktın tedavisi aynı operasyon dahilinde yapılırsa, tanı ve prosedür kodlarında glukomu, kataraktan önce sıralayın.

Sekonder lens uygulaması ile birlikte

Sekonder lens uygulaması, H27.0 *Afaki* olarak teşhis edilmelidir. Bu vakalarda, lens ya daha önce yapılmış olan cerrahi girişimde çıkarılmıştır ya da lensin yeri değiştirilmiş veya sublukse edilmiş ve düzgün konumlandırılmamıştır.

0709 PTERJİYUM

Pterijyuma ilişkin veya pterijyumun yok edilmesi sonrasındaki beta radyasyonu için [1786] *Yüzeysel radyasyon tedavisi* bloğundan uygun bir kod atanmalıdır.

0710 ŞAŞILIK

Şaşılığın onarımı işlemi, operasyonda işlem yapılan kasların sayısı kaydedilmek zorunda olduğundan, daha ayrıntılı bilgi edinilmeden kodlanmamalıdır.

0719 KONTAKT LENS İNTOLERANSI

Kontakt lens intoleransı, aşağıdakilerden biri olarak tanımlanmadıkça, H18.8 *Korneanın diğer tanımlanmış bozuklukları* kapsamında kodlanmalıdır:

H16.8 *Keratit*
H10.4 *Kronik konjunktivit*
H18.2 *Diğer korneal ödem*

0723 KORNEAL RUST RING

Korneal 'rust ring', H18.0 *Korneal pigmentasyon ve birikimler* ve T90.4 *Göz ve orbita yaralanmasının sekeli* kapsamında, uygun bir dış neden kodu (Y85-Y89) ile birlikte kodlanmalıdır.

0724 KORNEAL KALSİYUM KELASYONU

Bant keratopati için korneal kalsiyumun kelasyonu, korneadan kalsiyumun kimyasal yolla uzaklaştırılmasıdır ve 42647-00 [170] *Parsiyel keratektomi* olarak kodlanmalıdır.

0731 KORNEAL GREFTİN REDDİ VEYA YETMEZLİĞİ

Korneal grefler, bir skarlı veya hastalıklı korneanın bir donör veya hastadan alınan berrak korneal doku ile değiştirildiği cerrahi girişimlerdir. Kornea nakli ve keratoplasti, korneal greflere alternatif tanımlamalardır. Tipik olarak, korneal greft yetmezliğinde korneal ödem (H18.2) söz konusudur; bu, faki (kristalin lens mevcut olmak üzere), afaki veya psödo-faki bir gözde ortaya çıkabilmektedir. Kornea, inflamasyon, örneğin intraoküler üveit (H20.-), endoftalmi (H44.0, H44.1) veya oküler yüzey ya da korneal inflamasyon (keratit) (H16.-) nedeniyle reddedebilmektedir. Korneal greflerin yetmezliği, bir göz içi lensin (Z96.1) varlığına da bağlı olabilmektedir.

İnflamasyon veya enfeksiyon dışında herhangi bir nedenle korneal greft yetmezliği (hücrelerin yetersiz fonksiyonu) veya reddi (hücrelerin immünle düzenlenen kaybı), T85.3 *Oküler protez cihazları, implantlar ve greftlerinin diğer mekanik komplikasyonu* kapsamında kodlanmalıdır. İnflamasyon veya enfeksiyona bağlı korneal greft yetmezliği, T85.78 *İnternal protez cihazları, implantlar ve greftlerden dolayı diğer enfeksiyon ve enflamatuvar reaksiyon* kapsamında kodlanmalıdır.

Korneal greft reddi veya yetmezliği ile ilgili ek tanımlar, T85.3 ve T85.78'e ilave olarak kodlanmalıdır; örneğin:

H44.(0,1) *Endoftalmi*
H20.- *İridosiklit*
H16.- *Keratit*
H18.2 *Diğer korneal ödem*
Z96.1 *Göz içi lensi*

0732 GİRİŞİM SONRASI GELİŞEN HİFEMA

Hifema çoğunlukla travma kaynaklıdır; ancak, girişim sonrasında da gelişebilmektedir. Girişim sonrası gelişen bütün hifema vakaları için H59.8 *Göz ve eklerinin diğer girişim sonrası bozuklukları* ve H21.0 *Hifema'yı*, uygun bir dış neden kodu ile birlikte atayın.

0733 HEMODİLÜSYON

Merkezi retinal ven tıkanıklığı (H34.8 *Diğer retinal vasküler tıkanıklıklar*), dal retinal ven tıkanıklığı (H34.8) bulunan hastalar veya iskemik optik nöropati hastalarında (H47.0 *Optik sinir bozuklukları*, NEC), hemodilüsyon girişimi gerçekleştirilebilmektedir. Venöz sistem tıkanıklığında, hastalarda veneseksiyon yapılarak, mikrodolaşımı artıran bir hacim genişletici (örneğin, Rheomacrodex) infüze edilir. 92063-00 [1893] *Kan genişletirici nakli*'ni atayın.

0740 TRABEKÜLEKTOMİ

Trabekülektomi bir skleral fistülizasyon girişimi olup, trabekülektomi ile birlikte her zaman bir periferik iridektomi de gerçekleştirilir. Skleral fistülizasyon ile periferik iridektomi, trabekülektomi girişiminin tanımında yer aldığından, yalnızca bir kodun atanması yeterli olmaktadır. 42746-04 [191] *Trabülektomi*'yi atayın.

0741 EKTROPİYON / ENTROPİYON**Tanımı**

'Entropiyon, üst ve alt göz kapaklarının içeriye doğru dönerek, kenarın göz küresinin üzerine gelmesi ve göz bebeğine sürtünmesidir. Ektropiyon ise, üst ve alt göz kapaklarının dışarıya doğru dönerek, kenarın göz küresinin üzerine gelmemesi ancak, düşmesi veya geri çekilmesidir.' (Cassin, B. and Solomon, S. (1990). *Dictionary of Eye Terminology* (2. Basım)).

Klasifikasyon

[239] *Ektropiyon veya entropiyona ilişkin girişimler* bloğu, özellikle ektropiyon ve entropiyonun onarımına yönelik olarak gerçekleştirilen girişimleri gruplamaktadır.

42581-00 [239] *Ektropiyonun koterizasyonu*

42581-01 [239] *Entropiyonun koterizasyonu*

Koter, everse/ inverse göz kapağının tedavisi için göz kapağı kenarı dokularının büzülmesi amacıyla kullanılır.

42866-00 [239] *Ektropiyon veya entropiyonun onarımı, alt rekraktörlerin sıkıştırılması veya kısaltılması yoluyla*

42866-01 [239] *Ektropiyon veya entropiyonun onarımı, alt rekraktörlerin diğer onarımı yoluyla* Entropiyon düzeltilmesi, alt 'rekraktörler'in (göz kapağını hareket ettiren mekanizma için yaygın olarak kullanılan bir terimdir) onarımı yoluyla gerçekleştirilir.

45626-00 [239] *Ektropiyon veya entropiyon düzeltilmesi, sütür tekniği ile*

Göz kapağının yanlış pozisyonunu düzeltmek için emilebilir sütürler kullanılır. İnsizyon gerekli değildir.

45626-01 [239] *Ektropiyon veya entropiyon düzeltilmesi, kama rezeksiyonu ile*

Ektropiyon veya entropiyonu gidermek için tarsus ve konjuktivanın bir kaması kesilerek çıkarılır (genellikle, üçgen, elmas veya romboid biçiminde). Katmanlı sütürlerle insizyon onarılır.

ÖRNEK 1:

Operasyon raporu:

Tanı: (Sol) Üst göz kapağının ektropiyonu

Prosedür: (Sol) Üst göz kapağının kama rezeksiyonu

Aşağıdaki prosedür kodunu atayın: 45626-01 [239] *Ektropiyon veya entropiyon düzeltilmesi, kama rezeksiyonu ile*

Açıklama: Bir ektropiyon veya entropiyonu onarmak için ICD-10-AM Cilt 3'ün herhangi bir bölümünde sınıflanmış olan, gref, kantoplasti ve tarsal soyma işlemi gibi diğer prosedürler de kullanılabilir.

ÖRNEK 2:

Operasyon raporu:

Tanı: (Sağ) LL Sikatrisyel ektropiyon

Prosedür: Lateral kantal sıkıştırma, 4/0 naylon ile

PAWG (post auriküler Wolfe grefi) (sol) kulak - (sağ) alt göz kapağı, 4/0 üzeri naylon bağ kullanılarak 6/0 BSS ile kulağa sabitlenmiş.

Aşağıdaki prosedür kodlarını atayın:

42590-00 [235]

Lateral kantoplasti

45451-00 [1649]

*Göz kapağının tam**kalınlıkta deri grefi*

Yukarıdaki örnekte, lateral kantus sütürlerle sıkıştırılmış ve ektropiyonu onarmak için bir post auriküler Wolfe grefi uygulanmıştır. *Göz kapağının* dikildiği 45626-00 [239] *Ektropiyon veya entropiyon düzeltilmesi, sütür tekniği ile ve kantusun* (üst ve alt göz kapaklarının içeride veya dışarıda birleşmesiyle oluşan köşe) dikildiği 42590-00 [235] *Lateral kantoplasti* arasındaki anatomik ayrıma dikkat edin.

Notlar

Notlar

8. KULAK, BURUN, AĞIZ VE BOĞAZ (KBAB)

0801 SAĞIRLIK

Sağırılık (H90 *İleti tipi ve sensorinöral işitme kaybı* ve H91 *Diğer işitme kaybı* kategorileri) aşağıdaki hallerde kabul edilebilir bir ana tanı olabilmektedir:

- Çocuklarda CT taraması veya sedasyon durumunda işitme testi gerçekleştirildiğinde yapılan tetkik.
- Yetişkinlerde ani sensorinöral işitme kaybı.

0802 ZAMK KULAK (GLUE EAR)

Kaydedilen tek tanı 'zamk kulak (glue ear)' ise, H65.3 *Kronik mukoid otitis media* kodunu atayın. Ancak, 'seröz otitis media' da kaydedilmişse, **yalnızca** H65.9 *Nonsüpüratif otitis media, tanımlanmamış* kodunu atayın.

Kulak, cerrahi girişim sırasında kuru ise, yine bu kodlardan biri atanmalıdır.

0803 GROMMETLERİN ÇIKARILMASI İÇİN YATIŞ

Zamk kulak gibi rekürren orta kulak enfeksiyonları ile östaki borusunun kronik enfeksiyonları, tıkanıklığı veya skarı için timpanostomi tüpleri (grommet) kullanılır. Timpanostomi tüpü bir boşaltma kanalı oluşturmak için uygulanır ve tüpten dolayı kulak zarının perforasyonu devam eder.

Çoğu timpanostomi tüpü kulaktan kendiliğinden çıkarak, kulak zarının artık kendi kendine iyileşmesine imkan tanıyacak şekilde tasarlanmaktadır. Ancak, bazı timpanostomi tüpleri, genellikle iki yıl kulakta takılı kalmak üzere tasarlanır. Bir timpanostomi tüpü kulakta takılı bırakıldığında, tüpü kulaktan ancak ameliyatla çıkarmak gerekebilir. Prosedür, perforasyon kenarlarının yenilenmesi ve tüpün çıkarılmasından oluşur ve 41644-00 [312] *Perfore kulak zarı kenarının eksizyonu* kapsamında kodlanır. Kulakta bırakılmış bir timpanostomi tüpünün çıkarılması için hastaneye yatırılmış olan hastalarda ana tanı olarak H72.9 *Kulak zarının perforasyonu, tanımlanmamış*'ı atayın.

0804 TONSİLLİT

Akut veya kronik olarak tanımlanmamış tonsillit, bir tonsillektomi gerçekleştirilmedikçe akut (J03.- *Akut tonsillit*), tonsillektomi gerçekleştirilirse kronik (J35.0 *Kronik tonsillit*) olarak kodlanmalıdır. Kronik = rekürren akut.

0807 FONKSİYONEL ENDOSKOPIK SİNÜS CERRAHİSİ (FESS)

Fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi (FESS), sinüs hastalığının cerrahi tedavisi için gerçekleştirilen bir dizi prosedürü tanımlamak için kullanılan bir terimdir.

FESS, gerçekleştirilen herhangi bir prosedür kombinasyonunu içerebilmektedir; bu nedenle, klinik kod uzmanları operasyon raporunu kontrol etmeli ve yalnızca uygun kodlamaları yapmalıdır.

Bu prosedürler şunlardan oluşabilmektedir:

- 41716-01 [387] *Intranazal maksiller antrastomi, tek taraflı* (bir antral meatal pencerenin oluşumunu içerir)
- 41716-02 [387] *Intranazal maksiller antrastomi, çift taraflı* (bir antral meatal pencerenin oluşumunu içerir)
- 41716-00 [383] *Maksiller antrumdan intranazal yabancı cisim çıkarılması*
- 41737-02 [386] *Etmoidektomi, tek taraflı*
- 41737-03 [386] *Etmoidektomi, çift taraflı*
- 41731-00 [386] *Etmoidektomi, frontonazal yaklaşım*
- 41731-01 [386] *Etmoidektomi, sfenoidektomi ile birlikte, frontonazal yaklaşım*
- 41737-09 [386] *Frontal sinüzektomi*
- 41746-00 [386] *Frontal sinüsün radikal obliterasyonu*
- 41752-01 [386] *Sfenoidektomi*

41716-05 [384]	<i>Maksiller antrum biyopsisi</i>
41752-04 [384]	<i>Sfenoidal sinüs biyopsisi</i>
41737-07 [384]	<i>Frontal sinüs biyopsisi</i>
41737-08 [384]	<i>Etmoidal sinüs biyopsisi</i>

FESS'nin kaydedilmiş olması halinde, cerrahi girişimin endoskopik niteliğini belirtmek için 41764-01 [370] *Sinoskopi*'yi de atayın.

0809 İNTRAORAL KEMİK İMPLANTLARI

İntraoral kemik implantı uygulaması iki aşamalı bir işlem olup, takma diş veya yapay kuronları desteklemek amacıyla kullanılabilen yapay diş köklerinin implantasyonunu içerir. İmplantlar, medikal sınıf titanyumdan yapılır.

İmplantasyonun **birinci aşaması** (veya sabitleme) özen isteyen, ameliyathanede, lokal veya genel anestezi ile yapılan subperiosteal bir girişimdir. Bir hastaya uygulanacak implant sayısı 1 ile 10 arasında değişebilir veya daha fazla olabilir. 52627-00 [400] *Intraoral kemik diş implantı, birinci aşama*'yı atayın.

İkinci aşama, 3 ila 6 ay sonra yapılır; bu aşamada, daha önce gömülmüş olan implanta bir üst strüktürün uygulanması işleminden oluşur. İkinci aşama, ilk aşamaya göre daha basit ve kısa süreli olup; bu aşamada, diş etinden dışarıya doğru çıkıntı yapan, ileride üzerine bir kuron veya takma diş takılacak bir strüktür oluşturulur. 52630-00 [400] *Intraoral kemik diş implantı, ikinci aşama*'yı atayın.

(Rekonstrüktif plastik cerrahi gerektiren yatışlar için ayrıca bakınız **ACS 1204 Plastik cerrahi**.)

Notlar

Notlar

9. DOLAŞIM SİSTEMİ

0904 KALP DURMASI (KARDİYAK ARREST)

Kardiyak veya kardiyorespiratuvar arrest (I46.- *Kardiyak arrest*) yalnızca, hastada elde edilen sonuca bakılmaksızın, resusitasyon müdahalesi yapılırsa kodlanmalıdır.

Kullanılabilir kodlar şöyledir:

- I46.0 *Başarılı resusitasyonun yapıldığı kardiyak arrest*
 I46.1 *Ani kardiyak ölüm, tanımlandığı şekilde*
 I46.9 *Kardiyak arrest, tanımlanmamış*

Kardiyak arrest (I46.- *Kardiyak arrest*), esas sebep biliniyorsa ana tanı olarak sıralanmamalıdır.

0907 EKOKARDİYOĞRAFI RAPORLARI

Bu tetkike ait bulgular yalnızca anormallikler klinik açıdan anlamlı ise kodlanmalıdır.

0909 KORONER ARTER BYPASS GREFTLERİ

Tanımı

Koronere arter bypass grefleri (CABG'ler) uygulanması gereken hastalar, ana problemi, koroner arter dallarında proksimal stenotik veya tıkaçıcı aterosklerotik lezyonlar olan hastalardır. %50'den fazla çap daralması görülen lezyonların oluşması halinde, koroner kan akışında meydana gelecek büyük azalmalar söz konusu arterin dağıtımında bozulmuş miyokardiyal perfüzyona neden olur. CABG'lerin temel amacı, iskemik miyokardiyum distale doğru koroner kan akışını anlamlı daralma veya tıkanma noktalarına yükseltmektir. Bu, lezyonun bypassı ve bozulma olmamış ek kan kaynağının doğrudan sağlanması ile gerçekleştirilir.

CABG'lerin endikasyonları arasında, tıbbi tedaviden ziyade cerrahi girişim ile gerçekleştirilen gelişmiş prognoz ve iskemik ağrının kontrolü (bir başka deyişle, kontrol edilmeyen kronik anjina, kontrol edilmeyen kararsız anjina veya enfarktüs sonrası oluşan anjina) yer alır. Anjina tipine ilişkin kod, ana tanı olarak sıralanmalı; bu koddan sonra uygun koroner arter hastalığı kodu (see [ACS 0940 İskemik kalp hastalığı](#)) gelmelidir.

Koronere dolaşım, iki ana arterden oluşur: sağ ve sol. Bu arterler birçok dala ayrılmaktadır. Sağ koroner arter (RCA) dalları sağ akut kenar ve sağ arka inen arterlere (PDA) ayrılır. Sol ana koroner arter (LMCA/ LCA) dalları ise sol ön inen (LAD), köşegen, septal, sol sirkümfleks (LCX), küt kenar (OM), arka inen ve posterolateral arterlere ayrılır. ICD-10-AM'de, iki ana arter ile bu arterlerin dalları, koroner arterler olarak tanımlanmaktadır.

Koronere arter bypass greflerinin tipleri

Gerçekleştirilebilecek iki tip greft vardır: aortakoronere (aorta - koroner arter) ve mammaria interna – koroner arter bypass grefleri.

Aortakoronere en yaygın greft tipidir. Aortakoronere, tıkalı damar bölümünü bypassla, aorttan tıkalı koroner artere dolaşım sağlar. Bunu gerçekleştirmek için, genellikle hastadan alınan bir kan damarı parçası (bir otolog greft) kullanılır.

Uygulanan **mammaria interna – koroner arter** bypass grefleri genelde, mammaria interna'yı kullanarak subklavian arterden tıkalı koroner artere kan taşır. Sağ arteria mammaria interna bazı zamanlar her iki ucundan kesilerek bir 'serbest' greft (FRIMA) oluşturulur ve herhangi bir damardan kan almak için kullanılabilir. Arteria mammaria, 'arteria thoracica' olarak da adlandırılabilir; bu nedenle, RITA ve LITA olarak kaydedilebilmektedir.

Keyhole/ minimum derecede invazif cerrahi

CABG'lere ilişkin olağan cerrahi girişim yaklaşımı sternotomi olsa da bazı hastalarda daha az invazif olan bir cerrahi girişim gerçekleştirilebilmektedir. Bu hastalar genellikle, sol arteria mammaria interna (LIMA) ile bypass edilebilen LAD tıkanıklığı bulunan hastalardır. Cerrahi girişim küçük bir torakotomi ile, hastaya kalp ve akciğer bypassı (CPB) uygulanmaksızın genellikle kalp çalışırken gerçekleştirilir. Periferik (merkeziden ziyade) kanülasyon genellikle, hasta minimum derecede invazif cerrahi ile CPB gerektiriyorsa uygulanır.

Klasifikasyon

Bir koroner arter bypass grefi girişimine ilişkin kodlama, gref uygulanan koroner arter sayısı ile gref maddesinin türüne (örneğin; safen ven, arteria mammaia interna veya diğer madde) dayanır. Prosedür kodunda yer aldığından, gref için damar alma işleminin kodlanmasına gerek yoktur.

Operasyon raporunda, bypass edilen damarların tam sayısı ile kullanılan gref maddesinin türüne ilişkin bilgiler yer almalıdır. 'CABG x 4' tanımının farklı gref maddesi türlerini (örneğin; safen ven grefi (SVG) x 3 ve sol arteria mammaia interna (LIMA) x 1 fiili olarak uygulanmıştır) içerebileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Gerçekleştirilen girişim, aşağıda verilenler gibi kısaltmalar yoluyla tanımlanabilir.

Arteria mammaia interna bypass grefleri aşağıda verilen bloklar kapsamındaki kodlarla kodlanır:

- [674] *Koroner arter bypass – sol arteria mammaia interna [LIMA] grefi*
 [675] *Koroner arter bypass – sağ arteria mammaia interna [RIMA] grefi*

Bir serbest RIMA da [675] bloğu kapsamında sınıflandırılır.

Arteria mammaia interna dışındaki madde bypass grefleri aşağıda verilen bloklar kapsamındaki kodlarla kodlanır:

- [672] *Koroner arter bypass – safen ven grefi*
 Bacaktan büyük veya küçük safen ven
 [673] *Koroner arter bypass – diğer ven grefi*
 Bu, koldan sefalik veya bazilik veni içerebilmektedir.
 [676] *Koroner arter bypass – radial arter grefi*
 Koldan radial arter
 [677] *Koroner arter bypass – epigastrik arter grefi*
 Bu, gastroepiploik ve alt epigastrik arterleri içermektedir.
 [678] *Koroner arter bypass – diğer arter grefi*
 Bu, subskapuler, splenik, ulnar ve interkostal arterleri içerebilmektedir.
 [679] *Koroner arter bypass – diğer madde grefi*
 Goretex (sentetik) ve sığırlar veya diğer büyükbaş hayvanlardan deneysel arteri içerir.

Sıralı (skip) grefler uygulanabilir. Bu girişimde, bypass grefinin bir bölümü, birden fazla damara bağlanmak suretiyle kullanılır.

ÖRNEK 1:

Koroner arter vaskülarizasyonu dört safen ven grefi ile gerçekleştirilmiştir: aorttan köşegen sol koroner arter dalı ve sıralı olarak sirküfleksin künt kenar dalı, sağ koroner arter ve sol ön inen koroner artere.

Bu girişim, aşağıdaki şekilde de kaydedilebilmektedir:

CABGx4

SVG → D1

SVG → OM1 → RCA → LAD

Aşağıdaki kodu atayın: 38497-03 [672] *Koroner arter bypass, ≥ 4 safen ven grefleri ile*

ÖRNEK 2:

Sol arteria mammaria interna, LAD'ye (sol ön inen) indirilmiş, aorttan sirkümfleks arterin künt kenar dalı ile köşegen artere kan taşımak için safen ven grefleri kullanılmıştır.

CABGx3

LIMA → LAD

SVG: Ao → OM1

Ao → D1

Aşağıdaki kodları atayın: 38500-00 [674] *Koroner arter bypass, 1 LIMA grefi ile*
38497-01 [672] *Koroner arter bypass, 2 safen ven grefi ile*

CABG'lerle birlikte gerçekleştirilen ek girişimler**Kalp ve akciğer bypassı (CPB)**

CPB, kanın merkezi veya periferik olarak yerleştirilen bir kanül ile kalp ve akciğerlerden bir harici kalp-akciğer makinesine yönlendirilmesidir. Bu makine, kalp ve akciğerin solunum ve pompalama fonksiyonlarını sağlar. Kanülasyonun yeri klinik kayda girilmelidir.

Merkezi kanülasyon (aort, vena kava veya atriyum ile), özellikle bir açık yaklaşımla gerçekleştirilen CABG'lerde daha yaygın olan yöntemdir.

Aşağıdaki kodu atayın: 38600-00 [642] *Kalp ve akciğer bypassı, merkezi kanülasyon*

Periferik kanülasyon ise femoral arter veya subklavian arter ile uygulanabilmektedir.

Aşağıdaki kodu atayın: 38603-00 [642] *Kalp ve akciğer bypassı, periferik kanülasyon*

Kardiyopleji

Kalp, hipotermik, hiperkalemik kardiyak arreste neden olan, aort köküne soğuk kardiyoplejik sıvı enjeksiyonu yoluyla korunur ve asistolik tutulur. Bir CABG girişiminin rutin parçasını oluşturduğundan, kardiyoplejinin kodlanmasına gerek yoktur.

Hipotermi

Kardiyopleji, kalbin yüzeyinin soğuk bir solüsyon sürekli verilmek suretiyle topikal yolla soğutulması ile tamamlanır. Bir CABG girişiminin rutin parçasını oluşturduğundan, hipotermi kodlanmasına gerek yoktur.

'Pacing wires' (geçici kalp pili) (geçici elektrotlar)

Atriyum ve/veya ventrikülün epikardiyal yüzeyine geçici 'pacing wires' yerleştirilebilmekte ve operasyon yarası kapatılmadan önce göğüs duvarından dışarı çıkarılabilmektedir. Geçici kalp pili, kalp bloğu veya aritmi durumunda kalbi stimüle etmek amacıyla cerrahi girişim sonrasında da kullanılabilir. Bir CABG girişiminin rutin parçasını oluşturduğundan, geçici kalp pili uygulamasının kodlanmasına gerek yoktur. (Ayrıca bakınız [ACS 0936 Kalp pilleri](#).)

Komplikasyonlar

CABG komplikasyonları genellikle cerrahi girişimden sonra bir ay içinde ortaya çıkar ve bu komplikasyonlar arasında cerrahi girişim sonrası gelişen hipertansiyon, kardiyak aritmiler, kanama ve yara enfeksiyonları (gerek sternal yara gerek temin bölgesinde, örneğin bacak veya kolun enfeksiyonları) yer alabilmektedir. Serebrovasküler kazalar da meydana gelebilmektedir. (Ayrıca bakınız [ACS 1904 Girişim komplikasyonları](#) ve [ACS 0934 Kardiyak revizyon/ reoperasyon girişimleri](#))

Kalp ve akciğer bypassı olmaksızın gerçekleştirilen CABG'ler

Günümüzde, bazı hastalarda, CABG'ler, kalp ve akciğer bypassı (CPB) olmaksızın gerçekleştirilmektedir. Genellikle hasta yalnızca bir bypass grefine ihtiyaç duyar. Cerrahi girişim sternotomi ile gerçekleştirilir; ancak hastayı, girişimi kalp çalışır halde değilken gerçekleştirmek için bir kalp-akciğer bypass makinesine (pompa) bağlamak yerine bir kalp stabilizatörü kullanılır. Kalp stabilizatörü kalbi bir ahtapot gibi sararak cerrahi girişimin, kalp çalışır halde iken gerçekleştirilmesini sağlayacak kadar sabit bir şekilde tutar. Bu girişimler 'CPB CABG'ler

olmayan', 'CABG'ler, bypass olmadan', 'CABG'ler, kalp stabilizatörü (veya ahtapot) yardımıyla', 'CABG'ler, ahtapot ile' veya 'OP (pompadan) CABG'ler' olarak kaydedilebilmektedir.

CPB olmaksızın gerçekleştirilen CABG'ler için kalp ve akciğer bypassı kodu atamayın.

CABG'lerin reoperasyonu (yeniden yapılması)

Hastalık klasifikasyonu

İlk cerrahi girişimden bir ay sonra gerçekleştirilen CABG reoperasyonu genellikle hastalığın doğal sürecini gösterecektir. Bir başka deyişle, gref uygulanan arterde gref komplikasyonunun gelişmesinden ziyade, arter daralmış veya aterom ile tıkanmıştır. Reoperasyon gerektiren kardiyak hastalık veya durum, ana tanı olarak bildirilmelidir.

ÖRNEK 3:

Hasta, geçirilmiş bir CABG girişiminden üç yıl sonra gelişen kararsız anjina sebebiyle hastaneye yatırılmıştır. Kalp kateterizasyonu, gref uygulanan (SVG) damarlarında koroner arter hastalığı ortaya koymuştur.

Ana tanı:	I20.0	<i>Kararsız anjina</i>
Ek tanı:	I25.12	<i>Aterosklerotik kalp hastalığı, otolog bypass grefinde</i>

I25.12 *Aterosklerotik kalp hastalığı, otolog bypass grefinde* veya I25.13 *Aterosklerotik kalp hastalığı, otolog olmayan bypass grefinde* kodu yalnızca daha önce uygulanmış olan bypass greflerinin hastalığı halinde kullanılmalıdır. Bu örnekte, Z95.1 *Aortakoroner bypass grefi*'nin ek tanı olarak kodlanmasına gerek yoktur.

Daha önce uygulanmış olan bypass grefleri etkili ve canlı ise ve cerrahi girişim hastalıklı nativ damarları bypass amacıyla gerçekleştirilmekte ise, I25.11 *Aterosklerotik kalp hastalığı, nativ koroner arterde*'yi, Z95.1 *Aortakoroner bypass grefi* ile birlikte atayın.

Girişim klasifikasyonu

Reoperasyon girişimleri daha karmaşık olup, ilk kardiyak girişime göre teknik açıdan daha zordur; bu nedenle, bu girişimlerde kaynak kullanımında önemli bir artış yaşanır. Doku düzlemleri genelde yoktur; fibroz, skar ve sayısız adezyon vardır. Daha önce uygulanmış olan bypass greflerinin hala etkili olması halinde, bu damarlarda bulunan gevşek veya ufalanabilir maddenin hiçbirini yerinden oynatmamaya veya iskemi veya enfarktüs ile sonuçlanabilecek embolüslerin kalbe taşınmasına neden olmamaya özen gösterilmelidir.

Operasyon raporunda, reoperasyon girişimine ilişkin ayrıntılı bilgiler bulunmalıdır. Bu girişim, daha önce uygulanmış olan bir bypass grefinin rekonstrüksiyonuna yönelik olabilmektedir. Rekonstrüksiyon ise, daha önce uygulanmış olan bir bypass grefinin ucunun ayrılması veya divizyonu ve/veya yeniden dikilmesi işlemini içerir. Daha önce uygulanmış olan bir bypass grefinin rekonstrüksiyonu genellikle yeni bypass grefleri ile birlikte gerçekleştirilir. Ayrıca, adezyonların divizyonu yapılabilir.

*** Bir reoperasyon CABG'sinin gerçekleştirilmesi ve daha önce uygulanmış olan bir bypass grefinin rekonstrüksiyonunun YAPILMASI halinde şu kodlamaları yapın:**

[672]–[679] bloklarından uygun şekilde CABG kodu (kodları) VE
38637-00 [680] *Reoperasyon, koroner arter grefinin rekonstrüksiyonu*

Adezyon divizyonu gerçekleştirilirse, aşağıdaki kodu atayın:
38647-00 [644] *Torasik adezyonların divizyonu*

Kalp ve akciğer bypassı gerçekleştirilirse, uygun şekilde şu kodları atayın:
38600-00 [642] *Kalp ve akciğer bypassı, merkezi kanülasyon*
38603-00 [642] *Kalp ve akciğer bypassı, periferik kanülasyon*

*** Bir reoperasyon CABG'sinin gerçekleştirilmesi; ancak, daha önce uygulanmış olan bir bypass grefinin rekonstrüksiyonunun yapılmaması halinde şu kodlamaları yapın:**

[672]–[679] bloklarından uygun şekilde CABG kodu (kodları) ve
38640-00 [664] *Reoperasyon, diğer kardiyak girişim, başka yerde sınıflanmamış*

Adezyon divizyonu gerçekleştirilirse, aşağıdaki kodu atayın:
38647-00 [644] *Torasik adezyonların divizyonu*

Kalp ve akciğer bypassı gerçekleştirilirse, uygun şekilde şu kodları atayın:
38600-00 [642] *Kalp ve akciğer bypassı, merkezi kanülasyon*
38603-00 [642] *Kalp ve akciğer bypassı, periferik kanülasyon*

0913 HİPERTANSİF BÖBREK HASTALIĞI (I12)

Aşağıda verilenler gibi belirli böbrek hastalıkları:

N18.- *Kronik böbrek yetmezliği*
N19.- *Böbrek yetmezlikleri, tanımlanmamış veya*
N26.- *Kontrakte böbrek, tanımlanmamış*

bir nedensel ilişkinin gösterilmesi halinde (örneğin, ‘hipertansiyona bağlı’ veya ‘hipertansif’) I12 *Hipertansif böbrek hastalığı* kategorisi kapsamında kodlanır. Bu tür vakalarda, kodlamayı yalnızca I12 kategorisi kapsamında yapın.

Hipertansiyon ile birlikte görülen ancak, bir nedensel ilişkiye dayanmayan aynı böbrek hastalıkları ayrıca kodlanır. Sıralama, bakım epizodunun durumlarına göre yapılır.

0915 SOL VENTRİKÜL DİSFONKSİYONU (LVD)

LVD, ana tanı olarak sıralanmamalıdır. LVD kodu, I51.8 *Diğer yetersiz tanımlanmış kalp hastalıkları*’dır.

0920 AKUT PULMONER ÖDEM

‘Akut pulmoner ödem’ durumunun, esas sebebe ilişkin ayrıntılı bir tanımlama yapılmaksızın kaydedilmesi halinde, I50.1 *Sol ventrikül yetmezliği* kodunu atayın.

0925 HİPERTANSİYON

Hipertansiyon, kalp ve böbrek bozukluklarının kombinasyonları kodlanırken, bunların varsa birbirleriyle olan ilişkileri ile ne şekilde ilişkili olduklarının birbirinden ayrılması önemlidir.

- Hipertansiyon, kalp ve/veya böbrek hastalığına yol açabilir.
- Hipertansiyona, bazı böbrek bozuklukları dahil olmak üzere diğer durumlar neden olabilir.
- Hipertansiyon, kalp ve böbrek hastalığı arasında, aynı anda görülseler de bir ilişki olmayabilir.

0926 HİPERTANSİF KALP HASTALIĞI (I11)

Aşağıda verilenler gibi belirli kalp hastalıkları:

I50.- *Kalp yetmezliği*
I51.4 *Miyokardit, tanımlanmamış*
I51.5 *Miyokardiyal dejenerasyon*
I51.6 *Kardiyovasküler hastalık, tanımlanmamış*
I51.7 *Kalp büyümesi*
I51.8 *Diğer yetersiz tanımlanmış kalp hastalıkları*
I51.9 *Kalp hastalığı, tanımlanmamış*

bir nedensel ilişkinin gösterilmesi halinde (örneğin, ‘hipertansiyona bağlı’ veya ‘hipertansif’) I11 *Hipertansif kalp hastalığı* kategorisi kapsamında sınıflandırılır. Bu tür vakalarda, kodlamayı yalnızca I11 kategorisi kapsamında yapın.

Hipertansiyon ile birlikte görülen ancak, bir nedensel ilişkiye dayanmayan aynı kalp hastalıkları ayrıca kodlanır. Sıralama, bakım epizodunun durumlarına göre yapılır.

0927 HİPERTANSİF KALP VE BÖBREK HASTALIĞI (I13)

Hem hipertansif kalp hastalığı (I11) hem hipertansif böbrek hastalığı (I12) görülmesi halinde kodlamaları kombinasyon kategorisi I13 *Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı* kapsamında yapın.

0928 SEKONDER HİPERTANSİYON (I15)

Bu kodları, hipertansiyonun, renal arter stenozu (I15.0 *Renovasküler hipertansiyon*) veya feokromositoma (I15.2 *Sekonder hipertansiyon, endokrin hastalıkları sonucu gelişen*) gibi bir başka duruma ‘bağlı’ veya ‘sekonder’ olarak gösterilmesi halinde atayın.

0933 KALP KATETERİZASYONU

Tanısal kalp kateterizasyonu, sağ kulakçıkta (38200-00 [667] *Sağ kulakçık kateterizasyonu*), sol kulakçıkta (38203-00 [667] *Sol kulakçık kateterizasyonu*) veya sağ ve sol kulakçığın her ikisinde birden (38206-00 [667] *Sağ ve sol kulakçık kateterizasyonu*) gerçekleştirilebilen bir invazif tanısal girişimdir.

Tanısal kalp kateterizasyonu, kardiyovasküler hastalığın ciddiyetini tanılamak ve değerlendirmek amacıyla yapılır. Bu girişime ilişkin kod, intrakardiyak ve intravasküler basınçların kaydedilmesi, eğrilerin kaydedilmesi, kan gazının analizi için kan alınması ve kalp debisinin ölçülmesi işlemlerini içerir. Genellikle, koroner anjiyogram (anjiyokardiyografi) (koroner arteriyografi) da gerçekleştirilir; bu durumda, [668] *Koroner anjiyografi* bloğundan uygun bir kod atanır:

- 38218-00 [668] *Koroner anjiyografi, sol kulakçık kateterizasyonu ile birlikte*
 38218-01 [668] *Koroner anjiyografi, sağ kulakçık kateterizasyonu ile birlikte*
 38218-02 [668] *Koroner anjiyografi, sol ve sağ kulakçık kateterizasyonu ile birlikte*

Kalp kateterizasyonu ve koroner anjiyogram ile birlikte bir ventrikülogram veya aortografinin de yapılması halinde bir ek kod atanır:

- 59900-00 [607] *Sol ventrikülografi*
 59900-01 [607] *Sağ ventrikülografi*
 59900-02 [607] *Sol ve sağ ventrikülografi*
 59921-00 [1990] *Aortografi*

Sol kulakçık kateterizasyonları, kombine kateterizasyonlara göre daha yaygın olup, bu kateterizasyonlarda sağ ve sol koroner arterler bir sol ventrikülogram (pigtail kateter ile) ile incelenir:

- 38218-00 [668] *Koroner anjiyografi, sol kulakçık kateterizasyonu ile birlikte*
 59900-00 [607] *Sol ventrikülografi*

Kateterizasyonun kalbin hangi kulakçığında yapıldığına dair herhangi bir bilgi yoksa, şu kriterleri uygulayın:

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

0934 KARDİYAK REVİZYON/ REOPERASYON GİRİŞİMLERİ

Revizyon veya reoperasyon girişimleri ilk kardiyak girişime göre daha karmaşıktır; bu nedenle, bu girişimlerde kaynak kullanımında önemli bir artış yaşanır. Revizyon veya reoperasyon girişimleri çoğunlukla kapak replasmanları, CABG’ler (bakınız ACS 0909 *Koroner arter bypass grefleri*) için ve konjenital kalp hastalığındaki konduit replasmanı gibi pediatrik girişimlerde gerçekleştirilir. Revizyon veya reoperasyon girişimi normalde, örneğin nükseden bir anjina veya kalp yetmezliğinden sonra gerçekleştirilir; bunun nedeni genellikle, greft uygulanan arterin bloke olmasıdır (bu durum, bir greft komplikasyonundan ziyade hastalığın doğal bir sürecidir). Revizyon veya reoperasyon girişimi, bir greft komplikasyonuna bağlı olarak da gerçekleştirilebilmektedir.

Genel bir kural olarak, revizyon veya reoperasyon girişimleri ilk cerrahi girişimden sonraki ilk bir ay içinde, genellikle bu ilk girişime bağlı bir komplikasyon ortaya çıktığında gerçekleştirilir. İlk cerrahi girişimden bir ay sonra gerçekleştirilen revizyon veya reoperasyon girişimleri genellikle hastalığın doğal sürecini gösterecektir.

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

2. İlk cerrahi girişimden sonra bir aydan daha uzun bir süre içinde, bir cerrahi girişim komplikasyonu ile ilgili olmayan bir revizyon veya reoperasyon girişimi için hastaneye yatırılan hastalarda, cerrahi girişim gerektiren kardiyak durum, ana tanı olarak bildirilmelidir.

ICD-10-AM Cilt 3'te belirli bir kardiyak girişime ilişkin herhangi bir spesifik revizyon veya reoperasyon kodunun bulunmaması halinde, girişim tipine ilişkin kodu atayarak, bu koddan sonra 38640-00 [664] *Reoperasyon, diğer kardiyak girişim, NEC*'yi girin.

ÖRNEK 1:

Kardiyak revizyon girişimine ilişkin kod örnekleri şöyledir:

38637-00 [680]	<i>Reoporesyon, koroner arter grefinin rekonstrüksiyonu</i>
38760-00 [613]	<i>Ekstrakardiyak konduit replasmanı, sağ ventrikül ile pulmoner arter arasında</i>
38760-01 [613]	<i>Ekstrakardiyak konduit replasmanı, sol ventrikül ile aort arasında</i>

0936 KALP PİLLERİ

Tanımı

Kalbin iletim sistemi

Sağlıklı bir kalpte, her bir atım veya kontraksiyon, sinoatriyal (SA) düğümde başlayıp kalbin iletim sisteminden geçen bir elektrik impulsu ile başlatılır. SA düğümünden gelen impuls atriyumlardan yayılarak, bunların kasılmasını ve kanı aşağıda bulunan ventriküle pompalamasını sağlar. İmpuls daha sonra atriyoventriküler (AV) düğümünden (atriyumlar ile ventriküller arasındaki bir kavşak) ventriküllere geçerek bunların kasılmasını ve kanı, sağ ventrikülden akciğerlere, sol ventrikülden ise vücudun diğer organlarına pompalamasını sağlar.

İletim sistemindeki anormallikler (örneğin, AV bloğu) veya SA düğümünün hastalığının (Hasta Sinüs Sendromu olarak bilinir) sonucunda kalp atımı düzensizleşerek veya aşırı yavaşlayarak kalp debisinin azalmasına neden olur. Kalbin hızlı atması ile birlikte görülen diğer disritmiler de, ventriküllere kontraksiyondan önce kan tamamen dolmayarak zayıf kalp debisini ortaya çıkarır. Kalp pilleri, bu ritim bozukluklarını düzeltmek için kalbi suni yoldan stimüle eder.

Kalp pilinin fonksiyonları

Kalp pilinin iki temel fonksiyonu vardır: algılama ve pacing (hız düzenleme). Günümüzde, kalp pilleri kalbin kendi iletim sistemini izleyebilmekte (algılama) ve yalnızca bu iletim sisteminin yetmezliği halinde bir elektrik impulsu (pacing) vermektedir. Böylece, normal kalp atımında, kalp pili aktif hale gelmemektedir. Ancak, sistem, kalbin normal atmadığını algıladığında, kalp pili aktif hale gelmekte ve kalbi, normal kontraksiyon yapacak şekilde stimüle etmektedir.

Kalıcı kalp pili sistemi

Kalıcı kalp pili, bir pulse jeneratörü (kalp pili) ile 1 ila 3 elektrottan (lead'ler) oluşan iki bileşenli bir sistemdir

Pulse jeneratörü (kalp pili): pulse jeneratörü bir pil, elektronik devre ve gerek subklaviküler gerekse intraabdominal bölgede oluşturulan bir subkütan 'cep' içine implante edilen kurşun konnektörden oluşur.

Elektrot (lead): lead'ler, impulsu kalp pilinden kalbe taşıyan ve sinyalleri kalpten kalp piline geri ileten izoleli tel(ler)dir. Lead, bir elektrottan (elektrotlardan) oluşur ve ayrılamadıklarından elektrot olarak adlandırılırlar. Kalp pili lead'leri gerek kalbin içine transvenöz (subklavian, sefalik veya eksternal jügüler ven ile) gerekse kalbin dışına epikardiyal (sternotomi, torakotomi ile veya subksifoid yoldan) olarak yerleştirilebilmektedir. Elektrotlar hem algılama hem pacing işlevini yerine getirebilmektedir.

Üç tip kalıcı kalp pili sistemi bulunur: tek odacıklı, iki odacıklı ve üç odacıklı. Bu, sistemin kalbin bir, iki veya üç odacığında pace ve/veya algılama işlevini yerine getirebileceğini ifade etmektedir.

Tek odacıklı cihaz, ya sağ atriyum ya da sağ ventriküle yerleştirilen tek bir lead kullanır. Bu sistem, pacing ve/veya algılama işlevini yalnızca atriyum veya ventrikülden gerçekleştirebilmektedir.

Çift odacıklı cihazda, hem atriyum hem ventriküle yerleştirilen lead'ler bulunur. Bu sistem, pacing ve/veya algılama işlevini hem atriyum hem ventrikülde gerçekleştirebilmektedir. Çift odacıklı cihazlar karmaşık ve pahalı olsa da günümüzde tek odacıklı cihazlara göre daha yaygın bir kullanıma sahiptir. Bu cihazlar, atriyum ve ventrikülün senkronize pacing'ini sağlayarak, kalp debisini artırır. VDD çift odacıklı cihazlar, ventriküler algılama ve pacing'e ek olarak atriyele algılama işlevine sahip elektrotlar bulunan tek bir (unipass) lead kullanır.

Üç odacıklı cihazda ise, kalbin üç odacığına yerleştirilen lead'ler bulunur. Bir biventriküler kalp pili, sağ atriyum ile hem sağ hem sol ventriküle yerleştirilen lead'lere sahip üç odacıklı bir cihazdır. Kardiyak resenkronizasyon tedavisi (CRT) olarak da bilinen biventriküler kalp pilleri, atriyum ile her iki ventrikülün senkronize pacing'ini sağlar. Bu, sol ventriküle daha fazla kan dolması ve sağ atriyuma daha az geri kan akışı olmasını kolaylaştırarak, vücuda pompalanan temiz kanın artmasını sağlar. Biventriküler kalp pillerinde aritmilerin tedavisi amacıyla defibrillatör özellikleri bulunabilmektedir.

Kalıcı kalp pili klasifikasyonu

Üç karakterli kalp pili kodu ([650] - [651]) bloklarındaki kod tanımlarında açıklanmaktadır), uluslararası beş karakterli Kalp Pili Klasifikasyonuna karşılık gelmektedir.

1. pozisyon	2. pozisyon	3. pozisyon
Pace edilen odacık	Algılanan odacık	Yanıt biçimi
V = Ventrikül	V = Ventrikül	I = İnhibe
A = Atriyum	A = Atriyum	T = Tetiklenmiş
D = Çift (atriyum ve tetiklenmiş ventrikül)	D = Çift (atriyum ve ventrikül)	D = Çift (atriyumla ve ventrikülle inhibe)
O = yok	O = yok	O = yok

Kalp Pili Klasifikasyonundaki son iki kod pozisyonu, hız modülasyonu ve çok bölgeli pacing ile ilgilidir. Bu ayrıntı, ICD-10-AM'deki kalp piline ilişkin prosedür kodlarında yer almamaktadır.

Geçici kalp pilleri (elektrotlar)

Geçici kalp pilleri elektrotlu lead'ler olup, genellikle transvenöz olarak uygulanır; bir başka deyişle, kılavuz tel deri içinden büyük bir ven aracılığıyla kalbin sağ yanına uzatılır. Alternatif bir uygulama yöntemi olan transkütan (transdermal) yöntemde ise geçici pacing, elektrik impulslarını iletmek için hastanın göğsü ile sırtına yerleştirilen tamponlara bağlanan kılavuz teller kullanılır. Deride bir delik açılmaz.

Geçici elektrotlar bir harici güç kaynağına bağlandığından, bir pulse jeneratörünün implantasyonuna gerek kalmaz. Geçici kalp pilleri, hastanın kalp hızını, bir kalıcı kalp pili uygulanıncaya kadar korumak veya kalp ameliyatı sonrasında hastaları izlemek amacıyla kullanılır. (Ayrıca bakınız **ACS 0909 Koroner arter bypass grefleri**.)

Klasifikasyon

Kalıcı kalp pilleri

Kalp pili **uygulamasına** ilişkin kodlamalar, aşağıdaki bloklar kapsamında yapılır:

- [650] *Kalp pili uygulaması, tek odacıklı*
- [651] *Kalp pili uygulaması, çift odacıklı*
- [652] *Kalp pili uygulaması, diğer*

Herhangi bir elektrot uygulamasını da aşağıdaki bloklar kapsamında **kodlayın**:

- [648] *Kalp pili elektrodu uygulaması, kalıcı transvenöz*
- [649] *Kalp pili elektrodu uygulaması, epikardiyal veya transkütan*

Herhangi bir otomatik implante edilebilir kardiyoverter defibrillatörü de (AICD) (ICD) (**38524-00** [653]) olarak **kodlayın**.

Bir geçici elektrot çıkarılıp bir kalıcı kalp pili yerleştirildiğinde, kalıcı kalp pili, replasman değil ilk uygulama olarak kodlanır.

Bir unipass lead (atriyel algılama, ventriküler algılama ve pacing elektrotlarını içeren) uygulaması için 38284-00 [648] *Kalıcı çift odacıklı transvenöz elektrot uygulaması* kodu atanır.

Kalıcı kalp pili **testi**, ECG (elektrokardiyografi) veya telemetriyi (sinyallerin kalp pilinin içinden iletimi) içerebilir. Telemetri pil ömrü, programlanabilir işlevler (örneğin; mod, debi hızı, genlik veya süre ile pulse genişliği) ve kalp pilinin kullanım sıklığı ile ilgili bilgi verir. Test, kalp pilinin uygulandığı bakım epizodunda rutin olarak yapıldığından, bu test için bir prosedür kodu atamaya gerek yoktur. Ancak, bir başka bakım epizodunda yapılan test için [1856] *Implante kardiyak kalp pili ve/veya defibrillatörün testi* kapsamında bir kod atayın.

Kalıcı kalp pilinin **yeniden programlanması** (hız ayarlaması, mod değişikliği), [1856] *Implante kardiyak kalp pili ve/veya defibrillatörün testi* bloğuna dahil edilir.

Kalıcı kalp pilinin **değiştirilmesi** ise, yeni kalp pilinin yerleştirilmesi ve eski kalp pilinin çıkarılmasına ilişkin kodlamaların yapılmasını gerektirir. Değiştirme nedenine bağlı olarak ya kalp pili ya elektrot ya da her ikisi birden değiştirilebilmektedir. Prosedür açıklamalarında bu bilgi verilmelidir. Elektrot değiştirilmişse, elektrodun (elektrotların) yerleştirilmesi ve kalıcı elektrodun (elektrotların) çıkarılması işlemini de kodlayın.

(Pil) ömür sonu, kalp pilinin elektif değişimine ilişkin bir endikasyondur. Cihazdaki bir komplikasyonla ilgili değildir. Kalp pilinin elektif değişimi amacıyla yatış için şu kodlamayı yapın:

Z45.0 *Kalp pili ayar ve kullanımı*; bu kodla birlikte uygun prosedür kodlarını da atayın.

Kalp pili sisteminin komplikasyonları aşağıdaki şekilde kodlanır:

T82.1 *Elektronik kalp cihazlarının mekanik komplikasyonu*, kalp pili veya lead'lerdeki bozulma, lead'in kırılması veya lead'in yerinden oynaması durumunu içerir.

T82.7 *Kardiyak ve vasküler cihazlar, implantlar ve greflerinden dolayı diğer enfeksiyon ve inflamatuvar reaksiyon*, enfekte kalp pili cebini veya lead'e bağlı enfeksiyonu içerir.

T82.8 *Kardiyak ve vasküler protez cihazları, implantlar ve greflerinden dolayı diğer komplikasyonlar*, kalp pili cebindeki hematomu veya kalp pilinin cep bölgesinde aşınma durumunu içerir.

Ventriküler kalp pili uygulanan hastalarda **Kalp Pili Sendromu** gelişebilir. Bu sendrom azalmış kalp debisi, kalp büyümesi, atriyel-ventriküler senkronizasyonunun kaybı ve sol-dal bloğu dahil olmak üzere bir dizi fonksiyonel bozukluk gösterebilmektedir. Sendroma, kalp pilinin bir komplikasyonu değil cihazın bulunuşu neden olur. Kalp pili sendromu için I97.1 *Kardiyak cerrahi sonrası diğer fonksiyonel bozukluklar*'ı atayın..

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

Geçici kalp pilleri

Geçici kalp pili elektrodu **uygulamasına** ilişkin kodlamalar şöyledir:

90202-00 [649]	<i>Geçici epikardiyal elektrot uygulaması</i>
90202-01 [649]	<i>Geçici traskütan elektrot yerleştirilmesi</i>
38256-00 [647]	<i>Geçici transvenöz elektrot uygulaması, atriyumda</i>
38256-01 [647]	<i>Geçici transvenöz elektrot uygulaması, ventrikülde</i>
38256-02 [647]	<i>Geçici çift odacıklı transvenöz elektrot uygulaması</i>

Geçici kalp pili elektrotları (pacing wires) kalp ameliyatı ile birlikte uygulandığında, bu uygulamayı kodlamayın. Benzer şekilde, geçici kalp pili elektrotlarının ayarı, yeniden konumlandırılması, manipülasyonu veya çıkarılması işlemleri de kodlanmaz.

0938 EKSTRAKORPOREAL MEMBRAN OKSİJENASYONU (ECMO)

ECMO (90225-00 [642] *Ekstrakorporeal membran oksijenasyonu [ECMO]*), kan dolaşımının, gaz geçiren bir membranla ayrılan iki bölmeden oluşan, bir bölmede kan, diğerinde ise solunum gazının bulunduğu suni bir akciğer ile gerçekleştirildiği bir solunum desteği tekniğidir.

ECMO multipl travma, boğulma, enfeksiyonlar, neonatal akciğer hastalığı, vb. gibi gerek solunumla ilgili gerekse solunumla ilgili olmayan tanılarını içeren çeşitli nedenlere bağlı akciğer yetmezliğinde uygulanır. ECMO, oldukça pahalıdır ve uzun yatış süresi gerektirir.

ECMO, klinik kayda girildiğinde kodlanmalıdır. ECMO'nun ekstrakorporeal dolaşım ile aynı olmadığı akıldan çıkarılmamalı, bu nedenle bir kapsam dışı tutma açıklamasına (*Şu durum hariç: ekstrakorporeal dolaşım, açık kalp ameliyatında...*) yer verilmelidir.

0939 CERRAHİ ARTERİOVENÖZ FİSTÜL / ŞANT

Arteriyovenöz (AV) fistül: bir arter ile ven arasındaki anormal, tüp benzeri bir geçit. Bazı fistüller, diyalizde olduğu gibi cerrahi girişimle oluşturulurken, bazıları yaralanma sonucunda veya konjenital anormallikler olarak oluşmaktadır. Diyalizdeki AV fistülleri anastomoz, ven grefi veya protezle (örneğin; Goretex, Thoratec) oluşturulur. AV fistülünün oluşturulması işlemi için [765] *Cerrahi girişimle oluşturulan arteriyovenöz fistüle ilişkin prosedürler* bloğundan bir kod atayın.

Arteriyovenöz (AV) şant: bir arter ile ven arasına uygulanan, hemodiyaliz amacıyla arteriyel sisteme yinelenen erişimi sağlamak üzere yapılan U biçiminde bir plastik tüp. Plastik tüpün bir bölümü derinin dışında kalır. AV şantı uygulaması için 34500-00 [764] *Harici arteriyovenöz şant uygulaması* 'nı atayın.

AV fistülü veya şantındaki pıhtının giderilmesi

AV fistülleri ile şantlarındaki pıhtı operatif veya anjiyografik yaklaşımla giderilebilmektedir.

Operatif yaklaşımda, fistül veya şant açılarak pıhtı temizlenir (trombektomi). Aşağıdaki kodları atayın:

13106-00 [764] *Harici arteriyovenöz şantın trombektomisi veya*
34515-00 [765] *Arteriyovenöz fistülün trombektomisi*

Anjiyografik yaklaşımda ise, fistüle (veya konduit) gelen arter kanüle edilir, bir trombolitik ajan verilir (lokal anesteziyle yapılır) veya pıhtının fistülden balon kullanılarak çekildiği translüminal balon anjiyoplasti (balon anjiyoplasti, AV şantları için uygulanmaz) uygulanır.

AV fistülü veya şantındaki pıhtının trombolitik ajan verilerek giderilmesi işlemi için, şu kodları atayın:

35317-00 [741] *Perkütan periferik arteriyel veya venöz kateterizasyon, trombolitik veya kemoterapötik ajanlar ile, sürekli infüzyon yoluyla veya*
35319-00 [741] *Perkütan periferik arteriyel veya venöz kateterizasyon, trombolitik veya kemoterapötik ajanlar ile, pulse püskürtme tekniğiyle veya*
35320-00 [741] *Açık periferik arteriyel veya venöz kateterizasyon, trombolitik veya kemoterapötik ajanlar ile*

AV fistülündeki pıhtının balon anjiyoplasti ile giderilmesi işlemi için, şu kodları atayın:

35303-06 [754] *Perkütan translüminal balon anjiyoplasti veya*
35303-07 [754] *Açık translüminal balon anjiyoplasti*

AV fistülü stenozunun düzeltilmesi

Bir arteriyovenöz fistül stenozu aşağıdaki yollardan biri ile düzeltilir:

Balon anjiyoplasti ile stenozun dilatasyonu. Aşağıdaki kodları atayın:

35303-06 [754] *Perkütan translüminal balon anjiyoplasti veya*
35303-07 [754] *Açık translüminal balon anjiyoplasti*

VEYA

Fistülün insizyon, ligasyon ve reanastomozu yoluyla stenozun revizyonu. Aşağıdaki kodları atayın:

- 34518-00 [765] *Stenoz düzeltilmesi, arteriyovenöz fistül veya*
 34518-01 [765] *Stenoz düzeltilmesi, protez (gref) arteriyovenöz erişim cihazı*

AV fistülünün kapatılması veya AV şantının çıkarılması için yatış

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 atanmalıdır:*

- 34130-00 [765] *Cerrahi girişimle oluşturulan ekstremitte arteriyovenöz fistülün kapatılması veya*
 34506-00 [764] *Eksternal arteriyovenöz şantın çıkarılması*

0940 İSKEMİK KALP HASTALIĞI (AYRICA BAKINIZ ACS 0941 ARTERİYEL HASTALIK)**Tanımı**

İskemik kalp hastalığı, kalbe doğru olan kan akışındaki azalma olarak tanımlayabileceğimiz koroner yetmezliğine bağlı olarak miyokardiyumu etkileyen bir dizi bozukluğun genel adıdır. İskemik kalp hastalığına **genellikle**, koroner arterler ile dallarını sürekli olarak tıkayan ateromatoz madde birikimleri neden olur.

Klasifikasyon

İskemik kalp hastalığı, aşağıdaki şekilde I20-I25 kategorileri kapsamında sınıflandırılır:

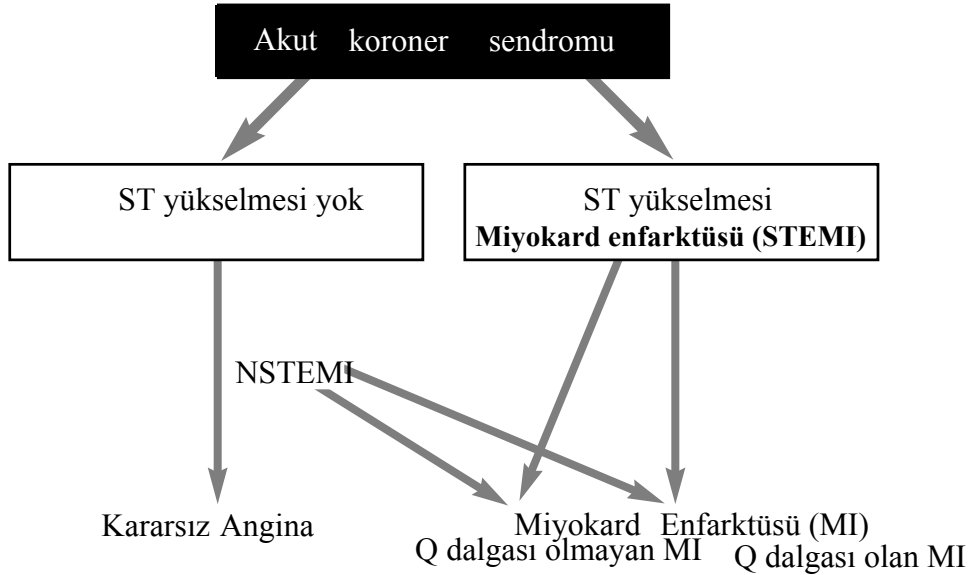
<i>Anjina pectoris</i>	I20
<i>Akut miyokard enfarktüsü</i>	I21
<i>Takip eden (subsequent) miyokard enfarktüsü</i>	I22
<i>Akut miyokard enfarktüsü sonrası gelişen bazı komplikasyonlar</i>	I23
<i>Diğer akut iskemik kalp hastalıkları</i>	I24
<i>Kronik iskemik kalp hastalığı</i>	I25

Akut koroner sendrom**Tanımı**

Akut koroner sendrom, bir akut miyokard enfarktüsü (AMI) (ST segmentinin yükselmesi ve düşmesi, Q dalgası ve Q dalgası olmayan) veya kararsız anjinanın (UA) bir göstergesi olabilecek bir dizi klinik belirti ve semptomla birlikte gelişir. Bu sendrom, akut miyokardiyal iskemi ile uyumlu klinik semptomların herhangi bir grubunu tanımlamak üzere oluşturulmuş yararlı bir terimdir. Bu sendrom şu hastalarda görülür:

- Son zamanlarda başlayan, dinlenirken ortaya çıkan uzamış kardiyak göğüs ağrısı görülen hastalar
- Son zamanlarda başlayan, en hafif egzersizde kardiyak göğüs ağrısı görülen hastalar
- Ağrısı çabuk bir şekilde şiddetlenen önceden mevcut egzersiyonel anjina.

Aşağıdaki şema, akut koroner sendromu, miyokard enfarktüsleri ve kararsız anjina arasındaki ilişkiyi göstermektedir. (Kaynak: JACC Cilt 36 No. 3, Eylül 2000 s.974)



KLASİFİKASYON

Akut koroner sendromu; akut miyokard enfarktüsü, ST yükseklikli miyokard enfarktüsü (STEMI), ST yükseklikli olmayan miyokard enfarktüsü (NSTEMI) veya kararsız anjina olarak tanımlanabilecek durumların genel adıdır. Klinik kod uzmanları tıbbi kayıttaki dokümantasyona başvurmalı ve

- enfarktüsün kaydedilmiş olması halinde, I21.- *Akut miyokard enfarktüsü* kategorisinden bir kod atamalı veya
- 'akut koroner sendromu' tanısının kaydedilmiş herhangi bir miyokard enfarktüsüne dayanmaması halinde I20.0 *Kararsız anjina*'yı atamalıdır.

ANJİNA PEKTORİS (I20)

Tanımı

Mekanizma = geçici, lokalize miyokardiyal iskemi

Oksijene yönelik miyokardiyal talepler ile koroner arterlerden verilen oksijen miktarı arasında bir fark vardır. Anjina tamamen kısa süreli olup, hiçbir rezidüel rahatsızlık bırakmaksızın yatıştır. Genellikle arteriyosklerotik kalp hastalığına bağlı olarak gelişse de koroner spazm, şiddetli aort stenozu veya yetmezlik, hipertirodizmde veya tiroid tedavisi sonrasında olduğu gibi artmış metabolik talepler, belirgin anemi, ventriküler hızı yüksek paroksizmal taşikardilerin sonucunda koroner arterlerde önemli bir hastalık görülmediğinde veya küçük koroner arterleri etkileyen sistemik lupus eritematozusu gibi bağ dokusu bozuklukları ile birlikte ortaya çıkabilmektedir.

Anjinanın özgül tipleri şöyledir:

*Kararsız anjina (I20.0)

Tanımı

I20.0 *Kararsız anjina* kodu, ara koroner sendromu, preenfarktüs sendromu ile prematüre veya muhtemel miyokard enfarktüsü olarak tanımlanan durumları kapsar. Bir enfarktüsten 24 saat sonra ve enfarktüs bakım epizodunda oluşan anjina, enfarktüs sonrası oluşan anjina olarak adlandırılır ve bu anjina tipi de I20.0 *Kararsız anjina* kapsamında sınıflandırılır.

Kararsız anjina, koroner kalp hastalığı ile ilişkili olarak efor sırasında oluşan anjina pektoris ile akut miyokard enfarktüsü arasındaki bir ara sendromdur. Kararsız anjina farklı bir karakter, süre, radyasyon ve ciddiyet gösteren ya da saatler veya günler geçtikçe şiddetlenen veya dinlenirken ya da gece oluşan ağrı ile belgindir.

Klasifikasyon

Hasta kararsız anjina sebebiyle hastaneye yatırılırsa ve aynı bakım epizodunda bir miyokard enfarktüs geçirirse, yalnızca miyokard enfarktüsü kodlayın.

Ancak, hasta enfarktüs sonrası oluşan anjina gösterirse, I20.0 *Kararsız anjina* ek kod olarak girilebilir.

Anjina pektoris, gösterilmiş spazm ile (I20.1)*Tanımı**

Koroner arter spazmı sonucunda koroner kan akışında azalma meydana gelir; bu spazm spontan gelişebilir veya bir koroner kateterin mekanik irritasyonu, soğuğa maruz kalma veya belirli ilaçlarla uyandırılabilir. Spazm hem normal hem daralmış koroner arterlerde ortaya çıkabilmektedir. Obstrüktif koroner stenozunun yokluğunda spazmın bir sonucu olarak aritmiler, anjina pektoris, hatta miyokard enfarktüs oluşabilmektedir.

Prinzmetal varyant anjina ise daha çok, efor sırasında değil de dinlenirken oluşmakta, gündüz boş anlarda veya geceleyin ortaya çıkabilmektedir.

Klasifikasyon

Herhangi bir anjina tipine ilişkin kod, hastanın söz konusu anjina tipini geliştirdiği bulgulanırsa, koroner aterosklerozdan önce gelmelidir.

Hastalar, herhangi bir anjina semptomu göstermeden de koroner arter hastalığına sahip olabilmektedir. Bu durumda, anjina kodlanmaz.

Birçok klinik kod uzmanı geleneksel olarak anjinayı aterosklerozun bir 'sendromu' olarak görmüş ve aterosklerozu ana tanı, bir başka deyişle anjinanın esas sebebi, olarak yanlış sıralamışlardır. Anjina bir semptom olarak tanımlanabilse de, sahip oldukları özellikler bakımından anlamlı olan bir grup 'semptomu' oluşturmaktadır.

Gerek iskemik kalp hastalığı gerekse anjinanın mevcut durumlarını gösteren hastalar için hem I25.9 *Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış* hem I20.9 *Anjina pektoris, tanımlanmamış* kodu atanabilmektedir.

AKUT MİYOKARD ENFARKTÜSÜ (I21)**Tanımı**

Mekanizma = arteriyel tıkanıklık.

Akut miyokard enfarktüsü, genellikle bir koroner arterin, ateromatöz daralma bölgesinde trombus ile tıkanması sonucunda ortaya çıkan bir akut iskemik durumdur. Tıkanıklık, etkilenen arter tarafından miyokardiyum bölgesine sağlanan kanı keserek söz konusu bölgedeki hücrelerin ölümüne neden olur. Durumun ciddiyeti, tıkanıklıktan etkilenen miyokardiyum bölgesinin ne kadar büyük olduğuna bağlıdır ve orta derecede ciddi hastalıktan ani ölüme kadar değişiklik gösterebilmektedir.

Klasifikasyon

Akut veya başlangıcından itibaren dört haftalık (28 gün) olarak ya da daha kısa bir süre ile tanımlanan bir miyokard enfarktüsü, I21 *Akut miyokard enfarktüs* kategorisi kapsamında sınıflandırılır. I21.0–I21.3 kodları, transmural veya ST yükseklikli miyokard enfarktüsleri (STEMI) tanımlar.

I21.4 kodu ise, Q dalgası olmayan, ST yükseklikli olmayan miyokard enfarktüs (NSTEMI) veya transmural olmayan olarak da adlandırılan subendokardiyal enfarktüsü tanımlamaktadır. Subendokardiyal enfarktüsler, miyokardiyal duvarı bütünüyle öteye geçmez. Subendokardiyal enfarktüsler ECG'de, bir dizi yaygın ST segmenti değişikliği gösterir ve bu değişiklikleri saptamak zor olmaktadır. I21.4, tek başına bir subendokardiyal enfarktüs için atanmalıdır. Etkilenen bölge veya duvar kodlanmaz.

I21 *Akut miyokardiyal enfarktüs* kategorisi kapsamındaki kodlar gerek hastanın tedavi için yatışının yapıldığı ilk hastane gerekse enfarktüsün başlangıcından sonra dört hafta içinde (28) veya daha kısa bir sürede hastanın sevk edildiği herhangi bir başka akut bakım tesisinde ortaya çıkan bir enfarktüs için atanmalıdır.

ÖRNEK 1:

A Hastanesi –	Hasta, akut anteroseptal miyokard enfarktüsünün ilk bakım epizodu için hastaneye yatırılmış, 2. gün bir başka hastaneye sevk edilmiştir.
Şu kodu atayın:	I21.0 <i>Ön duvar akut transmural miyokard enfarktüsü</i>
B Hastanesi –	Hasta, daha ayrıntılı tanınal muayene veya cerrahi girişim için bu hastaneye sevk edilmiş, 20. gün A Hastanesine geri sevk edilmiştir.
Şu kodu atayın:	I21.0 <i>Ön duvar akut transmural miyokard enfarktüsü</i>
A Hastanesi –	Hasta, akut bakımdan taburcu edilmeksizin geri sevk edilmiş, 24. günde ise eve taburcu edilmiştir.
Şu kodu atayın:	I21.0 <i>Ön duvar akut transmural miyokard enfarktüsü</i>

TAKİP EDEN (SUBSEQUENT) MİYOKARD ENFARKTÜSÜ (I22)

Bu kategori, herhangi bir miyokardiyal bölgenin, geçirilmiş bir enfarktüsün başlangıcından itibaren dört hafta (28 gün) içinde ortaya çıkan enfarktüsü için atanmalıdır.

İSKEMİK KALP HASTALIĞININ DİĞER AKUT VE SUBAKUT FORMLARI (I24)**Tanımı**

Mekanizma = uzamış miyokardiyal iskemi, miyokardiyal nekroz ile birlikte veya miyokardiyal nekroz olmaksızın.

Miyokard enfarktüsü ile sonuçlanmayan koroner trombozu (I24.0)

Hemen yapılacak bir trombolitik tedavi ve/veya cerrahi girişim arter tıkanıklığı veya trombozunun enfarktüse dönüşmesini önleyebilmektedir.

Dressler sendromu (I24.1)

Enfarktüs sonrası oluşan sendrom olarak da bilinir. Dressler sendromu, miyokard enfarktüse karşı bir hipersensitivite reaksiyonu olarak kabul edilir; günümüzde, miyokard enfarktüs tedavisindeki gelişmelerle nadir görülen bir sendrom haline gelmiştir. Sendrom bir miyokard enfarktüsünden sonra 4 ila 6 haftada gelişebilmektedir ve pnömoni ile birlikte veya pnömoni olmaksızın perikardit, perikardiyal friksiyon sürtünmesi ve ateşi ile karakterizedir.

KRONİK İSKEMİK KALP HASTALIĞI (I25)

Bu kategori, koroner ateroskleroz, kronik koroner yetmezliği, miyokardiyal iskemi ve kalp anevrizması gibi durumları kapsar.

Aterosklerotik kalp hastalığı (I25.1-)**Tanımı**

Bu kodlar, arteriyosklerotik kalp hastalığı, koroner arteriyosklerozis, koroner arter hastalığı, koroner striktür ve koroner sklerozis veya aterom olarak tanımlanan durumları içerir.

Mekanizma = arterlerin iç tabakasında (intima) oluşan yağlı birikim plakları.

Plak veya aterom oluşumu iç duvarın sertleşmesine, ayrıca kas duvarlarının rijidleşmesi ve inelastik hale gelmesine neden olur. Lümenin daralması ve kas duvarının sertleşmesi kanın damardan akış hızını düşürebilmekte ve söz konusu damarla kan taşınan dokularda iskemiye yol açabilmekte, damarda pıhtı meydana getirebilmektedir.

Klasifikasyon

Beşinci karakterle temsil edilen alt bölüm, ilgili koroner arterin niteliğini göstermektedir. Dokümantasyonda, geçirilmiş herhangi bir koroner arter bypassı bulunmadığı açıksa, I25.11 *Aterosklerotik kalp hastalığı, nativ koroner arterde* kodunu atayın.

Bir bypass grefinin ateroskleroza I25.12 *Aterosklerotik kalp hastalığı, otolog bypass grefinde* veya I25.13 *Aterosklerotik kalp hastalığı, otolog olmayan bypass grefinde* kapsamında sınıflandırılır.

Bir bypass grefinin embolizmi veya tıkanıklığı ise T82.8 *Kardiyak ve vasküler protez cihazları, implantlar ve greflerinden dolayı diğer komplikasyonlar* kapsamında sınıflandırılır.

Eski miyokard enfarktüsü (I25.2)

I25.2 *Eski miyokard enfarktüsü*, Z kodu bölümüne dahil edilmese de esas olarak bir 'öyküsü' kodudur. Bu kod, yalnızca aşağıda verilen kriterlerin tamamı geçerli ise bir ek kod olarak atanmalıdır:

- 'Eski' miyokard enfarktüsü dört haftadan (28 gün) daha uzun bir süre önce gerçekleşmiştir;
- Hasta şu anda 'eski' miyokard enfarktüsü için bakım **görmemektedir** (gözlem, değerlendirme veya tedavi);
- 'Eski' miyokard enfarktüsü **ACS 2112 Kişisel öykü**'de belirtilen kriterlere uygundur.

Kalp anevrizması (I25.3) veya koroner damarların anevrizması (I25.4)

Anevrizma, kalbin veya koroner damarların dilate bir duvarı ile oluşan bir kesedir. Anevrizmaya, ateroskleroz neden olabilmektedir; ateroskleroz kas duvarını, zayıflayınca ve bir anevrizma geliştirdikçe kadar deforme etmekte ve bu duvara zarar vermektedir.

İskemik kardiyomiyopati (I25.5)

İskemik kardiyomiyopati bazı zamanlar, iskemik kalp hastalığının diffüz fibrozis veya birden fazla enfarktüse neden olduğu ve sol ventriküler dilatasyonla birlikte kalp yetmezliğine yol açtığı durumu tanımlamak için kullanılan bir terimdir.

Açıklama: Kardiyomiyopatinin diğer bütün tipleri I42 *Kardiyomiyopati* ve I43* *Kardiyomiyopati, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda* kapsamında kodlanır.

Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları (I25.8)

'Kronik' veya başlangıcından itibaren dört haftadan (28 gün) daha uzun bir süre ile tanımlanan ve hastanın halihazırda akut bakım gördüğü (gözlem, değerlendirme veya tedavi) bir miyokard enfarktüs, I25.8 *Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları* kapsamında sınıflandırılır. Aşağıda verilen kardiyak durumlar da bu kod kapsamındadır:

- Bir koroner damarın anevrizması
- Koroner arter arteriti
- Koroner arterin deformitesi (kazanılmış)
- Hastalık, kalp, tanımlanmış form NEC
- Koroner yetmezliği, kronik veya 4 haftadan daha uzun bir süre ile tanımlanmış.

Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış (I25.9)

Bu koda, son çare olarak başvurulmalıdır. İskemik kalp hastalığı (IHD) mevcut bakım epizodunda bir problem olarak kaydedilmişse ve CBAG'ler veya stent uygulanan veya uygulanmayan PTCA'lar gibi herhangi bir müdahale yapılmamışsa, hastalığın özelliğinin (örneğin; koroner ateroskleroz, I25.1-), varsa bir önceki anjiogram raporunda kaydedildiği gibi kodlanması kabul edilebilir bir durumdur.

Ancak, IHD'nin bir problem olarak kaydedilmesi ve müdahale yapılması halinde, gerek daha önce tedavi edilmiş olan grefler gerekse nativ damarların durumu hakkında yeterli bilgi varsa hem I25.1- *Aterosklerotik kalp hastalığı* hem Z95.1 *Aortakoroner bypass grefi* veya Z95.5 *Koroner anjiyoplasti implant ve grefi*'ni atamak mümkündür. Yeterli bilgi olmamasına karşın IHD hala bir problem olarak tanımlanıyorsa, hem I25.9 *Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış* hem Z95.1 *Aortakoroner bypass grefi* atanabilmektedir.

Geçirilmiş koroner arter bypass cerrahisi veya koroner anjiyoplasti öyküsü varsa, Z95.1 *Aortakoronar bypass grefi* veya Z95.5 *Koroner anjiyoplasti implant ve grefi* kodlarını, yalnızca böyle bir durum mevcut bakım epizodunda anlamlı ise atayın.

0941 ARTERİYEL HASTALIK

Açıklama: Bu standart, serebral ve preserebral arterler için geçerli DEĞİLDİR.

Arteriyosklerozis

Arteriyosklerozis, arteriyel duvarların kalınlaştığı ve esnekliğini yitirdiği birçok hastalığın genel adıdır.

Arteriyosklerozisin üç temel formu vardır:

- ateroskleroz (en yaygın formudur)
- Mönckeberg arteriyosklerozisi (küçük arterlerin kalsifikasyonu, genellikle yaşlılarda görülür, medial kalsifik skleroz olarak da adlandırılır)
- arteriyoler skleroz (arteriyosklerozis, çoğunlukla, özellikle böbrek, dalak ve pankreastaki arteriyollerin hipertansiyonu neden olur).

Klasifikasyon

Arteriyosklerozun (NOS) büyük bir arteri (örneğin; koroner, renal, abdominal, aort, iliak, femoral veya ekstremitelerin diğer arterleri) etkilediği kaydedilmişse, uygun ateroskleroz kodu atanmalıdır.

ÖRNEK 1:

I25.1- *Aterosklerotik kalp hastalığı*

I70.2- *Ekstremitelerinin aterosklerozu*

Gerek Mönckeberg arteriyosklerozisi gerek arteriyoler skleroz için dizini takip edin ve uygun kodu atayın.

Ateroskleroz

Ateroskleroz, arteriyosklerozisin en yaygın biçimi olup, koroner ve renal arterler gibi arterlerde sarımsı plak (ateromlar) oluşumu ile karakterizedir.

Ateroskleroz, tanısı, tıkanıklık yüzdesinden ziyade açık hastalık kanıtına (örneğin; göğüs ağrısı semptomları, bacadaki aralıklı kladukasyon) dayalı olan patolojik bir antitedir.

Anjiogramda, 'obstrüksiyon' veya 'arteriyel plak' bulgusu aterosklerozu ifade eder

Ateroskleroz girişimleri

Anjiyoplasti (PTA/PTCA – perkütan [balon] translüminal koroner anjiyoplasti), arter içi stent uygulaması ve bypass grefleri (CABG, femoro-popliteal, vb.) ateroskleroz semptomlarını (örneğin; anjina, aralıklı kladukasyon) ortadan kaldırmak için genelde başvurulan girişimlerdir. Bu yüzden, kapsamlı dokümantasyon veya klinik tavsiye olmaması halinde, bu girişimlerden biri gerçekleştirildiğinde, tanının ateroskleroz olduğu varsayılır.

Klasifikasyon

Bir arteri etkileyen ateroskleroz kaydedilmişse, uygun ateroskleroz kodu atanmalıdır. Anjinanın bulunduğu koroner ateroskleroz (koroner arter hastalığı [CAD] veya üçlü damar hastalığı [TVD]) durumunda anjina, ana tanı olarak sıralanır ve ateroskleroz kodu, bir ek kod olarak atanır (bakınız **ACS 0940 İskemik kalp hastalığı**).

Koroner arter hastalığı (CAD)

CAD, vakaların %99'unda aterosklerozu ifade eder. Vakaların geri kalan %1'lik bölümü ise spazm, embolizm ile diğer tanımlanmış nedenlere bağlı vakalardır.

Klasifikasyon

CAD'nin spazm, embolizm ve diğer tanımlanmış nedenler (ateroskleroz hariç) belirtilmeksizin kaydedilmiş olması halinde, I25.1- *Aterosklerotik kalp hastalığı* kategorisinden bir kod atanmalıdır.

Embolizm

Embolizm, yerinden koparak küçük bir damara yerleşen bir yabancı madde, çoğunlukla bir kan pıhtısıdır (örneğin, atriyumdan). Embolizm, ateroskleroz olmaksızın da oluşabilir. Bu nedenle, 'embolizm' olarak kaydedilen bir tanının aterosklerozu da gösterdiği varsayılmaz. Ancak, ateroembolizm, ateromatöz plağın veya yerinden koparak bir damara yerleşmiş ve obstrüksiyona neden olmuş olan, genelde plağa yapışık trombotik maddenin bir parçasıdır (pıhtı). Bu yüzden, ateroembolizm, aterosklerozun, gevşek plak parçasının neden olduğu akut obstrüksiyon ile bulunduğu anlamına gelir.

Klasifikasyon

Bir koroner arter embolizmi kaydedilmiş ancak hasta miyokard enfarktüsü geçirmemişse, I24.0 *Miyokard enfarktüsü ile sonuçlanmayan koroner trombozu*'nu atayın. Öte yandan, hasta miyokard enfarktüsü geçirmişse, I21 *Akut miyokard enfarktüsü* kategorisinden uygun bir kodu atayın. Kaydedilmesi halinde ateroskleroz bulunmuş da (örneğin, ateroembolizmde), I25.1- *Aterosklerotik kalp hastalığı* kategorisinden bir ek tanı kodu ile gösterilmelidir.

Diğer bölgelerin embolizmi, Alfabetik Hastalık Dizinindeki gibi kodlanır; örneğin, femoral, iliak için I74 *Arter emboli ve trombozu*; renal için N28.0 *Böbreğin iskemisi ve enfarktüsü*.

İskemi

'İskemi', azalmış kan akışının fizyolojik sürecini ifade eder. İskeminin nedeni belirlenmelidir (travma, embolüs, trombüs).

'İskemik bacak' dokümantasyonu, PVD'yi ifade eder (bakınız aşağıda *Periferik Damar Hastalığı*). İskemik kalp hastalığı (IHD), koroner ateroskleroz, kronik koroner yetmezliği, miyokardiyal iskemik veya kalp anevrizması gibi durumları ifade edebilmektedir. Bu yüzden, iskeminin nedeninin ateroskleroz olduğu varsayılmamalıdır.

Klasifikasyon

Mümkünse iskeminin nedeni (örneğin; travma, embolüs, trombüs) için spesifik bir kod atanmalıdır.

Yalnızca 'iskemik bacak' kaydedilmişse, I70.2- *Ekstremitelerdeki arterlerin aterosklerozu* kategorisinden bir kod atayın.

Yalnızca 'iskemik kalp hastalığı' kaydedilmişse ve daha fazla bilgi yoksa, I25.9 *Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış*'ı atayın. (Ayrıca bakınız ACS 0940 *İskemik kalp hastalığı*.)

Obstrüksiyon

'Obstrüksiyon'a ilişkin dokümantasyon, vakaların büyük bölümünde aterosklerozu ifade eder (bakınız yukarıda *Ateroskleroz*). Obstrüksiyon ve stenoz terimi, eş anlamlı olarak kullanılır (bakınız aşağıda *Stenoz*).

Klasifikasyon

Bir arterin %50'nin üstünde olan bir obstrüksiyonu kaydedilmişse, bu durum ateroskleroz olarak kodlanmalıdır (obstrüksiyonun bir başka nedeninin belirtilmemesi koşuluyla). Dizindeki, 'ayrıca bakınız *Embolizm*' biçimindeki talimatın yalnızca bir 'embolizm' veya 'ateroembolizm'in obstrüksiyona neden olduğu kaydedilmişse uygulanması gerektiğini aklınızdan çıkarmayın (ayrıca bakınız yukarıda *Embolizm*).

Tıkanıklık

'Tıkanıklık', bir damarın, genellikle aterosklerozla bağlı olarak tamamen tıkanması veya obstrüksiyonunu tanımlamak için kullanılan bir terimdir.

Klasifikasyon

Bir koroner arter ‘tıkanıklığı’ nın ayrıntılı bilgi olmaksızın kaydedilmiş olması halinde, I25.1- *Aterosklerotik kalp hastalığı* kategorisinden bir kod atanmalıdır. Kalp kateterizasyonu veya anjiyogram sonuçlarında, tıkanıklığın bir trombus veya embolüse bağlı olduğu açıkça (ve hasta bir AMI geçirmemişse), I24.0 *Miyokard enfarktüsü ile sonuçlanmayan koroner trombozu*’nu atayın. Öte yandan, hasta miyokard enfarktüsü geçirmişse, I21 *Akut miyokard enfarktüsü* kategorisinden bir kod atayın. (Dizindeki, ‘tıkanıklık, koroner’ girişi altındaki varsayılan I21.9 kodu ile ‘ayrıca bakınız *Enfarktüs, miyokardiyum*’ talimatının yalnızca enfarktüse ilişkin dokümantasyon varsa uygulanması gerektiğini aklınızdan çıkarmayın.)

Benzer şekilde, diğer arterlerin bir başka nedene bağlı olarak kaydedilmemiş ‘tıkanıklığı’ da uygun ateroskleroz kodu ile kodlanmalıdır. (Dizindeki, ‘ayrıca bakınız *Embolizm*’ biçimindeki talimatın yalnızca tıkanıklığın nedeni olarak bir ‘embolizm’ kaydedilmişse uygulanması gerektiğini aklınızdan çıkarmayın (ayrıca bakınız yukarıda *Embolizm*).

Periferik damar hastalığı (PVD)

Çoğu durumda, PVD, ateroskleroza bağlı olarak oluşur.

Ayrıca, bir embolüs veya mikroembolüs (örneğin, atriyel fibrillasyona bağlı olarak kalpten), tromboz, arteriyel travma, arteriyel duvar spazmı veya konjenital yapısal anomali bir PVD nedeni olabilmektedir. ‘PVD’ veya ‘(kronik) iskemik bacak’ kaydedilmiş ancak PVD’nin nedeni hakkında daha fazla bilgiye yer verilmemişse, PVD’nin ateroskleroza bağlı olduğu varsayılabilir.

Klasifikasyon

Dokümantasyonda PVD’nin niteliği hakkında daha ayrıntılı bilgi varsa (örneğin, Raynaud Sendromu, I73.0 *Raynaud Sendromu*; femoral arterin embolizmi, I74.3 *Alt ekstremité arterlerinin embolizm ve trombozu*), spesifik hastalığı kodlayın.

‘PVD’ veya ‘kronik iskemik bacak’ kaydedilmiş ancak bunlara ilişkin daha fazla tanımlama yapılmamışsa, I70.2- *Ekstremité arterlerinin ateroskleroza*’nu atayın. (I73.9 *Periferik damar hastalığı, tanımlanmamış* kodunun atanmasına gerek yoktur.)

Stenoz

Stenoz, bir kantitatif anatomik terim olup, genellikle ateroskleroza ifade eder.

‘Stenoz’ ve ‘obstrüksiyon’, birbirine eşdeğerdir (örneğin, %60 stenoz = %60 obstrüksiyon). Tam stenoz, tıkanıklıkla sonuçlanır. (Ayrıca bakınız yukarıda *Obstrüksiyon*.)

Klasifikasyon

%50’nin üzerinde bir koroner arter stenozunun bu stenoza ilişkin daha fazla bilgi olmaksızın kaydedilmiş olması halinde, I25.1- *Aterosklerotik kalp hastalığı* kategorisinden bir kod atanmalıdır. Kalp kateterizasyonu veya anjiyogram sonuçlarında, stenozun bir trombus veya embolüse bağlı olduğu açıkça (ve hasta bir AMI geçirmemişse), I24.0 *Miyokard enfarktüsü ile sonuçlanmayan koroner trombozu*’nu atayın. Öte yandan, hasta miyokard enfarktüsü geçirmişse, I21 *Akut miyokard enfarktüsü* kategorisinden bir kod atayın.

Benzer şekilde, diğer arterlerin, bir başka nedene bağlı olarak kaydedilmemiş olan, %50’nin üstünde olan stenozu da uygun ateroskleroz kodu ile kodlanacaktır. (Dizindeki, ‘Stenoz’dan sonra gelen ‘ayrıca bakınız *Striktür*’ talimatı ile I77.1 *Arter striktürü* kapsamındaki, ‘Stenoz, arter NEC’ye ilişkin varsayılan kodların, yalnızca ‘striktür’ daha fazla tanımlama bilgisi olmaksızın kaydedilmişse uygulanması gerektiğini aklınızdan çıkarmayın. Ayrıca bakınız aşağıda *Striktür*.)

Striktür

Striktür, bir açıklık veya damar gibi bir vücut geçişindeki anormal daralma olarak tanımlanır.

Klasifikasyon

Klinik dokümantasyonda ayrıntılı bilgi yoksa, striktürün ateroskleroza bağlı olduğu varsayılmaz. Bu nedenle, ‘arter striktürü’ kaydedilmiş ancak buna ilişkin daha fazla tanımlama yapılmamışsa,

I77.1- *Arter striktürü*'nü atayın. Ancak, bir arter striktürünün trombus veya ateroma bağlı olduğu açıkça (örneğin, kalp kateterizasyonu veya anjiogram sonuçlarında), bir koroner artere ilişkin I24.0 *Miyokard enfarktüsü ile sonuçlanmayan koroner trombozu* gibi daha spesifik bir kodu veya I25.1 *Aterosklerotik kalp hastalığı* kategorisinden bir kodu atayın. Öte yandan, hasta miyokard enfarktüsü geçirmişse, I21 *Akut miyokard enfarktüsü* kategorisinden bir kod atayın.

Tromboz

Tromboz, aterosklerozun ilerleyebileceği, plak yüzeyinde bir kan pıhtısı (trombus) oluşumu ve bunun obstrüksiyona neden olması ile açıklanabilecek son noktadır.

Klasifikasyon

Bir koroner arter trombozu kaydedilmişse (ancak hasta miyokard enfarktüsü geçirmemişse), I24.0 *Miyokard enfarktüsü ile sonuçlanmayan koroner trombozu*'nu atayın. Öte yandan, hasta miyokard enfarktüsü geçirmişse, I21 *Akut miyokard enfarktüsü* kategorisinden bir kod atayın.

Diğer arterlerin trombozuna ilişkin kodlamalar, Alfabetik Hastalık Dizinine göre yapılmalıdır.

Notlar

10. SOLUNUM SİSTEMİ

1002 ASTİM

Tanımı

Akut şiddetli astım hastalarının (status asthmaticus) başlangıç değerlerinde kötüleşme vardır ve olağan medikasyona yanıt vermezler. Bu tanım sık sık, 'astım' ana tanısı ile hastaneye yatırılan kişiler için kullanılacaktır. Ancak, ülke genelinde farklı yatış uygulamalarının varlığı, astımın ana tanı altında, 'akut şiddetli astım' olarak varsayılmayacağı anlamına gelebilir. Astım hastaları diğer nedenlerle de hastaneye yatırılabilir (örneğin; evde bakım sağlayacak biri bulunmayışı, astım eğitimi, kırsal kesimde genel tıp hekimi bulunamayışı).

Klasifikasyon

J45.- *Astım* kodu, 'astım', 'şiddetli astım', 'akut astım' gibi tanımlar veya astım teriminin J46 *Status asthmaticus* 'a dahil edilmeyen herhangi bir değişik biçimi için atanmalıdır.

J46 *Status asthmaticus*, yalnızca astım 'akut şiddetli' veya 'refrakter' olarak kaydedilmişse atanmalıdır.

Kronik obstrüktif olarak tanımlanan veya COPD ile birlikte kaydedilen astım yalnızca J44.- kapsamında kodlanmalıdır. J45'teki kapsam dışı tutulanlar ile ortaya konulduğundan ve dizin girişi aşağıdaki gibi olduğundan bu tür vakaları J45.- *Astım* kapsamında kodlamak uygun değildir:

J45 Astım

Şu durumlar hariç: kronik astmatik (obstrüktif) bronşit (J44.-)
kronik obstrüktif astım (J44.-)

Dizin: **hastalık, hastalıklı**
- akciğer J98.4
- obstrüktif (kronik) J44.9
- - - aşağıdaki ile birlikte
- - - - astım J44.-

J44.- *Diğer kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 'kronik astım' tanısı için atanmamalıdır.* Kronik astım, J45.- *Astım* kapsamında kodlanmalıdır. (Ayrıca bakınız **ACS 1008 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (COPD).**)

1004 PNÖMONİ

Pnömoni, alveollerin inflamasyonudur. Bu inflamasyon genelde bir enfeksiyona bağlı olarak ortaya çıkar. Çok sayıda olası organizma pnömoniye neden olabilmektedir. Vakaların önemli bir bölümünde, nedensel organizma tanımlanamamaktadır.

Bir hastada hastane dışında pnömoniye sebep olan organizmalar (bir başka deyişle, toplumdan kazanılmış pnömoni), hastanede kazanılmış pnömoniden (bir başka deyişle, nozokomiyal veya hastanede kazanılmış pnömoni) farklı olabilmektedir. Hastanın bağışıklık yanıtı baskılandığında da organizmalar farklılık gösterebilmektedir.

İnflamatuvar sürece, bir lobun tamamı veya bir bölümü; birden fazla lobun tamamı veya bir bölümü ile farklı akciğer lobları dahil olabilmektedir. 'Alt lob' olarak tanımlanan pnömoni, pnömoninin 'lober' olmasını gerektirmez. Lober pnömoniler, **bütün** lobun konsolidasyonu anlamına gelir ve **nadir** görülür. Ancak, 'lober' terimi geniş anlamıyla, lobun (lobların) bir bölümünün tutulumunu ifade edebilmektedir. Bu yüzden, bu terim kullanıldığında, J18.1 *Lober pnömoni, tanımlanmamış* kodu atanmadan önce klinik tedavi uzmanından bilgi istenmelidir.

Pnömoniyi teşhis etmenin tek kesin yolu, göğüs x-ray'idir. Göğüs x-ray'i, pnömoninin yerini ve derecesini gösterir. X-ray kanıtı olmaksızın yalnızca 'pnömoni'nin kaydedilmiş olması halinde, bir başka deyişle klinik pnömoni tanısı konulmuşsa, pnömoni için uygun kodu atayın. Mikrobiyoloji raporlarında, özellikle balgam ve kan kültürleri, pnömoniye neden olduğu düşünülen (varsa) organizma tanımlanacaktır.

1006 SOLUNUM DESTEĞİ

SÜREKLİ SOLUNUM DESTEĞİ

Tanımı

Sürekli solunum desteği (CVS) (mekanik ventilasyon olarak da bilinir), hastanın kendi solunum çabasını artıran veya yapay yolla solunumunu sağlayan bir mekanik cihaz aracılığıyla gazların akciğerlere taşınması işlemidir. Solunum desteğinde, hasta entübe edilir veya hastaya bir trakeostomi uygulanır ve hastanın kesintisiz solunumu için değişen derecelerde sürekli solunum desteği sağlanır.

Klasifikasyon

1. İlk önce sürekli solunum desteğinin süresini kodlayın:

13882-00 [569] *Sürekli solunum desteği kullanımı, ≤ 24 saat* (bakınız aşağıda 5. şık)

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

13882-02 [569] *Sürekli solunum desteği kullanımı, ≥ 96 saat*

2. Sürekli solunum desteğinin başlangıç yerini belirtmek için bir ek kod atayın:

13857-00 [569] *Sürekli solunum desteği, yoğun bakım ünitesi dışında*

VEYA

13879-00 [569] *Sürekli solunum desteği, yoğun bakım ünitesinde*

Yoğun bakım ünitesinde ibaresi, CVS'nin kodlanan bakım epizodunda bir yoğun bakım ünitesinde başlatıldığını ifade eder. **Buna, neonatal yoğun bakım üniteleri dahildir.**

Yoğun bakım ünitesi dışında ibaresi ise, CVS'nin kodlanan yatış sırasında başlatıldığını ancak uygulamanın ICU'da gerçekleştirilmediğini ifade eder (örneğin; CVS'nin acil servis, doğum servisi, doğumhane veya ameliyathanede başlatılması).

Açıklama: Kodlanan bakım epizodundan önce başlatma (örneğin, bir başka hastanede), 'yoğun bakım ünitesi dışında' tanımı kapsamına dahil edilmez. (Bakınız 'Sevk edilen hastalar', sayfa.)

3. Sürekli solunum desteği ile birlikte trakeostomi uygulanırsa bir ek kod atayın:

41880-00 [536] *Perkütan trakeostomi*

41883-00 [536] *Açık trakeostomi, geçici*

41883-01 [536] *Açık trakeostomi, kalıcı*

4. Entübasyon veya kullanım için, 16 yaşın altındaki hastalara yönelik CVS'ye ilişkin koda (kodlara) ([569] bloğu) ek olarak [568] *Havayolu kullanımı* bloğundan uygun kodu atayın.

5. ≤ 24 saatlik sürekli solunum desteğini, YALNIZCA solunum bir girişim sırasında gerçekleştirilmediğinde kodlayın. Örneğin, baş yaralanması veya yanık sonrası yoğun bakım ünitesinde uygulanan ≤ 24 saatlik solunum kodlanmalıdır.

Bir hastaya cerrahi girişim sırasında sunulan solunum desteği anestezi ile ilişkili olup, cerrahi girişimin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilir; bu nedenle, bu tür durumlarda ≤ 24 saatlik solunum kodlanmamalıdır. Ancak, cerrahi girişim sırasında başlatılan ve 24 saatten uzun süren CVS, intraoperatif entübasyondan itibaren başlayan süre ile birlikte kodlanmalıdır.

6. Sürekli solunum desteği kapsamında uygulanan sonlandırma yöntemlerini (örneğin; CPAP, IMV, PSV) kodlamayın.

Entübe edilmiş bir hastanın entübasyonunun sona erdirilmesi, hastanın sürekli solunum desteğinde olduğu sürenin hesaplanmasına dahil edilir. Ekstübasyondan önce hastayı cihazdan kesmek için birçok girişim yapılabilir.

CVS süresinin hesaplanması

Hastanın sürekli solunum desteğinde olduğu saatler, **tamamlanmış kümülatif saatler** olarak alınmalıdır.

Sürekli solunum desteği süresinin hesaplanması ile ilgili olarak:

CVS süresini hesaplamaya aşağıdaki uygulamalardan biriyle **BAŞLAYIN**:

- **Endotrakeal entübasyon** (ve ardından sürekli solunum desteğinin başlatılması) Sürekli solunum desteği için entübe edilen hastalarda, süreyi hesaplamaya entübasyondan itibaren başlayın. Endotrakeal tüp oral veya nazal yolla yerleştirilebilmektedir. Nazal yerleştirme, boyun yaralanmalarında olduğu gibi servikal omurga hipertansiyonu önlenmek istendiğinde veya oral cerrahi planlandığında tercih edilir. Ancak, nazal tüpler, oral tüplere göre genellikle daha dar ve uzun olduklarından, bu tüplerle trakeanın emilmesi daha zordur.

Kimi zaman hekim, örneğin manşondaki bir sızıntı gibi mekanik problemlerden dolayı endotrakeal tüpü değiştirmek zorunda kalacaktır. Endotrakeal tüplerin çıkarılması ve anında değiştirilmesi işlemleri, ilk süre kapsamında değerlendirilmelidir. Süreyi hesaplamaya devam edin. Endotrakeal entübasyon ile sürekli solunum desteği almaya başlayan ve ardından bir trakeostomi uygulanan hastalarda, süreyi hesaplamaya entübasyondan itibaren başlayın. Süre, trakeostominin uygulandığı dönem boyunca devam eder.

Endotrakeal tüpün, cerrahi girişim olmadan değiştirilmesi gerekmektedir. Bu duruma genellikle, cerrahi girişimle yerleştirilen bir trakeostomi tüpünden önce başvurulur. Ancak, ventilasyon uzadığında veya ventilasyonun uzaması beklendiğinde, trakeostomi tüpü, larinkse zarar vermemek ve daha iyi pulmoner pansuman sağlamak amacıyla ön servikal trakeaya cerrahi girişimle yerleştirilir. Ayrıca, trakeostomi ilk olarak hastaya bir havayolu sağlamak ve fasiyal travma, yanıklar, faringeal tümörler veya epiglottitte olduğu gibi üst havayollarının tehlikeye maruz kalması durumunda olası solunum desteği için kullanılabilir.

- **Trakeostomi** (ve ardından bir trakeostomi aracılığıyla sürekli solunum desteği başlatılması) Trakeostomi uygulanan hastalarda genellikle, trakeostomiye açık tutan ve mekanik solunum cihazının yerleştirilmesini sağlayan bir trakeal tüp bulunur. Sürekli solunum desteği süresini hesaplamaya, sürekli solunum desteğinin başladığı noktadan itibaren başlayın.
- **Solunum desteğindeki bir hastanın yatışı** Mevcut sürekli solunum desteği ile hastaneye yatırılan hastalarda, süreyi hesaplamaya yatıştan itibaren başlayın. (Ayrıca bakınız 'Sevk edilen hastalar'.)

CVS süresini hesaplamayı aşağıdaki uygulamaların biri ile **BİTİRİN**:

- **Ekstübasyon** (örneğin; endotrakeal, nazofaringeal) **veya**
- **CVS'nin herhangi bir sonlandırma döneminden sonra durdurulması veya**
- **Trakeostomi uygulanan hastalarda CVS'nin kesilmesi** (herhangi bir sonlandırma döneminden sonra) Trakeostomide kullanılan trakeal tüp, solunum yeterliğini temin etmek veya pulmoner pansuman sağlamak amacıyla sürekli solunum desteği kesildikten sonra belli bir süre hastadan çıkarılmayabilmektedir. Bazı durumlarda (örneğin, nöromusküler hastalıklar), trakeal tüpünün, sürekli solunum desteği kesildikten sonra daha ne kadar hastada bırakılacağı belli olmayabilmektedir. Bu yüzden, süre, sürekli solunum desteğinin kesilmesiyle birlikte **veya**
- Sürekli solunum desteğindeki hastanın **taburcu edilmesi, ölümü veya sevki** ile birlikte (ayrıca bakınız 'Sevk edilen hastalar') **veya**
- **Epizot türünün değişmesi ile birlikte** (bakınız aşağıdaki bölüm) sona ermelidir.

Epizot 'bakım türünün' değişmesi

Epizot 'bakım türünün' değişmesi halinde (örneğin, akut rehabilitasyona olan değişme), süre hesaplaması epizot sona erdiğinde bitirilmeli, yeni epizot türündeki bir sonraki solunum döneminde tekrar başlatılmalıdır.

Sürekli solunum desteğinin sonraki dönemleri

Sürekli solunum desteği kesildikten sonra, hastanın durumu kötüleşebilir ve hasta, aynı yatış döneminde bir sonraki solunum dönemine gerek duyabilir. Sürekli solunum desteğinin söz konusu sonraki dönemlerini, 13857-00 [569] *Sürekli solunum desteği, yoğun bakım ünitesi dışında* VEYA 13879-00 [569] *Sürekli solunum desteği, yoğun bakım ünitesinde* ek kodu ile kodlayın.

Sürekli solunum olmaksızın entübasyon

Entübasyon, havayolunu açık tutmak gerektiğinde ilişkili bir solunum desteği sistemi olmaksızın uygulanabilmektedir. Örneğin, çocuklar astım, krup veya epilepsi gibi tanılarda entübe edilebilmekte ancak solunum desteğine alınmayabilmekte, yetişkinler ise yanık veya diğer şiddetli travma vakalarında entübe edilebilmektedir.

Entübasyonun ventilasyon olmaksızın uygulandığı durumlarda, hastanın yaşı ne olursa olsun, aşağıda verilen listeden bir kod veya kodlar atanmalıdır:

- 22007-00 [568] *Endotrakeal entübasyon, tekli lümen*
- 22008-00 [568] *Endotrakeal entübasyon, çift lümen*
- 90179-02 [568] *Nazofaringeal entübasyon*
- 92035-00 [568] *Solunum yolunun diğer entübasyonu*
- 22007-01 [568] *Endotrakeal entübasyon kullanımı, tekli lümen*
- 22008-01 [568] *Endotrakeal entübasyon kullanımı, çift lümen*
- 90179-05 [568] *Nazofaringeal entübasyon kullanımı*
- 90179-06 [568] *Trakeostomi kullanımı*
- 92035-01 [568] *Solunum yolunun diğer entübasyonunun kullanımı*

Sevk edilen hastalar**Solunum desteğine alınan ve entübe edilen hastalar**

Solunum desteğindeki (entübasyon veya trakeostomi yoluyla) bir hastanın sevk ile ilgili olarak, aşağıda verilen yönlendirici ilkeler geçerlidir:

1. Sevk eden hastane ventilasyon için uygun kodlamaları yapar ([569] bloğu) (hasta 16 yaşından küçükse entübasyon ([568] bloğu) veya trakeostomiye ([536] bloğu) ilişkin kodlamayı yapar - bu girişimlerin sevk eden kurumda gerçekleştirilmesi halinde).
2. Sevki alan hastane ventilasyon kullanımı için uygun kodlamayı yapar ([569] bloğu) (hasta 16 yaşından küçükse entübasyon kullanımına ilişkin kodlamayı yapar ([568] bloğu). CVS sevk eden hastanede başlatıldığından, CVS başlangıcı kodlanmaz.

Entübe edilen hastalar

Entübe edilen (entübasyon veya trakeostomi yoluyla) bir hastanın sevk ile ilgili olarak, aşağıda verilen yönlendirici ilkeler geçerlidir:

1. Sevk eden hastane entübasyon için uygun kodlamayı yapar ([568] bloğu veya trakeostomi ([536] bloğu), bu girişimlerin sevk eden kurumda gerçekleştirilmesi halinde).
2. Sevki alan hastane entübasyon kullanımı için uygun kodlamayı yapar ([568] bloğu).

Diğer Solunum Desteği Türleri**1. Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı (CPAP)**

CPAP, spontan nefes alan hastalarda ve pasif ekshalasyon tamamlandıktan sonra pozitif havayolu basıncını yapay yoldan devam ettirmek için kullanılır. CPAP, sıkıca yerleştirilmiş bir yüz maskesi, burun maskesi, endotrakeal tüp veya trakeal tüpe uygulanabilmektedir. CPAP'nın çalışma şekli, ekspirasyon boyunca alveolleri açık tutmak için bir pozitif havayolu basıncı oluşturmak üzere suya batırılmış bir tüp aracılığıyla nefes almak gibidir.

Nazofaringeal entübasyon yoluyla CPAP

Bazı hastalarda CPAP, yenidoğanlar için tasarlanan kesintisiz akış sağlayan bir mekanik ventilatöre veya CPAP moduna ayarlanmış, uygun şekilde donatılmış çok amaçlı bir ventilatöre bağlı nazofaringeal entübasyon yoluyla uygulanır. Bu tür durumlarda, CVS için, [569] bloğu ile 90179-02 [568] *Nazofaringeal entübasyon* bloğundan uygun kodu (kodları) atayın.

2. Çift düzeyli Pozitif Havayolu Basıncı (BiPAP) - 92039-00 [568]

BiPAP, solunum döngüsü boyunca solunum desteği sağlayan bir sürekli solunum desteği biçimidir. Hem nefes alma hem nefes verme basıncı hastanın solunumunu destekler. BiPAP, maske ventilatörlerle kullanılmak üzere tasarlanmıştır. BiPAP, iki basınç modunda çalışır. Bunlardan ilki, sürekli pozitif havayolu basıncı (CPAP) veya sabit basınç sağlanmasıdır. İkincisi ise, hastanın solunum çabalarına yanıt olarak nefes alma ve nefes verme basıncı (çift düzeyli) arasında döngü sağlayan spontan moddur.

BiPAP entübasyon veya trakeostomi tüpü aracılığıyla sürekli uygulanırsa, 92039-00 [568] *Çift düzeyli pozitif havayolu basıncı [BiPAP]* bloğundaki bir koddan ziyade [569] *Sürekli solunum desteği* bloğundan bir kod atanmalıdır.

3. İntermittan Pozitif Basınç Solunumu (IPPB) - 92040-00 [568]

IPPB, solunum desteğinin, hastanın sürekli solunumu için çok uygun olmayan daha basit bir biçimidir. IPPB esas olarak, genellikle her gün 4-6 kez 10-20 dakikalık intermittan solunum seansları içindir. Temelde, aerosolize medikasyonlarının verilmesinde veya solunum yetmezliği ya da atelettazi ile erken mücadelede kullanılır. Bu ventilatörler çoğunlukla ağıza konulan bir parça veya sıkıca yerleştirilmiş bir maske ile birlikte kullanılır.

Noninvazif ventilasyon (NIV) süresinin hesaplanması

Noninvazif ventilasyonun uygulandığı saatler, kümülatif saatler olarak alınmalıdır. NIV süresinin hesaplanması ile ilgili olarak, NIV'nin kesilmesi ile yeniden başlatılması arasındaki ≤ 1 saatlik süre, sürekli NIV olarak kabul edilmelidir.

Noninvazif ventilasyon kodları

şunlar için **atanmalıdır**:

- yenidoğanlar (yaş < 28 gün), **herhangi bir** süre
- ≥ 24 kümülatif saat için diğer bütün hastalar

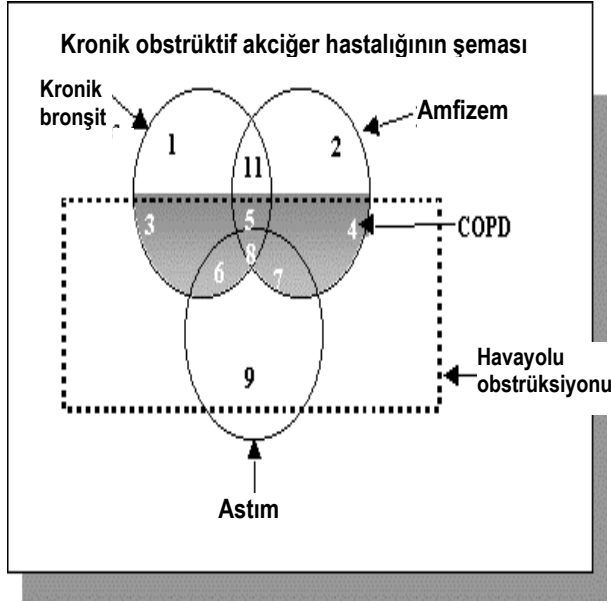
aşağıdaki durumlarda **atanmamalıdır**:

- NIV, sürekli solunum desteği kapsamında uygulanan bir sonlandırma yöntemi olarak kullanıldığında
- entübasyon ve trakeostomi ile uygulandığında (Bu tür durumlarda, [569] *Sürekli solunum desteği* bloğundan uygun kodları atayın)
- < 24 kümülatif saat için uygulandığında (yenidoğanlar hariç)

1007 SERVİKAL FASİYAL APSEYE BAĞLI MUHTEMEL RESPIRATUVAR OBSTRÜKSİYON

Kodlamayı, L02.1 *Ciltte apse, furonkül ve karbonkülü, boyunda* kapsamında yapın. Tüpe bağlı havayolu obstrüksiyonu sebebiyle Yoğun Bakım Ünitesinde (ICU) izlenmesi gereken 16 yaşından küçük çocuklar için, 92035-00 [568] *Solunum yolunun diğer entübasyonu* bloğunu kullanın.

1008 KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ)

**ANAHTAR:**

- | | |
|----|---|
| 1 | Kronik bronşit |
| 2 | Amfizem |
| 3 | Obstrüksiyon ile birlikte kronik bronşit = COPD |
| 4 | Obstrüksiyon ile birlikte amfizem = COPD |
| 5 | Obstrüksiyon ile birlikte kronik bronşit ve amfizem = COPD |
| 6 | Obstrüksiyon ile birlikte kronik bronşit ve astım = COPD |
| 7 | Obstrüksiyon ile birlikte amfizem ve astım = COPD |
| 8 | Obstrüksiyon ile birlikte kronik bronşit, amfizem ve astım = COPD |
| 9 | Astım |
| 10 | Hava akışı obstrüksiyonu |
| 11 | Kronik bronşit ve amfizem |

COPD kısaltması (eş anlamları şöyledir: kronik havayolu sınırlaması (CAL), kronik obstrüktif havayolu hastalığı (COAD)), olasılıkla kronik astım ve/veya amfizem veya kronik trakeobronşite bağlı, obstrüksiyon ile birlikte görülen kronik bronşiti ifade eder. Önemli terimler, **kronik** ve **obstrüksiyon** terimidir.

Kronik obstrüktif olarak tanımlanan veya COPD ile birlikte kaydedilen astım yalnızca J44.- kapsamında kodlanmalıdır. J45'teki kapsam dışı tutulanlar ile ortaya konulduğundan ve dizin girişi aşağıdaki gibi olduğundan bu tür vakaları J45.- *Astım* kapsamında kodlamak uygun değildir:

J45 Astım

Şu durumlar hariç: kronik astmatik (obstrüktif) bronşit (J44.-)
kronik obstrüktif astım (J44.-)

Dizin: **hastalık, hastalıklı**
- akciğer J98.4
- obstrüktif (kronik) J44.9
- - - aşağıdaki ile birlikte
- - - - astım J44.-

Örneğin; 'CAL'nin akut alevlenmesi, astım ile birlikte', J44.1 *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alevlenme ile birlikte, tanımlanmamış* kapsamında kodlanmalıdır.

COPD'nin akut alevlenmesi, tanımdaki 'akut' ve 'kronik' durumu yansıtmak amacıyla bir ek kodun kullanılmasını gerektirmez. Yalnızca J44.1 *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alevlenme ile birlikte, tanımlanmamış*'ı atayın.

COPD'nin infektif alevlenmesi, infektif durum, pnömoni gibi kendine özgü özellikleri bulunan bir durum olmadıkça infektif tanımını yansıtmak amacıyla bir ek kodun kullanılmasını gerektirmez.

Bu durumda, ek tanı olarak pnömoni kodlanmalıdır. Kaydedilen herhangi bir infektif bozukluk yoksa, 'COPD'nin infektif alevlenmesi' veya 'COPD'yi alevlendiren göğüs enfeksiyonu' tanısı için, J44.0 *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alt solunum yolu enfeksiyonu ile birlikte* kodu atanmalıdır.

Açıklama: Epizot için amfizem ve COPD kaydedilmişse, yalnızca J44.- *Diğer kronik obstrüktif akciğer hastalığı* kategorisinden bir kod atayın.

1011 ÇOCUKLARDA KRONİK BRONŞİT

Çocuklarda (12 yaşından küçük) kronik bronşit tanısı, kabul edilebilir bir tanı olmadığından; bu tanı için, tedaviyi yapan klinik tedavi uzmanından bilgi istenmelidir.

Notlar

11. SİNDİRİM SİSTEMİ

1101 APANDİSİT

Klinik apandisit tanısı konulduğunda, kodlamada yalnızca bakım konularının niteliği değerlendirilmemelidir, bir başka deyişle, karın ağrısının kodlanması (negatif histopatoloji temelinde).

- Apandisite ilişkin herhangi bir patolojik kanıt kaydedilmemiş olsa bile, gösterilmişse bir klinik apandisit tanısı kodlanmalıdır.
- Karın ağrısı tanısı kaydedilmişse ancak, apandisite ilişkin herhangi bir patolojik kanıt yoksa, karın ağrısını kaydedin.
- Karın ağrısı tanısı ve apandisite ilgili bir duruma ilişkin patolojik kanıt kaydedilmişse (örneğin; akut apandisit, subakut apandisit, fekalit), apandisite ilgili durumu kaydedin.

1103 GASTROİNTESTİNAL (GIS) KANAMA

Hasta, üst GI kanaması tetkiki için hastaneye yatırılırsa ve hastanın endoskopisinde ülser, erozyonlar veya varisler bulgulanırsa, klinik kod uzmanları bulguların durumu 'kanama mevcut' biçiminde kodlamalı ve kanamanın, muayene sırasında kanama görülme veya hastaneye yatış sırasında kanama meydana gelme bile endoskopi raporunda belirtilen lezyona bağlı olabileceğini varsaymalıdır. Bazı kodlarda, koda dahil edilen 'kanama mevcut' ayrımı bulunmadığını, bu nedenle bu tür vakalar için, K92.- *Sindirim sisteminin diğer hastalıkları* ek kodunun atanması gerektiğini aklınızdan çıkarmayın. Özefajit durumunda ise, özefajiti (K20 *Özefajit*) ve özefageal hemorajiyi (K22.8 *Özefagusun hastalıkları, diğer, tanımlanmış*) kodlayın.

Ancak, hasta melena için tetkik edilmişse, melena veya alt GI yolundaki diğer kanama her zaman ince bağırsak, kolon, rektum veya anüsten kaynaklanmadığından; bu yukarıdaki gibi bir varsayımda bulunulmamalıdır. Melena, gastrik ve duodenal ülser veya mide ya da duodenumun anjiyodisplazisinden kaynaklanabilir. Dokümantasyon net değilse, durumu klinik tedavi uzmanı ile birlikte kontrol edin. Tetkikte, semptom ile bulgu arasında herhangi bir nedensel bağ kurulmamışsa, semptomu ilk, bulguyu ise ikinci sırada girin.

“Yakın zamanda GI kanaması öyküsü bulunan hastalar bazı zamanlar, kanamanın yerini belirlemek üzere endoskopi amacıyla hastaneye yatırılırlar ancak, muayene sırasında herhangi bir kanama göstermezler. Hekim klinik tanısını, öykü veya bir başka kanıta dayanarak yaparsa, bakım epizodunda herhangi bir kanamanın meydana gelmemiş olması, kanamanın nedeni belirlenmemişse, kanamayı belirten bir kod veya ... 'K92 *Sindirim sisteminin diğer hastalıkları*' ... kategorisinden bir kodun atanmasını engellemez.”
(Brown. (1994). *ICD-9-CM Coding Handbook with Answers*).

1106 GASTRİT İLE BİRLİKTE GASTRİK ÜLSER

Gastrik ülser (K25.-) ana tanı olarak sıralanmalı, hem gastrit hem duodenit varsa gastrik ülserden sonra K29.- *Gastrit ve duodenit* girilmelidir.

1109 İNEN KOLON

Bu bulgu kodlanmamalıdır.

1110 SERBEST İNTRAPERİTONEAL SIVI

Jinekolojik girişimlerde bulguların 'serbest intraperitoneal sıvı' kodlanmamalıdır. Bu sıvının sebebinin (örneğin; pelvik inflamatuvar hastalık, apandisit, mezenterik adenit veya rüptüre over kisti) kodlayın.

1111 APANDİSİT AMELİYATI İLE BİRLİKTE MEZENTERİK ADENİT

Mezenterik adenit yalnızca kaydedilmişse kodlanmalıdır. Apandisit ameliyatı sonrasında apandisin histopatolojisi normalse ve mezenterik adenit kaydedilmişse, mezenterik adeniti ana tanı olarak kodlayın (I88.0 *Özgül olmayan mezenterik lenfadenit*); karın ağrısını ise kodlamayın.

1117 PER-REKTAL (PR) KANAMA, BŞT

Bir PR kanaması tanısı, her zaman rektumdaki kanamayı değil gastrointestinal yoldaki kanamayı gösterir; bu nedenle K62.5 *Anüs ve rektum hemorajisi* kullanılmamalıdır.

Tetkikte kanamanın gerçek yeri bulgulanmamışsa veya tetkik gerçekleştirilmemişse, 'PR kanaması' K92.2 *Gastrointestinal hemoraji, tanımlanmamış* kapsamında kodlanmalıdır.

1120 GASTROENTERİT

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. Bu, çocuklarda olası enfeksiyöz nedeni, yetişkinlerde ise diğer olası nedenleri (örneğin; ilaçlar, iskemi ve metabolik) gösterir.

Gastroenterit ile birlikte dehidrasyon

Gastroenterit ve dehidrasyon tedavisi için yatışlarda, gastroenterit ana tanı, dehidrasyon (E86 *Volüm kaybı*) ise ek tanı olarak sıralanmalıdır. Dehidrasyonun kodlanmasına ilişkin kriter, dehidrasyonu önlemenin yanı sıra dehidrasyon tedavisi için kullanılabileceğinden, rehidrasyon olarak alınmamalıdır (I.V. sıvı verme). Dehidrasyon kodlanmadan önce klinik olarak kaydedilmelidir.

1121 ÖZEFAJİT

'Ülseratif' olarak tanımlanan özefajit için, K21.0 *Gastro-özefageal reflü hastalığı, özefajit ile birlikte* kodu atanmalıdır. Barrett ülseri, ilaca bağlı ülser, habis ülser, yabancı cisime bağlı ülser gibi tek, ayrı ülser ve tanılarla ilgili olduğundan K22.1 *Özefagus ülseri* kodu ülseratif özefajit için atanmamalıdır.

1122 HELİCOBACTER / CAMPYLOBACTER

Bu terimler, eş anlamlı değildir. Bunlar, her biri farklı bir hastalığa neden olan farklı organizmalar olduklarından, ayrı ayrı kodlanmalıdır.

Helicobacter pylori, dünya nüfusunun yarısından fazlasında etkilidir. Avustralyalıların yaklaşık %30'unda *H. pylori* enfeksiyonu bulunmakta ancak, çoğu bunun hiçbir semptomunu göstermemektedir. *H. pylori* enfeksiyonu aktif kronik gastrit (bugün, *H. pylori ile ilişkili kronik gastrit* olarak yeniden sınıflandırılmıştır) ile ilişkili olup, duodenal ülserlerin %90'ı, MALT lenfomanın %95'i ve gastrik ülserlerin %80'inde görülür. *H. pylori*, yukarıdaki durumlarla birlikte bulgularında veya bir başka durumla ilişkisi kaydedilmişse kodlanmalıdır.

ÖRNEK 1:

Hasta, bir ay süren dispepsi sonrasında gastroskopi için hastaneye yatırılmıştır. Gastroskopide herhangi bir anormallik bulgulanmazken, CLO testinde *Helicobacter pylori* bulgulanmıştır.

Kodlar: K30 *Dispepsi*
30473-01[1008] *Duodenum panendoskopisi, biyopsi ile birlikte*

***H. pylori* enfeksiyonu ile dispepsi arasındaki ilişkiye yönelik herhangi bir kanıt olmadığından bu vakada B96.81 (*Helicobacter pylori*) kodu atanmaz.**

ÖRNEK 2:

Hasta, panendoskopi için hastaneye yatırılmıştır. Duodenumun ilk kısmının biyopsisi alınmıştır. Bulgular: kronik duodenal ülser. Patoloji sonucu: pozitif CLO testi.

Kodlar: K26.7 *Kronik duodenum ülseri, hemoraji veya perforasyon yok*
B96.81 *Helicobacter pylori [H.Pylori], diğer bölümlerde sınıflanmış etkeni olarak*
30473-01[1008] *Duodenum panendoskopisi, biyopsi ile birlikte*

Genellikle ilişkili olduğu duodenal ülserle birlikte bulgularından bu vakada B96.81 (*Helicobacter pylori*) kodu atanır.

Campylobacter enfeksiyonu, özellikle meninksler, safra kesesi olmak üzere gastrointestinal yol dışında vasküler enfeksiyon, bakteriyemi ve apse olarak oluşabilmekte (nadir), diyalize bağımlı kronik böbrek yetmezliği hastalarında peritonite neden olabilmektedir. Bu vakalarda organizma kodu A49.8 *Tanımlanmamış bölgelerdeki diğer bakteriyel enfeksiyonlar*'dır.

A04.5 *Campylobacter enteriti*, gastrointestinal yolun *Campylobacter* enfeksiyonları için atanmalıdır.

CLO testi, 'Campylobacter benzeri organizma' anlamına gelmektedir ve bir biyopsi olarak kodlanmalıdır. Pozitif bir CLO testi, *Helicobacterin* (bir 'Campylobacter benzeri organizmadır') varlığını gösterir.

Notlar

12. DERİ VE SUBKUTAN DOKU

1203 DEBRİDMAN

'Noneksizyonel debridman' kaydedilmişse veya cerrah, debridmanın 'noneksizyonel' olduğunu doğrulamışsa şu kodları atayın:

90686-00 [1627] *Yanığın noneksizyonel debridmanı veya*
90686-01 [1628] *Deri ve subkutan dokunun noneksizyonel debridmanı*

Bu standard yalnızca şu noktaları kapsıyor kabul edilmelidir:

- **Çoğu** debridman eksizyoneldir.
- Emin değilseniz klinik tedavi uzmanı ile birlikte kontrol edin.
- Kullanımını dokümantasyon/ klinik tavsiye destekliyorsa noneksizyonel kodunu kullanın.

Eksizyonel debridman kodları şunlardır:

90665-00 [1628] *Deri ve subkutan dokunun eksizyonel debridmanı*
30023-00 [1566] *Yumuşak dokunun eksizyonel debridmanı*
30023-01 [1566] *Kemik ve kırıkdağı içeren yumuşak dokunun eksizyonel debridmanı*
30017-01 [1627] *Yanığın eksizyonel debridmanı, vücut yüzeyinin < %10'unun eksizyonu veya debridmanı veya*
30020-00 [1627] *Yanığın eksizyonel debridmanı, vücut yüzeyinin ≥ %10'unun eksizyonu veya debridmanı*

(Ayrıca bakınız **ACS 1217** *Deri ve subkutan doku yarasının onarımı*.)

1204 PLASTİK CERRAHI

Kozmetik ve rekonstrüktif plastik cerrahi

Plastik cerrahi, kozmetik veya tıbbi nedenlerle yapılabilmektedir. Kozmetik veya rekonstrüktif plastik cerrahinin nedeni (örneğin, mikromasti, fazla fasiyal doku, büyük kulaklar, skar revizyonu, kafatasının deformitesi, vb.) kaydedilmişse, söz konusu nedeni, mevcut hastalığı veya yaralanmayı ana tanı olarak kodlayın. Neden belirtilmemişse veya ICD-10-AM'de kabul edilmeyen bir terim ise (örneğin, yüzün yaşlanması) uygun şekilde Z41.1 *Kabul edilebilir olmayan kozmetik görünüm için diğer plastik cerrahiler* veya Z42.- *Plastik cerrahiye ait takip bakımı* 'nı ana tanı olarak atayın.

ÖRNEK 1:

Yüzün yaşlanması sebebiyle yüz gerdirme. (Açıklama: yüzün yaşlanması, ICD-10-AM'de bir tanı olarak kabul edilmemektedir)

Aşağıdaki kodları atayın:

Z41.1	<i>Kabul edilebilir olmayan kozmetik görünüm için diğer plastik cerrahiler</i>
45588-00 [1675]	<i>Yüz gerdirme, çift taraflı</i>
92514-XX [1910]	<i>Genel anestezi</i>

ÖRNEK 2:

Sarkık göğüsler için redüksiyon mamoplasti Kozmetik:

Aşağıdaki kodları atayın:

N64.8	<i>Memenin tanımlanmış diğer bozuklukları</i>
45521-01 [1754]	<i>Redüksiyon mamoplasti, çift taraflı</i>
92514-XX [1910]	<i>Genel anestezi</i>

ÖRNEK 3:

Hasta, habis neoplazmanın alınması sonrasında oluşan kafatası deformitesinin onarımı için hastaneye yatırılmıştır.

Aşağıdaki kodları atayın:

M95.2	<i>Başın diğer kazanılmış deformiteleri</i>
Z85.9	<i>Kişisel habis neoplazma öyküsü, tanımlanmamış</i>
40600-03 [23]	<i>Kraniyoplasti, diğer</i>
92514-XX [1910]	<i>Genel anestezi</i>

ÖRNEK 4:

Hasta, ön kol yanığının iyileşmesi sonrasında skar revizyonu için hastaneye yatırılmıştır.

Aşağıdaki kodları atayın:

L90.51	<i>Deride skar ve fibrozisi, yanığa bağlı</i>
T95.2	<i>Üst ekstremitenin yanma, korozyon ve donma sekeli</i>
Y89.9	<i>Tanımlanmamış nedenin sekeli</i>
Y92.9	<i>Tanımlanmamış olay yeri</i>
45519-00 [1656]	<i>Yanık skarı veya yanık kontraktürünün revizyonu</i>
92514-XX [1910]	<i>Genel anestezi</i>

Meme implantlarının alınması

Meme implantları, fiziksel veya psikolojik nedenlerle alınır.

İmplantın alınması veya değiştirilmesindeki neden, implantın bir komplikasyonu (örneğin; granülomlar, kronik enfeksiyon, sızıntı) ise, T85.- *Internal ortopedik protez cihazları, implantları ve greftlerinin komplikasyonları* kategorisinden uygun kodu ana tanı kodu olarak atayın.

ÖRNEK 5:

Kronik enfeksiyonlar sonrasında meme implantlarının alınması.

Aşağıdaki kodları atayın:

T85.78	<i>Diğer internal protez cihazları, implantlar ve greftlerden dolayı enfeksiyon ve inflamatuvar reaksiyon</i>
Y83.1	<i>Yapay iç aracın implantıyla cerrahi operasyon</i>
Y92.22	<i>Sağlık bakım kurumlarında</i>
45548-00 [1758]	<i>Meme protezinin alınması</i>
45548-00 [1758]	<i>Meme protezinin alınması</i>
92514-XX [1910]	<i>Genel anestezi</i>

İmplant psikolojik bir nedenden dolayı (örneğin, anksiyete) alınmıyorsa ve implantın herhangi bir komplikasyonu söz konusu değilse, Z42.1 *Meme plastik cerrahisi takibi*'ni ana tanı olarak atayın. Psikolojik neden için uygun şekilde bir ek tanı kodu atayın veya Z71.1 *Teşhis edilmemiş korku verici şikayeti olan kişi* kodunu kullanın.

ÖRNEK 6:

Hasta, silikon meme implantları nedeniyle huzursuzdur; tuzlu implantlarla çift taraflı replasman.

Aşağıdaki kodları atayın:

Z42.1	<i>Meme plastik cerrahisi takibi</i>
Z71.1	<i>Teşhis edilmemiş korku verici şikayeti olan kişi</i>
45555-00 [1758]	<i>Silikon meme protezinin alınması ve silikon protez dışında diğeri ile replasmanı</i>
45555-00 [1758]	<i>Silikon meme protezinin alınması ve silikon protez dışında diğeri ile replasmanı</i>
92514-XX [1910]	<i>Genel anestezi</i>

Profilaktik mastektomi

Mastektomi ile ilgili 'profilaktik' ibaresi aşağıdaki kişileri ifade etmek için kullanılabilir:

1. Meme hastalığı (örneğin; karsinoma, fibrokistik hastalık) geçirmiş olan kişiler **veya**
2. Daha önce herhangi bir meme hastalığı (örneğin, karsinoma aile öyküsü) geçirmemiş olan kişiler.

Profilaktik mastektominin nedeninin kodlanabilmesi halinde (örneğin; fibrokistik hastalık, aile öyküsü), bu kod ana tanı olarak sıralanmalıdır (bulgulanmış olan bütün hastalıklar daha önce rezekte edilmiş olsa bile). Z40.00 *Habis neoplazmalarla ilgili risk faktörleri için koruyucu cerrahi, meme veya Z40.8 Profilaktik cerrahiler, diğer* ek tanı olarak atanmalıdır.

Meme hastalığı olmaksızın gerçekleştirilen profilaktik cerrahi için veya klinik kayıta daha kesin bir tanım bulunmuyorsa, Z40.00 *Habis neoplazmalarla ilgili risk faktörleri için koruyucu cerrahi, meme veya Z40.8 Profilaktik cerrahiler, diğer*'i ana tanı olarak atayın.

1205 BLEFAROPLASTİ

Kozmetik blefaroplastiyi, 45617-00 [1662] *Üst göz kapağının redüksiyonu* veya 45620-00 [1662] *Alt göz kapağının redüksiyonu* kapsamında kodlayın. ‘Blefaroplasti’ ibaresi, göz kapağının (göz kapaklarının) ‘rekonstrüksiyonu’nu ifade etmek için kullanılıyorsa, Dizinde ‘Rekonstrüksiyon, göz kapağı’ altındaki uygun girişe bakın.

1210 SELÜLİT

Selülitin bir açık yara veya deri ülseri ile ilişkili olması halinde, komplike yaranın kodu veya deri ülseri kodunu ana tanı, yara veya ülser tedavi edilirse selüliti ek tanı olarak sıralayın. Mevcut bakım epizodu selülitin tedavisine yönelik olmak üzere, tedavi gerektirmeyen veya daha önce tedavi edilmiş olan yaralarda, selüliti ana tanı, komplike yarayı ise ek tanı olarak sıralayın. Klinik kod uzmanı sıralamadan emin değilse, klinik tedavi uzmanının onayına başvurulmalıdır.

Orbital ve periorbital selülit

Birbirlerinden farklı oldukları ve kodlamaları ayrı yapıldığından orbital ve periorbital selülit arasındaki ayrımı göstermek önemlidir. Klinik kod uzmanlarına, H05.0 *Orbitanın akut inflamasyonu*’nun uygun kod olup olmadığından emin olmak için periorbital selülit tanıları klinik tedavi uzmanı ile birlikte kontrol etmeleri tavsiye olunur.

Orbital selülit tanısı, yalnızca orbital boşluktaki yumuşak dokuların, göze sıçrayabilecek fiili inflamasyonu söz konusu olduğunda kullanılmalıdır. Bu, belli bir süre antibiyotik tedavisi gerektiren ve göze ve intrakraniyal boşluğa sıçrama riski bulunan çok ciddi bir enfeksiyondur. H05.0 *Orbitanın akut inflamasyonu* kapsamında kodlayın.

‘Periorbital selülit’ ibaresi çoğunlukla, enfeksiyon, göz kapağı dahil olmak üzere gözü çevreleyen dokulara tamamen yayılmış ancak, orbital boşluğa sıçramamışsa kullanılır. Periorbital selülit, orbital selülite göre çok daha hafif olan bir enfeksiyon olup, hastanede yatış süresinin 1-2 günü geçtiği nadir görülür. ‘Periorbital selülit’i, L03.2 *Yüz selüliti* kapsamında, göz kapağı ilişkili ise H00.0 *Arpacık ve göz kapağının diğer derin inflamasyonu* ek kodu ile birlikte kodlayın (L03 *Selülit* kategorisi kapsamına, göz kapağı selüliti girmez).

1216 KRANİYOFASİYAL CERRAHİ**Yüz kemiklerinin rezeksiyonu**

[1699] *Mandibulanın rezeksiyonu*, [1700] *Maksillanın rezeksiyonu* ve [1701] *Diğer yüz kemiğinin rezeksiyonu* bloklarında geçen ‘rezeksiyon’ ibaresi esas olarak tümörün eksizyonu ile ilgili olup, çevreleyen yumuşak dokuları da kapsamaktadır.

Rezeksiyon ile birlikte gerçekleştirilen herhangi bir rekonstrüksiyon girişimi için [1713] *Mandibulanın rekonstrüksiyonu*, [1714] *Maksillanın rekonstrüksiyonu* veya [1715] *Zigomanın rekonstrüksiyonu* bloklarından bir ek kod atanacaktır.

Hemimaksillektomi terimi teknik olarak maksillanın yarısının rezeksiyonunu, bir başka deyişle 45605-01 [1700] *Maksillanın parsiyel rezeksiyonu*, ifade etmektedir. Ancak, cerrahlar sık sık bu terimi bir maksillanın total rezeksiyonu anlamında da kullanmaktadır (45596-00 [1700] *Bir maksillanın total rezeksiyonu*). Klinik kod uzmanlarının, maksiller rezeksiyonun kapsamının ne olduğunu öğrenmek için operasyon raporunu kontrol etmeleri gerekmektedir.

Yüz kemiklerinin ostektomisi

‘Ostektomi’, tümör eksizyonu için kullanılabilir de daha yaygın olarak gelişimsel deformite vakalarında kemik çıkıntısını kesip çıkarmak ve kemiğin travma sonrası eksizyonu için kullanılmaktadır. Yumuşak dokular genelde korunur.

Kemiğin aynı fasiyal bölgeden alındığı herhangi bir kemik grefi de kodlanır. İliak krest gibi bir başka bölgeden alınan kemik grefi için aşağıda verilen ek kodu (kodları) atayın:

48239-00 [1569] *Kemik grefi, başka yerde sınıflanmamış*

47726-00 [1563] *Gref amacıyla kemiğin alınması, ayrı insizyon yoluyla*

1217 DERİ VE SUBKÜTAN DOKU YARASININ ONARIMI

[1635] *Deri ve subkütan doku yarasının onarımı* bloğu, yüzeysel ve derin olan arasında ayırım yapmak suretiyle, yumuşak doku onarımına ilişkin kodları içerir.

Yüzeysel

Deri ve subkütan doku yarasının yüzeysel onarımında, epidermis, dermis veya subkütan dokunun bir tabakasının sütürlerle basit onarımı yapılır.

Derin doku (yumuşak doku)

Derin dokunun onarımı ise, subkütan veya katmanlı dikiş tekniklerinin gerektiği daha karmaşık laserasyonlarla ilgilidir. Cerrah derinin altındaki doku katmanlarını, deriyi dikmeden önce, çözünebilir sütürlerle dikebilmektedir. Derin veya yumuşak doku kas, tendon, fasiya, ligamentler, sinirler, kan/ lenf damarları veya eklem dokusu/ sinoviyal doku gibi yapılardan oluşur ve bu bölgelerin onarımı kodlanmalıdır (ayrıca bakınız [ACS 1331](#) *Yumuşak doku yaralanmaları*).

ÖRNEK 1:

Prosedür: Elin yarasının tendon, sinirler ve derinin dikilmesi yoluyla onarımı. Yara, dikilmeden önce debride edilmiş ve temizlenmiştir.

Kodlar:	39300-00 [83]	Sinirin primer onarımı
	47963-02 [1467]	<i>El tendonunun onarımı, başka yerde sınıflanmamış</i>
	30023-00 [1566]	<i>Yumuşak dokunun eksizyonel debridmanı</i>

(Ayrıca bakınız [ACS 1908](#) *Laserasyon, sinir ve tendon hasarı ile birlikte*.)

1220 EKSTRAORAL KEMİK İMPLANTLARI

Osseointegrasyon, titanyum vida implantla kemiğin bağlanması işlemidir.

Kemik implantlarının kullanıldığı girişimler, vücudun birçok bölgesinin rekonstrüksiyonunda uygulanmaktadır. Osseointegrasyon terimi, intraoral kemik implantları olarak bilinen diş implantı uygulaması için geçerli bir terim olabilmektedir (bakınız [ACS 0809](#) *Intraoral kemik implantları*).

Ekstraoral yoldan ise, bu implantlar, kemiğe monte edilen işitme cihazlarının (BAHA) bağlanması, kulakların, gözlerin, burun ve parmak eklemine (metakarpofalingeal) protez replasmanı ile ekstremitte protezlerinin bağlanması gibi diğer zor rekonstrüksiyon problemleri için kullanılabilir.

Girişimin endikasyonları arasında ileti tipi işitme kaybı, romatoid artrit ve kanser veya travmaya bağlı olarak vücut kısımlarının kaybı yer alır.

Girişim normalde iki aşamada gerçekleştirilir:

Birinci aşama – Titanyum implant takılması

[1698] *Titanyum implant takılması (osseointegrasyon girişimi)*

Bu aşamada, bir titanyum implant hastanın kemiğine implante edilir. Daha sonra hasta üç aylık bir iyileşme dönemine alınır; bu dönemde, implant, kemiğe sıkı bir şekilde oturur.

Bir osseointegrasyon girişiminin birinci aşaması ile birlikte rekonstrüksiyon, kemik grefi ve flep onarımı girişimlerinin gerçekleştirilmesi halinde ek kodlamalar yapın.

Bir parmağın eklem replasmanı için osseointegrasyon gerçekleştirilmesi durumunda (45794-07 [1698] *Osseointegrasyon girişimi, titanyum implant takılması, parmağın eklem replasmanında*), metakarpal baş eksizyonu, sinovektomi veya tendon nakli yapılması halinde ek kod atamak gerekir.

İkinci aşama – Transkütan abutment tespiti

[1697] *Transkütan abutment tespiti (osseointegrasyon girişimi)*

Bu aşamada, titanyum implanta deri içinden bir abutment (destek) tespit edilir. Kesilerek, hekim tarafından bir kerede kolayca yerleştirilen abutment, daha sonra yerleştirilecek protez cihazları için

bir çerçeve görevi görür. 1697 bloğu, titanyum implantın maruz kalması, implant yerinin deri grefi ile implant yerinin üzerindeki deri flepinin incilmesi durumlarını içerir.

Bu iki aşama, kimi zaman girişim tek bir operasyon epizodunda gerçekleştirilebilse de normalde iki ayrı yatışta tamamlanır. Kemiğe monte edilen işitme cihazı için gerçekleştirilen girişimde yukarıdaki durum genellikle geçerlidir. Böyle bir durumda, söz konusu operasyon epizodu için aşağıda verilen her iki kodu da atayın:

45794-00 [1698] *Osseointegrasyon girişimi, titanyum implant takılması, kemiğe monte edilen işitme cihazının [BAHA] bağlanmasında ve*

45797-00 [1697] *Osseointegrasyon girişimi, transkütan abutment tespiti, kemiğe monte edilen işitme cihazının [BAHA] bağlanmasında*

(Rekonstrüktif plastik cerrahi gerektiren yatışlar için ayrıca bakınız [ACS 1204 Plastik cerrahi](#).)

1221 DEKÜBITUS [BASİ] ÜLSERİ

Tanımı

Dekübitus [bası] ülseri, bir kemik çıkıntısının üzerindeki derinin inflamasyonu, yarası veya ülseridir. Dokuların basıya bağlı iskemik hipoksistenden kaynaklanır. Bu ülserler çoğunlukla, hareket edemeyen hastaların sakrum, dirsekler, topuklar, ayak bileklerinin dış kısımları, dizlerin iç kısımları, kalçalar, kürek kemikleri ve kulak kenarlarında görülebilmektedir.

Klasifikasyon

Dekubitus [bası] ülserleri, ciddiyetlerine göre sınıflandırılır. Aşağıdaki tabloda verilen kodlardan birini şunları temel alarak atayın:

- Evre I, II, III veya IV'e ilişkin dokümantasyon **veya**
- Ülserin ciddiyetine ilişkin dokümantasyon, örneğin tam deri kaybı.

ICD-10-AM kodu	Kod başlığı	Açıklama
L89.0	Dekübitus [bası] ülseri, Evre I	Dekübitus [bası] ülseri, yalnızca eritema ile sınırlı. Ülser, açık renkli deride belirli bir persistan kırmızı bölge (eritema) olarak görünürken, derinin koyu renkli bölgelerinde, deri kaybı olmaksızın persistan kırmızı, mavi veya mor renkli olarak görülebilmektedir.
L89.1	Dekübitus [bası] ülseri, Evre II	Dekübitus [bası] ülseri, aşağıdakilerle birlikte: • abrazyon • kesecik • epidermis ve/veya dermiste parsiyel deri kaybı • deri kaybı NOS.
L89.2	Dekübitus [bası] ülseri, Evre III	Altta fasyaya kadar uzanan subkütan dokunun hasarı veya nekrozuyla birlikte tam deri kaybı ile gelişen dekübitus [bası] ülseri.
L89.3	Dekübitus [bası] ülseri, Evre IV	Kas, kemik veya destek yapılarının (bir başka deyişle, tendon veya eklem kapsülü) nekrozu ile birlikte dekübitus [bası] ülseri.
L89.9	Dekübitus [bası] ülseri, tanımlanmamış	Dekübitus [bası] ülseri, evre belirtilmemiş.

Hastada farklı evrelerde birden fazla ülserli bölge varsa, en yüksek evreyi göstermek üzere yalnızca bir kod atayın.

ÖRNEK 1:

Tanı: Topuklarda tam deri kaybı ile birlikte sakrumda dekübitus ülseri, evre II.

Kodlar: L89.2 Dekübitus [bası] ülseri, evre III

Notlar

13. KAS İSKELET SİSTEMİ VE BAĞ DOKUSU

1301 SIRT AĞRISI

'Sirt ağrısı' tanısı, uzun süre devam eden bir yaralanmayı ifade etmek için kullanılıyorsa, M54.5 *Bel ağrısı* kodunu, varsa geç etki kodları ile birlikte atayın. Klinik kayıta açıkça gösterilmedikçe mevcut bir yaralanmayı 'ağrı' girişi altında dizine alındığı şekliyle kodlamayın.

1302 KRONİK BEL AĞRISI SENDROMU

Ağrının esas sebebi belirtilmişe, yalnızca esas sebebi kodlayın. Esas sebep bilinmiyorsa, kodlamayı M54.5 *Bel ağrısı* veya M54.4 *Lumbago, siyatik ile* kapsamında yapın.

1307 MİYELOPATİ İLE BİRLİKTE DİSK BOZUKLUKLARI

Disk bozukluklarının miyelopati veya radikülopati ile birlikte görölmesi gerekmez. Aslında, birçok vakada, disk bozuklukları tamamen asemptomatiktir. Bu yüzden, miyelopati yalnızca fiilen belirtilmişe kodlanmalıdır.

1308 DİSK LEZYONU

Bu kabul edilebilir bir tanı değildir. Daha fazla bilgi edinmek için klinik tedavi uzmanına başvurun.

1309 KALÇA PROTEZİNİN DİSLOKASYONU

Hastada kalça protezinin travmatik dislokasyonu görülen vakalara, S73.0- *Kalı ıkığı* kodu, Z96.64 *Kalça implantı* ek tanı kodu ile birlikte atanmalıdır. Yakın zamanda yapılan bir kalça replasmanı sonrasında hastanede iyileşe sürecinde olan bir hastanın yataktan düşmesi veya eğilme ya da düşme gibi ani bir hareket sonucunda protezi yerinden oynatması bu tür travmatik dislokasyonlara örnek olarak verilebilir.

Aşağıdaki durumlarda, T84 *İnternal ortopedik protez cihazları, implant ve greftlerinin komplikasyonları* kategorisinden bir kod kullanılabilir:

- Dokümantasyonda, hatalı protez parçaları veya sıkı ya da gevşek ligamentlere bağlı olarak bir mekanik arıza meydana geldiği belirtiliyorsa.
- Yatış sebebi, kalça replasmanı revizyonu ise.
- Dokümantasyonda, ana tanı olarak 'osteroartrit' gösteriliyor ve hastada ikinci veya nc kez bir kalça replasmanının gerçekleştirileceği belirtiliyorsa.

ıkan kalça protezinin kapalı redüksiyonu, 47048-00 [1487] *Kalça çıkığının kapalı redüksiyonu* olarak kodlanmalıdır.

1311 EKZOSİTOZ

Ayrıntılı tanımlama içermeksizin yapılan bir 'ekzositos' tanısı kabul edilemez. Bu tanıyla ilgili daha fazla bilgi almak için klinik tedavi uzmanına başvurulmalıdır.

1316 SEMENT SPACER / BONCUKLAR

Sement spacer, enfekte olan bir protez ekleme uygulanan akrilik dolgu maddesidir. Spacer, enfeksiyonu yok eden bir antibiyotik (rneğin, Gentamisin) ile doyurulur. Enfeksiyon yok edildiğinde, protez ve spacer çıkarılarak yeni bir protez takılır.

Sement spacer, eklem protezinin çıkarılması gibi bir 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 yapılıyorsa, şu kodları atayın:

Uygulama: bölgenin insizyonu + *Antibiyotik enjeksiyonu* 'nu kodlayın ([1920] *Kemoterapi*, – 02 uzantısı ile birlikte).

ıkarma: bölgenin insizyonu + 92202-00 [1908] *Terapötik aygıtın çıkarılması, başka yerde sınıflanmamış*'ı kodlayın.

Bu girişim, ‘Gentamisin boncukların uygulanması’ olarak da kaydedilebilir; bu durumda da kodlama yukarıda açıklandığı gibi yapılmalıdır.

1319 DİZ MENİSKÜSÜ/ LİGAMENT YIRTIKLIĞI, BŞT

Mevcut veya eski olarak tanımlanmamış yırtık menisküs veya ligament tanısını kodlarken, klinik tedavi uzmanından bu tanı hakkında bilgi isteyin. Akut olarak tanımlanmadığı sürece yaralanmayı eski bir yaralanma olarak varsayın. Bu, Dizinde mevcut yaralanma biçiminde varsayılan olarak verilen girişin tersi bir durumu oluşturmaktadır.

Açıklama: Bu standart, ACS 1906 *Mevcut ve eski yaralanmalar*’a istisna bir standarttır.

1329 SİLASTİK BUTON ARTROPLASTİ

Bu girişim, protez tipi artroplastiden oluşur. Silastik buton artroplastisi, eklem replasmanı olarak kodlanmalıdır.

1330 DİSK KAYMASI

Mevcut bir yaralanmaya bağlı bir ‘disk kayması’ (bir başka deyişle, intervertebral diskin yer değiştirmesi, herniasyon veya prolapsus) tanısı konulması halinde, kodlamayı eklem ve ligamentlerin çıkığı, burkulması ve gerilmesi ile ilgili kategorilerden birinde yapın:

S13 *Boyun seviyesinde eklem ve ligamentlerin çıkık, gerilme ve burkulması*

S23 *Toraks eklem ve ligamentlerinin çıkığı, gerilmesi, burkulması*

S33 *Lomber vertebra ve pelvis eklem ve ligamentlerinin çıkık, burkulma ve gerilmesi*

ve uygun dış neden kodunu atayın.

Söz konusu tanı, mevcut yaralanmaya bağlı bir tanı değilse, ya M50.2 *Servikal disk yer değiştirmesi, diğer* ya da M51.2 *İntervertebral disk yer değiştirmesi, diğer, tanımlanmış*’ı atayın. Varsa geç etki ve dış neden kodlarını da atayın. Çoğu vakanın M50.2 veya M51.2 olarak kodlanması gerektiği ve genellikle bu durumu belirli bir yaralanmaya bağlamanın zor olduğu akıldan çıkarılmamalıdır.

1331 YUMUŞAK DOKU YARALANMALARI

Tanımı

Yumuşak doku (derin doku)

Yumuşak doku, vücudun diğer yapı ve organlarını bağlayan, destekleyen ve çevreleyen doku olarak tanımlanır. Yumuşak doku kaslar, sinirler, tendonlar, yağ, kan veya lenf damarları, fasiya ve eklem dokusundan (sinoviyal doku) oluşur (bir başka deyişle; deri, subkütan doku, kıkırdak ve kemik hariç bütün dokular yumuşak dokuyu oluşturur).

Yumuşak doku sık sık, ‘yüzeysel’ doku (deri ve subkütan doku) ile ilgili olarak vücuttaki anatomik konumundan dolayı ‘derin’ doku olarak adlandırılmaktadır. Klinik tedavi uzmanları kodlamada ‘yumuşak doku’ tanımına deri ve subkütan dokuyu dahil etseler de yumuşak doku (yukarıda tanımlandığı şekilde) ile deri ve subkütan doku arasında ayırım yapılması gerekir. Bu ayırım, ACHI’de (Avustralya Sağlık Müdahaleleri Sınıflandırması) yapılmaktadır.

‘Derin’ veya ‘daha derin’ olarak ifade edilen ve yukarıdaki tanıma uyan doku, aksi belirtilmedikçe yumuşak doku olarak alınmalıdır (ayrıca bakınız ACS 1217 *Deri ve subkütan doku yaralarının onarımı*).

Yumuşak doku yaralanmasına ilişkin tanımlarla ilgili kayıtlar daha fazla bilgi almak amacıyla klinik tedavi uzmanına havale edilmelidir. Yaralanmanın niteliği, örneğin kontüzyon, burkulma veya gerilme olarak tanımlanmalıdır. Yumuşak doku yaralanmasının niteliğinin belirlenememesi halinde, yaralanmayı açık yara olarak **değil** ‘Yaralanma, bölge’ şeklinde kodlayın.

1334 SPONDİLOZİS/ SPONDİLOLİSTEZ/ RETROLİSTEZ

Spondilozis, vertebranın artritini iken; spondilolistez, bir vertebra korpusunun bir başka vertebra korpusuna doğru kaymasıdır. Retrolistez ise, geriye doğru kaymadır.

Aşağıdaki kodları atayın: Spondilozis M47.- *Spondilozis*
Spondilolistez M43.1- *Spondilolistez*
Retrolistez M43.2- *Vertebranın diğer füzyonu*

1335 BİYOMEKANİK LEZYONLAR, BYS

M99 *Biyomekanik lezyonlar, başka yerde sınıflanmamış* bloğu, tıp bilimine yönelik, vücut sistemleri ile organlara (vücut segmentlerine değil) dayalı geleneksel Batı yaklaşımını yansıtmadığından hastane tabanlı kodlamada kullanılmamalıdır.

Bu blok, hastanın spesifik durumlarının sınıflandırılmasında kabul edilebilir bir ayrıntı düzeyi sunmamaktadır.

1336 HİPERTONİ

Hipertoni (R25.2 *Kramp ve spazm*) yalnızca klinik tedavi uzmanınca klinik açıdan anlamlı olduğu belirtilmişse kodlanmalıdır.

1342 HİPERREFLEKSİ

Hiperrefleksi (R29.2 *Anormal refleks*) yalnızca klinik tedavi uzmanınca klinik açıdan anlamlı olduğu belirtilmişse kodlanmalıdır.

1343 DİZ EROZYONU

Diz erozyonu, eklem kırırdağının dayanıklılığını tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Ayrıca, erozyonlar, derece I, II, III veya IV'e eşdeğer olmak üzere 'değişiklik derecesi*' olarak da kaydedilebilir. Patella erozyonu olarak tanımlanmadıkça, diz erozyonu, diz osteoartriti olarak kodlanmalıdır. Derecelendirme sistemi şu şekilde kodlanmalıdır:

Diz erozyonu, derece I-IV:	M17.0	<i>Primer gonartroz, bilateral veya</i>
	M17.1	<i>Primer gonartroz, diğer</i>
Diz erozyonu, NOS:	M17.0	<i>Primer gonartroz, bilateral veya</i>
	M17.1	<i>Primer gonartroz, diğer</i>
Patella erozyonu:	M22.4	<i>Patellanın kondromalazisi</i>

1344 POSTLAMİNEKTOMİ SENDROMU

Postlaminektomi sendromu, dindirmek için sırt cerrahisi yapılmasına rağmen devam eden ağrıyı tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Laminektomi, disektomi, spinal füzyon ve foraminotomi sonrasında devam eden ağrı ile birlikte cerrahi girişim sonrası durumu kapsar. Dissit, araknoidit ve instabilite ile birlikte görülen vakaları ise kapsamaz. Herhangi bir ayrı semptom grubu bulunmamaktadır. Yetmezliğin nedeni birden fazla etmene dayanmaktadır ve değişkendir. Postlaminektomi sendromu (M96.1 *Postlaminektomi sendromu, başka yerde sınıflanmamış*) yalnızca 'postlaminektomi sendromu' kaydedilirken kodlanmalıdır. Cerrahi girişim sonrası sırt ağrısı için, uygun sırt ağrısı kodu atanmalıdır.

1348 SPİNAL FÜZYON

Spinal füzyon, internal fiksasyon ile veya internal fiksasyon olmaksızın gerçekleştirilebilmektedir. İnternal fiksasyon (bakınız [1390] *Omurganın internal fiksasyonu*) esas olarak şu üç tipten biridir:

- **Basit internal fiksasyon:** Faset eklemlerini sabitlemek üzere tasarlanmış tel halkalar veya basit kemik vidaları ile olabilmektedir. Bu implantlar görece düşük maliyetlidir.
- **Segmental olmayan implantlar:** Bunlar, omurganın belli bir bölümünü birleştiren bir çubuk veya plak olabilmekte ve füzyonun üst ve alt ekstremitesinde omurgaya bağlanmaktadır. Bağlama işlemi ya kanca ya da vidayla tespit biçimindedir. Amaç, füzyon sağlamlaştıkça omurgayı sabitlemektir (ve deformite durumunda, omurgayı düzeltmektir). Bu tip implant ile, omurganın belirli bir bölümü herhangi bir ara bağlama yapılmaksızın **birleştirilir**.
- **Segmental implantlar:** Bu, yalnızca füzyonun üst ve alt ekstremitelerini değil aynı zamanda birden fazla ilgili bölgeyi de bağlayan implantlarla sabitlenen bir füzyon biçimidir. Uzun

füzyonlar için kullanılır. Kullanımı, yalnızca en yaygın uygulandığı skolyoz düzeltmesi ile sınırlı değildir.

Kifoz gibi diğer spinal deformitelerin düzeltilmesi, kırıkların sabitlenmesi veya vertebra tümörlerinin yanı sıra dejenerasyon sebebiyle yapılan uzun lumbosakral füzyonlar için de kullanılabilir.

Segmental implantlar, posterior veya anterior olarak tanımlanabilmektedir. Ciddi problemler gösteren, anterior ve posterior implantların bir kombinasyonunun uygulanmasını gerektirebilecek bazı hastalar vardır. Bununla birlikte, implantların operasyonla uygulanması, Harrington çubuklarında olduğu gibi, implantın ameliyat süresinin önemli ölçüde uzamasıyla ortaya çıkan daha çok karmaşıklığa bağlı olarak bir maruz kalmayı gerektirmektedir.

1352 JUVENİL ARTRİT

M08 *Juvenil artrit*'teki kapsama alma açıklaması şöyledir:

‘Çocuklarda, onaltıncı yaş gününden önce başlayan ve üç aydan uzun süren artrit.’

Bu kriterler, kategorinin kapsamına ilişkin bir rehber olarak sunulmaktadır.

‘Juvenil artrit’ kaydedilmiş ancak, kriterler karşılanmamışsa, M08.- *Juvenil artrit* kodu yine de atanmalıdır.

Artrit kaydedilmiş ve kriterler karşılanmışsa, M08.- *Juvenil artrit* biçimindeki kodlamanın uygun olup olmadığını klinik tedavi uzmanı ile birlikte kontrol edin.

1353 BANKART LEZYONU

Bankart lezyonu, omzun anterior çıkığı veya sublüksasyonu sonucunda omzun anterior glenoid labrum ve kapsülünün ayrılmasıdır. Bu, rekürren anterior çıkığa yol açabilmektedir.

Bir Bankart lezyonunun mevcut travmatik omuz çıkığı ile birlikte kaydedilmiş olması halinde şu kodları atayın:

S43.01 *Omuz eklemi çıkığı, anterior*
S43.4 *Omuz eklemi burkulma ve gerilmesi*

Ayrıca, uygun dış neden, olay yeri ve aktivite kodlarını atayın.

Bir Bankart lezyonunun rekürren anterior çıkık ile birlikte kaydedilmiş olması halinde şu kodları atayın:

M24.41 *Eklem rekürren dislokasyon ve sublüksasyonu, omuz bölgesi*
M24.21 *Ligamentlerin bozukluğu, omuz bölgesi*

Bir Bankart lezyonu kaydedilmiş ancak, mevcut bir yaralanmaya ilişkin herhangi bir kanıt yoksa şu kodu atayın:

M24.21 *Ligamentlerin bozukluğu, omuz bölgesi*

1354 SLAP LEZYONU

Üst labrum anterior-posterior (SLAP) lezyonları, anterior - biceps tendondan posterior - biceps tendona uzanan labrum yaralanmalarıdır. Dört tip SLAP lezyonu vardır:

Tip 1: labrum glenoid sağlam olarak tutunsa da aşınma ve dejenerasyon bulgusu söz konusudur.

Tip 2 (en yaygın görülen tip): labrum ile bicepsin uzun başı tendonu glenoid kenarından ayrılmıştır.

Tip 3: labrum ayrılıp ekleme doğru yer değiştirirse de uzun baş tendonu sağlamdır.

Tip 4: hem labrum hem bicepsin uzun başı tendonu glenoid kenarından ayrılmış, ekleme doğru yer değiştirmiş ve labrum yırtığı bisepe doğru uzanmıştır.

Bu bilgiler özet olarak aşağıdaki tabloda verilmektedir:

SLAP lezyonunun tipi	Labrumun durumu	Biseps tendonunun durumu
1	sağlam ancak aşınmış	sağlam
2	ayrılmış	ayrılmış
3	ayrılmış	sağlam
4	ayrılmış	ayrılmış ve yırtılmış

SLAP lezyonları genellikle, akut yaralanma veya aşırı kullanıma bağlı yaralanma biçiminde ortaya çıkabilen bir yaralanma sonucunda oluşur. Ara sıra, SLAP lezyonları dejenere yırtıklar olarak kabul edilse de bu tanım yaygınlık kazanmayacaktır.

Tip 2 ve Tip 4 SLAP lezyonları kararsız lezyonlar olup, genellikle artroskopi ile labrumu glenoide yeniden bağlayarak onarılabilmektedir. Tip 1 ve Tip 3 SLAP lezyonları ise kararlı lezyonlar olup artroskopik debridman ile onarım genelde yeterli olmaktadır.

Klasifikasyon

Dokümantasyonun eksik olması halinde, lezyonun bir akut yaralanmadan mı (travmatik) yoksa bir dejenere yırtılmadan mı (travmatik olmayan) kaynaklandığını belirlemek için klinik tavsiye istenmelidir. Aşağıdaki tablo, SLAP lezyonlarının klasifikasyonunu göstermektedir:

SLAP lezyonu	Travmatik	Travmatik olmayan
Tip 1 ve Tip 3	S43.4 <i>Omuz eklemi burkulma ve gerilmesi</i> 'ni ve uygun dış neden, olay yeri ve aktivite kodunu atayın.	M24.11 <i>Artiküler kırıldak diğer bozuklukları, omuz bölgesi</i>
Tip 2 ve Tip 4	S43.4 <i>Omuz eklemi burkulma ve gerilmesi</i> S46.1 <i>Biseps uzun başı kas ve tendonunun yaralanması</i> 'ni ve uygun dış neden, olay yeri ve aktivite kodunu atayın.	M75.8 <i>Omuz lezyonları, diğer</i>

M24.11 ile M75.8 arasındaki ayırım, biseps tendon yırtığına dayanır.

Notlar

14. GENİTOÜRİNER SİSTEM

1404 DİYALİZ İÇİN YATIŞ

Günlük ve gecelik bakım epizotları

Hastanın, hastaneye yatırıldığı gün veya bir sonraki gün taburcu edilmesi halinde, ya ekstrakorporeal diyaliz için Z49.1 *Ekstrakorporeal diyaliz* ya da peritoneal diyaliz için Z49.2 *Diyalizler, diğer*'i ana tanı olarak kodlayın.

Birden fazla gün süren bakım epizotları

Bir diyaliz bakım epizodunun birden fazla gün boyunca sürmesi ve yatış amacının günlük yatış **olmaması** halinde, yatışı gerektiren durumu ana tanı olarak kodlayın. Bu tür durumlarda, diyaliz, prosedür kodu ile belirtilecektir. Bu nedenle, Z49.1 *Ekstrakorporeal diyaliz* ile Z49.2 *Diyalizler, diğer* kodları gerekli değildir.

Bir diyaliz bakım epizodunun birden fazla gün boyunca sürmesi ancak, yatış amacının günlük yatış yönünde **olması** halinde, hastanın yatış süresinin uzatılmasına sebep olan durumu ana tanı, Z49.1 veya Z49.2'yi ise ek tanı olarak kodlayın.

1408 İNSAN PAPILOMA VİRÜSÜ (HPV)

HPV'nin 50'den fazla tanımlanmış tipi vardır. İnsan papilloma virüsleri deri epitelini veya mukoz membranları seçici olarak enfekte eder. Bu enfeksiyonlar şöyle olabilmektedir:

- asemptomatik
- siğil oluşturucu
- hem selim hem habis bir dizi neoplazma ile birlikte

1. Siğillerle ilişkili HPV

Anogenital siğillerle ilişkili HPV

Selim anogenital siğillere (*Condylomata acuminata*), insan papilloma virüsü [HPV] neden olur ve bu siğiller cinsel yolla bulaşır.

Klasifikasyon

Anogenital bölgeler, aşağıdaki listeden bir ana tanı ile, **A63.0 Anogenital (venereal) siğiller ek tanı koduyla birlikte** kodlanır:

Perianal	K62.8	<i>Anüs ve rektumun diğer tanımlanmış hastalıkları</i>
Servikal	N88.8	<i>Serviks uterusunun diğer tanımlanmış inflamatuvar olmayan bozuklukları</i>
Üretral	N36.8	<i>Üretranın diğer tanımlanmış bozukluğu</i>
Vajinal	N89.8	<i>Vajinanın diğer tanımlanmış inflamatuvar bozuklukları</i>
Vulval	N90.8	<i>Vulvanın ve perinenin diğer tanımlanmış inflamatuvar olmayan bozuklukları</i>
Penil	N48.8	<i>Penisin diğer tanımlanmış bozuklukları</i>

Diğer siğillerle ilişkili HPV

HPV ile ilişkili diğer siğiller arasında *adi siğiller* (*verrucae vulgaris*) ve *düz siğiller* (*verrucae plana*) yer alır.

Klasifikasyon

Anogenital dışındaki siğilleri kodlarken, B07 *Viral siğiller*'i tek başına atayın.

2. Siğiller dışındaki durumlarla ilişkili HPV

Belirli HPV tiplerinin oluşumu, servikal displazi ve serviks karsinomasının yanı sıra diğer genital yol maligniteleri (penil, vulvar ve karsinomalar) ile ilişkilidir.

Klasifikasyon

HPV'nin siğiller dışındaki bir durumla ilişkili HPV olarak kaydedilmiş olması halinde, söz konusu durumu ana tanı olarak, B97.7 *Papillomavirüs, diğer bölümlerde sınıflanmış hastalıkların etkeni* ek tanı kodu ile birlikte kodlayın.

ÖRNEK 1:

Servikal biyopsi ile diyatermi, 'sınıf 1 displazi, HPV etkisi ile birlikte' şeklindeki patoloji sonucuyla beraber gerçekleştirilmiştir.

Kodlar: N87.0	<i>Hafif servikal displazi</i>
B97.7	<i>Papillomavirüs, diğer bölümlerde sınıflanmış hastalıkların etkeni</i>
35608-00 [1275]	<i>Serviks koteri</i>
35608-02 [1276]	<i>Serviks biyopsisi</i>

1415 YOUNG SENDROMU

Young sendromununun bileşenlerini aşağıdaki şekilde kodlayın ve sıralayın:

N46 *Erkek infertilitesi*
 J98.4 *Akciğerin diğer hastalıkları*
 J47 *Bronşiektazi*

1417 BÖBREK PELVİS TÜMÖRÜNÜN NEFROSTOMİ İLE PERKÜTAN REZEKSİYONU

Bu durumda, girişimin her iki yönünü de (bir başka deyişle, girişimin kendisi (renal lezyonun yok edilmesi) ve benimsenen yaklaşım (nefrostomi ile)) tanımlamak için iki kod gereklidir. 36522-01 [1048] *Parsiyel nefrektomi* ve 36624-00 [1056] *Perkütan nefrostomi*'yi atayın.

1420 SELİM PROSTATİK HİPERTROFİ İÇİN MESANE BOYNUNUN İNSİZYONU

N40 *Prostat hiperplazisi*'ni ana tanı olarak atayın. Kaydedilen herhangi bir mesane boynu obstrüksiyonu ek tanı olarak kodlanmalıdır (N32.0 *Mesane boynu obstrüksiyonu*). Mesane boynu obstrüksiyonunun, sebep olarak bir başka durum belirtilmedikçe prostatik hipertrofiye bağlı olduğu varsayılabilir.

TURP ve mesane boynu insizyonu gerçekleştirilmişse, TURP'yi (37203-00 [1165] *Prostatın transüretal rezeksiyonu [TURP]*) ilk prosedür kodu, mesane boynu insizyonunu (36854-00 [1095] *Mesane boynunun endoskopik insizyonu*) ise ek prosedür kodu olarak sıralayın.

1426 DİYALİZ AMİLOİDİ

Diyaliz amiloidi (E85.3 *Sekonder sistemik amiloidozis*) amiloidozisin, böbrek yetmezliğinde biriken ve diyalizden birkaç yıl sonra klinik olarak anlamlı hale gelen bir amiloidojenik protein β_2 mikroglobülinin dokularda birikimine bağlı özgül bir formudur. Protein birikimleri esas olarak kemiklerde ve özellikle omuzlar olmak üzere eklemlerin içinde ve çevresinde görülse de bu birikimler herhangi bir dokuda oluşabilmektedir. Bu durum sık sık, el bileğinin çevresindeki birikime bağlı, varsa kodlanması gereken bir karpal tünel sendromu ortaya çıkarmaktadır. Azalmış hareketlilik ve ölümle sonuçlanabilecek ilerleyici sakatlığa yol açabilmektedir.

1427 HİDROSEL

Hidrozel, herhangi bir kese benzeri boşluk veya kanalda sıvı birikimi olup, çoğunlukla tunica vaginalis testis veya spermatik kordda meydana gelmektedir. Hidrozel, epididimis veya testisin inflamasyonunda oluşabilmektedir. Korddaki lenfatik veya venöz obstrüksiyon da hidrosele neden

olabilmektedir. Konjenital hidrosele ise, peritoneal boşluk ile skrotum arasındaki kanalın prenatal gelişim sırasında tamamen kapanmaya giden yetmezliği neden olur.

Gerçekte doğumla birlikte gelen hidroseller konjenital olarak kodlanmalıdır, P83.5 *Konjenital hidrosel*. İleriki yaşlarda meydana gelen hidroseller için ise hidrosel kategorisinden, N43 *Hidrosel ve spermatosel*, uygun kod atanmalıdır.

Hidroselin onarımı

Çocuklarda (12 yaşına kadar), hidrosellerin büyük çoğunluğu komünikan olup; yapılan operasyon, prosessusun kapatılmasıdır (indirekt inguinal hernide olduğu gibi) ve tek taraflı inguinal herni onarımı olarak kodlanmalıdır (bakınız *Alfabetik Prosedür Dizini*).

Hidrosel düzeltilmesi de tek taraflı inguinal herni onarımı olarak kodlanmalıdır.

Girişim aşağıdaki şekilde ise uygun hidrosel eksizyon kodunu atayın:

- Tunica vaginalis'i içeriyorsa
- Jaboulay girişimi olarak kaydedilmişse
- Kese eversiyonu olarak kaydedilmişse

Yetişkinlerde (12 yaş üstü), hidroseller genellikle komünikan olmayan tiptedir ve hidrosel onarımı ya yuvarlak ligament ya spermatik kord ya da tunica vaginalis olabilmektedir. Klinik kayıta bölge tanımlanmamışsa klinik tedavi uzmanından daha fazla bilgi isteyin.

1428 DİETİLSTİLBESTROL (DES) SENDROMU

Dietilstilbestrol (DES) sendromu, hastanın annesindeki düşük tehdidini önlemek için kullanılan sentetik östrojen, dietilstilbestrola bağlı olarak oluşur. Tedavisi, genellikle kız çocuğunda yaklaşık 15 yaşlarında gelişen artmış servikal ve vajinal displazi insidansı ile sonuçlanır.

Aşağıdaki şekilde kodlayın:

Bölgeye göre uygun displazi/ neoplazma kodu

P04.1 *Fetüs ve yenidoğan, etkilenmiş, diğer maternal medikasyonlardan*

Y42.5 *Östrojen ve diğer progestagenler* (terapötik kullanımda ters etkiler doğuran)

Uygun olay yeri kodu (Y92.-)

1429 BEL AĞRISI/ HEMATÜRİ SENDROMU

Bel ağrısı/ hematüri sendromu (N39.81 *Bel ağrısı/ hematüri sendromu*), hematüri ile birlikte veya hematüri olmaksızın oluşan ayrı bir bel ağrısı klinik sendromu olup; büyük oranda, herhangi bir tutarlı patolojik veya psikolojik anormalliğin bulgulanmadığı genç kadınlarda görülür. Bu sendrom genellikle, diğer durumların dahil olup olmadığını görmek için üriner sistemin kapsamlı ve yinelenen tetkiklerini içerir ve sıklıkla tetkik ve ağrının dindirilmesi amacıyla birden fazla, uzun süreli yatış gerektirir.

1430 KRONİK BÖBREK BOZUKLUĞU

Kronik böbrek bozukluğu ile kronik böbrek yetmezliğini birbirinden ayırmak için bir kod oluşturulmuştur. Bu iki durum aşağıda verilen kriterlere göre klinik olarak birbirinden ayrılır:

Kronik böbrek bozukluğu (N18.91) kodlamasına ilişkin klinik kriterler şöyledir:

Yetişkinler (14 yaş üstü)	Serum kreatinin > normal ancak < 0.3 mM/L
Çocuklar (15 yaş altı)	Serum kreatinin > normal ancak < 0.2 mM/L

Kronik böbrek yetmezliği (N18.0, N18.8 veya N18.90) kodlamasına ilişkin klinik kriterler ise şöyledir:

Yetişkinler (14 yaş üstü)	Serum kreatinin > 0,3 mM/L
Çocuklar (15 yaş altı)	Serum kreatinin > 0.2 mM/L

Açıklama: Bu kriterler klinik kod uzmanları değil, klinik tedavi uzmanlarının içindir. Klinik kod uzmanları N18.90 *Tanımlanmamış kronik böbrek yetmezliği* ile N18.91 *Kronik böbrek bozukluğu*'nu yalnızca bu iki durumun klinik dokümantasyonu temelinde atamalıdır.

1431 ANESTEZİ ALTINDA MUAYENE, JİNEKOLOJİ

Anestezi ile muayeneye (EUA) hemen her jinekolojik girişimde ve çoğunlukla bir D&C'de başvurulur. EUA (35500-00 [1296] *Jinekolojik muayene*) yalnızca bir başka prosedürle birlikte gerçekleştirilmediğinde kodlanmalıdır.

(Ayrıca bakınız ACS 0031 *Anestezi* ve ACS 0022 *Anestezi ile muayene*.)

1433 MESANE REEDÜKASYONU

96158-00 [1904] *Mesane reedükasyonu* enfeksiyon, taş oluşumu ve reflüyü minimize edecek bir mesane rejimi oluşturmak üzere hastanın refleksle mesane boşaltma eğitimine (bu, intermittan kendi kendine kateterizasyonu içerebilmektedir) tabi tutulması halinde atanmalıdır. Bu tür yatışlara ilişkin tanımlar arasında inkontinans, retansiyon veya nörojenik mesane yer alacaktır.

1434 OVER KİSTLERİ

Over kisti, aşağıdakilerden biri olarak sınıflandırılabilir:

1. Normal fizyolojik 'kistler'

İlk oluştuğunda 3-4 mm çapında çok küçük bir kistik yapı olan bir gelişen folliküldür. Belirgin follikül olduğundan devamlı büyür ve ovülasyon sırasında bu özel 'kist' rüptüre olarak yumurtayı açığa çıkarır. Bu, gerçek bir kist olmayıp, gerçekte rüptürden hemen önce çapı 20-25 mm'ye kadar ulaşan bir kistik gelişen folliküldür.

Döngünün luteal fazında, kanla dolduğundan corpus luteum da bir 'kist'tir.

Yukarıdaki hallerde, kistler gerçekten, **kodlanması gerekmeyen** fizyolojik yapılardır.

2. Kist oluşturan anormal fizyolojik mekanizmalar

Anormal fizyolojide üç tip kist yapısı bulunabilmektedir:

- a) **Follikül kistleri:** Kist çapı 25 mm'yi aşar. Bunlar, çoğunlukla menarş veya menopoz döneminde görülse de doğurganlık döneminde herhangi bir zamanda da oluşabilmektedirler.

Şu şekilde kodlanır: N83.0 *Overin follikül kisti*

- b) **Corpus luteum kisti:** Bu kist tipinde, corpus luteumun kendisi aşırı büyür ve kiste dönüşür. Bu durum, hastanın özellikle ovulatuvar stimülasyon formlarına maruz kaldığı erken gebelikte yaygın görülür.

Şu şekilde kodlanır: N83.1 *Corpus luteum kisti*

- c) **Polikistik veya multikistik overler:** Ultrasound'la, overlerde çok sayıda küçük kistik yapı olduğu net olarak görülebilmektedir. Genellikle bir polikistik over, subkortikal bölgesinde 2-5 mm çapında 15-20 küçük follikülün bulunduğu overdir. Kistik yapının sayısı bunun biraz üzerine çıktığında birçok reproduktif endokrinolog bunu bir multikistik over olarak tanımlar. Yukarıdaki hallerde, kistlerin kendisi her zaman küçüktür ve ovülasyondan hemen önce oluşan bir normal follikülün kistlerinden çok daha azdır.

Şu şekilde kodlanır: E28.2 Polikistik over sendromu

3. Patolojik kistler

Kistik yapıların diğer formu, patologlar tarafından açıkça selim ve habis olarak tanımlanan patolojik yapılardır.

1435 KADIN GENİTAL SAKATLIĞI

Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü, kadın genital sakatlığını (FGM) şöyle tanımlamaktadır:

“Kadın dış genitallerinin parsiyel veya total olarak çıkarılmasını içeren bütün girişimler veya ister kültürel ister diğer terapötik olmayan nedenle olsun kadın genital organlarının diğer yaralanması.”

Bu tanım, klitoral başlığın kesilmesinden infibulasyona kadar farklı derecelerde bir dizi sakatlığı kapsamaktadır. İnfibulasyon; klitoris, labia minora ile labia majoranın bazı bölümlerinin çıkarılıp daha sonra bunlar dikilerek yalnızca idrar ve menstruasyon geçecek büyüklükte, çapı birkaç milimetre ile birkaç santimetre arasında olan küçük bir delik bırakmaktır. FGM uygulanan kadınların yalnızca %15’inde infibulasyon gerçekleştirilmiş olacaktır.

FGM uygulaması vardır ve gelenek, ekonomi, din, estetik ve/veya hijyenle ilişkili olabilecek karmaşık bir inanç ve anlayış temelinde uygulanmaya devam etmektedir.

Bu uygulama Umman, Birleşik Arap Emirlikleri, Yemen, Endonezya, Malezya, Hindistan ve 29 Afrika ülkesinde görülmüştür.

FGM uygulanmış olan kadınların hepsinde, FGM’ye bağlanabilecek problemler ortaya çıkmadığını belirtmek önemlidir.

Ortaya çıkabilecek komplikasyonlar şöyledir:

- Ağrı, kanama, enfeksiyonlar, yaralanmalar, idrar obstrüksiyonu ve ölümü içeren ani komplikasyonlar.
- Vulval skar, pelvik ve üriner sistem enfeksiyonu, tıkalı menstrual akış ile idrar akışı, üriner ve fekal fistüller, inkontinans, tıkalı düşük ve doğum, doğumda vajinal ve perineal hasar ve ilişkiye girememe ve ağırlı ilişki gibi cinsel zorlukları içeren uzun vadeli komplikasyonlar.

Klasifikasyon

Z90.7 *Genital organ(lar)ın kazanılmış yokluğu* yalnızca FGM uygulaması aşağıdakilerle ilişkili olduğunda ek tanı kodu olarak atanmalıdır:

1. FGM onarımı için yatış

Ana tanı kodunun atanması dokümantasyona bağlı olacak ancak, onarımın sebebine ilişkin spesifik olmayan bilgiler söz konusu olduğunda tercih edilen kod, N90.8 *Vulvanın ve perinenin diğer tanımlanmış inflamatuvar olmayan bozuklukları* olacaktır. Ayrıca, Z90.7 *Genital organ(lar)ın kazanılmış yokluğu* ek tanı kodu da atanmalıdır.

Kaydedilmiş olan girişimi kodlayın, örneğin 35533-00 [1294] *Vulvoplasti*.

2. FGM ile ilişkili bir durum/ problemin tedavisi için yatış

Duruma ilişkin uygun kodu, örneğin üriner sistem enfeksiyonu N39.0 *Üriner sistem enfeksiyonu, yeri tanımlanmamış*, Z90.7 *Genital organ(lar)ın kazanılmış yokluğu* ek kodu ile birlikte atayın.

3. FGM'den etkilenen gebelik

O34.7 *Anne bakımı, vulva ve perine anormalliklerinde*'yi ve Bölüm XV *Gebelik, doğum ve lohusalık* kapsamındaki ilgili diğer kodları, Z90.7 *Genital organ(lar)ın kazanılmış yokluğu* ek kodu ile birlikte atayın.

Açıklama: Yukarıdaki kriterler ve/veya ek tanımlara ilişkin kriterler (bakınız ACS 0002 *Ek tanımlar*) karşılanmadıkça, FGM'ye ilişkin dokümantasyon kodlanmamalıdır.

1436 BOŞALTMA DENEMESİ

Bazı hastalar, genellikle mesane veya prostat cerrahisi sonrasında bir kateterle taburcu edilir. Daha sonra hastalar, kateter olmadan boşaltma yapıp yapamadıklarını görmek amacıyla bir boşaltma denemesi için yeniden hastaneye yatırılır. Kateter çıkarılır; hasta boşaltma yapmaya çalışır. Boşaltma denemesi başarısız olursa hastaya yeniden kateter takılacak ve ileriki bir tarihte bir başka deneme yapılacaktır.

Boşaltma denemesini şu şekilde kodlayın:

Boşaltma denemesi için yatış – postoperatif - başarılı

Ana tanı:	Z46.6	<i>Üriner cihazı uygulama ve ayarı</i>
Ek tanı:	Z48.8	<i>Cerrahi izlem diğer, tanımlanmış</i>
*Prosedür:	36800-03 [1090]	<i>Üriner kateterin endoskopik yolla çıkarılması</i>
	VEYA	
	92119-00 [1902]	<i>Diğer üriner drenaj cihazının çıkarılması</i>

Boşaltma denemesi için yatış – postoperatif - başarısız

Ana tanı:	Z46.6	<i>Üriner cihazı uygulama ve ayarı</i>
Ek tanı:	N99.8	<i>Genitoüriner sistemde müdahale sonrası gelişen diğer bozukluklar</i>
	R33	<i>İdrar retansiyonu</i>
	Y83.-	<i>Müdahale esnasında istenmeyen bir olaya sebep olmaksızın hastada anormal reaksiyon veya geç komplikasyona neden olan cerrahi müdahale ve diğer cerrahi işlemler</i>
* Prosedür:	Y92.22	<i>Olay yeri, sağlık bakım kurumunda</i>
	36800-03 [1090]	<i>Üriner kateterin endoskopik yolla çıkarılması</i>
	VE	
	36800-00 [1090]	<i>Mesane kateterizasyonu</i>
	VEYA	
	92119-00 [1902]	<i>Diğer üriner drenaj cihazının çıkarılması</i>
	VE	
	36800-00 [1090]	<i>Mesane kateterizasyonu</i>

Boşaltma denemesi için yatış – postoperatif olmayan - başarılı

Ana tanı:	Z46.6	<i>Üriner cihazı uygulama ve ayarı</i>
*Prosedür:	36800-03 [1090]	<i>Üriner kateterin endoskopik yolla çıkarılması</i>
	VEYA	
	92119-00 [1902]	<i>Diğer üriner drenaj cihazının çıkarılması</i>

Boşaltma denemesi için yatış – postoperatif olmayan - başarısız

Ana tanı:	Z46.6	<i>Üriner cihazı uygulama ve ayarı</i>
Ek tanı:	R33	<i>İdrar retansiyonu</i>
*Prosedür:	36800-03 [1090]	<i>Üriner kateterin endoskopik yolla çıkarılması</i>
	VE	
	36800-00 [1090]	<i>Mesane kateterizasyonu</i>
	VEYA	
	92119-00 [1902]	<i>Diğer üriner drenaj cihazının çıkarılması</i>
	VE	

36800-00 [1090] Mesane kateterizasyonu

*Bu girişimler normalde kodlanmayacak olsalar da (bakınız ACS 0042 Normalde kodlanmayan girişimler) bu durumlarda ilgili olduklarından dolayı kodlanmaktadır.

Açıklama: Bir dizi başarısız boşaltma denemesi yatışı sonrasında hasta mesane reedükasyonuna tabi tutulabilir; bu durumda, ACS 1433 Mesane reedükasyonu geçerlidir.

1437 İNFERTİLİTE

İnfertilite tetkik veya tedavisi için yatışta (ister erkek ister kadın), N97 Kadın infertilitesi kategorisinden bir kod veya N46 Erkek infertilitesi kodu, ana tanı olarak atanmalıdır.

IVF

Yatış özellikle IVF girişimleri için gerçekleştirilmiş ve ana tanı 'IVF' veya 'infertilite' ise, Z31.2 *İn vitro dölleme*, ana tanı kodu olarak atanmalıdır. Biliniyorsa infertilite tipi için, N97.4 *Kadın infertilitesi, erkek kaynaklı nedenler ile birlikte* dahil olmak üzere, N97 *Kadın infertilitesi* kategorisinden bir ek kod atanabilir.

Notlar

15. GEBELİK, DOĞUM VE LOHUSALIK

A. Düşükle sonuçlanan gebelik

1503 'KOMPLET' VE 'İNKOMPLET' DÜŞÜK

Hasta 'spontan düşük' sebebiyle hastaneye yatırılır ve hiçbir girişim gerçekleştirilmezse, konsepsiyon ürünlerine ilişkin bir bulgu olup olmadığını görmek için ultrasound raporunu kontrol edin. Ultrasound'da herhangi bir konsepsiyon ürünü bulgulanmamışsa düşüğü, aşağıda verilen dördüncü karakterlerle, komplet düşük olarak kodlayın:

- 5 Komplet veya tanımlanmamış, genital yol ve pelvik enfeksiyon ile komplike
- 6 Komplet veya tanımlanmamış, gecikmiş veya aşırı hemoraji ile komplike
- 7 Komplet veya tanımlanmamış, embolizm ile komplike
- 8 Komplet veya tanımlanmamış, diğer ve tanımlanmamış komplikasyon ile
- 9 Komplet veya tanımlanmamış, komplikasyonsuz

1504 MOL HİDATİFORM

Mo hidatiform, spontan düşüğe yol açabilmektedir. Bu durumda, bir girişim gerçekleştirilmişse, uygun düşük sonrası girişim kodlanmalıdır:

- 35643-00 [1267] *Dilatasyon ve küretaj [D&C], düşük sonrası veya gebeliğin sonlandırılması için veya*
- 35643-01 [1267] *Uterusun emici küretajı, düşük sonrası veya gebeliğin sonlandırılması için*

1510 DÜŞÜKLE SONUÇLANAN GEBELİK

Avustralya'da canlı doğum, en az 20 haftalık gebelik veya en az 400 g ağırlık olarak tanımlandığından, düşük, konsepsiyon ürünlerinin, fetal viyabileden önce, bir başka deyişle gebeliğin 20. haftasından (140 gün) önce ve/veya 400 g'lik fetal ağırlıktan daha düşük bir ağırlıkta, herhangi bir araçla ekspülsiyonu veya ekstraksiyonudur.

1511 GEBELİĞİN SONLANDIRILMASI

Gebelik, bilinen veya şüpheli fetal anormallik ya da diğer fetal ve plasental problemler nedeniyle sonlandırılmışsa aşağıda verilen yönlendirici ilkeleri takip edin:

1. Gebelik, fetal viyabileden (bir başka deyişle, hamileliğin 20. haftasından önce ve/veya 400 g'lik fetal ağırlıktan daha düşük bir ağırlıkta) önce sonlandırılması halinde, O04.- *Tıbbi düşük* kodunu ana tanı olarak, sonlandırmanın nedenini göstermek amacıyla O35.0 *Anne bakımı, fetüste (şüpheli) merkezi sinir sistemi malformasyonunda* gibi bir kodla birlikte atayın.
2. Gebeliğin fetal viyabileden sonra sonlandırılması halinde, sonlandırma sebebine ilişkin kodu, uterusu fetal ölüm gibi (O36.4 *Anne bakımı, intrauterin ölümde*), ana tanı olarak atayın.

Gebeliğin sonlandırılması bir canlı bebek doğumu ile sonuçlanırsa, O60 *Miadından önce doğum*, O09.- *Hamilelik süresi* ek tanı kodları ile uygun Z37 *Doğumun sonucu* kodunu atayın.

Gebeliğin sonlandırılmasında uygulanan prosedür örnekleri için bakınız ACS 1513 *İndüksiyon*.

1514 BRIGHTED OVUM

Kesin tanı blighted ovum ise, herhangi bir histopatolojik kanıt olmasa bile O02.0 *Blighted ovum ve nonhidatiform mol'u* kodlayın.

1544 DÜŞÜK VE EKTOPIK VE MOLAR GEBELİK SONRASI KOMPLİKASYONLAR

Hastanın, bir önceki bakım epizodunda tedavi edilmiş olan bir düşüğün gecikmiş komplikasyonu sebebiyle tekrar hastaneye yatırılması halinde kodlamayı O08 *Düşük ve ektopik ve molar gebelik sonrası komplikasyonlar* kategorisi kapsamında yapın.

Ayrıca, O00-O02 (*Ektopik gebelik, Hidatiform mol, Konsepsiyonun diğer anormal ürünleri*) kategorileriyle ilişkili bir komplikasyonu tanımlamak için bir O08 kodu, ek kod olarak atanmalıdır.

Konsepsiyon ürünlerinin içeride kalması

Hasta, bir önceki bakım epizodunda tedavi edilmiş olan düşükten geriye kalan konsepsiyon ürünleri nedeniyle hastaneye yatırılmışsa, düşük, mevcut **inkomplet** düşüğün bir komplikasyonu olarak kodlanmalıdır (O03-O06, .0-.4 dördüncü karakteri ile birlikte).

Ancak, hasta, bir önceki bakım epizodunda bir **gecikmiş düşük** sonrasında konsepsiyon ürünlerinin içeride kalması nedeniyle hastaneye yatırılmışsa, ilk epizottaki tanıyı göstermek amacıyla gecikmiş düşüğü ana tanı olarak kodlayın. Bu örnekte, hastada bir düşük komplikasyonu değil, bir 'gecikmiş düşük' problemi vardır.

Düşüğün (bu bakım epizodundan önce olabilir) gerçekleştiği sıradaki hamilelik süresini gösteren O09 *Hamilelik süresi*'nden bir ek kod atayın. Hamilelik süresi bilinmiyorsa, O09.9 *Tanımlanmamış hamilelik süresi* kodunu atayın. O08 *Düşük ve ektopik ve molar gebelik sonrası komplikasyonlar*'dan bir kod atanmaz.

ÖRNEK 1:

Tanı: Şok ile birlikte rüptüre tubal gebelik

Ana tanı: O00.1 *Tubal gebelik*
Ek tanılar: O08.3 *Şok, düşük ve ektopik ve molar gebelik sonrası*
O09.- *Hamilelik süresi*

ÖRNEK 2:

Tanı: Uterusun perforasyonu ile birlikte inkomplet düşük

Ana tanı: O06.3 *Düşük, tanımlanmamış, inkomplet, diğer ve tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte*
Ek tanılar: O08.6 *Pelvik organ ve doku yaralanması, düşük ve ektopik ve molar gebelik sonrası*
O09.- *Hamilelik süresi*

ÖRNEK 3:

Tanı: Bir başka hastanede iki gün önce gerçekleştirilen düşük sonrasında dissemine intravasküler koagülasyon

Ana tanı: O08.1 *Gecikmiş veya aşırı hemoraji, düşük ve ektopik ve molar gebelik sonrası*

Düşük bir önceki bakım epizodunda gerçekleştirildiğinden herhangi bir ek tanı koduna gerek yoktur.

ÖRNEK 4:

Tanı: Bir önceki yatışta gerçekleştirilen tıbbi düşük sonrasında hemoraji ve içeride kalan konsepsiyon ürünleri.

Ana tanı: O04.1 *Tıbbi düşük, inkomplet, gecikmiş veya aşırı hemoraji ile komplike*
Ek tanı: O09.- *Hamilelik süresi*

ÖRNEK 5:

Tanı: Emici küretaj ile gecikmiş düşük sebebiyle gerçekleştirilen olan bir önceki yatışın sonrasında içeride kalan konsepsiyon ürünleri.

Ana tanı: O02.1 *Gecikmiş düşük*
Ek tanı: O09.- *Hamilelik süresi*

B. Doğum süreci ve doğumla ilgili bozukluklar / prosedürler

1505 TEK SPONTAN VAJİNAL DOĞUM

O80 Tek spontan doğum kodu, aşağıdaki şekilde gerçekleşen tek spontan vajinal doğumlara ilişkindir:

Bölüm XV *Gebelik, doğum ve lohusalık* kapsamında herhangi bir yerde sınıflandırılabilir anormallik/ komplikasyon **olmaksızın ve** manipülasyon ve enstrümantasyon **olmaksızın**

1506 YANLIŞ GELİŞ, ORANSIZLIK VE MATERNAL PELVİK ORGANLARIN ANORMALLİĞİ

Yanlış geliş, oransızlık veya maternal pelvik organların anormalliğine bağlı olarak, doğum eyleminin başlangıcından **önce** bakım veya müdahalenin gerekli olması halinde, uygun şekilde aşağıdaki bloklardan bir kod atayın:

- 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.*

Yanlış geliş, oransızlık veya maternal pelvik organların anormalliği ilk kez **doğumda** teşhis edilmişse veya **doğumda** bakım ve/veya müdahale gerektiriyorsa, aşağıdaki bloklardan bir kod atanmalıdır:

- O64 *İlerlemeyen doğum, fetüsün yanlış pozisyon ve yanlış gelişinden dolayı*
 O65 *İlerlemeyen doğum, maternal pelvik anormallikten dolayı veya*
 O66 *İlerlemeyen doğumlar, diğer.*

Anormal kabul edilen yanlış gelişler

Aşağıda listelenen yanlış gelişler ile yanlış pozisyonlar, gebelik sırasında bakım gerektiriyorlarsa veya **doğum sürecinde ya da doğumda** mevcut ise kodlanmalıdır:

- makat geliş
- alın geliş
- karma geliş
- kord geliş
- derin transvers arrest
- yüz geliş
- persistan oksipito-posterior pozisyon ('yüz-pubes')
- prolabe kol
- transvers/ oblik pozisyonda
- sabit olmayan pozisyonda

Oksipito-anterior (OA), oksipito-lateral (OL), oksipito-posterior (OP) veya oksipito-transverse (OT) gibi oksiput pozisyonlar normaldir ve **müdahale gerçekleştirilmedikçe** kodlanmamalıdır.

Uterus skarı

Aşağıdaki hallerin söz konusu olduğu bütün vakalarda O34.2 *Anne bakımı, geçirilmiş cerrahiye bağlı uterus skarında* kodu atanmalıdır (doğum sürecinde veya öncesinde müdahalenin gerçekleştirilmiş olup olmamasına bakılmaksızın):

- Hasta, geçirilmiş sezeryan kesisine bağlı bir elektif sezeryan kesisini 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; örneğin, daha önceki skara bağlı uterus ağrısı sebebiyle antepartum bakım.

Bir sezeryan skarın vajinal doğumla sonuçlandığı vakalar için O75.7 *Vajinal doğum, önceki sezeryan sonrası* kodu atanmalıdır.

1508 NÖRAKSİYEL BLOKLA BİRLİKTE İKİNCİ SAFHANIN GECİKMESİ

Nöraksiyel bloklar ikinci safhayı geciktirse de O74.6 *Doğum sürecinde ve doğumda spinal ve epidural anestezinin diğer komplikasyonları*, bir nöraksiyel bloğun uygulanması temelinde kodlanmamalıdır. O74.6 *Spinal ve epidural anestezinin diğer komplikasyonları* atanmadan önce, ikinci safhanın gecikmesi ile nöraksiyel blok uygulaması arasındaki nedensel ilişkiye ait klinik dokümantasyon bulunmalıdır.

Açıkça tanımlanmadıkça gecikmiş ikinci safhayı kodlamayın.

1509 DÜŞEN ÖSTRİOLLAR

Düşen östriollar kodlanmamalıdır. Düşen östriolların sebebi olarak IUGR (İntraüterin büyüme geriliği) kaydedilmişse, O36.5 *Anne bakımı, yetersiz fetal büyümede*'yi kodlayın.

1513 İNDÜKSİYON

İndüksiyonun sebebi

Doğum indüksiyonu birçok sebebe bağlı olarak gerçekleştirilir (örneğin; pre-eklampsi, anormal antenatal kardiyotokografi (CTG), geçirilmiş antepartum hemoraji, diyabet, intraüterin büyüme geriliği (IUGR)). Herhangi bir sebep kaydedilmemiş veya sebep 'sosyal' ya da 'elektif' olarak belirtilmiş (bir başka deyişle, O00-O99'dan herhangi bir başka kod atanmamışsa) ve indüksiyon sonrasında normal bir vajinal doğum gerçekleşmişse, O80 *Tek spontan doğum*'u ana tanı olarak atayın.

(Ayrıca bakınız ACS 1505 *Tek spontan vajinal doğum*.)

İndüksiyon prosedürleri

İndüksiyon prosedürlerinin kodlanması ile ilgili olarak, aşağıda verilen standard geçerlidir:

Doğumun, gebeliği sonlandırmak amacıyla tıbbi araçlarla indüksiyonu halinde, **hamilelik süresi ve sonuca bakılmaksızın**, prosedür kodları şöyle olacaktır:

- 90465-00 [1334] *Tıbbi doğum indüksiyonu, oksitosin veya*
90465-01 [1334] *Tıbbi doğum indüksiyonu, prostaglandin veya*
90465-02 [1334] *Diğer tıbbi doğum indüksiyonu veya*
90465-05 [1334] *Tıbbi ve cerrahi doğum indüksiyonu*

(Bakınız aşağıda *Tıbbi ve cerrahi indüksiyon*.)

Genellikle, gebeliğin 14. haftanın tamamlanmasından sonra sonlandırılması doğum eylemini içereceğinden [1334] *Tıbbi veya cerrahi doğum indüksiyonu* bloğu kapsamında kodlanacaktır. Gebeliğin, 14 haftanın tamamlanmasından önce sonlandırılması D&C veya emici küretaj ile gerçekleştirilir ve doğum eylemini içermez.

ÖRNEK 1:

Hasta, hamileliğin 21. haftasında, uterusu fetal ölüm (FDIU) tanısı ile hastaneye yatırılmıştır. Gebelik, tıbbi ve cerrahi doğum indüksiyonu ile sonlandırılmıştır.

Kod: 90465-05 [1334] *Tıbbi ve cerrahi doğum indüksiyonu*

Hastanın gebeliğinin sonlandırılması doğum eylemini içerdiğinden bu vakada 90462-00 [1330] *Düşüğün indüksiyonu için prostaglandin süpozitivar uygulaması* kodu geçerli değildir.

ÖRNEK 2:

Hasta, hamileliğin 12. haftasında, rubella virüsüne maruz kalma tanısı ile hastaneye yatırılmıştır. Gebelik, emici küretaj ile sonlandırılmıştır.

Kod: 35643-01 [1267] *Uterusun emici küretajı, düşük sonrası veya gebeliğin sonlandırılması için*

Tıbbi ve cerrahi indüksiyon

Tıbbi ve cerrahi indüksiyon sıklıkla tek hasta için uygulansa da eş zamanlı uygulaması nadirdir. Bazı vakalarda, tıbbi indüksiyon membranların suni rüptüründen (ARM) hemen sonra uygulanmaktadır. Ancak, bazı vakalarda, spontan doğumun gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini görmek için ARM'den sonra yaklaşık yarım saatlik bir sürenin geçmesi gerekecektir. Bazı obstetrisyenler, ARM'den sonra dört saate kadar bekleyebilmektedir.

90465-05 [1334] *Tıbbi ve cerrahi doğum indüksiyonu*, hastaya, ARM ile tıbbi indüksiyon arasında geçen süre dört saati aşıya bile hem ARM hem tıbbi indüksiyon uygulanan vakalar için sunulmaktadır. Tıbbi indüksiyon, kontraksiyonlar başladıktan sonra uygulanabilse de, bu durum, tıbbi ogmantasyon olarak kodlanmamalıdır.

Tıbbi ve cerrahi ogmantasyon

90466-00 [1335] *Doğum başlangıcından sonra tıbbi ogmantasyon* ve 90466-01 [1335] *Doğumun cerrahi ogmantasyonu* yalnızca bir **spontan** doğumun ogmantasyonu halinde atanır. 90466-02 [1335] *Doğumun tıbbi ve cerrahi ogmantasyonu* kodu hem tıbbi ogmantasyon hem ARM eş zamanlı olarak veya spontan doğumun başlangıcından sonra gerçekleştirildiğinde atanmalıdır.

1515 DOĞUMLA BİRLİKTE ANTEPARTUM DURUM

Bir bakım epizodu doğumu içerse de, hasta, doğumdan önce **yedi günden fazla bir süreyle tedavisi** gereken bir antepartum durum nedeniyle hastaneye yatırılmış olursa, söz konusu antepartum durumu ana tanı olarak kodlayın.

1517 DOĞUMUN SONUCU

Her doğumda, anneye ilişkin kayda Z37.- *Doğumun sonucu*'ndan uygun kod girilmelidir. Bu kod, ana tanı olmamalıdır.

1518 HAMİLELİK SÜRESİ

O09 *Hamilelik süresi* kategorisi, anneye ilişkin kayıta, yatış zamanındaki hamilelik süresinin kodlanması içindir.

O09.0	< 5	tamamlanmış hafta
O09.1	5–13	tamamlanmış hafta
O09.2	14–19	tamamlanmış hafta
O09.3	20–25	tamamlanmış hafta
O09.4	26–33	tamamlanmış hafta
O09.5	34–36	tamamlanmış hafta
O09.9		Tanımlanmamış hamilelik süresi

Aşağıdaki hallerin tamamında O09'dan bir kod, ek tanı kodu olarak atanmalıdır:

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*)

Hamilelik süresi, klinik kayda girilmiş olan hamilelik süresinden alınmalıdır.

O09.9 *Tanımlanmamış hamilelik süresi* yalnızca vaka yukarıda verilen kriterleri karşılıyorsa ve hamilelik süresi kaydedilmemişse kullanılmalıdır.

Hamilelik süresi 'ne ilişkin kodlar Obstetrik ve Jinekoloji CCCG tarafından özellikle, **spesifik** bir yüksek riskli gebelik grubu (yukarıda tanımlanmaktadır) için hamilelik süresini belirtmek amacıyla oluşturulmuştur ve yalnızca bu tür durumlar O09.- kodu ile kodlanmalıdır.

1519 YATIŞTAN ÖNCE DOĞUM

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* kategorisinden uygun

kodu atayın. Yataştan önce bir komplikasyon gelişirse, söz konusu komplikasyon Z39.0- kategorisinden bir kod olarak değil ana tanı olarak kodlanmalıdır.

Hasta, doğumdan sonra, çocuğun hasta olması sebebiyle çocuğa eşlik etmek üzere bir hastaneye sevk edilirse ve rutin postpartum bakıma tabi ise, uygun Z39.0- kodunu atayın.

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 *Cerrahi izlem, diğer, tanımlanmış* kodu ise ek tanı olarak atanmalıdır.

(Bakınız ACS 1548 *Postpartum durumu veya komplikasyonu.*)

1520 ÇOĞUL DOĞUM

Çoğul doğumda, bebekler farklı farklı doğmuşsa, her iki doğum tipi de kodlanmalıdır.

ÖRNEK 1:

35. haftada prematür ikiz doğumu, ikizlerden birincisi makat ekstraksiyon, ikincisi ise obstrüksiyona bağlı alt parça sezeryan kesisi (LSCS) ile transvers pozisyonda doğmuştur.

Kod:	O64.8	<i>İlerlemeyen doğum, diğer yanlış pozisyon ve yanlış gelişlerden dolayı</i>
	O32.5	<i>Anne bakımı, bir veya daha fazla fetüsün yanlış gelişinin, çoğul hamilelikte</i>
	O30.0	<i>İkiz gebelik</i>
	O60	<i>Miadından önce doğum</i>
	O09.5	<i>Hamilelik süresi 34-36 tamamlanmış hafta</i>
	Z37.2	<i>İkiz, canlı doğum</i>
	16520-03 [1340]	<i>Acil alt parça sezeryan kesisi</i>
	90470-03 [1339]	<i>Makat ekstraksiyon</i>

1521 GEBELİĞİ KOMPLİKE EDEN DURUMLAR

Bölüm XV *Gebelik, doğum ve lohusalık*, gebeliğe ilişkin komplikasyonlarla ilgili iki kod bloğu içermektedir: O20-O29 *Gebelikte ilgili diğer maternal bozukluklar* ve O94-O99 *Obstetrik durumlar, diğer, başka yerde sınıflanmamış*. Gebelikte yaygın olarak oluşan durumlar spesifik olarak O20-O29 kapsamında kodlanır. Gebeliği komplike eden (veya gebelikte birlikte artan veya obstetrik bakımın temel nedenini oluşturan) diğer durumları kodlamak için, O98 *Maternal enfeksiyöz ve parazitik hastalıklar, başka yerde sınıflandırılabilir, gebelik, doğum ve lohusalığı komplike eden* veya O99 *Diğer maternal hastalıklar, başka yerde sınıflandırılabilir, gebelik, doğum ve lohusalığı komplike eden*'den bir kod, spesifik durumu tanımlamak amacıyla ICD-10-AM'nin diğer bölümlerindeki bir ek kodla birlikte atanır.

ÖRNEK 1:

Tanı: Gebelikte alevlenen karpal tünel sendromu.

Kod: O26.82 *Gebelikte karpal tünel sendromu*

Bu örnekte, gebelikte gelişen karpal tünel sendromu bir spesifik kodla dizine alınır.

ÖRNEK 2:

Tanı: Demir eksikliği anemisi ile komplike gebelik.

Kod: O99.0 *Anemi, gebelik, doğum ve lohusalığı komplike eden*

D50.9 *Demir eksikliği anemisi, tanımlanmamış*

Bu örnekte, gebeliği komplike eden anemi O99.0 kapsamında dizine alınır. Özgül anemi tipini belirtmek için bir ek kodun atanması gerekir.

ÖRNEK 3:

Tanı: Bir obstetrik hasta, gebeliği komplike eden astım sebebiyle hastaneye yatırılmıştır.

Kod: O99.5 *Solunum sistemi hastalıkları, gebelik, doğum ve lohusalığı komplike eden*
J45.9 *Astım, tanımlanmamış*

Bu örnekte, gebeliği komplike eden astım, dizine spesifik olarak alınmaz. O99'dan atanacak uygun kodu belirlemek için, ICD-10-AM'nin diğer bölümlerinde (J45.9) hastalık veya duruma ilişkin kodu bulmak ve ardından, '**Gebelik – ile komplike - - 'deki durumlar - - - J00-J99' veya 'Gebelik – ile komplike - - hastalıkları - - - solunum sistemi (J00-J99'daki durumlar)'** dizin girişine başvurmak gerekir.

Insidental gebelik durumu

Hamile bir kadın, gebelikle ilgili olmayan, gebeliği komplike etmeyen veya gebelikle artış göstermeyen bir durum sebebiyle hastaneye yatırılır ve herhangi bir obstetrik gözlem veya bakım gerektirmeyen, gebelik durumu 'insidental' olarak sınıflandırılır. Bu vakada, söz konusu duruma ilişkin kod ana tanı olarak, Z33, *Gebelik durumu, insidental* ek tanısı ile birlikte bildirilmelidir.

ÖRNEK 4:

Hamile kadın, kırık metakarpal shaftı (kapı arasında ezilen el) sebebiyle hastaneye yatırılmıştır.

Ana tanı: S62.32 *Diğer metakarpal kemik(ler) shaftı kırığı*

Ek tanıları: W23.- *Cisimler arasında sıkıştırılma, yakalanma, ezilme, basılma*

Uygun olay yeri kodu (Y92.-) ve aktivite kodu (U50-U73).

Z33 *Gebelik durumu, insidental*

1524 İLERİ YAŞTAKİ ANNE

Primigravidanın yaşı 35 veya üstü ise Z35.51 *İlerlemiş yaştaki annelerde primigravida takibi* atanmalıdır.

Multigravidanın yaşı 35 veya üstü ise Z35.52 *İlerlemiş yaştaki annelerde multigravida takibi* atanmalıdır.

- **Bu durumlar, bir obstetrisyen/ klinik tedavi uzmanı/ ebe tarafından kaydedilmişse kodlanmalıdır.**
- **Spesifik obstetrik tanıya ilişkin kriterler karşılanmış ancak ilgili tanı kaydedilmemişse, kodlamayı yapmadan önce klinik tedavi uzmanının görüşüne başvurun.**

1525 GRAND MULTİPAR

Bir kadın, beş veya daha fazla yaşayabilir fetüs doğurmuşsa Z35.4 *Grand multipar gebeliğin gözlemi* atanmalıdır.

- **Bu durum, bir obstetrisyen/ klinik tedavi uzmanı/ ebe tarafından kaydedilmişse kodlanmalıdır.**
- **Spesifik obstetrik tanıya ilişkin kriterler karşılanmış ancak ilgili tanı kaydedilmemişse, kodlamayı yapmadan önce klinik tedavi uzmanının görüşüne başvurun.**

1526 GEBELİKTE HİPERTANSİYON

O10-O16 *Gebelikte, doğumda veya lohusalıkta ödem, proteinüri ve hipertansif bozukluklar* kategorilerindeki kodlar yalnızca kan basıncı değerlerine bakılarak atanmamalıdır. 'Gebeliğe bağlı hipertansiyon' 'pre-eklampsi' veya 'pre-eklamptik toksemi' gibi durumlar klinik kayda girilmelidir.

- **Bu durum, bir obstetrisyen/ klinik tedavi uzmanı/ ebe tarafından kaydedilmişse kodlanmalıdır.**
- **Spesifik obstetrik tanıya ilişkin kriterler karşılanmış ancak ilgili tanı kaydedilmemişse, kodlamayı yapmadan önce klinik tedavi uzmanının görüşüne başvurun.**

1527 MİADINI GEÇMİŞ DOĞUM

Hamileliğin 42.haftasında ya da sonrasında gerçekleşen bir doğum ‘miadını geçmiş’ doğum olarak kabul edilir. O48 *Uzamış gebelik* kodunu atayın.

- **Bu durum, bir obstetrisyen/ klinik tedavi uzmanı/ ebe tarafından kaydedilmişse kodlanmalıdır.**
- **Spesifik obstetrik tanıya ilişkin kriterler karşılanmış ancak ilgili tanı kaydedilmemişse, kodlamayı yapmadan önce klinik tedavi uzmanının görüşüne başvurun.**

ÖRNEK 1:

Hasta, hamileliğin 41. haftasında doğum yapmıştır. Bu durum, obstetrisyen tarafından klinik kayda miadını geçmiş olarak girilmiştir. Miadını geçmiş durumuna ilişkin kodu atayın.

1528 POSTPARTUM KANAMA

500 mL veya daha fazla miktardaki kanama, postpartum kanama (PPH) olarak kabul edilir. 750 mL veya daha fazla miktardaki bir sezeryan sonrası kanama da bir PPH olarak kabul edilmelidir.

- **Bu durum, bir obstetrisyen/ klinik tedavi uzmanı/ ebe tarafından kaydedilmişse kodlanmalıdır.**
- **Spesifik obstetrik tanıya ilişkin kriterler karşılanmış ancak ilgili tanı kaydedilmemişse, kodlamayı yapmadan önce klinik tedavi uzmanının görüşüne başvurun.**

ÖRNEK 1:

Hastanın postpartum kan kaybı 400 mL’dir. Durum, klinik tedavi uzmanınca, klinik kayda ‘postpartum kanama’ olarak girilmiştir. PPH kodunu atayın.

1529 HIZLANMIŞ DOĞUM

Hızlanmış doğumu süre açısından tanımlamak zordur; çünkü, bir doğum çok çabuk gerçekleşmiş gibi görünse de, doğumun ilk belirtileri gözden kaçırılabilmiş olabilir. Hızlanmış doğum, yalnızca klinik tedavi uzmanınca ‘hızlanmış’ olarak belirtilmesi halinde kodlanmalıdır.

- **Bu durum, bir obstetrisyen/ klinik tedavi uzmanı/ ebe tarafından kaydedilmişse kodlanmalıdır.**
- **Spesifik obstetrik tanıya ilişkin kriterler karşılanmış ancak ilgili tanı kaydedilmemişse, kodlamayı yapmadan önce klinik tedavi uzmanının görüşüne başvurun.**

1530 PREMATÜR DOĞUM

‘Prematür doğum’ veya hamileliğin 37. haftası tamamlanmadan önce başlayan doğumu (spontan, indüksiyon veya sezeryan) kodlarken, O60 *Miadından önce doğum* kodunu atayın.

Erken doğumun sebebi klinik kayda girilmişse, söz konusu sebebi ana tanı olarak kodlayın ve arkasından O60 kodunu girin. Herhangi bir sebep kaydedilmemişse, O60 kodunu ana tanı olarak atayın. O09 *Hamilelik süresi* ek tanı kodunu da atayın.

1531 ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ

En sık rastlanan olaylardan biri, doğum sırasında (bir başka deyişle, kontraksiyonlar başladıktan ve serviksın dilatasyonundan hemen sonra) yaşanan membran rüptürüdür. Membran rüptürü, doğumun başlangıcından önce gerçekleşirse bu durum, ‘erken membran rüptürü’ olarak adlandırılır.

Fetüsün gelen bölümünün arkasında uterustaki amniyotik sıvıya halk arasında “geri suyu” (hindwater) denir. ‘Geri suyu sızıntısı’, erken membran rüptürü kapsamında kodlanmalıdır.

Doğum, membran rüptüründen sonra 24 saat içinde başlarsa, O42.0 *Erken membran rüptürü, doğum 24 saat içinde başlamış* kodunu atayın.

Doğum, membran rüptüründen sonra 1 ila 7 gün içinde başlarsa, O42.11 *Erken membran rüptürü, doğum eyleminin başlangıcından 1-7 gün içinde* kodunu atayın.

Doğum, membran rüptürü sonrasında 7 günden daha uzun bir süre içinde başlarsa, O42.12 *Erken membran rüptürü, doğum eyleminin başlangıcından 7 günden sonra* kodunu atayın.

Hastanın membran rüptüründen sonra ancak, doğum başlamadan önce taburcu edilmesi/ sevk edilmesi halinde membran rüptürü süresini hesaplamak için taburcu/ sevk süresi kullanılmalıdır.

Açıklama: O09 *Hamilelik süresi* kodu ek tanı olarak, hamilelik süresinin 37. tamamlanmış haftadan önce olması halinde O42.0 ve O42.1- kodlarıyla birlikte kullanılmalıdır.

Yalancı membran rüptürü, O47.- *Yalancı doğum* kapsamında kodlanmalıdır.

- **Bu durum, bir obstetrisyen/ klinik tedavi uzmanı/ ebe tarafından kaydedilmişse kodlanmalıdır.**
- **Spesifik obstetrik tanıya ilişkin kriterler karşılanmış ancak ilgili tanı kaydedilmemişse, kodlamayı yapmadan önce klinik tedavi uzmanının görüşüne başvurun.**

1532 UZAMIŞ DOĞUM

Doğum eyleminin hastanede olduğu gibi aktif idaresinde, belirlenen doğum saatinden sonra 18 saat geçtiği halde gerçekleşmeyen doğum uzamış doğum olarak adlandırılır.

- **Bu durum, bir obstetrisyen/ klinik tedavi uzmanı/ ebe tarafından kaydedilmişse kodlanmalıdır.**
- **Spesifik obstetrik tanıya ilişkin kriterler karşılanmış ancak ilgili tanı kaydedilmemişse, kodlamayı yapmadan önce klinik tedavi uzmanının görüşüne başvurun.**

1534 FORSEPS İLE DOĞUM

Forsepsli doğumların klinik kaydında eponimlere sık sık başvurulmasına rağmen ICD-10-AM'de forseps eponimlerine yer verilmemektedir. Aşağıdaki liste, uygun kodlamanın yapılmasına yardımcı olmak amacıyla verilmektedir. Ancak, bazı eponimler bir dizi tekniği tanımlamak için kullanıldığından klinik kod uzmanının, forseps uygulamasının konumuna ilişkin bilgi mevcutsa, bu bilgilere göre hareket etmesi gerekmektedir.

Alçak forseps: Simpson, Wrigley, Lauff

Forseps, bebeğin başı perinedeyken uygulanır.

Orta forseps: Neville-Barnes, Haig-Ferguson, Simpson

Forseps, bebeğin başı iskiyum dikenlerinin seviyesindeyken uygulanır.

Ters gelişte forseps ile makat ekstraksiyon (bakınız [ACS 1542 Makat doğum ve ekstraksiyon](#)).

Forseps rotasyon: Keilland

Doğum gelişini düzeltmek (veya iyileştirmek) için bebeğin uterusu döndürülmesi yöntemidir.

Yüksek forseps: olasılıkla Keilland

Bu forseps, bebeğin başı gelmediğinde veya pelvis giriminin üzerinde ise uygulanır; kullanımı nadirdir.

Sezeryan forsepsi kodlanmamalıdır.

1536 FETAL REDÜKSİYON

Fetal redüksiyon, fetüslerin tamamının yaşamasının şüpheli olduğu veya bir fetüsün Trisomy 21 gibi bir kromozom bozukluğuyla birlikte doğduğu çoğul doğumlarda endikedir. Fetal redüksiyona yönelik girişim, intraüterin fetüslerin sayısının, bir veya daha fazla fetüsün ölümüyle sonuçlanan, potasyum klorür veya gazın doğrudan fetal enjeksiyonu gibi bir teknikle azaltılmasından oluşur. Bu girişim, sonunda düşük veya doğum yaşanmadığından (fetüsün rezorbe olmasından dolayı), 90461-00 [1330] *Düşük için intraamniyotik enjeksiyon* ve 90476-00 [1343] *Doğumu kolaylaştırmak için fetüse yönelik girişimler* kodu kapsamında sınıflandırılabilir girişimlerden farklıdır.

Fetal redüksiyon kodu, 90463-00 [1330] *Fetal redüksiyon*'dur.

1537 AZALMIŞ FETAL HAREKETLER

Azalmış fetal hareketleri tanısıyla yatışlarda Z36.8 *Diğer antenatal tarama* kodu atanmalıdır; esas sebep kaydedilmez, hasta doğum yapmaksızın eve taburcu edilir. Azalmış fetal hareketleri tanısıyla hastaneye yatırılan hastalarda O36.8 *Anne bakımı, diğer tanımlanmış fetal problemlerde* kodu kullanılacaktır; esas sebep kaydedilmez, doğum eylemi bakım epizodunda gerçekleşir. Azalmış fetal hareketlerine ilişkin bir esas sebep kaydedilmişse, söz konusu sebep kodlanmalı; ancak, bu kod, doğum eylemi ister bakım epizodunda gerçekleşsin ister gerçekleşmesin O36.8 veya Z36.8 olmamalıdır.

1541 ELEKTİF VE ACİL SEZERYAN

Elektif sezeryan, kararı doğumdan önce verilmişse, doğum başlangıcından önce veya sonra, planlanan bir girişim olarak gerçekleştirilen sezeryan olarak tanımlanır. Elektif sezeryan, başarısız deneme skarından sonra yapılan sezeryanı içermez (bakınız ACS 1506 *Yanlış gelişi, oransızlık ve maternal pelvik organların anormalliği*).

Acil sezeryan ise, acil bir durum (örneğin; tıkalı doğum, fetal distres) nedeniyle gerekli olan bir sezeryan olarak tanımlanır. Acil sezeryan en iyi, 'önceden gerekli görülmediği halde gerçekleştirilen sezeryan' olarak tanımlanır. Başarısız deneme skarından sonra gerçekleştirilen sezeryan, acil sezeryandır.

1542 MAKATLA GELİŞ VE EKSTRAKSİYON

Destekli makatla geliş, bebeğin doğması için göbeğin basitçe desteklenmesi ile gerçekleşen spontan doğum olarak tanımlanır. Bebeğin kol ve omuzlarının gelmesi için Løvset metodu veya diğer metodlar kullanılabilir. Bebeğin başının gelmesi içinse Mauriceau-Smellie-Veit metodu gibi manuel müdahale yapılabilmekte veya forseps uygulanabilmektedir. Forseps uygulanırsa, 90470-02 [1339] *Ters gelişte forseps ile destekli makat doğum*'u atayın.

Makat ekstraksiyon ise, bebeğin doğumuna yardımcı olmak amacıyla büyük oranda manuel müdahaleye başvurmak olarak tanımlanır. Bebeğin bacakları aşağıya doğru indirilir, nukal kollar çekilir ve Mauriceau-Smellie-Veit metodu gibi metodlarla veya forseps uygulaması ile bebeğin başı çıkarılır. Forseps uygulanırsa, 90470-04 [1339] *Ters gelişte forseps ile makat doğum*'u atayın.

1543 PLASENTANIN MANUEL OLARAK ALINMASI

Plasentanın manuel olarak alınması yöntemine, içeride kalan plasenta dışındaki nedenlerle de başvurulabildiğinden; manuel olarak alınmışsa plasentanın içeride kaldığını varsaymak doğru değildir. İçeride kalan plasenta yalnızca klinik tedavi uzmanınca kaydedilmişse kodlanmalıdır.

Sezeryanda plasentanın manuel olarak alınması, rutin olarak başvuru olan bir yöntemdir ve ayrıca kodlanmamalıdır.

1546 FETAL KALP HIZI DESELERASYONLARI

'Erken', 'geç' veya 'değişken' deselerasyonlara ilişkin dokümantasyon **yalnızca** 'fetal distres' kaydedilmişse veya enstrümental ya da cerrahi müdahale gerçekleştirilmişse kodlanmalıdır.

1547 SIVIDA MEKONYUM

Sivida mekonyum her zaman tek başına bir fetal distres endikasyonu değildir ve bu nedenle yalnızca 'fetal distres' kaydedilmişse veya enstrümental ya da cerrahi müdahale gerçekleştirilmişse kodlanmalıdır.

1549 STREPTOKOKAL GRUB B ENFEKSİYONU/ GEBELİKTE TAŞIYICI

Hamile kadınlarda B grubu streptokoklarına (GBS) bağlı enfeksiyonlar oldukça nadir görülür. Genellikle, düşük bir vajinal swab GBS'yi bulgulası da kadın herhangi bir semptom göstermeyecektir ve bakterinin yalnızca taşıyıcısıdır. Avustralya'da, vajinal GBS taşıyıcılığının görülme oranının %12 ila 15 olduğu tahmin edilmektedir. GBS taşıyıcısı kadınların bebeklerinin yaklaşık %1 ila 2'sinde, yaklaşık %6'sı ölümle sonuçlanan erken başlangıçlı B grubu streptokokal hastalığı (EOGBSD) gelişir. EOGBSD ve ölüm riski, miadından önce doğan bebeklerde özellikle yüksektir.¹ Organizmanın doğum sırasında bebeğe geçmesini önlemek için profilaktik tedaviye başvurulabilmektedir.

Klasifikasyon

Aşağıda verilen kodlama kuralları, Strep B gelişen obstetrik hastalar için geçerlidir:

Herhangi bir profilaktik tedavi yapılmamışsa, şu kodu atayın:

Z22.3 Bakteriyel hastalıkların diğer tanımlanmış taşıyıcısı

Profilaktik tedavi yapılmışsa (örneğin, penisilin), şu kodu atayın:

Z22.3 Bakteriyel hastalıkların diğer tanımlanmış taşıyıcısı

ve

Z29.2 Profilaktik kemoterapiler, diğer

Strep B'ye bağlı bir genitoüriner sistem enfeksiyonuna ilişkin dokümantasyon varsa, şu kodu atayın:

O23.9 Genitoüriner yolun diğer ve tanımlanmamış enfeksiyonu, gebelikte

ve

B95.1 B grubu streptokok, diğer bölümlerde sınıflanan hastalıkların etkeni olarak

¹Connellan, M. ve Wallace, E.U. (2000). *Prevention of perinatal group B streptococcal disease: screening practice in public hospitals in Victoria*. Med J Australia, 172: 317–320.

1550 DOĞUMDA TABURCU/ SEVK

Tanımı

Braxton Hicks kontraksiyonları olarak da adlandırılan yalancı doğum, uterusun ilk üç aylık gebelikte başlayan ve gebelik ilerledikçe sıklığı, süresi ve yoğunluğu artan düzensiz kasılmalarıdır. Yalancı ve gerçek doğum arasındaki en önemli fark, yalancı doğumda gerçekte servikste değişiklik olmazken, gerçek doğumda serviksin dilate olması ve yumuşamasıdır.

Doğum için hastaneye yatırılmış olan bir kadın daha sonra, doğumu yapmak üzere bir başka hastaneye sevk edilebilmektedir. Bu sevk, şu nedenlerden dolayı olabilmektedir:

Klinik: anne veya bebeğin ya da her ikisinin tıbbi durumu

İdari: yeterince obstetrik hizmet, yatak, neonatal hizmet sunulmaması; hastanın seçimi

Ayrıca, doğum için hastaneye yatırılmış olan bir kadın, daha sonra daha sistemli bir doğum süreci geçirmek için tekrar hastaneye yatırılmak üzere eve taburcu edilebilmektedir.

Klasifikasyon

Doğum eylemi gerçekleşmeyen bir yatışı aşağıdaki şekilde kodlayın:

- Klinik: hastanın sevkini gerektiren tıbbi (obstetrik) durum.
- İdari/ Eve taburcu edilme:
 - hamileliğin ≥ 37 . tamamlanmış haftası için, 'Z34 Normal gebeliğin gözlemi' kategorisinden uygun kodu ana tanı olarak atayın.
 - hamileliğin < 37 . tamamlanmış haftası için, 'O60 Miadından önce doğum' kategorisinden uygun kodu ana tanı olarak atayın.

C. Lohusalıkla ilgili bozukluklar/ prosedürler

1501 LOHUSALIĞIN TANIMI

Doğum sonrasındaki 42 günlük süreye lohusalık dönemi denir. Söz konusu 42 günlük süreden sonra meydana gelen laktasyonla ilgili problemler sebebiyle yatışlar lohusalık olarak kodlanmalıdır. Doğumdan sonraki 12 aylık dönemin sonrasında oluşan laktasyonla ilgili durumlar ise Bölüm XV *Gebelik, doğum ve lohusalık* kapsamı dışındaki bir durum olarak kodlanmalıdır.

Örneğin, emziren annede doğumdan 18 ay sonra meydana gelen mastit N61 *Memenin inflamatuvar bozuklukları* kapsamında kodlanmalıdır.

1538 POSTNATAL EMZİRME GÜÇLÜKLERİ

Emzirme güçlüğü, bebeğin memeye tutunamaması sonucu tam bir emzirmenin sağlanamamasıdır. Meme bozukluklarının emzirme güçlükleri belirtilerek veya belirtilmeden gösterilmesi amacıyla O91 *Meme enfeksiyonları, doğumla birlikte* ve O92 *Memenin ve laktasyonun diğer bozuklukları, doğumla birlikte* koduna, beşinci karakterle temsil edilen bir alt bölüm eklenmiştir.

Emzirme güçlükleri şu durumlarla ilişkili olabilmektedir:

Durum	İlgili terimler	ICD-10-AM kodu
Retrakte meme uçları	İçe dönük meme ucu (uçları) İnversiyon	O92.01 <i>Retrakte meme ucu, doğumla birlikte, emzirme güçlüğü belirtilmiş</i>
Çatlamış meme uçları	Fissür	O92.11 <i>Çatlamış meme ucu, doğumla birlikte, emzirme güçlüğü belirtilmiş</i>
Memenin diğer bozuklukları	Kabarık Çürük Sıyrıklar	O92.21 <i>Memenin diğer ve tanımlanmamış bozuklukları, doğumla birlikte, emzirme güçlüğü belirtilmiş</i>
Enfekte meme uçları		O91.01 <i>Meme ucunun enfeksiyonu, doğumla birlikte, emzirme güçlüğü belirtilmiş</i>
Apse	Meme apsesi Pürülan mastit Subareolar apse	O91.11 <i>Meme apsesi, doğumla birlikte, emzirme güçlüğü belirtilmiş</i>
Geçirilmiş meme cerrahisi	Meme implantı Meme küçültme Meme ucu transpozisyonu	O92.21 <i>Memenin diğer ve tanımlanmamış bozuklukları, doğumla birlikte, emzirme güçlüğü belirtilmiş</i>
Hipogalakti	Geç başlayan süt salgılama Yetersiz süt salgılama	O92.41 <i>Hipogalakti, emzirme güçlüğü belirtilmiş</i>
Galaktore	Aşırı süt salgıma	O92.41 <i>Galaktore, emzirme güçlüğü belirtilmiş</i>

Emzirme güçlüğünün diğer nedenleri arasında kültürel alışkanlıklar, maternal etnik konular, yakın zamanda geçirilmiş sezeryan veya neonatal problemler (aşağıda listelenmektedir) yer almaktadır. Bu durumlarda, Z39.1 *Emziren annenin bakım ve muayenesi* kodunu atayın.

Emzirme güçlüklerine neden olan **neonatal problemler** şöyledir:

- Çok sayıda bebek
- Neonatal sarılık, annede madde kötüye kullanımı, terapötik ve analjezik ilaçların etkileri
- Yüksek damak veya yarık dudak gibi konjenital malformasyonlar
- Trisomy 21 gibi kromozom anormallikleri
- Miadından önce doğmuş bir bebek de, yorulmaya ve anne sütü kompleman/ süplemanlarına duyulan ihtiyaca bağlı olarak emzirme güçlüklerine neden olabilmektedir.

Yenidoğanın kaydında, emzirme güçlüğünün nedeni olarak gösterilen spesifik neonatal bozukluk uygun şekilde kodlanmalı, arkasından P92.- *Yenidoğan beslenme problemleri* kodu girilmelidir.

1539 BASKILANMIŞ LAKTASYON

Laktasyondan önce meydana gelen, laktasyonun fizyolojik baskılanması (laktasyon yetersizliği) O92.3 *Agalakti* olarak kodlanmalıdır.

O92.5 *Baskılanmış laktasyon* kodu, laktasyondan önce veya sonra yapılan terapötik baskılama için atanmalıdır. Terapötik baskılama epilepsi, manik depresyon hastaları ile medikasyonların emzirmeyi kontrendike ettiği durumlarda gerçekleştirilebilmektedir.

Açıklama: Elektif baskılama (bir başka deyişle, annenin emzirmeyi istememesi) kodlanmamalıdır.

1548 POSTPARTUM DURUMU VEYA KOMPLİKASYONU

Obstetrik bölümü kapsamında sınıflandırılabilir bir postpartum durumu veya komplikasyonunun bir bakım epizodunda ortaya çıkması ve **hastanın yatıştan önce doğum yapmış olması** (örneğin, hastanede veya evde) halinde, Z39.0- *Doğumdan hemen sonra muayene ve bakım* kategorisinden bir kod ek tanı olarak atanmalıdır. Bu tür vakalarda, Z39.0- hiçbir zaman ana tanı olarak atanmamalıdır (Z39.0-’ın ana tanı olmasıyla ilgili olarak bakınız **ACS 1519** *Yatıştan önce doğum*).

ÖRNEK 1:

Hasta, 1 hafta önce bir başka hastanede doğum yaptıktan sonra lohusalık dönemi pulmoner embolizmi sebebiyle hastaneye yatırılmıştır.

Ana tanı: O88.2 *Obstetrik kan pıhtısı embolizmi*
Ek tanı: Z39.01 *Hastanedeki doğumdan hemen sonra bakım*

Hasta, doğumun gerçekleştiği bir bakım epizodunda bir postpartum durumu sebebiyle tedavi görmüşse, Z39.0 atanmamalıdır.

ÖRNEK 2:

Tek bir canlı bebek doğumu ile sonuçlanan spontan makat doğumu, doğum sonrası pulmoner embolizm ile birlikte.

Ana tanı: O32.1 *Anne bakımı, makat gelişte*
Ek tanı: O88.2 *Obstetrik kan pıhtısı embolizmi*
Z37.0 *Tek canlı doğum*

Hastanın bir lohusalık durumu veya komplikasyonu sebebiyle tedavi görmesi ve **önceki bir bakım epizodunda doğum yapmış olması** halinde, Z39.0- *Doğumdan sonra muayene ve bakım* kodu ek tanı olarak **atanmalıdır**.

Notlar

16. PERİNATAL DÖNEMDEN KAYNAKLANAN BAZI DURUMLAR

1605 PERİNATAL DÖNEMDEN KAYNAKLANAN DURUMLARIN TANIMI

ICD-10-AM Cilt 1’de yer alan Bölüm XVI *Perinatal dönemden kaynaklanan bazı durumlar*’ın başında verilen talimatta, bu bölümün, daha sonra ölüm veya morbidite meydana gelse bile perinatal dönemden kaynaklanan durumları içerdiği belirtilmektedir.

Avustralya’da, perinatal dönem şöyle tanımlanır:

“*Hamileliğin 20. tamamlanmış haftasında (140 gün) başlayıp doğumdan sonra 28. tamamlanmış günde sona eren dönem.*”

(Ulusal Sağlık Bilgi Komitesi. (2003). *National Health Data Dictionary*, Version 12, AIHW).

Perinatal dönemden kaynaklanan çoğu durum bir süre sonra kaybolur. Ancak, bu durumlardan bazıları ömür boyu sürer; bu nedenle, bunlar hastanın yaşına bakılmaksızın burada yer alan kodlar kapsamında sınıflandırılmalıdır.

ÖRNEK 1:

DES’e (diethylstilbestrol) intraüterin maruz kalmaya bağlı vajinal berrak hücreli adenokarsinoma. Hasta şu anda 25 yaşındadır.

Kodlar: C52 *Vajinada habis neoplazma*
(M8310/3) *Berrak hücreli adenokarsinoma NOS*
P04.1 *Fetüs ve yenidoğan, etkilenmiş, diğer maternal medikasyonlardan*
Y42.5 *Östrojen ve diğer progesteragenler (terapötik kullanımda ters etkiler doğuran)*
Uygun olay yeri kodu (Y92.-)

Ayrıca, perinatal dönemde meydana gelebilen, bronşit gibi bazı durumların Bölüm XVI kapsamında gruplanmadığını belirtmek önemlidir. Doğum epizodunda böyle bir durum ortaya çıktığında, ICD-10-AM’nin diğer bölümlerinden bir kodu, Bölüm XVI kapsamındaki bir kod olmaksızın atamak kabul edilebilir bir durum olacaktır.

ÖRNEK 2:

Yenidoğan bronşiyoliti J21.9
Tek doğum, hastanede Z38.0

1602 MATERNAL DİYABETLE BİRLİKTE GELİŞEN NEONATAL KOMPLİKASYONLAR

Diyabet hastası bir annenin yenidoğan bebeklerinin kan şekerinde, genellikle maternal duruma bağlanabilecek geçici düşüş görülür. Bu tanı, P70.1 *Diabetik anne çocuğu sendromu* veya P70.0 *Gestasyonel diabeti olan anne çocuğu sendromu* kodu, laboratuvar raporları ile doğrulanmalı ve klinik tedavi uzmanınca açıklanmalıdır (ayrıca bakınız [ACS 0401](#) *Diabetes mellitus ve bozulmuş glukoz regülasyonu*).

1607 YENİDOĞAN / NEONAT

Yenidoğan, 28 günden küçük canlı doğmuş bebektir.

Avustralya’da, neonatal dönem şöyle tanımlanır:

“...*doğum tarihinde (gün 0) başlayıp 27. günün sonunda biten tam dört hafta veya 28 tamamlanmış gün süren dönem. Örneğin, 1 Ekim’de doğan bir bebek, 28 Ekim’de tamamlanacak dört haftalık sürede yenidoğan olarak tanımlanırken, 29 Ekim’de artık yenidoğan tanımının dışındadır.*”

(Ulusal Sağlık Bilgi Komitesi. (2003). *National Health Data Dictionary*, Version 12, AIHW).

Açıklama: Eyaletlerin yenidoğanlara ilişkin politikalarının farklı olmasından dolayı, klinik kod uzmanları eyaletlerindeki sağlık kurumunun görüşüne başvurulmalıdır. Ancak, yenidoğan bakım epizotları bulunduğu eyalet/ bölgede kodlanıyorsa aşağıda verilen kuralları takip etmeniz gerekir:

1. Z38 *Doğum yerine göre canlı doğmuş bebekler* kategorisindeki bir kod, yenidoğan (sünnet edilmiş bebekler dahil olmak üzere) tamamen sağlıklı olduğunda ana tanı olarak sıralanmalıdır. Bu kategoriye, doğumu aşağıdaki şekilde gerçekleşmiş bebekler girer:

- hastanede
- hastane dışında ancak, doğum sonrasında hemen hastaneye yatırılmış.

ÖRNEK 1:

Yenidoğan, evde doğum, morbidite yok, vajinal doğum.

Kod: Z38.1 *Tek doğum, hastane dışında*

2. Doğum epizodunda ortaya çıkan herhangi bir morbid durumun sırası, Z38 *Doğum yerine göre canlı doğmuş bebekler* kodundan önce gelmelidir.

ÖRNEK 2:

Yenidoğan, hastanede doğum, hipoglisemi ile birlikte, vajinal doğum.

Kodlar: P70.4 *Neonatal hipoglisemiler, diğer*
Z38.0 *Tek doğum, hastanede*

3. Z38 kodları, ikinci yatışta veya bu yatıştan sonraki yatışlarda tedavi söz konusu ise kullanılamaz.

ÖRNEK 3:

Yenidoğan, erkek, elektif alt parça sezeryan kesisi sonrasında A hastanesinden B hastanesine sevk, 2 Günlük, respiratuvar distres sendromu ve pnömotoraks ile birlikte

A Hastanesi - kodlar: P22.0 *Yenidoğanın solunum distres sendromu*
P25.1 *Pnömotoraks, perinatal dönemde başlayan*
Z38.0 *Tek doğum, hastanede*

B Hastanesi - kodlar: P22.0 *Yenidoğanın solunum distres sendromu*
P25.1 *Pnömotoraks, perinatal dönemde başlayan*

ÖRNEK 4:

Yenidoğan, sünnet edilmek üzere 7 günlük iken tekrar hastaneye yatış.

Kodlar: Z41.2 *Rutin ve dini sünnet*
30653-00 [1196] *Erkek sünneti*

1608 EVLAT EDİNME

‘Evlad edinme’ statüsündeki sağlıklı bir yenidoğan, Z02.8 *İdari amaçlar için diğer muayeneler* kapsamında kodlanmalıdır.

1609 MATERNAL NEDENLER VE DOĞUM TRAVMASINDAN ETKİLENEN YENİDOĞANLAR

P00-P04 *Anneye bağlı faktörler, gebelik, doğum süreci ve doğum komplikasyonlarının etkilediği fetüs ve yenidoğan* kategorilerindeki kodlar yalnızca bir yenidoğanın bir maternal durumdan etkilendiğini belirtmek amacıyla kullanılmalıdır.

Bu kodlardan birini atayabilmek için kayıta yenidoğanın problemine (etki) ilişkin dokümantasyon ile bu probleme, annelik durumları veya gebelik, doğum süreci veya doğum komplikasyonunun neden olduğunu belirten bir açıklama bulunması gerekir. Bu yüzden, her zaman **iki** kod bulunacaktır: problem ve neden. Her zaman, probleme ilişkin kodu ilk sırada, nedene ilişkin kodu ise ikinci sırada verin; böylece, P00-P04 kategorisindeki bir kod **hiçbir zaman** yenidoğana ilişkin ana tanı kodu olmayacaktır.

P10-P15 *Doğum yaralanması* kapsamındaki kodlar, doğum sırasında bazı yaralanmalar meydana geldiğini ve bunlar için P03 *Fetüs ve yenidoğanı etkileyen doğum süreci ve doğumun diğer*

komplasyonları kategorisinden bir ek kod atanabileceğini gösterir. Ancak, bir P03- kodu atanmadan önce neden-sonuç ilişkisinin belirtilmesi gerekir.

Annenin, bebeğe herhangi bir ters etkisi *olmayan* bir durumu veya doğum süreci ya da doğum komplasyonunu bulunuyorsa:

- bebeğin kaydına, P00-P04 kategorisinden bir kod **girmeyin**;
- maternal neden, bir yenidoğan için normal sağlık hizmetlerinden daha fazlasının sunulmasını gerektirmişse, Z76.2 *Sağlıklı bebek ve çocukların diğer sağlık gözetim ve bakımı* (örneğin, sezeryan sonrası gözetim durumunda) veya Z03.7 *Yenidoğanın gözlem ve değerlendirilmesi, şüpheli durum yokken* kodunun atanması uygun olabilebilmektedir.

P00-P04 kategorisindeki kodların ne zaman kullanılacağına ilişkin herhangi bir süre sınırlaması yoktur. Örneğin, DES'e (dietilstilbestrol) intraüterin maruz kalmaya bağlı vajinal berrak hücreli adenokarsinoma bulunan 25 yaşındaki bir hastaya kanser kodları atanacak, bu kodlardan sonra P04.1 *Fetüs ve yenidoğan, etkilenmiş, diğer maternal medikasyonlardan* kodu girilecektir (ayrıca bakınız **ACS 1605 Perinatal dönemden kaynaklanan durumların tanımı**).

ÖRNEK 1:

Sezeryan sonucunda skalpel yaralanması (dikilmeyi gerektirmektedir) ile birlikte tek yenidoğan.

Kodlar: P15.8 *Doğum yaralanmaları diğer, tanımlanmış*
P03.4 *Sezeryan doğumdan etkilenmiş fetüs ve yenidoğan*
Z38.0 *Tek doğum, hastanede*

ÖRNEK 2:

'Tarihlere göre küçük' olarak tanımlanmış tek yenidoğan. Anne, hipertansif olarak belirtilmiş. [Kayıtta yer alan SFD ile hipertansiyon arasında hiçbir ilişki yok.]

Kodlar: P05.1 *Hamilelik yaşına göre küçük*
Z38.0 *Tek doğum, hastanede*

ÖRNEK 3:

Sezeryan ile doğmuş tek yenidoğan, sezeryan sonrası gözetim için Özel Bakıma yatırılmış. [Kaydedilen herhangi bir problem yok.]

Kodlar: Z76.2 *Sağlıklı bebek ve çocukların diğer sağlık gözetimi ve bakımı*
Z38.0 *Tek doğum, hastanede*

1610 ANİ İNFANT ÖLÜMÜ SENDROMU/ HAYATI TEHDİT EDİCİ AKUT OLAY

Tanımı

Ani İnfant Ölümü Sendromu (SIDS), bir bebeğin veya küçük çocuğun ani ve açıklanamayan ölümü sonucunda oluşan sendromu ifade eder. SIDS genellikle, bir patolojik tanı olarak kabul edilir (bir başka deyişle, ayrıntılı postmortem muayenede diğer nedenler kapsam dışı tutulur).

Hayati Tehdit Edici Akut Olay (ALTE) ise, genellikle resüsitasyon gerektiren, açık herhangi bir neden gösterilmeyen akut kardiyorespiratuar tehlike sendromunu ifade eder. ALTE, bu sendrom için kullanılan 'near miss SIDS'e (olası SIDS) göre daha tercih edilir bir tanımlamadır. SIDS ile ALTE arasındaki ilişki belirsizdir.

Klasifikasyon

1. Çoğu SIDS vakasında ölüm gelişten önce meydana gelir ve bu yüzden, genellikle yatışa ilişkin kodlamayı gerektirmez.
2. Kimi zaman, resüsitasyon başlatılsa da çocuk ölür. Postmortem bulguların SIDS'i doğrulaması halinde, R95 *Ani infant ölümü sendromu*'nu atayın.
3. Nadiren, SIDS, diğer nedenlere bağlı bir yatışı komplike edebilmektedir. Postmortem bulguların SIDS'i doğrulaması halinde, R95 *Ani infant ölümü sendromu*'nu atayın.

4. Daha sonra yapılan tetkilerde bir esas sebebin (çeşitli nörolojik, gastrointestinal ve solunum yolu bozuklukları dahil olmak üzere) bulgularının belirgin ALTE vakalarında, yalnızca söz konusu esas sebep kodlanmalıdır.
5. Daha sonra yapılan tetkilerde bir esas sebebin bulgulanmadığı belirgin ALTE vakalarında ise, R95 *Ani infant ölümü sendromu*'nu atayın.

1611 ŞÜPHELİ DURUM YOKKEN YENİDOĞAN VEYA BEBEKLERİN GÖZLEM VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Z03.7 Yenidoğanın gözlem ve değerlendirilmesi, şüpheli durum yokken kodları, araştırma yapılması gereken anormal bir durum riski taşıdıkları şüphesi bulunan ancak, muayene ve gözlem sonucunda, başka tedavi veya tıbbi bakıma ihtiyaç duymadıkları ortaya konulan sağlıklı yenidoğanlara ilişkin kayıtlarda yer alan sınırlı durumlara yöneliktir. (Ayrıca bakınız ACS 1617 *Neonatal sepsis/sepsis riski*)

Z03.7 kategorisindeki bir kod, ana tanının, Z03.7-'nin yalnızca ek tanı kodu olarak atanacağı Z38 *Doğum yerine göre canlı doğmuş bebekler* kategorisi kapsamında kodlanması gereken haller dışında ana tanı olarak kullanılacaktır.

1613 MASİF ASPİRASYON SENDROMU

Tanımı

Masif aspirasyon sendromu, fetüs uterus veya doğum kanalındaki iken nefes almakta zorlandığında (olgunluk sonrası önemli bir rol oynayabilmektedir) ve tamamında mekonyum bulunabilecek olan amniyotik, vajinal veya orofaringeal sıvıları içine çektiğinde meydana gelir. Dispne, takipne, hırıltı ve/veya apne görülebilir. Daha hafif biçimlerinde, dispne doğumdan sonra oluşur ve 2-3 gün sürer. Daha şiddetli biçiminde ise, bebek çok hastadır, yüksek düzeyde yoğun bakım desteği gerektirmekte ve bu durum ölümcül olabilmektedir.

Sendromun tedavisi, bütün mekonyum izlerinin, bebeğin başı ilerledikçe ağızdan ve nazofarinksten, daha sonra da laringoskopi altında farinks ve trakeadan emilerek çekilmesinden oluşur. Gerekirse entübasyon ve yinelenen emme, solunum desteği ve genel yoğun bakım sağlanır. Genellikle, nemlendirilmiş oksijen ile profilaktik antibiyotiklere ihtiyaç duyulacaktır. Sendromun komplikasyonları arasında pnömotoraks ve pozitif basınç solunum desteği ihtiyacı yer alır.

Klasifikasyon

P24.- *Neonatal aspirasyon sendromu* kategorisi yalnızca 'masif aspirasyon sendromu' (P24.9 *Neonatal aspirasyon sendromu, tanımlanmamış*), 'mekonyum aspirasyon sendromu' (P24.0 *Yenidoğan mekonyum aspirasyonu*), vb. vakalar ve en az 24 saatlik bir süreyle oksijen desteği ihtiyacı ile endike önemli bir solunum yolu hastalığı görülen vakalarda kullanılmalıdır.

'Mekonyum aspirasyon sendromu' veya 'masif aspirasyon sendromu' ve oksijen desteğinin 24 saatten daha az bir süre için gerekli olduğu durumlarda kodlamayı, P22.1 *Yenidoğanın geçici takipnesi* kapsamında yapın.

YENİDOĞANIN GEÇİŞ TAKİPNESİ/ YENİDOĞANIN GEÇİCİ TAKİPNESİ (TTN)

Tanımı

TTN, doğumun ilk dakikaları ile ilk saatlerinde başlayan, en çok bilinen yenidoğan sendromudur. Solunumdaki varsa çok küçük artışla birlikte takipne ile karakterizedir. Sık sık hipoksemi görülür ve oksijen desteğine yanıt genelde iyidir. Genellikle 24 saat içinde iyileşmekte ancak, günlerce de devam edebilmektedir. Sepsis veya kardiyak hastalığı bulgulanmamalıdır. Göğüs x-ray'de, akciğerlerin fissürleri ile interstisyumunda artan sıvı bulgulanmalıdır. TTN, uzun süreli sekeli bulunmayan bir selim durumdur.

Sıvıda mekonyum varsa alternatif bir aspirasyon sendromu tanısı (P24.- *Neonatal aspirasyon sendromu*) uygun olabileceğinden (P24.- kodunun kullanımı için bakınız yukarıda verilen kriterler), böyle bir durumda bazı güçlükler ortaya çıkacaktır. 24 saat içinde oksijene, kısa bir süre sonra da bebek odalarına bağımlılık sona ererse, TTN tanısı (P22.1 *Yenidoğanın geçici takipnesi*) kullanılmaya devam edilmelidir.

Klasifikasyon

P22.1 *Yenidoğanın geçici takipnesi* kodu, tanısı aşağıdaki şekilde olan bebekler için atanmalıdır:

- geçici takipne [yenidoğanın] (oksijen tedavisinin süresine bakılmaksızın) **veya**
- mekonyum aspirasyonu sendromu **veya** } oksijen desteği tedavisi
- masif aspirasyon sendromu } 24 saatten daha az bir süre için gerekiyorsa

Durum, 'mekonyum aspirasyon sendromu' veya 'masif aspirasyon sendromu' olarak tanımlanmışsa ve oksijen desteği tedavisi **24 saatten daha fazla bir süre** için gerekli olmuşsa, yukarıda 'masif aspirasyon sendromu' ile ilgili açıklamalara başvurun.

1614 SOLUNUM DİSTRES SENDROMU/ HİYALİN MEMBRAN HASTALIĞI/ SÜRFAKTAN EKSİKLİĞİ

Tanımı

Solunum distres sendromu veya hiyalin membran hastalığı, sürfaktan eksikliği ile eş anlamlıdır ve bebekte şu durumlar görülüyorsa teşhis edilmelidir:

- 4 saatlikken solunum distresi **ve**
- her iki akciğer bölgesinde de diffüz retikülo-granüler buzlu cam görüntüsüne ilişkin radyolojik bulgular **ve/veya**
- kardiyak sınırların dışına çıkan bir hava bronkogramı **ve**
- tanıyla tutarlı hastalık paterni.

Solunum distres sendromu aşağıdakilerle karakterizedir:

- Havaya çıktığında siyanoz veya görülebilir oksijen ihtiyacı **veya**
- Takipne (solunum hızı > 60/ dakika) **ve**
- Kaburga retraksiyonu/ sternal retraksiyon **ve**
- Ekspirasyon sırasında hırıltı.

Hiyalin membran hastalığının doğal öyküsü şöyledir:

- Doğumun ilk saatlerinden 36 saate kadar ilerleyen kötüleşme **ve**
- 36 saatten 60 saate kadar plato evresi **ve**
- 5-7 günde iyileşme.

Yukarıda tanımlanan hastalık öyküsü suni sürfaktan kullanımıyla değiştirilebilse de hastalık süreci belirgin olmaya devam eder.

Bu, hayatı tehdit edici bir hastalık olup, sık sık mekanik ventilasyon desteği gerektirir.

Klasifikasyon

Yenidoğanın solunum distres sendromu (P22.0 *Yenidoğanın solunum distres sendromu*) aşağıdaki durumları sınıflandırmak için ayrılmalıdır:

- Hiyalin membran hastalığı **veya**
- Solunum distres sendromu **veya**
- Sürfaktan eksikliği

Tanımlanmamış solunum distresi

'Tanımlanmamış solunum distresi' tanımlaması, tanı değil bir semptom olarak kabul edildiğinden bu şekliyle kodlanmamalıdır. Kesin tanıyla ilgili bilgiler için klinik tedavi uzmanına başvurulmalıdır.

1615 HASTA YENİDOĞANA YÖNELİK SPESİFİK MÜDAHALELER

Aşağıda verilen kodlama standartları, hasta yenidoğana yönelik spesifik müdahalelerle ilgilidir. Bu standartlar, neonatal durumlara ilişkin AR-DRG sınıflandırmasının geliştirilmesinde yardımcı olacak değerli bilgiler sunmaktadır.

Enteral infüzyon

Mide tüpü veya tüple beslenme olarak da bilinen enteral infüzyon (96202-07 [1920] *Farmakolojik ajanın enteral yolla verilmesi, besleyici maddeler*) **yalnızca bir bakım epizodunda birden fazla (> 1) uygulanırsa** atanmalıdır.

Açıklama: Bu kod, mide tüpü girişimleri için kullanılmamalıdır.

Oksijen tedavisi

92044-00 [1889] *Oksijen zenginleştirilmesi, diğer* kodu yalnızca oksijen tedavisi **4 saatten daha uzun bir süre** için gerçekleştirilmişse (çadır, baş çadırı, maske veya kanül ile) atanmalıdır. Oksijen tedavisi gerektirebilecek tanı örnekleri arasında ‘geçici takipne’ (P22.1 *Yenidoğanın geçici takipnesi*) veya ‘doğumdan sonra görülen diğer solunum problemleri’ (P22.8 *Yenidoğanın diğer solunum distressi*) yer alır.

Parenteral sıvı tedavisi

96199-07 [1920] *Farmakolojik ajanın intravenöz yolla verilmesi, besleyici madde* ve 96199-08 [1920] *Farmakolojik ajanın intravenöz yolla verilmesi, elektrolitler*, karbonhidrat, hidrasyon veya elektrolit bozuklukları için kullanılırlarsa atanmalıdırlar. Parenteral sıvı tedavisi gerektirebilecek tanı örnekleri arasında ‘neonatal hipoglisemi’ (P70.- *Karbonhidrat metabolizmasının geçici bozuklukları, yenidoğan ve fetüse özgü*) veya ‘diğer geçici neonatal elektrolit bozuklukları’ (P74.- *Geçici diğer neonatal elektrolit ve metabolizma bozuklukları*) yer alır.

Açıklama: Bu kodlar, söz konusu girişimler **doğumda resüsitasyonun bir parçası** ise atanmamalıdır.

Parenteral antibiyotik/ anti-infektifler

Antibiyotik ve diğer anti-infektiflerin enjeksiyonu’na ilişkin prosedür kodları, yalnızca bunlar **24 saatten daha uzun bir süre için verilirse** atanmalıdır (bakınız [1920] *Kemoterapi* bloğu, -02 uzantısı ile birlikte). Bu tedaviyi gerektirebilecek tanı örnekleri arasında ‘perinatal enfeksiyon’ (P39.8 *Perinatal döneme tanımlanmış diğer özel enfeksiyonlar*) ve ‘neonatal sepsis’ (P36.- *Yenidoğanın bakteriyel sepsisi*) yer alır.

Fototerapi

Yenidoğanın fototerapisine ilişkin bir kod yalnızca gerçekleştirilen fototerapi (> **12 saat**) neonatal sarılık tedavisine yönelikse atanmalıdır. Prosedür kodu, 90677-00 [1611] *Diğer fototerapi, deri*’dir.

Açıklama: Yenidoğandaki sarılığa ilişkin bir tanı kodu yalnızca **12 saatten daha uzun bir süre fototerapi gerçekleştirilirse** atanmalıdır.

Transfüzyonlar

13706-01 [1893] *Tam kan nakli*
 13706-02 [1893] *Paket hücre nakli*
 92062-00 [1893] *Serum nakli, diğer* (plazma veya albümin dahil)
 92063-00 [1893] *Kan genişletirici nakli* (dekstran, vb. dahil)

Yukarıda verilen kodlar, kapsadıkları işlemler yenidoğan için yapıldığında atanmalıdır. (Ayrıca bakınız **ACS 0302 Kan nakli**.)

Transfüzyon gerektirebilecek tanı örnekleri şöyledir:

Fetal kan kaybı	P50.-	<i>Fetal kan kaybı</i>
Konjenital anemi	P61.3	<i>Fetal kan kaybına bağlı konjenital anemi</i>
	P61.4	<i>Konjenital diğer anemiler, başka yerde sınıflanmamış</i>
Polisitemia neonatorum	P61.1	<i>Polisitemia neonatorum</i>
Prematürite anemisi	P61.2	<i>Prematürite anemisi</i>
Şok	R57.9	<i>Şok, tanımlanmamış</i>
Hipovolemi	P74.1	<i>Yenidoğanın dehidratasyonu</i>

Maternal hastalık/ bakım sağlayamama

Bir yenidoğanın maternal hastalık veya 'bakım sağlayamama' durumuna bağlı olarak bakım gerektirmesi halinde, uygun kod yalnızca yenidoğan **24 saatten (ardışık) daha uzun bir süre boyunca özel bakıma bağımlıysa** atanmalıdır.

Bu tür durumlar arasında 'evlat edinme' statüsündeki bebek (Z02.8 *İdari amaçlar için diğer muayeneler*) veya maternal ölüm (P01.6 *Maternal ölümden etkilenen fetüs ve yenidoğan*) yer alır.

1616 HİPOKSİK İSKEMİK ENSEFALOPATİ (HIE)**Tanımı**

Bu klinik sendrom, önemli bir perinatal hipoksik-iskemik yaralanma sonrasında oluşan ensefalopatik süreçtir. Ensefalopatinin klinik sınıflandırması şöyledir:

Sınıf 1 Aşırı uyarılma, hiperrefleksi, dilate göz bebekleri, nöbetle seyretmeyen taşikardi.

Sınıf 2 Letarji, miyoz, bradikardi, deprese refleksler (Moro), hipotoni ve nöbetler.

Sınıf 3 Stupor, flaksidite, nöbetler, Moro yokluğu ve bulber refleksler.

Klasifikasyon

Sınıf 1 Kod P91.81 *Neonatal ensefalopati*

Sınıf 2 Kod P91.81 *Neonatal ensefalopati*
+
P90 *Yenidoğan konvülziyonu*

Sınıf 3 Kod P91.81 *Neonatal ensefalopati*
+
P91.4 *Neonatal serebral depresyon*
+
P90 *Yenidoğan konvülziyonu*

Kaydedilmişse birlikte görülen herhangi bir şiddetli doğum asfiksisi (P21.0 *Şiddetli doğum asfiksisi*) kodlanmalıdır.

1617 NEONATAL SEPSİS/ SEPSİS RİSKİ

Neonatal sepsis, doğumdan sonra ilk 28 günde gelişen invazif bakteriyel enfeksiyon olarak tanımlanabilir. **Erken başlangıçlı neonatal sepsis**, vakaların yarısından fazlasında doğumun ilk 6 saatinde klinik olarak belirgindir; büyük çoğunluğu doğumdan sonra ilk 72 saat içinde gelişir. **Geç başlangıçlı neonatal sepsis** ise genellikle doğumdan 4 gün sonra gelişir ve nozokomiyal olarak kazanılmış enfeksiyonlardan oluşur.

İnvazif neonatal enfeksiyonun risk faktörleri arasında şunlar yer alır:

- Miadından önce doğum
- Erken membran rüptürü
- Maternal enfeksiyon belirtileri
- Sonraki bebeğin (bebeklerin) doğumunda gecikme ile birlikte çoğul doğum
- Uzamış membran rüptürü
- Streptokokal grup B enfeksiyonunun maternal taşıyıcılığı
- Bir önceki, invazif B grubu streptokokal hastası bebek

Yukarıdaki risk faktörlerinin bir veya daha fazlası görülen ancak, herhangi bir semptom göstermeyen yenidoğanlara 'sepsis riski' tanısı konulabilir, bu yenidoğanlar için profilaktik antibiyotik tedavisi uygulanabilir veya daha ayrıntılı gözlem için bunlar hastanede tutulabilirler.

Klasifikasyon

Neonatal sepsis gibi spesifik bir enfeksiyon görülen yenidoğanlar için, uygun tanı kodunu, herhangi bir ilgili müdahale kodu (**ACS 1615 Hasta yenidoğana yönelik spesifik müdahaleler**'e uygun olarak) ile birlikte atayın. Enfeksiyon bir maternal durumdan kaynaklanmışsa, P00-P04 *Anneye bağlı faktörler, gebelik, doğum süreci ve doğum komplikasyonlarının etkilediği fetüs ve yenidoğan* kategorisinden bir ek kod atanabilir.

'Sepsis riski' tanısı konulan ve **kaydedilmiş herhangi bir durum göstermeyen** yenidoğanlarla ilgili olarak aşağıdaki kurallar geçerlidir:

Yenidoğan yalnızca gözleme tabi tutulmuş ve sepsis için profilaktik tedavi başlatılmamışsa, Z03 *Şüpheli hastalıklar ve durumlar için tıbbi gözlem ve değerlendirme* kategorisinden uygun kodu atayın.

Yenidoğan profilaktik tedavi görmüşse, Z03 *Şüpheli hastalıklar ve durumlar için tıbbi gözlem ve değerlendirme* kategorisinden uygun kodu, uygun müdahale kodunu (**ACS 1615 Hasta yenidoğana yönelik spesifik müdahaleler**'e uygun olarak) dahil ederek, Z29 *Profilaktik diğer tedbirler ihtiyacı* kategorisinden bir uygun kod ile birlikte atayın.

1618 PREMATÜRİTE VE DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIĞI

Doğum ağırlığı ve hamilelik yaşı

P07.0- *İleri derece düşük doğum ağırlığı* ve P07.1- *Düşük doğum ağırlığı olan diğer vakalar* kodu, bebeğin, sonraki bakım epizotlarında değil doğumdaki ağırlığı ile ilgilidir.

P07.2- *İleri derecede immatürite* ve P07.3- *Miat öncesi diğer infantlar* kodu ise, bebeğin kaç yaşında olduğu değil (veya uyarlanan haftalarda kaç yaşında oldukları değil) hamileliğin ne kadar sürdüğü (bir başka deyişle, fetüsün uterusu kaldığı süre) ile ilgilidir.

P07 *Kısa hamilelik ve düşük doğum ağırlığıyla ilgili bozukluklar, başka yerde sınıflanmamış* kategorisindeki kodlar doğum epizodundan sonraki epizotlar için kullanılırken beşinci karakter doğum epizodundaki doğum ağırlığı ile hamilelik yaşına karşılık gelmelidir.

Düşük doğum ağırlığı

Normal hamilelik yaşındaki düşük doğum ağırlığına ilişkin bir kod yalnızca bebeğin kaydına, obstetrisyen/ klinik tedavi uzmanı/ ebe tarafından bu durum girilmişse ve ek tanı kriterlerine uygunsuzsa atanmalıdır. Söz konusu kod, miadında ağırlığı 2500 g'nin altında olan her bebek için kullanılmamalıdır.

Bu durum için doğru kod, P05.0 *Hamilelik yaşına göre hafif* veya P05.1 *Hamilelik yaşına göre küçük*'tür. P07 *Kısa hamilelik ve düşük doğum ağırlığıyla ilgili bozukluklar, başka yerde sınıflanmamış* kategorisindeki kodlar düşük doğum ağırlıklı bir prematür infanta yöneliktir.

Prematürite

Doğum epizodu için, ana tanı genellikle ya P07.2- *İleri derecede immatürite* veya P07.3- *Miat öncesi diğer infantlar* olacaktır.

Spesifik bir durumun tedavisine yönelik sonraki bakım epizotlarında (doğum epizodundan sonra gelen), söz konusu spesifik durum, ana tanı olarak kodlanmalıdır. Bu tür durumlarda, **ACS 0002 Ek tanılar**'da belirtilen kriterler karşılanırsa P07 *Kısa hamilelik ve düşük doğum ağırlığıyla ilgili bozukluklar, başka yerde sınıflanmamış* kategorisindeki kodlar da atanabilmektedir.

Prematüritenin tek yatış sebebi olduğu sonraki epizotlarda (örneğin, izleme, kilo alımı veya beslenme için hastaneye yatırma) ana tanı, P07'den bir kod olmalıdır. Ancak, yatışta bebek 28 günden büyükse ve ağırlığı ≥ 2500 g ise, Z51.88 *Tıbbi bakım, diğer, tanımlanmış*'ı ana tanı, P07'den bir kodu ise ek tanı olarak atayın.

Notlar

Notlar

17. KONJENİTAL MALFORMASYONLAR, DEFORMASYONLAR VE KROMOZOM ANOMALİLERİ

(Bu bölüm bilerek boş bırakılmıştır.)

Notlar

18. SEMPTOMLAR, BELİRTİLER VE ANORMAL KLİNİK VE LABORATUVAR BULGULARI, BAŞKA YERDE SINIFLANMAMIŞ

1802 BELİRTİ VE SEMPTOMLAR

Genelde, daha kesin olan bir tanı bulunduğu sürece kodlanmasalar da, semptomların kodlandığı durumlar da vardır. ICD-10-AM Bölüm XVIII'in başında verilen açıklamalar, R00-R99 kategorileri kapsamındaki kodların ne zaman atanacağı konusunda yardımcı olmaktadır. Bu açıklamaların bir bölümü aşağıdadır:

“R00-R99 kategorileri kapsamında yer alan durum, belirti ve semptomlar şunlardan oluşur:

- Vaka ile ilgili bütün olgular tetkik edildikten sonra bile daha fazla spesifik tanı konulamayan vakalar;
- İlk kez rastlandıkları sırada mevcut olan, geçici oldukları kanıtlanan ve nedenleri belinemeyen belirti ve semptomlar;
- Daha ayrıntılı tetkik veya bakım için dönmeyen hastaya ilişkin geçici tanılar;
- Tanı konulmadan önce tetkik veya tedavi için başka yere sevk edilen vakalar;
- Herhangi bir başka nedenle daha kesin bir tanı konulmamış olan vakalar;
- Tamamlayıcı bilgiler sunulan, özellikleri bakımından tıbbi bakımda önemli problemler sergileyen belirli semptomlar.”

Bu son şık, bazı ‘semptomlar’ önemlerinden dolayı kodlamanın yanı sıra esas sebebin belirtilmesini de gerektirdiğinden özellikle önemlidir.

1804 ATAKSİ

Ataksinin birçok tipi bulunduğundan, klinik kod uzmanları R27.0 *Ataksi, tanımlanmamış* kodunu atarken klinik tavsiyeye başvurmalıdır.

1805 ACOPIA

‘Acopia’, uygun bir tanımlama değildir ve klinik kod uzmanları hastaların yatış nedenini daha uygun bir tanıyla göstermek için klinik tavsiyeye başvurmalıdır. ‘İmmobilité’ ile ‘zayıflık’ terimleri de aynı kategoridedir ve ilgili klinik tedavi uzmanı ile tartışılmalıdır.

1806 DÜŞMELER

R29.81 *Düşmeler*, yalnızca hastanın (genellikle yaşlı) etiyojisi bilinmeyen düşme sebebiyle hastaneye yatırıldığı ve bakım epizodunda herhangi bir nedenin belirlenemediği vakalarda atanmalıdır. R29.81, düşmeyle veya yineleyen düşmelerin nedeni olduğu ortaya konulan, bilinen bir tıbbi durumla, örneğin Parkinson hastalığı, ilişkili bilinen travma vakalarında kullanılmamalıdır.

1807 AĞRI TANILARI VE AĞRI YÖNETİMİ GİRİŞİMLERİ

Akut ağrı

Hasta, cerrahi girişim sonrasında veya doğrudan bir başka nedenle ilişkili ağrı çekiyorsa, yalnızca cerrahi girişimin gerçekleştirildiği kodu (kodları) veya ağrıya neden olan durumu (durumları) atayın. R52.0 *Akut ağrı*, bu tür durumlarda hiçbir zaman atanmamalıdır (ayrıca bakınız **ACS 0001 Ana tanı** ve **ACS 1802 Belirti ve semptomlar**). R52.0 *Akut ağrı*, yalnızca akut ağrının yeri veya nedenine ilişkin herhangi bir dokümantasyon olmadığında atanabilir.

R52 *Ağrı, başka yerde tanımlanmamış*'ta verilen, ağrının yeri/ tipi biliniyorsa bu kategorideki kodların kullanımını önceleyen kapsamı dışı bırakma listesini dikkate alın.

Akut ağrıya yönelik girişim örnekleri şöyledir:

[32]	<i>Epidural enjeksiyon</i>
[33]	<i>Epidural infüzyon</i>
[34]	<i>Kaudal enjeksiyon</i>
[35]	<i>Kaudal infüzyon</i>
[36]	<i>Spinal enjeksiyon</i>
[37]	<i>Spinal infüzyon</i>
[39]	<i>Spinal kateter, infüzyon cihazı veya pompası uygulaması</i>
[1909]–[1910]	<i>Anestezi</i>
[1912]	<i>Girişim sonrası analjezi</i>

Kronik/ tedaviye yanıt vermeyen ağrı

Kronik ağrı ana tanı olarak yalnızca hasta özellikle ağrı yönetimi için hastaneye yatırıldığında ve ilgili herhangi bir kesin tanı konulmadığında atanmalıdır. Yaygın olarak, bu tür hastalar aşağıdaki gibi bir ağrı yönetimi girişimi için günlük cerrahi amacıyla hastaneye yatırılacaktır:

[60]	<i>Kraniyal sinir çevresine anestezi ilacı uygulaması</i>
[63]	<i>Diğer periferik sinir çevresine anestezi ilacı uygulaması</i>
[65]	<i>Sempatik sinir sistemi çevresine terapötik ajan uygulaması</i>
[81]	<i>Cerrahi sempatektomi</i>
[85]	<i>Geçirilmiş sempatektomi reoperasyonu</i>

Ana tanı kodunu atamak için ağrının yeri kullanılmalıdır. R52.1 *Kronik tedaviye yanıt vermeyen ağrı* veya R52.2 *Kronik ağrı, diğer*, yalnızca aşağıdaki hallerde **ana tanı** olarak atanmalıdır:

- Ağrının yeri tanımlanmamışsa (bakınız R52 kategorisindeki *Hariç* açıklaması)
VE
- ‘Kronik tedaviye yanıt vermeyen ağrı’ veya ‘kronik ağrı’ kaydedilmişse ve **ACS 0001 Ana tanı**’da verilen ana tanının tanımına uyuyorsa.

Kronik ağrının kaydedildiği diğer bütün vakalarda, ağrıya neden olan durum ana tanı olarak atanmalıdır.

ÖRNEK 1:

Tanı:	Hasta, kronik tedaviye yanıt vermeyen bel ağrısının yönetimi için günlük cerrahi amacıyla hastaneye yatırılmıştır. Hastanın tedavisi, anestetik analjezi enjeksiyonu ile yapılmıştır.	
Kodlar:	M54.5	<i>Bel ağrısı</i>
	18286-01[65]	<i>Sempatik sinir sisteminin lomber kısmı çevresine anestezi ilacı uygulaması</i>

ÖRNEK 2:

Tanı:	Hasta, ‘kronik tedaviye yanıt vermeyen ağrı’ nın tetkiki amacıyla hastaneye yatırılmıştır. Bakım epizodunda ağrının nedeni ve yeri belirlenmemiştir.	
Kod:	R52.1	<i>Kronik tedaviye yanıt vermeyen ağrı</i>

ÖRNEK 3:

Tanı:	Akciğer kanseri sebebiyle hastaneye yatırılmış olan hastanın bakım epizodunda, kemik metastazına sekonder şiddetli kemik ağrısı çektiği kaydedilmiştir. Hastaya, ağrıyı kontrol etmek amacıyla morfin verilmiştir.	
Kodlar:	C34.9	<i>Bronş veya akciğerin habis neoplazması, tanımlanmamış</i>
	M8010/3	<i>Karsinoma NOS</i>
	C79.5	<i>Kemik ve kemik iliğinin sekonder habis neoplazması</i>
	M8010/6	<i>Karsinoma, metastatik NOS</i>

1808 İNKONTİNANS

İnkontinans, aşağıdaki hallerde klinik olarak anlamlıdır:

- Klinik açıdan fizyolojik olarak normal kabul edilmiyorsa,
- Klinik açıdan gelişimsel olarak normal kabul edilmiyorsa **veya**

- Önemli sakatlık veya zeki geriliği bulunan bir hastada persistan ise.

Üriner ve fekal inkontinans kodları (R32 *Üriner inkontinans, tanımlanmamış*; R15 *Fekal inkontinans*), yalnızca inkontinans yatıştan önce persistan ise ve taburcu edilme sırasında mevcutsa veya en az 7 gün boyunca devam ederse atanmalıdır.

1809 FEBRİL KONVÜLZİYONLAR

Tanımı

Febril konvülsiyonlar (febril nöbetler) esas olarak 6 aylıktan 7 yaşa kadar çocuklarda, ateşle birlikte ve genellikle intrakraniyal enfeksiyon göstermeksizin veya tanımlanmış diğer neden olmaksızın meydana gelir. Febril konvülsiyonların yetişkinlerde meydana gelmediği akıldan çıkarılmamalıdır; bu standartta belirtilen yaş kriterlerini karşılamayan hastalara yönelik bir febril konvülsiyon tanısı kaydedilmişse, klinik tedavi uzmanından bilgi istenmelidir.

Basit veya selim febril konvülsiyonlar klinik olarak kısa (15 dakikadan az sürer), soliter ve genel konvülsiyonlar olarak tanımlanır.

Basit olmayan veya komplike febril konvülsiyonlar ise klinik olarak ya 15 dakika veya daha uzun süren, niteliği açısından fokal olan, ilgili fokal nörolojik belirtilerle birlikte görülen veya 24 saatten daha kısa bir sürede iki kereden fazla yineleyebilecek konvülsiyonlar olarak tanımlanır.

Febril konvülsiyonların çoğu basit olup, gözlem dışında herhangi bir tedavi gerektirmez. Basit olmayan febril konvülsiyonların tedavisinde IV kanül uygulamasına başvurulur, nöbeti durdurmak için ilaç verilir ve ara sıra mekanik ventilasyon kullanılır (ilaca bağlı apne veya devam eden nöbetlerden dolayı). Ancak, febril konvülsiyonların tamamı endişe verici olup, her zaman epilepsi, ensefalit, intraserebral kanama, gastroenterit, otitis media, septisemi, pnömoni veya menenjit gibi herhangi bir esas sebebin yok edilmesi gerekir.

Klinik kod uzmanları, febril konvülsiyonlara ilişkin çeşitli tanımlamalar hakkında bilgi sahibi olmalıdır. 'Febrile nöbetler' terimi, febril konvülsiyonlarla eş anlamlıdır. *Ateşle birlikte (pireksi) görülmesi halinde* 'hastalık nöbeti' de febril konvülsiyonlarla eş anlamlıdır.

Klasifikasyon

Basit (selim) ile basit olmayan (komplike) febril konvülsiyonlar arasındaki ayrımın, bu konvülsiyonların sınıflandırılmasıyla ilgili herhangi bir ilişkisi bulunmamaktadır; bu ayrım, klinik kod uzmanlarının febril konvülsiyonların klinik antitesinin önemini kavraması için sunulmuştur.

R56.0 *Febril konvülsiyonlar*, herhangi bir esas sebep bulgulanamayan febril konvülsiyonlarda (basit veya basit olmayan) ana tanı olarak atanmalıdır.

Bir esas sebebin kaydedilmiş olması halinde, ana tanı yazım kuralı takip edilmelidir (bakınız **ACS 0001 Ana tanı**).

1810 DERİNİN YIRILMASI VE ZAYIF DERİ

Tanımı

Zayıf deri (frail skin) genellikle yaşlılar ile akut şiddetli hastalık, uzun süreli kronik hastalık, steroid medikasyon, dehidrasyon, malnütrisyon veya D Vitamini eksikliği bulunan hastalarda görülen bir durumdur. Esnekliğini kaybettiğinde deri kırılmalara başlamaya başlar ve daha kolay yırtılma eğilimi gösterir. Bir akut hastalığın etkilerini taşıyan hastaların deri yapısı da kırılmalara olabilmektedir. Özellikle demans, konfüzyon, senilite görülen yaşlı hastalarda bu tür deri yırtılmalarının nedenini belirlemek zor olabilmektedir. Sık sık, deri yırtılmalarına klinik personeli tanık olmamakta, bu yırtılmalar olağan günlük işler sırasında gerçekleşebilmektedir.

Klasifikasyon

Klinik tedavi uzmanlarınca kaydedilmişse, zayıf deri veya etiyolojinin bilinmediği ancak, ek tanı standardına uygun olan bir deri yırtılması için R23.4 *Deri yapısında değişme*'yi atayın.

Travmatik deri yırtılmaları için bakınız **ACS 1917 Açık yaralar**.

Notlar

19. YARALANMA, ZEHİRLENME VE DIŞ NEDENLERİN BAZI SONUÇLARI

1901 ZEHİRLENME

Tanımı

Yanlış alınan ilaçlar, intihar ve cinayet amaçlı ilaç kullanımı, reçeteli ilaçların, hekime danışmadan alınan ilaçlarla birlikte alınması sonucunda ortaya çıkan ters etkileri ve intoksikasyon, ilaçlarla zehirlenmeyi oluşturur. **Zehirlenme, uygun olmayan kullanımı da içerir.**

Klasifikasyon

Zehirlenme, T36-T50 *Uyuşturucu, ilaçlar ve biyolojik maddelerle zehirlenme* kategorileri kapsamında sınıflandırılır. Bu kodlar, zehirlenmeye neden olan ilacın tipini belirtir.

Zehirlenme koduna ilave olarak, herhangi bir önemli bulguyu (örneğin; karsinoma, aritmi) göstermek için bir ek tanı kodu atanmalıdır. İnsülin doz aşımı bu kuralın istisnasını oluşturur. İnsülin doz aşımında, E1-.64 (**Diabetes mellitus, hipoglisemi ile birlikte*) kodu ilk sırada verilirken zehirlenme kodu (T38.3 *İnsülin ve oral hipoglisemik [antidiyabetik] ilaçlarla zehirlenme*) ek tanı kodu olarak sıralanmaktadır (bakınız **ACS 0401 Diabetes mellitus ve bozulmuş glukoz regülasyonu**).

ÖRNEK 1:

Tanı: Kodein doz aşımına bağlı koma

Kodlar: T40.2 *Narkotikler ve psikodisleptiklerle (hallüsinojenler) zehirlenme, diğer opioidler*
R40.2 *Koma, tanımlanmamış*

1902 İLAÇLARIN TERS ETKİSİ

Tanımı

Uygun şekilde verilmiş doğru maddelerin ters etkileri arasında allerjik reaksiyonlar, aşırı duyarlılık, idyosenkratik reaksiyon, ilaç etkileşimi (her bir maddenin, uygun şekilde verilmiş doğru madde olması halinde) ve esas olarak ilaçların uygun kullanımına bağlı **benzer durumlar** yer alır.

Klasifikasyon

Uygun şekilde verilen doğru maddelerin ters etkileri, ters etkinin niteliğine göre sınıflandırılır. Ters etkiyi doğurmuş olan ilaç veya tıbbi ajani belirtmek amacıyla bir dış neden kodu atanmalıdır.

ÖRNEK 1:

Tanı: Reçeteli olarak alınan aspirine bağlı gastrit

Kodlar: K29.7 *Gastrit, tanımlanmamış*
Y45.1 *Salisilatlar, terapötik kullanımda ters etkiler doğuran*
Uygun olay yeri kodu (Y92.-)

İlacın ters etkisine ilişkin bulgu tanımlanmamışsa, T88.7 *Uyuşturucu veya ilacın tanımlanmamış ters etkisi*'ni kodlayın.

1903 İKİ VEYA DAHA FAZLA İLACIN BİRLİKTE ALINMASI

Alkolle birlikte alınan ilaç

Alkolle birlikte alınan bir ilaca karşı ters reaksiyon, her iki ajana bağlı zehirlenme olarak kodlanmalıdır.

ÖRNEK 1:

Tanı: Alkolle birlikte alınan Seconal'a bağlı solunum merkezinin ağır depresyonu (kazayla)

Kodlar: T42.3 *Antiepileptik, sedatif-hipnotik ve antiparkinson ilaçlarla zehirlenme, barbitüratlar*

G93.8	<i>Beynin diğer tanımlanmış bozuklukları</i>
T51.0	<i>Alkolün toksik etkisi, etanol</i>
X41	<i>Antiepileptik, sedatif-hipnotik, antiparkinson ve psikotrop ilaçlara maruz kalma ve kazayla zehirlenme, başka yerde sınıflanmamış</i>
X45	<i>Alkole maruz kalma ve kazayla zehirlenme</i>
Uygun olay yeri kodu (Y92.-) ve aktivite kodu (U73.-).	

Açıklama: Dış neden kodlarının sırası, duruma göre değişiklik gösterebilir.

Reçetesiz bir ilaçla birlikte alınan reçeteli ilaç

Reçeteli bir ilacın reçetesiz bir ilaçla birlikte alınması sonucunda oluşan ters reaksiyon, her iki ajana bağlı zehirlenme olarak kodlanmalıdır.

ÖRNEK 2:

Tanı:	Coumadin'in (reçeteli) aspirinle (reçetesiz) birlikte alınmasına bağlı hematemez (kazayla)
Kodlar:	T45.5 <i>Antikoagülanlar ile zehirlenme</i>
	K92.0 <i>Hematemez</i>
	T39.0 <i>Salisilatlar ile zehirlenme</i>
	X44 <i>Diğer ve tanımlanmamış ilaçlar, haplar ve biyolojik maddelere maruz kalma ve kazayla zehirlenme</i>
	X40 <i>Opioid olmayan analjezikler, antipiretikler ve antiromatizmallere maruz kalma ve kazayla zehirlenme</i>
Uygun olay yeri kodu (Y92.-) ve aktivite kodu (U73.-).	

İki veya daha fazla reçeteli ilacın birlikte alınması

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 kodlanır.

ÖRNEK 3:

Tanı:	Antihistamin ile barbitüratın (her ikisi de reçeteli) birlikte alınmasına bağlı koma
Kodlar:	R40.2 <i>Koma, tanımlanmamış</i>
	Y43.0 <i>Antiallerjik ve antiemetik ilaçların ters etkisi</i>
	Y47.0 <i>Barbitüratların ters etkisi, başka yerde sınıflanmamış</i>
Uygun olay yeri kodu (Y92.-)	

Açıklama: ICD-10-AM'de belirli bir ilaç dizine alınmamışsa, ilacın tipine (örneğin, antiallerjik) ilişkin kodu kullanın.

1904 GİRİŞİM KOMPLİKASYONLARI

Tanımı

Girişim komplikasyonu

En geniş anlamıyla, bir 'komplikasyon' şu şekilde olabilmektedir:

- Hastalık süreci ile yakından ilişkili
- Bir müdahale eksikliği sonucunda oluşan (örneğin, bir durumun tedavi edilememesi)
- Hastalık süreci ile müdahale arasındaki karmaşık etkileşim ile ilişkili
- **Bir müdahale ile doğrudan ilgili** (örneğin, (non)invazif girişimler, cerrahi girişim, anestetik, medikasyon)

Bu kodlama standardının amaçları bakımından, bir girişim komplikasyonu şöyle tanımlanır:

Hastalık sürecinden ziyade bir cerrahi girişim/ girişimsel müdahale ile ilişkili olan bir durum veya yaralanma.

Girişim komplikasyonu örnekleri

Farklı girişim tipleri ile ilgili olabilecek girişim komplikasyonu örnekleri arasında enfeksiyon, yara dehisensi ve cerrahi yaralanma yer alır.

Girişim komplikasyonu görülebilen durumlar şöyledir:

- girişim sırasında (bakınız aşağıda *İstenmeyen olay*)
- girişim sonrasında (bakınız aşağıda *Erken komplikasyon ve Geç komplikasyon*) ve
- bazı durumlarda, yıllar sonra (bakınız aşağıda *Geç komplikasyon*)

Dokümantasyon ve dizin terminolojisi

Girişim sonrası gelişen ve ‘postoperatif’ gibi bir tanımlama ile kaydedilen bir komplikasyon, girişim komplikasyonu tanımına (yukarıda verilmektedir) uymayabilir ve bu nedenle *girişim komplikasyonu* olarak kodlanmaz.

Bu standartta ‘girişim sonrası’ ibaresi noninvazif girişim, invazif girişim, anestezi veya cerrahi girişimden sonra gelen bir olayı ifade edebilmektedir.

‘Girişim sonrası’, dizinde yalnızca ilgili olduğu durum, girişim sonrası gelişen bir komplikasyonun tanımına (yukarıda verilmektedir) uygun olduğunda yer alır.

Kodlama amaçları bakımından, komplikasyonlar ikiye ayrılır:

İstenmeyen olay

İstenmeyen olay, tıbbi veya cerrahi bakım **sırasında** meydana gelen olumsuz olay olarak tanımlanır. Girişim sırasında fark edilen bir olay olabilir; örneğin, cerrahi girişim sonunda yapılan malzeme sayımında spancın eksik olduğu görülür, yaraya yeniden bakılmak zorundadır. Diğer taraftan, cerrahi girişim sırasında meydana gelen olay, girişim tamamlanıncaya kadar fark edilmeyebilir. Örneğin, abdominal cerrahi sonrasında hastanın beklendiği gibi iyileşmediği görülür; laparotomide barsakta küçük bir kesik (ilk girişim sırasında kazayla oluşan delinme) fark edilir ve dikilir.

Bu örneklerin her ikisi de istenmeyen olay tanımına uymaktadır. İstenmeyen olay, hastada herhangi bir ters etki doğurmaksızın meydana gelebilir. Örneğin, komşu organdaki küçük bir kesik, meydana geldiği anda, hastada herhangi bir ters etki doğurmaksızın onarılabilir.

Erken komplikasyon

Erken komplikasyon, girişimden sonra 29 günden daha kısa bir süre içinde gelişen, girişim sırasında görülmeyen komplikasyondur.

Geç komplikasyon

Geç komplikasyon, girişimden sonra 28 günden daha uzun bir süre içinde gelişen veya bu süre boyunca devam eden komplikasyondur. Bazı vakalarda, bir ‘fonksiyonel’ komplikasyon meydana gelebilmektedir; örneğin, girişim sonrası gelişen hipotiroidizm. Bu komplikasyonlar girişimden sonra yıllarca devam edebilmektedir.

Sekel

Bir komplikasyonun sekeli, daha önce gelişen bir cerrahi girişim sonrası komplikasyonunun ortaya çıkardığı mevcut durumdur. Daha önce gelişen bu komplikasyon yukarıda tanımlanan kategorilerin - bir başka deyişle; istenmeyen olay, erken komplikasyon veya geç komplikasyon - herhangi biri kapsamında sınıflandırılabilir. ICD-10-AM’de diğer sekellerin sınıflandırmasında olduğu gibi, bir sekel kodunun ne zaman kullanılabileceğine ilişkin herhangi bir süre sınırlaması yoktur. Ancak, sekelin gelişiminden önce girişim sonrası gelişen bir ilk komplikasyonun olması gerekmektedir. Örneğin, üç yıl önce bir girişim sırasında meydana gelmiş olan sinir yaralanmasının sonucunda ortaya çıkan kas harabiyeti bir sekel olarak sınıflandırılacaktır. Ancak, ilk cerrahi girişimden iki yıl sonra bir internal protez cihazının yer değiştirmesi durumu, daha önce gelişen bir girişim sonrası komplikasyonunun sonucunda **oluşmadığından** bir geç komplikasyon olarak sınıflandırılacaktır.

Girişim sonrası gelişen geçici durum

Girişim sonrasında bazı geçici durumlar meydana gelebilmektedir; ancak, bunlar girişim sonrası gelişen komplikasyonlar olarak kabul edilmez.

Bu geçici durumlardan bir bölümü şöyledir:

- anemi
- kardiyak aritmiler
- konfüzyon
- elektrolit bozuklukları
- baş ağrısı
- hipertansiyon
- hipotansiyon
- bulantı
- parestezi
- idrar retansiyonu
- kusma

Klasifikasyon

Açıklama: ICD-10-AM'de yer alan prosedür kodları, bu standartta verilen örneklere dahil değildir.

Geçici durumların sınıflandırılması

Taburcu edilme sırasında mevcut olmadıkları veya girişimden sonra en az 7 gün boyunca devam etmedikleri sürece veya klinik tedavi uzmanınca oluşturulan, söz konusu durumun bir girişim komplikasyonu olduğunu gösteren bir dokümantasyon yoksa girişim sonrası oluşan geçici durumlar, girişim sonrası gelişen komplikasyonlar olarak kodlanmamalıdır. Bir durumun geçici mi yoksa persistan mı olduğu belirlenemiyorsa, söz konusu durum, girişim sonrası gelişen bir komplikasyon olarak kodlanmamalıdır. Yine de, böyle bir durum, ek tanı kriterlerini karşılıyorsa kodlanabilmektedir (**ACS 0002 Ek tanımlar**'a uygun olarak).

ÖRNEK 1:

Abdominal aort anevrizmasının elektif onarımı. Postoperatif seyri, makul şekilde direkt olmuştur. Girişim sonrası dönemde oligüri gelişmiş olsa da sıvılara yanıt vermiş ve kreatinin düzeyi normal aralıkta kalmıştır. Hasta, cerrahi girişimden 8 gün sonra iyileşmiş olarak taburcu edilmiştir.

Kodlar: I71.4 *Abdominal aort anevrizması, rüptür olmaksızın*
R34 *Anüri ve oligüri*

ÖRNEK 2:

Akustik nöromanın suboksipital yaklaşımla elektif eksizyonu. Hasta, cerrahi girişim sonrası dönemde baş ağrısından şikayet etmiş, baş ağrısı analjezi ile tedavi edilmiştir. Yatış süresince baş ağrısının kontrolü bir problem olarak kalmaya devam etmiştir; taburcu edilme sırasında hala 4 saatte bir ağrı kesici verilmesi gerekmektedir.

Kodlar: D33.3 *Kraniyal sinirlerin selim neoplazması*
M9560/0 *Nörilemmoma NOS*
G97.8 *Sinir sisteminin diğer girişim sonrası bozuklukları*
R51 *Baş ağrısı*
Y83.8 *Cerrahi diğer uygulamalar*
Y92.22 *Sağlık bakım kurumlarında*

İstenmeyen olayların sınıflandırılması

Tanı kodu

Herhangi bir ters etki oluşmazsa, istenmeyen olay aşağıdakilerle birlikte sınıflandırılır:

- T80-T88 *Cerrahi ve tıbbi bakım komplikasyonları, başka yerde sınıflanmamış* bloğundan bir tanı kodu **ve**
- 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). (Doğru dış neden kodunun atanması ile ilgili olarak takip eden bölüme bakınız).

ÖRNEK 3:

Trigonit diyatermi sitoskopisi. Sitoskopi sırasında, distal üretra kazayla yırtılmıştır. Yırtık, sitoskopi sırasında dikilmiştir. Bakım epizodunun geri kalan bölümünde hastada, istenmeyen olaya bağlı herhangi bir ters reaksiyon görülmemiştir.

Kodlar:	N30.3	<i>Trigonit</i>
	T81.2	<i>Bir işlem esnasında kazayla delme ve sıyrık, başka yerde sınıflanmamış</i>
	Y60.0	<i>Cerrahi ve tıbbi bakım esnasında, cerrahi girişim sırasında kasıtsız kesi, delme, perforasyon ve kanama</i>
	Y92.22	<i>Olay yeri, sağlık bakım kurumlarında</i>

Bu örnekte, hastada istenmeyen olaya bağlı herhangi bir durum görülmediğinden, T80-T88 bloğundan bir kod ile Y70-Y69 bloğundan bir dış neden kodu atanır.

Hastada bir ters etki oluşursa, istenmeyen olay aşağıdakilerle birlikte sınıflandırılır:

- T80-T88 *Cerrahi ve tıbbi bakım komplikasyonları, başka yerde sınıflanmamış* bloğundan bir tanı kodu **ve**
- Bölüm I ila XVIII'den ters etkinin spesifik tipini belirten bir tanı kodu **ve**
- 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. (Doğru dış neden kodunun atanması ile ilgili olarak takip eden bölüme bakınız).

ÖRNEK 4:

Kolonik poliplerin kolonoskopi ve koterizasyonu. Girişim sırasında, kolon duvarı perfore olmuş ve hasta, akut peritonit geliştirmiştir.

Kodlar:	K63.5-	<i>Kolon polibi</i>
	T81.2	<i>Bir işlem esnasında kazayla delme ve sıyrık, başka yerde sınıflanmamış</i>
	K65.0	<i>Akut peritonit</i>
	Y60.4	<i>Cerrahi ve tıbbi bakım esnasında, endoskopik muayene sırasında kasıtsız kesi, delme, perforasyon ve kanama</i>
	Y92.22	<i>Olay yeri, sağlık bakım kurumlarında</i>

Dış neden kodu

İstenmeyen olaya ilişkin bir dış neden kodu atanırken, söz konusu dış neden bir girişim sırasında insan müdahalesine bağlı olarak oluşmuşsa Y60-Y69 *Cerrahi ve tıbbi bakım esnasında ortaya çıkan istenmeyen olaylar* bloğundan bir kod atanmalıdır.

Buna karşın, Y70-Y82 *Teşhis ve tedavi sırasında kullanılmalarıyla istenmeyen olaylara neden olan tıbbi aletler* bloğundan bir kod, söz konusu istenmeyen olay insan müdahalesine bağlı olarak ortaya çıkmamış, bu olaya, doğrudan bir alet, protez, implant veya malzeme neden olmuşsa **ve** söz konusu olay, bir geç komplikasyondan ziyade girişim sırasında meydana gelen ve kaydedilen bir olaya atanmalıdır.

ÖRNEK 5:

Hasta sinüs sendromu bulunan hasta, transvenöz elektrot uygulaması ile birlikte çift odacıklı kalıcı kalp pili uygulaması için hastaneye yatırılmıştır. Kalp pilinin girişim sırasında yapılan testinde, pulse jeneratöründe, jeneratörü yeniden programlayarak giderilemeyecek bir problem görülmüştür. Pulse jeneratörü, başka bir olay olmasızın değiştirilmiştir.

Kodlar:	I49.5	<i>Hasta sinüs sendromu</i>
	T82.1	<i>Elektronik kalp cihazlarının mekanik komplikasyonu</i>
	Y71.2	<i>İstenmeyen olaylara sebep olan kardiyovasküler cihazlar, prostetik ve implantlar, aksesuar malzemeler</i>
	Y92.22	<i>Olay yeri, sağlık bakım kurumlarında</i>

ÖRNEK 6:

Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyon girişiminden altı ay sonra, silikon meme implantının yer değiştirdiği görülmüştür. İmplant değiştirilmiştir.

Kodlar: T85.4 *Meme protez ve implantının mekanik komplikasyonu*
 Y83.1 *Yapay iç aracın implantıyla cerrahi operasyon*
 Y92.22 *Olay yeri, sağlık bakım kurumlarında*

Erken ve geç komplikasyonların sınıflandırılması**Tanı kodu**

Girişim sonrası gelişen erken komplikasyonlar **genellikle** T80-T88 *Cerrahi ve tıbbi bakım komplikasyonları, başka yerde sınıflanmamış* kapsamında sınıflandırılır; ancak, bu bloğun, uzun bir kapsam dışı tutma açıklaması ile birlikte **başka yerde sınıflanmamış** bloğu olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Söz konusu kapsam dışı tutma açıklamasının bir bölümünde, belli bölümlerde 'girişim sonrası' altında kodlanan bazı komplikasyon tipi örnekleriyle birlikte 'tanımlanmış komplikasyonlar başka yerde sınıflanmış' ibaresi yer almaktadır.

Çoğu geç komplikasyon, 'girişim sonrası bozukluklar' blokları (aşağıda listelenmektedir) kapsamında sınıflandırılır. Geç/ fonksiyonel bozukluk örnekleri arasında postmastektomi lenfödem sendromu, girişim sonrası gelişen over yetmezliği, cerrahi sonrası kronik pulmoner yetmezlik, radyasyon sonrası akciğer fibrozisi yer alır.

E89 *Girişim sonrası gelişen endokrin ve metabolik bozukluklar, başka yerde sınıflanmamış*
 G97 *Sinir sisteminin girişim sonrası bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış*
 H59 *Göz ve adnekslerin girişim sonrası bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış hastalıklarda*
 H95 *Kulak ve mastoid çıkıntının girişim sonrası bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış*
 I97 *Dolaşım sisteminin girişim sonrası bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış hastalıklarda*
 J95 *Girişim sonrası solunum yolu bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış*
 K91 *Sindirim sisteminin girişim sonrası bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış*
 M96 *Kas iskelet sisteminin girişim sonrası bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış*
 N99 *Genitoüriner sistem girişim sonrası bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış*

Doğru kodlamayı yapmak için her bir vakada Dizin dikkatli bir şekilde takip edilmelidir. Dizindeki ana terim altında 'girişim sonrası'na ilişkin herhangi bir spesifik alt terim yoksa, 'Komplikasyon'a, ardından komplikasyonun ilgili olduğu vücut sistemi ve 'girişim sonrası' girişine bakın. Durumu daha ayrıntılı tanımlamak amacıyla Bölüm I ila XVIII'den bir ek kod atanabilir.

Dış neden kodu

Gerek erken gerek geç komplikasyonlara ilişkin uygun dış neden kodları şöyledir:

Y83–Y84 *Müdahale esnasında istenmeyen bir olaya sebep olmaksızın hastada anormal reaksiyon veya geç komplikasyona neden olan cerrahi müdahale ve diğer cerrahi işlemler*

ÖRNEK 7:

Tanı: Kolesistektomi skarında yara enfeksiyonu, cerrahi girişimden 5 gün sonra

Şunlara bakın: **Enfeksiyon**
 - yara
 - - girişim sonrası NEC T81.4

Kodlar: T81.4- *Bir işlem sonrası enfeksiyon, başka yerde sınıflanmamış*
 Y83.6 *Organın (kısmi) (tam) diğer uzaklaştırılması*
 Y92.22 *Olay yeri, sağlık bakım kurumlarında*

ÖRNEK 8:**Tanı:** İntraoküler katarakt cerrahisi sonucunda endoftalmiŞunlara bakın: **Endoftalmi** – girişim sonrası/ postoperatif duruma ilişkin herhangi bir alt terim yok**Komplikasyonlar**

- göz
- - girişim sonrası H59.9
- - - tanımlanmış NEC H59.8

Kodlar: H59.8 *Göz ve adnekslerinin diğer girişim sonrası bozuklukları*
 H44.1 *Diğer endoftalmiler*
 Y83.1 *Yapay iç aracın implantıyla cerrahi operasyon*
 Y92.22 *Olay yeri, sağlık bakım kurumlarında*

ÖRNEK 9:**Tanı:** Lokal anestezi enjeksiyonu sonrasında persistan hissizlikŞunlara bakın: **Hissizlik** – girişim sonrası/ postoperatif duruma ilişkin herhangi bir alt terim yok**Komplikasyonlar**

- anestezi, anestetik NEC (ayrıca bakınız *Anestezi, komplikasyon veya reaksiyon NEC*)
 T88.5

Kodlar: T88.5 *Anestezinin diğer komplikasyonları*
 R20.8 *Deri duyusunun diğer ve tanımlanmamış bozuklukları*
 Y84.8 *Cerrahi diğer uygulamalar*
 Y92.22 *Olay yeri, sağlık bakım kurumlarında*

Cerrahi bakım komplikasyonları sekelinin sınıflandırılması

Cerrahi bakım komplikasyonları sekelinin kodlanmasında en az dört 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, sağlık bakım kurumlarında*

ÖRNEK 10:

Ortopedik internal tespit cihazına bağlı olarak geçirilmiş enfeksiyondan kaynaklanan bacakta kronik osteomyelit

Kodlar: M86.66 *Kronik osteomyelit, diğer, bacak*
 T98.3 *Cerrahi ve tıbbi bakım komplikasyonlarının sekeli, başka yerde sınıflanmamış*
 Y88.3 *Uygulama sırasında kazadan bahsetmeksizin hastanın anormal reaksiyonunun veya geç komplikasyonunun nedeni olarak cerrahi ve tıbbi uygulamaların sekeli*
 Y92.22 *Olay yeri, sağlık bakım kurumlarında*

1905 KAPALI KAFA YARALANMASI / BİLİNÇ KAYBI / KONKÜZYON**Klasifikasyon**

Kırıklar, intrakraniyal yaralanmalar ve bildirilmiş bilinç kaybı gibi kafa yaralanmalarında, yaralanmanın her bir tipi kodlanmalıdır (örneğin; kırıklar (S02.-), intrakraniyal yaralanmalar (S06.1-S06.9) ve bilinç kaybı (S06.01-S06.05)).

ÖRNEK 1:

Tanı: Hastada, etmoid kemiğinin kırığı (x-ray) ve büyük subdural hematoma (CT taraması) bulgulanmıştır. Süresi bilinmeyen bilinç kaybı bildirilmiştir.

Kodlar: S06.5 *Travmatik subdural kanama*
S02.1 *Kafa kaidesinin kırığı*
S06.01 *Süresi bilinmeyen bilinç kaybı*
bakınız blok [1952] *Bilgisayarlı beyin tomografisi*

Bilinç kaybı

Diğer 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.

Konküzyon ve 'kafa yaralanması'

Bir klinik tedavi uzmanınca, bilinç kaybına ilişkin başka tanımlama veya açıklama olmaksızın 'konküzyon' bildirilmişse S06.00 *Konküzyon* kodu atanmalıdır. 'Kafa yaralanması' ve 'kapalı kafa yaralanması', spesifik olmayan tanımlar olup; klinik tedavi uzmanı, daha spesifik bir tanı için kaydı kontrol etmelidir. Bu tanımlara ilişkin ayrıntılı bilgi yoksa, şu kod atanmalıdır:

S09.9 *Başın tanımlanmamış yaralanması*

Açıklama: 'Konküzyon', 'kafa yaralanması' veya 'kapalı kafa yaralanması', bir bilinç kaybı tanımlaması ile bildirilmişse, yalnızca bilinç kaybını kodlayın (S06.01–S06.04).

ÖRNEK 2:

Tanı: Hastada, bir kapalı kafa yaralanması teşhis edilmiştir. 3 saat süren bilinç kaybı bildirilmiştir.

Kod: S06.03 *Orta süreli [30 dakikadan 24 saate kadar] bilinç kaybı*

ÖRNEK 3:

Tanı: Hastada, bir kapalı kafa yaralanması teşhis edilmiştir. Hasta, 3 saat süren bilinç kaybı ile birlikte şiddetli konküzyon geçirmiştir. Kafanın CT taramasında, bir intraserebral kanama bulgulanmıştır.

Kodlar: S06.23 *Birden fazla beyin ve beyincik hematomu*
S06.03 *Orta süreli [30 dakikadan 24 saate kadar] bilinç kaybı*
bakınız blok [1952] *Bilgisayarlı beyin tomografisi*

Kafa yaralanması ile ilgili olmayan koma

Herhangi bir kafa yaralanması kaydedilmemişse aşağıda verilen semptom kodlarını kullanın:

R40.0 *Somnolens*
R40.1 *Stupor*
R40.2 *Koma, tanımlanmamış*

ÖRNEK 4:

Tanı: Hasta, karın ağrısı ile birlikte ancak bildirilen herhangi bir kafa yaralanması olmaksızın bir MVA sonrasında hastaneye yatırılmıştır. 24 saatten sonra hastanın bilinç durumu kötüleşmiş; ancak, kafanın CT taramasında herhangi bir anormallik bulgulanmamıştır. Hastada daha sonra bir yağ embolüsü teşhis edilmiş ve hasta 3 gün komada kalmıştır.

Kodlar:	T79.1	<i>Yağ embolizmi (travmatik)</i>
	R40.2	<i>Koma, tanımlanmamış</i>
bakınız blok	[1952]	<i>Bilgisayarlı beyin tomografisi</i>

S06.9 *İntrakraniyal yaralanma, tanımlanmamış* kodu nadiren ve yalnızca kayıttan daha spesifik bir tanı alınmıyorsa kullanılmalıdır.

1906 MEVCUT VE ESKİ YARALANMALAR**Tanımı**

Mevcut yaralanma: onarımı devam eden veya henüz tamamlanmamış olan yaralanmadır. Güncel yaralanmanın ilk tedavisi ile sonraki tedavisinde ana tanı, yaralanma kodu olarak korunmalıdır. (Ayrıca bakınız **ACS 1911 Yanık** (*Yanık tedavisi için yeniden yatış*)).

Eski yaralanma: onarılmış olan yaralanmadır. Ancak, onarım sonrasında fonksiyonlar gerçekleşmediğinden tedaviye devam edilmesi gerekmektedir. **ACS 1912 Yaralanma, zehirlenme, toksik etkiler ve diğer dış nedenlerin sekeli**'nde verilen geç etki kuralını takip edin.

1907 ÇOK SAYIDA ZEDELLENME**Klasifikasyon**

Yaralanmalar, mümkünse ayrı yer/ tipe göre kodlanmalıdır.

Yaygın olarak '.7' dördüncü karakterini içeren, çok sayıda zedelenmeye ilişkin kombinasyon kategorileri, T00–T07 *Birden fazla vücut bölgesinin yaralanması*, ile kodlar yalnızca, kodlanacak yaralanma sayısının kullanılabilir tanı kodu alanının azami sayısını aşması halinde kullanılacaktır. Bu tür durumlarda, önemli yaralanmalar için ayrı yer/ tip kodlarını, daha az şiddetli yaralanmalar (örneğin; birden fazla bölgede yüzeysel yaralanma, birden fazla bölgede açık yara ve burkulma ve gerilme) için ise çoklu kategorileri kullanın. Bu, önemli bütün durumların dikkate alınmasını ve yaralanmanın tam niteğilinin kodlarda gösterilmesini sağlayacaktır.

(Ayrıca bakınız **ACS 0027 Çoklu kodlama**.)

ÖRNEK 1:

Tanımlar: Fokal beyin kontüzyonu, kulağın travmatik ampütasyonu, bilinç kaybı, yüzün, boyun ve omuz kontüzyonu, yanak ve uylukta yırtılma.

Kodlar:	S06.31	<i>Fokal beyin kontüzyonu</i>
	S06.01	<i>Süresi bilinmeyen bilinç kaybı</i>
	S08.1	<i>Kulağın travmatik ampütasyonu</i>
	S01.41	<i>Yanağın açık yarası</i>
	S71.1	<i>Uyluğun açık yarası</i>
	S00.85	<i>Başın diğer kısımlarının yüzeysel yaralanması, kontüzyon</i>
	S10.95	<i>Boynun yüzeysel yaralanması, yer tanımlanmamış, kontüzyon</i>
	S40.0	<i>Omuz ve üst kol kontüzyonu</i>

Mümkünse özel kodların atanması gerektiğinden, bu örnekte S09.7 *Kafa birden fazla yaralanmaları* ve T01.8 *Diğer vücut bölgelerinin açık yaraları* **atanmayacaktır**.

Çok sayıda zedelenme - Sıralama

Çok sayıda tanımlanmış yaralanma söz konusu ise, hayatı en ciddi derecede tehdit edici olan durumu ana tanı olarak seçin. Söz konusu durum, kayıttan belirtilmemişse, klinik tedavi uzmanından bilgi istenmelidir.

1908 SİNİR VE TENDON HASARI İLE BİRLİKTE LASERASYON**Klasifikasyon**

Sinir ve tendon hasarı ile birlikte görülen laserasyon söz konusu olduğunda kodlama şu sırayla yapılmalıdır:

sinir hasarı ile birlikte laserasyon	en şiddetli
tendon hasarı ile birlikte laserasyon	orta şiddette
komplike olmayan laserasyon	en hafif

Arteriyel hasar ve sinir hasarı ile birlikte laserasyon

Bir vasküler yaralanmada öncelikli durum, ekstremitenin potansiyel kaybı veya tehlikeye maruz kalmasıdır. Bu tür durumlarda, arteriyel hasar ile sinir hasarının birlikte meydana gelmesi halinde sıralamadaki öncelik sırası şöyle olmalıdır: arteriyel hasar, sinir hasarı, laserasyon. Herhangi bir ekstremitte kaybı olasılığı bulunmuyor ancak, hem sinir hasarı hem arteriyel hasar meydana gelmişse, doğru sıralama için klinik tedavi uzmanının görüşü alınmalıdır.

1909 YETİŞKİNİN VE ÇOCUĞUN SUİSTİMALİ**Klasifikasyon****Kurban**

Suistimal durumunda, dokümantasyonda yaralanmanın (yaralanmaların) bir ihmal ve/veya kötü muameleden kaynaklandığı belirtiliyorsa, spesifik yaralanma (örneğin, kol kırığı), ana tanı olarak kodlanmalıdır. Ayrıca, yaralanma(lar) mekanizmasını tanımlamak için bir dış neden kodu atanmalıdır.

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 atayın. Uygun şekilde, Y06 *İhmal ve terk* veya Y07 *Diğer kötü muamele sendromları* 'ndan bir dış neden kodu atanmalıdır.

ÖRNEK 1:

Tanı:	Yaşlı bir hasta, oğlunun ihmaline bağlı genel kötü beslenme durumu sergilemektedir (oğlu, yaşlı hastanın aynı zamanda bakıcısıdır).
Kodlar:	E46 <i>Tanımlanmamış protein-enerji malnütrisyonu</i> T74.8 <i>Diğer kötü muamele sendromları</i> Y06.02 <i>İhmal ve terk, diğer aile üyeleri arasında</i> Uygun olay yeri kodu (Y92.-) ve aktivite kodu (U73.-).

Kötü muameleyle ilişkin kaydedilmiş herhangi bir mevcut yaralanma veya durumun bulunmadığı şüpheli yetişkin/ çocuk suistimali veya 'risk altındaki çocuk' durumu sebebiyle yatışlarda durumlarında, T74 *Kötü muamele sendromları* kategorisinden bir kod, ana tanı olarak atanmalıdır.

ÖRNEK 2:

Tanı:	Anne babası tarafından fiziksel suistimalinden şüphelenilen çocuk. Suistimale ilişkin herhangi bir belirgin yaralanma veya durum yok.
Kodlar:	T74.1 <i>Fiziksel kötüye kullanma</i> Y07.01 <i>Diğer kötü muamele sendromları, anne baba arasında</i> Uygun olay yeri kodu (Y92.-) ve aktivite kodu (U73.-).

Suistimal öyküsü

Bu, hassas bir konu olduğundan, kişisel öykü kodları yalnızca klinik kayıta dokümantasyon ile destekleniyorsa ve söz konusu bakım epizoduyla doğrudan ilişkili ise atanmalıdır.

Suistimal öyküsü, ayrıntılı bilgi olmaksızın kaydedilmişse, Z91.8 *Kişisel diğer tanımlanmış risk faktörleri öyküsü, başka yerde sınıflanmamış* atanmalıdır. Ancak, suistimal öyküsü, çocuklukta meydana gelen bir cinsel veya fiziksel suistimal olarak kaydedilmişse, suistimal öyküsüne ilişkin kodlama aşağıdaki şekillerde yapılır:

Çocuklukta meydana gelen kişisel cinsel suistimal öyküsü

Z61.8 *Çocukluk dönemindeki diğer olumsuz yaşam olayları*, aksi belirtilmedikçe, ‘cinsel suistimal öyküsü’ gibi bir dokümantasyon için 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 atayın.

Çocuklukta meydana gelen kişisel fiziksel suistimal öyküsü

Z61.6 *Çocuğun fiziksel suistimaliyle ilgili problemler* atanmalıdır.

Kurbanın dışında suistimalden etkilenmiş kişiler için danışma hizmeti sunma

Yatışın amacı, kurbanın dışında çocuğun suistimalinden etkilenmiş kişilere danışma/ tavsiye hizmeti sunma veya bu kişilerin tedavisi ise, Z61.6 *Çocuğun fiziksel suistimaliyle ilgili problemler*’i atayın.

Yatışın amacı, kurbanın veya failin dışında eşin veya partnerin suistimalinden etkilenmiş kişilere danışma/ tavsiye hizmeti sunma veya bu kişilerin tedavisi ise, Z61.6 *Ev veya arkadaş ilişkisindeki problemler*’i atayın.

Yatışın amacı, kurbanın veya failin akrabaları (eş veya partner dışında) ya da arkadaşlarına danışma/ tavsiye hizmeti sunma veya bu kişilerin tedavisi ise, Z63.79 *Aile ve ev halkını etkileyen diğer stresli yaşam olayları*’nı atayın.

1910 DERİ KAYBI**Klasifikasyon**

‘Deri kaybı’ tanımlamasında, deri kaybının mevcut bir açık yaraya mı bağlı olduğu yoksa bir açık yaranın sekeli mi olduğu tam anlaşılmadığından, bu tanımlama ile bildirilmiş olan durumlar için klinik tedavi uzmanından bilgi alınması gerekmektedir.

1911 YANIKLAR**Tanımı**

Avustralya’da yanığı ‘derece’ (degree) ile ifade etmek, klinik bir uygulama değildir. Mevcut terminoloji, yanığın ‘katmanı’ (thickness) ile - ikinci derece veya üçüncü derece yanıkta olduğu gibi - ilgilidir.

Gerek birinci derece gerekse ikinci derece yanıkları tanımlamak için klinik olarak ‘yüzeysel’ terimi kullanılabilirdiğinden, klinik kod uzmanları, bir birinci derece yanığı kodlamadan önce durumu klinik tedavi uzmanı ile birlikte kontrol etmelidir. Klinik tavsiye yoksa, açıkça birinci derece yanık olarak tanımlanmamış bir ‘yüzeysel’ yanık, ikinci derece yanık olarak kodlanmalıdır.

Klasifikasyon

Güneş yanığı, aşağıdakilerin kapsamında kodlanır:

- L55.0 *Güneş yanığı, birinci derece*
- L55.1 *Güneş yanığı, ikinci derece*
- L55.2 *Güneş yanığı, üçüncü derece*

Sıralama

İlk önce, en yüksek derecede yanığa maruz kalan bölgeyi kodlayın. Örneğin, üçüncü derece bir yanık, ikinci derece yanıktan önce sıralanacaktır. Vücut yüzey alanının (BSA) en büyük bölümü ikinci derece yanıktan etkilenmiş bile olsa, üçüncü derece yanık ilk sırada yer almalıdır.

Aynı derece yanıktan etkilenmiş birden fazla bölge varsa, en büyük BSA’ya denk gelen bölge ilk sırada verilmelidir.

Gref uygulaması gerektiren yanıkların sırası, gref uygulaması gerektirmeyenlerden önce olmalıdır.

Bölge kodları

Yanıklar, mümkünse ayrı bölgelere göre kodlanmalıdır.

Örneğin, abdominal duvar ve perinenin ikinci derece yanığı, aşağıdakiler kapsamında kodlanacaktır:

- T21.23 *Gövdenin ikinci derece yanığı, abdominal duvar ve*
T21.25 *Gövdenin ikinci derece yanığı, genitaller [dış], aşağıdakinden ziyade*
T29.2 *Birden fazla bölgenin yanıkları, yanıklar ikinci derece üzerinde değil*

Aynı bölgenin, farklı derecelerdeki yanığı, en yüksek yanık derecesine göre kodlanmalıdır. Örneğin, ayak bileğinin ikinci ve üçüncü derece yanığı aşağıdaki kod kapsamında kodlanacaktır:

- T25.3 *Ayak bileği ve ayağın üçüncü derece yanığı*

Çok sayıda yanık ve zedelenme

Bir vakaya ilişkin kod sayısı, kullanılabilir alan sayısını aşarsa, önemli bütün durumların kodlanması ve AR-DRG'ler kapsamında doğru olarak gruplanmasını sağlamak için çoklu yanık kodlaması yapılabilmektedir. Çoklu kodlama yapılması gerekiyorsa, bu kodları ikinci derece yanıklar, daha spesifik olan kodları ise üçüncü derece yanıklar için kullanın.

Vücut yüzey alanı (BSA)

T20-T25 *Vücut dış yüzeyi yanık ve korozyonları, tanımlanmış yerlerinin veya T29 Birden fazla vücut bölgesinin yanık ve korozyonları* (göz ve iç organlar dışında) kapsamında kodlanmış olan her bir yanık vakası için, vücut yüzey alanı (BSA) tutulumunun yüzdesini göstermek üzere T31 *Vücut yüzeyi tutulumunun yaygınlığına göre sınıflandırılmış korozyonlar* kategorisinden bir kod atanmalıdır. T31 kodu AR-DRG gruplamasında önemlidir ve gruplama sürecine dahil edilmesini sağlayacak şekilde sıralanmalıdır. T31, genelde en son bölge kodundan sonra yer alacaktır.

T31 *Vücut yüzeyi tutulumunun yaygınlığına göre sınıflandırılmış korozyonlar* kodu her zaman beş karakterli olmalıdır. Beşinci karakter olarak '0', %10'dan daha az üçüncü derece yanık olduğunu veya **üçüncü derece yanık bileşeninin nerede tanımlanmadığını** gösterir. Dördüncü karakter, vücut yüzeyinin ayrı alan yüzdelerinin tamamının toplamıdır. BSA bilgileri, klinik personeli tarafından yanık çizelgesine girilmelidir.

İnhalasyon yanıkları

Yanıktaki herhangi bir inhalasyon bileşeni, T27 *Solunum yolunun yanığı* kategorisi kapsamında kodlanmalıdır. T31 *Vücut yüzeyi tutulumunun yaygınlığına göre sınıflandırılmış korozyonlar* kodu, vücut yüzeyi yanığı da bulunmadıkça T27 *Solunum yolunun yanığı* ve T28 *İç organların yanık ve diğer korozyonları* kategorisindeki kodlarla birlikte kullanılamaz.

Klinik tedavi uzmanınca en önemli tanının inhalasyon yanığı (yanıkları) olduğu açıkça kaydedilmedikçe, dış yanıklar söz konusu ise T27-T28 kategorisindeki kodlar normalde ana tanı olarak sıralanmaz.

Yanık pansumanı

Yanık pansumanı, yalnızca anestezi ile yapılırsa kodlanır (lokal anestezi hariç, bakınız **ACS 0042 Normalde kodlanmayan girişimler**). 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 kodu atayın (bakınız **[1600] Yanık pansumanı** bloğu).

Yanık pansumanının değiştirilmesi için yatış

Yanık pansumanının değiştirilmesi amacıyla yatışlar için, Z48.0 *Cerrahi pansuman ve sütürlerin bakımı*'ni atayın. Uygun yanık kodu, ek tanı olarak atanmalıdır.

Yanık tedavisi için yeniden yatış

Yanık grefi ve debridmanı amacıyla yapılan sonraki yatışlar için, söz konusu yatış bir komplikasyonun veya geç etkinin tedavisine yönelik olmadıkça - bu durumda komplikasyon veya etkinin niteliği ana tanıdır (örneğin, skar kontraktürleri) - ana tanı olarak uygun yanık kodu atanacaktır.

Yanık hastalarında gelişen enfeksiyonların kodlanması

Yanık hastalarında gelişen enfeksiyonların tedavisine yönelik standart klinik uygulama, profilaktik tedavidir. Bu nedenle, bir enfeksiyon kodlanmadan önce her zaman klinik tedavi uzmanının görüşü alınmalıdır.

1912 YARALANMA, ZEHİRLENME, TOKSİK ETKİLER VE DİĞER DİŞ NEDENLERİN SEKELİ**Tanımı**

Bir yaralanmanın 'sekeli', daha önce meydana gelen bir yaralanma, zehirlenme, toksik etkinin veya diğer dış nedenin yol açtığı mevcut durumdur.

ÖRNEK 1:

Daha önceki hidroklorik asit yutulmasına bağlı özefageal striktür.

Klasifikasyon

Bir sekel kodunun ne zaman kullanılabileceğine ilişkin herhangi bir süre sınırlaması yoktur. Rezidüel durum, geçirilmiş kırığa bağlı eklem fareleri gibi akut safhanın hemen arkasından oluşabilmekte veya geçirilmiş tendon yırtılmasına bağlı skar gibi aylar veya yıllar sonra ortaya çıkabilmektedir.

Yaralanma, zehirlenme, toksik etki veya diğer dış nedenin sekelinin kaydında aşağıdaki biçimlerden biri kullanılabilir:

- geç (etkisi)
- eski
- sekeli
- bir önceki bakım epizodunda meydana gelmiş olan yaralanma, zehirlenme, toksik etki veya diğer dış nedene bağlı
- bir önceki bakım epizodunda meydana gelmiş olan yaralanma, zehirlenme, toksik etki veya diğer dış nedenin sonrasında

Esas sebep **artık var olmadığından**, akut yaralanma, zehirlenme, toksik etki veya diğer dış neden kodlanmaz.

ÖRNEK 2:

İki hafta önce parmak tendonunun laserasyonu sonrasında tendon onarımı amacıyla yatış, laserasyon hala mevcut olduğundan ve tedavisi devam ettiğinden bir sekel değildir.

Yaralanma, zehirlenme, toksik etkiler veya diğer dış nedenlerin sekelinin kodlanması şu üç kodun atanmasını gerektirir:

- sekelin rezidüel durumu veya niteliği (mevcut durum)
- sekelin nedeni (önceki durum)
- yaralanma, zehirlenme, toksik etki vb. nin dış nedeni

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

ÖRNEK 3:

Tanı:	Evi boyarken seyyar merdivenden düşme yoluyla radiusun kırığı sonrasında malunion.
Kodlar:	M84.03 <i>Kırığın malunionu, ön kol</i> T92.1 <i>Kol kırığının sekeli</i> Y86 <i>Kaza sekelleri, diğer</i> Uygun olay yeri kodu (Y92.-)

Yaralanmaya ilişkin sekel tanı kodları şöyledir:

- T90.- *Baş yaralanmalarının sekeli*
- T91.- *Boyun ve gövde yaralanmalarının sekeli*
- T92.- *Üst ekstremiteler yaralanmalarının sekeli*

- T93.- *Alt ekstremite yaralanmalarının sekeli*
T94.- *Birden fazla ve tanımlanmamış vücut bölgesi yaralanmalarının sekeli*
T95.- *Yanık, korozyon ve donma sekeli*
T96 *Uyuşturucular, ilaçlar ve biyolojik maddelerle zehirlenmelerin sekeli*
T97 *İlaç olmayan maddelerin toksik etkilerinin sekeli*
T98.- *Dış nedenlerin diğer ve tanımlanmamış etkilerinin sekeli*

Dış nedenin sekeline ilişkin kodlar şöyledir:

- Y85.- *Taşıma kazası sekeli*
Y86 *Kaza sekelleri, diğer*
Y87.- *Gerçekleşme şekli belirlenmemiş kendine zarar verme, saldırı ve olayların sekeli*
Y88.- *Cerrahi ve tıbbi bakım sekeli, dış neden olarak*
Y89.- *Dış nedenlerin diğer sekeli*

Bir yaralanma için yapılacak diğer tedaviler (örneğin, bir ortopedik iğnenin çıkarılması), ilk yaralanmanın bir sekeli olarak kabul edilmez. Bu tür durumlar için, diğer tedavilere duyulan ihtiyacı belirten uygun Z kodu (örneğin, Z47.0 *Kırık plağı ve diğer iç tespit aracının çıkarılmasıyla ilgili izlem*), uygun prosedür kodu ile birlikte atanmalıdır.

1913 HASTANEDE KAZANILMIŞ YARA ENFEKSİYONU

Tanımı

Bir cerrahi yaranın enfeksiyonu, pürülan akıntı görülen veya kazanılmış olan enfeksiyondur. Sütür malzemesinin çevresindeki bir reaksiyon bu tanımın kapsamına girmediğinden kodlanmamalıdır.

Klasifikasyon

Kodlamayı T81.4 *Bir işlem sonrası enfeksiyon, başka yerde sınıflanmamış* olarak, Y60–Y69 *Cerrahi ve tıbbi bakım esnasında ortaya çıkan istenmeyen olaylar*, Y70–Y82 *Teşhis ve tedavi sırasında kullanılmalarıyla istenmeyen olaylara neden olan tıbbi aletler* ve 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 dış neden kodu ile birlikte yapın.*

1914 DEGLOVİNG YARALANMASI

Tanımı

Degloving yaralanması, deri ve subkütan dokunun travmaya bağlı olarak fasiyadan soyulmasıdır. Yaralanma, komplet veya inkomplet şeklinde olabilmektedir.

Komplet yaralanmada, deri ve subkütan dokunun flepi tamamen yırtılır veya birkaç iplik gibi bağ ile asılı kalır; bu halde doku canlı değildir ve kesilir.

İnkomplet yaralanmada ise, flep büyük bir pedikülle bağlıdır ve tamamen veya kısmen canlıdır. Canlılığa bağlı olarak, flep, iskemik dokunun eksizyonunu gerektirebilir.

Cansız deri kazadan birkaç gün sonra koparsa, **kapalı degloving yaralanması** meydana gelebilir. Elleri otobüsün altında kalan bir kişinin parmağının kesilerek parmağındaki kan damarlarının kopması bir kapalı degloving yaralanması örneğidir. Mekanizma aynı olsa da bir dış yara ile herhangi bir ilgisi yoktur.

Klasifikasyon

Komplet degloving yaralanması:

- ‘Bölgede açık yara’ durumunu kodlayın.
Varsa, bölgede ‘kan damarı yaralanması’ durumunu kodlayın.
Gerçekleştirilmişse, doku eksizyonu işlemini kodlayın.
Gerçekleştirilmişse, gref veya flep onarımı işlemini kodlayın.

İnkomplet degloving yaralanması:

- ‘Bölgede açık yara’ durumunu kodlayın.
Gerçekleştirilmişse, doku eksizyonu işlemini kodlayın.
Gerçekleştirilmişse, gref veya flep onarımı işlemini kodlayın.

Kapalı degloving yaralanması:

Bölgede 'kan damarı yaralanması' durumunu kodlayın.
 Açık yara durumunu kodlayın.
 Gerçekleştirilmişse, doku eksizyonu işlemini kodlayın.
 Gerçekleştirilmişse, greft veya flep onarımı işlemini kodlayın.

1915 SPİNAL (KORD) YARALANMALARI (TRAVMATİK PARAPLEJİ VE KUADRİPLEJİ DAHİL)**Tanımı****Spinal kord yaralanması**

Ekstremitelerin ve/veya gövdenin paralizisi ile sonuçlanan duyuşal/ motor fonksiyon kaybına yol açan spinal kord travması (bir başka deyişle, parapleji/ kuadripleji/ tetrapleji).

Parapleji

"Parapleji torasik, lomber veya sakral nörolojik segmentlerin, spinal kolondaki nöral bileşenlerin hasarına sekonder motor ve/veya duyuşal fonksiyon bozukluğu veya kayıdır. Parapleji kolları etkilemez; ancak, seviyesine bağlı olarak gövde, bacaklar veya pelvik organlar paraplejiden etkilenir. Parapleji terimi cauda equina ve conus medullaris yaralanmalarının tanımı için doğru karşılıktır; ancak, lumbosakral pleksus lezyonları veya nöral kanal dışındaki periferik sinirlerin yaralanmasını tanımlamak için bu terim kullanılmamalıdır.

(Miller-Keane, *Encyclopedia and Dictionary of Medicine Nursing and Allied Health*, (6. Basım.) 1997)

Kuadripleji

"Kuadripleji, kol ve bacakların tamamının paralizidir. Spinal kordun servikal spinal segmentlerinin hasarına bağlı olarak bu segmentlerdeki motor ve/veya duyuşal fonksiyonun bozulması veya kaybolmasına bağlı olarak, kolların yanı sıra bacaklar, gövde ve pelvik organların fonksiyonunun bozulması ile sonuçlanır. Kuadripleji terimi, brakial pleksus lezyonları veya spinal kanal dışındaki periferik sinirlerin yaralanmalarına bağlı durumları içermez."

(Miller-Keane, *Encyclopedia and Dictionary of Medicine Nursing and Allied Health*, (6. Basım.) 1997)

Kord lezyonunun tipi

Spinal kord yaralanması için atanan ilk kod, kord lezyonunun tipi olmalıdır (bir başka deyişle, komplet veya inkomplet lezyon). Aşağıdaki tanımlar dikkate alınmalıdır:

Tamamlanmış lezyon, yaralanma bölgesindeki spinal kordda ikiye ayrılma veya fonksiyonun total ablasyonunu ifade eder.

Tamamlanmamış lezyon ise, fonksiyonun tamamen kaybolmadığı (bir başka deyişle, yaralanmanın altında bazı duyu veya hareket fonksiyonlarının bulunması) ve lezyonun kısmen ya da tamamen iyileşebileceği durumları ifade eder.

Fonksiyonel seviyede spinal kord lezyonu

Spinal kordun segmentleri, vertebral kolonun anatomik yapısına fonksiyonel olarak denk gelmez (spinal kordun üst servikal bölgesi bu tanımın dışındadır).

Fonksiyonel seviyede spinal kord 'yaralanması', en alttaki sağlam spinal segmente denk gelir (örneğin, 'spinal kordun tamamlanmış C4 lezyonu', dördüncü servikal sinir ile bunun üstündeki servikal sinirlerin sağlam olduğu ancak, dördüncü servikal sinirin altında kalan seviyelerde herhangi bir fonksiyon olmadığı anlamına gelir).

Fonksiyonel seviyede spinal kord yaralanması dolaylı olarak, belli derecede bir paralizinin varlığını gösterir. Ancak, klinik tedavi uzmanları bir akut yaralanmayı, parapleji veya kuadripleji olarak tanımlayabilmektedir.

ÖRNEK 1:

Tanı:	T12'nin, aynı seviyede spinal kordun bası yaralanması ile birlikte bası kırığı ve duyu seviyesi L2'de tamamlanmamış parapleji.
Kodlar:	S24.12 <i>Torasik spinal kordun tamamlanmamış kord sendromu</i> S34.72 <i>Fonksiyonel spinal kord yaralanması, L2</i> S22.06 <i>Torasik vertebra kırığı, T11 ve T12</i>

Spinal kord yaralanmasının ilk evresi [akut]

Spinal kord yaralanmasının ilk evresi, travmadan hemen sonraki tedavi evresi olup birden fazla akut bakımı içerebilir.

Bu evrenin kapsamına, travmaya bağlı bir spinal kord yaralanması (parapleji/ kuadripleji) bulunan ve akut durumun tedavisi için hemen bir hastaneden bir başka hastaneye sevk edilen hastalar girer.

Spinal kord yaralanmasının sonraki evresi [kronik]

Sonraki evre, ilk evreden sonra gelen herhangi bir bakım epizodudur.

Sonraki evrenin kapsamına, diğer ve/veya ilgili durumların (örneğin, UTI) tedavisi için hastaneye yatırılan parapleji/ kuadripleji hastaları girer.

Klasifikasyon

İlk evre – travmadan hemen sonra

Hasta, ilk kez, spinal kord yaralanması (örneğin; kord basısı, kontüzyon, laserasyon, ikiye ayrılma veya ezilme) ile birlikte travma sonrası durum gösteriyorsa, aşağıdaki sınıflandırmaların yapılması gerekecektir:

1. Kord lezyonunun tipi: tamamlanmış mı yoksa tamamlanmamış mı (S14.1-, S24.1-, S34.1 *Servikal, torasik, lomber spinal kordun diğer ve tanımlanmamış yaralanmaları*).
2. Spinal kord lezyonunun seviyesi: fonksiyonel seviye (S14.7-, S24.7-, S34.7 *Fonksiyonel seviyede servikal, torasik, lomber spinal kord yaralanması*).

Hastada büyük olasılıkla bir vertebra kırığı ve/veya çıkığı vardır. Bu tür vakalarda, şunları da kodlayın:

3. Kırığın yeri: vertebra kırığı meydana gelmişse (S12.0-.2-, S22.0-, S32.0- *Servikal, torasik, lomber vertebra kırığı*).
4. Çıkığın yeri: çıkık meydana gelmişse (S13.1-, S23.1-, S33.1- *Servikal, torasik, lomber vertebra çıkığı*).

İlk evre – sevk edilen hasta

Hastada travmaya bağlı bir spinal kord yaralanması meydana gelmiş ve hasta derhal bir akut hastaneden bir başka akut hastaneye sevk edilmişse, yaralanma tipine ilişkin kod ana tanı olarak sıralanmalıdır. Fonksiyonel seviyede spinal kord yaralanmasına ilişkin uygun kod ise, her iki hastanede de ilk ek tanı kodu olarak atanmalıdır.

ÖRNEK 2:

Tanı: Hasta, ağır spinal kord yaralanması sebebiyle A Hastanesine yatırılmıştır. CT taramasında, T7/8'de, aynı seviyede spinal kord kontüzyonu ile birlikte bir çıkık bulgulanmıştır. Hasta, A Hastanesindeki stabilizasyonundan sonra B Hastanesine sevk edilmiş, burada bir ön spinal füzyon gerçekleştirilmiştir.

Kodlar:	A Hastanesi	
	S24.10	<i>Torasik spinal kordun yaralanmaları, tanımlanmamış</i>
	S24.70	<i>Fonksiyonel seviyede torasik spinal kord yaralanması, torasik seviye tanımlanmamış</i>
	S23.14	<i>T7/T8 ve T8/T9 Torasik vertebra çıkığı</i>
bakınız blok	[1959]	<i>Bilgisayarlı vertebra tomografisi</i>
	B Hastanesi	
	S24.10	<i>Torasik spinal kordun yaralanmaları, tanımlanmamış</i>
	S24.70	<i>Fonksiyonel seviyede torasik spinal kord yaralanması, torasik seviye tanımlanmamış</i>
	S23.14	<i>T7/T8 ve T8/T9 Torasik vertebra çıkığı</i>
	48669-00 [1389]	<i>Ön spinal füzyon = 2 seviye</i>

Spinal kord yaralanması – sonraki evre

Bir parapleji/ kuadripleji hastasının tedavi (örneğin, nörojenik mesane) amacıyla bir hastane/ tesise yatırılması ve parapleji/ kuadriplejinin bir ek tanının tanımına uygun olması halinde, uygun şekilde G82.- Parapleji ve tetrapleji kodunu ve diğer durumları atayın. Bu tanıların sırası, ana tanının tanımına uygun olmalıdır. (Bakınız **ACS 0625 Kuadripleji ve parapleji, travmatik olmayan.**)

G82.- Parapleji ve tetrapleji kodundan hemen sonra, parapleji/ kuadriplejinin, spinal kord yaralanmasının bir sekeli olduğunu belirtmek için T91.3 *Spinal kord yaralanması sekeli*'ni, ardından uygun **geç etki** dış nedeni ile olay yeri kodlarını atayın.

Travmatik yaralanma kodlarının yalnızca ilk evre için kullanılması gerektiğinden, bunların atanmasına gerek yoktur.

ÖRNEK 3:

Tanı:	Üriner sistem enfeksiyonu. C5'te tamamlanmamış parapleji.	
Kod:	N39.0	<i>Üriner sistem enfeksiyonu, yeri tanımlanmamış</i>
	G82.26	<i>Parapleji, tanımlanmamış, inkomplet, kronik</i>
	T91.3	<i>Spinal kord yaralanması sekeli</i>
	Y85.0	<i>Motorlu araç kazasının sekeli</i>
	Y92.40	<i>Karayolu</i>

Kord lezyonunun tipi

Hastada bir spinal kord yaralanması bulunuyorsa, ilk önce kord lezyonunun tipini (bir başka deyişle, tamamlanmış veya tamamlanmamış) kodlayın. Herhangi bir bilgi yoksa, kodlamayı her zaman tanımlanmamış kategorisinde yapın.

Kord konküzyonu veya ödemi tanısı kaydedilmişse (ayrıntılı bilgi olmaksızın), bunları aşağıdakilerden biri kapsamında kodlayın:

S14.0	<i>Servikal spinal kord konküzyon ve ödemi</i>
S24.0	<i>Torasik spinal kord konküzyon ve ödemi</i>
S34.0	<i>Lomber spinal kordun konküzyon ve ödemi [conus medullaris]</i>

ÖRNEK 4:

Tanı:	Hastada, 4/5 servikal vertebra korpusunun çıkığı ve C5'te tamamlanmamış kord kontüzyonu ile birlikte dördüncü servikal vertebra kırığı vardır.	
Kodlar:	S14.13	<i>Servikal spinal kordun diğer tamamlanmamış kord sendromu</i>
	S14.70	<i>Fonksiyonel spinal kord yaralanması, servikal seviye tanımlanmamış</i>
	S12.22	<i>Dördüncü servikal vertebra kırığı</i>
	S13.14	<i>C4/C5 servikal vertebra çıkığı</i>

Fonksiyonel seviyede spinal kord yaralanması

Spinal kord ve spinal sinir kökü yaralanmalarını en alttaki sağlam segment açısından sınıflandırmak, klinik kod uzmanları için özellikle zordur. Ancak, dokümantasyonda, özellikle CT taramaları ve MRI yapılması halinde bu bilgi verilmelidir.

Fonksiyonel seviyede spinal kord yaralanmasını, kord yaralanmasının tipinden sonra bir ek kod olarak atayın.

Spinal kord yaralanmasının tipini her zaman ilk sırada, ardından fonksiyonel seviyede spinal kord yaralanması, onun arkasından da varsa kırık/ çıkığı kodlayın.

Fonksiyonel seviyede spinal kord yaralanması belirtilmemişse veya buna ilişkin bilgi elde edilemiyorsa (tercihen tedaviyi yapan beyin ve sinir cerrahından), kodlamayı, ilgili bölgeyle birlikte (servikal, torasik, lomber) tanımlanmamış kategorisinde yapın.

Fonksiyonel seviyede kord yaralanmasının, kırık veya çıkığın yeri ile aynı seviyede olduğunu varsaymayın.**Fonksiyonel seviyede spinal kord yaralanması her zaman kord lezyonunun seviyesine denk gelmez.****ÖRNEK 5:**

Tanı:	Hastada, dördüncü servikal vertebra kırığı ve C5'te bildirilmiş tamamlanmamış kord lezyonu vardır.	
Kodlar:	S14.13	<i>Servikal spinal kordun diğer tamamlanmamış kord sendromu</i>
	S14.70	<i>Fonksiyonel spinal kord yaralanması, servikal seviye tanımlanmamış</i>
	S12.22	<i>Dördüncü servikal vertebra kırığı</i>

Vertebra kırık ve çıkıklarının kodlanması

Kırık ve/veya çıkığın seviyesini, tıbbi dokümantasyonda belirtildiği şekilde kodlayın. Bildirilmiş bir spinal kord yaralanması mevcutsa, spinal kord yaralanmasına ilişkin kodları her zaman kırık veya çıkığın önünde sıralayın. Tıbbi dokümantasyonda vertebra yaralanmasının seviyesi açık değilse, kodlamayı tanımlanmamış bölge olarak yapın.

Bir vertebra kolonu çıkığı gerçekleşmiş ancak, her iki çıkık bölgesi de tanımlanmamışsa (örneğin, T5 çıkığı), belirtilen seviyeyi ve çıkığı tanımlamak için bu seviyenin hemen altındaki seviyeyi (örneğin, T5/6) kodlayın.

Açıklama: Çıkık ve/veya kırığın seviyesi her zaman fonksiyonel seviyede spinal kord yaralanmasına denk gelmez.

ÖRNEK 6:

Tanı:	T2/3 ve T3/4'te çıkık ile birlikte ikinci, üçüncü ve dördüncü torasik vertebra kırığı. T3'te tamamlanmış spinal kord lezyonu.	
Kodlar:	S24.11	<i>Torasik spinal kordun tamamlanmış lezyonu</i>
	S24.70	<i>Fonksiyonel seviyede torasik spinal kord yaralanması, torasik seviye tanımlanmamış</i>
	S22.01	<i>Torasik vertebra kırığı, T1 ve T2</i>
	S22.02	<i>Torasik vertebra kırığı, T3 ve T4</i>
	S23.11	<i>T1/T2 ve T2/T3 torasik vertebra çıkığı</i>
	S23.12	<i>T3/T4 ve T4/T5 torasik vertebra çıkığı</i>

Vertebra kolununun açık kırıkları için, ek açık yara kodunu kullanın (ayrıca bakınız [ACS 1917 Açık yaralar](#)). Birden fazla vertebra, açık vertebra olarak belirtilmişse; yalnızca bir açık yara kodu atayın.

Birden fazla kırık veya çıkıkta, her seviyeyi ayrı olarak kodlayın. Aynı bölgedeki bir kırık-çıkık, açık kırık-çıkık olarak belirtilmişse, açık yara kodu '*kırıkla ilişkili*'yi kullanın. Açık yara kodu '*çıkıkla ilişkili*'nin atanmasına gerek yoktur.

ÖRNEK 7:

Tanı:	T2/3 ve T3/4'te çıkık ile birlikte ikinci, üçüncü ve dördüncü torasik vertebranın açık kırığı. T3'te tamamlanmış spinal kord laserasyonu.
Kodlar:	S24.11 Torasik spinal kordun tamamlanmış lezyonu S24.70 <i>Fonksiyonel seviyede torasik spinal kord yaralanması, torasik seviye tanımlanmamış</i> S22.01 <i>Torasik vertebra kırığı, T1 ve T2</i> S22.02 <i>Torasik vertebra kırığı, T3 ve T4</i> S21.81 <i>Toraksın (herhangi bir kısmının) açık yarası, kırıkla ilişkili</i> S23.11 <i>T1/T2 ve T2/T3 torasik vertebra çıkığı</i> S23.12 <i>T3/T4 ve T4/T5 torasik vertebra çıkığı</i>

1916 YÜZEYSEL YARALANMALAR**Klasifikasyon**

S00 *Başın yüzeysel yaralanması*, S10 *Boynun yüzeysel yaralanması*, S20 *Toraksın yüzeysel yaralanması* ve S30 *Karın, bel ve pelvisin yüzeysel yaralanması* bölümünde, yüzeysel yaralanmaların sınıflandırılmasında hiyerarşi ilk olarak bölgeye göre oluşturulurken; diğer bütün yüzeysel yaralanma bölümlerindeki hiyerarşi, yaralanmanın tipine göre oluşturulur. 'Diğer' ve 'tanımlanmamış' yüzeysel yaralanmalar kodlanırken bu durum özellikle geçerlidir.

Bir yüzeysel yaralanmayla ilişkili herhangi bir enfeksiyöz ajanı tanımlamak için bir ek kodu kullanın.

Abrazyon veya kontüzyonlar gibi yüzeysel yaralanmalar, aynı bölgedeki daha ağır yaralanmalarla birlikte görüldüklerinde kodlanmaz.

ÖRNEK 1:

Tanımlar:	Humerus alt uç kırığı, dirseğin abrazyonu ve kontüzyonu, skapula kırığı.
Kodlar:	S42.40 <i>Humerus alt uç kırığı, bölge tanımlanmamış</i> S42.10 <i>Skapula kırığı, bölge tanımlanmamış</i>

1917 AÇIK YARALAR**Tanımlı**

Açık yara genellikle, deriyi delen ve alttaki dokularla doğrudan ilişkili olan bir yara olarak tanımlanır. Hayvan tarafından ısırılma, kesik, laserasyon ve ponksiyon (delici bir yabancı cisimle veya bu cisim olmaksızın), açık yaralar arasında yer alır.

Klasifikasyon

Her bir vücut bölgesine yönelik açık yara bölümü, bir kırık veya çıkıkla ilişkili olan açık yaralar ile iç organların boşluklarının deri içinden delindiği yaralanmaları (bir başka deyişle; intrakraniyal yaralar, intratorasik yaralar ve intraabdominal yaralar) tanımlamak için de kullanılmaktadır.

Açık yara, yaralanmaya ek olarak kodlanmalıdır.

Bakınız **ACS 1918** *Kırık ve çıkık*, **ACS 1919** *Açık intrakraniyal yaralanma* ve **ACS 1920** *Açık intratorasik/ intraabdominal yaralanma*.

Travmatik olmayan deri yırtılmaları için bakınız **ACS 1810** *Derinin yırtılması ve zayıf deri*.

Açık yaraların komplikasyonları

Bir açık yara, enfeksiyona, yabancı cisme veya gecikmiş iyileşme ya da tedaviye bağlı komplike açık yara olarak tanımlanmışsa; 'bölgeye göre açık yara' durumunu, arkasından aşağıdaki kod gelecek şekilde kodlayın.

T89.0- *Açık yaranın komplikasyonları*

Açık yarada bir yabancı cisim varsa ve yara enfekte olmuşsa, şu kodu atayın:

T89.01 *Yabancı cisim ile birlikte açık yara (enfeksiyon ile birlikte ya da enfeksiyon olmadan)*

Enfeksiyöz ajanı tanımlamak için bir ek kod kullanın.

ÖRNEK 1:

Tanı:	Hasta, dizin açık yarasında kırık cam sebebiyle hastaneye yatırılmıştır. Yara, stafilocoklarla enfekte olmuştur.	
Kodlar:	S81.0	<i>Dizin açık yarası</i>
	T89.01	<i>Yabancı cisim ile birlikte açık yara (enfeksiyon ile birlikte ya da enfeksiyon olmadan)</i>
	B95.8	<i>Stafilokoklar tanımlanmamış, diğer bölümlerde sınıflanan hastalıkların etkeni olarak</i>

1918 KIRIK VE ÇIKIK**Klasifikasyon**

‘Açık’ kırık olarak kaydedilmeyen bir kırık, ICD-10-AM’de kapalı kırık olarak sınıflandırılır.

Vertebra kırıkları/ çıkıkları için ayrıca bakınız **ACS 1915 Spinal (kord) yaralanma**.

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 atayın.

ÖRNEK 1:

Tanı:	Femur boynunun açık kırığı	
Kodlar:	S72.00	<i>Femur boynu kırığı, bölge tanımlanmamış</i>
	S71.81	<i>Açık yara (kalça ve uyluğun herhangi bir bölgesinin), kırıkla ilişkili</i>

ÖRNEK 2:

Tanı:	Omuz ekleminin açık çıkığı, anterior	
Kodlar:	S43.01	<i>Omuz eklemi çıkığı, anterior</i>
	S41.82	<i>Açık yara (omuz kemerinin herhangi bir kısmının), çıkıkla ilişkili</i>

Aynı bölgedeki bir kırık/ çıkık, açık kırık/ çıkık olarak belirtilmişse, yalnızca ‘kırıkla ilişkili açık yara’ kodunu kullanın. Bu tür vakalarda, aynı yaralanma bölgesindeki her iki açık yara kodunun da atanmasına gerek yoktur.

ÖRNEK 3:

Tanı:	Humerus distal uç açık kırığı/ çıkığı	
Kodlar:	S42.40	<i>Humerus alt uç kırığı, bölge tanımlanmamış</i>
	S41.81	<i>Açık yara (omuz kemerinin herhangi bir kısmının), kırıkla ilişkili</i>
	S43.01	<i>Omuz eklemi çıkığı, anterior</i>

Birden fazla yaralanma meydana gelmiş ancak, bunlardan yalnızca biri açık yara ise, açık yara kodunu her zaman ilgili kırık veya çıkık kodunun hemen arkasından girin.

İstisna: Açık kırıklar iki kod gerektirir (biri, kırığın yerini tanımlamak; diğeri ise, kırığın ‘açık’ kırık olma niteliğini belirtmek için); ancak, kırığın açıklık veya kapalılık niteliğini belirtmek için bir beşinci karakterin bulunduğu şu kategoriler bu gerekliliğe istisnadır:

T02	<i>Birden fazla vücut bölgesinin kırıkları</i>
T08	<i>Omurga kırığı, düzey tanımlanmamış</i>
T10	<i>Üst ekstremité kırığı, düzey tanımlanmamış</i>
T12	<i>Alt ekstremité kırığı, düzey tanımlanmamış</i>

Kırık- çıkık

Hem kırığı hem çıkığı, aksi belirtilmedikçe kırık ilk sırada olmak üzere kodlayın.

Örneğin, Monteggia kırık-çıkığı bir kırık (S52.21 *Ulna proksimal shaft kırığı, radius başı çıkığı ile birlikte*) olarak sınıflandırılırken Lisfranc kırık-çıkığı, bir çıkık (93.33 *Tarsometatarsal (eklem) çıkığı*) olarak sınıflandırılır.

1919 AÇIK KAFA İÇİ YARALANMA**Tanımı**

Açık kafa içi yaralanma, kafatası boşluğu veya nörokranyumun (brain case) delinerek (yaralanmaya bağlı) intrakraniyal boşluğu ekspozetmesidir.

Kafa içi yaralanma, başın yaralanması ile birlikte kaydedilmişse, önce kafa içi yaralanma, arkasından açık yara kodunu atayın.

ÖRNEK 1:

Tanı:	Serebrum laserasyonu ve intraserebral kanama ile birlikte başın yarası.	
Kodlar:	S06.23	<i>Birden fazla beyin ve beyincik hematomu</i>
	S06.28	<i>Diğer yaygın beyin ve beyincik yaralanması</i>
	S01.83	<i>Başın diğer kısımlarının açık yarası, intrakraniyal yaralanmanın eşlik ettiği</i>

Kafa içi yaralanma ile birlikte açık kırık

Kafatasının kafa içi yaralanma ile birlikte açık kırığı meydana gelirse, kafa içi yaralanma ve kırığa ilişkin bir kod ile şu kodu atayın:

S01.83 *Başın diğer kısımlarının açık yarası, intrakraniyal yaralanmanın eşlik ettiği*

Bu tür vakalarda, kırığın açık bir kırık olduğu, kafa içi yaralanmaya ilişkin kodlarda belirtildiğinden, '*Başın ve diğer kısımlarının açık yarası, kırığın eşlik ettiği*' kodunu atamayın.

1920 AÇIK İNTRATORASİK/ İNTRAABDOMİNAL YARALANMA**Tanımı**

Açık intratorasik veya intraabdominal yara, intratorasik veya intraabdominal boşluğun delinerek, boşluğun ekspozet olduğu yaradır.

Açıklama: Abdomen veya torasik bölgedeki bir yırtılma ile birlikte boşluk içi penetrasyon görülmeyebileceğinden, bu yaralanma tipleri kodlanmadan önce dokümantasyon dikkatli bir şekilde incelenmelidir.

Klasifikasyon

Bir açık intratorasik yaralanma tanımlanmışsa, önce intratorasik yaralanma kodunu, arkasından aşağıdaki kodu atayın:

S21.83 *Toraksın (herhangibir kısmının) açık yarası, intratorasik yaralanma ile ilişkili*

ÖRNEK 1:

Tanı:	Akciğerde delinmeye neden olan göğüs yarası	
Kodlar:	S27.38	<i>Akciğerin diğer ve tanımlanmamış yaralanmaları</i>
	S21.83	<i>Toraksın (herhangi bir kısmının) açık yarası, intratorasik yaralanma ile ilişkili</i>

Bir açık intraabdominal yaralanma tanımlanmışsa, önce intraabdominal yaralanma, arkasından açık yara kodunu atayın:

ÖRNEK 2:

Tanı:	Böbrek parenkiminin total bozulması, splenik laserasyon ve ince bağırsakta yırtılma. Abdominal duvardan dışarı çıkmış bağırsak bulgusu.	
Kodlar:	S37.03	<i>Böbrek parenkiminin tümünden bozulması</i>
	S36.02	<i>Dalاک kapsülünde yırtılma, parankimde major bozukluk yokken</i>
	S36.40	<i>İnce bağırsak yaralanması, bölge tanımlanmamış</i>
	S31.83	<i>Karnın (herhangi bir kısmının) açık yarası, intraabdominal yaralanma ile ilişkili</i>

Intratorasik ve intraabdominal yaralanmanın eşlik ettiği açık kırık

Boşluk içi yaralanma ile birlikte gövdenin açık kırığı meydana gelirse, boşluk içi yaralanma ve kırığa ilişkin bir kod ile uygun şekilde aşağıdaki kodları atayın:

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*

Bu tür vakalarda, kırığın açık bir kırık olduğu boşluk içi yaralanmaya ilişkin kodlarda belirtildiğinden 'Açık yara (...), kırığın eşlik ettiği' kodunu **atamayın**.

1921 BURKULMA VE GERİLMELER

Klasifikasyon

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.

'Eklem ve ligamentlerin çıkığı, gerilmesi, burkulması' başlığı altında sınıflandırılmadıklarından kas ve tendonların burkulma ve gerilmelerini kodlarken dikkat edin.

ÖRNEK 1:

Tanı: Çapraz ligamentte ağır burkulma

Kod: S83.50 *Tanımlanmamış çapraz ligament burkulma ve gerilmesi*

ÖRNEK 2:

Tanı: Kuadriseps kasın burkulması

Kod: S76.1 *Kuadriseps kas ve tendonunun yaralanması*

1922 EZİLME

Tanımı

Ezilme, vücudun bir bölgesine belli bir süre boyunca uygulanan (genellikle 1 saatten fazla), alttaki anatomik yapılarda hasar oluşturabilecek ve ciddi sistemik sonuçlar doğurabilecek (bir başka deyişle, ezilme sendromu) büyük dış kuvvet olarak tanımlanabilir. Ezilme vakaları, fiili yaralanmaya göre çok daha kötü bir prognoz gösterir.

Klasifikasyon

ICD-10-AM'de yer alan ezilme sınıflandırmasının geniş anlamıyla kullanıldığı, bilimsel tanımın tercih edilmesi halinde kodlama açısından çözümü zor olabilecek daha fazla karmaşıklığın ortaya çıktığı kabul edilmektedir.

Asıl yaralanmayı, ezilme kaydedildiğinde kodlayın.

ÖRNEK 1:

Tanı: Ayakta, ikinci, üçüncü ve dördüncü metatarsalda kırığa neden olan ağır ezilme. Beşinci metatarsal kırığı, açık kırıktır.

Kodlar: S92.3 *Metatarsal kemik kırığı*

S91.81 *Açık yara (ayak bileği ve ayağın herhangi bir yerinde), kırıkla ilişkili*

Ezilme sendromu

Ayrıca, klinik tedavi uzmanınca kaydedilmiş olması halinde ezilme sendromuna ilişkin (T79.5 *Travmatik anüri*) kullanılmalıdır. Ezilme sendromu şöyle tanımlanır:

"Özellikle büyük kas kütlesi olmak üzere herhangi bir yerin miyoglobinin açığa çıkmasına neden olan ezilmesi sonrasında oluşan ödem, oligüri ve böbrek yetmezliğinin diğer semptomları." (Miller-Keane (1997). *Encyclopedia and Dictionary of Medicine Nursing and Allied Health* (6. Basım)

1923 ZEHİRLİ CANLILAR İLE TEMAS

Envenomasyon

Envenomasyon, zehirli bir bitki veya hayvanla temasın toksik etkisidir.

Yılanla temas

Yılan ısırığı sonucu envenomasyon

Yılan ısırığı sonucu envenomasyon 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.

X20.0 *Zehirli yılanla temas* kategorisi yalnızca zehirli bir yılanla temasa ilişkin kesin kanıt varsa kullanılmalıdır. **Zehirli yılanla** temas aşağıdaki yollarla kanıtlanır:

- Temas edilen yılanın kesin olarak tanımlanması (zehirli),
- Vücut sıvılarında özgül yılan zehirinin saptanması ve/veya
- Yılan zehirinin toksik etkisinin (envenomasyon) bulgulanması, antivenin verilmesi dahil olmak üzere.

Hasta ciddi derecede envenomasyona maruz kalmışsa hastaya hangi antiveninin verileceğini belirlemek amacıyla, diğer bilgilerin yanı sıra (klinik bulgu, ilgili coğrafi bölgedeki yılanlar hakkında bilgi, hasta ile birlikte hastaneye getirilen yılanın tanımlanması) Venom Saptama Araçları (VDK'lar) kullanılır. Güvenilir bir saptama yapılamıyorsa, polivalan yılan antivenini (veya Victoria ve Tasmania'da kullanılan uygun monovalan antivenin kombinasyonu) kullanılır.

Yılan ısırığı söz konusu ve VDK sonucu pozitifse, envenomasyon ister yılan ısırığından kaynaklansın ister kaynaklanmasın, X20.0- kategorisinden, saptanan venoma uygun olan kodu atayın.

ÖRNEK 1:

VDK, kahverengi yılan zehiri saptamıştır. Herhangi bir envenomasyon belirtisi yoktur ve herhangi bir antivenin verilmemiştir. Bölgede açık yara durumuna ilişkin kodu ana tanı olarak atamak suretiyle, bir dış neden kodunu, X20.00 *Kahverengi yılanla temas*, atayın.

Antivenin verilmesini gerektirecek bir envenomasyonun meydana gelmesi halinde, T63.0 *Zehirli hayvanlarla temasın toksik etkisi, yılan zehiri*'ni ana tanı olarak atamak suretiyle, verilen antivenine uygun olarak X20.0 *Zehirli yılanla temas* kategorisinden bir dış neden kodunu atayın.

Polivalan antivenin verilmesi halinde, dış neden kodu, X20.09 *Tanımlanmamış zehirli yılanla temas*'i atayın. Avustralya dışındaki zehirli yılanlarla temasta 'egzotik' polivalan antivenin verilmesi ve temas edilen yılanın kesin olarak tanımlanması durumunda ise dış neden kodu, X20.08 *Diğer tanımlanmış zehirli yılanla temas*'i atayın.

Bilinen zehirli bir yılanla temas, antivenin verilmeksizin de gerçekleşebilmektedir. Bu, 'kuru ısırık' (dry bite) 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

Envenomasyondan kaynaklanan toksik etkilerin yanında veya yerine allerjik reaksiyonlar oluşabilmektedir. Bu durum daha çok, venoma karşı bir allerji geliştirmiş olan, sürüngenlerle çalışan profesyonellerde görülmektedir. Bu tür vakalarda, yılan zehirinin allerjik etkisini tanımlamak için T78 *Ters etkiler, başka yerde sınıflanmamış* kategorisinden bir kod atanmalıdır.

Antivenin

Avustralya'daki kara yılanı (kahverengi, boğa, kara, engerek, taipan) ısırıklarının tedavisinde beş monovalan antivenin tipi bulunmakta, Avustralya dışındaki zehirli yılanların (örneğin, hayvanat bahçelerindeki yılanlar) ısırıklarının tedavisi ise bir deniz yılanı antivenini ile çeşitli egzotik antiveninler kullanılmaktadır. Yılanın türü belirlenmemişse bu beş monovalen antiveninin tamamı ile birlikte bir polivalan antivenin de kullanılabilir.

Antiveninler ayrıca, kayabalığı, paralizi kenesi, kırmızı siyah örümcek ve ağ ören örümcek için verilebilir.

Hastalara birden fazla antivenin ampülü verilebilmektedir. Ampüller tekli kapsül olarak veya iki ampülün içeriği birleştirilerek verilir.

Antivenin verilmesi ile ilgili olarak, [1920] *Kemoterapi* bloğundan bir kod, -04 uzantısı ile atanır.

Antiveninin ters etkileri

Klinik kod uzmanları, antiveninin ters reaksiyonuna ilişkin herhangi bir bulguyu tanımlamak için klinik tedavi uzmanlarının görüşüne başvurmalıdır.

Antiveninin ters etkilerine ilişkin göstergeler arasında şunlar yer alır:

- Döküntü, nefes darlığı/ hırıltı, ürtiker, karın ağrısı, kusma ve/veya ishal, hipotansiyon ve kardiyak arrest gibi akut allerjik reaksiyon belirti ve semptomları
- Akut allerjik reaksiyonların adrenalin, antihistamin, kortikosteroid, sıvı ve/veya kolloid/kristalloid enjeksiyonu ile tedavisine ilişkin kanıt
- Birden fazla antivenin ampülü kullanımı
- Önceden mevcut olan venom ve/veya antivenin allerjisi öyküsü
- Akut allerjik reaksiyonların, antivenin verildikten sonra, adrenalin, antihistamin ve/veya kortikosteroid ile tedavisine ilişkin dokümantasyon.

Açıklama: *Kod uzmanları, akut allerjik reaksiyonların tedavisinde bu ilaçların kullanımına ilişkin dokümantasyon ile ilaçların antivenin verilmeden önce premedikasyon olarak kullanımının birbirinden ayrılması gerektiğini bilmelidirler. Bugün, Avustralya yılan antiveninlerinin intravenöz yolla verilmesinden önce premedikasyon olarak subkütan adrenalin verilmesi önerilmektedir. Kod uzmanları, adrenalin enjeksiyonunun, antivenin enjeksiyonundan önce profilaktik amaçla mı yoksa bir ters reaksiyonun tedavisi amacıyla mı uygulandığını klinik tedavi uzmanı ile birlikte kontrol etmelidir.*

Anafilaksi

Antivenine karşı bir ters reaksiyon olarak kaydedilmişse anafilaksiye, T80.5 *Serumdan dolayı anafilaktik şok* kodu atanmalıdır.

Serum hastalığı

İmmün komplekslerinin birikimine bağlı serum hastalığı, antiveninler gibi yabancı protein solüsyonlarının verilmesiyle ortaya çıkan bir komplikasyondur.

Birden fazla antivenin ampülü verildiğinde, özellikle serum hastalığı olmak üzere yüksek oranda **gecikmiş reaksiyonlar** oluşur. Bu reaksiyonların hastanede yatış döneminde görülme olasılığı bulunmamaktadır (genellikle antiveninin verilmesinden iki hafta sonra ortaya çıkar). Serum hastalığı, T80.6 *Serum reaksiyonları, diğer* ile kodlanmalıdır.

Antiveninin diğer tanımlanmış ters reaksiyonları

Antivenin enjeksiyonuna karşı diğer tanımlanmış ters reaksiyonlar T80.6 *Serum reaksiyonları, diğer* ile kodlanmalıdır. Tanımlanmamış bir ters etkinin kaydedilmiş olması halinde, kod uzmanları, söz konusu tepkiyi doğrulamak için klinik tedavi uzmanının görüşüne başvurmalıdır. Ayrıntılı dokümantasyon yoksa, T88.7 *Uyuşturucu veya ilacın tanımlanmamış ters etkisi*'ni atayın.

Antivenin ters etkilerinin görüldüğü vakaların tamamı için, Y59.3 İmmüoglobülin, dış neden kodu olarak 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 envenomasyona ilişkin herhangi bir bulgu yoksa (bakınız yukarıdaki bölüm) atanmalıdır. Yılan zehirsiz bir yılan olarak kaydedilmemişse ve

envenomasyona ilişkin herhangi bir bulgu yoksa, W59.1 *Zehirli olup olmadığı bilinmeyen yılan tarafından ısırılma veya ezilme*'yi dış neden kodu olarak atayın.

Zehirli örümceklerle temas

Örümcek ısırığı sonucu envenomasyon

Örümcek ısırığı sonucu envenomasyon 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.

Beyaz kuyruklu ya da diğer nekrotizan araknid ile temas

Beyaz kuyruklu örümcekler ve diğer nekrotizan araknidler, ısırık bölgesinde dokuda kabartıya veya nekroza neden olur. Birçok hasta kesin bir ısırık öyküsü göstermez veya ısırık hissedilmişse, ısırın canlıyı tanımlayamaz. Bu nedenle, nekrotizan araknidizm tanısı, birçok vakada ayrıntılı olarak ele alınması gereken bir tanıdır. Lokal değişiklikler (tipik olarak, kabartı, eritema veya endurasyon) genellikle birkaç haftada kaybolur. Kod uzmanları bütün vakalarda, X21.2 *Beyaz kuyruklu ya da diğer nekrotizan örümceklerle temas* kodunu atamadan önce, örümceğe ilişkin tanımlamayı ve/veya temasın klinik özelliklerini belirlemeli ve bunları doğrulamak için klinik tedavi uzmanının görüşüne başvurmalıdır.

Zehirsiz örümcekle temas

W57 *Zehirsiz böcekler ve diğer zehirsiz artropotlar tarafından ısırılma veya sokulma* yalnızca örümceğin, zehirsiz bir örümcek olduğu özellikle kaydedilmişse atanmalıdır.

Venom immünoterapi

Venom immünoterapi, profilaktik immünoterapinin (örneğin, normal gama globülin infüzyonu) özel tipleri olan polen veya toz desensitizasyonundan farklıdır. Venom immünoterapide, antikorlardan ziyade, küçük ancak artan miktarlarda venom enjekte edilir. Venom immünoterapi, zar kanatlılara (böcek cinsi) bağlı sistemik allerjik reaksiyonlar için standart bakım olarak kabul edilmektedir. Klasik (ayakta tedavi ile birkaç hafta süreyle indüksiyon immünoterapi), acil (*rush*) (birkaç gün süreyle indüksiyon) ve çok acil (*ultrarush*) (birkaç saat süreyle indüksiyon) biçimleri dahil olmak üzere bir dizi farklı dozaj şekli kullanılır. Klasik protokolle karşılaştırıldığında acil protokolle hastalara kısa bir süre içinde yüksek dozda venom verilerek bakım dozuna çok daha çabuk ulaşılır ve hastaya daha erken koruma sağlanır. Şu anda, venom immünoterapide venom verilmesi bal arıları, sarı eşek arısı, kağıt eşek arısı ve Avrupa eşek arısı ile sınırlıdır; venomun, *Myrmecia pilosula* karıncası immünoterapisinde de kullanılmasına yönelik uygulamanın kısa süre içinde başlaması beklenmektedir.

Özet Venom İmmünoterapi dozaj şekilleri

Protokol	Bakım dozuna ulaşmak için gereken süre	Venom tipi
Klasik	49 gün	Bal arısı/ Eşek arısı
Küme	29 gün	Bal arısı/ Eşek arısı
Acil	2-21 gün	Bal arısı/ Eşek arısı
Çok acil	6 saat	Eşek arısı

Böcek cinsi zar kanatlılar arasında eşek arıları (sarı eşek arısı veya Avrupa eşek arısı ve kağıt eşek arısı), yaprak bitleri (bal arıları), karıncalar, tırtır sineği ve testere sineği yer alır.

Klasifikasyon

Arı, eşek arısı ve karınca venomuna desensitizasyona yönelik profilaktik immünoterapi için yatışlarda, Z51.6 *Allerjenlere desensitizasyon* kategorisinden uygun kodu ana tanı olarak atayın. Ayrıca, belirlenen dozaj şekline bağlı olarak aşağıdaki prosedür kodlarından birini atayın:

- 96195-00 [1884] *Venom protein verilmesi, diğer*
- 96195-01 [1884] *Venom protein verilmesi, acil protokol*
- 96195-02 [1884] *Venom protein verilmesi, çok acil protokol*

Notlar

20. MORBİDİTE DIŞ ETKENLERİ

2001 DIŞ NEDEN KODU KULLANIMI VE SIRALAMA

U50-Y98 kodları ana tanı olarak kullanılmayacaktır. Bu kodlar, Bölüm XIX *Yaralanma, zehirlenme ve dış nedenlerin bazı diğer sonuçları*'nda sınıflandırılan durumların dış nedenlerini belirtmek amacıyla ek kod olarak kullanılmak üzere sağlanmaktadır; bu kodlar, herhangi bir başka bölüm kapsamında sınıflandırılmış ve bir dış nedene bağlı olan durumlar için de ek kod olarak kullanılabilir.

Bir 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(lar) gerekiyorsa birden fazla dış neden kodu atanabilir. Dış neden kodları, ilgili oldukları tanı kodunun (kodlarının) hemen arkasından girilmelidir. Birden fazla dış neden kodu atanırken, ekstra dış neden kodlarını (bakınız aşağıda *Bir dış neden kodu gerektirmeyen kodlar*) kaydetmek için önemli tanı kodlarının çıkarılmamasına özen gösterilmelidir.

Belirli dış neden kodları ile birlikte atanması gereken ek kodlara ilişkin kurallar için bakınız Hastalık Listesi, Y92 *Olay yeri* kategorisi ve U50-U73 *Aktivite* bloğu.

Dış neden kodu gerektirmeyen kodlar

Dış olaylardan kaynaklanan bir dizi durum, Bölüm I-XVIII'de belirli kodlarla gösterilmektedir. Bu kodlardan bazıları bir dış neden kodu atanmasını gerektirmez (bakınız aşağıda verilen liste). Dış neden kodunun gerekli olmamasının sebebi, dış nedene ilişkin bilgilerin tanı kodunda yer alması, bu nedenle bir dış neden kodunun eklenmesinin herhangi bir ilave bilgi sunmamasıdır.

KOD	AÇIKLAMA
L23.0	<i>Allerjik kontakt dermatit, metallere bağlı</i>
L23.1	<i>Allerjik kontakt dermatit, adeziflere bağlı</i>
L23.2	<i>Allerjik kontakt dermatit, kozmetiklere bağlı</i>
L23.4	<i>Allerjik kontakt dermatit, boyalara bağlı</i>
L23.5	<i>Allerjik kontakt dermatit, kimyasal ürünlere bağlı</i>
L23.6	<i>Allerjik kontakt dermatit, deriye temas eden gıdalara bağlı</i>
L23.7	<i>Allerjik kontakt dermatit, bitkilere bağlı, gıdalar hariç</i>
L24.0	<i>İrritan kontakt dermatit, deterjanlara bağlı</i>
L24.1	<i>İrritan kontakt dermatit, yemek ve makine yağlarına bağlı</i>
L24.2	<i>İrritan kontakt dermatit, çözücülere bağlı</i>
L24.3	<i>İrritan kontakt dermatit, kozmetiklere bağlı</i>
L24.5	<i>İrritan kontakt dermatit, diğer kimyasal ürünlere bağlı</i>
L24.6	<i>İrritan kontakt dermatit, deriye temas eden gıdalara bağlı</i>
L24.7	<i>İrritan kontakt dermatit, bitkilere bağlı, gıdalar hariç</i>
L24.8	<i>İrritan kontakt dermatit, diğer ajanlara bağlı</i>
L25.0	<i>Kontakt dermatit, tanımlanmamış kozmetiklere bağlı</i>
L25.2	<i>Kontakt dermatit, tanımlanmamış boyalara bağlı</i>
L25.3	<i>Kontakt dermatit, tanımlanmamış diğer kimyasallara bağlı</i>
L25.4	<i>Kontakt dermatit, tanımlanmamış deriye temas eden gıdalara bağlı</i>
L25.5	<i>Kontakt dermatit tanımlanmamış bitkilere bağlı, gıda hariç</i>
L25.8	<i>Kontakt dermatit tanımlanmamış diğer ajanlara bağlı</i>
L55.0	<i>Güneş yanığı, birinci derece</i>
L55.1	<i>Güneş yanığı, ikinci derece</i>
L55.2	<i>Güneş yanığı, üçüncü derece</i>
L55.8	<i>Güneş yanığı diğer</i>
L55.9	<i>Güneş yanığı, tanımlanmamış</i>
L56.2	<i>Fotokontakt dermatit [berloque dermatit]</i>
L56.3	<i>Solar ürtiker</i>
L56.4	<i>Polimorf ışık erüpsiyonu</i>
L56.8	<i>Akut deri değişiklikleri diğer tanımlanmış ultraviyole radyasyonuna bağlı</i>
L56.9	<i>Akut deri değişiklikleri, ultraviyole radyasyonuna bağlı, tanımlanmamış</i>
L57.0	<i>Aktinik keratozis</i>

- L57.1 *Aktinik retiküloid*
L57.2 *Kütis ramboidalis nuşe*
L57.3 *Civatte Poikiloderma*
L57.4 *Kütis laksa senilis*
L57.5 *Aktinik granülom*
L57.8 *Deri değişiklikleri, iyonize olmayan (nonionizing) radyasyona kronik mazur kalmaya bağlı diğer*
L57.9 *Deri değişiklikleri, iyonize olmayan (nonionizing) radyasyona kronik mazur kalmaya bağlı, diğer tanımlanmamış*
O34.2 *Anne bakımı, geçirilmiş cerrahiye bağlı uterus skarında*
O86.0 *Obstetrik cerrahi yaranın enfeksiyonu*
O90.0 *Sezeryan kesisi yarasının açılması*
O90.1 *Perineal obstetrik yaranın açılması*
O90.2 *Obstetrik yara hematomu*
P04.0 *Gebelik, doğum süreci ve doğumdaki maternal anestezi ve analjeziden etkilenmiş fetüs ve yenidoğan*
P04.2 *Annenin sigara içmesinden etkilenmiş fetüs ve yenidoğan*
P04.3 *Annenin alkol kullanmasından etkilenmiş fetüs ve yenidoğan*
P04.6 *Annenin çevresel kimyasal maddelere maruz kalmasından dolayı etkilenmiş fetüs ve yenidoğan*
P04.8 *Fetüs ve yenidoğanı etkileyen diğer maternal zararlı etkenler*
P10.0 *Doğum yaralanmasına bağlı subdural hemoraji*
P10.1 *Doğum yaralanmasına bağlı serebral hemoraji*
P10.2 *Doğum yaralanmasına bağlı intraventriküler hemoraji*
P10.3 *Doğum yaralanmasına bağlı subaraknoid hemoraji*
P10.4 *Doğum yaralanmasına bağlı tentorial yırtık*
P10.8 *Doğum yaralanmasına bağlı diğer kafa içi laserasyon ve hemorajiler*
P10.9 *Doğum yaralanmasına bağlı tanımlanmamış kafa içi laserasyon ve hemoraji*
P11.0 *Doğum yaralanmasına bağlı serebral ödem*
P11.1 *Doğum yaralanmasına bağlı diğer tanımlanmış beyin hasarı*
P11.2 *Doğum yaralanmasına bağlı tanımlanmamış beyin hasarı*
P11.3 *Fasial sinirin doğum yaralanması*
P11.4 *Kranial sinirlerin diğer doğum yaralanması*
P11.5 *Vertebra ve spinal kordun doğum yaralanması*
P11.9 *Merkezi sinir sisteminin doğum yaralanması, tanımlanmamış*
P12.0 *Doğum yaralanmasına bağlı sefalhematom*
P12.1 *Doğum yaralanmasına bağlı chignon*
P12.2 *Doğum yaralanmasına bağlı epikranial subaponörotik hemoraji*
P12.3 *Doğum yaralanmasına bağlı saçlı deri ezilmesi*
P12.4 *Yeni doğan saçlı derinin monitorizasyona bağlı yaralanması*
P12.8 *Saçlı derinin diğer doğum yaralanmaları*
P12.9 *Saçlı deri doğum yaralanması, tanımlanmamış*
P13.0 *Doğum yaralanmasına bağlı kafatası kırığı*
P13.1 *Kafatasının diğer doğum yaralanmaları*
P13.2 *Femurun doğum yaralanması*
P13.3 *Uzun kemiklerin diğer doğum yaralanması*
P13.4 *Doğum yaralanmasına bağlı klavikula kırığı*
P13.8 *İskeletin diğer kısımlarının doğum yaralanmaları*
P13.9 *İskeletin doğum yaralanması, tanımlanmamış*
P14.0 *Doğum yaralanmasına bağlı Erb paralizisi*
P14.1 *Doğum yaralanmasına bağlı Klumpke paralizisi*
P14.2 *Doğum yaralanmasına bağlı frenik sinir paralizisi*
P14.3 *Brakial pleksus diğer doğum yaralanmaları*
P14.8 *Periferik sinir sistemi diğer kısımlarının doğum yaralanmaları*
P14.9 *Periferik sinir sistemi doğum yaralanması, tanımlanmamış*
P15.0 *Karaciğerde doğum yaralanması*
P15.1 *Dalakta doğum yaralanması*
P15.2 *Doğum yaralanmasına bağlı sternomastoid yaralanması*
P15.3 *Gözde doğum yaralanması*
P15.4 *Yüzde doğum yaralanması*
P15.5 *Eksternal genital organların doğum yaralanması*
P15.6 *Doğum yaralanmasına bağlı subkütan yağ nekrozu*
P15.8 *Doğum yaralanmaları diğer, tanımlanmamış*
P15.9 *Doğum yaralanması, tanımlanmamış*

Açıklama: Yaralanma bölümündeki (S00-T99) bir koda ek olarak bir dış neden kodunu atamanın zorunlu olmadığı belirli durumlar vardır. (Bilgi için eyalet/ bölgenizdeki sağlık idaresine başvurun).

2004 ALLERJİK REAKSİYON BŞT

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.

2005 ZEHİRLENME VE YARALANMALAR – NİYETİN BELİRTİLMESİ

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 bir dizi kategori bulunmaktadır.

Açıklama: Niyete ilişkin varsayımda bulunmayın. Niyet, klinik tedavi uzmanınca, klinik kayda girilmek zorundadır.

X40–X49 Zehirli maddelere maruz kalma ve kazayla zehirlenme

Hastalık Listesinde bu bloğun başında verilen 'kapsama alma' açıklaması şöyledir:

- Kazayla ilaç doz aşımı
- Yanlış verilen veya alınan ilaç
- Dikkatsizlikle alınan ilaç
- Tıbbi ve cerrahi girişimlerde uyuşturucu, ilaç ve biyolojik madde kullanımı kazaları

X60–X84 Kasıtlı kendine zarar verme

Bu kategoriler, aşağıdaki şekilde tanımlanan yaralanma ve zehirlenmelerle birlikte kullanılacaktır:

- Kasıtlı kendini zehirlenme veya yaralama
- İntihar (girişimde bulunulmuş)

Açıklama: Açık veya dolaylı kendine zarar verme niyeti belirtilmeyen kendini yaralamalarda, Y10-Y34 *Gerçekleşme şekli belirlenmemiş olay* bloğundan bir kod atanmalıdır.

X85–Y09 Saldırı

Bu kategoriler, aşağıdaki şekilde tanımlanan yaralanma ve zehirlenmelerle birlikte kullanılacaktır:

- Cinayet
- Herhangi bir araçla yaralama veya öldürme amacıyla başka bir kişi tarafından gerçekleştirilen yaralamalar.

Y10–Y34 Gerçekleşme şekli belirlenmemiş olay

Bu kategori kapsamındaki kodlar, niyet tanımlanmamışsa veya belirlenmemişse kullanılacaktır. Bir başka deyişle, kazayla (kasıtsız), kendine zarar verme amacıyla kendi kendine veya saldırı olarak tanımlanmamış yaralanmalar.

2008 SALDIRI, SUİSTİMAL VE İHMAL SUÇUNUN FAİLİ

Saldırı vakalarında, spesifik yaralanma(lar), ana tanı olarak kodlanmalıdır. Yaralama mekanizmasına (örneğin; bıçaklama, dövme, yanma) bakılmaksızın, X85-Y09 *Saldırı* kategorilerinden bir dış neden kodu atanmalıdır.

Failin sınıflandırılmasına yönelik aşağıda verilen alt kategoriler, X85-Y09 kodlarında beşinci karakterle temsil edilir.

- .0 *Eşler ya da aile içinde*
- .1 *Anne baba*
- .2 *Diğer aile üyesi*
- .3 *Bakıcı*

- .4 Tanıdık veya arkadaş
- .5 Resmi yetkililer
- .6 Kurbanı tanımayan bir kişi
- .7 Kurbanı tanımayan birden çok kişi
- .8 Diğer tanımlanmış kişi
- .9 Tanımlanmamış kişi

Açıklama: X85–X91, X93, X96–X98, Y00–Y02 ve Y04–Y09 kategorilerinde dördüncü karakteri doldurmak üzere '0'ın kullanılması gerekir.

Beşinci karakterler, fail ile kurbanın ilişkisine göre hiyerarşik olarak listelenir. Fail ile kurban arasındaki en yakın ilişkiyi gösteren beşinci karakteri (bir başka deyişle, listedeki en büyük sayı) atayın.

ÖRNEK 1:

Komşunun kızı, bebek bakıcısı olarak tutulmuştur. Kız, çocuğa kötü muamelede bulunur; çocukla belirgin ilişkisi, ücretli olarak tutulmuş bir bebek bakıcısı ilişkisidir. Beşinci karakter olarak .3 *Bakıcı*'yi atayın.

Aile içi ilişki

Kurban ile fail arasındaki aile ilişkisi her zaman, aile dışı ilişkiden önce gelir.

ÖRNEK 2:

Kurbanın kuzeni, bebek bakıcısı olarak tutulmuştur. Çocuğa kötü muamelede bulunmuştur; çocukla belirgin ilişkisi, akraba (kuzen) ilişkisidir. Beşinci karakter olarak, .3 *Bakıcı*'dan ziyade .2 *Diğer aile üyesi*'ni atayın.

Anne babanın partneri – birlikte yaşayan ve birlikte yaşamayan

Saldırı, suistimal veya ihmal suçunun failinin, anne babanın partneri olduğu kaydedilmişse; fail, kurbanla aynı evde yaşıyorsa (birlikte yaşayan) beşinci karakter olarak yalnızca .1 *Anne baba*'yı atayın.

Anne babanın partneri, kurbanla aynı evde değil, kalıcı olarak kendi evinde yaşıyorsa (birlikte yaşamayan), beşinci karakter olarak .4 *Tanıdık ya da arkadaş*'ı atayın.

Anne babanın partneri olarak tanımlanmış olan failin ikametini belirlemek için yeterli dokümantasyon bulunmuyorsa ve daha fazla bilgi yoksa, beşinci karakter olarak .1 *Anne baba*'yı atayın (bir başka deyişle, varsayılan durum olan, anne babayla birlikte yaşayan partner).

Resmi yetkililer

Resmi yetkililer, bir başka kişi üzerinde yetkili kılınmış olan ve görevlerini ifa sırasında söz konusu diğer kişiye saldıran, bu kişiyi ihmal veya suistimal eden kişilerdir. Bu kategorinin kapsamına polisler, askeri personel, güvenlik görevlileri ile ceza ve tevkif evi personeli girer; ancak, bu kişilerle sınırlı değildir. Beşinci karakter .5 *Resmi yetkililer*'i, yalnızca failin saldırı **anında** kurbanın üzerinde yetkili konumda bulunması halinde atayın.

Fail birden çok kişi

Suç işleyen birden çok kişi kurban tarafından tanınıyorsa, en fazla zararı hangisinin verdiğine bakılmaksızın, kurbanla en yakın ilişkiye sahip fail kodlanmalıdır. Bir kişinin kodlanmasını destekleyecek herhangi bir dokümantasyon bulunmuyorsa .7 *Fail birden çok kişi*'yi atayın.

Kurbanın faillerin hiçbirini tanınamaması halinde de .7 *Fail birden çok kişi*'yi atayın. Failler ayrı ayrı kaydedilmişse, kod uzmanları, kurbanla en yakın ilişkisi olan faile ilişkin alt kategoriye atamalıdır.

ÖRNEK 3:

Anne ile annenin kendisiyle birlikte yaşamayan partneri, annenin erkek çocuğuna yumrukla saldırmıştır. Uygun yaralanma kodu ile Y04.01 *Bedensel güçle saldırı, anne baba arasında* artı uygun olay yeri ve aktivite kodunu atayın.

ÖRNEK 4:

Kişi, iş arkadaşı ve tanımadığı bir başka kişi tarafından bedensel güçle saldırıya uğramıştır. Kodlamada, kurban ile kurbanın tanıdığı saldırgan arasındaki ilişki yansıtılmalıdır. Y04.04 *Bedensel güçle saldırı, tanıdık ya da arkadaş arasında* kodu artı uygun olay yeri ve aktivite kodunu atayın.

Notlar

21. SAĞLIK SERVİSLERİYLE TEMAS VE SAĞLIK DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

2103 İYİLEŞME DÖNEMİ / NEKAHAT BAKIMI İÇİN YATIŞ

Hasta, ‘cerrahi sonrası iyileşme dönemi’ tanısıyla bir hastaneden bir başka hastaneye sevk edilirse ve hastanın aktif tedavisinin hala devam ettiği açıkça, Z48.8 *Cerrahi izlem, diğer, tanımlanmış*’ı ana kodu olarak atayın. Cerrahi girişimi gerektiren durumsa, ek tanı olarak kodlanmalıdır.

ÖRNEK 1:

Tanı:	A Hastanesinde serebral anevrizması durdurulan bir hasta B Hastanesine sevk edilmiştir ve 21 gündür B Hastanesinde yatmaktadır.	
Kodlar:	Z48.8	<i>Cerrahi izlem diğer, tanımlanmış</i>
	I67.1	<i>Serebral anevrizma, rüptüre olmamış</i>

Yapılan tek tedavi ‘genel hasta bakım hizmeti’ ise, Z54.- *İyileşme dönemi* kategorisinden bir kodu ana tanı olarak atayın.

Bir durumun tıbbi tedavisinden (cerrahi tedaviye karşı) sonra hastaya nekahet bakımı sunuluyorsa, söz konusu duruma ilişkin kodu, ana tanı olarak atayın.

Dokümantasyonda hastanın A Hastanesinden taburcu edilmesini engelleyen, B Hastanesine sevk edilmesine neden olan sosyal nedenler yer alıyorsa, talimatlar için bakınız **ACS 2107 Süreli bakım**.

2104 REHABİLİTASYON

Özellikle rehabilitasyon amacıyla hastaneye yatırılmış olan hastalar için, Z50.2 *Alkol rehabilitasyonu* ve Z50.3 *Uyuşturucu rehabilitasyonu* (bakınız **ACS 0525 Madde rehabilitasyonu ve detoksifikasyonu**) kodu istisna olmak üzere uygun Z kodu (Z50.- *Rehabilitasyon uygulamaları*) ana tanı olarak atanmalıdır.

Birden fazla rehabilitasyon uygulamasının gerçekleştirilmesi halinde, özgül rehabilitasyon uygulamalarına ilişkin bilgiler prosedür kodları ile gösterileceğinden Z50.9 *Rehabilitasyon uygulaması, tanımlanmamış* 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. **ACS 0002 Ek tanılar**’a uygun olarak ek tanı kriterlerini karşılamaları koşuluyla birden fazla Z kodu kullanılabilir.

Genellikle, durumlar şu sırayla kodlanacaktır:

1. Ana tanı, Z50.- *Rehabilitasyon uygulamaları*
2. Rehabilitasyon gerektiren tıbbi durum
3. **ACS 0002 Ek tanılar**’a uygun olarak ek tanılar
4. Rehabilitasyon prosedür kodları

Açıklama: Yaralanma vakalarında bir dış neden kodunun gerekip gerekmediği konusu ile ilgili olarak eyaletinizin morbidite toplamaya ilişkin yönlendirici ilkelerini uygulayın. Bu kuralın istisnası, sekel dış neden kodları ile olay yeri kodlarının kullanılmasıdır. Bu kodlar, spinal kord yaralanması vakalarında (bakınız Örnek 7) sonraki bakım epizotları için zorunludur.

ÖRNEK 1: İNME

Tanı: Hasta, bir hafta önce geçirdiği bir serebral enfarktüsün rehabilitasyonu amacıyla rehabilitasyon hastanesine sevk edilmiştir. Mevcut yoksunluklar arasında hemipleji, afazi ve üriner inkontinans yer almaktadır.

Kodlar: Z50.- *Rehabilitasyon uygulamaları*
I63.9 *Serebral enfarktüs, tanımlanmamış*
G81.- *Hemipleji*
R47.0 *Disfazi ve afazi*
R32 *Üriner inkontinans, tanımlanmamış*
ACS 0002 *Ek tanımlar'a uygun olarak ek tanımlar*
Rehabilitasyon prosedür kodları

Tanı: 3 yıl önce geçirilen bir inmenin sonucunda oluşan hemiplejinin rehabilitasyonu

Kodlar: Z50.- *Rehabilitasyon uygulamaları*
G81.9 *Hemipleji, tanımlanmamış*
I69.4 *İnme sekeli, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış*
ACS 0002 *Ek tanımlar'a uygun olarak ek tanımlar*
Rehabilitasyon prosedür kodları

İnme vakalarının, özellikle rezidüel yoksunluklarla ilgili olarak, kodlanması hakkında daha fazla bilgi edinmek için bakınız **ACS 0604 İnme**.

ÖRNEK 2: EKLEM REPLASMANI

Tanı: Hasta, uzun süredir devam eden kalça osteoartritine yönelik kalça replasmanı sonrasında rehabilitasyon için hastaneye yatırılmıştır.

Kodlar: Z50.- *Rehabilitasyon uygulamaları*
M16.1 *Primer koksartroz, diğer*
Z96.64 *Kalça implantı*
ACS 0002 *Ek tanımlar'a uygun olarak ek tanımlar*
Rehabilitasyon prosedür kodları

ÖRNEK 3: BAŞ YARALANMASI

Tanı: Hasta, motorlu araç kazası sonucunda oluşan intraserebral kanama sonrasında rehabilitasyon için hastaneye yatırılmıştır.

Kodlar: Z50.- *Rehabilitasyon uygulamaları*
S06.23 *Birden fazla beyin ve beyincik hematomu*
ACS 0002 *Ek tanımlar'a uygun olarak ek tanımlar*
Rehabilitasyon prosedür kodları

ÖRNEK 4: KIRIK

Tanı: Hasta, femur kırığının (balkondan düşme ile) ilk tedavisi sonrasında hastaneye yatırılmıştır.

Kodlar: Z50.- *Rehabilitasyon uygulamaları*
S72.3 *Femur shaft kırığı*
ACS 0002 *Ek tanımlar'a uygun olarak ek tanımlar*
Rehabilitasyon prosedür kodları

Açıklama: Kırığın tedavisinde bir ortopedik implantın kullanıldığı biliniyorsa Z96.6 *Ortopedik eklem implantı*'ndan bir ek kod atanabilir.

ÖRNEK 5: AMPÜTASYON

Tanı: Hasta, insülin bağımlı diyabetle birlikte periferik anjiyopati sonucunda diz altı amputasyonu sonrasında rehabilitasyon için hastaneye yatırılmıştır.

Kodlar: Z50.- *Rehabilitasyon uygulamaları*
E10.51 *İnsülin bağımlı Diabet mellitus, periferik anjiyopati ile birlikte, gangrensiz*
Z89.5 *Diz veya diz altından bacağın kazanılmış yokluğu*
ACS 0002 *Ek tanılar'a uygun olarak ek tanılar*
Rehabilitasyon prosedür kodları

ÖRNEK 6: SPİNAL CERRAHİ

Tanı: Hasta, L5/S1 disk prolapsusuna yönelik laminektomi sonrasında rehabilitasyon için hastaneye yatırılmıştır.

Kodlar: Z50.- *Rehabilitasyon uygulamaları*
M51.2 *İntervertebral disk yer değişimi diğer, tanımlanmış*
ACS 0002 *Ek tanılar'a uygun olarak ek tanılar*
Rehabilitasyon prosedür kodları

ÖRNEK 7: TRAVMATİK SPİNAL KORD YARALANMASI

Tanı: Hasta, 4/5 servikal vertebra korpusunun çıktığı ve aynı seviyede spinal kord kontüzyonu ile birlikte 4. servikal vertebra kırığının meydana geldiği motosiklet kazası sonrasında akut hastaneden rehabilitasyon için sevk edilmiştir.

Kodlar: Z50.- *Rehabilitasyon uygulamaları*
S14.10 *Servikal spinal kord tanımlanmamış yaralanmaları*
S14.70 *Fonksiyonel spinal kord yaralanması, servikal seviye tanımlanmamış*
S12.22 *Dördüncü servikal vertebra kırığı*
S13.14 *C4/5 servikal vertebra çıkığı*
ACS 0002 *Ek tanılar'a uygun olarak ek tanılar*
Rehabilitasyon prosedür kodları

Tanı: Hasta, kazadan 9 ay sonra, yukarıda tanımlanan spinal yaralanmanın devam eden rehabilitasyonu için hastaneye yatırılmıştır. Hastada, C4 seviyesinde tamamlanmamış parapleji vardır.

Kodlar: Z50.- *Rehabilitasyon uygulamaları*
G82.26 *Parapleji, tanımlanmamış, inkomplet, kronik*
T91.3 *Spinal kord yaralanması sekeli*
Y85.0 *Motorlu araç kazasının sekeli*
Y92.40 *Karayolu*
ACS 0002 *Ek tanılar'a uygun olarak ek tanılar*
Rehabilitasyon prosedür kodları

ÖRNEK 8: KALP REHABİLİTASYONU

Tanı: Hasta, koroner arter hastalığı nedeniyle 5 gün önce geçirdiği koroner arter bypass grefi sonrasında rehabilitasyon için hastaneye yatırılmıştır.

Kodlar: Z50.- *Rehabilitasyon uygulamaları*
I25.1- *Aterosklerotik kalp hastalığı*
Z95.1 *Aortakoroner bypass grefi*
ACS 0002 *Ek tanılar'a uygun olarak ek tanılar*
Rehabilitasyon prosedür kodları

ÖRNEK 9: DİĞER TIBBİ DURUMLAR

Tanı: Parkinson hastası, genel rehabilitasyon ve güçlendirme için hastaneye yatırılmıştır.

Kodlar: Z50.- *Rehabilitasyon uygulamaları*
G20 *Parkinson hastalığı*
ACS 0002 *Ek tanılar'a uygun olarak ek tanılar*
Rehabilitasyon prosedür kodları

2105 UZUN SÜRELİ/ BAKIMEVİ TİPİ YATAN HASTALAR

Bazı bölgelerde bakımevi ve diğer destek hizmeti biçimlerinin olmaması nedeniyle, hastalar uzun süreli veya bakımevi tipi hasta olarak hastaneye yatırılabilir. Bu yatışlar, akut bakım ihtiyacı olmaksızın doğrudan evden (veya başka yerden) yatış veya hastaya artık akut bakım sunulmayan epizot tipi değişikliği olarak yapılabilir. ('Bakım tipi' ve 'Akut bakım'ın tanımları için bakınız (Ulusal Sağlık Bilgi Komitesi. (2003). *National Health Data Dictionary*, Version 12, AIHW).

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 (ACS 0002 *Ek tanıları*'a uygun olarak).

Hastalar bir akut problemin tedavisi için hastaneye yatırılır, hastanede uzun süreli veya bakımevi tipi hasta olarak kalırlarsa ve epizot bakım tipi **değişmezse**; akut durum ana tanı, bir Z75.- kodu ise ek tanı olarak atanmalıdır.

2107 SÜRELİ BAKIM

'Süreli bakım' ibaresi, belirli bir süre için, evde bakımlarını sağlayacak herhangi bir bakıcısı bulunmayan hastaların hastaneye yatırılmasını ifade eder. Süreli bakım çoğunlukla, bakıcının (bakıcıların) 'dinlenmesini' sağlamaya yöneliktir.

Süreli bakım için en yaygın kullanılan ana tanı kodu, Z75.5 *Tatil bakımı* olsa da Z74.2 *Evde bakıma ihtiyaç duyma ve diğer ev halkı üyelerinin bakım sağlayamaması* da uygun olabilmektedir.

Hastaya olasılıkla, hastanedeyken durumu (durumları) ile ilgili bakım hizmeti sunulacak olmasına rağmen, hastanın hastaneye yatış sebebinin oluşturmadıklarından bu tür durumların ana tanı olarak sıralanmayacağını belirtmek önemlidir. Sık sık bu kişilerde, evde bir bakıcının idare edebileceği, kronik havayolu sınırlaması gibi kronik hastalıklar görülebilmektedir.

Hasta, sosyal nedenlerin eve taburcu edilmeyi engellemesinden dolayı A Hastanesinden B Hastanesine sevk edilmesi durumunda, ana tanı (B Hastanesi için), sevkini sebepini oluşturan sosyal nedendir; ek tanı ise Z54. *İyileşme dönemi*'dir.

2108 DEĞERLENDİRME

Hastalar değerlendirme için akut olmayan bir sağlık kurumuna yatırılırsa, değerlendirme nedeni, ana tanı olarak kodlanmalıdır.

2111 SPESİFİK BOZUKLUK TARAMASI

Tanımı

Tarama, asemptomatik bireylerde yapılan, hastalık veya hastalık öncüllerinin testi veya muayenesi olup, hastalık testi pozitif çıkan kişiler için erken tanı ve tedaviyi sağlamaktadır.

Klasifikasyon

Hasta, belirli bir hastalık veya bozukluk için muayene edildiğinde (örneğin, endoskopi), yapılan tarama sonucunda hastalık **bulgulanmazsa veya hiçbir zaman bulgulanmamışsa**, Z11.-, Z12.- ve Z13.- ... için *özel tarama muayenesi* kategorilerinden kodlar ana tanı olarak atanmalıdır.

Tarama bakım epizodunda, yapılan tarama sonucunda hastalığın **bulgulanması** halinde, söz konusu hastalık ana tanı olarak kodlanır. Z11.-, Z12.- veya Z13.- kategorisinden bir kod atanması gereksizdir.

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.

(Ayrıca bakınız ACS 2112 *Kişisel öykü* ve ACS 2113 *Spesifik bozukluklar için takip muayeneleri*.)

ÖRNEK 1:

Tanı: Hasta, kolon kanseri aile öyküsüne bağlı kolonoskopi amacıyla hastaneye yatırılmıştır. Kolonoskopide herhangi bir anormallik bulgulanmamıştır.

Kodlar: Z12.1 *Bağırsak neoplazması için özel tarama muayenesi*
Z80.0 *Sindirim organları habis neoplazması aile öyküsü*
32090-00 [905] *Çekum fiber optik kolonoskopisi*

2112 KİŞİSEL ÖYKÜ

Kişisel habis neoplazma öyküsü veya diğer hastalıklar ya da durumlara ilişkin Z85-Z87 kategorilerindeki kodlar hiçbir zaman ana tanı olarak sıralanmamalıdır. (Ayrıca bakınız [ACS 0236 Neoplazmanın kodlanması ve sıralanması](#).)

Bu kodlar, durumun tamamen iyileşmesi ancak, öykünün doğrudan mevcut bakım epizodu ile ilgili olması halinde yalnızca ek tanı olarak atanacaktır. (Ayrıca bakınız [ACS 2111 Spesifik bozukluk taraması](#) ve [ACS 2113 Spesifik bozukluklar için takip muayeneleri](#).)

2113 SPESİFİK BOZUKLUKLAR İÇİN TAKİP MUAYENELERİ

(Ayrıca bakınız [ACS 2111 Spesifik bozukluk taraması](#).)

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.

Açıklama: Bu standart kapsamına, hastaların daha ayrıntılı bir neoplazma tedavisi, örneğin daha önce kesilmiş olan bir lezyonun kapsamlı eksizyonu, için hastaneye yatırıldığı vakalar girmez (bakınız [ACS 0236 Neoplazmanın kodlanması ve sıralanması](#)).

Z08 veya Z09 kategorisindeki, geçirilmiş tedavinin tipini gösteren uygun kod, ana tanı olarak atanmalıdır. Kişisel öyküye ilişkin Z85-Z87 kategorilerinden uygun kodu, ek tanı kodu olarak kaydedin.

ÖRNEK 1:

Hasta, mesane kanseri (daha önce radyasyon tedavisi ile tedavi edilmiştir) takibi için hastaneye yatırılmıştır. Mesanenin trabekülasyonu kaydedilmiş ancak, herhangi bir malignite yinelemesi görülmemiştir.

Z08.1 *Habis neoplazma radyoterapisi sonrası takip muayenesi*
Z85.5 *Kişisel üriner yol habis neoplazma öyküsü*

ÖRNEK 2:

Hasta, gastrik ülserlerin (ilaçla tedavi edilmiştir) takibi için hastaneye yatırılmıştır. Endoskopide, ülserlerin iyileştiği görülmüş ve aktif ülserasyon bulgusuna rastlanmamıştır.

Z09.8 *Tedavi sonrası diğer takip muayenesi için diğer durumlar*
Z87.11 *Kişisel peptik ülser hastalığı öyküsü*

Durum yinelemişse veya bir rezidüel durum mevcutsa, söz konusu durumu ana tanı olarak kodlayın. (Ayrıca bakınız [ACS 0046 Günlük endoskopi için tanı seçimi](#).)

ÖRNEK 3:

Kontrol sitoskopisinde mesanede karsinoma bulgulanmıştır.

C67.9 *Mesanede habis neoplazma, tanımlanmamış*
M8010/3 *Karsinoma NOS*
Z08.9 *Habis neoplazma için tanımlanmamış tedavi sonrası takip muayenesi*

Notlar

EK A KLİNİK SINIFLANDIRMA VE KODLAMA GRUPLARI

ANESTEZİ

Dr. S Germann	<i>Flinders Tıp Merkezi, Adelaide</i>
K Gins	<i>3M Australia, Sidney</i>
Dr. M King	<i>St Vincent Devlet Hastanesi, Sidney</i>
R Quinn	<i>Sidney Ağrı Yönetim Merkezi, Sidney</i>
Dr. T Semple	<i>Adelaide Kraliyet Hastanesi, Adelaide</i>
Dr. W Shearer	<i>Monash Hastanesi, Melbourne</i>
L Ward	<i>Adelaide Kraliyet Hastanesi, Adelaide</i>
Dr. A Weeks	<i>The Alfred Hospital, Melbourne</i>

YANIKLAR

R Carroll	<i>The Alfred Hospital, Melbourne</i>
L Donnelly	<i>Sağlık Bilgi Müdürü, Melbourne</i>
Dr. A Holland	<i>Westmead Çocuk Hastanesi, Sidney</i>
R Judson	<i>Melbourne Kraliyet Hastanesi, Melbourne</i>
N Smith	<i>Genel Concord Repatriation Hastanesi, Sidney</i>
Dr. F Wood	<i>Danışman Plastik Cerrah/ Yanıklar, Perth (Toplantı Düzenleyicisi)</i>

KARDİYOVASKÜLER

M Dixon	<i>Özel Victoria House Hastanesi, Melbourne</i>
L Donnelly	<i>Sağlık Bilgi Müdürü, Melbourne</i>
Dr. L Grigg	<i>Melbourne Kraliyet Hastanesi, Melbourne (Toplantı Düzenleyicisi)</i>
Doç. Dr. J Harris	<i>Sidney Üniversitesi, Sidney</i>
Prof. R Lord	<i>St Vincent Hastanesi, Sidney</i>
Prof. P Phillips	<i>Flinders Tıp Merkezi, Adelaide</i>
Dr. J Quinn	<i>Prenses Alexandra Hastanesi, Brisbane</i>
Dr. G Sholler	<i>Westmead Çocuk Hastanesi, Sidney</i>
C Stoddard	<i>Sir Charles Gairdner Hastanesi, Perth</i>
Dr. P Thompson	<i>Sir Charles Gairdner Hastanesi, Perth</i>

YOĞUN BAKIM

Dr. W Butt	<i>Kraliyet Çocuk Hastanesi, Melbourne (Toplantı Düzenleyicisi)</i>
Dr. R Herkes	<i>Prens Alfred Kraliyet Hastanesi, Sidney</i>
Prof. K Hillman	<i>Liverpool Sağlık Merkezi, Sidney</i>
Dr. A Holt	<i>Flinders Tıp Merkezi, Adelaide</i>
T Letizia	<i>The Northern Hospital, Melbourne</i>
Prof. S McKinley	<i>North Shore Kraliyet Hastanesi, Sidney</i>
Dr. A Vedig	<i>Flinders Tıp Merkezi, Adelaide</i>
L Ward	<i>Adelaide Kraliyet Hastanesi, Adelaide</i>
Dr. C Wright	<i>Monash Tıp Merkezi, Melbourne</i>

DERMATOLOJİ

P Beckhor	<i>Kraliyet Çocuk Hastanesi, Melbourne</i>
Dr. L Hales	<i>Specialist Cilt Merkezi, Mildura</i>
Dr. R Kelly	<i>Melbourne</i>
J Knights	<i>St John of God Sağlık Ağı, Perth</i>

ENDOKRİNOLOJİ

Dr. C Glatthaar	<i>Sir Charles Gardinar Hastanesi, Perth</i>
Prof. R Griffiths	<i>Liverpool Sağlık Servisi, Sidney</i>
Dr. W Johnson	<i>Cabrini Tıp Merkezi, Melbourne</i>

Dr. G B Senator *Allamanda Tıp Merkezi, Southport (Toplantı Düzenleyici)*
Dr. J Williams *Uluslararası Diyabet Enstitüsü, Melbourne*

KULAK, BURUN, AĞIZ VE BOĞAZ (ENMT)

C Bancroft *Güney Sağlık Ağı, Melbourne*
S Benz *Lyell McEwin Sağlık Servisi, Adelaide*
Doç. Dr. R G Berkowitz *Kraliyet Çocuk Hastanesi, Melbourne*
Dr. R Jones *Oral ve Maksillofasiyal Cerrah, Adelaide*
J T Kennedy *ENT, Kafa ve Boyun Kliniği, Melbourne (Toplantı Düzenleyici)*
J Pollard *Kraliyet Çocuk Hastanesi, Melbourne*
Doç. Dr. A Smith *Melbourne Üniversitesi, Melbourne*

GASTROENTEROLOJİ/ HEPATOBİLİYER

Prof. E L Bokey *Genel Concord Repatriation Hastanesi, Sidney*
Prof. P Chapuis *Genel Concord Repatriation Hastanesi, Sidney*
Doç. Dr. J M Duggan *Princeton Tıp Merkezi, Newcastle*
Prof. D Fletcher *Fremantle Hastanesi, Perth*
A M Gordon *John Hunter Hastanesi, Newcastle*
P Nottle *The Alfred Hospital, Melbourne*
P Savino *The Northern Hospital, Melbourne*
Dr. C Worthley *Adelaide Kraliyet Hastanesi, Adelaide*

GERİATRİ VE REHABİLİTASYON

Prof. H Dickson *Liverpool Sağlık Servisi, Sidney*
Dr. T Finnegan *North Shore Kraliyet Hastanesi, Sidney (Toplantı Düzenleyici)*
K Holcombe *Mt Waverley, Victoria*
Dr. B Katz *Malvern, Melbourne*
T Mulukin *Lady Davidson Hastanesi, Sidney*
C Nall *Austin & Repatriation Tıp Merkezi, Melbourne*
G Pearce *Carlingford, Sidney*

İMMÜNOLOJİ, ROMATOLOJİ VE ENFEKSİYÖZ HASTALIKLAR

Dr. D Fisher *Darwin Kraliyet Hastanesi, Darwin (Toplantı Düzenleyici)*
K Holcombe *Mt Waverley, Melbourne*
Dr. P Jones *Prens Henry Hastanesi, Sidney*
C Langley *Kadın ve Çocuk Hastanesi, Adelaide*
G Smith *Kraliyet Çocuk Hastanesi, Melbourne*
Dr. D Spencer *Specialist Tıp Merkezi, Sidney*
Prof. J York *Prens Alfred Kraliyet Hastanesi, Sidney*

YARALANMA

Dr. R Ashby *Brisbane Kraliyet Hastanesi, Brisbane*
J Burgoyne *Alice Springs Hastanesi, Alice Springs*
Doç. Dr. M Cleary *Prens Charles Hastanesi, Brisbane (Toplantı Düzenleyici)*
Doç. Dr. J E Harrison *Yaralanma Çalışmaları Araştırma Merkezi, Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü, Adelaide*
Doç. Dr. J Hart *Ortopedi Cerrahisi, Melbourne*
Dr. T Joseph *North Shore Kraliyet Hastanesi, Sidney*
Prof. J Ozanne-Smith *Monash Üniversitesi, Melbourne*
Dr. J Vinen *North Shore Kraliyet Hastanesi, Sidney*
L Williams *Güneybatı Sidney Bölge Sağlığı, Sidney*

ZİHİN SAĞLIĞI, UYUŞTURUCULAR VE ALKOL

Doç. Dr. D Ben-Tovim *Flinders Tıp Merkezi, Adelaide*

Dr. L O'Brien	<i>Batı Sidney Üniversitesi, Sidney</i>
Prof. P Burgess	<i>Zihin Sağlığı Araştırma Enstitüsü, Melbourne</i>
D Casey	<i>Sağlık ve Yaşlanma Bakanlığı, Canberra</i>
Dr. P Cotton	<i>Klinik Psikolog, Brisbane</i>
G Cunningham	<i>Victoria Adli Zihin Sağlığı Enstitüsü, Melbourne</i>
K Dawe	<i>The Rozelle Hospital, Sidney</i>
Prof. B Emmerson	<i>Brisbane Kraliyet Hastanesi, Brisbane (Toplantı Düzenleyicisi)</i>
P Hester	<i>SA İnsan Servisleri Departmanı, Adelaide</i>
K Mason	<i>Hunter Zihin Sağlığı, Newcastle</i>
J Nursey	<i>Austin & Repatriation Tıp Merkezi, Melbourne</i>
Dr. R G Pols	<i>Flinders Tıp Merkezi, Adelaide</i>
D Stokes	<i>RMIT Üniversitesi, Melbourne</i>
Dr. K A Wilhelm	<i>St Vincent's Hastanesi, Sidney</i>

NEONATOLOJİ

Dr. W Butt	<i>Kraliyet Çocuk Hastanesi, Melbourne</i>
Dr. D Cartwright	<i>Kraliyet Kadın Hastanesi, Brisbane</i>
J Edwards	<i>The Canberra Hospital, Canberra</i>
Dr. A Gill	<i>John Hunter Hastanesi, Newcastle</i>
Doç. Dr. R Hagan	<i>King Edward Memorial Kadın Hastanesi, Perth</i>
Dr. P Marshall	<i>Flinders Tıp Merkezi, Adelaide (Toplantı Düzenleyicisi)</i>
Dr. A McPhee	<i>Kadın ve Çocuk Hastanesi, Adelaide</i>
Dr. C A Ramsden	<i>Monash Tıp Merkezi, Melbourne</i>
E Sullivan	<i>AIHW Ulusal Perinatal İstatistik, Sidney</i>
K Wilton	<i>Kraliyet Çocuk Hastanesi, Melbourne</i>

NEFROLOJİ VE ÜROLOJİ

M Atkinson	<i>Ballarat Sağlık Servisleri, Ballarat</i>
Dr. K Bannister	<i>Adelaide Kraliyet Hastanesi, Adelaide</i>
D Cook	<i>Ballarat Üroloji Kliniği, Ballarat</i>
K Francis	<i>Monash Tıp Merkezi, Melbourne</i>
Prof. B Murphy	<i>St Vincent's Hastanesi, Melbourne</i>
Prof. L P Roy	<i>Prens Alfred Kraliyet Hastanesi, Sidney</i>
J Shephard	<i>Shephard Sağlık Yönetimi, Melbourne</i>
G Stewart	<i>Orta Sidney Bölgesi Sağlık Servisi, Sidney</i>
D G Travis	<i>Ürolog, Melbourne</i>

TEMEL NÖROLOJİ BİLİMLERİ

Dr. L Davies	<i>Prens Alfred Kraliyet Hastanesi, Sidney</i>
K Dawe	<i>The Rozelle Hospital, Sidney</i>
M Dixon	<i>Özel Victoria House Hastanesi, Melbourne</i>
Dr. G Fabinyi	<i>Austin & Repatriation Tıp Merkezi, Melbourne</i>
J Nursey	<i>Austin & Repatriation Tıp Merkezi, Melbourne</i>
Dr. L Smith	<i>Monash Nöroloji, Melbourne</i>
D Stokes	<i>RMIT Üniversitesi, Melbourne</i>
D Wallace	<i>Beyin ve sinir cerrahisi, Melbourne</i>
M Williams	<i>Liverpool Sağlık Servisi, Sidney</i>

OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİ

C Gould	<i>Kraliyet Kadın Hastanesi, Brisbane</i>
E Larwood	<i>Kadın ve Çocuk Hastanesi, Adelaide</i>
Dr. C Maxwell	<i>Doğu Hawthorne, Melbourne (Toplantı Düzenleyicisi)</i>
Prof. J Oats	<i>Mater Mothers' Hastanesi, Brisbane</i>
Prof. R J Pepperell	<i>Kraliyet Kadın Hastanesi, Melbourne</i>
M Phythian	<i>Kadın ve Çocuk Hastanesi, Adelaide</i>
E Sullivan	<i>AIHW Ulusal Perinatal İstatistik, Sidney</i>
Dr. C Verco	<i>Flinders Tıp Merkezi, Adelaide</i>

ONKOLOJİ VE HEMATOLOJİ

J Agar	<i>Freemason's Hospital, Melbourne</i>
A Byron	<i>Adelaide Kraliyet Hastanesi, Adelaide</i>
I Carapina	<i>Peter McCallum Kanser Enstitüsü, Melbourne</i>
Dr. F Firkin	<i>St Vincent's Hastanesi, Melbourne</i>
Dr. D Gorman	<i>Calvary Hastanesi, Sidney</i>
Dr. M Henderson	<i>St Vincent Hastanesi, Melbourne</i>
Dr. C Lewis	<i>Prince of Wales Hospital, Sidney</i>
F Middleton	<i>Peter McCallum Kanser Enstitüsü, Melbourne</i>
Dr. M Smith	<i>Mt Druitt Hastanesi, Sidney (Toplantı Düzenleyici)</i>
Dr. J Szer	<i>Melbourne Kraliyet Hastanesi, Melbourne</i>
Dr. D Thomas	<i>Queensland Radium Enstitüsü, Brisbane</i>
Dr. G Toner	<i>Peter McCallum Kanser Enstitüsü, Melbourne</i>
Dr. K Waters	<i>Kraliyet Çocuk Hastanesi, Melbourne</i>

OFTALMOLOJİ

Dr. D Colville	<i>Austin & Repatriation Tıp Merkezi, Melbourne</i>
Prof. M Coroneo	<i>Prince of Wales Hospital, Sidney</i>
Dr. M Hennessy	<i>Prince of Wales Hospital, Sidney (Toplantı Düzenleyici)</i>
Dr. R A Higgins	<i>Bondi Junction, Sidney</i>
J Knights	<i>St John of God Sağlık Ağı, Perth</i>
Dr. L Lee	<i>Güneydoğu Sidney Bölgesi Sağlık Servisi, Sidney</i>
K Martin	<i>Victoria Kraliyet Göz ve Kulak Hastanesi, Melbourne</i>
Dr. P Martin	<i>Bondi Junction, Sidney</i>
Dr. L Robinson	<i>Bondi Junction, Sidney</i>
S Russell	<i>Western Hospital, Melbourne</i>
J Stretton	<i>Sidney Hastane Kompleksi, Sidney</i>

ORTOPEDİ

D Abbott	<i>Resolutions Pty Ltd, Brisbane</i>
Dr. K Angel	<i>Ortopedi Cerrahi, Adelaide</i>
Dr. B Courtenay	<i>St Vincent's Kliniği, Sidney</i>
S Harrop	<i>The Avenue Özel Hastanesi, Melbourne</i>
Doç. Dr. J Hart	<i>Ortopedi Cerrahi, Melbourne (Toplantı Düzenleyici)</i>
L J Lambert	<i>Adelaide Kraliyet Hastanesi, Adelaide</i>

PEDİATRİ

Dr. I Alexander	<i>Sidney Çocuk Hastanesi, Sidney</i>
Dr. E Hallam	<i>St John's Hastanesi, Hobart</i>
Dr. R Hanson	<i>Westmead Çocuk Hastanesi, Sidney (Toplantı Düzenleyici)</i>
Dr. I Hewitt	<i>Prences Margaret Çocuk Hastanesi, Perth</i>
Dr. H Martin	<i>Westmead Çocuk Hastanesi, Sidney</i>
Dr. A Moulden	<i>Kraliyet Çocuk Hastanesi, Melbourne</i>
N Rankin	<i>Sidney Çocuk Hastanesi, Sidney</i>
S Travis	<i>NSW Sağlık Departmanı, Sidney</i>
K Wilton	<i>Kraliyet Çocuk Hastanesi, Melbourne</i>

PATOLOJİ

Dr. D Gillis	<i>Tıp ve Veterinerlik Bilimi Enstitüsü, Adelaide</i>
Dr. D Looke	<i>Prences Alexandra ve Bölge Sağlık Servisi, Brisbane</i>
P Morris	<i>Box Hill Hastanesi, Melbourne</i>
J Shephard	<i>Shephard Sağlık Yönetimi, Melbourne</i>
Prof. D Thomas	<i>Kadın ve Çocuk Hastanesi, Adelaide</i>

PLASTİK CERRAHİ

R Carroll	<i>The Alfred Hospital, Melbourne</i>
Doç. Dr. J Hart	<i>Melbourne (Toplantı Düzenleyici)</i>

J Hokin	<i>Glenelg Günlük Cerrahi, Adelaide</i>
B Johnstone	<i>Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Melbourne</i>
L Ward	<i>Adelaide Kraliyet Hastanesi, Adelaide</i>

SOLUNUM YOLU

Dr. C Clarke	<i>The Ashley Centre, Sidney</i>
L Donnelly	<i>Sağlık Bilgi Müdürü, Melbourne</i>
Dr. J Douglass	<i>The Alfred Hospital, Melbourne (Toplantı Düzenleyici)</i>
Dr. P Frith	<i>Genel Repatriation Hastanesi, Adelaide</i>
L Maxwell	<i>Sidney Üniversitesi, Fizik Tedavi Fakültesi, Sidney</i>

KODLAMA STANDARTLARI DANIŞMA KOMİTESİ

L Best	<i>Ulusal Sağlık Sınıflandırma Merkezi, Sidney</i>
K Bonello	<i>Temsilci: Özel Sektör</i>
J Burgoyne	<i>Darwin Kraliyet Hastanesi, Darwin</i>
J Chicco	<i>NSW Sağlık, Sidney</i>
K Chisholm	<i>Sağlık ve Yaşlanma Bakanlığı, Canberra</i>
V Dimitropoulos	<i>Health Information Management Association of Australia Ltd</i>
Dr. T Finnegan	<i>North Shore Kraliyet Hastanesi, Sidney</i>
S Gibbons	<i>The Canberra Hospital, Canberra</i>
N Grayson	<i>Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü, Canberra</i>
A Groom	<i>Avustralya Klinik Kod Uzmanları Derneği</i>
S Hewlett	<i>Ulusal Sağlık Sınıflandırma Merkezi, Melbourne</i>
K Innes	<i>Ulusal Sağlık Sınıflandırma Merkezi, Sidney</i>
K Mountain	<i>İnsan Servisleri Departmanı, Hobart</i>
C Perry	<i>İnsan Servisleri Departmanı, Melbourne</i>
R Pfeiffer	<i>SA İnsan Servisleri Departmanı, Adelaide</i>
Doç. Dr. R Roberts	<i>Ulusal Sağlık Sınıflandırma Merkezi, Sidney (Toplantı Düzenleyici)</i>
M Shallcross	<i>Queensland Health, Brisbane</i>
B Stanley	<i>WA Sağlık Departmanı, Perth</i>
C Thorpe	<i>Yeni Zelanda Sağlık Bilgi Servisi, Yeni Zelanda</i>
S Walker	<i>Ulusal Sağlık Sınıflandırma Merkezi, Brisbane</i>

Notlar

EK B KODLAMAYA İLİŞKİN TEMEL YÖNLENDİRİCİ İLKELER

Alfabetik Dizinler, Listelerde bulunmayan birçok terimi içermekte ve kodlama, bir kod atanmadan önce hem Dizin hem Listeye bakılmasını gerektirmektedir.

Aşağıda, ICD-10-AM'yi sık kullanmayan kullanıcılara yardımcı olacağı düşünülen basit bir rehber sunulmaktadır.

1. Kodlanacak ifade tipini belirleyin ve Alfabetik Dizinin ilgili bölümüne bakın.
2. Ana terimi bulun. Hastalık ve yaralanmalarda bu genellikle, patolojik duruma ilişkin bir addır. Girişimlerde ise, genellikle, gerçekleştirilen girişimin tipini belirten bir addır. Ancak, sıfat veya eponim olarak ifade edilen bazı durumlar da Dizine ana terim olarak girilir.
3. Ana terimin altında verilen açıklamaları okuyun ve takip edin.
4. Ana terimin arkasından gelen, araç içinde verilen terimleri (bunlar etkisiz belirteçlerdir ve kod numarasını etkilemezler) ve bu terimlerin yanı sıra ana terimin altında girilmiş olan terimleri (bunlar etkili belirteçlerdir ve kod numarasını etkileyebilirler), klinik tanım, bütün sözcükleriyle tam olarak oluşuncaya kadar okuyun.
5. Dizindeki çapraz başvuruları ('bakınız' ve 'ayrıca bakınız') dikkatli bir şekilde takip edin.
6. Seçilen kod numarasının uygun olup olmadığını doğrulamak için Listeye bakın. Hastalık sınıflandırmasında, Dizinde, dördüncü veya beşinci pozisyonda bir kısa çizgi ile birlikte verilen bir üç karakterli kodun Liste, Cilt 1'de yer alacak bir dördüncü veya beşinci karakterin bulunduğu anlamına geldiğini aklınızdan çıkarmayın. Tamamlayıcı karakter pozisyonuna girilecek diğer alt bölümler dizine alınmaz ve alınırsa Cilt 1'de de yer almalıdır.
7. Seçilen kodun veya bölüm, blok ya da kategori başlığının altında verilen kapsama alma ve kapsam dışı tutma açıklamalarını takip edin.
8. Kodu atayın.

Notlar

EK C KLİNİK KOD UZMANLARI ETİK KODU

Ulusal Sağlık Sınıflandırma Merkezi (NCCH), Avustralya’da bulunan, morbidite, ölüm nedeni ve sağlık müdahaleleri sınıflandırması uzmanlık merkezidir. NCCH’nin hedeflerinden biri, etik uygulama dahil olmak üzere kodlama uygulamalarına ilişkin standartları hazırlamak ve geliştirmektir.

Bu Etik Kodu, NCCH tarafından, hastanın ve sağlık hizmeti müdahalelerinin klinik özelliklerinin doğru olarak sunulmasında klinik kod uzmanlarına rehber oluşturmak üzere hazırlanmıştır.¹ Klinik bilgiler araştırma, halk sağlığının izlenmesi ile planlama, değerlendirme ve sağlık hizmetlerinin fonlanmasında kullanılır. Ayrıca, Etik Kodu, klinik tedavi uzmanları ile sağlık idarecilerinin, kod uzmanlarının etik sorumluluklarını anlamalarını sağlayacaktır.

1. Kalite geliştirme aktivitelerinde yer alarak, kodlama kalitesinin, bilgilerin, meslektaşlara karşı karşılıklı saygı ruhuyla hareket ederek araştırma, planlama, değerlendirme geri ödemedeki kullanımını desteklemesini sağlayın.
2. Özetleme ve kodlama süreci için gerekli bütün bilgilerin verilmesini sağlayın.
3. Aşağıdaki aktivitelerde, Avustralya Kodlama Standartlarını (ACS) uygulayın ve diğer resmi raporlama gerekliliklerini yerine getirin:
 - Klinik kaydın tamamından tanı ve prosedürlerin elde edilmesi
 - Tanı ve prosedür kodlarının seçilmesi ve sıralanması
 - Geri ödemenin, yalnızca meşru ise etkili kılınması.²
4. Uygun şekilde klinik tedavi uzmanının görüşünü almak suretiyle, klinik kayıttaki bilgilerin tanı ve prosedür seçimini doğrulamasını sağlayın.
5. Beceri ve bilgilerin uygun yeterlik düzeyini karşılama ulaşmasını sağlamak için, sürekli eğitime katılın.³
6. Uygun kodlama ve klinik uzmanlarla birlikte sınıflandırma sistemlerinin sürekli gelişimine katkıda bulun.⁴
7. Hastaya ait klinik bilgilerin gizliliği ile ilgili politika ve yasal gereklilikleri gözetin.
8. Yasa dışı ve etik dışı işlem veya prosedürlerde yer almayı veya bunları gizlemeyi reddedin.

Açıklama:

- 1 Etik Kodu, 1999’da NCCH tarafından hazırlanmış ve Kodlama Standartları Danışma Komitesi (CSAC) üyelerince onaylanmıştır. CSAC’nin üyeleri şunların temsilcilerinden oluşur: Avustralya Sağlık ve Yaşlanma Bakanlığı, eyalet ve bölge sağlık kurumları, özel sağlık sektörü, Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü, Avustralya Klinik Vaka Bileşimi Komitesi, Avustralya Sağlık Bilgi Yönetim Birliği, Avustralya Klinik Kod Uzmanları Derneği ve Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı.
- 2 Raporlama gereklilikleri aşağıdakiler tarafından belirlenebilir:
 - Eyalet ve bölgeler (örneğin, eyalet veri tanımı)
 - *National Health Data Dictionary (Ulusal Sağlık Bilgileri Sözlüğü)*, *Australian Coding Standards (Avustralya Kodlama Standartları)* gibi yayınlar ile *Coding Matters (Kodlama Konuları)* ve uzmanlık alanına özgü standartlar gibi diğer NCCH yayınları aracılığıyla ulusal organlar.
- 3 Yeterlik düzeyi, Avustralya Sağlık Bilgi Yönetimi’nin *Klinik kod uzmanı ulusal yeterlik standartları ve değerlendirme rehberi*’ne atıfla veya ulusal kod uzmanı akreditasyon süreci ile belirlenebilir.
- 4 Katılım, NCCH ve sağlık sınıflandırması ile ilgili diğer kurumlarla diyalog kurmak suretiyle sağlanabilir.

Notlar

EK D KLİNİK KOD UZMANI İLKELERİ

Düzenli olarak yeni kodlar sunulsa da ICD-10-AM'nin tamamındaki sınıflandırma yapısı zaman içinde sabit kalır. Kodlar ile kodlama standartlarının tıbbın gerisinde kalmamak için değişmesi gerekmektedir ve bundan çok daha önemlisi, klinik kod uzmanlarının sık sık kendi **deneyim ve sağduyularının** yanı sıra kendilerine sunulan kaynaklar temelinde karar alma ihtiyacı duyacak olmasıdır.

Klinik kod uzmanlarının ne yaptığını nesnel bir gözle baktığınızda, bu uzmanların, yapılandırılmış bir sınıflandırma sisteminden, standartlaştırılmamış karmaşık, sürekli değişen tıbbi kavramlara sayılar atadıklarını görürsünüz – bunun zor bir iş olabileceğine şüphemiz yok! Klinik kod uzmanlarının temel becerilerini yeniden ele alacak olursak:

- Klinik kod uzmanı, tıp bilimi ve terminolojisi konusunda tam ve işlevsel bilgiye sahiptir.
- Klinik kod uzmanı, klinik kayıtları okuyabilir, klinik dokümantasyona dayanarak, atanacak uygun kodlar hakkında karar verebilir.
- Klinik kod uzmanı, bir istatistiksel sınıflandırmanın yapısı ve kullanımını bilir.

Bu üç beceride öne çıkan önemli noktalar, **tıp bilimi, karar alma ve yapıdır**.

- Tıp bilimi, karmaşıktır ve sürekli değişmektedir.
- Karar alma, öznel bir eylemdir.
- Sınıflandırmanın yapısı statiktir.

Üzerinde durulması gereken nokta, kodlama sorunlarını çözmek için ne kadar zorlu ve sağlam kuralın bulunabileceği değil, sayısı ne olursa olsun kuralların hiçbir zaman klinik kod uzmanlarının, spesifik vakalara ilişkin, bazı ilkeler temelinde vardıkları bilinçli yargılarının yerini alamayacağıdır...

Klinik Kod Uzmanı İlkeleri

Bu ilkeler, klinik kodlama sanatı ve biliminin temelleridir:

Klinik dokümantasyon
Klinik tedavi uzmanları ile iletişim
Kodlama standartları
Yazım kuralları
Sınıflandırma deneyimi
Sağduyu
Tıp bilimi

Bütün bu ilkeler, klinik kod uzmanlarının önemli ve sıklıkla unutulmuş becerilerini göstermeye yöneliktir.

Klinik Kod Uzmanı İlkelerini oluşturan yedi ilke temelinde alınan kodlama kararları, mümkün olan en iyi kodun atanmasını sağlayacaktır, yetenekli bir klinik kod uzmanının ne yapabildiğini gösterecektir.

Notlar

KAYNAKÇA

Amerikan Göğüs Hekimleri Koleji/ Yoğun Bakım Topluluğu *Interrelationships among systemic inflammatory response syndrome (SIRS), sepsis, and infection* American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Critical Care Medicine*, Vol. 20, No. 6. (1992)

Australian Dental Association Inc. (2002). *The Australian Schedule of Dental Services and Glossary*, 7. Basım. Avustralya Dış Birliği, Sidney

Barnett, B. and Fowler, C. (1995) *Caring for the family's future*. Haymarket. Norman Swan Medical Communications.

Berkow, R. (Düzenlenmiş). (1999). *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy* (17. Basım). Merck Research Laboratories, West Point.

Brown. (1994). *ICD-9-CM Coding Handbook with Answers*.

Cassin, B. and Solomon, S. (1990). *Dictionary of Eye Terminology* (2. Basım). Triad Publishing Company, Florida.

Connellan, M. and Wallace, E.U. (2000). *Prevention of perinatal group B streptococcal disease: screening practice in public hospitals in Victoria*. *Med J Australia*, 172: 317–320.

Miller-Keane (1997). *Encyclopedia and Dictionary of Medicine Nursing and Allied Health* (6. Basım). W.B. Saunders Company, Philadelphia.

(Ulusal Sağlık Bilgi Komitesi. (2003). *National Health Data Dictionary*, Version 12. Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü, Canberra.

Dünya Sağlık Örgütü. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre.

Dünya Sağlık Örgütü. (1993). *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Tenth Revision*. Volume 2. Instructional Manual. Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre.

Notlar

STANDARTLAR DİZİNİ

Standart numaraları, her dizin girişinin hemen arkasından gelmektedir ve bunları koyu yatık sayfa numaraları izlemektedir.

A

Ana

- tanı – ayrıca bakınız Tanı, ana

Anormal

- koagülasyon profili 0303, 89
- bulgular 1802, 221
- - ve özet 0010, 18
- gelişler (obstetrik) 1506, 197
- sonuçlar 1802, 221

Ani infant ölümü sendromu 1610, 211

Acil sezeryan 1541, 204

Ailesel adenomatöz polipozis 0246, 84

Ateş

- nötropeni 0109, 73

Ağrı 1807, 221

- karın 1111, 171; 1101, 171
- akut (girişim sonrası) 1807, 221
- sırt 1301, 181; 1302, 181; 1344, 183
- kronik 1807, 221
- tedaviye yanıt vermeyen 1807, 221
- yönetim 1807, 221

Abrazyonlar 1916, 243

Ağır içici 0503, 111

Apse

- yüz 1007, 167

Akantoz nigrikans 0401, 93

Asidoz, laktik

- diyabet ile birlikte 0401, 93

Acopia 1805, 221

Akut — ayrıca bakınız durum

- durum
- - ve kronik 0001, 20
- koroner sendromu 0940, 153
- HIV enfeksiyonu sendromu 0102, 65
- intoksikasyon 0503, 111
- hayatı tehdit edici olay 1610, 211
- safha
- - parapleji/ kuadrupleji 0625, 123

Adenit

- mezenterik 1111, 171

Adezyonlar 0047, 62

Azalmış

- fetal hareketler 1537, 204

Agalakti 1539, 206

Ajanlar

- hipoglisemik, Tip 2 diyabet için 0401, 93

Agorafobi 0511, 116

Agranülositoz 0109, 73

AIDS 0102, 65

Alkol

- medikasyon ile birlikte
- - ters reaksiyon 1903, 225
- detoksifikasyon ve rehabilitasyon 0525, 117
- zararlı kullanım 0503, 111
- sosyal/ağır içici 0503, 111
- kötüye kullanım 0503, 111

Allerjik reaksiyon 2004, 253

- yılan zehiri 1923, 247
- antivenin 1923, 247

ALTE 1610, 211

Alzheimer hastalığı 0528, 118

Ampütasyon

- komorbidite olarak 0002, 22

Amiloid

- diyaliz 1426, 188

Anemi

- AZT'ye bağlı 0102, 65

Anestezi 0031, 52

- ile muayene 0022, 46; 0031, 52
- amacıyla
- - jinekoloji 1431, 190; 0031, 52
- - ağrı yönetimi 1807, 221
- sıralama 0031, 52

Analjezi

- ağrı yönetimi 1807, 221
- girişim sonrası 0031, 52

Anafilaksi

- antivenine bağlı 1923, 247

Anastomoz

- fallop tüp 0020, 45

Anevrizma

- koroner ven 0940, 153

Anjina 0940, 153

Anjiogram

- serebral 0020, 45
- koroner
- - kalp kateteri ile birlikte 0933, 148

Anjiyoplasti

- bir AV fistülü/ şantının trombektomisi ile birlikte 0939, 152, 152
- ateroskleroz girişimleri 0941, 153
- durum 0940, 153

Antepartum

- doğumla birlikte durum 1515, 199

Antibiyotik

- intravenöz **0042, 56**
- Antikoagülan düzeyleri 0303, 89**
- Antivenin 1923, 247**
- Afaki 0701, 133**
- Aferez**
 - kök hücreler **0301, 87**
- Afazi 0606, 123**
- Apne**
 - uyku **0635, 130**
- Apandisit ameliyatı 1111, 171**
- Apandisit 1101, 171**
- Arrest**
 - kardiyak **0904, 143**
 - kardiyorespiratuvar **0904, 143**
- Arteriyosklerozis 0941, 153**
- Artrit**
 - juvenil **1352, 184**
- Artroplasti**
 - silastik buton **1329, 182**
- Artroskopisi 0023, 46**
- Asfiksi**
 - doğum
 - - hipoksik iskemik ensefalopati ile birlikte **1616, 215, 215**
- Aspirasyon**
 - over kisti, birden fazla **0020, 45**
 - sendrom, masif **1613, 212**
- Astım 1002, 163**
- Aseptomatik HIV durumu 0102, 65**
- Ataksi 1804, 221**
- Arteriyosklerozis 0941, 153**
 - koroner **0941, 153**
 - - iskemik kalp hastalığı ile birlikte **0940, 153**
- Atak(lar)**
 - panik **0511, 116**
 - titreme (benign) **0631, 127**
- AZT 0102, 65**
- 'Ayrıca kodlayın' yazım kuralı**
 - asıl hastalık **0027, 31**
- B**
- Bakteriyemi**
 - hastanede kazanılmış **0111, 76**
- Bakım**
 - damar yolu cihazı **0045, 62**
- Bakımevi tipi 2105, 260**
- Bağımlılık**
 - alkol **0503, 111**
 - uyuşturucu **0503, 111**
 - - HIV'de **0102, 65**
- Bulgu(lar)**

- anormal **0010, 18**
- Belirtiler 1802, 221**
- Bel ağrısı/hematüri sendromu 1429, 189**
- Baskılanmış**
 - laktasyon **1539, 206**
- Basıncı**
 - Çift düzeyli pozitif havayolu basıncı (BiPAP) **1006, 164, 164**
 - sürekli pozitif havayolu basıncı (CPAP) **1006, 164, 164**
 - intermitan pozitif solunum (IPPB) **1006, 164**
 - ülser **1221, 179**
- Boşaltma, denemesi 1436, 192**
- Böbrek**
 - komplikasyon
 - - diyabette **0401, 93**
 - diyaliz, yatış **1404, 187**
 - bozukluk, kronik **1430, 190**
- Birden fazla gün**
 - diyaliz **1404, 187**
 - radyoterapi **0229, 81**
- Burkulmalar 1921, 246**
- Bulgu(lar) 0027, 31**
 - HIV **0102, 65**
 - zehirlenme **1901, 225**
- Yardımcı sağlık 0032, 54**
- Bozukluk, Bozulmuş**
 - karbonhidrat toleransı **0401, 93**
 - kognitif **0532, 118**
 - açlık glisemisi **0401, 93**
 - glukoz toleransı/ regülasyonu **0401, 93**
 - - gebelikte **0401, 93**
 - - diğer bozukluklara sekonder **0401, 93**
 - rehabilitasyonda **2104, 257**
 - zihinsel **0531, 118**
 - böbrek (kronik) **1430, 190**
- Balayı**
 - evre, diyabette **0401, 93**
- Bankart lezyonu 1353, 184**
- Birinci derece**
 - yanık **1911, 235**
- Biyomekanik lezyonlar, NEC 1335, 183**
- Biyopsi**
 - meme, malignite ile birlikte **0219, 79**
 - lenf düğümü
 - - para-aortik **0028, 47**
- BiPAP 1006, 164**
- Kanama**
 - gastrointestinal **1103, 171**
 - per-rektal **1117, 172**
- Blefaroplasti 1205, 177**
 - çift taraflı **0020, 45**
- Bozukluk**
 - disk **1307, 181**
 - göz, diyabetik **0401, 93**
 - zihinsel
 - - ana tanı olarak

- - - sosyal kodlarla birlikte **0516, 116**
- - aile öyküsü **0520, 117**
- mitokondriyal
- panik **0511, 116**
- kişilik **0512, 116**
- girişim sonrası **1904, 226**
- psikoaktif madde kötüye kullanımı **0503, 111**
- kullanım
- - alkol **0503, 111**
- - uyuşturucu **0503, 111**

Blighted ovum 1514, 195**Bilinç, kaybı 1905, 232****Bulaşkan bölgeler 0234, 81****Blok**

- nöraljiyel **0031, 52**
- - doğum sürecinde **1508, 198**

Brakiterapi

- stereotaktik **0632, 127**

Bronşit

- kronik (çocuklarda) **1011, 169**

Burr delikleri

- serebrospinal sıvı şantı için **0634, 128**
- intrakraniyal stereotaktik ile birlikte
- - radyocerrahi, radyoterapi **0629, 125**
- - brakiterapi **0632, 127**

Bypass

- Aortakoronar **0909, 143**
- durum **0940, 153**

Bakım

- genel bakım **2103, 257**
- uzun süreli **2105, 260**
- bakımevi tipi **2105, 260**
- palyatif **0224, 80**
- süreli **2107, 260**

C**CABG'ler 0909, 143****Cinayet**

- niyet **2005, 253**

CAD 0941, 153**CAL — bakınız COPD****Campylobacter enfeksiyonu (ve CLO testi) 1122, 172, 172****Cihazlar**

- ilaç verme **0045, 62**
- damar yolu **0045, 62**

Cerrahi girişim

- artroskopik **0023, 46**
- komplikasyon **1904, 226**
- kraniyofasiyal **1216, 177**
- gün
- - ağrı yönetimi için **1807, 221**
- endoskopik **0023, 46**
- - sinüs (fonksiyonel) **0807, 139**
- el
- - kuadruplejik **0630, 127**

- keyhole **0909, 143**
- laparoskopik **0023, 46**
- gerçekleştirilmemiş **0011, 25**
- plastik (elektif) **1204, 175**
- sinus
- - endoskopik (fonksiyonel) **0807, 139**
- kafa tabanı **0612, 123**
- stereotaktik
- - intrakraniyal **0629, 125**
- - spinal **0629, 125; 0633, 127**

Kordotomy, stereotaktik 0633, 127**Corpus luteum kisti 1434, 190****CPAP 1006, 164****CSA 0635, 130****CSAHS 0635, 130****CSAS 0635, 130****CTG 0042, 56****CT taramaları**

- birden fazla **0020, 45**

CVA 0604, 121**CVC 0045, 62****Ç****Çıkarma**

- sement spacer **1316, 181**
- dren
- - serebrospinal sıvı **0634, 128**
- gentamisin boncukları **1316, 181**
- grommet(ler) (timpanostomi tüpleri) **0803, 139, 139**
- implant(lar)
- - meme (elektif) **1204, 175**
- plasenta (manuel) **1543, 204**
- şant
- - serebrospinal sıvı **0634, 128**

Çıkık 1918, 244

- eklem/ ligamentler **1921, 246**

- protez

- - kalça **1309, 181**
- vertebral kolon **1915, 239**
- ile birlikte
- - kırık **1918, 244**

Çift kodlama 0025, 28**Çoklu**

- doğum **1520, 200**
- kodlama **0027, 31; 0002, 22**
- yaralanma **1907, 233**

D**Damar yolu cihazları 0045, 62****Damar hastalığı**

- periferik **0941, 153**

-- diyabette **0401, 93**

Deneme

- ilaç/ klinik **0026, 30**
- boşaltma **1436, 192**

Delme

- yara **1917, 243**

Derinin yırtılması

- zayıf deri, travmatik olmayan **1810, 223**
- travmatik **1917, 243**

Direnç, insülin **0401, 93**

Düşük (için) **1510, 195**

- komplet **1503, 195**
-- hidatid mol **1504, 195**
- inkomplet **1503, 195; 1544, 195**
- bağlı **1511, 195**
- gecikmiş **1544, 195**
- spontan **1503, 195; 1504, 195**
- tehdidi **0010, 18**
- ile birlikte
-- komplikasyon **1544, 195**
-- canlı bebek **1511, 195**

Doku yaralanması

- yumuşak **1331, 182**

Durum

- asthmaticus **1002, 163**
- asemptomatik HIV **0102, 65**
- koroner anjiyoplasti veya bypass **0940, 153**
- hepatit taşıyıcısı **0104, 70**

Düşük — bakınız Düşük

Doğumun sonucu **1517, 199**

Dozaşımı

- niyetin belirtilmesi **2005, 253**
- psikiyatrik tanı ile birlikte **0521, 117**

Düşük doğum ağırlığı **1618, 216**

Dış

- neden kodu **2001, 251**
-- yetişkinin ve çocuğun suistimali **1909, 234**
-- fail **2008, 253**
-- erken ve geç komplikasyonlar **1904, 226**
-- geç etki **1912, 237**
-- istenmeyen olay **1904, 226**
- damar yolu cihazı **0045, 62**

Değerlendirme

- şüpheli durum için
-- klinik **0012, 26**
-- bebek ve yenidoğan **1611, 212**
-- tıbbi **0001, 20**

Doğum

- taburcu edilme/ sevk **1550, 205**
- hızlanmış **1529, 202**
- uzamış **1532, 203**
- tehdidi **1518, 199**

Düşme

- östrioller **1509, 198**

Düşmeler **1806, 221**

Düzelme

- hidrosel **1427, 188**

Danışma

- suistimalden etkilenmiş kişiler için, kurbanın dışında **1909, 234, 234**
- palyatif bakım **0224, 80**

Durum(lar)

- akut — ayrıca bakınız durum
-- ve/ on-kronik **0001, 20**
-- hayati tehdit edici olay **1610, 211**
- doğumla birlikte antepartum **1515, 199**
- kromozomal/ genetik **0005, 23**
- komorbid **0002, 22**
- yetersiz tanımlanmış **0001, 20**
- muhtemel **0010, 18**
- birbiriyle ilişkili (iki veya daha fazla) **0001, 20**
- yenidoğan, ile ilişkili
-- emzirme güçlükleri **1538, 206**
-- maternal diyabet **0401, 93; 1602, 209**
- perinatal dönemden kaynaklanan **1605, 209**
-- hayati tehdit edici akut olay **1610, 211**
- diğer **0013, 28**
- postpartum **1548, 207**
- girişim sonrası **1904, 226**
-- komplikasyon/ istenmeyen olay **1904, 226**
-- geçici **1904, 226**
- rezidüel **0001, 20**
- spesifik **0013, 28**
- şüpheli **0001, 20; 0012, 26**
-- yenidoğan veya bebek **1611, 212**
- tehdidi **0010, 18**
- geçici
-- sınıflandırma **1904, 226**
- asıl **0013, 28**
- tanımlanmamış **0013, 28**

Doğum, birden fazla **1520, 200**

Değerlendirme

- akut olmayan sağlık kurumu **2108, 260**
- tanılar **0002, 22**

Debridman **1203, 175**

Deselerasyonlar, fetal (anneye ilişkin kayıt) **1546, 204, 204**

Dekübitus [bası] ülseri **1221, 179**

Deformite

- koroner arter (kazanılmış) **0940, 153**

Degloving yaralanması **1914, 238**

Derece

- yanıklar **1911, 235**

Doğum

- makat **1542, 204**
- sezeryan kesisi
-- elektif **541, 204**
-- acil **1541, 204**
- komplike (ile)
-- gecikmiş (bağlı)
-- - nöraksiyel blok **1508, 198**
-- birden fazla doğum **1520, 200**
-- hızlanmış doğum **1529, 202**
-- uzamış doğum **1532, 203**
-- rüptür
-- - membran, erken **1531, 202**
- forseps **1534**

- sonuç 1517, 199
- miadını geçmiş 1527, 202
- hızlanmış 1529, 202
- prematür 1530, 202
- yatıştan önce 1519, 199
- spontan vajinal 1505, 197
- Demans, Alzheimer 0528, 118**
- Depresyon** (kısa) (majör) (uzamış) 0506, 116
- postnatal 0505, 114
- Desensitizasyon**
- venom 1923, 247
- DES sendromu 1428, 189**
- Detoksifikasyon**
- alkol 0525, 117
- uyuşturucu 0525, 117
- Diabetes, diyabetik** (mellitus)
- katarakt 0401, 93
- ishal 0401, 93
- eğitim 0401, 93
- göz hastalığı 0401, 93
- fibröz meme hastalığı 0401, 93
- ayak 0401, 93
- gestasyonel 0401, 93
- insülin direnci 0401, 93
- latent otoimmün diyabet
- - yetişkinlerde 0401, 93
- maternal (yenidoğanı etkileyen) 0401, 93, 93; 1602, 209, 209
- erişkin diyabet
- - gençlerde (MODY) 0401, 93
- nefropati
- - başlangıç dönemindeki 0401, 93
- nöropati 0401, 93
- retinopati 0401, 93
- tarama 0401, 93
- sekonder 0401, 93
- - otoimmünle düzenlenen hastalıklar 0401, 93, 93
- - ekzokrin pankreasın hastalıkları 0401, 93
- - ilaca veya kimyasallara bağlı 0401
- - endokrinopatiler 0401, 93
- - genetik sendromlar 0401, 93
- - enfeksiyonlar 0401, 93
- - pankreatik ekzokrin hastalığı 0401, 93
- Tip 1 0401, 93
- Tip 2 0401, 93
- ülser, ayak 0401, 93
- kararsız 0401, 93
- ile birlikte
- - akantoz nigrikans 0401, 93
- - ateroskleroz 0401, 93
- - kardiyomiyopati iskemik 0401, 93
- - katarakt 0401, 93
- - komplikasyon
- - - dolaşım 0401, 93
- - - metabolik 0401, 93
- - - mikrovasküler 0401, 93
- - - oftalmik 0401, 93
- - - periodontal 0401, 93
- - - gebelik 0401, 93
- - - renal 0401, 93
- - - deri 0401, 93

- - dislipidemi 0401, 93
- - yok edilen durumlar 0401, 93
- - hiperinsülinizm 0401, 93
- - hipertansiyon 0401, 93
- - hiperozmolarite 0401, 93
- - hipoglisemik koma 0401, 93
- - insülin reaksiyonu 0401, 93
- - insülin direnci sendromu 0401, 93
- - ketoasidoz (DKA) 0401, 93
- - laktikasidoz 0401, 93
- - metabolik sendrom 0401, 93
- - neonatal durumlar 0401, 93
- - nonalkolik yağlı karaciğer 0401, 93
- - obesite 0401, 93
- - periferik damar hastalığı 0401, 93
- - gebelik 0401, 93

Diyaliz

- amiloid 1426, 188
- böbrek 1404, 187
- - birden fazla 0020, 45

Diyetetik 0032, 54**Dietilstilbestrol sendromu**

- Dissemine karsinomatozis 0242, 83**
- Distress, fetal** (anneye ilişkin kayıt) 1546, 204, 204; 1547, 204, 204

Divizyon

- adezyonlar 0047, 62

DKA 0401, 93**Donör**

- hasta, organ temini veya transplantasyonu için 0030

Dren

- serebrospinal sıvı 0634, 128

Duodenoskopi 0024, 47**Dislipidemi**

- diyabet ile birlikte 0401, 93

Disfazi 0606, 123**Displazi**

- fibröz 0612, 123

Disrefleksi

- otonom 0624, 123

E**Etiyoloji 0027, 31****Eksiklik**

- sürfaktan 1614, 213

Ezilme

- yaralanma 1922, 246
- sendrom 1922, 246

Emzirme güçlükleri, postnatal emzirme 1538, 206, 206**Entübasyon**

- endotrakeal 1006, 164
- nazogastrik 0042, 56
- nazofaringeal 1006, 164

Enfarktüs

- serebral 0604, 121
- miyokardiyum 0940, 153
- ile birlikte
- akut koroner sendromu 0940, 153
- anjina 0940, 153
- kronik veya 4 haftadan daha uzun bir süre ile tanımlanmış 0940, 153, 153
- Non-ST yükseklikli (NSTEMI) 0940, 153
- ST yükseklikli (STEMI) 0940, 153

Enfeksiyon

- *Campylobacter* 1122, 172
- ilaca dirençli mikroorganizma 0112, 76
- *Helicobacter* 1122, 172
- insan papilloma virus (HPV) 1408, 187
- MRSA 0112, 76
- streptokokal 0103, 69
- grup B gebelikte 1549, 204
- sendrom
- akut HIV 0102, 65
- üriner sistem 0108, 72
- VRE 0112, 76
- ile birlikte
- yanıklar 1911, 235
- açık yara 1917, 243
- yüzeysel yaralanma 1916, 243
- yara
- açık yara 1917, 243
- hastanede kazanılmış 1913, 238

Enjeksiyon

- analjezik 1807, 221
- gama globülin 0214, 79

Ekokardiyotokografi 0907, 143; 0042, 56**ECMO 0938, 152****Erişim**

- venöz 0045, 62

Ek

- kod, yazım kuralı 0027, 31
- tanı 0002, 22; 0010, 18
- günlük girişim merkezlerinde 0002, 22

Ektropiyon 0741, 135**Eğitim**

- diyabetik 0401, 93

Etki

- ters ('si)
- antiretroviral tedavi 0102, 65
- ilaç 1902, 225
- kombinasyonları 1903, 225
- warfarin 0303, 89
- geç ('si)
- serebrovasküler kaza 0604, 121
- hastalık 0008, 25
- yaralanma, zehirlenme 1912, 237
- madde (ters) 1902, 225
- kombinasyon 1903, 225

Elektif sezeryan 1541, 204**Elektrokardiyografi (ECG) 0042, 56****Elektrokonvülsif tedavi (ECT)**

- birden fazla 0020, 45

Elektroensefalografi (EEG) 0042, 56**Elektromiyografi (EMG) 0042, 56****Elektrotlar**

- kalp 0936, 149
- CTG için fetal saçlı deri 0042, 56

Embolizm, embolüs 0941, 153

- serebral
- geç etki nedeni olarak 0008, 25

Ensefalopati

- hipoksik iskemik 1616, 215
- mitokondriyal

Endoskopi 0023, 46

- gastrointestinal kanama için 1103, 171
- ileum'un 0024, 47
- panendoskopi 0024, 47

Entropiyon**Envenomasyon**

- yılan ısırıkları 1923, 247
- örümcek ısırıkları 1923, 247

Epidural

- anestezi 0031, 52
- aneljezi 1807, 221
- sürecinde
- doğum 1508, 198

Epilepsi

- miyoklonik 0627, 124

Eponimler 0041, 44**Erozyon**

- diz 1343, 183
- patella 1343, 183

Eversiyon

- kese, hidrosel 1427, 188

Eksizyon

- debridman ile
- deri lezyonları
- birden fazla 0020, 45
- tümör
- yüz 1216, 177
- kapsamlı (gref ile birlikte)
- neoplazma bölgesi

Ekzostoz 1311, 181**Ekstansiyon**

- inme 0605, 123

Ekstrakorporeal membran oksijenasyonu 0938, 152, 152**Ekstraksiyon**

- makat 1542, 204

Ekstraoral kemik implantları 1220, 178**F****Fail**

- saldırı, suistimal, ihmal 2008, 253

Fonksiyon bozukluğu

- ventrikül (sol) 0915, 147

FAP 0246, 84**Febril konvülziyon 1809, 223****Fonksiyon bozukluğu**

- ventrikül (sol) 0915, 147

FESS 0807, 139**Fetal**

- Deselerasyonlar(anneye ilişkin kayıt) 1546, 204, 204

- azalmış hareketler

- distres (anneye ilişkin kayıt) 1546, 204, 204; 1547, 204, 204

- redüksiyon 1536, 203

- viyabilite 1510, 195

Fibrosarkoma 0612, 123**Farmasötik 0032, 54****Fobi 0511, 116****Fototerapi (için)**

- yenidoğandaki sarılık 1615, 213

Fizik tedavi 0032, 54**Fibrozis**

- kistik 0402, 109

Fistül

- arteriyovenöz 0939, 152

Fistülizasyon

- skleral 0740, 135

Flepler (serbest) 0043, 59

- revizyon 0043, 59

Flushing ('sı)

- damar yolu cihazı 0045, 62

Folikül kistleri 1434, 190**Forseps**

- sezeryanda 1534, 203

- tanımlar 1534, 203

- başarısız 0019, 44

Fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi (FESS) 0807, 139, 139**Füzyon**

- spinal 1348, 183

G**Gangren**

- diyabetik 0401, 93

- muhtemel 0010, 18

Gerilik

- intraüterin büyüme 1509, 198

- zeka

Gerilme 1921, 246

- sırt 1301, 181

Geçici, geçiş

- girişim sonrası durum 1904, 226

- yenidoğanın takipnesi 1613, 212

Geliş

- obstetrik 1506, 197

Girişim(ler) 0016, 38

- çift taraflı 0020, 45; 0025, 28

- kardiyak revizyon/ reoperasyonu 0934, 148

- bileşenler 0016, 38

- kontrakte 0029, 47

- göre ayrılır

- - lezyon sayısı 0038, 55

- - büyüklük 0038, 55

- - süre 0038, 55

- amacıyla

- - kifoz/ skolyoz 1348, 183

- tamamlanmamış 0019, 44

- kesintiye uğramış 0019, 44

- Jaboulay 1427, 188

- yönetim

- - ağrı 1807, 221

- birden fazla 0020, 45; 0025, 28

- -maz (olumsuzluk eki)

- - kodlan- 0042, 56

- - tamamlan- 0019, 44

- - gerçekleştiril- 0011, 25

- pediatrik 0037, 54

- ağrı yönetimi 1807, 221

- ertelenmiş 0011, 25

- reoperasyon, kardiyak 0934, 148

- revizyon

- - kalp 0933, 148

- sıralama 0016, 38

- Torkildsen (ventrikülosisternostomi) 0634, 128, 128

- trabekülektomi 0740, 135

Güneş yanığı 1911, 235**Gebelik**

- komplike (ile) 1521, 200

- - diyabet 0401, 93

- - kadın genital sakatlığı 1435, 191

- - hipertansiyon 1526, 201

- - hastalık

- - - zihinsel 0505, 114

- süre 1518, 199

- molar/ ektopik

- - komplikasyon ile birlikte 1544, 195

- uzamış 1527, 202

- durum, insidental 1521, 200

- sonlandırma 1511, 195

- düşükle sonuçlanan 1510, 195

Günlük

- diyaliz 1404, 187

- radyoterapi 0229, 81

Göz hastalığı

- diyabetik 0401, 93

Gastroenterit ile birlikte dehidrasyon 1120, 172, 172**Geç etki – bakınız Etki, ters****Girişim sonrası/ post operatif**

- komplikasyon/ istenmeyen olay 1904, 226

- - erken 1904, 226

- - geç 1904, 226

- - sekel 1904, 226

- durum

- - geçici 1904, 226

- dokümantasyon **1904, 226**
- hifema **0732, 134**
- ağrı **1807, 221**
- sepsis **0108, 72; 0110, 74**
- terminoloji (dizin) **1904, 226**

Güç, güçlükler

- emzirme **1538, 206**
- - postnatal **1538, 206**

Gastrit

- ile birlikte
- - ülser (gastrik) **1106, 171**

Gastroenterit 1120, 172**Gastrointestinal hemoraji 1103, 171****Gatroskopi 0024, 47****Genital, sakatlık (kadın) 1435, 191****Gestasyonel diyabet 0401, 93****Glokom**

- ile birlikte
- - katarakt **0701, 133**

Gözlem

- bulgulanmayan şüpheli durum için
- - bebek ve yenidoğan **1611, 212**
- tıbbi **0001, 20**
- sezeryan sonrası **1609, 210**

Glukoz

- yükselmiş düzeyler **0403, 109**
- tolerans
- - diabetes mellitus'ta **0401, 93**

Glue ear 0802, 139**Gref 0043, 59**

- kemik, fasyal cerrahi için **1216, 177**
- yanıklar **1911, 235**
- korneal (ret) (yetmezlik) **0731, 134**
- koroner arter bypass **0909, 143**
- arteria mammaria **0909, 143**

Grand multipar 1525, 201**Grommet(ler)**

- çıkarma **0803, 139**

H**Hasta – bakınız Hastalık****Hematüri sendromu 1429, 189****Hemodilüsyon 0733, 135****Hızlanmış doğum 1529, 202****Haraketler**

- azalmış
- - fetüsün **1537, 204**

Hastalık

- maternal
- - neonatal bakım gerektiren **1615, 213**
- zihin
- - gebeliği komplike eden **0505, 114**
- - aile öyküsü **0520, 117**
- yenidoğan
- - spesifik müdahaleler gerektiren **1615, 213**

Hasar

- sinir ve tendon
- - laserasyon ile birlikte **1908, 234**

Hastalık nöbeti

- ateş **1809, 223**

Hemoraji

- gastrointestinal **1103, 171**
- intraserebral/ subaraknoid **0604, 121**
- sezeryan sonrası **1528, 202**
- postpartum **1528, 202**

Hastalık

- akut (da)
- - kronik **0001, 20**
- Alzheimer **0528, 118**
- ateroskleroz kalp **0940, 153; 0941, 153**
- koroner arter **0940, 153; 0941, 153**
- Crohn
- - histoloji **0010, 18**
- göz, diyabetik **0401, 93**
- kalp
- - aterosklerotik **0940, 153**
- - iskemik **0940, 153**
- - - tanımlanmış form NEC **0940, 153**
- - HIV – bakınız İnsan
- hiyalin membran **1614, 213**
- hipertansif
- - kalp **0926, 147**
- - böbrek **0913, 147**
- - - ile birlikte
- - - - kalp **0927, 147**
- iskemik kalp **0940, 153**
- diğer **0013, 28**
- akciğer hastalığı, obstrüktif (kronik) **1008, 168, 168**
- böbrek
- - diyabetik **0401, 93**
- - - son dönem **0401, 93**
- şüpheli **0001, 20**
- - yenidoğan veya bebek **1611, 212**
- tanımlanmamış **0013, 28**
- vasküler
- - periferik **0941, 153**
- - - diyabet ile birlikte **0401, 93**

Haig-Ferguson forseps 1534**Helicobacter enfeksiyonu 1122, 172****Hemimaksillektomi 1216, 177****Hemipleji 0604, 121**

- geç etki olarak **0008, 25**

Hepatit (aktif) (kronik) (taşıyıcı) (viral) 0104, 70, 70**Herni**

- disk, intervertebral **1330, 182**

Hiyerarşi

- dördüncü ve beşinci hane **0013, 28**

Histoloji

- tanıya aykırı **0010, 18**

Horlama 0635, 130**HIV 0102, 65**

- akut enfeksiyon sendromu **0102, 65**

- asemptomatik, durum 0102, 65
 - kemoterapi 0102, 65
 - hastalık 0102, 65
 - laboratuvar kanıtı 0102, 65
 - sıralama 0102, 65
HNPCC 0247, 84
Hastanede kazanılmış
 - bakteriyemi 0111, 76
 - yara enfeksiyonu 1913, 238
HPV 1408, 187
Hiyalin membran hastalığı 1614, 213
Hidatiform mol 1504, 195
Hidrosel 1427, 188
Hidrocefali
 - ventrikülostomi ile tedavi edilmiştir 0634, 128
Hiperglisemi 0403, 109
Hiperlipidemi
 - diabetes mellitus ile birlikte 0401, 93
Hiperozmolarite 0401, 93
Hiperplazi
 - prostat 1420, 188
Hiperrefleksi 1342, 183
 - otonom/ sempatik 0624, 123
Hipertansiyon 0925, 147
 - diabetes mellitus ile birlikte 0401, 93
 - kalp 0925, 147; 0926, 147
 - - ve böbrek 0927, 147
 - gebelik 1526, 201
 - böbrek 0913, 147; 0925, 147
 - - ve kalp 0927, 147
 - sekonder 0928, 148
Hipertoni 1336, 183
Hipertrofi
 - prostat (selim) 1420, 188
Hifema
 - girişim sonrası 0732, 134
Hipogamaglobulinemi 0214, 79
Hipoglisemi 0401, 93
 - ajanlar, oral
 - - Tip 2 diyabet için 0401, 93
Hipoglisemik reaksiyon (koma) (şok) 0401, 93, 93
Hipotermi 0042, 56
Hipoksik
 - iskemik ensefalopati 1616, 215
 -

I

Isırıklar, zehirli 1923, 247
IPPB 1006, 164
Intragam 0214, 79
Intraperitoneal sıvı (serbest) 1110, 171
Intraoral kemik implantları 0809, 140

IUGR
 - düşen östrioller ile birlikte 1509, 198
IVF 1437, 193

İ

İçeride kalan
 - plasenta
 - - manuel olarak çıkarılması 1543, 204
 - konsepsiyon ürünleri 1544, 195
 - timpanostomi tüpü 0803, 139
İptal edilen cerrahi girişim 0011, 25
İleoskopi 0024, 47
İnme 0604
 - ekstansiyon 0605, 123
İmmobilite 1805, 221
İnmenin ciddiyeti 0604, 121
İnsidental gebelik durumu 1521, 200
İstenmeyen olay
 - sınıflandırma 1904, 226
 - dış neden 1904, 226
İmmünoproliferatif hastalıklar
 - remisyon 0245, 83
İmmünoterapi
 - profilaktik, venom 1923, 247
İmplant(lar)
 - meme (çıkarma) 1204, 175
 - kemik
 - - ekstraoral 1220, 178
 - - intraoral 0809, 140
İmplant edilebilir
 - infüzyon pompaları 0045, 62
 - damar yolu cihazı 0045, 62
İnsizyon
 - mesane (boyun) 1420, 188
İnkontinans 1808, 222
İzleme
 - kardiyak 0042, 56
 - elektroensefalogram 0042, 56
 - intrakraniyal basınç 0042, 56
 - basınç 0042, 56
İndüksiyon
 - doğum 1513, 198
İnfertilite 1437, 193
 - IVF 1437, 193
İnfüzyon
 - kan ürünleri 0302, 89
 - elektrolitler 1615, 213
 - enteral, yenidoğan 1615, 213
 - besleyici maddeler 1615, 213
 - pompalar 0045, 62
İnhalasyon yanıkları 1911, 235
İnsülin
 - reaksiyon 0401, 93
 - - antikor 0401, 93

- direnç **0401, 93**

- terapi

- - diyabet için **0401, 93**

İnsan

- immün yetmezlik virus **0102, 65**

- papilloma virus **1408, 187**

İyileşme dönemi 2103, 257

İntolerans

- kontakt lens **0719, 134**

- glukoz **0401, 93**

İntoksikasyon

- akut **0503, 111**

İskemi, iskemik 0941, 153

- ensefalopati, hipoksik **1616, 215**

- kalp hastalığı **0940, 153; 0941, 153**

- bacak **0941, 153**

İridektomi (periferik) 0740, 135

İlaç

- ters etki **1902, 225**

- - kombinasyon, iki veya daha fazla **1903, 225, 225**

- - warfarin **0303, 89**

- test, yatış **0026**

- verme cihazları **0045, 62**

- bağımlılık/ kötüye kullanım **0503, 111**

- detoksifikasyon ve rehabilitasyon **0525, 117**

- zararlı kullanım **0503, 111**

- dozaşımı

- - niyetin belirtilmesi **2005, 253**

- - psikiyatrik tanı ile birlikte **0530, 118**

- zehirlenme **1901, 225; 2005, 253**

- test, yatış **0026**

J

Jaboulay girişimi 1427, 188

Juvenil artrit 1352, 184

K

Kalp pil(ler)i 0936, 149

- durum **0936, 149**

Kaposi sarkomu 0102, 65

Katman

- yanık **1911, 235**

Konstriksiyon

- arter **0941, 153**

Kalıtısal polipozis olmayan kalın bağırsak kanseri 0247, 84, 84

Kayma

- disk, intervertebral **1330, 182**

Kuadripleji 0625, 123; 1915, 239

- el cerrahisi **0630, 127**

Kord, spinal — bakınız Spinal, kord

Konsepsiyon ürünleri, içeride kalan 1544, 195, 195

Komplet abortus 1503, 195

Kesintiye uğramış girişim 0019, 44

Kemik implantları

- ekstraoral **1220, 178**

- intraoral **0809, 140**

Kişilik

- B kümesi **0512, 116**

- özellik, bozukluk **0512, 116**

Kaybı

- bilinç **1905, 232**

- deri **1910, 235**

Konuşma patolojisi 0032, 54

Korneal

- kalsiyum kelasyonu **0724, 134**

- grefin reddi/ yetmezliği **0731, 134**

- rust ring **0723, 134**

Koroner arter bypass

- grefleri **0909, 143**

Kraniyotomi 0612, 123

Kriterler, tanısal

- amacıyla

- - böbrek yetmezliği/ bozukluğu **1430**

Kistik fibrozis 0402, 109

Kırık 1918, 244

- Colles bilateral **0025, 28**

- gövde **1920, 245**

- vertebral kolon **1915, 239**

- ile birlikte

- - çıkık **1918, 244**

- - yaralanma

- - - intrakraniyal **1919, 245**

- - - intraabdominal/ intratorasik **1920, 245**

Kistler

- folliküler **1434, 190**

- over **1434, 190**

- - patolojik **1434, 190**

- - fizyolojik **1434, 190**

Konvülziyonlar

- febril **1809, 223**

Kontakt lens

- intolerans **0719, 134**

Köntüzyonlar 1916, 243

Karsinomatozis

- disemine **0242, 83**

- lenfanjit **0218, 79**

Konjunktivit (kronik) 0719, 134

Kromozomal/ genetik 0005, 23

Kronik — ayrıca bakınız durum

- durum

- - akut durum ile birlikte **0001, 20**

- evre, parapleji/ kuadripleji **0625, 123**

Kelasyon

- kalsiyum

- kornea **0724, 134**

Kodlar

- etiyoloji ve bulgu **0001, 20; 0027, 31**

- kombinasyon **0015, 28**

- hançer ve yıldız imi 0001, 20; 0027, 31
- dış neden 2001, 251
- yetersiz tanımlanmış 0001, 20; 0013, 28
- diğer ve tanımlanmamış 0013, 28
- rezidüel 0013, 28
- sosyal 0516, 116
- semptomlar/ belirtiler 0001, 20
- Koma**
- de
- - diyabet 0401, 93
- - zehirlenme 1901, 225
- kafa yaralanması ile ilgili olmayan 1905, 232
- Kombinasyon kodları 0015, 28**
- Komorbidite 0002, 22**
- Komplet abortus 1503, 195**
- Komplikasyon ('u)**
- antiretroviral tedavi 0102, 65
- kardiyak ve revizyon/ reoperasyon girişimi 0934, 148, 148
- koroner arter bypass grefi 0909, 143
- doğum, yenidoğanı etkileyen 1609
- diyabet 0401, 93
- - akut metabolik 0401, 93
- - dolaşım 0401, 93
- - gözler 0401, 93
- - metabolik 0401, 93
- - mikrovasküler 0401, 93
- - yenidoğan 0401, 93; 1602, 209
- - nöropati 0401, 93
- - periodontal 0401, 93
- - periferik damar hastalığı 0401, 93
- - renal 0401, 93
- - deri 0401, 93
- erken 1904, 226
- - sınıflandırma 1904, 226
- - dış neden kodu 1904, 226
- sonrası
- - düşük 1544, 195
- - ektojik/ molar gebelik 1544, 195
- doğum, yenidoğanı etkileyen 1609, 210
- geç 1904, 226
- - sınıflandırma 1904, 226
- - dış neden kodu 1904, 226
- tıbbi
- - komplikasyon/ istenmeyen olay 1904, 226
- istenmeyen olay 1904, 226
- perinatal 1605, 209
- girişim sonrası 1904, 226
- gebelik
- - yenidoğanı etkileyen 1609, 210
- - diyabet (önceden mevcut olan) 0401, 93
- - zihinsel hastalık 0505, 114
- postpartum 1548, 207
- rezidüel 0013, 28
- sekel 1904, 226
- cerrahi girişim 1904, 226
- - komplikasyon/ istenmeyen olay 1904, 226
- şüpheli 0012, 26
- - yenidoğan ve bebek 1611, 212
- tehdidi 0010, 18
- geçici girişim sonrası 1904, 226
- tanımlanmamış 0013, 28

- yara, açık 1917, 243
- Konküzyon 1905, 232**
- Kemoterapi 0044, 60**
- HIV/ AIDS için 0102, 65
- Kardiyak**
- arrest 0904, 143
- iletim sistemi 0936, 149
- revizyon/ reoperasyon girişimi 0934, 148
- Katarakt 0701, 133**
- katarakt sonrası 0701, 133
- tanımı 0701, 133
- diyabetik 0401, 93; 0701, 133
- hipermatüre 0701, 133
- immatür 0701, 133
- intümesan 0701, 133
- matürite 0701, 133
- Morgagnian 0701, 133
- psödo katarakt 0701, 133
- sekonder lens uygulaması 0701, 133
- senil
- - diyabet ile birlikte 0401, 93
- glokom ile birlikte 0701, 133
- Kateter**
- Broviac 0045, 62
- kalp 0933, 148
- Cook 0045, 62
- Groshong 0045, 62
- Hickman 0045, 62
- Infusaport 0045, 62
- Portacath 0045, 62
- venöz 0045, 62
- Kateterizasyon**
- arteriyovenöz 0939, 152
- kalp 0933, 148
- santral venöz 0045, 62
- üriner
- - girişim sonrası 0042, 56
- Kaudal**
- anestezi 0031, 52
- Kardiyopleji 0042, 56**
- Kardiyotokografi (CTG) 0042, 56**
- Kan nakli 0302, 89**
- birden fazla 0020, 45
- Kalsiyum kelasyonu**
- korneal 0724, 134
- Katarakt sonrası 0701, 133**
- Körlük**
- geç etki olarak 0008, 25
- Kabarık**
- yanıklar 1911, 235
- Kaza (kazayla)**
- serebrovasküler 0604, 121
- - eski 0604, 121
- zehirlenme/ yaralanma 2005, 253
- Keilland forseps 1534, 203**
- Keratit 0719, 134**
- Keratopati**
- bant 0724, 134

Ketoasidoz

- diyabette 0401, 93

Kifoz, için girişim 1348, 183**L****Laboratuvar sonuçları**

- ve özetleme 0010, 18

- HIV 0102, 65

Laserasyon

- ile birlikte

- - sinir ve tendon hasarı 1908, 234

- açık yara 1917, 243

Laktasyon

- baskılanmış 1539, 206

Laktik asidoz

- diyabet ile birlikte 0401, 93

LADA 0401, 93**Laparoskopi 0023, 46****Lauff's forseps 1534, 203****Lohusalık**

- tanım 1501, 205

L-dopa (levodopa) 0633, 127**Lezyon**

- Bankart 1353, 184

- biyomekanik 1335, 183

- disk, intervertebral 1308, 181

- germ hücreli, testisin 0028, 47

- glomus jugulare 0612, 123

- intrakraniyal, beyin 0629, 125; 0632, 127

- allopatik olmayan 1335, 183

- sayı 0038, 55

- pitüiter 0612, 123

- rezidüel/ rekürren 2113, 261

- deri

- - birden fazla eksizyon 0020, 45

- kafa tabanı 0612, 123

- SLAP 1354, 184

- spinal kord 0625, 123; 1915, 239

- üst labrum anterior-posterior 1354, 184

Lösemi

- akut-on-kronik 0001, 20

- remisyon 0245, 83

Lokalizasyon, stereotaktik

- intrakraniyal

- - brakiterapi 0632, 127

- - beyin ve sinir cerrahisi 0633, 127

- spinal

- - radyocerrahi/ radyoterapi 0629, 125

Lumbago 1302, 181**Lenfanjit**

- karsinomatozis 0218, 79

Lenf düğümü

- para-aortik

- - biyopsisi 0028, 47

Lenfoma (ekstranodal) 0222, 80**Lizis**

- adezyonlar 0047, 62

M**Madde**

- rehabilitasyon ve detoksifikasyon 0525, 117

- kötüye kullanım, psikoaktif 0503, 111

Miadını geçmiş doğum 1527, 202**Miadından önce doğmuş bebekler 1618, 216, 216****Müdahaleler**

- yardımcı sağlık 0032, 54

- - birden fazla girişim 0020, 45

Muayene

- takip 2113, 261

- psikiyatrik 0521, 117

- anestezi ile 0022, 46; 0031, 52

- - jinekolojik 1431, 190; 0031, 52

Makat doğum ve ekstraksiyon 1542, 204**Muhtemel respiratuvar obstrüksiyon 1007, 167, 167****Meslek tedavisi 0032, 54****Mesane**

- insizyon

- - prostatik hipertrofi için 1420, 188

- reedükasyon 1433, 190

Malignite — bakınız Neoplazma**Malunion**

- kırık 1912, 237

Masif aspirasyon sendromu 1613100**Mastektomi (için)**

- meme biyopsisinde bulgularanan habis neoplazma 0219, 79, 79

- profilaktik 1204

- skar

- - 'de rekürren 0237, 82

Maternal

- perinatal morbidite/ mortalitenin etkenleri 1609, 210, 210

- diyabet, yenidoğanı etkileyen 0401, 93, 93; 1602, 209, 209

- hastalık, yenidoğana bakım sağlayamama 1615, 213, 213

Mekanik ventilasyon 1006, 164**Medikasyonlar**

- - değiştirilmiş veya ayarlanmış 0002, 22

Melena 1103, 171**MELAS 0627, 124****Membran oksijenasyonu, ekstrakorporeal 0938, 152, 152****Meningioma**

- kafa tabanı 0612, 123

MERRF 0627, 124**Mezenterik adenit (apandisit ameliyatı ile birlikte) 1111, 171, 171****Metastazlar 0239, 82; 0236, 79**

Mikroalbüminüri 0401, 93**Mitokondriyal**

- sitopati 0627, 124
- ensefalopati laktik asidoz inme benzeri epizot sendromu 0627, 124, 124
- miyopati 0627, 124

MODY 0401, 93**Mol**

- hidatidiform 1504, 195

Monopleji

- geç etki olarak 0008, 25

Morbidite

- perinatal
- - maternal etkenlere bağlı 1609, 210

Morgagnian kataraktı 0701, 133**Morfoloji 0233, 81****Mortalite**

- perinatal
- - maternal etkenlere bağlı 1609, 210

Multikistik overler 1434, 190**Multipar**

- grand 1525, 201

Münchausen sendromu 0526, 117

- by proxy 0526, 117

Müzikle tedavi 0032, 54**Miyelit 0625, 123****Miyolopati 1307, 181****Miyokard enfarktüsü 0940, 153****Miyoklonik epilepsi ile zarar gören kırmızı lif sendromu 0627, 124, 124****Miyopati**

- mitokondriyal 0627, 124

N**Nakil, transplantasyon**

- organ 0030, 49
- kök hücre (otolog) (hematopoetik) 0301, 87

Neonat — bakınız Yenidoğan**Niyet**

- zehirlenme/ yaralanma 2005, 253

Nöbetler

- febril 1809, 223

Neden

- dış 2001, 251
- ve istenmeyen olaylar 1904, 226
- - erken ve geç komplikasyonlar 1904, 226

Nakil

- kan 0302, 89
- yenidoğanın 1615, 213

Nekahet bakımı 2103, 257**Neoplazma 0236, 79**

- kemoterapi 0044, 60
- bulaşkan bölgeler 0234, 81
- ekstsansiyon 0234, 81

- takip 2113, 261
- öykü 2112, 261
- dudak 0241, 83
- metastazlar 0239, 82
- - sıralama 0236, 79
- morfoloji 0233, 81
- overlapping 0234, 81
- palyatif bakım 0224, 80
- ekstsansiyon ile birlikte primer 0234, 81
- rekürren 0102, 65
- - mastektomi skarı 0102, 65
- sekonder 0239, 82
- sıralama 0236, 79
- yayılma 0234, 81
- belirsiz bölgeler 0234, 81
- kapsamlı ekstsansiyon, bölgenin 0236, 79

Nefropati

- başlangıç dönemindeki diyabetik 0401, 93

Nefrostomi (için)

- rezeksiyon ('in)
- - tümör 1417, 188

Nöraljiyel blok 0031, 52

- doğum sürecinde 1508, 198

Nöroendoskopi 0634, 128**Nöropati**

- diyabetik 0401, 93

Nötropeni 0109, 73**Neville-Barnes forseps 1534, 203****O****Obesite**

- diyabette 0401, 93

Olay, hayatı tehdit edici akut 1610, 211**Odyoloji 0032, 54****Ogmantasyon 1513, 198****Otonom disrefleksi/ hiperrefleksi 0624, 123****Obstrüktif akciğer hastalığı, kronik (COPD) 1008, 168, 168**

- akut/ infektif alevlenme 1008, 168

Onarım

- kadın genital sakatlığı 1435, 191
- hidrosel 1427, 188
- şaşılık 0710, 134
- tendon, birden fazla 0020, 45
- deri ve subkütan doku yarası 1217, 178

Oftalmopleji

- mitokondriyal sitopatide 0627, 124

Organ

- temini 0030, 49
- nakli 0030, 49

Ortoptik 0032, 54**Ortotik 0032, 54****OSA 0635, 130****OSAHS 0635, 130**

OSAS 0635, 130**Ostektomi**

- yüz kemikleri 1216, 177

Otitis media (seröz) 0802, 139**Oksijen**

- tedavi, yenidoğan 1615, 213

Oksijenasyon

- ekstrakorporeal membran 0938, 152

Over kistleri 1434, 190**Olay yeri 2001, 251****Ö****Örnekleme**

- para-aortik düğüm 0028, 47

Özetleme

- genel 0010, 18

Özefajit

- ile birlikte

- - hemoraji 1103, 171

- ülseratif 1121, 172

Özofagogastrodüdenoskopi 0024, 47**Özofagoskopi 0024, 47****Östrioller, düşen 1509, 198****Özellik**

- kişilik 0512, 116

Ödem

- kornea 0719, 134

- pulmoner (akut) 0920, 147

Öykü

- kişisel 2112, 261

- kötüye kullanma/ kötü muamele 1909

- - takip muayenesi 2113, 261

- aile

- - zihin/ davranış bozukluğu 0520, 117

- - için tarama 2111, 260

P**Pansuman**

- yanık 1911, 235

- kodlanmaz 0042, 56

Pulse jeneratörü 0936, 149**Pıhtının giderilmesi**

- arteriyovenöz fistül 0939, 152

Pacing wires

- uygulama 0042, 56

Pediyatrik girişimler 0037, 54**Palyatif bakım 0224, 80****Pallidotomi, stereotaktik 0633, 127****Pankreatit**

- akut-on-kronik 0001, 20

Panendoskopi 0024, 47**Panik**

- ataklar 0511, 116

Para-aortik lenf düğümü biyopsisi 0028, 47**Parapleji 0625, 123; 1915, 239****Parenteral**

- antibiyotik/ anti-infektifler 1615, 213

- sıvı tedavisi 1615, 213

Pastoral bakım 0032, 54**Perfüzyon 0042, 56****Perinatal**

- morbidite/ mortalite, maternal etken 1609, 210, 210

- dönem 1605, 209

Periferik damar hastalığı 0941, 153

- diyabetik 0401, 93

Per-rektal kanama için 1117, 172**Plasenta (içeride kalan)**

- manuel olarak çıkarılması 1543, 204

Plastik cerrahi 1204, 175**Pnömoni 1004, 163****Podyatri 0032, 54****Polikistik overler 1434, 190****Poliomiyelit**

- geç etki nedeni olarak 0008, 25

Polip

- özefagus 0013, 28

Polipektomi, birden fazla 0020, 45**Postlaminektomi sendromu 1344, 183****Postnatal**

- emzirme güçlükleri 1538, 206

- depresyon 0505, 114

Postpartum durumu/ komplikasyonu 1548, 207, 207**Postpartum kanama 1528, 202****Preeklampsi****Prematür**

- doğum 1530, 202

- bebek 1618, 216

- membran rüptürü 1531, 202; 1518, 199

Primigravida

- yaşlı 1524, 201

Prolaps

- disk, intervertebral 1330, 182

Profilaksis, profilaktik

- mastektomi 1204, 175

- organın çıkarılması

- - malignite için 0236, 79

- HIV'de tedavi 0102, 65

Prostatik

- hipertrofi, mesane boynunun insizyonu ile birlikte 1420, 188, 188

Protez

- kalça, çıkık 1309, 181

Prostetik

- yardımcı sağlık müdahalesi 0032, 54

Psikoaktif madde kötüye kullanımı 0503, 111, 111

Psikoloji 0032, 54

Pterijyum 0709, 134

Pulmoner

- ödem, akut 0920, 147
- akciğer hastalığı, obstrüktif (kronik) 1008, 168, 168

Pulse jeneratörü 0936, 149

Pompalar

- infüzyon 0045, 62

PVD 0941, 153

R

Radikülopati 1307, 181

Radyasyon

- beta 0709, 134

Radyocerrahi

- stereotaktik 0632, 127

Risk altındaki çocuk 1909, 234

Radyoterapi 0229, 81

- diş temizliği 0236, 79
- stereotaktik 0629, 125

Reaksiyon

- uyum/ depresif 0506, 116
- allerjik 2004, 253
- ilaç kombinasyonu 1903, 225
- hipoglisemik 0401, 93
- insülin 0401, 93
- - antikor 0401, 93

Rekonstrüksiyon

- kemik 0612, 123
- - yüz, rezeksiyon ile birlikte 1216, 177
- göz kapağı, çift taraflı 0020, 45

Rekürens

- neoplazma(da)
- - primer 0237, 82
- - skar 0237, 82

Redüksiyon

- çıkık
- - protez, kalça 1309, 181
- fetal 1536, 203
- kırık
- - Colles bilateral 0025, 28
- gastrik, morbid obesite için 0023, 46

Redundant

- kolon 1109, 171

Refill

- damar yolu cihazı 0045, 62

Rehabilitasyon 2104, 257

- alkol 0525, 117
- uyuşturucu 0525, 117

Ret

- gref
- - korneal 0731, 134

Remisyon

- immünoproliferatif hastalıklar 0245, 83
- lösemi 0245, 83

Reoperasyon

- CABG'ler 0909, 143
- kalp 0934, 148

Replasman

- eklem 1329, 182
- - kalça, bilateral 0020, 45

Rezeksiyon

- yüz kemikleri (mandibula) (maksilla) 1216, 177, 177
- lezyon (tümör)
- - böbrek pelvis (perkütan) 1417, 188
- - kafa tabanı 0612, 123

Rezidüel

- durum 0001, 20
- - takip muayenesi 2113, 261
- lezyon (rekürren lezyon) 2113, 261

Resüsitasyon

- doğumda 1615, 213

Retinopati

- diyabetik 0401, 93

Retraksiyon

- beyin 0612, 123

Reedükasyon

- mesane 1433, 190

Retrolistez 1334, 182

Revizyon

- fistül
- - arteriyovenöz 0939, 152
- flep 0043, 59
- girişim
- - kalp 0934, 148
- şant
- - serebrospinal sıvı 0634, 128

Ring

- kornea, rust 0723, 134

Rüptür

- membran
- - yalancı 1531, 202
- - erken 1518, 199; 1531, 202

S

Sağlayamama

- annenin
- - yenidoğan bakımı 1615, 213

Sepsis riski, neonatal 1617, 215

Suistimal

- yetişkin 1909, 234
- çocuk 1909, 234
- suçunun faili 2008, 253

Sitopati

- mitokondriyal 0627, 124

Solunum

- mekanik/ sürekli 1006, 164

Sevk (için)

- şüpheli durum ile birlikte **0012, 26**
- iyileşme dönemi **2103, 257**
- doğum sürecinde **1550, 205**
- doğum sonrasında **1519, 199**
- yenidoğan doğum sonrasında **1607, 209**

Sarılık

- yenidoğan **1615, 213**

Siğiller

- HPV ile ilişkili **1408, 187**

Sınırlaması

- havayolu (kronik) – *bakınız* COPD

Sivıda mekonyum (anneye ilişkin kayıt)
1547, 204, 204

Solunum distres (sendromu) **1614, 213, 213;**
1615, 213, 213

Sürekli bakım **2107, 260**

Sonlandırma

- gebelik **1511, 195; 1513, 198**

Sonuç

- anormal (tanısal) (patolojik) **0010, 18**
- tetkik
- - ve özetleme **0010, 18**

Sakatlık, kadın genital **1435, 191**

Selülit (orbital) (periorbital) **1210, 177**

Sıvı

- intraperitoneal (serbest) **1110, 171**

Sağırılık **0801, 139**

Sakatlık

- rehabilitasyonda **2104, 257**
- zihinsel

Süre

- gebelik **1518, 199**

Sürekli

- solunum desteği **1006, 164**

Sözleşmeli işlemler **0029, 47**

Sünnet **1607, 209**

Sezeryan kesisi (ile birlikte)

- elektif **1541, 204**
- acil **1541, 204**
- önceki sezeryan/ uterus skarı **1506, 197**

Sarkoma

- Kaposi **0102, 65**

Skar

- sezeryan **1506, 197**
- plastik cerrahi **1204, 175**
- mastektomi, 'de yineleme **0237, 82**
- uterus **1506, 197**

Skleral fistülizasyon **0740, 135**

Skolyoz, için girişim **1348, 183**

Sekonder

- diyabet **0401, 93**
- hipertansiyon **0928, 148**

Sement spacer/ boncuklar **1316, 181**

Sepsis **0110, 74**

- neonatal (riski) **1617, 215**
- 'e sekonder
- - üriner sistem enfeksiyonu **0108, 72**

Septisemi **0108, 72; 0110, 74**

- nötropeni ile birlikte **0109, 73**
- klinik **0109, 73**
- kültür negatif **0109, 73**

Sekel(ler) **0001, 20; 0008, 25**

- serebrovasküler kaza **0604, 121**
- yaralanma/ zehirlenme/ toksik etkiler/ dış nedenler **1912, 237, 237**
- girişim sonrası **1904, 226**
- - sınıflandırma **1904, 226**

Sıralama **0002, 22; 0001, 20**

- ek tanı **0002, 22**
- anestezi **0031, 52**
- yanıklar **1911, 235**
- selülit/ yara **1210, 177**
- iyileşme dönemi **2103, 257**
- doğum **1515, 199**
- dış neden kodları **2001, 251**
- glokom ve katarakt **0701, 133**
- HIV **0102, 65**
- HPV **1408, 187**
- yaralanmalar **1907, 233**
- geç etkiler **0008, 25; 1912, 237**
- malignite **0236, 79**
- - öyküsü **2112, 261**
- metastazlar **0236, 79**
- morfoloji **0233, 81**
- neoplazma **0236, 79**
- sinir hasarı/ laserasyon **1908, 234**
- nötropeni **0109, 73**
- yenidoğanlar **1607, 209**
- obstetrik **1515, 199**
- girişimler **0016, 38**
- radyoterapi **0229, 81**
- rehabilitasyon **2104, 257**
- septisemi **0108, 72; 0110, 74**
- sendromlar **0005, 23**
- TURP/BNI **1420, 188**

SIDS **1610, 211**

Silastik buton artroplasti **1329, 182**

Simpson forseps **1534, 203**

SIRS **0110, 74**

Singulotomy, stereotaktik **0633, 127**

COPD **1008, 168**

SLAP lezyonu **1354, 184**

Sosyal

- kodlar **0516, 116**
- içici **0503, 111**
- hizmet **0032, 54**

Spinal

- anestezi **0031, 52**
- kord
- - yaralanma **1915, 239**
- - lezyon (fonksiyonel seviye) **0625, 123, 123;**
1915, 239, 239
- füzyon **1348, 183**

Spondilolistez 1334, 182**Spondiloz 1334****Spontan**

- düşük 1503, 195; 1504, 195
- vajinal doğum, tek 1505, 197

Stabilizasyon

- diyabetin 0401, 93

Stenoz

- arter 0941, 153

Stereotaktik

- brakiterapi 0632, 127
- lokalizasyon
- - intrakraniyal 0629, 125; 0632, 127
- - spinal 0629, 125
- beyin ve sinir cerrahisi (singulotomy)(pallidotomi)(talamotomi) 0633, 127, 127, 127
- radyocerrahi 0629, 125
- radyoterapi 0629, 125

Stereotaksis, stereotaktik

- radyocerrahi 0629, 125
- radyoterapi 0629, 125

Streptokokal

- enfeksiyon 0103, 69
- - grup B gebelikte 1549, 204
- grup B taşıyıcısı gebelikte 1549, 204

Stres testi 0042, 56**Soyulma ve ligasyon**

- variköz venler
- - bilateral 0025, 28

Sürfaktan eksikliği 1614, 213**Sütür**

- primer
- - cerrahi/ travmatik yaralar 0042

Sempatektomi 1807, 221**Sempatik hiperrefleksi 0624, 123****Semptomlar 1802, 221**

- ve şüpheli durumlar 0012, 26
- yenidoğan veya bebek 1611, 212
- gebeliği komplike eden 1521, 200
- endoskopi tetkiki 0046, 23

Sendrom 0005, 23

- akut koroner 0940, 153
- akut HIV enfeksiyonu 0102, 65
- otonom disrefleksi 0624, 123
- çocuk kötü muamele 1909, 234
- konjenital 0005, 23
- koroner, akut 0940, 153
- ezilme 1922, 246
- ölüm
- - infant (ani) (olası) 1610, 211
- bağımlılık, uyuşturucu ve alkol 0503, 111
- dietilstilbestrol 1428, 189
- Dressler 0940, 153
- bel ağrısı/ hematüri 1429, 189
- bel ağrısı 1302, 181
- masif aspirasyon
- mitokondriyal ensefalopati laktik asit inme benzeri epizot 0627, 124, 124

- Munchausen 0526, 117
- miyoklonik epilepsi ile zarar gören kırmızı lif 0627, 124, 124
- kalp pili 0936, 149
- postlaminektomi 1344, 183
- solunum distres 1614, 213
- uyku hipoventilasyon 0635, 130
- üst havayolu direnci 0635, 130
- sistemik inflamatuvar yanıt (SIRS) 0110, 74
- Young 1415, 188

Ş**Şant**

- arteriyovenöz 0939, 152
- serebrospinal sıvı 0634, 128

Şaşılık 0710, 134**T****Takipne**

- geçici, yenidoğanın 1613, 212

Titreme atakları, benign 0631, 127**Tarama**

- diyabet için 0401, 93
- spesifik bozukluk için 2111, 260

Ters etkiler – bakınız Etkiler, ters**Temin**

- kemik
- - fasiyal cerrahi için 1216, 177
- - ilik 0301, 87
- organ(lar) 0030, 49
- kök hücre (otolog) (hematopoetik) 0301, 87

Tedaviye yanıt vermeyen

- ağrı (kronik) 1807, 221

Tıkanmış, obstrüksiyon

- arteriyel 0941, 153
- doğum 1506, 197
- solunum sistemi (bağlı)
- - muhtemel 1007, 167

Tıbbi

- gözlem/ değerlendirme 0001, 20

Tüp

- mide, yenidoğan 1615, 213

Tetkik(ler)

- ekokardiyografi 0907, 143
- şüpheli durumlar için 0012, 26
- sonuçlar
- - ve özetleme 0010, 18

Tıkanıklık

- arteriyel 0941, 153

Taburcu

- doğum sürecinde 1550, 205
- şüpheli durumlar ile birlikte 0012, 26

Takip muayeneleri 2113, 261**Taşıyıcı**

- hepatit **0104, 70**
- Streptokokal grub B, gebelikte **1549, 204**
- Teşhis (de)**
- ek **0002, 22**
- - de
- - - günlük girişim merkezleri **0002, 22**
- - - günlük endoskopi **0046, 23**
- histolojiye aykırı **0010, 18**
- çift kodlama **0025, 28**
- gerçekleştirilmeyen cerrahi için **0011, 25**
- malignite meme biyopsisi sonrası **0219, 79**
- çoklu kodlama **0027, 31**
- - ek tanımlar **0002, 22**
- daha önce kesilmiş neoplazma **0236, 79**
- diğer **0013, 28**
- ana (için) **0001, 20**
- - akut bakım, ile birlikte
- - - zihin sağlığı
- - - bakımevi tipi **2105, 260**
- - - rehabilitasyon **2104, 257**
- - yetişkin suistimali **1909, 234**
- - anjina **0940, 153**
- - değerlendirme **2108, 260**
- - yanıklar **1911, 235**
- - selülit **1210, 177**
- - çocuk suistimali **1909, 234**
- - iyileşme dönemi **2103, 257; 2104, 257**
- - sağırılık **0801, 139**
- - doğum
- - - yatıştan önce **1519, 199**
- - - prematürite **1530, 202**
- - - antepartum durumla birlikte **1515, 199**
- - diyaliz **0001, 20; 1404, 187**
- - - endoskopi, günlük **0046, 23**
- - febril konvülsiyon **1809, 223**
- - malignite öyküsü **2112, 261**
- - HPV **1408, 187**
- - enjeksiyon Intragam **0214, 79**
- - yaralanma **1906, 233**
- - - birden fazla **1907, 233**
- - lenfanjit karsinomatozis **0218, 79**
- - morfoloji
- - birden fazla **0001, 20**
- - neoplazma **0236, 79**
- - - sıralama **0236, 79**
- - yenidoğan **1607, 209**
- - obstetrik
- - - komplikasyon **1521, 200**
- - palyatif bakım **0224, 80**
- - plastik cerrahi **1204, 175**
- - prematür doğum **1530, 202**
- - raydyoterapi **0229, 81**
- - rehabilitasyon **2104, 257**
- - süreli bakım **2107, 260**
- - septisemi **0109, 73; 0110, 74**
- - sendromlar **0005, 23**
- - iki veya daha fazla tanı **0001, 20**
- - - günlük endoskopi **0046, 23**
- - olası **0012, 26**
- - sorgulama **0012, 26**
- - sekonder **0002, 22**
- - tanımlanmamış **0013, 28**

Tanım (ı)

- hayatı tehdit edici akut olay **1610, 211**
- düşük **1510, 195**
- ek tanımlar **0002, 22**
- ilaçların ters etkisi **1902, 225**
- araştırma sonunda **0001, 20**
- bakteriyemi, hastanede kazanılmış **0111, 76**
- yanıklar **1911, 235**
- kalbin iletim sistemi **0936, 149**
- katarakt **0701, 133**
- komplikasyon
- - erken **1904, 226**
- - geç **1904, 226**
- - girişime bağlı **1904, 226**
- - sekel **1904, 226**
- - sürekli solunum desteği **1006, 164**
- - ezilme sendromu **1922, 246**
- - degloving yaralanması **1914, 238**
- - uyuşturucu/ alkol
- - akut intoksikasyon **0503, 111**
- - bağımlılık sendromu **0503, 111**
- - zararlı kullanım **0503, 111**
- - elektrotlar, kalp **0936, 149**
- - dış neden kodu **2001, 251**
- - ailesel adenomatöz polipozis **0246, 84**
- - kadın genital sakatlığı **1435, 191**
- - febril konvülsiyon **1809, 223**
- - fetal viyabilite **1510, 195**
- - forseps **1534**
- - hepatit, viral **0104, 70**
- - hastanede kazanılmış yara enfeksiyonu **1913, 238, 238**
- - enfeksiyon
- - *Campylobacter* **1122, 172**
- - *Helicobacter* **1122, 172**
- - yaralanma
- - ezilme **1922, 246**
- - degloving **1914, 238**
- - intraabdominal **1920, 245**
- - intrakraniyal **1919, 245**
- - intratorasik **1920, 245**
- - eski/ mevcut **1906, 233**
- - spinal kord **1915, 239**
- - lezyon
- - kord (tamamlanmış)(tamamlanmamış) **1915, 239, 239**
- - - fonksiyonel seviye **1915, 239**
- - canlı doğum **1510, 195**
- - lenfoma (ekstranodal) **0222, 80**
- - mekanik ventilasyon **1006, 164**
- - metastatik **0239, 82**
- - istenmeyen olay **1904, 226**
- - Munchausen **0526, 117**
- - yenidoğan/ neonat **1607, 209**
- - diğer ve tanımlanmamış kodlar **0013, 28**
- - kalp pili **0936, 149**
- - parapleji **0625, 123; 1915, 239**
- - pediatrik (girişimler) **0037, 54**
- - perinatal durumlar **1605, 209**
- - pnömoni **1004, 163**
- - zehirlenme **1901, 225**
- - postnatal depresyon **0505, 114**
- - ana
- - - tanı **0001, 20**
- - - - iki veya daha fazla tanı **0001, 20**

- lohusalık **1501, 205**
- pulse jeneratörü **0936, 149**
- kuadripleji **0625, 123; 1915, 239**
- reoperasyon girişimleri, kardiyak **0934, 148**
- revizyon girişimleri, kardiyak **0934, 148**
- tarama **2111, 260**
- sekeli, yaralanma **1912, 237**
- kök hücre **0301, 87**
- - temini **0301, 87**
- ani infant ölümü **1610, 211**
- semptomlar/ belirtiler **1802, 221**
- yara
- - açık **1917, 243**

Temizlik

- diş, radyoterapi öncesi **0236, 79**

Test

- CLO **1122, 172**
- stres **0042, 56**

Talamotomi, stereotaktik **0633, 127****Tedavi**

- insülin
- - diyabet için **0401, 93**
- oksijen, yenidoğan **1615, 213**
- parenteral sıvı **1615, 213**

Trombektomi

- AV fistülü/ şantındaki pıhtının giderilmesi için **0939, 152, 152**

Tromboz

- arter **0941, 153**

Tonsillit (tonsillektomi ile birlikte) **0804, 139****Torkildsen girişi (ventrikülosisternostomi) **0634, 128, 128******Toksemi**

- preeklampatik **1526, 201**

Toksisite

- warfarin **0303, 89**

Trabekülektomi **0740, 135****Trakeostomi**

- solunum ile birlikte **1006, 164**

Trahom

- geç etki nedeni olarak **0008, 25**

Traksiyon **0042, 56****Travma, doğum**

- yenidoğanı etkileyen **1609, 210**

Tedavi

- uyumsuzluk **0517, 116**
- yapılmamış **0001, 20**

TTN **1613, 212****Tümör – bakınız **Lezyon******Timpanostomi tüpü (tüpleri)**

- çıkarılması amacıyla yatış **0803, 139**
-

U**Uyku**

- apne **0635, 130**

Uyum tepkisi **0506, 116****Uyumsuzluk**

- tedaviye **0517, 116**

Uzamış doğum **1532, 203****Uygulama**

- Kateter – bakınız Kateter
- sement spacer **1316, 181**
- dren
- - ventriküler, harici **0634, 128**
- gentamisin bocuklar **1316, 181**
- lens, göz içi
- - sekonder **0701, 133**
- pacing wires **0042, 56**
- pompa
- - infüzyon **0045, 62**
- şant
- - serebrospinal sıvı **0634, 128**

Uygulama

- alçı **0042, 56**

Uzun süreli bakım **2105, 260****Ultrasound **0042, 56******Ü****Ülser**

- dekübitus [bası] **1221, 179**
- diyabetik, ayak **0401, 93**
- gastrik **1106, 171**
- - iyileşmiş **2113, 261**
- deri
- - selülit ile birlikte **1210, 177**

Ürosepsis **0108, 72****V****VAD **0045, 62******Vajinal doğum**

- tek spontan **1505, 197**

Venler

- varikoz, bilateral **0025, 28**

Ventrikül disfonksiyonu, sol (LVD) **0915, 147, 147****Ventrikülogram**

- kalp kateterizasyonu ile birlikte **0933, 148**

Ventrikülosisternostomi (Torkildsen girişi) **0634, 128, 128****Ventrikülostomi **0634, 128******Viyabilite, fetüs **1510, 195******Virus**

- İnsan immün yetmezlik **0102, 65**
- papilloma
- - insan **1408, 187**
- siğil **1408, 187**

W**Wrigley forseps** 1534, 203**X****X-ray'ler**

- kontrastsız 0042, 56

Y**Yara**

- enfeksiyon, hastanede kazanılmış 1913, 238
- intrakraniyal, baş yaralanması ile birlikte 1919, 245, 245
- açık 1917, 243
- - ile birlikte
- - - arteriyel hasar ve sinir hasarı 1908, 234
- - - selülit 1210, 177
- - intraabdominal/ intratorasik yaralanma 1920, 245, 245
- - kırık/ çıkık (ilişkili) 1917, 243; 1918, 244
- delme 1917, 243
- deri ve subkütan doku, onarım 1217, 178

Yatış (için)

- - evlat edinme 1608, 210
- nekahet bakımı 2103, 257
- değerlendirme 2108, 260
- - ek tanımlar 0002, 22
- kemik iliği temini 0301, 87
- yanık pansumanının değiştirilmesi 1911, 235
- klinik deneme 0026, 30
- bir AV fistülünün kapatılması 0939, 152
- iyileşme dönemi 2103, 257
- yetişkin/ çocuk suistimalinde danışma 1909, 234, 234
- önce doğum 1519, 199
- ilaç denemesi veya testi 0026, 30
- tıbbi tedaviye uyumsuzluk 0517, 116
- temin
- - kemik iliği 0301, 87
- - kök hücre 0301, 87
- psikiyatrik muayene 0521, 117
- radyoterapi 0229, 81
- grommet(ler)in çıkarılması 0803, 139
- diyaliz 1404, 187
- tarama 2111, 260
- kök hücre temini 0301, 87
- kök hücre transplantasyonu 0301, 87
- cerrahi, gerçekleştirilmeyen 0011, 25
- terapötik ilaç izlemi 0026, 30

Evlat edinme 1608, 210

Yanlış pozisyon 1506**Yanlış geliş** 1506, 197**Yeniden açma**

- cerrahi girişim alanı 0039, 55

Yeniden yatış

- yanık tedavisi amacıyla 1911

Yenidoğan 1608, 210

- maternal etkenlere bağlı 1609, 210
- evlat edinme 1608, 210
- ilişkili durumlar
- - emzirme güçlükleri 1538, 206
- - materel diyabet 0401, 93; 1602, 209
- tanım 1607, 209
- hasta
- - 'e yönelik müdahaleler 1615, 213

Yırtılma, yırtılmış

- ligament (eski) 1319, 182
- menisküs (eski) 1319, 182

Yumuşak doku

- tanım 1331, 182

Yönetim

- ağrı 1807, 221
- - birden fazla girişim 0020, 45
- kök hücre/ kemik iliği nakli hasta 0301, 87

Yaralanma

- neden, dış
- - tanım 2001, 251
- ezilme 1922, 246
- mevcut 1906, 233
- degloving 1914, 238
- kafa (kapalı) 1905, 232
- - intrakraniyal yaralanma ile birlikte 1919, 245, 245
- niyet 2005, 253
- intraabdominal 1920, 245
- boşluk içi 1920, 245
- intrakraniyal (açık) 1919, 245
- - açık kırık ile birlikte 1919, 245
- intratorasik 1920, 245
- geç etki ('in) 1912, 237
- kas 1921, 246
- eski 1906, 233; 1319, 182
- perinatal
- - hipoksik iskemik 1616, 215
- kendi kendine 2005, 253
- sıralama 1907, 233
- yumuşak doku 1331, 182
- spinal (kord) 1915, 239
- - evre
- - - ilk (akut) 1915, 239
- - - - travmadan hemen sonra 1915, 239
- - - - sevk edilen hasta 1915, 239
- - - sonraki 1915, 239
- yüzeysel 1916, 243
- tendon 1921, 246
- vertebral kolon 1915, 239
- ile birlikte
- - yanık (lar) 1911, 235

Yetersizlik, yetersiz

- koroner
- - kronik veya 4 haftadan daha uzun bir süre ile tanımlanmış 0940, 153, 153

Yükleme

- ilaç verme cihazı 0045, 62

Yaşlı primigravida 1524, 201**Yabancı cisim**

- ile birlikte
- - açık yara 1917, 243

Yetmezlik

- gref
- - korneal 0724, 134
- kalp
- - sol 0920, 147
- böbrek, akut
- - diyabetik 0401, 93

Yok edilen durumlar

- diyabetik komplikasyonlar 0401, 93

Yer değiştirme

- disk
- - intervertebral 1330, 182

Yazım kuralları, ICD-10-AM'de

- etiyoloji ve bulgu 0027, 31
- alfabetik dizin
- - hastalık 0034, 37
- - prosedürler 0041, 44
- ayrıca kodlayın (asıl hastalık) 0027, 31
- hançer ve yıldız imi 0027, 31
- liste
- - hastalıklar 0033, 36
- - prosedürler 0040, 41
- ek kod kullanın 0027, 31

Yanıklar 1911, 235

- BSA 1911, 235
- inhalasyon 1911, 235
- birden fazla 1911, 235
- bölge kodları 1911, 235

Yağ lazer 0701, 133**Young sendromu 1415, 188****Z****Zayıf deri 1810, 223****Zayıflık 1805, 221****Zararlı kullanım**

- uyuşturucu veya alkol 0503, 111

Zihinsel hastalık

- ana tanı ve sosyal kodlar olarak 0516, 116
- gebeliği komplike eden 0505, 114

Zehirlenme (ile)

- ilaç(lar) 1901, 225
- - kombinasyon/ birden fazla 1903, 225
- niyet 2005, 253
- geç etki 1912, 237

Notlar