



T.C. Sağlık Bakanlığı

TİG

# Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları

## Editörler

Prof. Dr. İrfan Şencan  
Prof. Dr. Muzaffer Şeker  
Dr. Mehmet Demir

## Hazırlayanlar

Dr. Hasan Güler  
Dr. Cevher Cesur  
Dt. Tuncay Koyuncu  
Ahmet Kara  
İbrahim Doluküp  
Ecz. Selcen Durmaz Kayıran  
Dr. Gökçe Pınar Özcan  
Erol Yalçın  
Naim Gülbahar  
Süreyya Şümür  
Seda Arslan  
Zeliha Torun  
Neslihan Türkmen

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı

# TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLAR İLERİ KLİNİK KODLAMA STANDARTLARI

Ağustos 2013

**ISBN:** 978-975-590-459-7

© Yazarlar – Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bu kitabın her türlü yayın hakkı T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne aittir. Genel Müdürlüğün yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz. Yazarların bu kitap içinde yer alan çalışmalarını başka kitap ve/veya dergilerde münferiden yayınlama hakları saklıdır.

Bu kitap Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi'nin katkılarıyla bastırılmıştır.

## Kapak ve Sayfa Tasarım

Zeynep Aslan Kesmük - m.zeynepaslan@gmail.com

## Baskı

Pozitif Matbaa

Çamlıca Mahallesi Anadolu Bulvarı 145. Sk. No:10/16

Yenimahalle / ANKARA

**Tel:** 0312 397 00 31 • **Faks:** 0312 397 86 12

**Web:** www.pozitifmatbaa.com - **e-posta:** pozitif@pozitifmatbaa.com

## İletişim

T. C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı

Mahmut Esat Bozkurt Caddesi Umut Sokak No: 19 Zemin Kat Kolej / Ankara

**Tel:** 0312 458 50 14 - 15 - 16 • **Faks:** 0312 435 16 79

**e-posta:** tig@saglik.gov.tr

**Web:** www.tig.saglik.gov.tr

# ÖNSÖZ

TİG

Sağlık hizmeti sunumunun nitelik ve nicelik olarak gerçek anlamda ortaya konması, karşılaştırılabilir, yönetilebilir bir metodolojiye sahip olması ve dünya ölçeğinde birçok gelişmiş ülke ile de aynı dilin konuşulmasını sağlayan en önemli araçlardan biri olarak Teşhise dayalı sınıflandırma sistemi karşımıza çıkmaktadır.

Birçok gelişmiş ülkede kullanılmakta olan bu sınıflandırma sistemi pek çok amaca hizmet etmektedir. Başta sağlık finansmanının geri ödeme boyutunda olmak üzere, performans ölçümü, insan kaynakları planlaması, klinik faaliyetle ilişkili sağlık istatistiklerinin oluşturulması, sağlık politikalarının geliştirilmesi, araştırma ve planlamalarda kullanılmaktadır.

Yapısı gereği iyi bir sistematik üzerine bina edilmiş olan TİG, (Teşhis İlişkili Gruplar) içinde barındırdığı parametreler ve bilhassa sağlık yöneticilerine yönetilebilir sayıda sunduğu raporlar ile de oldukça yönetilebilir ve kıyaslanabilir bir özellik taşımakta ve sağlık yönetiminde yöneticilerin, geri ödeme kurumlarının işini kolaylaştırmaktadır.

TİG'e genel olarak baktığımızda Tanı, İşlem ve Morfoloji olmak üzere üç ana başlıkta ele alınmaktadır. Sistemin temelini bu üç sacayağı oluşturmaktadır.

Yukarıda da ifade edildiği gibi birçok alanda kullanılmakta olan bu sistemde doğru verinin kodlanması büyük önem arz etmektedir. Bu öneme binaen Bakanlığımızca şu ana kadar 5'er günlük eğitimler halinde temel klinik kodlama eğitimleri verilerek ülkemizde klinik kodlayıcı kapasitesi oluşturulmuştur. Akabinde yapılan ileri kodlama eğitimleri ile birlikte hem kodlayıcı hem klinik kodlama kalitesinin artırılmasına yönelik önemli adımlar atılmıştır.

Söz konusu bu eğitimlerde, kodlamacılara daha doğru ve tam kodlama yapımlarına yardımcı olacak konular örneklerle pekiştirilerek anlatılmaktadır. Buna

ek olarak; eğitimlerin içeriği, kodlamada yapılan hatalar ve eksiklikler, sahadan gelen sorular dikkate alınarak klinik kodlama kurallarının gelişen ve değişen yönlerinin açıklandığı, kodlama standartlarının detaylandırıldığı ve bu alanda büyük bir boşluğu dolduracağımıza inandığımız ve alanında ilk olma özelliği taşıyan bu kitabımızın başta klinik kodlamacılar olmak üzere, hekim ve sağlık yöneticilerine de faydalı olacağına inancımız tamdır.

Geldiğimiz nokta itibariyle her geçen gün hem nitelik hem nicelik olarak veri kalitesinin arttığını hep birlikte müşahade etmekteyiz.

Hep birlikte daha doğru ve tam kodlama ile yüksek veri kalitesine ulaşmak dileğiyle emeği geçen tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

**Prof. Dr. İrfan Şencan**

# İÇİNDEKİLER

TİG

<b>TİG ve Ödemede Kavramlar</b>	<b>1</b>
<b>Teşhis İlişkili Gruplar</b> .....	<b>1</b>
TİG Mantığı.....	2
Hastalıkların Sınıflandırması .....	2
Hastalıkların Kodlanması.....	2
Sağlık Alanında Sınıflama ve Kodlama Kullanım Alanları .....	3
Diğer Ödeme Sistemlerine Göre Üstünlükleri .....	3
TİG'e Dayalı Finansmanın Bileşenleri .....	3
Bağıl Değer ve Vaka Karma İndeksi (VKİ).....	3
Ayaktan ve Günübürlük Hasta Kavramına BBAG, İBAG ve SUT Çerçevesinde Bakış.....	7
Hastanelere TİG Modeline Göre Ödeme .....	11
Hastanelerde TİG Birimi .....	12
<b>Klinik Kodlamaya Giriş ve Genel Kavramlar</b>	<b>13</b>
<b>Hastalıkların Sınıflandırılması</b> .....	<b>13</b>
Mevcut yapı içerisinde hastalıklar nelere göre sınıflandırılmaktadır?.....	13
Hastalıkların Kodlanması.....	14
Sağlık verilerindeki kodlamaların kullanım alanları .....	14
<b>TİG Oluşum Süreci</b> .....	<b>14</b>
1. Ön Değerlendirme .....	15
2. MTS Ataması .....	16
3. Alan Ataması .....	18
4. TİG'in Oluşumu .....	18
<b>ICD 10-AM</b> .....	<b>19</b>
1. Cilt: ICD 10-AM Tablolar Listesi.....	20
2. Cilt: ICD 10-AM İndeks Listesi.....	23
3. Cilt: ACHI Tablolar Listesi .....	24
4. Cilt: ACHI İndeks Listesi .....	24

<b>Tanımlara Yönelik Genel Kodlama Kuralları</b> .....	24
Tire İşareti (-) .....	24
Çoklu Kodlama .....	25
Çift Kodlama .....	27
Sekeller .....	27
İşlemlere (ACHI) Yönelik Genel Kodlama Kuralları .....	30
<b>HIV / AIDS</b> .....	36
R75 HIV Laboratuvar Kanıtı .....	36
Z21 Asemptomatik HIV Enfeksiyonu Durumu .....	36
B23.0 Akut HIV Enfeksiyonu Sendromu .....	37
B20-24 HIV Hastalığı .....	37
<b>İlaça Dirençli Mikroorganizmalar ile Enfeksiyon</b> .....	37
<b>Anemi</b> .....	38
<b>Kan Transfüzyonları</b> .....	38
<b>Anormal Koagülasyon Profili</b> .....	39
<b>Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar</b> .....	39
<b>Tonsillit</b> .....	40
<b>Gastroenterit</b> .....	41
<b>Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler</b> .....	41
Rehabilitasyonlar .....	41

## Ana Tanı - Ek Tanı 43

<b>Ana Tanı</b> .....	43
1. Haçner ve Yıldız İşaretili Kodlar .....	44
2. Esas Sebebin Ana Tanı Olarak Atanması .....	44
3. Semptomlar, Belirtiler ve Yetersiz Durumlara İlişkin Kodlar .....	44
4. Akut ve Kronik Durumlar .....	45
5. Ana Tanının Tanımına Eşit Derecede Uygun Olan İki veya Daha Fazla Tanı .....	46
<b>Ek Tanı</b> .....	46
Ek Tanı Kriterlerini Yerine Getirmese de Mutlaka Kodlanması Gereken Durumlar .....	47

## Kanserler (Neoplaziler) 53

<b>Kanser Nedir</b> .....	53
Davranışlarına Göre Kanserler .....	53
Anatomik Yerine Göre Sınıflandırma .....	54
Malignite Tipine Göre Sınıflandırma .....	55
Neoplazinin Morfolojisine (Histolojisi) Göre Sınıflandırma .....	55
Neoplazilerde Kodlama Aşamaları .....	56
Lenfatik ve Hematopoetik Neoplaziler (C81-C96) .....	58

Lösemi .....	58
Lenfoma .....	59
Neoplazilerle İlişkili Komplikasyonlar.....	59
Günübirlik Kemoterapi.....	60
Yatan Hastada Kemoterapi .....	60
Günübirlik Radyoterapi.....	60
Spesifik Bozukluk Taraması .....	60
Kişisel Öykü .....	61
Spesifik Bozukluklar İçin Takip Muayeneleri .....	62

## Diabetes Mellitus 63

<b>Bozulmuş Glikoz Regülasyonu .....</b>	<b>63</b>
<b>Diabetes Mellitus (DM).....</b>	<b>64</b>
DM + Diğer Tanıların Birlikte Kodlanması.....	64
DM Tipleri .....	65
Gestasyonel Diyabet .....	66
Diğer Diyabetler.....	66
Diğer Özgül DM Kodları Kullanılırken.....	67
Pankreatektomi .....	67
İlaç ve Kimyasallara Bağlı Durumlarda .....	68
İnsülin Tedavisi .....	68
Metabolik Sendrom/ İnsülin Direnci Sendromu.....	69
İnsülin Dirençli DM Tanısı Nasıl Kodlanır? .....	70
Gebelik ve DM.....	70
Diyabetin Akut Komplikasyonları.....	72
Diyabetin Kronik Komplikasyonları .....	74
Diyabet Taraması.....	79
Diyabet Eğitimi.....	80

## Kalp Hastalıkları 81

<b>İskemik Kalp Hastalığı.....</b>	<b>81</b>
<b>Anjina Pektoris (I20).....</b>	<b>81</b>
a. Kararlı Anjina .....	82
b. Kararsız Anjina .....	82
c. Anjina Pektoris, Gösterilmiş Spazm ile .....	82
<b>Akut Miyokard Enfarktüsü (I21) .....</b>	<b>83</b>
MI Çeşitleri ve Kodlaması.....	84
<b>I25 Kronik İskemik Kalp Hastalığı.....</b>	<b>85</b>
I25.1- Aterosklerotik Kalp Hastalığı.....	85
I25.8 Kronik İskemik Kalp Hastalığının Diğer Formları .....	87

<b>Periferik Damar Hastalığı (PDH)</b> .....	87
<b>Kardiyak Arrest</b> .....	87
<b>Kalp Kateterizasyonu (Anjiyo)</b> .....	88
<b>Koroner Arter Bypass Graftları</b> .....	89
Koroner Arter Bypass Graftlarının Tipleri.....	90
CABG'lerle Birlikte Gerçekleştirilen Ek Girişimler.....	91
Kalp ve Akciğer Bypassı Olmaksızın Gerçekleştirilen CABG'ler.....	92
<b>Kalp Yetmezliği ve Akut Pulmoner Ödem</b> .....	93
<b>Hipertansiyon</b> .....	94
<b>Hipertansif Böbrek Hastalığı (I12)</b> .....	94
<b>Hipertansif kalp hastalığı (I11)</b> .....	95
<b>Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı (I13)</b> .....	95
<b>Kalp Pilleri</b> .....	95
1. Kalıcı Kalp Pili.....	95
2. Geçici Kalp Pilleri.....	97
<b>Ekstrakorporeal Membran Oksijenizasyonu (ECMO)</b> .....	98

## Gebelik, Doğum ve Lohusalık 99

<b>Hamilelik, Doğum ve Puerperyum (O00-O99)</b> .....	99
Düşük.....	99
Mol Hidatiform.....	100
Blighted Ovum (Boş Gebelik) .....	100
Düşük ve Ektopik ve Molar Gebelik Sonrası Komplikasyonlar .....	100
Hamileliğin Süresi .....	103
Hipertansiyon ve Hamilelik .....	104
Gebeliği Komplike Eden Durumlar.....	104
Diabetes Mellitus (DM) ve Hamilelik.....	106
İnsidental Gebelik Durumu .....	106
İleri Yaştaki Anne.....	107
Grand Multipar.....	107
Gebeliğin Sonlandırılması.....	107
Tekli Spontan Vajinal Doğum.....	109
Anormal Kabul Edilen Yanlış Gelişler.....	109
Normal Kabul Edilen Oksiput Gelişler.....	109
Yanlış Geliş, Oransızlık ve Maternal Pelvik Organların Anormalliği.....	109
Uterus Skarı.....	110
İndüksiyon.....	110
Doğumun Seyri .....	111
Fetal Redüksiyon.....	115
Elektif Sezaryen.....	115



Acil Sezaryen .....	115
Fetal Distress Fetal Kalp Hızı Deselerasyonları .....	116
Streptokok B Gelişen Obstetrik Hastalar İçin Kodlama Kuralları .....	116
Postnatal Emzirme Güçlükleri .....	117
Baskılanmış Laktasyon .....	117

## Yenidoğan 119

<b>Yenidoğan / Neonat .....</b>	<b>119</b>
Z38 Doğum Yerine Göre Canlı Doğmuş Bebekler .....	119
Evlat Edinme .....	121
Maternal Diyabetle Birlikte Gelişen Neonatal Komplikasyonlar .....	121
Maternal Nedenler ve Doğum Travmasından Etkilenen Yeni Doğanlar .....	121
Yenidoğanı Etkileyen Doğum Komplikasyonlarında Kodlama .....	122
Masif Aspirasyon Sendromu (MAS) .....	123
Yenidoğanın Geçici Takipnesi .....	124
Solunum Distres Sendromu/Hiyalin Membran Hastalığı/Sürfaktan Eksikliği .....	124
Yenidoğanlara Özgü Özel İşlemler .....	124
Maternal Hastalık / Bakım Sağlayamama .....	126
Neonatal Sepsis/ Sepsis Riski .....	127
Düşük Doğum Ağırlığı ve Hamilelik Yaşı .....	128
Prematürite Kodlama Kuralları .....	128

## Sürekli Solunum Desteği - Mekanik Ventilasyon 131

<b>Mekanik Ventilasyon .....</b>	<b>131</b>
Ventilasyonun Kodlama Basamakları .....	131
Sürekli Solunum Olmaksızın Entübasyon .....	140
<b>Diğer Solunum Desteği Türleri .....</b>	<b>140</b>
Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı (CPAP) .....	140
Nazofaringeal entübasyon yoluyla CPAP .....	140
Çift düzeyli Pozitif Havayolu Basıncı (BiPAP) .....	141
Intermittan Pozitif Basınç Solunumu (IPPB) .....	141
Noninvasif Ventilasyon(NIV) Süresinin Hesaplanması .....	141

## Yaralanma, Zehirlenme, Toksik Etkiler ve Yanıklar 143

<b>Zehirlenme .....</b>	<b>143</b>
Zehirlenmeyi Kodlamada Adımlar .....	145
Dış Neden Kodu Kullanımı .....	146
Alkolle Başka Bir İlacın Birlikte Alınması .....	147
<b>İlaçların Ters Etkisi (Advers Etki) .....</b>	<b>148</b>
Advers Etkileri Kodlamada Adımlar .....	148
<b>İki veya Daha Fazla Reçeteli İlacın Birlikte Alınması .....</b>	<b>149</b>

<b>Zehirlenme Sekeli Kodlama Kuralları</b> .....	150
<b>Advers Etkilerin Sekeli Kodlama Kuralları</b> .....	150
<b>Komplikasyon sekeli</b> .....	150
<b>Girişim Komplikasyonları</b> .....	150
İstenmeyen Olay .....	151
Erken Komplikasyon .....	151
Geç Komplikasyon.....	151
Girişim Sonrası Gelişen Geçici Durumlar .....	151
Y60-Y69'lu Dış Etken Kodların Kullanımı .....	151
Y70-Y82'li Dış Etken Kodların Kullanımı .....	152
İstenmeyen Olayların Sınıflandırılması .....	153
Erken Komplikasyonların Sınıflandırılması.....	154
Geç Komplikasyonların Sınıflandırılması .....	154
Dış Neden Kodu .....	154
<b>Kapalı Kafa Yaralanması / Bilinç Kaybı / Konküzyon</b> .....	155
Bilinç Kaybı.....	156
<b>Yanıklar</b> .....	157
Yanık Kodlama Standardı.....	157
Yanık Pansumanı.....	159
<b>Yaralanma, Zehirlenme, Toksik Etkiler ve Diğer Dış Nedenlerin Sekeli</b> .....	159
Kodlama Kuralları.....	159
<b>Açık Yaralar</b> .....	160
Açık Yaraların Komplikasyonları .....	160
<b>Açık Kırık ve Çıkık</b> .....	161
<b>Açık Kafa İçi Yaralanma</b> .....	161
<b>Açık İntratorasik/ İntraabdominal Yaralanma</b> .....	162
<b>Zehirli Canlılar ile Temas</b> .....	162
<b>Taşıma Kazaları (V01-V99)</b> .....	163
Kara Taşıtları Kazaları Tablosu.....	163

## Organ Temini ve Transplantasyonu 165

<b>Organ Temini ve Transplantasyon Kodlama Standartları</b> .....	166
1. Canlı Donörler.....	167
2. Hastanede Beyin Ölümü Sonrasında Bağış .....	167
3. Organ Transplante Edilen Hastalar .....	169
<b>Kök Hücre Temini ve Transplantasyonu</b> .....	169
1. Periferik Kandan Kök Hücre Temini (Aferez Yönetmi).....	170
2. Kemik İliğinden Kök Hücre Temini.....	171

# TİG ve Ödemede Kavramlar

TİG

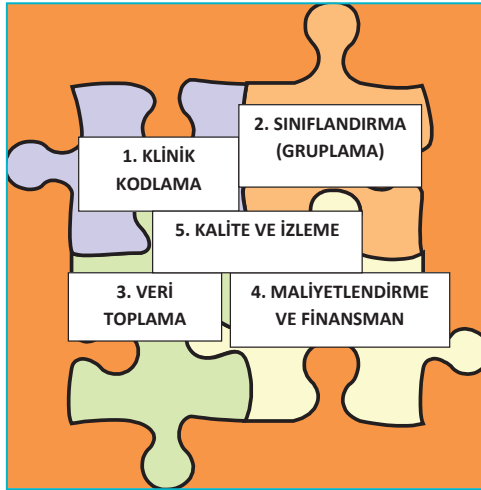
## TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLAR

Hastaların klinik ve maliyet verilerinin kullanılarak gruplandırılmasını ve benzer hastalıkların benzer gruplara atanmasını içeren bir yatan hasta sınıflandırma yöntemidir.

### TİG'de Amaç;

- » Sınırlı kaynakları vakaların türlerine ve şiddetine dayalı olarak **adil** bir biçimde dağıtmak
- » Hastane **verimliliğini ve etkililiğini** teşvik etmek
- » Sistematik, **anlamli klinik veri** toplamak.

TİG'lerin bir ödeme ve finansman aracı olarak kullanılması amacına ulaşabilmek için 5 ana bileşen yer almaktadır.



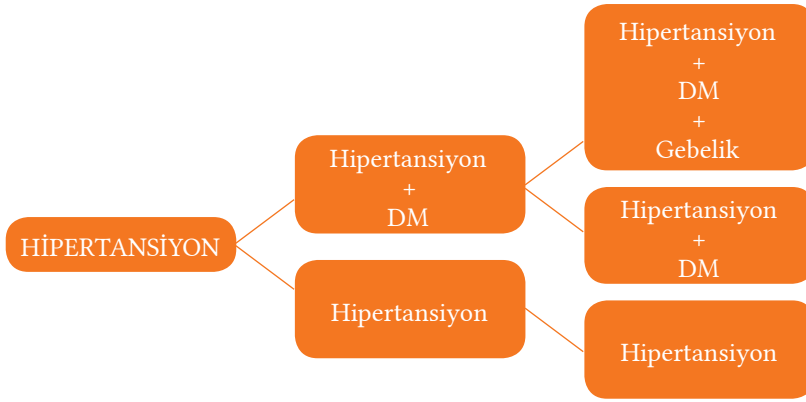
TİG Çalışması Bileşenleri

## TİG Mantığı

Her hasta benzersizdir ve her hastanın;

- » Bir dizi farklı klinik tanısı,
- » Risk faktörü,
- » Aile durumu vardır.

Bu çeşitliliği anlamlandırmak için, bunları benzer koşullarla tanımlayan gruplara ayırmamız gereklidir. Hastayı ana tanıya göre gruplandırmak ve daha sonra ikincil hastalıkların varlığına ya da yokluğuna göre alt gruplara ayırmak gerekmektedir.



## Hastalıkların Sınıflandırması

Sınıflandırma; benzer hastalık ve/veya prosedürlerin aynı grupta toplanmasıdır.

### Hastalıkları çeşitli eksenlerde,

- » Etkilenen vücut kısmına (topografi),
- » Nedene (etyoloji),
- » Dokudaki patolojik değişikliğin tipine, (morfoloji) ya da
- » Sonuçta ortaya çıkan fonksiyonel anormalliğe göre sınıflamak mümkündür.

## Hastalıkların Kodlanması

Kodlama, hastalıkların, yaralanmaların ve prosedürlerin **nümerik** veya **alfa-nümerik** yapıda ifade edilmesidir.

**Örnek:** - Akut posthemorajik anemi D62

- İlaça bağlı aplastik anemi D61.1

## Sağlık Alanında Sınıflama ve Kodlama Kullanım Alanları

- » Ödeme sistemlerinde (TİG)
- » Maliyetlerin hesaplanmasında
- » Sağlık hizmetlerinde süreçlerin ve çıktının değerlendirilmesinde
- » Kalite değerlendirme faaliyetlerinde
- » Diğer idari faaliyetlerde
- » Farklı ülkelerde, farklı sağlık kuruluşlarında toplanan mortalite, morbidite ve prosedürlerin karşılaştırılmasında
- » Sağlık politikalarının geliştirilmesinde
- » Araştırmalarda
- » Planlamada

## Diğer Ödeme Sistemlerine Göre Üstünlükleri

- » Hastalık şiddetini dikkate alır,
- » Sadece cerrahi vakaları değil tüm yatan hastaları sınıflayabilir,
- » Vaka karmaşı indeksi yoluyla hastaneleri kıyaslamak ve performans ölçmek mümkündür,
- » Hastanelerde maliyet kontrolü ve verimliliği teşvik eder,
- » Maliyet analizlerine göre hesaplanmış bağıl değerlerle fiyatlandırma ve bütçe kontrolü mümkündür.

## TİG'e Dayalı Finansmanın Bileşenleri

### Birinci Bileşen:

- Kodlama
- Gruplandırma
- Veri toplama
- Analiz

### İkinci Bileşen:

- Maliyetlendirme
- Veri toplama
- Analiz

## Bağıl Değer ve Vaka Karma İndeksi (VKİ)

**Bağıl Değer;** Bir TİG' in maliyetinin, tüm TİG' lerin ortalama maliyetine oranıdır.

Bağıl değeri hesaplamak için **maliyet verileri** gereklidir!

## TİG "1" için Bağıl Değerlerin Hesaplanması

Örnek hesaplamada örneklem hastanesi sayısı 2 ve bunların üretmiş oldukları TİG çeşitliliği 2 (TİG1 ve TİG20) olarak varsayılmıştır.

Hastane A	Hasta	TİG #	Hasta Başına Maliyet	TİG Ortalama Maliyet
	Hasta 1	TİG 1	1.500,00	2.167,00
	Hasta 2	TİG 1	2.000,00	2.167,00
	Hasta 3	TİG 1	3.000,00	2.167,00
	Hasta 4	TİG 2	5.000,00	5.000,00
	Hasta 5	TİG 20	12.000,00	12.000,00
<b>Toplam</b>	<b>5 Vaka</b>			

Hastane B	Hasta	TİG #	Hasta Başına Maliyet	TİG Ortalama Maliyet
	Hasta 1	TİG 1	1.600,00	1.600,00
	Hasta 2	TİG 1	4.500,00	4.600,00
	Hasta 3	TİG 1	4.700,00	4.600,00
	Hasta 4	TİG 2	8.000,00	8.000,00
	Hasta 5	TİG 20	16.000,00	1.600,00
<b>Toplam</b>	<b>5 Vaka</b>			

Hasta Sayısı	TİG #	Ortalama Maliyet
4	TİG 1	2.025,00
3	TİG 2	4.733,00
1	TİG 10	8.000,00
2	TİG 20	14.000,00
<b>Ortalama</b>		<b>7.190,00</b>

$$\frac{\text{TİG 1 için Ortalama Maliyet}}{\text{Tüm Vakalar için Ortalama Maliyet}} = \text{B.D.} = \frac{2.025}{7.190} = 0.28$$

$$\frac{\text{TİG 20 için Ortalama Maliyet}}{\text{Tüm Vakalar için Ortalama Maliyet}} = \text{B.D.} = \frac{14.000}{7.190} = 1.95$$

TİG 1'in bağıl değeri < TİG 20'nin bağıl değeri, bunun anlamı TİG 1'e atanan hastalar için TİG 20'ye oranla daha az kaynak gerektiğidir.

TİG #	Ortalama Maliyet	Bağlı Değer
TİG 1	2.025,00	0,28
TİG 2	4.733,00	1,95
TİG 10	8.000,00	0,66
TİG 20	14.000,00	1,11

### TİG Bağlı Değer Havuzu

Bağlı Değerlere ulaşmak için bu hesaplama her TİG için yapılır. Ağırlıklarda normalizasyonun yapılmasından sonra 1.0 in altında ve üstünde olmak üzere bağlı değerler bir liste halinde belirlenir

### TİG Dönüşümüne Kodlamanın Etkisi

Kodlama yaparken ana tanının detaylarının varlığı vakanın gideceği TİG'i değiştirebilmektedir. Örnekte görüleceği üzere; ülserin kronik ve perforat olup olmadığı belirtilmesi ülserle ilgili gidebilecek TİG'i değiştirmektedir. Değişecek TİG aynı zamanda farklı bir bağlı anlamına gelmektedir.

#### Peptik Ülser

**Temel tanı:** K27.9 Peptik ülser, perforasyon yada kanama eşlik etmeyen

**G63Z → Komplikasyonun eşlik etmediği peptik ülser**

**Bağlı Değer: 1,01**

#### Kronik Perfore Peptik Ülser

**Temel tanı:** K26.5 Peptik Ülser, Kronik, Perforasyonun eşlik ettiği

**G62Z → Komplikasyonun eşlik ettiği peptik ülser**

**Bağlı Değer: 1,25**

Ayrıca, ana tanıya eşlik eden ek tanıları da oluşacak TİG ve bağlı değerleri değiştirmektedir.

**Örnek:** Papiller karsinom Tiroid Ca hastada diyabet ve hipertansiyon bulunmaktadır.

#### **Kodlama:**

1. C73 Tiroid ca

M8050/3 Papiller karsinom

TİG K64B Endokrin Hastalıklar  
Katastrofik / Şiddetli KK  
Bulunmayan

**Bağlı Değer 0,76 maliyet**

2. C73 Tiroid ca

M8050/3 Papiller karsinom

E11.72 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, insülin rezistansı ile birlikte

I10 Esansiyel (primer) hipertansiyon

TİG K64A Endokrin Hastalıklar  
Katastrofik / Şiddetli KK Bulunan

**Bağlı Değer: 1,26**

Bu örnekte de görüleceği üzere eşlik eden hastalıkların varlığı ve kodlanıp kodlanmaması ilgili TİG i değiştirebilmektedir.

### *Vaka Karma İndeksi (VKİ)*

Bir hastanenin vaka üretimini bir başka hastane ile karşılaştırmamızı sağlayan orandır. Hastanenin tedavi etmiş olduğu hastalıkların **kompleksliğinin ölçülmesini** sağlayan bir kavramdır.

#### Vaka Karması Yönteminin Kullanım Alanları

- » Klinik faaliyetlerin ölçülmesi
- » Hastaneler arası performans değerlendirmesi
- » Finansman
- » Hastane içi yönetim aracı
- » Kalite ölçümlerine başlamak için bir araç
- » Hastanede klinik ve finansal kararların verilmesi
- » Hekimler arası karşılaştırma istatistikleri ve hizmet sunucu profilleri tespitinde
- » Hastane içi ve hastaneler arası bakım kalitesi karşılaştırmaları
- » Klinik rehberler, protokoller ve sürekli kalite gelişimi projelerini destekleme
- » Veri ve tanımlama standartlarının oluşturulması

### *VKİ Hesaplanması*

Vaka Karma İndeksi hesaplamasında aşağıdaki formül kullanılmaktadır:

$$\text{Hastane Vaka Bileşimi İndeksi} = \frac{\sum (\text{TİG Bağlı Değer} \times \text{Vaka Sayısı})}{A \text{ Hastanesi için toplam vaka sayısı}}$$

Hesaplamayı örnekle açıklayacak olursak; 2 Hastanenin üretmiş olduğu TİG'ler, bağlı değerler ve yatan hasta sayıları verilmiştir. Yukarıda ki formülü uygulayarak VKİ'lerine ulaşıyoruz.



## Vaka Karması İndeksi Hesaplama

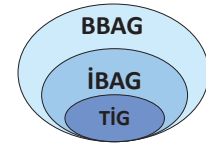
Hastane	TİG #	Hasta Başına Maliyet	TİG #	Bağlı Değer	Ağırlıklandırılmış Hasta (Hasta Sayısı * Bağlı Değer)	Vaka Karma İndeksi(A)
A	TİG 1	200	TİG 1	0,28	56,33	1,39
	TİG 2	400	TİG 2	1,95	778,86	
	TİG 20	5	TİG 20	1,11	5,56	
	Toplam	605			840,75	
Hastane	TİG #	Hasta Başına Maliyet	TİG #	Bağlı Değer	Ağırlıklandırılmış Hasta (Hasta Sayısı * Bağlı Değer)	Vaka Karma İndeksi(B)
B	TİG 1	300	TİG 1	0,28	84,49	1,17
	TİG 2	500	TİG 2	1,95	973,57	
	TİG 10	182	TİG 10	0,66	119,81	
	TİG 20	300	TİG 20	1,11	333,80	
Toplam	1282			1.511,67		

Buna göre; A Hastanesinin B hastanesine kıyasla daha yüksek [ $Avki(1,3) > Bvki(1,17)$ ] vaka karması indeksine sahip olması **daha yüksek bağımlı değerli (komplike/kompleks) vakaları** tedavi ettiğini göstermektedir.

## Ayaktan ve Günübürlük Hasta Kavramına BBAG, İBAG ve SUT Çerçevesinde Bakış

### TİG Sistemi Bileşenleri

Yatan hasta teşhis ve işlemlerinin TİG veri sistemine klinik kodlama yapılarak kayıtları yapılmaktadır. TİG' e dayalı ödeme sistemine ek olarak, polikliniklere ayaktan yapılan başvuruların Branş Bazlı Ayaktan Gruplar (BBAG) ile günübürlük ve bir tedavi planı doğrultusunda tedavisi gerçekleştirilen hasta verilerinin İşlem Bazlı Ayaktan Gruplar (İBAG) verisi olarak toplanmaktadır.



### Sağlı Uygulama Tebliğinde (SUT) Ayaktan Tedavi

Yatırımsızın sağlık hizmetlerinin sağlanmasıdır.

#### SUT EK- 10/B

Hastaların hizmet aldıkları uzmanlık dallarına (Dahiliye, Çocuk Cerrahi...) ve SUT EK-10/A da sınıflandırılmış sağlık kurumlarına (E1, E2.1, H3...) göre ödeme tutarları tespit edilmiştir.

**SUT' a Göre 2. Başvuru**

Hastanın aynı sağlık kurumunda aynı branşa, ayaktan 10 gün içinde ikinci defa başvurması EK-10/B Listesinde yer alan tutar üzerinden faturalandırılmaz.

**TİG sistemine de BBAG frekansı olarak 2. Başvuruların (ayaktan 10 gün) girişi yapılamaz!!!**

## EK-10/B: Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesi

No	Uzmanlık Dalları	Uzmanlık Kodu	BBAG Kodu
1	İç Hastalıkları	1000	BBAG-1000
2	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	1078	BBAG-1078
3	Gastroenteroloji	1076	BBAG-1076
4	Nefroloji	1062	BBAG-1062
5	Romatoloji	1055	BBAG-1055
6	İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları	1069	BBAG-1069
7	Hematoloji	1070	BBAG-1070
8	Geriatri	1073	BBAG-1073
9	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	1200	BBAG-1200
10	Kardiyoloji	1100	BBAG-1100
11	Göğüs Hastalıkları	1171	BBAG-1171
12	.....	.....	BBAG-.....

**SUT Günübirlilik Tedavi**

**Günübirlilik tedavi;** Yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan tedavilerdir.

**SUT Günübirlilik Hasta**

- » Kemoterapi
- » Radyoterapi
- » Genel anestezi, bölgesel/ lokal anestezi, intravenöz veya inhalasyon ile sedasyon gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi tüm işlemler,
- » Diyaliz tedavileri,
- » Kan, kan bileşeni, kan ürünü, intravenöz infüzyonu

Bu günübirlilik hastaların tedavileri, SUT EK-8 işlem fiyat listesi üzerinden fiyatlandırılmaktadır.

### İşlem Bazlı Ayaktan Gruplar (İBaG)

Tanısı konulmuş, bu tanıya yönelik seanslar halinde tedavisi planlanmış ve gerçekleştirilmiş gününbirlik hastaların tedavi seans sayılarını ifade etmektedir.

#### İBaG Listesi

BRANŞ	İBaG Kodu
Fizik tedavi ve rehabilitasyon (SUT P915030 kodlu işlem)	İBaG-010
Fizik tedavi ve rehabilitasyon (SUT P915031 kodlu işlem)	İBaG-011
Fizik tedavi ve rehabilitasyon (SUT P915032 kodlu işlem)	İBaG-012
Fizik tedavi ve rehabilitasyon (SUT P915033 kodlu işlem)	İBaG-013
Hemodiyaliz	İBaG-020
Kemoterapi	İBaG-030
Radyoterapi	İBaG-040
Tomoterapi Planlama*	İBaG-070
Tomoterapi Seans Adedi**	İBaG-071
ESWL	
Sünnet	
Evde Bakım hizmeti	
Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hizmetleri***	

\* Herbir yeni hasta için yapılan tüm planlama, tasarlama ve doz hesaplama vb. için (1) bir giriniz.

\*\* O dönemde uygulanan seans adedi.

\*\*\*Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) EK-9 Listesinde yer alan "P702679" kodu üzerinden faturalandırılan başvuru sayıları dikkate alınarak ilgili ayda girişleri yapılacaktır.

### TİG Gününbirlik Tedavileri

TİG' de gününbirlik tedavi, aynı gün içerisinde tedavisi gerçekleştirilen ve TİG sistemine yatan hastalarda olduğu gibi kayıt edilen hastaların tedavisidir. Bu vakalar da aynen yatan hastalarda olduğu gibi verileri ICD-10 AM standartlarına göre kodlanacaktır.

- » Mevcut gününbirlik tanımının daha net anlaşılabilmesi ve kavram karmaşasının giderilmesi için aşağıda verilen kriterlere göre hasta verilerinin, gününbirlik olup olmayacağının ve nasıl kayıt altına alınacağına belirlenmesi gerekmektedir.
- » Gününbirlik olarak hastanelerin polikliniklerinde, poliklinik alanlarının bulunduğu yerlerde (alçı odası, basit müdahale odası, müşahade odası, yanık odası, görüntüleme, USG odaları vb) yapılan muayene, teşhis ve tedavi iş-

lemleri TİG veri giriş programı vasıtasıyla **TİG sistemine kaydedilmeyecektir**. Bu işlemler BBaG veya İBaG verisi içinde yer alacaktır.

Ancak günübirlik de olsa **ameliyathane, doğumhane veya servislerdeki özel müdahale odalarında özellikle anestezi ile yapılan işlemler** için hasta dosyası tanzim edilerek TİG sistemine kayıt yapılacaktır.

TİG sisteminde aynı gün içerisinde tedavisi yapılan yirmi tane günübirlik TİG çeşidi bulunmaktadır. Bunlar aşağıdaki tabloda yer alan TİG'lerdir:

TİG Kodu ve açıklaması
C15B: Göz, Glokom ve Kompleks Katarakt Tanı ve Tedavi İşlemleri, Aynı gün içerisinde gerçekleştirilen
C16B: Göz, Lens Tanı ve Tedavi İşlemleri, Aynı gün İçerisinde
D67B: Dental ve Oral Bozukluklar, Çekim ve Onarım Haricinde, Aynı Gün İçerisinde
G42B: Gastroskopi, Diğer, Majör Sindirim Sistemi Hastalıkları İçin, Aynı Gün İçerisinde
G44C: Kolonoskopi, Diğer, Aynı Gün İçerisinde
G45B: Gastroskopi, Diğer, Majör Olmayan Sindirim Sistemi Hastalıkları İçin, Aynı Gün İçerisinde
G46C: Kolonoskopi, Komplike, Aynı Gün İçerisinde
I68C: Spinal Hastalıklar, Cerrahi Olmayan, Aynı Gün İçerisinde
J60B: Cilt Ülserleri, Aynı Gün İçerisinde
J67B: Cilt Hatalıkları, Minör, Aynı Gün İçerisinde
J68B: Cilt Hatalıkları, Majör, Aynı Gün İçerisinde
L41Z: Sistoüretroskopi, aynı Gün İçerisinde
O66B: Başvuru, Antenatal ve Diğer Obstetrik Nedenler, Aynı Gün İçerisinde
R61C: Lenfoma ve Akut Olmayan Lösemi, Aynı Gün İçerisinde
S60Z: HIV, Aynı Gün İçerisinde
U40Z: Akıl Sağlığı Tedavisi, Aynı Gün İçerisinde, EKT Uygulaması Var
U60Z: Akıl Sağlığı Tedavisi, Aynı Gün İçerisinde, EKT Uygulaması Yok
V62B: Bağımlılık ve Kullanım Bozukluğu, Alkol, Aynı Gün İçerisinde
Z60C: Rehabilitasyon, Aynı Gün İçerisinde
Z64B: Sağlık Durumunu Etkileyen Diğer Faktörler, Aynı Gün İçerisinde

## Enjeksiyonlar ve Pansumanlar

“Hizmet başına ödeme yöntemi” ile faturalandırılır. Bu durumda SUT eki EK-10/B Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılmaz.

**TİG sistemine BBAG verisi olarak enjeksiyon işlemleri girilmez!!!**

## Sünnet

### TİG Sisteminde Sünnet

- » **Ana Tanı:** Z41.2 Rutin ve dinsel sünnet
- » **İşlem:** 30653-00 erkekte sünnet

### İBAG olan Sünnet

Frekans olarak giriş yapılmalıdır!!!

### **BBAG ve İBAG verileri;**

İlgili dönemi takip eden ayın **5. günü mesai bitimine** kadar, **aylık** olarak, **SGK Mensubu, Ücretli Hasta\*\*, Diğer\*\*\*** ayrımı yapılarak girilecektir.

- » **SGK Mensubu\*:** 5510 sayılı Kanun gereği genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişiler
- » **Ücretli Hasta\*\*:** Herhangi bir kurumun sunmuş olduğu sağlık hizmetini, sağlık sigortası kapsamında almayan, cepten ödeme ile sağlık kuruluşundan hizmet alan kişileri
- » **Diğer\*\*\*:** SGK dışında anlaşma yapılan diğer kurum ve kuruluşların (Hastane/Birlik ile sağlık hizmet alımı sözleşmesi imzalayan Bankaların çalışanları, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı aracılığı ile tedavisi yapılan ve fatura karşılığı Vakıf tarafından ödenen hastalar, diğer vb.)

## Hastanelere TİG Modeline Göre Ödeme

- » Her hastane için ilgili ayda ürettiği bağıl değer toplamları hesaplanır.
- » Çalışmaya dâhil olan bütün hastanelerin bağıl değer toplamları hesaplanır.
- » İlgili ayda dağıtılacak bütçe tutarı, hastanelerin üretmiş oldukları bağıl değerler ve Vaka Karma İndeksi kullanılarak dağıtılır.

### **TİG Sisteminde;**

- » Hastaların uzun kalış süreleri ile tedavi edilmesi,
- » Tanısal ve terapötik işlemlerin sayısının artırılması,

- » Hastaya verilen ilaçları ve malzemeleri de içeren sarf malzemelerinin tipini ve miktarını arttırılması,
- » Kodlanmaması gereken tanı ve işlemlerin kodlanması,

**bağlı değerleri arttırmaz!!!**

## Hastanelerde TİG Birimi

Hastanelerin klinik süreçlerine ilişkin verilerinin,

- » TİG sistemine uygun olarak hazırlanması,
- » Doğru ve tutarlı kodlanması ve
- » Sisteme gönderilmesi görevlerinin hastane bünyesinde gerçekleştirildiği **teknik birimdir**.

### *TİG Birimi Kime Bağlıdır?*

- » TİG Birimi, kurumlarda üst yönetim tarafından belirlenmiş bir **başhekim yardımcısına**,
- » Başhekim yardımcısının olmadığı kurumlarda ise direk **başhekime** bağlı olarak faaliyetlerini yürütmesi uygundur.

### *Klinik Kodlamacı Kimdir?*

- » Klinik kodlama temel eğitimine katılmış ve belge almış
- » TİG veri sistemine kaydı yapılmış ve şifre verilmiş olan personel

### *Klinik Kodlamacının Sorumlulukları*

- » Klinik verileri TİG sistemine tam, doğru ve zamanında girmek,
- » Klinikten gelen dosyalarda kodlama açısından eksiklikler varsa zamanında ilgili kliniğe ve TİG Birim Sorumlusuna bildirmek,
- » **www.tig.saglik.gov.tr** adresindeki duyuruları düzenli takip etmek.
- » Veri giriş sisteminde meydana gelen teknik sorunları TİG Daire Başkanlığı'nın ilgili birimine bildirmek,

# Klinik Kodlamaya Giriş ve Genel Kavramlar

## HASTALIKLARIN SINIFLANDIRILMASI

Sınıflandırma: Benzer hastalık ve/veya işlemlerin aynı grupta toplanmasıdır.

Mevcut yapı içerisinde hastalıklar nelere göre sınıflandırılmaktadır?

### Hastalıkların Sınıflandırılması



- » **Etkilenen vücut kısımlarına göre:** Beyni etkileyen hastalıklar, kalbi etkileyen hastalıklar, karaciğeri etkileyen hastalıklar gibi toplam 21 sistem içerisinde gruplara ayrılmıştır.
- » **Neden (Etyoloji):** Hangi ajandan etkilenmiş olduğuna göre enfeksiyöz ve paraziter, viral, bakteriyel, mikotik, helmint ve protozoolar gibi hastalığı oluşturan nedenlere göre de gruplara ayrılmıştır.
- » **Morfoloji:** Özellikle kanserlerin kodlanmasında, hücrelerin yapısı, primer ya da sekonder olması ve davranış tipleri (iyi huylu, kötü huylu, in-situ ve bilinmeyen vs.) hakkında bilgilendirmelerde bulunarak kanserler gruplara ayrılmıştır.
- » **Fonksiyonel anormallik:** Hastalıklardan etkilenmeler sonucunda ortaya çıkan fonksiyonel anormalliklere göre de gruplara ayrılmıştır.

## Hastalıkların Kodlanması

- » Hastalıkların,
- » Yaralanmaların ve
- » Sağlık hizmetlerinin; nümerik ve alfanümerik yapıda ifade edilmesidir.

Nümerik yapı işlemlerde olduğu gibi toplam yedi rakamdan oluşan işlemlerin kodlanmasında kullanılmaktadır. **Örnek: 92514-19**

Alfanümerik yapı ise tanılarda, morfolojide ve sağlık durumunu etkileyen faktörlerde olduğu gibi bir harf ve arkasından gelen rakamlardan oluşan toplam üç ila beş karakter arasında değişen kod yapısına sahiptir. **Örnek: J45.0 veya M8140/3**

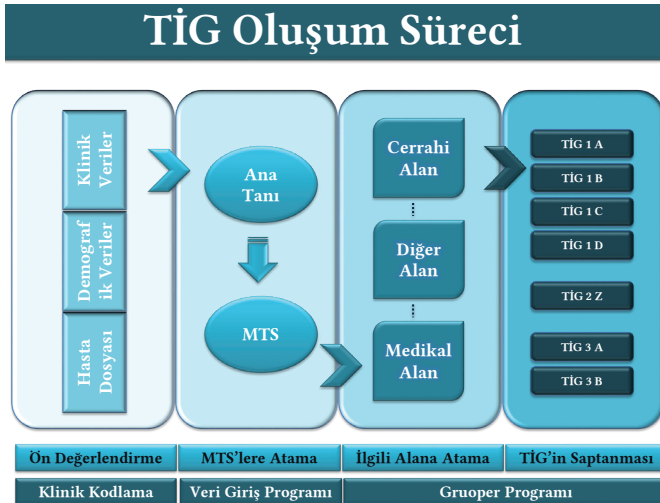
## Sağlık verilerindeki kodlamaların kullanım alanları

- » Sağlık hizmetlerinin karşılaştırılması
- » Sağlık politikalarının geliştirilmesi
- » Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi
- » Maliyet hesaplamaları
- » Ödeme sistemleri
- » Araştırma ve planlamalar

## TİG OLUŞUM SÜRECİ

TİG oluşum süreci 4 ana başlık altında toplanmaktadır.

- » Ön değerlendirme
- » MTS ataması
- » Alan ataması
- » TİG'in saptanması





## 1. Ön Değerlendirme

Verilerin toplanıp detaylı olarak incelendiği bu başlık kendi içerisinde 3 alt başlığa ayrılmaktadır.

- a. Hasta Dosyası:** Hastalara ait en kapsamlı verilere ulaşabileceğimiz hasta dosyaları en ince detayına kadar incelenmeli ve dosya tam anlamıyla değerlendirildikten sonra kodlama aşamasına geçilmelidir. Burada dikkat edilmesi gereken en önemli noktalardan birisi de hasta dosyası değerlendirilirken sadece epikriz ya da hasta özet raporu olarak ifade edilen doküman baz alınmamalı tüm dosya verileri dikkatle incelenmelidir. Tanı ve işlemlerin kodlanmasında asıl tanı ve tedavilere ilişkin bilgiler epikriz dışındaki diğer dosya verileri içerisinde bulunabilmektedir.

***Örnek:** Göğüste kitle nedeniyle cerrahi servisinde yatırılan bir hastaya işlem olarak kitle eksizyonu yapılır ve kitle hakkında detaylı bilgi alabilmek için patolojiye numune gönderilir. Patoloji sonucu çıkıncaya kadar, cerrahi açıdan yapılacak başka tedavi olmaması nedeniyle; belirli bir dönem sonra kontrol amaçlı çağrılmak üzere hasta taburcu edilir. Söz konusu hastanın epikrizi cerrah tarafından oluşturulduğu için epikrizdeki tanı şu anda elde olan tek durum olması nedeniyle göğüste tanımlanmamış kitle olarak değerlendirilebilir. Ancak hastanın dosyasında bulunan diğer kayıtlardan birisi olan patoloji raporu sonucunda sık görülen iyi huylu fibrokistik meme hastalığı olabileceği gibi kötü huylu kanserlerden birisi ya da tüm bunların dışında daha da farklı bir patolojik durum olabilme ihtimali vardır.*

*Sonuçta kodlama yaparken bu hastaya tanımlanmamış kitle tanısı koymak yetersiz olup, hak kaybına neden olabilecek bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun yerine tüm dosyanın incelenmesi sonucu **patoloji raporu** da dikkate alınarak, aslında kitlenin kötü huylu bir kanser olduğu ve kanser olarak kodlanması gerektiğinin tespit edilmesi hem klinik kodlamacılar için başarıyı getirecek hem de ilgili hastanenin bu dosya için hak kaybına uğramasına engel olacaktır.*

Kodlama yapılacak olan dosyaların tüm verileri toplandıktan sonra (Patoloji, mikrobiyoloji, ameliyat notu, anestezi notu vs.) klinik kodlamacıların önüne gelmeli ve klinik kodlama süreci dosya üzerinden gerçekleştirilmelidir.

- b. Demografik Veriler:** Hastanın cinsiyeti, yaşı, hastanede kalış süresi, yatış şekli(sevk, doğrudan başvuru, hasta türü/servis değişimi vs.), yoğun bakımda kaldığı gün sayısı, izinli gün sayısı, bebekse yatış ağırlığı gibi verilerin

dikkatli ve eksiksiz olarak doldurulması gerekmektedir. Bu veriler de TİG oluşturma süreci içerisinde önemli yer tutmaktadır.

- c. Klinik Veriler:** Klinik veriler değerlendirilirken hangi durumlar kodlanır? Ana tanı nedir? Ek tanıları var mıdır? İşlem olarak kodlanması gerekenler, detaylı olarak incelendikten sonra önce ana tanı, sonra varsa ek tanıları ve sonrasında da işlemler olmak üzere klinik veriler tespit edilerek kodlamaya hazır hale getirilir.

Ön değerlendirme aşaması adı verilen bu üç alt başlığa ayrılan bölüm, kodlamanın ilk basamağı ve temelini oluşturduğu için dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerekir. **Klinik kodlama** basamağı olarak da tanımlayabileceğimiz bu aşamada hataların en sık görüldüğü yer olması ve sistem içerisinde insan müdahalesine en açık yer olması nedeniyle klinik kodlamacıların çok dikkatli olması gereken bir bölümdür.

## 2. MTS Ataması

Bu bölüm ön değerlendirme aşamasında tespit edilen kodlanacak durumların tespitinden sonra sistemin **Veri Giriş Programı** üzerinden yürüyen basamakları içermektedir.

- a. Ana Tanı:** İlgili bölümde de detaylı olarak anlatılacağı üzere *“Araştırma sonunda, hastanın hastanedeki bakım epizodunun esas nedeni olarak ortaya konulan tanıdır.”* Veri giriş programına tanı ve işlemlere ait kodlar girilirken ana tanı olarak belirtilen durum ilk sırada verilmeli ve ana tanı kutucuğu içerisinde gösterilen alan mutlaka işaretlenmelidir.

ANATANI	KOD	AÇIKLAMA	TARİH
<input checked="" type="checkbox"/>	L10.9	Pemfigus, tanımlanmamış	02.04.2013
<input type="checkbox"/>			

- b. Major Tanı Sınıfları (MTS):** Hastalıklar ve sağlık durumunu etkileyen diğer faktörlerin gerekli kodlamaları sonucunda ana tanıya uygun olarak 25 farklı MTS ye atama olmaktadır.

MTS	TİG SAYISI	MTS KISALTMASI
MTS - 99 Hatalı TİG'ler	6	
MTS - 00 Öncü - Majör Tanı Sınıfları (MTS)	12	A
MTS - 01 Sinir Sistemi Hastalıkları	53	B
MTS - 02 Göz Hastalıkları	20	C
MTS - 03 KBB & Ağız Hastalıkları	28	D
MTS - 04 Solunum Sistemi Hastalıkları	42	E
MTS - 05 Dolaşım Sistemi Hastalıkları	67	F
MTS - 06 Sindirim Sistemi Hastalıkları	52	G
MTS - 07 Hepatobiliyer Sistem Hastalıkları	29	H
MTS- 08 Kas-iskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları	79	I
MTS - 09 Deri ve Meme Hastalıkları	29	J
MTS - 10 Endokrin ve Metabolik Hastalıklar	19	K
MTS - 11 Böbrek ve İdrar Yolları Hastalıkları	37	L
MTS - 12 Erkek Üreme Organları Hastalıkları	19	M
MTS -13 Kadın Üreme Organları Hastalıkları	20	N
MTS - 14 Gebelik, Doğum ve Lohusalık	17	O
MTS - 15 Yenidoğan (ve Diğer Neonatlar)	25	P
MTS- 16 Kan ve Kan Yapıcı Organların Hastalıklar	10	Q
MTS - 17 Neoplastik Hastalıklar	18	R
MTS - 18 Enfeksiyöz ve Parazitik Hastalıklar	17	T
MTS - 19 Akıl Sağlığı Bozuklukları	13	U
MTS - 20 Alkol/İlaç Kullanımı/ bunlara bağlı Organik Akıl Sağlığı Bozukluklar	8	V
MTS - 21 Yaralanma, Zehirlenme ve Toksik İlaç Etkileri	24	W,X
MTS - 22 Yanıklar	8	Y
MTS - 23 Sağlığı Etkileyen Faktörler ve Sağlık Hizmetleri ile Kurulan Diğer Tıp Temaslar	13	Z

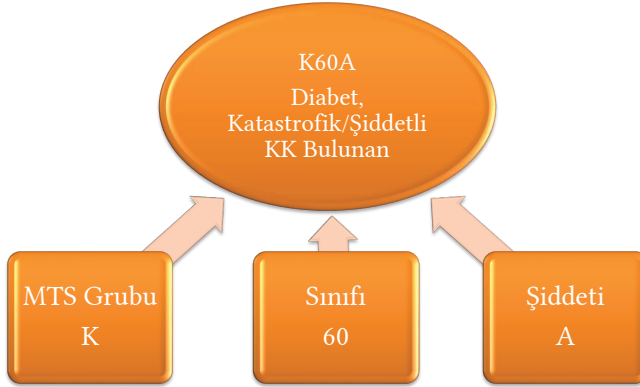
MTS'ler genel olarak ilgili ana tanıların sistemlere göre sınıflandırılmasının yapıldığı bir algoritmaya sahiptir. (Dolaşım sistemi hastalıkları, kan hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları vs.) Ayrıca Hatalı TİG'ler olarak sınıflandırılan, kapsamlı olan ve olmayan ameliyathane işlemleri ana tanı ile ilişkili olmayan, neonatal tanı ve yaş/kilo ile tutarsız gibi durumlarda oluşan TİG'ler de bu MTS yapısı içerisinde yer almaktadır.

### 3. Alan Ataması

Mevcut tanılara ya da hastada tespit edilen diğer durumlara yönelik yapılan işlem türüne göre alan ataması gerçekleştirilmektedir. TİG kodlama yapısında 3 farklı alan bulunmaktadır.

Alanı	Kod Aralığı	Sayısı
Dahili	60-99	347
Cerrahi	01-39	280
Diğer	40-59	38

- Medikal Alan:** Çoğunlukla vücudun iç organlarının tedavisine yönelik dâhili branşlarda yapılan yatışlarda, cerrahi müdahale içermeyen hasta gruplarının oluşturduğu TİG'lerdir.
- Cerrahi Alan:** Vücuttaki yapı bozukluklarının ameliyatla onarılmasına ya da hastalıklı organı kesip çıkararak iyileştirilmesine dayanan cerrahi nitelikteki ameliyathane işlemlerinin yer aldığı TİG gruplarıdır.
- Diğer Alan:** Çoğunlukla aynı gün içinde yapılan, ameliyathanede gerçekleştirilen işlemlerin yer almadığı, basit müdahaleleri içeren işlem gruplarıdır.



### 4. TİG'in Oluşumu

Cerrahi, medikal ve diğer gibi ilgili alanlara atanan ana tanılar daha sonra eşlik eden ek tanılar, komplikasyon ve komorbidite durumlarının varlığı dikkate alınarak ilgili TİG gruplarına atanırlar.

Sistemin, alan ataması ve TİG oluşumu basamakları gruplayıcı program tarafından verilerin bulunmasına göre ilgili bölümlere sistem tarafından otomatik olarak atanmaktadır.

Oluşan her bir TİG genel kod yapısı ise şu şekildedir:

**İlk Bölüm:** Bir harften oluşur. TİG'in ait olduğu MTS grubunu gösterir.

**İkinci Bölüm:** TİG'in hangi alana ait olduğunu gösterir. 01-99 arasında değişen rakamlardan oluşur.

**Üçüncü Bölüm:** Kaynak Kullanım derecesini göstermektedir. A, B, C, D ve Z olarak harflerden oluşmaktadır.

Bunlardan A, B, C, D olarak ifade edilenler kaynak kullanımının daha çok olandan az olana doğru değiştiğini gösterirken; Z olarak yer alan TİG'lerin ise tek olduğu ve kaynak kullanımına göre ayırımın olmadığını göstermektedir.

## ICD 10-AM

(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision - Australian Modification)

Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslar arası İstatistiksel Sınıflandırması, 10. Sürüm – Avustralya Modifikasyonu

**ICD 10 AM'in ICD-10'dan farkları:**

- » Tanı kodları daha fazla detaylandırılmıştır.
- » İşlem kodları
- » Sağlık durumunu etkileyen diğer faktörler (Rehabilitasyon, tarama, check-up vs.)



**ICD 10- AM 5 Ciltten oluşmaktadır.**

**Cilt 1:** Hastalıkların tablo listesi

**Cilt 2:** Alfabetik dizini (*indeks*)

**Cilt 3:** İşlemlerin (ACHIin) tablo listesi

**Cilt 4:** İşlemlerin (ACHIin) alfabetik dizini

**Cilt 5:** Avustralya kodlama standartları

Bu beş cildin ilk ikisi tanımlara yönelik olarak hazırlanmış olup; 1. Cilt hastalıkların sistematik olarak hazırlanmış tablolarına ait listeyi oluştururken, 2. Cilt ise hastalıkların alfabetik dizine göre sıralandıkları listeyi oluşturmaktadır.

3. ve 4. Ciltler ise hastalıklara ilişkin tedavileri ve görüntüleme yöntemlerine yönelik hazırlanmış olup; 3. Cilt işlemlerin ve görüntüleme yöntemlerinin sistematik olarak hazırlanmış tablolarına ait listeyi oluştururken, 4. Cilt ise işlem ve görüntüleme yöntemlerinin alfabetik dizine göre sıralandıkları listeyi oluşturmaktadır.

5. Cilt ise tüm bu kodların kullanımına ilişkin kodlama standartlarının yer aldığı kullanım kılavuzu görevini yerine getirmektedir.

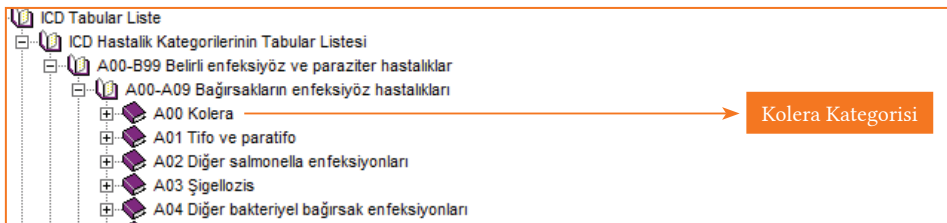
## 1. Cilt: ICD 10-AM Tablolar Listesi

Hastalıkların tanımlarına ait olan bu ciltte sınıflama yapısında 5 düzey bulunmaktadır;

**1. Düzey:** Hastalıkların genel olarak sistemlere göre sınıflandırıldığı 21 **bölüm**-den oluşmaktadır. **Örnek:** A00-B99 Belirli enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar sistemi

**2. Düzey:** Sistemlere göre ayrılmış olan 21 bölümün içindeki belli hastalıkların bir araya getirilmesi ile oluşan **bloklardır**. **Örnek:** A00-09 Bağırsağın enfeksiyöz hastalıkları bloğu

**3. Düzey:** Blokları oluşturan hastalıkların tek tek ele alındığı üç basamaklı hastalık kodlarıdır. Bu kodlar ICD10-AM'in temel yapısını oluşturur. Bu düzeyde her hastalığa bir **hastalık kodu** karşılığı bulunmaktadır. **Örnek:** A00 Kolera



**4. Düzey:** Üç basamaklı hastalık koduna, bir basamak daha ilave edilmesiyle hastalıkların daha fazla detaylandırıldığı **dörtlü kırılım** yapısı oluşmaktadır.

**5. Düzey:** Hastalıkların en detaylı biçimde ifade edildiği **beşli kırılım** yapısı meydana gelmektedir. Bu yapı daha çok kas ve iskelet sisteminde olduğu gibi bölge detayı hakkında bilgi verirken, obstrüksiyon olup/olmadığının belirlen-

diği durumlar, insülin kullanımı olup olmayan durumlar vs. alanlarda kullanılmaktadır.

**Örnek:** M 84.44 Patolojik fraktür, başka yerde sınıflanmamış, el

### *Diğer ve Tanımlanmamış Kodlar*

Hastalıklar sınıflandırılırken dördü ve beşli kırılımlarda her hastalığa karşılık gelen detaylara ilişkin kodlar bulunmayabilir, yani her hastalığın detaylandırılmış alt tipi olmayabilir. Böyle durumların varlığında kullanılmak üzere geliştirilen kodlama standardı şu şekildedir.

#### **Dördü Kırılım İçin;**

- » .0-7 spesifik durumlar
- » .8 sınıflanmamış spesifik durumlar (Diğer)
- » .9 tanımlanmamış durum

J15 Bakteriyel pnömoni, başka yerde sınıflandırılmamış	
J15.0	Klebsiella pneumoniae'ye bağlı pnömoni
J15.1	Pseudomonas'a bağlı pnömoni
J15.2	Stafilokoka bağlı pnömoni
J15.3	Streptococcus grup B'ye bağlı pnömoni
J15.4	Diğer streptokoklara bağlı pnömoni
J15.5	Escherichia coli'ye bağlı pnömoni
J15.6	Diğer aerobik Gram-negatif bakterilere bağlı pnömoni
J15.7	Mycoplasma pneumoniae'ye bağlı pnömoni
J15.8	Diğer bakteriyel pnömoni
J15.9	Bakteriyel pnömoni, tanımlanmamış

.8 ile biten kod yapısındaki açıklamada yer alan diğer bakteriyel pnömoniden kasıt; aslında klinik kayıtda pnömoni için spesifik bir başka tipten bahsedilmiş ancak .0-7 arasında biten spesifik kodlardan biri tarafından karşılanmıyor anlamına gelmektedir.

Örneğin hemophilus influenza'ya bağlı pnömoni ile ilgili klinik kayıtda bilgi varken. E-kitapda pnömoni başlığı altında yer alan alt kırılımlarda net olarak hemophilus influenza'ya bağlı bir alt kırılım kodu 0-7 arasında yer almadığı için bu tanımın kodlanmasında **J15.8 diğer bakteriyel pnömoni** kodu atanması uygun olacaktır.

**Beşli Kırılım İçin;**

- » .0 tanımlanmamış durumlar
- » .1-8 spesifik durumlar(Diğer)
- » .9 diğer durumlar

ICD 10-AM içerisinde kodlama yaparken klinik kayıta net olarak ifade edilmiş bir tanı, işlem veya diğer durumların kodlanmasında karar vermeden önce o kayda ilişkin detay klinik kaydı hazırlayan hekimlerden istenmeli ve bu ortak çalışma sonucunda oluşturulan veriler dikkate alınmalıdır.

**Her branş için klinik kayıtlar üzerinde kodlamalar yapılırken; kodlamanın ilgili hekim ve klinik kodlayıcı arasında iş birliği sağlanarak yapılması gerektiği unutulmamalıdır.**

Hekimler klinik kayıtları oluştururken mümkün olduğunca açık ve detaylı olarak kayıt yapmalıdır. Özellikle her branş hekimi kendi karşılaşıcağı tanımlar, işlemler ve diğer durumlara ilişkin ICD 10- AM özellikli standartları ve kodlama yapısını bilmeli ve kaydı bu çerçevede oluşturmalıdır. Buna rağmen sıkıntı yaşanan konularda, hekim görüşüne başvurulması gereken durumlarda klinisyen klinik kodlayıcıya gereken zamanı ayırmalı, gereken bilgi ve belge paylaşımında bulunmalıdır. İlgili dosyadan sorumlu hekim klinik kodlama sürecinin hekim ve klinik kodlayıcının iş birliği ile yürütüleceği gerçeğini her zaman aklında bulundurmaktadır.

**1. Cilt liste yapısında;**

**Siyah Metin Kutusu:** Üçlü kırılımlar için geçerli olmayan kod yapısını ifade etmektedir. Klinik kodlama için bu gruba ait bir kodlamada mutlaka ilgili tanımın alt detayına inilmesi gerektiğini ifade eden bir uyarıcı anlam taşımaktadır.

Siyah metin kutusu –  
Geçerli olmayan 3'üncü  
kırılım seviyesindeki kodlar

→

I25

**Kronik iskemik kalp hastalığı**

**Haric :** kardiyovasküler hastalık B5T (I51.6)

**Kodlama Standard :** [D941](#)

- [I25.0](#) Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık, bu şekilde açıklanmış
- [I25.1](#) Aterosklerotik kalp hastalığı
- [I25.2](#) Eski miyokard enfarktüsü
- [I25.3](#) Kalp anevrizması
- [I25.4](#) Koroner arter anevrizması
- [I25.5](#) İskemik kardiyomiopati
- [I25.6](#) Sessiz miyokardiyal iskemik
- [I25.8](#) Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları
- [I25.9](#) Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış

**Gri Metin Kutusu:** Dörtlü kırılımlar için geçerli olmayan kod yapısını ifade etmektedir. Aynen üçlü kırılımdaki siyah metin kutusunda olduğu gibi klinik



kodlama için bu gruba ait bir kodlamada mutlaka ilgili tanının alt detayına inilmesi gerektiğini ifade eden bir uyarıcı anlam taşımaktadır.

Gri metin kutusu – Geçerli olmayan 4'üncü kırılım seviyesindeki kodlar

→

**I25.1 Aterosklerotik kalp hastalığı**

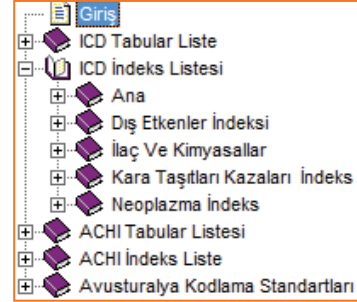
Koroner (arter):

- aterom
- ateroskleroz
- hastalık
- skleroz

[I25.10](#) Aterosklerotik kalp hastalığı, tanımlanmamış damarın  
[I25.11](#) Aterosklerotik kalp hastalığı, doğal koroner arterin  
[I25.12](#) Aterosklerotik kalp hastalığı, otolog bypass greftin  
[I25.13](#) Aterosklerotik kalp hastalığı, nonotolog bypass greftin

## 2. Cilt: ICD 10-AM İndeks Listesi

ICD 10-AM standartlarına göre oluşturulmuş e-kitapta yapılan düzenlemeler sonucunda en çok değişiklik 2. Cilt İndeks listesinde meydana gelmiştir. İndeks listesi yeni düzenleme ile kendi içerisinde 5 alt gruba ayrılmıştır.



### 2.1. ANA İndeks

Hastalıkların tanıları, yaralanmalar ve diğer sağlık durumunu etkileyen faktörlere ilişkin kodlar bu indeks içerisinde alfabetik dizi şeklinde sınıflandırılmıştır.

### 2.2. Dış Etkenler İndeksi

Morbidite ve mortalite dış nedenlere ait kodlar bu indeks içerisinde alfabetik dizi şeklinde sınıflandırılmıştır.

### 2.3. İlaç ve Kimyasallar İndeksi

Her bir madde için zehirlenme kodları ile ilaçların ters etkilerinin listesi ve doğru şekilde verilen maddelerin ters etkilerini gösteren, ayrıca zehirlenmenin kazayla mı yoksa kasıtlı mı olduğunu veya gerçekleşme şekli belirlenmemiş bir zehirlenme mi olduğunu gösteren madde isimlerinin alfabetik dizi şeklinde sınıflandırıldığı listedir.

### 2.4. Kara Taşıtları Kazaları İndeksi

Bu indekste taşıt kazalarına bağlı olarak meydana gelen durumlar ve sakatlıkların meydana geldiği kişi veya kişiler ile kazaya karışan diğer tarafa ait verilerin çapraz kodlama tablosu ve bu tablonun indeks formatında yeni yapılandırılmış formatının bir arada bulunduğu listedir.

## 2.5. Neoplazma İndeksi

Bu indekste ise kanserlerin yerleri alfabetik dizi şeklinde listelenmiş olup, kanserin yerine ait oluşabilecek morfolojik yapısı ile ilgili habis(primer, sekonder), selim, in situ ve davranış tipi bilinmeyen şeklinde farklılıklara göre kod ayrımlarını gösteren kanserin yer kodlarının bulunduğu listedir.

## 3. Cilt: ACHI Tablolar Listesi

1. Ciltte tanılar, yaralanmalar ve diğer sağlık durumunu etkileyen faktörlerde olduğu gibi bu ciltte işlemler ve görüntüleme yöntemlerinin 21 bölümden oluşan sistemlere göre tablolar halinde yer aldığı listedir.

ACHI tablolar listesinde kullanılan sınıflamada 2016 blok içerisinde yer alan işlemler sayısal bir sıra takibi bulunmayan bir kodlama yapısında listelenmiştir.

## 4. Cilt: ACHI İndeks Listesi

Yapı olarak 2. Cilt ANA indeksine benzer bir yapıya sahiptir. Bu listede yer alan işlemler ve görüntüleme yöntemleri alfabetik dizi şeklinde sınıflandırılmıştır.

Kodlama yapılırken tanı ya da işlemler ilgili indekslerden aranır, uygun kod bulduktan sonra bu kodun “dâhil” ve “hariç” gibi önemli talimatları içerip içermediğini görmek için tablolar listesinden kontrolü yapılması gerekir. Böylece talimatlarda geçen, ek kod, sıralama ve bir işlemin başka yerde ne zaman kodlanacağı gibi kuralları gösteren kapsam dışı tutma açıklamalarının da bu listede içerisinde değerlendirilmesi ve ona göre kodların belirlenmesi sağlanmış olur.

## TANILARA YÖNELİK GENEL KODLAMA KURALLARI

### Tire İşareti (-)

Kod seçiminde ilgili koda ilişkin daha fazla detayın verilmesi, mevcut kırılım yapısının bir basamak daha detaylandırılması gerektiğini ifade eder.

<p><b>tenosinovit</b></p> <p>Acıklama : ( <a href="#">M65.9-</a> ) Sinovit ve tenosinovit, tanımlanmamış(<a href="#">M65.9</a>)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>tanımlanmış</b></p> <p>Acıklama : ( NEC <a href="#">M65.8-</a> ) Diğer sinovit ve tenosinovit(<a href="#">M65.8</a>)</p>	<p><b>M65.8</b>    <b>Diğer sinovit ve tenosinovit</b></p> <p><a href="#">M65.80</a> Diğer sinovit ve tenosinovit, birden fazla bölgede <a href="#">M65.81</a> Diğer sinovit ve tenosinovit, omuz bölgesi <a href="#">M65.82</a> Diğer sinovit ve tenosinovit, üst kol <a href="#">M65.83</a> Diğer sinovit ve tenosinovit, ön kol <a href="#">M65.84</a> Diğer sinovit ve tenosinovit, el <a href="#">M65.85</a> Diğer sinovit ve tenosinovit, pelvik bölge ve uyluk <a href="#">M65.86</a> Diğer sinovit ve tenosinovit, bacak <a href="#">M65.87</a> Diğer sinovit ve tenosinovit, ayak ve ayak bileği <a href="#">M65.88</a> Diğer sinovit ve tenosinovit, diğer bölge <a href="#">M65.89</a> Diğer sinovit ve tenosinovit, bölge tanımlanmamış</p>
---	---

## Çoklu Kodlama

Bazı durumlarda bir hastalığın çeşitli bileşenlerini göstermek için çoklu kodlama yapmak gerekebilir. Amaç tıbbi durumu en iyi şekilde ifade etmektir.

*“Tanının semptomları veya belirtileri gibi bilgilerin gelişigüzel çoklu kodlamasından kaçının!”*

KOD SIRA	KOD TIPI	KOD	KOD AÇIKLAMA
2	A	11506-00	Diğer respiratuar fonksiyon ölçümü
3	I	R06.8	Solunumun diğer ve tanımlanmamış anormallikleri
4	I	R09.3	Anormal balgam
2	I	R05	Öksürük
1	I	J45.9	Astım, tanımlanmamış

Ek Tanılar

Ana Tanı

### » Etiyoloji ve Bulgu: (Hançer- Yıldız)

Bir hastalığın esas sebebi (etyoloji) **hançer işareti** ile ifade edilmekte olup, kodlamada bulgudan önce kodlanmalıdır. Aynı hastalığın veya durumun bulgularına ilişkin kodlar ise **yıldız işareti** ile ifade edilmektedir.

#### Örnek:

Gonakokal epididimit →

**A54.2 † N51.1 \***

**A54.2 †:** Gonokokal pelvipéritonit ve diğer gonokokal genitoüriner enfeksiyonlar

**N51.1 \*:** Başka yerde sınıflandırılmış hastalıklardaki testis ve epididimis bozuklukları

Bulgu kodları (\*) ana tanı olarak atanamaz.

### » Enfeksiyon ve Organizma:

Lokal enfeksiyonların sebep olduğu organizma gösterilmiş ise organizmaya ait kod ek tanı olarak kodlanmalıdır.

**Örnek:** E. Coli'ye bağlı idrar yolu enfeksiyonu

**N39.0:** Üriner kanal enfeksiyonu, bölge tanımlanmamış

## Çoklu Kodlama Yapılan Yerler



**B96.2:** Diğer bölümlere sınıflanan hastalıkların sebebi olarak Escherichia coli [E.coli]

» **Neoplazi ve Morfoloji**

Kanserlerin kodlamasında kansere ait 4 farklı durum hakkında bilgi veren 2 kod kullanılır. Bunlardan morfoloji kodu ile kanserin hücre yapısı, habis ya da selim olduğu ve habis ise primer ya da metastaz (sekonder) olduğu hakkında bilgi verir. Önce morfoloji kodu bulunur. Morfoloji kodunun verdiği bu bilgiler, kanserin yerine ait 5 farklı koddan hangisinin verilmesi gerektiğini tespit etmemizi sağlar.

**Kodlar bulunduğundan sonra önce kanserin yer kodu, sonra morfoloji kodu atanır.** Bu duruma özellikle dikkat edilmesi gerekir.

» **DM ve Komplikasyonları**

Çoklu kodlama yapılacak durumlar arasında özellikle komplikasyonlu olan DM ve komplikasyon oluşturan diğer durumların ayrı ayrı belirtilmesi gerekir. DM bölümünde ayrıca anlatılacaktır ancak DM ile eşlik eden diğer tanıların kodlanmasında mevcut tanının DM kaynaklı mı yoksa DM kaynaklı olmayıp, DM'i komplike hale mi getirmiş ayrımı net olarak yapılmalı ve kodlaması ona göre gerçekleştirilmelidir.

» **Alta Yatan Hastalıklar**

Özellikle ana tanı olarak kodlanacak bir tanının asıl sebebi olarak alta yatan farklı bir durumun varlığını göstermek için de çoklu kodlama yapılır.

**Örnek:** 3 yıldır beyin kanseri olduğu bilinen bir hastanın durdurulamayan nöbetleri olmaktadır. Nöbet tedavisi için hastaneye yatırılmış ve bu nöbetin alta yatan sebebinin beyin kanseri olduğu gösterilmiş ise; **nöbet ana tanı**, beyin kanserine ait kodlar ise **ek tanı olarak kodlanacaktır.**

» **Yaralanmalar**

Yaralanmalarda olay yeri, nasıl gerçekleştiği, yaralanan kişinin o andaki faaliyeti ve sonuçta meydana gelen durumları ifade etmek için çoklu kodlama yapmak gerekmektedir.

» Toksik ajanlar ve işlem sonrası komplikasyonlar durumunda da olayın nasıl olduğu, meydana gelen durumun ne olduğu, meydana geliş şekli vs. durumları ifade etmek için birden fazla kodlama yapmak gerekmektedir. Bu bölümle ilgili detaylar yaralanma, zehirlenme ve dış nedenlerle ilgili bölümde kapsamlı olarak anlatılacaktır.

## Çift Kodlama

ICD 10-AM içerisinde bir hastalığın veya sağlık durumunu etkileyen bir durumun kodlanması ile ilgili aynı kod birden fazla kodlanmaz. Aynı durumun çift taraflı olduğunu gösteren ya da sağ sol olarak ayırt etmeyi gerektiren bir kodlama kuralı yoktur. Aynı yere ait tanıların sağ ve sol ayrımı içinde tek kod atanır. İşlem olarak yapılan aynı uygulamalar ise gerçekleştirildiği sayıda kodlanır.

TANILAR İÇİN	İŞLEMLER İÇİN
Aynı yerin iki taraflı durumları veya çoklu durumları <b>bir kez</b> kodlanır.	Aynı yerin iki taraflı durumları veya çoklu durumları için işlemler <b>kaç defa yapıldıysa o kadar sayıda</b> kodlanır

### Örnek:

Her iki bacakta variköz venlere ait bir kodlama için; bacakta variköz ven kodu tek kod olarak atanırken, buna yönelik her iki bacağı işlem yapıldı ise işlemler aynı kodla ifade edilecek olsa da yapıldığı sayıda kodlanır.

**183.9 Ülser veya enflamasyon olmadan alt ekstremitte variköz venleri**

**32508-00** Vena saphena femoral birleşim variköz venlerinin enterüpsiyonu

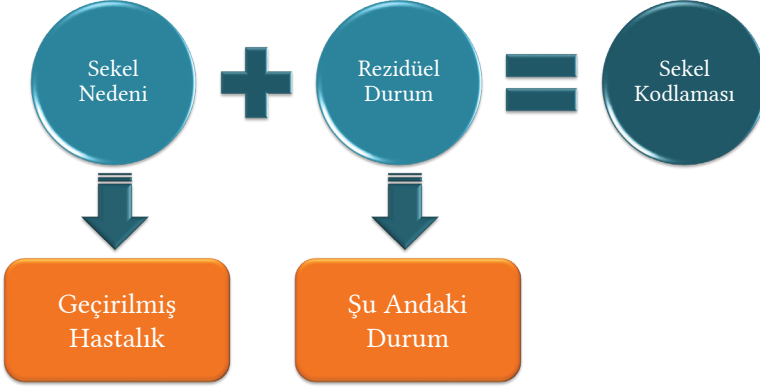
**32508-00** Vena saphena femoral birleşim variköz venlerinin enterüpsiyonu

## Sekeller

**Sekel:** Bir hastalıktan sonra yerleşip kalan işlev veya doku bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Daha önce geçirilmiş olan bir hastalıktan kalan mevcut durumların kodlanması ile ilgili standartlarda dikkat edilmesi gereken bir takım özellikler bulunmaktadır.

Sekellerde iki durumu tespit etmek gerekir.

- Rezidüel durum:** Geçirilmiş hastalıktan sonra kalıcı olarak meydana gelmiş bozukluk.
- Sekel nedeni:** Kişinin şu anda hastaneye başvurmasına sebep olan durumun(Rezidüel durumun) altında yatan geçirilmiş eski hastalıktır. Burada dikkat edilmesi gereken önemli nokta, sekel nedeninin **geçirilmiş eski hastalık** olması ve şu anda hastaneye gelişte **bu hastalığa yönelik tedavi durumunun söz konusu olmamasıdır.**



Sekellerin kodlanmasında; rezidüel durum ana tanı olarak ya da sekeli için öncelikli durum olarak kodlanır, sonra bu durumu oluşturan sekeli nedeni ise ek tanı olarak kodlanmalıdır. Burada sekeli oluşturan geçirilmiş hastalığı e-kitapta 2. Ciltte ANA indeks içerisinde sekeller başlığı altında bulunması gerektiği akıldan çıkarılmamalıdır. Aksi takdirde geçirilmiş hastalığın e-kitapta 2. Ciltte ANA indekste, kendi alfabetik listesi içerisinde aranması durumunda mevcut duruma ek bir tanı gibi kodlanmış olduğu, sekeli durumunu ifade etmediği unutulmamalıdır.

### Örnek:

Geçirilmiş serebral emboliye bağlı monopleji

G81.9 Hemipleji tanımlanmamış

I69.- Serebrovasküler hastalık sekelleri

Bu örnekte olduğu gibi serebrovasküler hastalık (SVH), sekeller başlığı altında bulunmuştur. Böyle olmayıp direk ANA indekste H harfi içerisinde diğer tanıların kodlamasında olduğu gibi hastalık → serebrovasküler şeklinde bulunsa idi;

I67.9 serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış kodu atanmış olurdu. Böyle bir kodlama durumunda ise hemiplejinin SVH sekeli olduğu anlamı çıkmayacak, hemipleji tanısına ek olarak şu anda SVH hastalığı tanısı ek tanı olarak kodlanmış anlamı çıkacaktı.

Sekellerin kodlanmasında sekeli süresine ilişkin bir süre sınırlaması yoktur. Rezidüel durum bazı hastalıkları takiben bir ay içerisinde oluşabileceği gibi yıllar sonra da ortaya çıkabilmektedir.

### Tıbbi kayıtlarda sekeller;

... sekeli

... geç etkisi

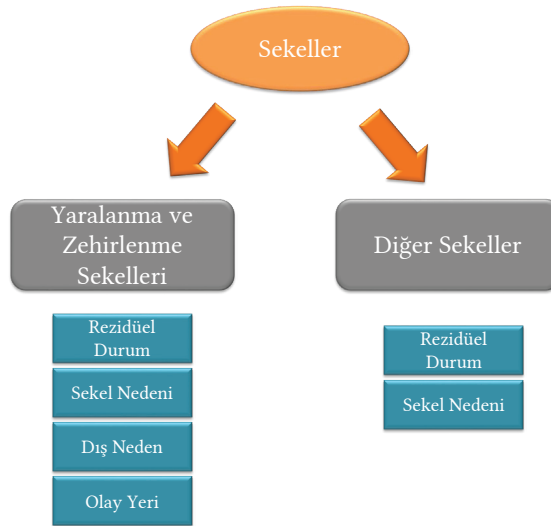
eskisi

Önceki hastalığa bağlı

... hastalığını takiben

Rezidüel... gibi kelimelerle dokümantasyonda bulunabilmektedir.

Sekellere ilişkin kodlama da bir diğer önemli husus ise sekelin hangi gruba ait olduğudur. Yaralanma ve zehirlenmelere ilişkin sekellerin kodlamasında 4 kod kullanılırken, diğer sekellere ilişkin 2 kod kullanılmaktadır. Yaralanma ve zehirlenmelerde diğer sekellerden farklı olarak dış neden ve olay yerine ilişkin ek kodların kullanılması gerekmektedir.



Yaralanma ve Zehirlenme Sekellerinde Kullanılan Kodlar:

- » Rezidüel durum
- » Sekel Nedeni
- » Dış neden
- » Olay yeri

**Örnek:**

Sağ el yanığı sonrası oluşan keloid skar

L91.01 Yanığa bağlı keloid skar

T95.2 Üst ekstremitenin yanma ve soğuk ısırması sekeli

Y86 Diğer kazaların sekelleri

Y92.9 Tanımlanmamış olay yeri

## İşlemlere (ACHI) Yönelik Genel Kodlama Kuralları

Tüm cerrahi işlemler, medikal ACHI ve yardımcı sağlık hizmetleri girişimlerini ve diş işlemlerini kapsar.

ACHI yapısı anatomik bölgeye göre düzenlenmiştir.

### ACHI kodlama yapısı

ACHI de kodlama yapısı numerik özellik taşımaktadır. Birbiri arkasına gelen ilk 5 rakam o işlemin genel özellikleri ve tanımı hakkında bilgi verirken, 6.ve 7. Rakamlar ise işlemin detayı hakkında bilgi vermektedir.



### Örnek:

Karpal tünel serbestleştirilmesi;

Serbestleştirme işleminde, işlem endoskopik ve açık olarak iki farklı yöntemle yapılabilmektedir. Böyle bir durumun kodlanmasında ayrı kodlar bulunmaktadır.

Kod yapısına bakıldığı zaman;

39333- Karpal tünel serbestleştirilme işlemini ifade ederken sonunda **00 olması bu işlemin endoskopik** olarak yapıldığını, **01 olması ise açık bir serbestleştirme işlemi** yapıldığını ifade etmektedir.



### ACHI Kodlama Basamakları

ACHI kodlamaları da, tanılar ve tıbbi durumu ilgilendiren diğer durum kodlamalarında olduğu gibi bir takım kurallar süzgecinden geçirilerek gerçekleştirilmektedir.

- » Tıbbi terimlerin analizi
- » 4. Ciltte yer alan ana terimin alfabetik listeden aranması



- » 3. Ciltte yer alan tablolar listesinden kontrol edilmesi
- » Düzenleyiciler ve kod açıklamaları

### *Kodlanan ve Kodlanmayan İşlemler*

ICD 10-AM içerisinde yer alan tüm işlemler kodlanır diye bir durum söz konusu değildir. Ancak kodlanmayacak işlemler listesi çıkarılıp diğerlerinin dışında tutmakta mümkün değildir. Çünkü bazı özellikli durumlar vardır ki normalde kodlanmayacak işlemler, o belirtilen özellikleri gösterdiği zaman kodlanacak hale gelebilir.

Genel olarak işlemler içerisinde;

- » Cerrahi girişimler
- » İşlem riski taşıyan özel durumlar
- » Anestezi riski olan durumlar
- » Özel tesis ve ya ekipman gereken durumlar
- » Uzmanlık eğitimi gerektiren durumlar kodlanır.

Kodlanmayacak işlemler;

- » Tanı için rutin işlemler
- » Pek çok hastaya yapılan özellik taşımayan işlemler
- » Bir yatışta birden fazla uygulanan işlemler
- » Bir başka işlemin bileşeni olan işlemler

Olarak sınıflara ayırmak mümkündür.

Bu işlemlerin maliyeti, ilgili TİG'in öngörülen maliyeti içinde ya da o tanı ile ilgili yapılan diğer bir işlemin içinde değerlendirilir.

### **Örnekler:**

- » Kırık → grafi işlemi
- » HT → Tansiyon takibi
- » Yara → Pansuman
- » Kan tahlilleri (CBC, Biyokimya vb.)

Bu örneklerden de anlaşılacağı gibi bir tanıyı koyabilmek için rutin kullanılması gereken (kırıkta-grafi, HT-takip), işlemler ayrıca kodlanmaz.

Aslında TİG mantığına bakıldığı zaman her tanı kendi içerisinde bir takım laboratuvar, görüntüleme ve diğer tanı gruplarını da içine alan bir gruplama mantığına sahiptir. Belirlenen bağıl değer maliyetlerinin ona göre hesaplandığı için

genel anlamda bu rutin durumları ayrıca kodlamaya gerek kalmamakta, ilgili tanı ve ya işlemin içerisinde hepsinin maliyeti yer almaktadır.

### *Kodlanmayacak İşlemler*

Yapılan değerlendirmeler ve analiz çalışmaları sonucu sık olarak tespit edilen kodlanmayacak işlemlere ait genişletilmiş örnekler bu listede yer almaktadır. Ancak tekrar belirtmekte de yarar var ki bu işlemler hiçbir zaman kodlanmaz denemez. Lokal haricindeki diğer anesteziyelerden biri ile yapılması durumunda rutin dışında özellikli bir işlem haline geleceği için kodlanabilecek duruma gelmektedir. Ayrıca bu listede yer alan işlemlerin dışında bulunan ve aynı özellikleri taşıyan diğer işlemlerde bulunmaktadır.

- » Oksijen tedavisi (YD özel durumu hariç)
- » Nebulizatörle ilaç uygulama
- » Gastrik lavaj
- » Solunum fonksiyon testi
- » Konsültasyonlar
- » Anestezi Değerlendirme
- » CPR
- » Alçı uygulaması
- » Ekokardiyogram  
Transözofageal ekokardiyogramı kodlayın
- » Elektrokardiyografi (EKG)  
Hasta tarafından aktive edilen implante edilebilir kardiyak olay izlemeyi (loop kaydedici) (Holter) kodlayın
- » Ultrason
- » Kontrastsız x-ray'ler (sade)
- » Elektromiyografi [EMG]
- » İzleme: Kardiyak, elektroensefalografi (EEG), vasküler basınç
- » Pansumanlar
- » İlaç tedavisi
- » Cerrahi ve travmatik yaraların birincil sütürü  
Yalnızca asıl yaralanma ile ilgili olmayan travmatik yaraları kodlayın Örneğin: Perine laserasyonu (deşürir)
- » Nazogastrik entübasyon

*Bu işlemler, anestezi ile yapılırsa kodlanmalıdır  
(lokal anestezi hariç)*

Bu liste sadece en sık yapılan kodlama hatalarından yola çıkarak oluşturulmuş bir örnek listedir.

Klinik kodlayıcılar, kodlanacak ve kodlanmayacak işlemlerle ilgili yukarıda verilen genel standartlar çerçevesinde gerekli durumlarda yorum yaparak uygun kodların kullanılmasına karar verebilirler.

Kodlama işlemi yaparken mevcut ödeme sisteminin kurallarına göre TİG kodlamalarını yapmaya çalışmak hatalara neden olmaktadır.

**E-kitap'ta kodu bulunan her tanı veya işlem kodlanacaktır diye bir kural yoktur!**

**Normalde kodlanmayan işlemler anestezi ile yapılırsa kodlanır mı?**

Normalde Kodlanmayan  
İşlemler anestezi ile  
yapılırsa kodlanır mı?

Evet, bu işlemlerin lokal haricindeki diğer anestezi türlerinden birisi ile gerçekleştirilmesi halinde bu işlem rutinin dışına çıkmış olur ve özellikli durum arz ettiği için hem işlemin kendisi hem de yapılan anestezi türü ayrı ayrı kodlanmalıdır.

**Normalde kodlanan işlemler lokal anestezi ile yapılırsa kodlanır mı?**

Normalde Kodlanan  
işlemler lokal anestezi ile  
yapılırsa kodlanır mı?

Evet, kodlanacak özellikleri bulunan bir işlemin yanında diğer işlemlerin olup, olmaması bu işlemin kodlama gerekliliğini etkilemez. Bu tür işlemler belirtildiği durumda kodlanır. Lokal anestezi ise kodlanmayacak bir işlem olduğu için bu durumlarda tek kod işlemin kendisidir.

### *Çoklu / İki Taraflı İşlemler*

Bir işlem birden fazla bölge ile ilgiliyse veya anestezi ile yapılıyorsa, söz konusu işlem gerçekleştirilme sayısı kadar kodlanmalıdır.

- » Dizin total artroplastisi, unilateral
- » Göz kapağının tam kalınlık kama eksizyonu

» Kohlear protez aygıtı implantasyonu

**İŞLEM:** Sol elden 2 adet kist eksizyonu

**Kodlar:**

31235-02 El deri ve subkutan doku lezyonunun eksizyonu

31235-02 El deri ve subkutan doku lezyonunun eksizyonu

Örnekte de görüldüğü gibi, tanı olarak sol elde kist için tek kod atanırken, işlem olarak 2 lezyon eksizyonu kodu atanacaktır.

İşlemlerle ilgili olarak genel kodlama kuralı, kodlama özelliği taşıyan işlemler bir yatış içerisinde gerçekleştirilme sayıları kadar kodlanacaktır.

**Yukarıda ki kodlama standardının geçerli olmadığı bazı istisnai durumlar vardır:**



Bu işlemler diğerlerinden farklı olarak bir yatış içerisinde kaç kere yapılırsa yapılırsın aynı türler için tek kod atanır.

**Örnek:**

Kan nakillerinde 3 ünite eritrosit transfüzyonu, 2 ünite taze donmuş plazma varlığından bahsedildiği durumda her iki kan türü için birer adet olmak üzere toplam 2 kod atanır. Bu kodlamada amaç bu yatış içerisinde kan nakillerinden belirtilen türlerin kullanıldığını göstermektir. Kodlamanın toplam sayıyı gösterme amacı yoktur.

Bunların sayısının eksik kodlanması durumunda hak kaybı olur mu sorusu akla gelebilir. Hayır, zaten kan ürünleri kullanımına gerek duyulan tanı, varsa komplike hale getiren ek tanıları ve hastanede yatış süresi, hastanın yaşı, cinsiyeti vs. durumlarda algoritmaya katkı yaparak gereken bağıl değer oluşmaktadır.

### *Skopilerle Yapılan Cerrahiler*

ACHI'de endoskopi kullanılarak yapılan işlemler için genellikle işlemin endoskopik yapıldığıyla ilişkili ayrı kodlar bulunmaktadır. Böyle bir durumun varlığı e-kitap da işlemin alt kırılımlarında tespit edilir.

E-kitapda işlemin skopik yapıldığına dair bir işlem kodu varsa tek kodla işlem belirtilmiş olurken; işlemin skopik yapıldığına dair bir kod yoksa, işlem için bir kod ve yapılan skopi türünü göstermek içinde bir kod olmak üzere toplam 2 kodla durum ifade edilir.

#### **Örnek 1:**

Laparoskopik histerektomi  
35750-00 Laparoskopik yardımcı vajinal histerektomi

#### **Örnek 2:**

Laparoskopik hepatektomi  
90346-00 Total hepatektomi  
30390-00 Laparoskopisi

### *Lazer ve Diğer Yöntemlerle Yapılan Cerrahiler*

Skopilerle yapılan cerrahilerde olduğu gibi bir işlemin yapılış yöntemine ilişkin, işlemin alt kırılımlarında kodla durum ifade edilmişse tek kod atanır. Ancak böyle olmayan durumlarda önce yapılan işleme ait bir kod, sonra bu olayın lazer ya da diğer yöntemlerden hangisi ile yapılmışsa ona ait bir kod olarak toplam 2 ayrı kodla kodlama gerçekleştirilir.

#### **Örnek:**

Akciğerden lazer yardımcı lezyon eksizyonu  
38440-00 akciğer kama rezeksiyonu, akciğer lezyonunun eksizyonu NOS  
90181-00 akciğerde yıkım işlemleri, akciğer lezyonunun lazer yıkımı, akciğer lezyonunun radyofrekans ablasyonu

### *Tamamlanmayan İşlemler*

Eğer bir işleme başlanmış fakat daha sonra her hangi bir sebeple kesintiye uğramış ya da tamamlanmamışsa, sadece yapılabilen işlemler kodlanır:

- » Eğer yalnızca kesi yapılmışsa, o yerin kesisi kodlanır
- » Eğer cerrah bir vücut kavitesine veya boşluğuna girmişse, o yerin eksplorasyonu (araştırma) kodlanır.

### Örnek:

Miyomektomi için laparotomi yapılmak istenen hasta işlem sırasında, kardiyak arrest geçirmesi nedeniyle miyomektomi operasyonu gerçekleştirilememiştir.  
30373-00 Exploratuvar laparotomi

## HIV / AIDS

HIV ek tanı kriterlerini yerine getirmese bile, varlığının tespiti durumunda mutlaka kodlanması gereken durumlardan biridir.

HIV KODLARI	
<b>R75</b> İnsan immün yetmezlik virusunun (HIV) laboratuvar kanıtı	<b>B20–B24</b> İnsan immün yetmezlik virus  [HIV] hastalığı
<b>Z21</b> Asemptomatik insan immün yetmezlik virüsü(HIV) enfeksiyonu durumu	
<b>B23.0</b> Akut HIV enfeksiyonu sendromu	
<b>(R75, Z21, B23.0 kodları ile B20-B24 bloğu aynı bakım epizodunda birlikte kodlanmaz!!!)</b>	

### R75 HIV Laboratuvar Kanıtı

- » Hastada HIV tarama testinin pozitif fakat doğrulama testinin negatif veya belirsiz olması durumunda,
- » Antikor testi pozitif (+) değilse,
- » HIV testinin sonuçsuz olması durumlarında kullanılır.

**R75 ana tanı olarak kodlanmamalıdır.**

### Z21 Asemptomatik HIV Enfeksiyonu Durumu

- » HIV antikoru pozitif olarak teşhis edilen ancak HIV enfeksiyonundan başka bir durum sebebiyle hastaneye yatırılan hastalar için atanmalıdır.

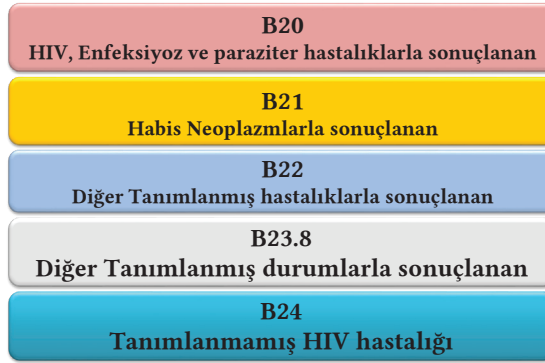
**Z21 ana tanı olarak kodlanmamalıdır.**

## B23.0 Akut HIV Enfeksiyonu Sendromu

- » Hastada HIV'e karşı antikor geliştiğinde ve kayıtlarda Akut HIV Enfeksiyonu Sendromu ifadesi yer aldığında bu kod kullanılır.
- » Hastaların önemli bir bölümünde HIV enfeksiyonunu kaptıktan kısa bir süre sonra **bir akut hastalık** (boğaz ağrısı, lenfadenopati, döküntü ve Menenjit vb.) görülecektir.

## B20-24 HIV Hastalığı

- » Hastada HIV'e bağlı bir komplikasyon ya da bulgu görüldüğünde B20-B24 bloğundan bir kod atanır.

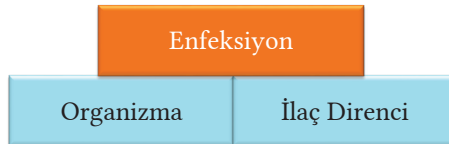


## İLACA DİRENÇLİ MİKROORGANİZMALAR İLE ENFEKSİYON

İlaça dirençli mikroorganizma enfeksiyonunun söz konusu olduğu durumlarda kodlama açısından dikkatli olunması gerekir.

Bu durumların varlığında **üç kod** atanır;

Bunlardan **enfeksiyon, ilk sırada** (hastaneye geliş sebebi olarak belirtilmiş ana tanı), sonra enfeksiyona neden olan **organizma** ve hangi **ilaça direnç** söz konusu ise bunlarda belirli bir sıra takibi olmadan ek tanımlar olarak kodlanacaktır.



### Örnek:

Osteomyelit bacak tanısıyla gelen hastada VRE (Vankomisine dirençli enterokok ) gelişmiştir.

M86,96 Osteomyelit, tanımlanmamış, bacak

B95.2 Streptokok, D grubu, diğer bölümlere sınıflanan hastalıkların sebebi

Z06.41 Vankomisine dirençli ajan

## ANEMİ

- » Farklı anemi tipleri için farklı kodlar vardır. Anemi ile ilgili bir durum klinik kayıta tespit edilmesi durumunda anemi tipi belirtilmemişse detaylı bilgi istenmelidir.
- » Kodlamadan önce anemi bir klinisyen tarafından belgelenmelidir.
- » **Anemiye hemoglobin sonucuna göre kodlamayın.** Özellikle bazı tanımlarda (cerrahi vakalarda olduğu gibi) anemi tanısı olmadan kan ürünlerine ihtiyaç bulunabilmektedir. Ayrıca bazı durumlarda hemoglobinin sonuçlarının normal seviyelerin altına düşmesi beklenebilmektedir. Bu yüzden ilgili hekimler tarafından anemi tanısı konulmayan hastalarda hemoglobinin değeri düşük görülmesi ya da kan ürünlerinin hastaya uygulanması anemiye ilişkin kod ya da kodların atanmasını gerekli kılmaz.
- » Yapılan değerlendirmelerde benzer hatalar çok sık olarak tespit edildiği için klinik kodlayıcıların kodlamada bu hususa dikkat etmeleri gerekmektedir.

## KAN TRANSFÜZYONLARI

Kan nakilleri veya kan ürünlerinin infüzyonları, gerçekleştirildikleri her durumda kodlanmalıdır.

Aynı kan ürününün aynı bakım epizodunda birden fazla nakli yapılırsa, bu durum yalnızca tek işlem kodu ile belirtilmelidir.

### Örnek:

**3 ünite** eritrosit transfüzyonu

13706-02 Paketlenmiş hücrelerin transfüzyonu

Bakım epizodunda **birden fazla tipte** kan ürünü nakledilirse, bu farklı ürünler uygun kodlarla kodlanmalıdır. Her ürün çeşidi için bir kod atanacaktır.

### Örnek:

2 ünite **TDP**, 2 ünite **eritrosit** transfüzyonu

13706-02 Paketlenmiş hücrelerin transfüzyonu

92062-00 Diğer serum transfüzyonu



## ANORMAL KOAGÜLASYON PROFİLİ

Kalp hastalığı gibi sebeplerle kan pıhtılaşma mekanizmasını düzenleyen (koagülasyon düzenleyici) ilaçları kullanan hastaların kan düzeylerindeki değişikliklerle ilgili durumları da kodlama açısından önem arz etmektedir.

Anormal koagülasyon profili;

- » kararsız INR,
- » aşırı warfarinazasyon,
- » yetersiz warfarinazasyon,
- » uzamış / anormal kanama süresi, vb.

Hastaların belirtilen sebeplerle hastaneye yatırılması ve tedavi görmesi durumunda ana tanı olarak: **D68.3 Dolaşımdaki antikoagülanlara bağlı hemorajik bozukluk** kodlanır.

- » Hastaların antikoagülan düzeylerinin cerrahi girişim öncesinde dengelenmesi amacıyla hastaneye yatırımları halinde,
- » Bir hastanın hastanede yatış süresi postoperatif dengeleme amacıyla uzatıldığına,

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

Kısaca antikoagülan kullanan hastaların özellikle cerrahi bir tedavi öncesinde ve sonrasındaki hastanede kalış süreleri standart bir tedavi süresinden daha uzun olacağı için, bu durumların varlığında ek kod olarak ifade edilmesi gerekmektedir.

## PSİKOAKTİF MADDE KULLANIMINA BAĞLI BOZUKLUKLAR

Bu başlık altında ele alınan maddelerin kullanımına bağlı bozuklukların kapsamını sadece mental ve davranış bozuklukları gibi değerlendirmek yanlıştır. Klinik tedavi uzmanı tarafından mevcut olan bir durum ile alkol/uyuşturucu vs maddelerin kullanımı sonucunda meydana geldiğine dair bir ilişki kurulmuşsa, bu durumların ek kodlarla ifade edilmesi gerekmektedir.

**Üç karakterli bloklar mental ve davranışsal bozukluklara neden olan farklı maddeleri gösterir:**

F10 Alkol

F11 Opioidler (örneğin eroin, morfin, kodein)

F17 Tütün

F19 Çoklu veya diğer psikoaktif ilaçlar

**Dördüncü karakterler kullanım şeklini gösterir:**

- .0 Akut intoksikasyon
- .1 Zararlı kullanım
- .2 Bağımlılık sendromu
- .3 Kullanılan maddenin kesilmesi
- .4 Delirium ile kullanılan maddenin kesilmesi
- .5 Psikotik bozukluk

Dokümantasyon bilgilerinde meydana gelen mevcut durumun madde kullanım şekillerinden hangisinin olduğuna dair net bir bilgi yoksa; önce mümkünse dokümantasyonla ilgili detaylı bilgi alınmaya çalışılmalıdır. Bunun mümkün olmadığı durumlarda ise yani mevcut duruma etkinin 4. kırılımda tam olarak hangisi olabileceğine ilişkin net veri elde edilemeyen ama ilişkilendirilebilen durumlarda dördüncü karakter olarak '1' *zararlı kullanım* kodu atanmalıdır.

**Örnek:**

50 yaşında alkole bağlı karaciğer sirozu gelişen hastada alkolün oluşturduğu spesifik etki için uygun kodlama?

**Ana Tanı:** KC Sirozu

**Ek Tanı:** F10.1 *Alkol kullanımına bağlı; Zararlı kullanım*

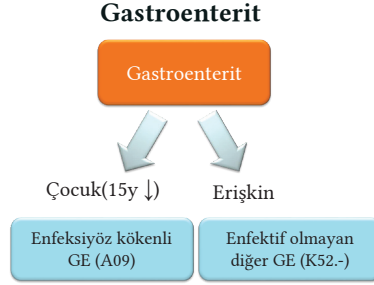
**TONSİLLİT**

Akut ya da kronik olarak belirtilmemiş bir tonsillit vakasında tonsillektomi gerçekleştirilmedikçe akut, tonsillektomi gerçekleştirilirse kronik olarak kodlanması gerekmektedir. Ancak hekim tarafından özellikle akut olarak belirtilmiş bir tanı varsa tonsillektomi gerçekleştirilmiş olması onun illaki kronik olarak kodlanacağı anlamına gelmemektedir. Öncelikle ilgili hekim tarafından net olarak ifade edilen bunun gibi tanımlar kodlama açısından dikkate alınması gerekmektedir.



## GASTROENTERİT

Gastroenterit vakalarında da tonsillite benzer bir kodlama özelliği bulunmaktadır. Hekim tarafından dokümantasyonda net olarak enfeksiyöz kökenli olup olmadığına dair bir açıklama varsa kodlama hekimin dokümantasyonda belirttiği şekilde yapılır.



### Ancak hekim tarafından belirtilmemiş durumlarda:

#### 15 yaş ve altı çocuklarda:

A09 enfeksiyöz kökenli kabul edilen ishal ve gastroenterit,

#### Yetişkinlerde:

K52.- infektif olmayan diğer gastroenterit ve kolit olarak kodlama yapılmalıdır.

Gastroenterit ile birlikte dehidratasyon tedavisi uygulanan hastalarda gastroenterit ana tanı, dehidratasyon (E86 *volüm kaybı*) ise ek tanı olarak kodlanmalıdır. Dehidratasyon yalnızca klinik kayıta kodlandığı durumlarda kodlanmalıdır.

## SAĞLIK DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bazı durumlarda kişiler hasta olmadıkları veya yaralanmadıkları halde sağlık hizmeti alırlar.

Bu gibi durumlarda ilgili **Z kodları** temel tanı olarak kullanılır.

#### Örnek:

Check-up, rehabilitasyon, özel tetkikler vb.

### Rehabilitasyonlar

Rehabilitasyonlarla ilgili kodlamalar da dikkat edilmesi gereken özellikli durumlardan biridir. Aşağıda belirtilecek olan rehabilitasyon kodlamalarına ilişkin kurallar son yapılan maliyet çalışması ve diğer güncel veriler dikkate alınarak oluşturulmuştur.



**Özellikle rehabilitasyon amaçlı yatan hastalarda ana tanı rehabilitasyon olarak atanmalıdır. (Alkol ve uyuşturucu rehabilitasyonu hariç)**

Birden fazla rehabilitasyon çeşidinin gerçekleştirilmesi halinde, özgül rehabilitasyon uygulamaları işlemlerle belirtileceğinden *Z50,9 Rehabilitasyon, tanımlanmamış* kodu atanır.

Yatan hastalarda rehabilitasyon kodlamaları ile ilgili olarak geliş sebebi çok önemlidir.

Rehabilitasyon amaçlı yatış durumunda:

**Ana Tanı:** Rehabilitasyon Z50.- (Uyuşturucu ve alkol rehabilitasyonları hariç)

**Ek Tanı:** Rehabilitasyonun nedeni olan durum olarak kodlama yapılması gerekmektedir.

*Rehabilitasyonlarda Kodlama*

- » **Ana Tanı:** Rehabilitasyon Z50.-
- » **Ek Tanı:** Rehabilitasyon gerektiren tıbbi durum
- » Varsa gerekli görülen diğer ek tanıları
- » Rehabilitasyon işlem kodları

**Örnek:**

3 yıl önce geçirilen inmenin sonucunda oluşan hemiplejinin rehabilitasyonu  
Z50.- *Rehabilitasyon uygulamaları*

G81.9 *Hemipleji, tanımlanmamış*

I69.4 *İnme sekeli, hemoraji veya enfarktüs olarak tanımlanmamış*

Rehabilitasyon prosedür kodları

- » Z50.2 *Alkol rehabilitasyonu ve Z50.3 Uyuşturucu rehabilitasyonu kodu, **yatan hastalarda** atanmamalıdır. Uygun tedaviler için [1872] Alkol ve uyuşturucu rehabilitasyonu ve detoksifikasyonu bloğunda listelenen kodları, durumla ilgili bir tanı kodu ile birlikte kullanmak gerekmektedir.*

# Ana Tanı - Ek Tanı

## ANA TANI

Ulusal Sağlık Bilgi Komitesi'ne (2003)National Health Data Dictionary, Version 12, AIHW) göre: "Araştırma sonunda, hastanın hastanedeki bakım epizodunun(veya sağlık kuruluşunda bulunmasının) esas nedeni olarak ortaya konulan tanı." olarak tanımlanmıştır.

Ana tanı hastayı hastaneye getiren belirtiler ve bulgulara göre hastalığın belirlenmesiyle ortaya çıkar.

Öncelikle hekim hastanın şikâyetlerini dinleyip (şikâyetler çoğunlukla hastalığın semptomlarıdır), öyküsünü değerlendirir. Fizik muayenesini yaparak, tanısal test veya işlemleri değerlendirdikten sonra gerekli görürse uzman doktorlardan konsültasyon isteyerek ya da patoloji veya radyoloji sonuçlarını değerlendirerek kesin tanıya ulaşır.

Hastanın yatış tanısı araştırmalar sonucunda ortaya konulan durumu doğrulayabilir ya da doğrulamayabilir.

### Örnek:

Karın ağrısı şikâyetiyle gelen hastada yapılan inceleme, görüntüleme ve diğer tetkikler sonucunda;

- a. Karın ağrısını açıklayacak herhangi bir tanı konulamamış ise **ana tanı** olarak **karın ağrısı** kodlanır.
- b. Karın ağrısını oluşturan tanı olarak akut kolesistit tespit edilmiş ise **ana tanı** olarak **akut kolesistit** kodlanır.

Ana tanının seçimine ilişkin birtakım genel kurallar bulunmaktadır:

## 1. Hançer ve Yıldız İşaretli Kodlar

Hançer ve yıldız işaretli kodlar kodlanırken etiyoloji(neden) kodunun (hançer işaretli †) ana tanı olarak kodlanması gerektiği, bulgu kodunun (yıldız işaretli \*) ise ek tanı olarak kodlanması gerektiği unutulmamalıdır.

**Bulgu kodları (\*) ana tanı olarak atanamaz.**

**Örnek:**

Pneumocystis carinii'ye bağlı pnömoni

**Ana Tanı:** B59† Pneumocystis carini

**Ek Tanı:** K77.0\* Paraziter hastalıklarda pnömoni

## 2. Esas Sebebin Ana Tanı Olarak Atanması

- a. Bir kişi sağlık sorunuyla hastaneye başvurduğunda ve hastanede kaldığı süre içerisinde bu **sorunun esas sebebi ortaya konulduğunda**, söz konusu esas sebep ana tanı olarak kodlanır,

**Tanıyla oluşturan semptomlar kodlanmamalıdır.**

**Örnek:**

75 yaşında kadın hasta dispepsi nedeniyle araştırılırken çekilen abdominal USG'sinde obstrüksiyonlu safra kesesi taşı tespit edilmiştir.

**Ana Tanı:** Obstrüksiyonlu safra kesesi taşı

**Ek Tanı:** Yok

- b. Sağlık problemi nedeniyle hastaneye başvuran hastanın, yatışı sırasında problemin esas sebebi biliniyor ve yalnızca söz konusu problem tedavi ediliyorsa, kişiyi hastaneye getiren durum ana tanı olarak kodlanır. Temel hastalık ise ek tanı olarak kodlanır.

**Örnek:**

Bir hasta, 4 ay önce teşhis edilen Akciğer Kanseri'ne bağlı gelişen Tümör Lizis Sendromu nedeniyle yatırılmıştır.

**Ana Tanı:** Tümör Lizis Sendromu

**Ek Tanı:** Akciğer Kanseri

## 3. Semptomlar, Belirtiler ve Yetersiz Durumlara İlişkin Kodlar

Dosyada kesin bir tanı varsa semptomlar ve belirtiler ana tanı olarak kodlanmaz.

*Belirtiler ve semptomların ana tanı olarak kodlandığı nadirde olsa bazı durumlar vardır bunlar:*

- a. Hasta hastaneye başvurup, yatışı süresince bütün olgular tetkik edildikten sonra bile **daha fazla kesin tanı konulamayan vakalarda;**

**Örnek:**

Baş ağrısı şikâyetiyle başvuran hastaya yapılan muayene, tetkik ve görüntüleme yöntemleri sonucunda kesin bir tanı konulamamıştır.

**Ana Tanı:** Baş Ağrısı

- b. Hastaneye başvurduğu sırada mevcut olan, geçici olduğu kanıtlanan, **yatışı sırasında kaybolan belirti ve semptomlar;**

**Örnek:**

Şiddetli öksürük şikâyetiyle hastaneye başvuran hasta ileri tetkikler için hastaneye yatırıldığı sırada bu belirtilerin kaybolduğu ve herhangi bir tanı tespit edilemediği durumda.

**Ana Tanı:** Öksürük

- c. Yatışı yapılan hastanın **daha ayrıntılı tetkik veya bakım için geri dönmemesine** ilişkin geçici tanılar;

**Örnek:**

Bel ağrısının araştırılması için hastaneye yatırılan hastaya MR randevusu verilmiş fakat hasta MR çektirmeden kendi isteğiyle taburcu edilmiştir.

**Ana Tanı:** Bel Ağrısı

- d. Tanı konulmadan önce tetkik veya tedavi için **başka yere sevk edilen vakalar;**

**Örnek:**

Göğüs ağrısı şikâyetiyle A hastanesine yatırılan hasta yeterli tetkik ve tedavi imkânı olmadığı için B hastanesine sevk edilmiştir.

**Ana Tanı:** Göğüs Ağrısı

## 4. Akut ve Kronik Durumlar

Yatış yapılan hastalarda, kronik zemin üzerinde gelişen akut bir hastalığın olması durumunda, her iki durum da kodlanır ve **akut (subakut)** kodu ilk sırada kodlanır.

**Örnek:**

**Tanı:** Akut kronik pankreatit sebebiyle yatış

**Ana Tanı:** Akut Pankreatit

**Ek Tanı:** Kronik Pankreatit

## 5. Ana Tanının Tanımına Eşit Derecede Uygun Olan İki veya Daha Fazla Tanı

Ana tanı tanımına uygun, eşit derecede önemli 2 veya daha fazla tanı dosyada bulunduğu zaman, hangisinin ana tanı olduğuna karar verilemediği durumlarda öncelikle hekime danışılmalıdır. Hekime ulaşılamıyorsa dosyada ilk sırada yazılan tanı ana tanı olarak kodlanır.

### EK TANI

Ulusal Sağlık Bilgi Komitesi'nin (2003 National Health Data Dictionary, Version 12, AIHW tanımına göre: *"Gerek ana tanı ile birlikte seyreden gerek hastanın bakım epizodu veya sağlık kuruluşunda bulunduğu sırada ortaya çıkan bir durum veya şikâyettir."*

Ek tanılar hasta yönetimini etkilediklerinden önemlidir. Çoğunlukla hastanede yatış süresini etkilerler.

Ek tanılarda özellikle dikkat edilmesi gereken nokta; ek tanı olarak düşünülen durumun yatış içerisinde ilaçla tedavi edilip edilmediğidir.

Bununla ilgili iki durum vardır:

1. Hastanın daha önceden var olan, ilaç tedavisinde herhangi bir değişiklik olmayan hastalıkları kodlanmamalıdır.

#### Örnek:

Femur fraktürü nedeniyle yatışı yapılan hasta yaklaşık üç yıldır hipertansiyon için ilaç tedavisi almaktadır. Yatış içerisinde hipertansiyon tanısına yönelik ilaç düzenlemesi yapılmamıştır.

**Ana Tanı:** Femur Fraktürü

**Ek Tanı:** Yok

2. Bakım epizodunda ilaç tedavisi değiştirilirse veya dozunda ayarlama yapılırsa, mevcut tanı kodlanmalıdır.

#### Örnek:

Femur fraktürü nedeniyle yatışı yapılan hasta aynı zamanda hipertansiyon hastasıdır. Hastaneye yatışından önce uygulanan hipertansiyon tedavisinin yetersiz kaldığının tespit edilmesi üzerine ilaç dozu artırılmıştır.

**Ana Tanı:** Femur Fraktürü

**Ek Tanı:** Hipertansiyon

Bazen hastanın ilacı ya da dozu değiştirilmediği halde kodlanması gereken durumlar olabilir. Bu durum ICD-10-AM kodlama yazım kurallarına göre belirlenir.



**Örnek:**

160-69 Serebrovasküler hastalıklar kategorisi "**Hipertansiyon varlığını belirtmek için ek kod kullanın.**" gibi bir ifadeyle karşılaşılnca mutlaka hipertansiyon da kodlanır.

## Ek Tanı Kriterlerini Yerine Getirmese de Mutlaka Kodlanması Gereken Durumlar

Bir durumu ek tanı olarak kodlamak için daha önce belirtilen koşulları sağlaması gerekir. Fakat bazı durumlar vardır ki; dosyada görüldüğü zaman mutlaka kodlanmalıdır.

Bu durumlar:

» **Günlük endoskopi için teşhis seçimi:**

Spesifik bozukluk taraması veya takip muayeneleri için yapılan endoskopi dışında günlük hastalar, işlem için bir gün önceden yatırılan hastalar vb. durumlarda endoskopi için mutlaka bir teşhis kodu atanmalıdır. Endoskopide bulguların dışında var olan durumlarında ek tanı kriterlerine göre kodlanması gerektiği unutulmamalıdır.

» **HIV/AIDS:**

Hasta dosyasında bakım epizoduyla ilişkisi olmasa da HIV taşıyıcılığı, sendromu, enfeksiyonu veya laboratuvar kanıtı gibi durumların varlığında mutlaka ek tanı olarak kodlanır.

» **Viral Hepatit:**

Hasta dosyasında bakım epizoduyla ilişkisi olmasa da viral hepatit taşıyıcılığı ya da enfeksiyonun varlığında mutlaka ek tanı olarak kodlanır.

» **Diabetes Mellitus ve bozulmuş glikoz regülasyonu:**

Diabetes Mellitus ve bozulmuş glikoz regülasyonu olan hastalar uygun kodlama kriterlerine göre kodlanır.

» **Uyuşturucu, alkol ve tütün kullanımına bağlı bozukluklar:**

Uyuşturucu, alkol veya tütün kullanımıyla ilişkili hastalıklarda F10-19'dan bir kod ek tanı olarak atanır.

**Örnek 1:**

Hastaya, alkolle ilişkili karaciğer sirozu tanısı konulmuştur.

K 70,3 Alkole bağlı Karaciğer Sirozu

F10.1 Alkol kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları, zararlı kullanım

Eğer hastalığın alkol ve tütünle bir ilişkisi dosyada belirtilmemişse, daha önceden kullanıp bırakmışsa Z'li kişisel öykü kodu, halen kullanıyorsa Z'li kullanımı mevcut kodlarından bir kod atanır.

### Örnek 2:

Kronik bronşit tanısı konulan 60 yaşındaki bir hastanın, 1 ay önce sigarayı bırakma öyküsü bulunmaktadır.

J42 Tanımlanmamış Kronik Bronşit

Z86.43 Kişisel sigara kötüye kullanımı öyküsü

### Örnek 3:

40 yaşında inguinal herni tanısıyla hastaneye yatışı yapılan hastanın dosyasında günde 1 paket sigara içtiği kaydedilmiş.

K40.90 İnguinal herni, tanımlanmamış

Z72.0 Tütün kullanımı, mevcut

### Örnek 4:

70 yaşındaki erkek hastanın 15 yaşından itibaren 65 yaşına kadar 2 paket/gün sigara içme öyküsü bulunmaktadır. Sigarayla ilişkili Buerger hastalığı tanısı konan hasta tedavi amaçlı hastaneye yatırılmıştır.

I73.1 Buerger hastalığı

F17.1 Tütün kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları, zararlı kullanım

**Z86.43 atanmamalıdır.**

### Örnek 5:

35 yaşındaki bir hastada sigara içmeyle ilişkili amfizem tanısı konulmuştur.

J43.9 Amfizem, tanımlanmamış

F17.1 Tütün kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları, zararlı kullanım

**Z72.0 atanmamalıdır.**

### » Travmatik Olmayan Kuadripleji ve Parapleji:

Kuadripleji her iki kol ve bacağı tutan felç, parapleji iki bacağın beraberce tutulduğu felç anlamına gelir.

#### **Parapleji/Kuadriplejinin Başlangıç (Akut) Dönemi:**

Travmatik olmayan transvers myelit, spinal kord enfarktüsü gibi durumların ilk kez yatışı sırasında ya da remisyondayken kötüleşen, travmatik olanlar kadar ciddi tedavi gerektiren bazı tıbbi ve cerrahi durumları içerebilmektedir.

Ortaya çıkan tablolar tam lezyonlar ve kısmi lezyonlar şeklinde görülürler.

İnkomplet (tam olmayan/kısmi) Lezyon: Duyusal ve/veya motor fonksiyon nörolojik seviyenin altında kısmen korunmuş ise ve en alt sakral segmenti içeriyorsa lezyon inkomplet olarak tanımlanır.

Komplet (tam) Lezyon: Travmatik olmayan spinal lezyon altında kalan vücut kısmında tüm motor ve duysal fonksiyonlar kaybolmuştur.

Parsiyel Korunmuş Alan: Komplet lezyonlarda nörolojik seviyenin altındaki kısmen innerve dermatom ve miyotomları ifade eder.

Spinal kord lezyonu gösteren durumlarda(örn.myelit)

1. Neden olan durum(myelit) ana tanı,
2. G82.- Parapleji ve tetrapleji' den bir kodu, beşinci karakter olarak '1' (tanımlanmamış, akut), 3(tam,akut) veya 5(tamamlanmamış,akut)ile birlikte kodlarından biri seçilir.

### Örnek:

Myelit nedeniyle hastaneye yatırılan hastada tetrapleji mevcuttur.

**Ana Tanı:** Myelit

**Ek Tanı:** Tetrapleji

**G82 Parapleji ve tetrapleji**

Parapleji } akut, nontravmatik  
 Kuadripleji } kronik  
 Tetrapleji } akut, nontravmatik

**Haric :** konjenital derebral palsi (G80.-)

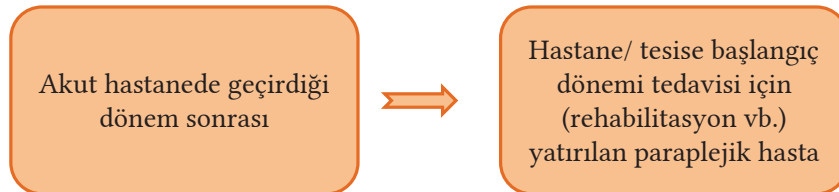
**Haric :** akut, travmatik parapleji ve tetrapleji (S14.-, S24.-, S34.-)  
 Parapleji } kronik  
 Kuadripleji } akut, nontravmatik  
 Tetrapleji } kronik

**Kodlama Standard :** 0625

G82.0 Flasid parapleji  
 G82.1 Spastik parapleji  
 G82.2 Parapleji, tanımlanmamış  
 G82.3 Flasid tetrapleji  
 G82.4 Spastik tetrapleji  
 G82.5 Tetrapleji, tanımlanmamış

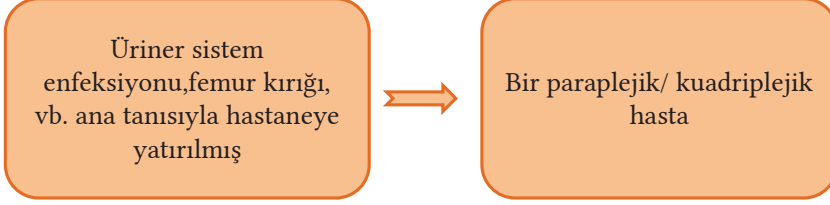
### Kronik dönemde;

a.



Akut hastalığın teşhisinden sonra hastaneye ya da tesise rehabilitasyon vb. sebeplerle yatırılan paraplejik ya da kuadriplejik hastada,

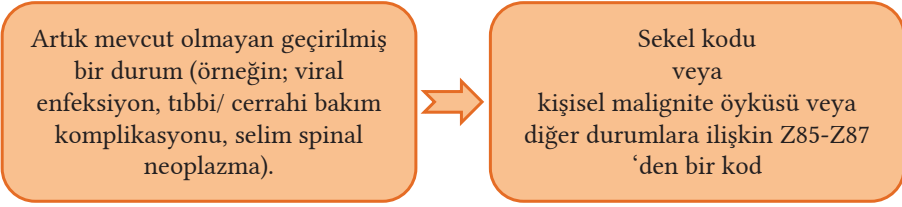
b.



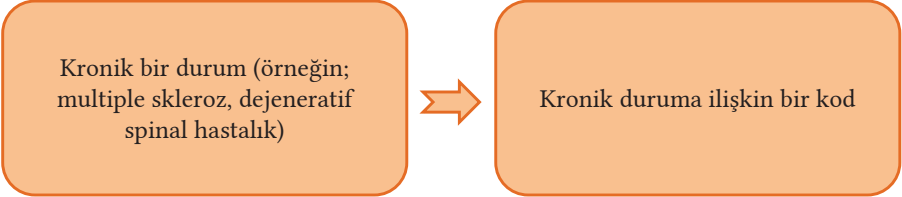
Başka bir sebeple hastaneye yatırılmış olan paraplejik ya da kuadriplejik hastada G82.- *Parapleji ve Tetrapleji* kodundan hemen sonra parapleji/kuadriplejinin(travmatik olmayan) esas sebebini belirtmek için bir ek kod(ek kodları) atanır.

Esas sebep şunlar olabilir:

1.



2.



Ana tanının tanımına uygun olarak kodlama sıralanır.

**Örnek:**

Dejeneratif spinal hastalık nedeniyle 3 yıldır tedavi gören hasta üriner sistem enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatırılmıştır. Hastada parapleji mevcuttur.

**Ana Tanı:** Üriner Sistem enfeksiyonu

**Ek Tanılar:** Parapleji

Dejeneratif Spinal Hastalık

» **Kalp Pilleri:**

Hasta dosyasında kalp pili belirtilmişse(ayarlanması ve kullanımı dışında) mutlaka ek tanı olarak kodlanmalıdır. Kalp pili varlığı kodu Z95.0'dır.

Cerrahi girişim yapılan hastalarda ek bakım gerektirdiğinden kodlanması önemlidir.

**Örnek:**

Apandisit operasyonu için yatırılan hastada kalp pili bulunmaktadır.

K35.9 Akut Apandisit

Z95.0 Kalp pili bulunuşu

» **Doğumun Sonucu:**

Her doğumda, anneye ait kayda Z37.- *Doğumun sonucundan*, uygun kod ek tanı olarak kodlanmalıdır. Bu kod, hiçbir zaman **ana tanı olamaz**.

» **Hamilelik Süresi:**

Tamamlanmış 37. haftadan önce herhangi bir sebepten dolayı yatışı yapılan hamilelerde, O09 kategorisindeki hamilelik süresine ait kodlardan biri ek tanı olarak **mutlaka** kodlanmalıdır.

» **Gebeliği Komplike Eden Durumlar**

Hasta dosyasında gebeliği komplike eden durumlar olduğunda mutlaka ek tanı olarak kodlanmalıdır. Konuyla ilgili detaylar Gebelik ve Doğum başlığı altında yer almaktadır.

» **Postpartum Durumu veya Komplikasyonu**

Hasta dosyasında postpartum durum ve komplikasyonla ilgili kayıt bulunması halinde ek tanı kriterlerini yerine getirip getirmemesine bakılmaksızın ek tanı olarak kodlanacaktır.

***Streptokokal Grup B Enfeksiyonu / Gebelikte Taşıyıcı***

Birçok anne adayları Grup B streptokok bakterisi taşıyıcısı olmasına rağmen herhangi bir belirti göstermez. Fakat taşıyıcı annelerden doğan bebeklerde enfeksiyon olasılığı yüksektir. Bakterinin bebeğe geçmesini önlemek için profilaktik tedavi uygulanabilmektedir. O nedenle mutlaka kodlanması gereken bir durumdur.

Herhangi bir profilaktik tedavi yapılmamışsa Z22.3 *Bakteriyel hastalıkların diğer tanımlanmış taşıyıcısı*, profilaktik tedavi yapılmışsa(örn:penisilin) ve Z29.2 *Profilaktik kemoterapiler,diğer* Strep B'ye bağlı bir genitoüriner sistem enfeksiyonuna ilişkin dokümantasyon varsa O23.9 *Genitoüriner yolun diğer*

ve tanımlanmamış enfeksiyonu, gebelikte ve B95.1 B grubu Streptokok, diğer bölümlerde sınıflanan hastalıkların etkeni olarak kodları atanır.

» **Spesifik Bozukluk Taraması**

Erken tanı ve tedavi için semptomatik olmayan bireylerde yapılan tarama muayenesi durumlarında atanır. Yapılan muayene sonucunda hiçbir hastalık bulgulanmazsa ana tanı Z11.-, Z12.- ve Z13.- ... için özel tarama muayenesi kodlarından uygun olanı atanır. Tarama sonucunda hastalık bulunursa bulunan ana tanı olur, Z11-12-13'den bir kod gereksizdir.

» **Kişisel Öykü**

Z85-87 Kişisel öykü kodlarından bir kod hiçbir zaman ana tanı olarak sıralanmamalıdır. Bu kodu kodlamak için hastanın yatış tanısı ile ilgili olması ve durumun tamamen iyileşmiş olması gerekir. Sadece ek tanı olarak kodlanır.

» **Spesifik Bozukluklar İçin Takip Muayeneleri**

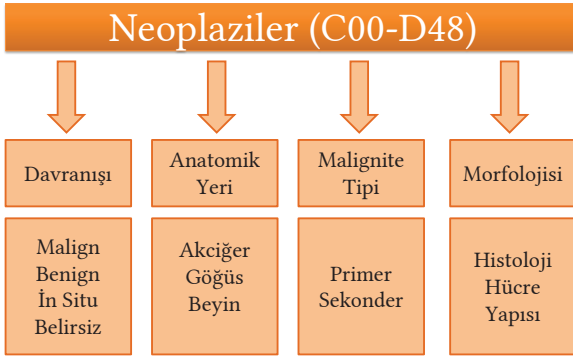
Malign neoplazi tedavi sonrası veya harici durumlarda, takip muayenesinde herhangi bir durum tespit edilmemişse Z08-09'lu kodlardan biri ana tanı, kişisel öykü kodu ek tanı olarak atanır. Takip muayenesinde durum yinelemişse ya da rezidüel bir durum saptanmışsa o durum ana tanı olarak kodlanır, takip muayenesi ek tanı olarak kodlanır.

# Kanserler (Neoplaziler)

## KANSER NEDİR

Canlıların en küçük yapı taşını oluşturan hücrelerin kontrolsüz ve anormal bir biçimde bölünmesi ve çoğalması olarak tanımlanabilir. Bu kanser hücreleri birikerek tümörleri oluşturur. Vücudumuzdaki tüm doku ve organlarda gelişebilir. Erken teşhis edilebildiği takdirde kanser tamamen tedavi edilebilen bir hastalıktır.

Kanserleri anatomik yerlerine, davranışlarına, histolojisine ve malignite tipine göre sınıflandırabiliriz.



## Davranışlarına Göre Kanserler

### 1. Malign Neoplaziler

Kötü huylu, habis veya kanser olarak nitelendirilirler. Yaşamı tehdit etmeleri, metastaz yapmaları, invaziv olmaları, büyüebilmeleri ve çevre dokulara zarar vermeleri en büyük özelliklerindedir. Bu özellikleri nedeniyle en korkulan neoplazi grubunu oluştururlar. Tedavi edilmezse ya da geç tedaviye başlanırsa öldürücüdür.

## 2. Benign Neoplaziler

İyi huylu, selim kanserler olarak nitelendirilirler. Genellikle kavite oluşturarak, metastaz yapmazlar ve bir noktada büyürler. Lokalize edilirse ve alınırsa yaşamı tehdit etmezler. Etraftaki dokuları tehdit etmezler fakat büyümeleri diğer yapılar üzerinde (örneğin beyinde) baskı oluşturursa ciddi problemlere sebep olabilirler.

## 3. İnsitu Neoplaziler

Henüz başlangıç aşamasında olan, erken dönemde ortaya çıktıkları yerde bulunan, pre-invaziv non infiltratif, malign değişiklikleri devam eden ve normal dokuların çevresini tehdit etmeyen kanser tipidir. **Örnek:** serviks uteri karsinoması.

## 4. Belirsiz Neoplaziler

Henüz neoplazinin davranışı malign olarak tanımlanmamıştır. Fakat diğer insanların geçmişlerinde malign olarak geliştiği bilinen durumlar için kullanılır. **Örnek:** Dev pigmente nevüsün malign melenoma dönüşmesi.

## 5. Tanımlanmamış Neoplaziler

Davranışı ve histolojisi hakkında bilgi bulunmamaktadır. Bu nedenle kayıtlarda bilgi bulunmadığı durumlarda kullanılır.

## Anatomik Yerine Göre Sınıflandırma

Neoplazinin bulunduğu yeri ifade eder. (Yani beyin, akciğer, kolon, mide ve pankreas vs.) Klinik kodlamada kanserin primerinin çok önemli bir yeri vardır.

**Kodlama standartlarına göre primer yer, ayrıntılı biçimde kodlanmalıdır.**

**Örnek:**

Meme kanseri yerine; memenin üst iç kadranı mı? Alt dış kadranı mı? Aero-lası mı? gibi ayrıntıları belirtmek gerekir.

Meme malign neoplazi

C50.0 Meme başı ve areolanın habis neoplazması

C50.1 Memenin merkezi kısmının habis neoplazması

C50.2 Memenin üst-iç kadranının habis neoplazması

**Sekonder neoplazilerde ise yerle ilgili çok fazla detay istenmez.**



**Örnek:**

Kemiğe yayılmış metastatik tümör varlığında,  
C79.5 Kemik ve kemik iliğinin sekonder malign neoplazileri kodu kullanılmaktadır.

Klinik kodlamacılar; kanserlerle ilgili kodlama yaparken, tanımlanmamış kod atamamaya dikkat etmelidir. Bu konuda klinisyenle bilgi alışverişinde bulunulmalıdır. Tüm bunlara rağmen hasta tanısıyla ilgili net bilgilere ulaşılamıyor ise tanımlanmamış kodları atanacaktır.

**Malignite Tipine Göre Sınıflandırma****Primer Neoplazi**

Kanserin ilk başladığı yer olarak tanımlanır.

**Sekonder (Metastatik) Neoplazi**

Primer neoplazinin yayıldığı yerdir. Kanserli hücrelerin buldukları doku dışında doğrudan ya da kan-lenf damarlarıyla başka bölgelere sıçramalarına “**metastaz**” (yayılma) denir. Metastatik kanserler genellikle ek tanı olarak kodlanır ancak bazı durumlarda ana tanı olarak da kodlanabilir.

**Örnek:**

Akciğer kanseri tanısı olan hasta, kemik metastazı nedeniyle şiddetli ağrı şikayetiyle hastaneye başvuruyor.

**Ana Tanı:** Kemik metastazı

**Ek Tanı:** Akciğer kanseri

**Neoplazinin Morfolojisine (Histolojisi) Göre Sınıflandırma**

Neoplastik hücrelerin histopatolojisini ifade eder.

Kanser kodlamasında iki duruma dikkat edilmesi gerekir. Bunlardan öncelikli olarak morfoloji koduna bakılmalıdır. Morfoloji kodu olmadan kanserin yeri hakkında net bir kodlama yapılamaz. Bu yüzden kanser kodlamalarında önce morfoloji ile ilgili bilgilere bakılıp sonra yer kodu bulunur ancak kodlamada

öncelikli olarak kanserin yeri sonra morfolojisi kodlanır. **Morfoloji kodu asla ana tanı olamaz.**

Metastaz yapmış kanserlerin kodlanmasında primer ve sekonder kanser morfoloji kodları ayrı ayrı kodlanmalıdır. Morfoloji kodlarındaki ‘ / ’ işaretinden sonra gelen sayı o kanserin davranışını belirler.

*Morfoloji kodlarında önce M ile başlayan ön ek bulunur. Sonra gelen dört rakam kanserin türü hakkında bilgi verirken, son karakter kanserin davranış tipi hakkında bilgi vermektedir.*

**Örnek:** M 8140/3 Adenokarsinom, habis primer

*Bu örnekte de görüldüğü gibi; ilk dört rakam o kanserin histopatolojisini, sondaki rakam ise davranışını gösterir.*



## Neoplazilerde Kodlama Aşamaları

1. Öncelikle morfoloji kodunu bulunur.

Morfoloji kodları iki türlü aranır.

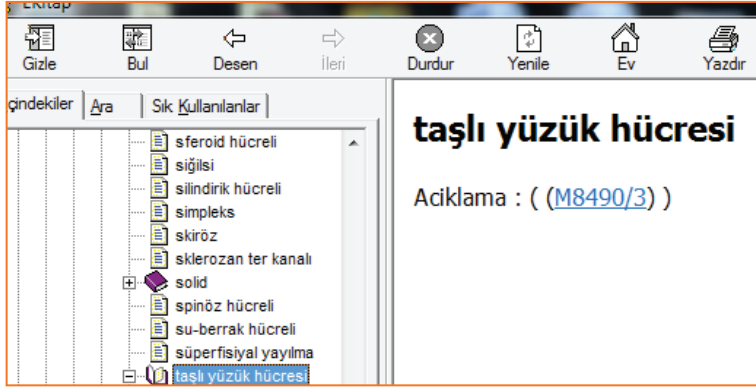
a. Genellikle kanserin spesifik adından( adenokarsinom,leomiyoma) bulunur.

- b. Bazı kanserlerde ise (küçük hücreli, clear cell, papiller vs) karsinoma veya tümör başlığı altından bulunur.
2. Morfoloji kodu bir yere not edilir.
3. Neoplazi indeksten yer kodunu bulunur.
4. Bulunan kod tablolar listesinden kontrol edilir.

### Örnek:

*Kolonun taşlı yüzük hücreli kanseri, karaciğerde metastaz yapmış*

Bu sıralamaya göre öncelikle morfoloji kodunu bulmalıyız. Bu durum neoplazilerde kodlama aşamaları **1 b'**ye uygun olduğundan **karsinom**'un altında aramaya başlarız.



Bulmuş olduğumuz bu kodu bir yere not ederiz. Sonu 3 le bittiğinden davranışının primer malign olduğunu tespit ederiz. Neoplazim indeks listesine gireriz ve yer kodunu buluruz.

	Habis		In Situ	Selim	Kesin olmayan veya bilinmeyen davranış
	Primör	Sekonder			
kolon (bkz ayrıca <a href="#">Neoplazma, Kolon</a> )	C18.9	C78.5	D01.0	D12.6	D37.4

Bizim aradığımız kod ilk sutundaki C18.9 kodudur

Böylece yer kodunu da bulmuş oluruz.

Aynı hücre sekonder kanserinde morfolojisini oluşturacağı için tekrar indekste aramaya gerek kalmadan, sadece davranış tipini belirten “/” işaretinden sonra 6 rakamının gelmesi sekonder kanserin morfolojisini tanımlamış olur.

Karaciğerde metastaz yaptığından tekrar indeks listeye giderek ilgili kodu buluruz.

	Habis		In Situ	Selim	Kesin olmayan veya bilinmeyen davranış
	Primer	Sekonder			
karaciğer	C22.9	C78.7	D01.5	D13.4	D37.6

Tabloda görüldüğü gibi C87.5 Koduna ulaşırız.

Böylece aşağıdaki şekilde kodlamayı yaparız.

C18.9 Kolonun habis neoplazması, tanımlanmamış kısım

M8490/3 Taşlı yüzük hücreli

C78.7 Karaciğerin sekonder habis neoplazması

M8490/6 Metastatik taşlı yüzük hücreli

## Lenfatik ve Hematopoetik Neoplaziler (C81-C96)

Bu grup, lenf nodları, kan hücreleri ve kemik iliğini tutan kanserleri kapsamaktadır. Lokalize olabildikleri gibi yaygında olabilirler. Kodlamada dikkat edilmesi gereken husus; kodlama yerine göre değil, morfolojisine göre yapılır. Bu nedenle alfabetik indekste morfoloji tipine göre aranması gerekmektedir.

## Lösemi

Halk arasında kan kanseri de denen lösemi; kan hücrelerinin özellikle de **ak-yuvarların** normalin üzerinde çoğalması ile kendini gösteren bir kanser tipidir. Kan üretim sistemini (lenfatik sistem ve kemik iliği) etkileyen kanserlerdir.

Lösemiler akut veya kronik olarak ve tümörün yayılım ve gelişim özelliklerine göre sınıflandırılırlar. Genel olarak, akut lösemiler çocuklarda ortaya çıkarken, kronik lösemiler daha çok yetişkinlerde görülme eğilimindedirler.

Kodlamada remisyon durumuna göre 5. kırılım kullanılmaktadır.

**a. Tam remisyon:** Hastalığın hiçbir belirtisinin olmadığı veya malignite semptomları bulunmayan vakalardır.

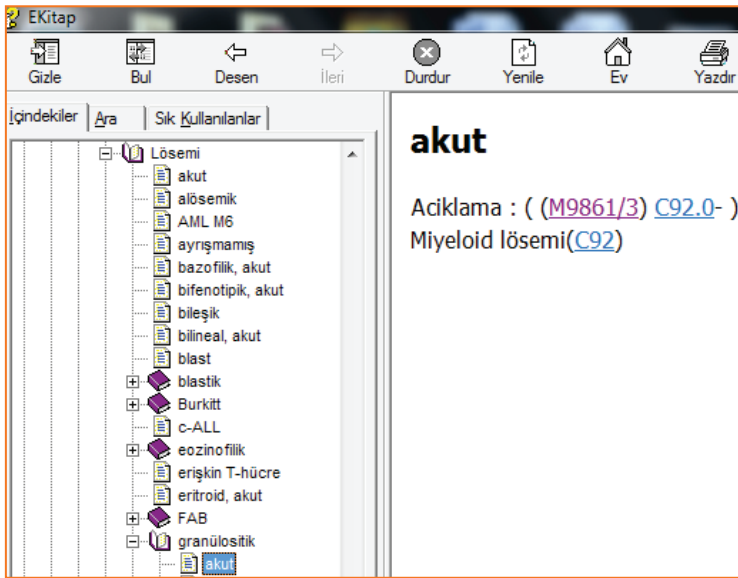
**5'inci kırılıma '.1' olarak atanır.**

**b. Kısmi remisyon:** Hastalık belirtilerinde ve semptomlarında > %50 azalma olan fakat hala aktif hastalık kanıtları mevcut olan vakalardır.

5'inci kırılıma '.0' olarak atanır.

Lösemilerde diğer akut- kronik kodlama kurallarının aksine, akut üzerine kronik miyeloid lösemi kodlanırken, diğer tanılarda ki gibi hem akut hem de kronik durumu gibi ayrı ayrı kodlama değil, yalnızca C92.1 Kronik miyeloid lösemi olarak tek kodla ifade edilir.

E -kitapta akut lösemi aradığımızda hem C li kanser kodu hem de morfoloji kodu birlikte gelir.



## Lenfoma

Lenf sisteminden kaynaklanan kanserlerin ortak adıdır. Lenf sistemi; bedenimizin bağışıklık sisteminin bir parçası olup, mikroplarla ve diğer pek çok hastalıkla mücadele eden akyuvarları depolar ve bedenimizin her köşesine taşır.

C81-C85 kod aralığında bulunan kodlarla ifade edilmektedir.

**Lenfomaların morfolojisi zamanla değişebileceği için, her zaman en son patoloji sonuçları dikkate alınarak kodlama yapılır.**

## Neoplazilerle İlişkili Komplikasyonlar

Neoplazilerde komplikasyonlar da gelişebilir. Kanser tipine, bulunduğu yere, yaygınlığına ve evrelerine bağlı olarak çeşitli komplikasyonları olabilir.

Hastalar kanserin komplikasyonlarının tedavisi için hastaneye yatırılabilir. Böyle durumlarda;

**Ana Tanı:** Kanserin komplikasyonu

**Ek Tanı:** Malignitenin kendisidir.

Komplikasyon bir yıldız kodu ise o durumda hançer /yıldız kuralı uygulanmalıdır. Böyle durumlar da komplikasyon ek tanı olur.

## Günübirlik Kemoterapi

İBaG (İşlem Bazlı Ayaktan Gruplar) kapsamında aylık frekans girilerek verisi gönderilir.

## Yatan Hastada Kemoterapi

Yatan hastalarda ana tanı belirlenirken her zaman olduğu gibi ana tanı hastaneye yatış sebebidir.

**a.** Kanser nedeniyle tedavi edilmesi için yatırılan hastalarda:

**Ana Tanı:** Malignite veya komplikasyon

**İşlem:** Kemoterapi

**b.** Farklı bir sebeple yatırılıp kansere yönelik kemoterapi uygulanan hastalarda ise:

**Ana Tanı:** hastaneye yatış sebebi

**Ek Tanı:** Kanser

**İşlem:** Kemoterapi

Aynı yatış epizodunda kemoterapi için kaç kez uygulama yapılırsa yapılsın (aynı uygulama yolundan) **yalnızca bir kez işlem kodu atanır**. Her kemoterapi işlem çeşidi için yalnızca bir kod atanır.

## Günübirlik Radyoterapi

İBaG (İşlem Bazlı Ayaktan Gruplar) kapsamında aylık frekans girilerek verisi gönderilir.

**Yatan Hastada Radyoterapi** kodlamalarında kemoterapide bahsedilen kurallar aynen geçerlidir.

## Spesifik Bozukluk Taraması

Hiçbir bulgu ve semptom bulunmayan, asemptomatik bireylerde yapılan hastalık veya hastalık öncüllerinin test veya muayenesidir. Spesifik bozukluk tara-

malarında ki amaç, hastalık testi pozitif çıkan kişiler için erken tanı ve tedaviyi sağlamaktır.

**Tarama sonucunda hastalık bulgulanmazsa;** (Örn endoskopi vb muayenesinde)

Z11.-, Z12.- ve Z13.- ...için **özel tarama muayenesi** kategorilerinden kodlar **ana tanı** olarak atanmalıdır

**Yapılan tarama sonucunda hastalığın bulgulanması halinde,**

**Söz konusu hastalık, ana tanı** olarak kodlanır.

Böyle durumlarda Z11.-, Z12.- veya Z13.- kategorisinden bir kod atanmaz.

**Z12.- Neoplazmlar için özel tarama muayenesi kodu bazı durumlarda atanmaz:**

- » Geçirilmiş neoplazma öyküsüne yönelik **takip** muayenesi (Z08.- *Habis neoplazma tedavisi sonrası takip muayenesi*)
- » Muayene bir semptom veya belirti nedeniyle yapılıyorsa.

**Örnek:**

Hasta, mide kanseri aile öyküsüne bağlı endoskopi amacıyla hastaneye yatırılmıştır. Endoskopide herhangi bir anormallik bulgulanmamıştır.

**Ana Tanı:** Z12.0 Mide neoplazması için özel tarama muayenesi

**Ek Tanı:** Z80.0 Sindirim organları habisi neoplazması aile öyküsü  
30473-00 Duodenuma panendoskopi

## Kişisel Öykü

Z85-Z87 arasındaki kodları kapsamaktadır.

**Bu kodlar, durumun tamamen iyileşmesi; ancak öykünün doğrudan mevcut bakım epizodu ile ilgili olması halinde, yalnızca ek tanı olarak atanacaktır.**

**Örnek:**

3 yıl önce kolon kanseri nedeniyle tedavi gören hasta, tedavi sonrası şifa görmüş ve kontrollerinde herhangi bir problem olmadığı tespit edilmiştir. Ancak son 1 aydır kabızlık şikayeti ile başvuran hastaya yapılan kolonoskopi sonucunda herhangi bir patolojik bozukluk olmadığı tespit edilmiştir.

**Ana Tanı:** Kabızlık

**Ek Tanı:** Kolon Kanseri kişisel öyküsü

**İşlem:** Kolonoskopi

## Spesifik Bozukluklar İçin Takip Muayeneleri

Daha önceden bir tanı almış hastanın tedavi sonrasındaki dönemlerini izlemek için belirli dönemlerde yapılan muayenelerdir.

Z08 Habis neoplazma tedavisi sonrası takip muayenesi

Z09 Habis neoplazma harici diğer durumlar için tedavisi sonrası takip muayenesi olarak iki farklı kod gruplarına sahiptir.

Hasta bir duruma yönelik takip muayenesi amacıyla hastaneye yatırıldığında;

- a.** Herhangi bir rezidüel durum veya yinleme bulgulanmadığında **ana tanı** olarak takip muayenesinden uygun bir kod atanmalıdır. Ek tanı olarak ilgili durumun öyküsü kodlanır.

### Örnek 1:

Hasta, mesane kanseri (daha önce radyasyon tedavisi ile tedavi edilmiştir) takibi için hastaneye yatırılmıştır. Mesanenin trabekülasyonu yapılan hastada herhangi bir malignite yinelemesi görülmemiştir.

**Ana Tanı:** Z08.1 Habis neoplazma radyoterapisi sonrası takip muayenesi

**Ek Tanı:** Z85.5 Kişisel üriner yol habis neoplazmı

### Örnek 2:

Hasta, gastrik ülserlerin (ilaçla tedavi edilmiştir) takibi için hastaneye yatırılmıştır. Endoskopide, ülserlerin iyileştiği görülmüş ve aktif ülserasyon bulgusuna rastlanmamıştır.

**Ana Tanı:** Z09.8 Tedavi sonrası diğer takip muayenesi için diğer durumlar

**Ek Tanı:** Z87.11 Kişisel peptik ülser hastalığı öyküsü

- b.** Eğer herhangi bir hastalık belirtisi ya da yinelenme durumu olursa; tespit edilen durum ana tanı, Z08-Z09 dan uygun kodlar ek tanı olur.

### Örnek:

Mide kanserine yönelik yapılan kontrol endoskopisinde hastada adenokarsinom bulgulanmıştır.

**Ana Tanı:** C16.9 Midenin habis neoplazması, tanımlanmamış

**Ek Tanı:** M8140/3 Adenokarsinom NOS

Z08.9 Habis neoplazma için tanımlanmamış tedavi sonrası takip muayenesi



# Diabetes Mellitus

TİG

Şeker hastalığı (diabetes mellitus), başta karbonhidratlar olmak üzere protein ve yağ metabolizmasını ilgilendiren kronik bir metabolizma hastalığıdır. Diyabet hastalarındaki temel metabolik bozukluk, kan yoluyla taşınan glikozun (şekerin) hücrelerin içine girememesidir.

Pankreastaki insülin yapımının yetersiz oluşu nedeniyle kan şekerinin sürekli yüksek olması ile tanınan bir hastalıktır. Normal şartlarda alınan gıdalardan elde edilen veya karaciğerdeki depolardan kana verilen glikoz, pankreas tarafından salgılanan insülin hormonunun etkisiyle hücrelere geçer ve orada yakılarak enerjiye dönüşür. Diyabet, insülin hormonu yetersizliğine ve/veya insülinin etkilediği reseptörlerin bozukluğuna bağlı gelişmektedir.

## BOZULMUŞ GLİKOZ REGÜLASYONU

Normalde açlık kan şekeri 110 mg/dl'nin altında olmalıdır. Yükleme testinde(OGTT) 2. saat değeri ise 140 mg'ın altında olması beklenir. Diyabet hastalarında ise açlık kan şekeri değeri 126'yı aşarken, yükleme testi 2. saat değeri ise 200'ün üzerinde çıkmaktadır.



**Bozulmuş Glikoz Regülasyonu;** Normal glikoz düzeyi ile diyabet arasında, değişmeden kalabilen veya normal duruma geri dönebilen anormal metabolik durumları belirtir.

Kan şekeri normalin üzerinde olan, ancak henüz şeker hastalığı tanısı konmayan kişilerdeki bu ara durum “prediyabet”, yani “diyabet öncesi” olarak da tanımlanmaktadır.

**Bozulmuş Glikoz Toleransı:** Şeker yükleme testinin 2. Saatinde kan şekeri düzeyinin 140-199 mg/dl arasında bulunması durumudur.

**Bozulmuş Açlık Glisemisi:** Açlık kan şekerinin 100-125 mg/dl arasında bulunması “bozulmuş açlık glisemisi” olarak adlandırılır.

## DIABETES MELLİTUS (DM)

TİG sisteminde halen kullanılmakta olan mevcut ICD-10 AM yapısında DM ile ilgili DSÖ tarafından 1999 yılında yapılan sınıflandırma baz alınmıştır.

- » DM kodlamasında; DM kodlarına ek olarak, klinik tanıyı tam olarak tanımlamak için gerekirse ek kodlar kullanılır.
- » DM ile birlikte; alt kırılımında kodlama yapmak için hasta dosyasında mevcut durumun DM’den kaynaklandığının belirtilmesi gerekir.

### DM + Diğer Tanıların Birlikte Kodlanması

DM, pek çok hastalığın ortaya çıkmasına sebebiyet verebilmekte ve pek çok sistemde patolojik problemler ortaya çıkarabilmektedir. Diyabet hastasında eşlik eden tanı varsa, bu tanıların DM ile ilişkili olup olmadığı ya da DM’yi komplike hale getirip getirmediği DM kodlamasındaki en hassas noktaların başında gelmektedir.



Diğer tanıların DM kaynaklı meydana gelirse e-kitap’da ANA indekste Diyabet ana başlığı altındaki alt kırılımlarda “-ile birlikte” şeklinde başlayan DM kaynaklı tanıların içinden bulunması gerekmektedir. Böyle bir durum söz konusu olmayıp, diğer tanıların DM kaynaklı olduğu gösterilmemişse; her bir tanı e-kitap ANA indeks içerisinde kendi başlığı içerisinde bulunacaktır.

### Örnek:

13 yıldır tip 2 DM tanısı olan 57 yaşındaki hasta, yatışında DM ve glomerülo-nefrit tanıları konuluyor. Ancak glomerülo-nefritin uzun süreli DM kaynaklı olduğu tespit ediliyor.

E11.22 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, yerleşik diyabetik nefropati ile birlikte

e-kitap ANA indekste bulunuş şekli → (DM.....ile.....glomerülo-nefrit) = E11.22

Glomerülo-nefritin oluş sebebinin DM kaynaklı olduğu belirtildiği için DM başlığı altında tek kod olarak ifade edilmektedir.

**Örnek:**

13 yıldır tip 2 DM tanısı olan 57 yaşındaki hasta, yatışında DM ve glomerülo nefrit tanıları konuluyor. Ancak glomerülo nefrit ve DM arasında herhangi bir ilişki tespit edilmemiştir.

E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, komplikasyonları olmayan  
N05.9 Tanımlanmamış nefritik sendrom, tanımlanmamış

Bu örnekte de DM ve glomerülo nefrit arasında ilişki bulunmadığı için her iki kod da e-kitap ANA indekste kendi başlıkları altında ayrı ayrı bulunarak kodlanacaktır.

**DM Tipleri**

DM de temel olarak 2 tip bulunmakla birlikte diğer DM tipleri de görülebilmektedir.

**Tip 1 DM**

- » İnsülin yetmezliğine ve genellikle insülin üretiminin büyük kısmı ya da tamamının bitmesine yol açan, insülin üreten adacık hücrelerinin otoimmün yıkımı ile karakterizedir.
- » Tip 1 DM genellikle 30 yaş altında görülse de her hangi bir yaşta ortaya çıkabilmektedir.
- » Tip 1 diyabet hastaları ketoz tehlikesine açıktır ve bu hastaların hayatta kalabilmesi için mutlak insülin tedavisine ihtiyaçları vardır.

Pankreas içerisinde bulunan kanallarda insülin üretimini gerçekleştiren hücreler bulunmaktadır. İnsülin büyük çoğunlukla pankreasın **Beta hücreleri** tarafından üretilmektedir. Her hangi bir sebepten dolayı pankreasta insülin salgılayan bu hücrelerin yok olması durumunda, insülin üretimi sağlanamamakta ve dışarıdan insülin almak zorunluluğu doğmaktadır. Tip 1 DM hastaları hayatlarını devam ettirebilmek için insülin kullanımına mutlak ihtiyaçları vardır. Başka bir ifadeyle Tip 1 DM hastaları için insülin kullanımı rutindir.

TİG Sisteminde de rutin yapılan işlemler kodlanmayacağı belirtildiği için, **Tip 1 DM hastalarında insülin kullanımı kodlanmamaktadır.**

**Tip 2 DM**

- » Erişkinlerde görülen diyabet tipidir.
- » Pankreas insülin üretir, fakat insülin direnci nedeniyle vücut bunu gerektiği gibi kullanamaz.

ICD-10 AM	
Bozulmuş Glukoz Regülasyonu	E09.-
Tip 1 DM	E10.-
Tip 2 DM	E11.-
Diğer tanımlanmış DM	E13.-
Tanımlanmamış DM	E14.-

- » Daha çok 40 yaş üzerinde görülür.
- » Kodlama açısından bakıldığı zaman Tip 1 DM'den en önemli farkı:
  - Burada insülin üretimi olduğu için dışarıdan mutlak insülin ihtiyacı olmayabilir. Bu yüzden de bu hastalarda eğer insülin kullanımı varsa İnsülin kullanım öyküsü kodu atanmalıdır.
- » Yatan hastalar için kullanılan geçici insülin kullanımı **kodlanmaz**. Ayrıca yatış öncesi insülin kullanımının olmadığı, ilk defa ilgili yatışla başlayan insülin kullanımı da ilk yatış da öykü olarak kodlanmaz. Ancak sonraki yatışlarda insülin öykü olarak kodlanması gerekmektedir.

## Gestasyonel Diyabet

Şeker hastalığı bazen ilk kez gebelikte ortaya çıkabilir. Buna da gestasyonel (gebeliğe bağlı) diabetes mellitus adı verilir.

Gebe bir hastada görülen DM tanısında; hastalığının daha önceden var olan bir DM'mi yoksa ilk kez bu yatış içerisinde mi tespit edildiği ayrımının yapılması kodlama açısından önem arz etmektedir.

Gestasyonel DM gebeliğin 24. Haftası ya da sonrasında herhangi bir karbonhidrat intoleransı bulunan kadınlarda meydana gelmektedir.

## Diğer Diyabetler

Diyabet hastalığı ayrıca insülinin yapımından kullanımına kadarki süreçte etkinliği olan organ ve maddelerin hastalığına sekonder olarak da gelişebilmektedir. Bunların başında beta hücresi, pankreası etkileyen hastalıklar, enfeksiyon, endokrin bozuklukları ve sendromlar gibi durumlar gelmektedir.

- » Beta hücre fonksiyonunun genetik bozuklukları
- » İnsülin etkisinin genetik bozuklukları
- » Pankreatik ekzokrin hastalıklar
- » Enfeksiyonlar
- » Endokrinopatiler
- » İlaça bağlı veya kimyasallara bağlı diyabet
- » Diğer genetik sendromlar

DM'in pek çok tipi bulunmakla birlikte;

**İnsülin kullanımının diyabetin tipini belirtmeyeceği unutulmamalıdır.**

DM tipinin belirtilmediği durumlarda E14.- *Diabetes Mellitus tanımlanmamış* kodu atanmadan önce mutlaka ilgili hekimle görüşüp DM tipi hakkında bilgi alınmaya çalışılmalıdır.

## Diğer Özgül DM Kodları Kullanılırken

Diyabetin özgül diğer biçimleri kodlanırken, E13.- Diğer tanımlanmış diabetes mellitus koduna ek olarak, asıl bozukluk veya ilişkili genetik sendrom için uygun kodu da atamak gerekmektedir.

### Örnek:

Rubella virusünün pankreas adacık hücrelerini tahrip etmesi sonucu oluşan DM, asidoz ile birlikte

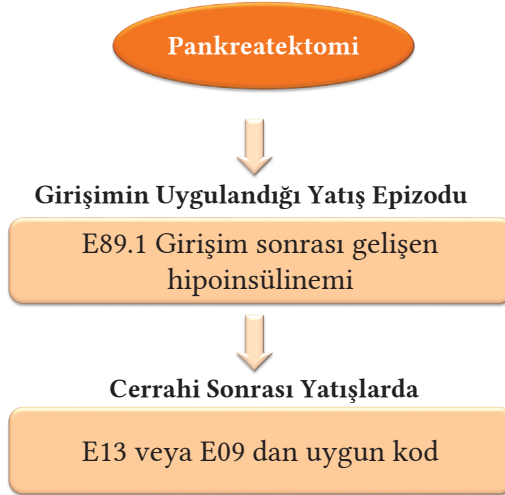
E13.1 *Asidoz ile birlikte diğer tanımlanmış DM*

E16.9 *Pankreatik iç sekresyon bozukluğu, tanımlanmamış*

B06.8 *Diğer komplikasyonlarla birlikte Rubella*



## Pankreatektomi



Total ve ya parsiyel olarak pankreasın herhangi bir nedenle çıkarılması durumunda diyabet veya BGR'na neden olması durumunda:

Pankreatektominin yapıldığı yatışta ki hipoinsülinemi durumunu ifade etmek için

E89.1 *Girişim sonrası gelişen hipoinsülinemi* kodu atanırken, Pankreatektomiden sonraki, ameliyat sekellerinin dışındaki yatışlarda ise **E13 ya da E09'dan** uygun kodlama yapılır.

## İlaç ve Kimyasallara Bağlı Durumlarda

- » DM ve BGT ilaç ya da kimyasallara bağlı ortaya çıktığında ilgili ilaç veya kimyasalı belirtmek için;  
**E13.-** veya **E09.-** dan bir kod ile;  
**Dış neden** kodları atanır.
- » DM veya BGT ilacın kesilmesi sonrasında da devam ediyorsa;  
E09.- E10.- E13.- E14.- ten bir kod ile;  
Z86.3 *Kişisel endokrin, beslenme ve metabolik hastalıklar öyküsü* kodu atanır.

## İnsülin Tedavisi

DM hastalarında sürekli insülin kullanımı olan hastaların diyabet tipine göre kodlama yapılmalıdır.

*Z92.22 Kişisel diğer ilaçların uzun dönem (mevcut) kullanımı öyküsü, insülin*

### Kodlanır

E11.-

E13.-

E14.-

### Kodlanmaz

E10.-

O24.-

- » Tip 2 DM (E11.-)
- » Diğer DM'ler (E13.-)
- » Tanımlanmamış DM (E14.-)  
Tiplerinin olduğu hastalarda sürekli insülin kullanımı mevcutsa;  
**Z92.22 Kişisel diğer ilaçların uzun dönem (mevcut) kullanımı öyküsü, insülin kodu mutlaka kodlanır.**
- » Tip 1 DM (E10.-) → **İnsülin rutin olduğu için (mutlak gereklilik söz konusu),**

» Gebelikte DM (O24.-) → **5.kırılımda insülin sorgulandığı için, kodlanmaz.**

Ancak bu öykü kodunun, kodlanmasında dikkat etmek gerekir, örneğin tüm tip 2 DM hastalarına kodlanacağı anlamı çıkarmamaktadır. Bu kodu atamak için insülin kullanımının varlığından bahsedilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

## Metabolik Sendrom/ İnsülin Direnci Sendromu

Kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde rol alan ve ortak etyopatogenezi paylaştıkları düşünülen çeşitli risk faktörlerinin bir arada bulunması metabolik sendrom olarak adlandırılmaktadır. Metabolik sendrom, aterosklerotik hastalıklar ve tip 2 diyabetin en önemli ve en sık görülen nedenleri arasında yer alır.

Metabolik sendromun temel bileşenlerini abdominal obezite, insülin direnci, artmış kan basıncı ve lipid bozuklukları oluşturmaktadır. Bu tabloda insülin direncinin merkezi bir rolü olduğu bilinmektedir. İnsülin direnci ve/veya hiperinsülinizm ile ilişkili bu bozukluklar, makrovasküler hastalığa yol açmakta, bu durum da önemli kardiyovasküler hastalık riski oluşumuna sebep olmaktadır.



Aşağıdakilerden bir veya daha fazlasının bulunması durumunda; DM insülin direnci kodu **E1-.72** kodlanır.

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

Kodlama açısından DM tanısına eşlik eden yukarıda ki durumlardan bir ya da daha fazlası bulunması durumunda; İnsülin dirençli bir DM tanısı koyulur. Burada dikkat edilmesi gereken diğer önemli konu ise insülin direnci oluşturan sebeplerin hepsinin ayrı ayrı kodlanması gerektiğidir.

## İnsülin Dirençli DM Tanısı Nasıl Kodlanır?

Öncelikle her zaman olduğu gibi ana tanı hastanın hastaneye geliş sebebine göre belirlenir. Eğer hastaneye geliş sebebi DM ise ve eşlik eden 8 durumdan bir ya da daha fazlası varsa ana tanı olarak insülin dirençli DM (E1-.72) kodlanır. Başka bir tanı için hastaneye yatırılan hastalarda yine insülin dirençli DM (E1-.72) kodu atanır, ancak böyle durumlarda ana tanı değil ek tanı olmalıdır.

- Ana Tanı: Hastaneye geliş sebebine göre
- DM için E1-.72 kodu
- Ek tanı: İnsülin direnci oluşturan sebepler

E1-.72 DM insülin rezistansı ile birlikte kodu mutlak ana tanı olacaktır diye bir kural yoktur. Ancak bu DM'i insülin dirençli hale getiren diğer tanılarda ek kod olarak kodlanması gerekmektedir.

## Gebelik ve DM

Gebe bir hastanın DM olması durumunda, DM tanısının gebelikten önce mi, sonra mı ortaya çıktığı, **ayrıca gebeliği** komplike hale getirip getirmediği kodlama açısından önemlidir. Dolayısıyla gebe bir bayandaki DM için öncelikle ne zaman başladığı ve gebelik ile ilişkisinin olup olmadığı net olarak tanımlanmalıdır.

### Gebeliği Komplike Eden Diabetes Mellitus

Gebelik diyabetin dengesini bozabildiğinden ve hastaneye yatışın ana nedeni olabildiğinden, diabetes mellitus gebeliği neredeyse her zaman komplike eder.

#### Diyabet veya BGR gebelikten önce teşhis edilen hastalar için;

- » 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- Önceden mevcut olan bozulmuş glukoz regülasyonu, gebelikte

Kodlarından uygun olanı kodlanır.

### Gestasyonel diabetes mellitus (GDM)

Gebeliğin 24. haftasında ya da sonrasında tanımlanan GDM, bu sürede ilk kez teşhis edilen BGT veya Tip 2 DM'den ayrı tutulamaz. Glukoz toleransı doğum-



dan sonra normale dönen (aksi durumlar da görülebilmektedir) gestasyonel diyabet hastası kadınlarda bile daha sonra Tip 2 DM gelişme riski ileriye dönük olarak artmaktadır.

- » **Diyabetin, gebeliğin 24. haftasında ya da sonrasında yapılan glukoz tolerans testinde ilk kez bulgulanması halinde;**  
O24.4- Diabetes mellitus, gebeliğin 24. Haftasında ya da sonrasında ortaya çıkan kodu atanır.
- » **Diabetes mellitusun başlangıcı ile ilgili olarak, teşhis edilmeyen önceden mevcut olan diyabeti gösterebilecek şüphelerin bulunması halinde;**  
O24.9- Diabetes mellitus, gebelikte, tanımlanmamış ilk atak olarak kodlanmalıdır.
- » **Gestasyonel diyabet daha sonraki bir gebelikte tekrarlaması durumunda;**  
Önce gestasyonel diyabet kodlanırken, sonrasında Z87.5 Kişisel gebelik, doğum ve lohusalık komplikasyonları öyküsü ek kod olarak kodlanmalıdır.
- » Gebelikte insülin tedavisi O24.1- ile başlayıp O24.9- ile devam eden kodlar için 5. karakter olarak yer almaktadır.

024	Gebelikte diabetes mellitus
024.0	Önceden varolan diabetes mellitus, Tip 1, gebelikte
024.1	Önceden varolan diabetes mellitus, Tip 2, gebelikte
024.11	Önceden varolan diabetes mellitus, Tip 2, gebelikte, insülin tedavisi almayan
024.12	Önceden varolan diabetes mellitus, Tip 2, gebelikte, insülinle tedavi edilen
024.19	Önceden varolan diabetes mellitus, Tip 2, gebelikte, tanımlanmamış
024.2	Önceden varolan diabetes mellitus, diğer tanımlanmış tip, gebelikte
024.21	Önceden varolan diabetes mellitus, diğer tanımlanmış tip, gebelikte, insülin tedavisi almayan
024.22	Önceden varolan diabetes mellitus, diğer tanımlanmış tip, gebelikte, insülinle tedavi edilen
024.29	Önceden varolan diabetes mellitus, diğer tanımlanmış tip, gebelikte, tanımlanmamış
024.3	Önceden varolan diabetes mellitus, tanımlanmamış, gebelikte
024.31	Önceden varolan diabetes mellitus, tanımlanmamış, gebelikte, insülin tedavisi almayan
024.32	Önceden varolan diabetes mellitus, tanımlanmamış, gebelikte, insülinle tedavi edilen
024.39	Önceden varolan diabetes mellitus, tanımlanmamış, gebelikte, tanımlanmamış
024.4	Gebeliğin 24.haftasında veya sonrasında ortaya çıkan diabetes mellitus
024.41	Gebeliğin 24.haftasında veya sonrasında ortaya çıkan diabetes mellitus, insülin tedavisi almayan
024.42	Gebeliğin 24.haftasında veya sonrasında ortaya çıkan diabetes mellitus, insülinle tedavi edilen
024.49	Gebeliğin 24.haftasında veya sonrasında ortaya çıkan diabetes mellitus, tanımlanmamış
024.5	Önceden varolan bozulmuş glukoz regülasyonu, gebelikte
024.51	Önceden varolan bozulmuş glukoz regülasyonu, gebelikte, insülin tedavisi almayan
024.52	Önceden varolan bozulmuş glukoz regülasyonu, gebelikte, insülinle tedavi edilen
024.59	Önceden varolan bozulmuş glukoz regülasyonu, gebelikte, tanımlanmamış
024.9	Gebelikte diabetes mellitus, tanımlanmamış başlangıç
024.91	Gebelikte diabetes mellitus, tanımlanmamış başlangıç, insülin tedavisi almayan
024.92	Gebelikte diabetes mellitus, tanımlanmamış başlangıç, insülinle tedavi edilen
024.99	Gebelikte diabetes mellitus, tanımlanmamış başlangıç, tanımlanmamış

Gebelikteki diyabete ilişkin kodlarda insülin kullanılıp kullanılmadığı 5. Karakter olarak yer almaktadır. Bu yüzden insülin için ayrıca Z92.22 *Kişisel diğer ilaçların uzun dönem (mevcut) kullanımı öyküsü, insülin kodu atamaya gerek yoktur.*

## Diyabetin Akut Komplikasyonları

### *Diyabetik ketoasidoz*

- » Diyabet hastalarında belirgin ketoasidoz bulunması durumunda;  
E1-1- diyabet ketoasidoz ile birlikte; ayrıca  
E87.0 hiperosmolarite ve hipernatremi varlıkları durumunda ek kodlar olarak atanır.
- » 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 ek kod olarak atanmalıdır.

### *Laktikasidoz*

- » Komanın eşlik edip etmemesine göre 2 farklı kod yapısı vardır.  
E1-13 *DM laktikasidoz ile birlikte koma olmaksızın*  
E1-14 *DM laktikasidoz ve koma ile birlikte*
- » Diyabetik ketoasidoz ve laktikasidoz eşzamanlı olarak ortaya çıkarsa;  
E1-15 *\*Diabetes mellitüs, ketoasidoz ve laktikasidozla birlikte, koma olmaksızın*  
E1-16 *\*Diabetes mellitüs, ketoasidoz ve laktikasidoz ve koma ile birlikte*

### *Diyabetin Regülasyonu (Dengelenmesi)*

Kontrol edilemeyen diyabetlerde, özellikle oral glisemik kontrolün bozulması sonucu, ya da kullanılan insülin düzeyinin uygun olmaması sonucu meydana gelen şeker değişikliklerinin dengelenmesi amaçlı yapılan takiplerdir.

Bu şekildeki bir DM durumunda;

***E1-.65 kötü kontrollü diabetes mellitus kodunun atanması için bu durumun ana tanı olması gerekmektedir.***

Dolayısıyla hastaneye yatışın asıl sebebi olması da gerekmektedir.

Yatış içerisinde insülin tedavisi başlanılan hastalar:

- » Cerrahi girişim veya bir başka işlem için hastaneye yatırıldıklarında veya
- » Diğer tıbbi bozuklukların (örneğin, miyokard infarktüsü) tedavisi sırasında insülin kullanımı, kararsız diyabetin bir göstergesi olmadığından, kontrol edilmeyen diyabet olarak değerlendirmem gerekmektedir.

- » Aynı zamanda sadece kan şekeri düzeyine bakılarak kontrolsüz DM tanısı koyulamaz. Bu tanıyı destekleyen HbA1C gibi daha sağlam laboratuvar bulguları ve hekim tanısı asıl dikkate alınması gereken hususlardır.
- » Hasta dokümantasyonunda
  - Kararsız
  - Dengelemek için
  - Kötü kontrollü
  - Kontrol altında olmayan vs.

DM için belirtilen durumlarda kötü kontrollü DM olabileceği yönünde dikkat edilmesi gerekmektedir.
- » E1-.65 *kötü kontrollü diabetes mellitus* hastanın hastaneye geliş durumuna göre ana tanı ya da ek tanı olabilir.
- » Bu hastalarda DM ile ilgili komplikasyonlar gelişmesi durumunda E10- E14 bölümünden uygun ek kodlar ile ifade edilmesi gerekmektedir.

### Hipoglisemi

Kan şekeri düzeyinin 50 mg/dl veya altına düşmesi hipoglisemi olarak tanımlanır. Yüksek veya düşük kan şekeri ile zaman zaman uğraşmak diyabetli bir hasta için yaşamın bir gerçeğidir. Tip 1 diyabetik hastalarda daha fazla olmak üzere diğer tüm DM tiplerinde de kan şekeri dalgalanmalar gösterebilmektedir.

### DM hastalarında ki hipoglisemi kodlamaları nasıl olmalıdır?

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

**Ana Tanı:** E1-.64 \*Diabetes mellitus, hipoglisemi ile birlikte

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

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

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

- » **Normal ilaç kullanımı sırasında (doz hatası olmayan durumlarda ve ya ayarlama durumlarında) meydana gelen ilaca bağlı hipoglisemi söz konusu ise;**

**Ana Tanı:** E1-.64 \*Diabetes mellitus, hipoglisemi ile birlikte

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

Uygun olay yeri kodu (Y92.-)

- » **İnsüline karşı antikor reaksiyonu meydana gelmesi durumunda ise;**  
**Ana Tanı:** E1-.64 \**Diabetes mellitus, hipoglisemi ile birlikte*  
**Dış Neden:** Y42.3 *İnsülin ve oral hipoglisemik [antidiyabetik] ilaçlar*  
 Uygun olay yeri kodu (Y92.-)

## Diyabetin Kronik Komplikasyonları

### *Böbrek Komplikasyonları*

Diyabetik hastalarda ilerleyen dönemlerle birlikte böbrek komplikasyonları sıklığı da artmaktadır.

Başlangıç döneminde ki diyabetik nefropatinin ilk belirtisi olarak mikroalbuminüri görülebilmektedir. Geçici mikroalbuminüri üriner sistem enfeksiyonları ve ağır fiziksel egzersiz sonrası gibi durumlarda da ortaya çıkabildiği için diyabetik kaynaklı olup olmadığı ilgili hekim tarafından belirtilmesi gerekmektedir.

- » **Mikroalbuminüri** başlayan **erken dönemdeki diyabetik nefropati** hastalarının kodlamasında;  
 E1-.21 Diyabet, başlangıç dönemindeki diyabetik nefropati ile birlikte kodu uygundur.
- » **Makroalbuminüri** olan daha **ilerlemiş dönemdeki diyabetik nefropati** hastalarının kodlanmasında ise;  
 E1-.22 Diyabet, yerleşik diyabetik nefropati ile birlikte kodu uygundur.

### **Örnek:**

67 yaşındaki bayan hastada yaklaşık 9 yıldır olan tip 2 DM ile birlikte diyabetik nefropatide bu yatışında tespit edilmiştir.

E11.22 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, yerleşik diyabetik nefropati ile birlikte

- » Diyabetik nefropatinin iyice ilerlemiş olup, son dönem böbrek yetmezliğine kadar gelmiş forumlarının kodlamasında ise;  
 E1-.23 Diyabet, ilerlemiş böbrek hastalığı ile birlikte kodu atanır.
- » Diyabetik nefropatiye ilişkin birden fazla durumun varlığında(E1-.21; E1-.22; E1-.23) **sadece en ileri olan evreye yönelik tek kod atanır.**
- » Akut böbrek yetmezliği, daha öncesinde diyabetik nefropati bulunan hastalarda gelişirse kodlamada 2 kod bulunur ve aşağıdaki sıra ile kodlanır;  
 E1-.29 Diyabet, diğer tanımlanmış böbrek komplikasyonu ile birlikte  
 E1-.2- Diyabet, nefropati ile birlikte

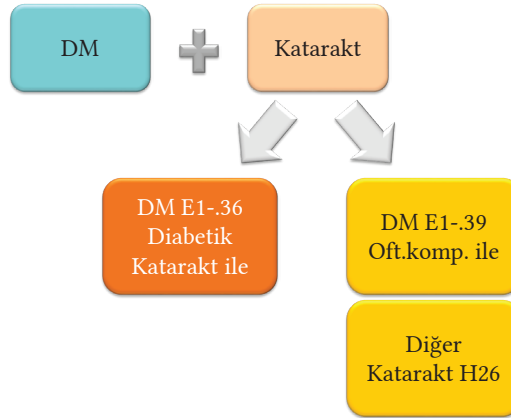
### Diyabetik Göz Hastalıkları

- » Diyabetik göz hastalığı görme kaybına neden olursa, bir ek kod; H54.- *Körlük ve az görme* atanmalıdır.
- » E1-.31; E1-.33; E1-.35'teki diyabetik retinopati için yalnızca **en ilerlemiş evre olan tek kod atanmalıdır.**

### Katarakt

Diyabetli hastalarda katarakt meydana gelebilmektedir, ancak hekim tarafından diyabete bağlı olduğu net olarak belirtilmemiş bir katarakt için diyabetik katarakt kodlaması yapılmamalıdır.

- » DM ile katarakt arasında nedensel ilişki, ilgili hekim tarafından belirtilmişse bu durumun kodlaması:  
E1-.36 *Diyabet, diyabetik katarakt ile birlikte* kodu atanırken;
- » DM ile katarakt arasında nedensel ilişki gösterilmemiş ise kodlama:  
E1-.39 *Diyabet, diğer tanımlanmış oftalmik komplikasyon ile birlikte* ayrıca kataraktın tipine göre de bir ek kod atanır.



- » DM ile birlikte bulunan diğer göz bozukluklarının kodlanmasında da önce DM için oftalmik komplikasyonlu olduğuna dair E1-.39 kodu sonra da hangi göz bozukluğu varsa ona ilişkin ek tanı kodu atanır.

### Diyabetik Nöropati

Sinir sistemi vücudun normal fonksiyonlarını gerçekleştirebilmesi için, beyine haber taşıyan, beyin ve omurilikle iletişimi sağlayan nöronlar (sinir hücreleri) ve sinirlerden oluşan karmaşık bir ağ yapısına sahiptir.

Sinir sistemi periferik ve merkezi sinir sistemi (beyin ve omurilik) olmak üzere 2 genel bölüme ayrılmaktadır.

Sinir hücrelerinin(nöronların) hasara uğraması ya da bozulması sonucu nöropati meydana gelir. Bu bozukluk ve hasar pek çok sebepten meydana gelebilmektedir.

Nöropatiler periferik, kranyal ve otonom gibi çeşitli alt gruplara ayrılmaktadır.

- » Aynı hastada bulunabilen birden fazla nöropati tipinin kodlanması durumunda her bir nöropati için ayrı ayrı kod kullanılması gerekmektedir.

E11.4	İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, nörolojik komplikasyonla birlikte
E11.40	İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, tanımlanmamış nöropati ile birlikte
E11.41	İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, diyabetik mononöropati ile birlikte
E11.42	İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, diyabetik polinöropati ile birlikte
E11.43	İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, diyabetik otonom nöropati ile birlikte
E11.49	İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, diğer tanımlanmış nörolojik komplikasyon ile birlikte

### Diyabetik İskemik Kardiyomiyopati

Diyabet önemli bir kardiyovasküler risk faktörü olup, çeşitli mekanizmalarla ateroskleroz gelişimini kolaylaştırır. Kardiyovasküler hastalığa bağlı ölüm oranı diyabetik olmayanlarla kıyaslandığında diyabetiklerde 2-4 kat daha fazla, morbidite de daha yüksektir. Diyabetli hastalarda ölümlerin %70-80'i kardiyovasküler hastalıklara bağlıdır.

Diyabetik hastalarda, koroner arterlerde belirgin aterosklerozlar görülmeksizin iskemik kardiyomiyopati görülebilmektedir. Böyle bir durumda:

- » E1-.53 *Diyabet, diyabetik iskemik kardiyomiyopati ile birlikte* kodu atanır.

### Birden Fazla Mikrovasküler Komplikasyon ile Birlikte Görülen Diyabet

Diyabet, aşağıda verilen 5 ana başlık içerisinde yer almakta olan tanımlardan farklı gruplardan 2 ya da daha fazlası ile bir arada bulunması durumunda **mikrovasküler komplikasyonlu DM** adını almaktadır.

#### 1. Böbrek hastalıklarına bağlı komplikasyonlar

Bu grupta kabul edilecek olan böbreğe bağlı komplikasyonlu DM kodları;

E11.2	İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, böbrek komplikasyonu ile birlikte
E11.21	Tip 2 diyabetes mellitus, başlangıç dönemindeki diyabetik nefropati ile birlikte
E11.22	İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, yerleşik diyabetik nefropati ile birlikte
E11.23	İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, ilerlemiş böbrek hastalığı ile birlikte
E11.29	İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, diğer tanımlanmış böbrek komplikasyonu ile birlikte

#### 2. Göz hastalıklarına bağlı komplikasyonlar

Bu grupta kabul edilecek olan göz komplikasyonlu DM kodları;

U	E11.3 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, göz komplikasyonu ile birlikte
U	E11.31 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, arka planda retinopati ile birlikte
U	E11.32 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, ön artış dönemindeki retinopati ile birlikte
U	E11.33 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, ilerleyen retinopati ile birlikte
U	E11.34 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, diğer retinopati ile birlikte
U	E11.35 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, ilerlemiş oftalmik hastalık ile birlikte
U	E11.39 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, diğer tanımlanmış oftalmik komplikasyon ile birlikte

### 3. Nörolojik hastalıklara bağlı komplikasyonlar

Bu grupta kabul edilecek olan nörolojik komplikasyonlu DM kodları;

U	E11.4 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, nörolojik komplikasyonla birlikte
U	E11.40 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, tanımlanmamış nöropati ile birlikte
U	E11.41 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, diyabetik mononöropati ile birlikte
U	E11.42 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, diyabetik polinöropati ile birlikte
U	E11.43 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, diyabetik otonomik nöropati ile birlikte
U	E11.49 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, diğer tanımlanmış nörolojik komplikasyon ile birlikte

### 4. Diyabetik iskemik kardiyomiopati;

İskemik kardiyomiopatinin haricinde olabilecek diğer kardiyak tanılar bu grupta değerlendirilmemesi gerektiği unutulmamalıdır.

U	E11.53 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, diyabetik iskemik kardiyomiopati ile birlikte
---	--

### 5. Diyabetik cilt ve subkutan doku komplikasyonları;

Diyabetik

- büller (Büllozis diabetikorum)
- dermopati
- eritema
- skleroderma
- cilt kalınlaşması
- nekrobiyozis lipoidika diabetikorum
- periungal telenjektazi

U	E11.62 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, tanımlanmış deri ve subkutan doku komplikasyonu ile birlikte
---	---

- » Birden fazla mikrovasküler komplikasyonu bulunan DM'lerde ana tanı seçimi; Ana tanı seçimi için her zaman olduğu gibi hastaneye gelişindeki asıl sebep belirlenmelidir. Buna göre ana tanı E1-.71 DM, birden fazla mikrovasküler komplikasyon ile birlikte kodu ana tanı olabilir, ek tanı da olabilir.
- » E1-.71 DM, birden fazla mikrovasküler komplikasyon ile birlikte kodu diğer tanımlarla hastaneye yatış söz konusu değilse o zaman ana tanı olarak atanmalıdır.

- » Spesifik mikrovasküler komplikasyonlara ilişkin ek kodlar ayrıca atanmamıştır. Yani bir DM'i çoklu mikrovasküler komplikasyonlu hale getiren diğer durumlar mutlaka ek kodlarla ifade edilmesi gerekmektedir.

### Diyabetik Ayak Ülseri

Diyabetli hastalarda alt ekstremitede bulunan her ülser diyabetik ayak anlamına gelmediği unutulmamalıdır. Böyle bir durumun net olarak belirtilmediği durumlarda ilgili hekimden detaylı bilgi alınmalıdır.

Kodlama açısından dikkat edilmesi gereken durum:

- » Diyabetli hastada bulunan ülser, **diyabetik ayak olarak tanımlanmamışsa** kodlama için 2 kod vardır;
  - E1-.69 Diyabet, diğer tanımlanmış komplikasyon ile birlikte
  - L97 Alt ekstremitte ülseri, başka yerde sınıflanmamış
- » Diyabetli hastada bulunan ülser, **diyabetik ayak olarak tanımlanmışsa** kodlamada tek kod kullanılır;
  - E1-.73 Diyabet, birden çok nedene bağlı ayak ülseri ile birlikte

### Diyabetik ayak

Diyabetik ayak, diyabetik nöropati adı verilen sinir dejenerasyonu ve/veya periferik arter hastalığı (tıkayıcı damar hastalıkları) zemininde gelişmektedir. Ayaklarında ülser, enfeksiyon görülen diyabetik hastalarda periferik veya nörolojik komplikasyonlar ve diğer tıkayıcı etkenlerle birlikte görülme durumunda meydana gelir.

- » Diyabetli hastada ayak ülseri ve/veya enfeksiyona ilaveten aşağıdaki 4 farklı durumundan en az birinin alt ekstremitede bulunması durumunda da diyabetik ayak tanısı konur.
  - Periferik damar hastalığı
  - Periferik nöropati
  - Deformite ve aşırı yüklenmeye neden olan durumlar
  - Geçirilmiş amputasyon (Alt ekstremit--ayak-- için)





- » E1-.73 Diyabet, birden çok nedene bağlı ayak ülseri ile birlikte kodu şu durumlarda atanmalıdır.
  - Hekim tarafından diyabetik ayak tanısı konulduğu zaman
  - Yukarıdaki kriterler karşılandığı zaman
  - Kriterlerin karşılaması durumunda bu spesifik durumlarda ayrıca ek kod olarak kodlanması gerekir.

## Diyabet Taraması

Özellikle tip 2 DM bir takım risk faktörlerinin insanlarda bulunması durumunda artış gösterebilmektedir. Böyle durumları bulunan insanların hastalık belirtilerine ilişkin herhangi bir şikâyetleri olmadan önce yapılan tetkikler tarama olarak adlandırılmaktadır.

- » Aile öyküsünde DM bulunanlar
- » Yüksek riskli etnik/ırk gruplarına mensup olanlar
- » GDM ve ya PKOS (Polikistik over Sendromu) geçirmiş olan kadınlar
- » HT ve dislipidemi bulunan ve ya daha önce BGT ya da vasküler hastalık bulunanlar

Bu gruplar diyabet açısından riskli gruplar olarak değerlendirilmekte olup, en sık diyabet taraması yapılan gruplar olarak dikkat çekmektedirler.

- » DM taraması için hastaneye yatış durumunda; **tarama sonucu DM veya BGT bulunmamış ise** kodlama şu şekilde gerçekleştirilmelidir;
 

Z13.1 *DM için özel tarama muayenesi* ana tanı olarak kodlanır.
- » Tarama aile öyküsü nedeniyle yapılmışsa;
 

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

DM veya BGT bulunmadığı için bunlara yönelik herhangi bir kodlama yapılmaz.
- » DM taraması için hastaneye yatış durumunda; **tarama sonucu DM veya BGT durumlarından herhangi birisi bulunmuş ise** mevcut durum kodlanmalıdır. Böyle bir durumda Z13.1 *DM için özel tarama muayenesi* kodu atanmasına gerek yoktur.

### Örnek:

DM taraması nedeniyle yatırılan hastada yapılan tahliller sonucu hastada tip 2 DM tanısı konmuştur. Kodlar neler olmalıdır?

E11.9 İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, komplikasyonları olmayan  
Bu vakada Z13.1 *DM için özel tarama muayenesi* kodu atanmasına gerek yoktur.

## Diyabet Eğitimi

Diyabetik hastalarda özellikle ilk tanının konulduğu dönemlerde eğitim tanının vazgeçilmez bir parçası yani rutin bir gerekliliği olduğu için ayrıca kodlanmasına gerek yoktur.

- » Hasta özellikle DM eğitim almak için yatırıldığı durumlar söz konusu ise kodlama şu şekilde olmalıdır;  
E1.- Diyabet kodlarından birisi ana tanı,  
Z71.8 Danışma hizmetleri, diğer, tanımlanmış kodu ise ek kod olarak atanır.
- » Diyabet eğitimi haricinde başka nedenlerden dolayı hastaneye yatırılan hastalara diyabete yönelik eğitim verilse dahi eğitim rutin diyabet tedavisinin bir parçası sayıldığından Z71.8 Danışma hizmetleri, diğer, tanımlanmış kodunun ek kod olarak atanmasına gerek yoktur.

# Kalp Hastalıkları

TİG

## İSKEMİK KALP HASTALIĞI

Kalp kasının çeşitli sebeplere bağlı olarak beslenememesi sonucunda ortaya çıkar. En sık rastlanan sebebi; kalbi besleyen koroner damarların ateroskleroz (damar sertliği) nedeniyle tıkanma veya daralmasıdır.

**İskemik kalp hastalıkları kodlamaları I20-25 kategorileri arasından seçilir.**

Anjina pektoris

Akut miyokard enfarktüsü

Takip eden(subsequent) miyokard enfarktüsü

Akut miyokard enfarktüsü sonrası gelişen bazı komplikasyonlar

Diğer akut iskemik kalp hastalıkları

Kronik iskemik kalp hastalığı kodları bu bölüm içerisinde yer almaktadır.

## ANJİNA PEKTORİS (I20)

Genellikle anjina olarak bilinen anjina pektoris, koroner kaslarda iskemi (oksijensiz kalma durumu) kaynaklı şiddetli göğüs ağrısıyla karakterize ve sonuç olarak koroner arterlerin aşırı kasılmasıyla oluşan bir durumdur. Anjinanın çoğunlukla ana sebebi olan koroner arter hastalığı, kardiyak arterlerin ateroskleroza uğramasından kaynaklanır. Mekanizması geçici olarak bölgesel miyokard kasının oksijensiz kalmasıdır.

**Anjina semptomları:**

1. Eforla gelen göğüs ağrısı
2. Omuz ve sol kola yayılan ağrı
3. Terleme
4. Solgunluk vs... den oluşur.

**a. Kararlı Anjina**

Eforla ortaya çıkan, istirahatle geçen anjina türüdür. I20.8 Diğer tanımlanmış anjina olarak kodlanabilir.

**b. Kararsız Anjina**

Dinlenirken ortaya çıkan ya da dinlenmekle geçmeyen, 20 dakikadan uzun süren, ilaca cevap vermeyen göğüs ağrısına denir. I20.0 Kararsız(anstabil) anjina olarak kodlanır.

**Kararsız anjina kodunun kullanıldığı durumlar;**

1. Kalple ilgili göğüs ağrısıyla gelen hastanın dosyasında kesin olarak MI ya da anjina olarak belirtilmemişse,
2. Miyokard enfarktüsü öncesi bir durumdan bahsediliyorsa
3. Enfarktüsten 24 saat sonra ortaya çıkan anjinadan bahsediliyorsa,

kararsız anjina kodu atanır.

Hasta kararsız anjina sebebiyle hastaneye yatırılır ve hastanede kaldığı süre içinde miyokard enfarktüsü geçirirse, **yalnızca miyokard enfarktüsü kodlanır.**

**c. Anjina Pektoris, Gösterilmiş Spazm ile**

Gösterilmiş spazmlı anjina, kararlı ya da kararsız anjina kadar sık görülmeyen, esas olarak vazospazmın sorumlu olduğu bir anjina pektoris türüdür. Hastaların çoğunda göğüs üzerinde bir baskı ya da ezilme hissi şeklinde tanımladıkları bir ağrı mevcuttur. Genellikle birkaç dakika süren, kendiliğinden ya da nitratlarla geçebilmektedir. Ağrı genelde dinlenme sırasında ortaya çıkar. I20.1Belgelenmiş spazm ile birlikte anjina pektoris olarak kodlanır.

Dosyada koroner aterosklerozla birlikte anjina kaydedilmişse; önce anjina pektoris sonra koroner ateroskleroz kodlanmalıdır. Her koroner ateroskleroz, anjina pektoris ile birlikte bulunmayabilir. Bu yüzden hasta dosyasında belirtilmeyen anjina kodlanmaz.

Ayrıca anjinaanın aterosklerotik kalp hastalığının bir sendromu gibi görülmeside hataya sebep olmaktadır.

Anjina birden fazla semptomların oluşturduğu hastalığın adıdır. Anjinada görülen semptomlar arasında; göğüs ağrısı, omuza yayılan ağrı, sol kola yayılan ağrı, terleme, solgunluk vs yer almaktadır.

## AKUT MİYOKARD ENFARKTÜSÜ (I21)

Kalpte endokard, myokard ve perikard olmak üzere 3 tabaka bulunmaktadır. Kalbin en dışında bulunan tabaka perikard adını alır. Ortada kalbin kas tabakası olan miyokard bulunur. En içteki endokard kalp duvarının ve kapaklarının iç yüzeyini örten ince fibröz bir tabakadır. Kalbi aortdan ayrılan damarlar besler, bu damarlara koroner atardamarlar denir.

Koroner aterosklerozla damarlar tıkanmaya başlar, bu damarların gittiği kas tabakasının yeterli oksijeni alamaması sonucunda o bölge iskemiye uğrar ve koroner arterlerin kasılmasıyla şiddetli göğüs ağrısı meydana gelerek anjina pektorisini oluşturur. Kalbi besleyen koroner atardamarlardan birinin ya da birden fazlasının pıhtıyla tıkanması sonucu kalp kasının (miyokard) bir bölümünün oksijensiz kalması sonucu ölmesiyle miyokard enfarktüsü ortaya çıkar. Kalp krizi kan dolaşımının kalbin bir bölümünde hücrelerin gereksinimini karşılamayacak düzeye düşmesiyle ortaya çıkar.

Koroner arter hastalığının akut başlangıçlı tabloları olan “kararsız anjina”, ST elevasyonsuz Akut Myokard Enfarktüsü ve ST elevasyonlu Akut Myokard Enfarktüsü vakaları “Akut Koroner Sendromları” oluşturur.

Akut Koroner Sendromlar(AKS) arasında klinik farklar olmakla birlikte hepsinde ortak bir patofizyolojik mekanizma mevcuttur. Koroner arter tam ya da kronik tıkanmaktadır. EKG’de ST yükselmesi olan akut miyokard enfarktüsünde genelde koroner arterin akut olarak tam tıkanması mevcuttur.

ST yüksekliği olmayan MI’da ve unstabil anjina vakalarında ise koroner arterin tam tıkanması söz konusu değildir.

Klinik kodlamacıların burada dikkat etmesi gereken akut koroner sendromu kaydedilen dosyada;

MI’dan bahsediliyorsa *I21.- Akut MI* kategorisinden bir kod,

MI’dan bahsedilmemişse *I20.0 Kararsız Anjina* kodu atanmalıdır.

## MI Çeşitleri ve Kodlaması

Daralma ya da tıkanma nedeniyle koroner (kalp atardamarındaki) dolaşımın engellendiği alandaki kalp dokusu zarar görür. O nedenle hangi bölgenin etkilendiği belirtmek açısından; anterior(ön), inferior(alt), lateral(yan), apikal(üst), septal(ara bölme) infarkt(veya anteroinferior, anterolateral ) gibi anatomik yön belirten terimler kullanılmaktadır. Mesela, sol ön inen(anterior descending) koroner arterin tıkanması miyokardın ön duvarında infarkta neden olacaktır.

Etkilenen infarkt alanını belirleyen diğer unsur, kalp kasının (miyokardın) hangi tabakasının ne kadar etkilendiğidir; kalp kasının 3'te 1'inin ya da yarısının etkilendiği subendokardiyal MI veya hemen tüm duvarın etkilendiği transmural MI, gibi. Kalp kasının iç kısmını etkileyen oksijen yetersizliği daha çok sorun yaratır, çünkü koroner arterlerin akış yönü perikarddan endokarda yani dıştan içe doğrudur, buradaki oksijen yetersizliği kalbin kasılmasını etkileyecektir.

Transmural ve subendokardiyal infarkt terimlerinin eş anlamlısı olarak, EKG'de Q dalgasının olup olmamasına göre isimlendirilen Q dalgalı ya da Q dalgasız miyokard infarkt tanımları kullanılmaktadır. Q dalgası olduğunda hasarın daha büyük, Q dalgası yoksa hasarın daha küçük olduğu görülmüştür. O nedenle Q dalgasının varlığı ya da yokluğu seyir ve tedavi açısından önemlidir.

Kodlama yaparken **Transmural** (kalp kasının tüm duvarını etkileyen) veya **ST yüksekliği olan MI**'da etkilenen bölge ve duvara dikkat edilmeli ve buna göre kodlanmalıdır.

Böyle bir durumun varlığında **I21.0-I21.3 kategorisinden** bir kod seçilmelidir.

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

I21.4 Q dalgası olmayan, ST yükseklikli olmayan MI veya transmural olmayan subendokardiyal (kalp kasının içe doğru üçte birinin ya da yarısının etkilendiği) MI'da kodlanır.

### I21 Akut MI

- I. Enfarktüs nedeniyle hastanın tedavi için yatışının yapıldığı hastanede
- II. Enfarktüsün başlangıcından sonra dört hafta içinde (28 gün) veya daha kısa sürede hastanın sevk edildiği herhangi bir başka akut bakım tesisinde oluşan enfarktüste kodlanır.

## I22 Takip Eden MI

Enfarktüs sonrası 28 gün içinde ortaya çıkan enfarktüslerde kodlanır.

### I25.2 Eski Miyokard Enfarktüsü

Bu kod, yalnızca aşağıdaki koşullar geçerli olduğunda bir ek kod olarak atanır:

1. Eski MI dört haftadan(28 günden) uzun bir süre önce gerçekleşmişse,
2. Hasta şu anda ‘eski miyokard enfarktüsü’ için bakım görmüyorsa, (gözlem, değerlendirme, tedavi vs.)

Eski miyokard enfarktüsü “**Kişisel Öykü**” olarak kabul edilir, fakat kodlaması Z kategorisinden yapılmaz. ICD indekste Eski miyokard enfarktüsü, enfarktüsün altında bulunur.

## I25 KRONİK İSKEMİK KALP HASTALIĞI

Koroner ateroskleroz, kronik koroner yetmezliği, miyokardiyal iskemi, kalp anevrizması gibi durumları kapsar.

### I25.1- Aterosklerotik Kalp Hastalığı

Ateroskleroz, atardamarları(arterleri) etkileyen bir hastalıktır. Yaygın olarak “**damar sertleşmesi**” olarak adlandırılan arteriosklerozun bir türüdür. Arteriyosklerozun büyük bir arteri (örneğin; koroner, renal, abdominal, aort, iliak, femoral veya ekstremitelerin diğer arterleri) etkilediği kaydedilmişse, uygun ateroskleroz kodu atanmalıdır.

#### Örnek:

I25.1- *Aterosklerotik kalp hastalığı*

I70.2- *Ekstremitte arterlerinin ateroskerozu gibi*

Ateroskleroz orta boy ve büyük arterlerde görülen “aterom” veya “plak” olarak adlandırılan yapısal bozukluklardan(lezyonlardan) oluşur. Arterlerin iç tabakasında oluşan yağlı birikimlerden meydana gelir. Plak veya aterom oluşumu iç duvarın ve kas duvarlarının sertleşmesine ve elastikiyetini kaybetmesine neden olur.

Hasta dosyasında Arteriyosklerotik Kalp Hastalığı, Koroner Arteriyosklerozis, Koroner Arter Hastalığı, Koroner Striktür, Koroner Sklerozis veya Aterom görüldüğünde **I25.1 Aterosklerotik Kalp Hastalığı** kodu atanır.

*KAH kodlanırken şunlara dikkat edilmelidir*

1. Dosyada, geçirilmiş herhangi bir arter bypassı bulunmadığı açıksa;  
**I25.11 Aterosklerotik kalp hastalığı, doğal koroner arterde** kodu atanır.
2. Bir bypass grefinin ateroskleroza;  
  - a. **I25.12 Aterosklerotik kalp hastalığı, otolog(kişinin kendi vücudundan alınan) bypass grefinde** ya da
  - b. **I25.13 Aterosklerotik kalp hastalığı, otolog olmayan bypass grefinde** şeklinde kodlanmalıdır.
3. Bir dosyada hem anjina pektoris hem KAH kayıtlıysa;  
**Ana Tanı:** Anjina pektoris,  
**Ek Tanı:** KAH olarak kodlanır.  
 Çünkü anjina pektoris, hastayı hastaneye getiren akut bir durum, KAH ise kronik bir durumdur.
4. KAH'ın spazm, embolizm ve diğer tanımlanmış nedenler belirtilmeksizin kaydedilmiş olması halinde,  
**I25.1- Aterosklerotik kalp hastalığı** kategorisinden bir kod atanmalıdır.
5. Embolizm, yerinden koparak küçük damara yerleşen yabancı bir maddedir. Çoğunlukla bir kan pıhtısıdır. Ateroskleroz olmaksızın da oluşabilir. Ancak, ateroembolizm, ateramatöz plağın veya yerinden koparak bir damara yerleşmiş ve obstruksiyona neden olmuş olan, genelde plağa yapışık trombotik maddenin bir parçasıdır. Bu yüzden, ateroembolizm, aterosklerozun gevşek plak parçasının neden olduğu akut obstruksiyon ile bulunduğu anlamına gelir.  
 Bir koroner arter embolizmi kaydedilmiş ancak hasta miyokard enfarktüsü geçirmemişse;  
**I24.0 Miyokard enfarktüsü** ile sonuçlanmayan koroner tromboz atanır.  
 Miyokard enfarktüsü geçirmişse;  
**I21 Akut miyokard enfarktüsü** kategorisinden uygun bir kod atanır.  
 Emboli aterosklerozla birlikte ise (örn:ateroembolizm);  
**I25.1- Aterosklerotik kalp hastalığı** kategorisinden bir ek tanı kodu ile gösterilir. Diğer bölgelerin embolizmi;  
 Alfabetik hastalık indeksindeki gibi kodlanır.

**Örnek:**

- Femoral, iliak için **I74 Arter emboli ve trombozu**  
 Renal için **N28.0 böbreğin iskemisi ve enfarktüsü** şeklindedir.



6. Damardaki bir trombüsten kopan kan pıhtısının başka bir damarda tıkanmaya sebep olmasına ise **tromboembolizm** denir.

Bir bypass grefinin embolizmi veya tıkanıklığı söz konusu olduğunda;

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

## İ25.8 Kronik İskemik Kalp Hastalığının Diğer Formları

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

**İ25.8 Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları** kodu atanır.

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

**İ25.8 Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları** olarak kodlanır.

## PERİFERİK DAMAR HASTALIĞI (PDH)

Çoğu durumda periferik damar hastalığı ateroskleroza bağlı oluşur. Dosyada niteliği hakkında ayrıntılı bilgi varsa spesifik hastalık kodlanır.

### Örnek:

Ekstremitelerinin arterlerinin ateroskleroza denmişse;

**I70.2- Ekstremitelerinin ateroskleroza** kodu atanır.

**I73.9 Periferik damar hastalığı, tanımlanmamış** kodunun atanmasına gerek yoktur. Reynaud Sendromu denmişse;

**I73.0 Reynaud Sendromu, femoral arterlerin embolizmi** kodlanır.

PDH veya kronik iskemik bacak şeklinde kaydedilmiş, daha ayrıntılı bir tanımlama yoksa; **I70.2 ekstremitelerinin ateroskleroza** kodlanır.

## KARDİYAK ARREST

Hastaya yalnızca resusitasyon(CPR) gerçekleştirildiği zaman, kardiyak arrest kodu atanmalıdır ve işlemi olan **CPR kodlanmamalıdır**.

Eğer hasta yaşıyorsa;

**I46.0 Başarılı resusitasyonlu kardiyak arrest**

Eğer hasta ölmüşse;

**I46.9 Kardiyak arrest,tanımlanmamış** kodu atanmalıdır.

Kardiyak arrestin altında yatan sebebi biliniyorsa; sebep ana tanı olarak kodlanır, kardiyak arrest ise ek tanıdır.

Hastanın öldüğünü kodlamak gerekmez, bu bilgi demografik veriler bölümünde mevcuttur.

## KALP KATETERİZASYONU (ANJİYO)

Kalp kateterizasyonu ve anjiyografi bir teşhis yöntemi olup, tedavide kullanılmaz. Kalp boşluklarının ve koroner arterlerin kontrast madde(bir çeşit tıbbi boya maddesi) verilmesi sırasında görüntülenmesi ve "X" ışınları kullanılarak hareketli film çekilmesidir.

Tanısal kalp kateterizasyonu kardiyovasküler hastalığın ciddiyetini tanımlamak ve değerlendirmek amacıyla yapılır. Bu girişime ilişkin kod, intrakardiyak ve intravasküler basınçların kaydedilmesi, eğrilerin kaydedilmesi, kan gazı analizi için kan alınması, kalp debisinin ölçülmesi işlemlerini içerir.

Tanısal kalp kateterizasyonu:

38200-00[667] Sağ kulakçık kateterizasyonu,

38203-00[667] Sol kulakçık kateterizasyonu

38206-00[667] Sağ ve sol kulakçık kateterizasyonu gerçekleştirilebilen bir invazif tanısal girişimdir.

Genelde kalp kateterizasyonu ile birlikte, koroner anjiyogram(anjiyokardiyografi) (koroner arteriyografi) da gerçekleştirilir.

Bu durumda, (668) Koroner Anjiyografi bloğundan;

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 uygun bir kod atanır.

Kalp kateterizasyonu ve koroner anjiyogram ile birlikte bir ventrikülogram veya aortografinin de yapılması halinde;

59900-00 [607] Sol ventrikülografı

59900-01 [607] Sağ ventrikülografi

59900-02 [607] Sol ve sağ ventrikülografi

59921-00 [1990] Aortografi

kodlarından bir ek kod atanır.

Genellikle sol kulakçık kateterizasyonu yapılır ve bu kateterizasyonda sağ ve sol koroner arterler bir sol ventrikülogram ile incelenir.

38218-00 [668] Koroner anjiyografi, sol kulakçık kateterizasyonu ile birlikte

59900-00 [607] Sol ventrikülografi bloğundan kodlama yapılır.

Kateterizasyonun kalbin hangi kulakçığında yapıldığına dair herhangi bir bilgi yoksa,

**10 veya üstü yaş grubundakiler “sol”, 10 yaşın altındaki hastalarda bu “sağ” ve “sol” şeklinde kodlanır.**

## KORONER ARTER BYPASS GREFTLER

Bypass köprüleme anlamına gelir. Kalbi besleyen koroner atardamarlardan birinin ya da birkaçının belli bölgesinde oluşan daralma veya tıkanma sonucunda o damarın beslediği bölgeye kan gidemediği durumlarda, göğüsten (meme atardamarı), koldan (kol atardamarı), bacadan (bacak toplardamarı) damarlar alarak, tıkanıklığın alt seviyesine dikilerek yapılan köprüleme ameliyatlarıdır.

İlaçla tedaviye cevap vermeyen ciddi ağrıları olan hastalar, kararsız (unstabil) ağrıları olan hasta grubu, sol ana koroner damar tıkanıklığı olan hasta grubu, başarısız balon ve stent girişimleri, kalp krizi sonrası ağrıları devam eden hastalar (post-infarkt angina) vb. durumlar koroner bypass için endikasyon oluşturur.

Kalbi besleyen koroner damarlar sağ ve sol olmak üzere 2 ana arterden oluşur.

**Sağ Koroner Arter (RCA):** Sağ akut kenar ve sağ arka inen arterler (PDA)

**Sol Ana Koroner Arter(LMCA/LCA):** Sol ön inen(LAD), köşegen, septal, sol sirkumflex (LCX), künt kenar(OM), arka inen ve posterolateral arterlerden oluşur.

ICD-10-AM'de iki ana arter ile bu arterin dalları, koroner arterler olarak tanımlanmaktadır.

## Koroner Arter Bypass Greferinin Tipleri

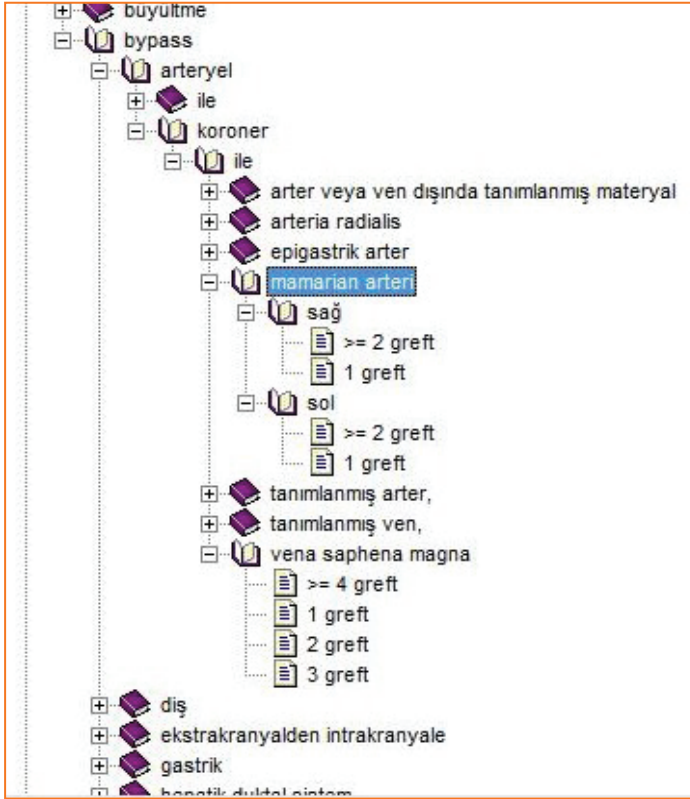
İki tip greft vardır:

1. Aorta-koroner arter
2. Mammaria interna-koroner arter bypass grefleri

Bir koroner arter bypass grefi girişimine ilişkin kodlama için:

1. Greft uygulanan koroner arter sayısını,
2. Greft maddesinin türünü (safen ven, arteria mammaia interna veya diğer maddeyi ) **bilmek gerekir ve ikisi de kodlanır.**

**Prosedür kodunda yer aldığından, greft için damar alma işleminin kodlamasına gerek yoktur.**



### Örnek:

Göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran hastaya yapılan tetkikler sonucu KAH tanısı konulup CABG operasyon kararı alındı. Sigara kullanıyor. Koroner arter by-pass, otojen greft (3 safen/1 LİMA), dört koroner grefti, merkezi kardiyo-pulmoner bypass ile bypass oluyor.

Genel Anestezi ASA 2

CABGx4 [safen ven grefti (SVG) x 3 ve sol arteria mamma interna (LIMA) x 1]

I25.11 Aterosklerotik kalp hastalığı, doğal koroner arterin

Z72.0 Tütün kullanımı, şimdi

38600-00 Kardiyopulmoner Bypass, santral kanülasyon

38500-00 Koroner Arter Bypass, 1LIMA grefti kullanarak

38497-02 Koroner Arter Bypass, 3 safen ven grefti kullanarak

92514-29 Genel Anestezi

## CABG'lerle Birlikte Gerçekleştirilen Ek Girişimler

### 1) Kardiy Pulmoner Bypass (CPB)

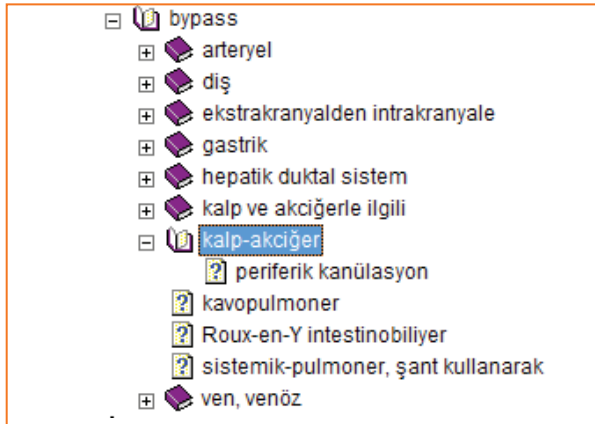
Kanın merkezi ya da periferik olarak yerleştirilen bir kanül ile kalp ve akciğerlerden bir harici kalp-akciğer makinesine yönlendirilmesidir. Bu makine, kalp ve akciğerin solunum ve kan pompalama fonksiyonlarını sağlar. Kanülasyonun yeri klinik kayda girilmelidir ve mutlaka kodlanmalıdır.

**a)** Merkezi kanülasyon(aort, vena kava veya atriyum ile), özellikle bir açık yerleşimle gerçekleştirilen CABG'lerde daha yaygın olan yöntemdir.

38600-00 (642) Kalp ve Akciğer Bypassı, merkezi kanülasyon

**b)** Periferik kanülasyon femoral arter veya subklavian arterden gerçekleştirilir.

38603-00 (642) Kalp ve Akciğer bypassı, periferik kanülasyon



## 2) Kardiyopleji

Kalpte aort köküne soğuk kardiyoplejik sıvı enjeksiyonu sonrası hipotermik-hiperkalemik kardiyak arrest meydana getirilir. Kalp asistolik olur. **Rutin bir işlemdir, kodlanmaz.**

## 3) Hipotermi

Kardiyopleji, kalbin yüzeyinin soğuk bir solüsyon sürekli verilmek suretiyle topikal yolla soğutulması ile tamamlanır. **Rutin bir işlemdir kodu kodlanmaz.**

## Kalp ve Akciğer Bypassı Olmaksızın Gerçekleştirilen CABG'ler

Bazı hastalarda CABG'ler kalp ve akciğer bypassı olmaksızın gerçekleştirilmektedir. Genellikle hasta yalnızca bir bypass grefine ihtiyaç duyar. Bu işlem kalp stabilizatörü ile yapılır. Bu işlem cerrahi girişimin, kalp çalışır halde iken gerçekleştirildiği için CPB işlemi kodlanmaz. 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.

### CABG'lerin Reoperasyonu (Yeniden Yapılması)

1. Daha önceden yapılan CABG operasyonu sonrasında greflerden kaynaklanan ve yeniden yapılan operasyonlarda aortakoronar bypass grefi **varlığının tekrar kodlanmasına gerek yoktur.**

#### Örnek:

Hasta, geçirilmiş bir CABG girişiminden üç yıl sonra gelişen kararsız anjina sebebiyle hastaneye yatırılmıştır. Kalp kateterizasyonu, gref uygulanan (SVG) damarlarında koroner arter hastalığı ortaya çıkmıştır.

**Ana Tanı:** I20.0 Kararsız Anjina

**Ek Tanı:** I25.12 Aterosklerotik kalp hastalığı, otolog bypass grefinde

Bu örnekte, Z95.1 Aortakoronar bypass grefi varlığının ek tanı olarak kodlanmasına **gerek yoktur.**

2. Daha önce uygulanmış olan bypass grefleri etkili ve canlıyken hastalıklı doğal damarlara bypass amacıyla gerçekleştirilen cerrahi girişim durumlarında aort koroner bypass grefi **varlığı kodlanır.**

#### Örnek:

Hasta, geçirilmiş bir CABG girişiminden üç yıl sonra gelişen kararsız anjina sebebiyle hastaneye yatırılmıştır. Kalp kateterizasyonu, gref uygulanmayan doğal damarında koroner arter hastalığı ortaya çıkmıştır.

**Ana Tanı:** I20.0 Kararsız Anjina

**Ek Tanı:** I25.11 Aterosklerotik kalp hastalığı, doğal koroner arterin

**Ek Tanı:** Z95.1 Aortokoroner bypass grefi varlığı

**Rekonstrüksiyon;** 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 CABG reoperasyonunda rekonstrüksiyon **yapılması** halinde şu kodlamalar yapılır;

[672]–[679] bloklarından uygun şekilde CABG kodu (kodları) ve

**38637-00 [680] Reoperasyon, koroner arter grefinin rekonstrüksiyonu**

Adezyon divizyonu gerçekleştirilirse, aşağıdaki kodu da atayın:

38647-00 [644] Torasik adezyonların divizyonu

Bir CABG reoperasyonunda rekonstrüksiyon **yapılmaması** halinde şu kodlamalar yapılır;

[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 YETMEZLİĞİ VE AKUT PULMONER ÖDEM

Kalp yetmezliği, kalbin sağ, sol veya her iki karıncığının; içindeki kanı, her atımında damarlara yeterli miktarda gönderememesi sonucu oluşan bir hastalıktır.

I50.0 Konjestif Kalp Yetmezliği(KKY) sol ventriküler yetmezliği içerir. Sol ventriküler yetmezlik ve KKY birlikte dosyada görüldüğünde ayrı ayrı kodlanmamalıdır.

Hipertansiyona bağlı konjestif kalp yetmezliğinden bahsediliyorsa;

I11.0 Konjestif Kalp Yetmezliği ile birlikte hipertansif kalp hastalığı kodu atanır.

Akut pulmoner ödem(Akciğer ödemi) ise kalp yetmezliğinin sık görülen bir bulgusudur, bu yüzden bir semptom gibi düşünülmelidir ve ayrıntılı bir tanımlama yapılmadığında;

I50.1 Sol ventrikül yetmezliği kodu yeterlidir.

## HİPERTANSİYON

Hipertansiyon basit olarak yüksek kan basıncı demektir. Hipertansiyon ciddi bir durumdur, tedavi edilmediği takdirde öldürücü olabilir. Kalbi zorlayarak kalp yetmezliğine ve damarları zorlayarak damar sertliğine yol açar. Hipertansiyonlu hastalarda beyin kanaması, felç, koroner arter hastalığı, ani ölüm, kalp krizi, ritim bozuklukları, böbrek yetmezliği ve retinopati sık görülür.

Hipertansiyon kalp ve böbrek bozukluklarının kombinasyonları kodlanırken; bunların birbiriyle ilişkilerinin olup olmadığına dikkat edilmelidir.

Hipertansiyonun iki tipi vardır.

- 1. Esansiyel hipertansiyon;** nedeni bilinmeyen hipertansiyona verilen isimdir. Hipertansiyon vakalarının yaklaşık %90'ı bu gruptadır.
- 2. Sekonder hipertansiyon;** nedeni bilinen hipertansiyona verilen isimdir. Hipertansiyon vakalarının %10'unu oluşturur. En yaygın görüleni böbrek kökenli olanlardır.

Sekonder HT nedenleri:

- Böbrek hastalığı: Renal hipertansiyon olarak adlandırılır.
- Endokrin hastalıklar: Böbrek üstü bezleri kan basıncını kontrol eden mekanizmaları düzenler.
- İlaçlar: Kortizon, doğum kontrol hapları, burun damlaları, tiroit ilaçları, soğuk algınlığı ilaçları, ağrı kesiciler ve alkol kan basıncının yükselmesine neden olur.
- Diğer sebepler: Aortun doğuştan dar olması, gebelik zehirlenmesi, beyin tümörü vs.

### Örnek:

Hipertansiyonun, renal arter stenozu;

I15.0 Renovasküler hipertansiyon veya

Feokromositoma;

I15.2 Sekonder hipertansiyon, endokrin hastalıkları sonucu gelişen

## HİPERTANSİF BÖBREK HASTALIĞI (I12)

- Hipertansiyon ve böbrek hastalığı(N18.- Kronik böbrek yetmezliği, N19.- Böbrek yetmezlikleri, tanımlanmamış, N26.- Kontrakte böbrek, tanımlanmamış) arasında bir nedensel **ilişki gösterilmesi** halinde (örneğin, “hipertansiyona bağlı” veya “hipertansif”);

I12 Hipertansif böbrek hastalığı kategorisi kapsamında kodlanır.



- b.** Hipertansiyon ve böbrek hastalığı arasında bir nedensel **ilişki gösterilmemesi** halinde;

Hipertansiyon ve böbrek hastalıkları ayrı ayrı kodlanır.

Sıralama, bakım epizodunun durumlarına göre. Bir hipertansiyon tanısında açıklayıcı ek bir bilgi yoksa I10 Esansiyel (primer) hipertansiyon kodlanır.

## HİPERTANSİF KALP HASTALIĞI (I11)

- a.** Hipertansiyon ve kalp hastalığı( 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) arasında bir nedensel **ilişki gösterilmesi** halinde;

I11 Hipertansif kalp hastalığı kategorisi kapsamında kodlanır.

- b.** Hipertansiyon ve kalp hastalığı arasında bir nedensel **ilişki gösterilmemesi** halinde;

Hipertansiyon ve kalp hastalıkları ayrı ayrı kodlanır.

Sıralama, bakım epizodunun durumlarına göre.

## HİPERTANSİF KALP VE BÖBREK HASTALIĞI (I13)

Hem hipertansif kalp hastalığı (I11) hem hipertansif böbrek hastalığı (I12) görülmesi halinde;

Kodlamalar I13 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı kapsamında yapılır.

## KALP PİLLERİ

Kalp pilleri, ritim bozukluklarını düzeltmek için kalbi yapay yoldan stimüle eder. Kalp pilinin algılama ve pacing (hız düzenleme) olmak üzere iki temel fonksiyonu vardır.

Sistem, kalbin normal atmadığını algıladığında, kalp pili aktif hale gelmekte ve kalbi normal kontraksiyon yapacak şekilde stimüle etmektedir.

### 1. Kalıcı Kalp Pili

Kalıcı kalp pili pulse jeneratörü ve lead'lerden oluşur.

- a. Pulse jeneratörü (kalp pili):** Bir pil, elektronik devre ve gerek subklaviküler gerekse intraabdominal bölgede oluşturulan subkütan "cep" içine implante edilen kurşun konnektörden oluşur.

**b. Lead (elektrotlar):** 1-3 elektrottan oluşan iki bileşenli bir sistemdir. Lead'ler, impulsu kalp pilinden kalbe taşıyan ve sinyalleri kalpten kalp piline geri ileten izoleli tel(ler)dir.

Kalp pili lead'leri gerek kalbin içine transvenöz (subklavian, sefalik veya ekster-nal jügüler ven ile) gerekse kalbin dışına epikardiyal (sternotomi, torakotomi ile veya subksifoid yoldan) olarak yerleştirilebilmektedir. Elektrotlar hem algılama hem pacing işlevini yerine getirebilmektedir.

Tek odacıklı, iki odacıklı ve üç odacıklı olmak üzere üç tip kalıcı kalp pili sistemi bulunur.

Bu piller kalbin bir, iki veya üç odacığında pace ve/veya algılama işlevini yerine getirebileceğini ifade etmektedir.

Tek odacıklı – ya sağ atriyuma veya sağ ventriküle gider.

İki odacıklı(dual chamber) – her ikisi de hem atriyuma hem de ventriküle gider.

Üç odacıklı(triple chamber) – üç bölmeye gider.

### *Kalıcı Kalp Pili Kodlama Standartları*

**a.** Jeneratör ve elektrotların takılması ayrı ayrı kodlanır.

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

**b.** Biventriküler kalp pillerinin; aritmilerin tedavisi amacıyla defibrillatör özellikleri bulunabilmektedir. Böyle bir durumda ayrıca defibrilatör özelliği de kodlanmalıdır.

38524-00[653] Otomatik defibrilatör jeneratörü yerleştirilmesi

**c.** Yerleştirilme sırasında yapılan rutin test kodlanmaz. Ancak, bir başka bakım epizodunda yapılan test ve kalıcı kalp pilinin yeniden programlanması (hız ayarlaması, mod değişikliği) için yapılan işlemler;

[1856] **İmplant kardiyak kalp pili ve/veya defibrilatörün testi** bloğundan kodlanır.

- d. Kalp pilinin değiştirilmesi için, yapılan işlemlerde hem eskisinin çıkarılması hem de yenisinin takılması kodlanır.
- e. Kalp pili bittiği zaman elektif değişimi amacıyla yatış yapılmışsa;  
**Z45.0 Kalp pili ayar ve kullanımı; bu kodla birlikte uygun** prosedür kodları ile atanır.
- f. Kalp pili sendromu için;  
**I97.1 Kardiyak cerrahi sonrası diğer fonksiyonel bozukluklar** kodu atanır.
- g. Hastaneye herhangi bir durum için başvuran ve kalp pili bulunan hastalarda mutlaka ek tanı olarak;  
**Z95.0 Kalp pili bulunuşu** kodlanır.

### *Kalp Pili Sisteminin Komplikasyonları*

- a. Kalp pili veya lead'lerdeki bozulma, lead'in kırılması veya lead'in yerinden oynaması gibi durumlarda;  
**T82.1 Elektronik kalp cihazlarının mekanik komplikasyonu,**
- b. Enfekte kalp pili cebi veya lead'e bağlı enfeksiyon gibi durumlarda;  
**T82.7 Kardiyak ve vasküler cihazlar, implantlar ve greflerinden dolayı diğer enfeksiyon ve inflamatuvar reaksiyon,**
- c. Kalp pili cebindeki hematoma veya kalp pilinin cep bölgesinde aşınma gibi durumlarda;  
**T82.8 Kardiyak ve vasküler protez cihazları, implantlar ve greflerinden dolayı diğer komplikasyonlar,**

## 2. Geçici Kalp Pilleri

Geçici kalp pilleri elektrotlu lead'ler olup, genellikle transvenöz olarak uygulanır. 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 çünkü 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.

### Geçici Kalp Pilleri Kodlama Standartları

- a. Geçici kalp pili sadece elektrotlardan oluştuğu için elektrot uygulamasına ilişkin kodlamalar şöyledir:
  - 90202-00 [649] Geçici epikardiyal elektrot uygulaması
  - 90202-01 [649] Geçici traskütan elektrot yerleştirilmesi
  - 38256-00 [647] Geçici transvenöz elektrot uygulaması, atriyumda
  - 38256-01 [647] Geçici transvenöz elektrot uygulaması, ventrikülde
  - 38256-02 [647] Geçici çift odacıklı transvenöz elektrot uygulaması
- b. Geçici kalp pili elektrotları kalp ameliyatı ile birlikte yapıldığında, elektrot uygulamasını kodlamayın.
- c. Geçici kalp pili elektrotlarının ayarı, yeniden konumlandırılması, manipülasyonu veya çıkarılması işlemleri kodlanmaz.
- d. Bir geçici elektrot çıkarılıp bir kalıcı kalp pili yerleştirildiğinde, kalıcı kalp pili, replasman değil ilk uygulama olarak kodlanır.

## EKSTRAKORPOREAL MEMBRAN OKSİJENİZASYONU (ECMO)

Ekstrakorporeal yaşam destek olarak da isimlendirilen sistemik kanın vücuttan alınarak bir pompa yardımıyla oksijenatörden geçirilerek hastaya verilmesine dayanan işlemdir.

Bu uygulama multipl travma, boğulma, enfeksiyonlar ve neonatal akciğer hastalığı gibi, gerek solunumla ilgili gerekse solunumla ilgili olmayan tanıları içeren çeşitli nedenlere bağlı akciğer yetmezliğinde uygulanır. Oldukça pahalı ve uzun yatış süresi gerektirmektedir.

ECMO hasta dosyasında belirtildiğinde;

**90225-00 [642] Ekstrakorporeal membran oksijenasyonu [ECMO]**, kodlanmalıdır.

**90225-00**

**Ekstrakorporeal membran oksijenasyonu [ECMO]**

kanülasyon yoluyla açık kalp cerrahisi için ekstrakorporeal dolaşım:

kanülasyon yoluyla açık kalp cerrahisi için ekstrakorporeal dolaşım:• santral (38600-00 [642])

kanülasyon yoluyla açık kalp cerrahisi için ekstrakorporeal dolaşım:• periferik (38603-00 [642])

# Gebelik, Doğum ve Lohusalık

TİG

## HAMİLELİK, DOĞUM VE PUERPERYUM (000-099)

Hamile kalınmasından itibaren başlar ve **doğumdan sonraki 42 günlük dönem**i kapsar. Gebelik dönemine ait tüm konuları içerir. Antenatal (doğum öncesi), doğum ve postnatal (doğum sonrası) döneme ait kodlardan oluşur.

Alfabetik dizinde;

- » Düşük
- » Hamilelik, gebelik
- » Doğum eylemi
- » Doğum
- » Puerperal, puerperium terimleriyle aranır.

### Düşük

Fetüs canlılığından önce (hamileliğin 20'inci haftasından az ve/veya 400 gramdan az) hamilelik ürünlerinin dışarı atılması olarak tanımlanır.

#### Düşük Sınıflandırması

Spontan

Tıbbi

Diğer

Tanımlanmamış

Düşükler kendiliğinden yada tıbbi olarak olabilmektedir. Düşükleri kodlarken komplikasyonlarını belirtmek için 4. kırılım kullanılmaktadır.

Düşükler komplet (tam) yada inkoplet (tam olmayan)olarakta sınıflanır.

### *Komplet (Tam) Düşükler*

Bu düşük tipinde tüm hamilelik ürünleri atılır, uterus kasılır ve serviks kapanır. Dökümantasyonda böyle bir ifade yoksa yorum yapılmamalı klinisyene danışmalıdır. Kodlamacının buna özen göstermesi gerekir.

### *İnkomplet (Tam Olmayan) Düşükler*

Bu düşük tipinde yalnızca hamilelik ürünlerinin bir kısmı atılır ve/veya membranlar yırtılır. Düşük ürünlerinin bir kısmı içerde kaldığı için, bu durum komplikasyonlara neden olabilir.

Bu durumda yapılacak işlem dilatasyon ve küretajdır (D&C)

### **Mol Hidatiform**

Molar gebelik, gebeliğin anormal bir formudur. Yumurtanın döllenmesindeki bozukluklar sonucu rahim içinde cansız bir organizma oluşur ve normal gebelik devam ederken patolojik bir süreç başlar. Molar gebelik parsiyel ve komplet olarak iki kategoriye ayrılır.

Spontan düşüğe yol açabilmektedir. Hastalar en sık vajinal kanama şikâyeti ile başvururlar. Aşırı büyümüş rahim, bulantı ve kusma görülebilir. Bu durumda, bir girişim gerçekleştirilmişse, uygun düşük sonrası girişim kodlanmalıdır:

35643-00 Dilatasyon ve küretaj [D&C], düşük sonrası veya gebeliğin sonlandırılması için

35643-01 Uterusun emici küretajı, düşük sonrası veya gebeliğin sonlandırılması için

### **Blighted Ovum (Boş Gebelik)**

Döllenme sırasında, embriyo gelişimi başaramaz ve hamilelik boş bir keseden ibaret olur.

Fetus görülmez, sadece amniyon kesesi görülür. Bu duruma boş gebelik kesesi (blighted ovum) denir. Kürtajla gebeliği boşaltmak gerekir.

Kesin tamı blighted ovum ise, herhangi bir histopatolojik kanıt olmasa bile,

O02.0 Blighted ovum ve nonhidatiform mol'u kodlayın.

### **Düşük ve Ektopik ve Molar Gebelik Sonrası Komplikasyonlar**

















O00 Ektopik Gebelik

O01 Hidatiform Mol

O02 Konsepsiyonun Diğer Anormal Ürünleri

Düşük, ektopik ve molar gebelik sonrası bir sonraki epizoda temel olan komplikasyon için O08 kodlarından bir kod aşağıdaki durumlar göz önünde bulundurulurken atanır:

- » O00-O02 kodlarından bir kod kullanıldığında komplikasyonu ifade etmek için ek kod olarak O08 kodlarından uygun olan atanır.
- » O03-O07 li kodların 4. kırılımları 0,1,2,5,6,7 ise bu kırılımlarda komplikasyon ifade edildiği için O08'den ek kod atamaya gerek yoktur.
- » Diğer 4. kırılımlar olan 3 ve 8 de ise komplikasyon tanımlanmadığı için O08'den ek kod atanmalıdır.

- 
- ☐  O00-O08 Düşükle sonuçlanan gebelik
  - ☐  O00 Ektopik gebelik
    -  O00.0 Abdominal gebelik
    -  O00.1 Tubal gebelik
    -  O00.2 Ovarian gebelik
    -  O00.8 Diğer ektopik gebelik
    -  **O00.9 Ektopik gebelik, tanımlanmamış**
  - ☐  O01 Hidatiform mol
    -  O01.0 Klasik hidatiform mol
    -  O01.1 İnkomplet ve kısmi hidatiform mol
    -  O01.9 Hidatiform mol, tanımlanmamış
  - ☐  O02 Konsepsiyonun diğer anormal ürünleri
    -  O02.0 Çürümüş ovum ve nonhidatiform mol
    -  O02.1 Kayıp abortus:
    -  O02.8 Konsepsiyonun diğer tanımlanmış anormal ürünleri
    -  O02.9 Konsepsiyonun anormal ürünü, tanımlanmamış

## O08

### Abortus ve ektopik ve molar gebelik sonrası komplikasyonlar

**Haric :** geri kalan gebelik ürünleri (O03–O06)

**Kodlama Standard :** [1544](#)

[O08.0](#) Abortus ve ektopik ve molar gebelik sonrası genital kanal ve pelvik enfeksiyon

[O08.1](#) Abortus ve ektopik ve molar gebelik sonrası gecikmiş veya aşırı hemoraji

[O08.2](#) Abortus ve ektopik ve molar gebelik sonrası embolizm

[O08.3](#) Abortus ve ektopik ve molar gebelik sonrası şok

[O08.4](#) Abortus ve ektopik ve molar gebelik sonrası böbrek yetmezliği

[O08.5](#) Abortus ve ektopik ve molar gebelik sonrası metabolik bozukluklar

[O08.6](#) Abortus ve ektopik ve molar gebelik sonrası pelvik organ ve doku hasarı

[O08.7](#) Abortus ve ektopik ve molar gebelik sonrası diğer venöz komplikasyonlar

[O08.8](#) Abortus ve ektopik ve molar gebelik sonrası diğer komplikasyonlar

[O08.9](#) Abortus ve ektopik ve molar gebelik sonrası komplikasyon, tanımlanmamış

**003****Spontan düşük**

**Dahil :** çocuk düşürme  
Bkz sayfa XX alt bölümler için

**Kodlama Standard :** [1518](#)

- [003.0](#) Spontan düşük, inkomplet, genital yol ve pelvik enfeksiyon nedeniyle komplike hale gelmiş
- [003.1](#) Spontan düşük, inkomplet, gecikmiş veya aşırı hemoraji nedeniyle komplike hale gelmiş
- [003.2](#) Spontan düşük, inkomplet, embolizm nedeniyle komplike hale gelmiş
- [003.3](#) Spontan düşük, inkomplet, diğer ve tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte
- [003.4](#) Spontan düşük, inkomplet, komplikasyonsuz
- [003.5](#) Spontan düşük, komplet veya tanımlanmamış, genital yol ve pelvik enfeksiyon nedeniyle komplike hale gelmiş
- [003.6](#) Spontan düşük, komplet veya tanımlanmamış, gecikmiş veya aşırı kanama nedeniyle komplike hale gelmiş
- [003.7](#) Spontan düşük, komplet veya tanımlanmamış, embolizm nedeniyle komplike hale gelmiş
- [003.8](#) Spontan düşük, komplet veya tanımlanmamış, diğer ve tanımlanmamış komplikasyonlar ile birlikte
- [003.9](#) Spontan düşük, komplet veya tanımlanmamış, komplikasyonsuz

- » Hasta, bir önceki yatışında tedavi edilmiş olan düşüktan geriye kalan konsepsiyon ürünleri nedeniyle yatırılmışsa, düşük, mevcut **inkomplet** düşüğü bir komplikasyonu olarak kodlanmalıdır (O03-O06, .0-4 dördüncü karakteri ile birlikte).
- » Ancak hasta, bir önceki yatışında gecikmiş düşük sonrasında hamilelik ürünlerinin içeride kalması nedeniyle hastaneye yatırılmışsa;

**Ana Tanı:** Missed\Kayıp abortus (İlk yatışta gecikmiş düşüğü göstermek için) olarak kodlanır.

Burada düşük komplikasyonu değil, “**gecikmiş düşük**” vardır.

**Örnekler:****1) Şok ile birlikte rüptüre tubal gebelik**

**Ana Tanı:** O00.1 Tubal gebelik  
O08.3 Şok, düşük ve ektopik ve molar gebelik sonrası  
O09.- Hamilelik süresi

**2) Uterusun perforasyonu ile birlikte inkomplet düşük**

**Ana Tanı:** O06.3 Düşük, tanımlanmamış, inkomplet, diğer ve tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte  
O08.6 Pelvik organ ve doku yaralanması, düşük ve ektopik ve molar gebelik sonrası  
O09.- Hamilelik süresi



- 3) Bir başka hastanede iki gün önce gerçekleştirilen düşük sonrasında dissemine intravasküler koagülasyon  
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.
- 4) Bir önceki yatışta gerçekleştirilen tıbbi düşük sonrasında hemoraji ve içeride kalan hamilelik ürünleri.  
O04.1 Tıbbi düşük, inkomplet, gecikmiş veya aşırı hemoraji ile komplike  
O09.- Hamilelik süresi
- 5) Gecikmiş düşük sebebiyle bir önceki yatış sonrası içeride kalan hamilelik ürünlerinin emici küretaj ile tahliyesi  
O02.1 Gecikmiş düşük  
O09.- Hamilelik süresi  
Bu örnekte, hastada bir düşük komplikasyonu değil, bir “gecikmiş düşük” problemi vardır.  
O08 kategorisinden bir kod atanmaz.

## Hamileliğin Süresi

Normal hamilelik süresi 38-42 hafta arasında değişmektedir. Bu dönemin hariçindeki hamilelikle ilgili yatışlarda gebelik süresini göstermek için O09 kategorisindeki hamileliğin süresine ilişkin ek kod atanır.

Hamileliğin süresine ilişkin kod düşük, düşük tehdidi, erken membran rüptürü vs. tanılar başta olmak üzere **37. tamamlanmış haftanın altındaki tüm yatışlarda** ek tanı olarak kodlanır.

- 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

## Hipertansiyon ve Hamilelik

Gebelikte oluşan hipertansiyon ve diğer hipertansif hastalıklarla ilişkili komplikasyonlar gelişen gebeliklerde kodlama yaparken hasta dosyasında bulunan tanıları dikkatle incelenmeli şüpheli durumlarda klinisyenle irtibata geçilmelidir. Gebelikte ilgili bir kodlama yaparken yalnızca kan basıncı değerlerine bakılarak kod atanmamalıdır. "Gebeliğe bağlı hipertansiyon" "pre-eklampsi" veya "pre-eklampitik toksemi" gibi durumlar klinik kayıtlarda belirtilmelidir.

Hamilelikten önce var olan ve hamileliği komplike eden hipertansif durumlar ve hamileliğe bağlı ödem, proteinüri ve hipertansiyonu ilgilendiren durumlar temel olarak antenatal yatışlarda kullanılmak içindir fakat doğum ve puerperyum için de kullanılabilir.

**O10-O16**

### Gebelikte, doğumda ve lohusalıkta ödem, proteinüri ve hipertansif bozukluklar

Kodlama Standard : [1526](#)

[O10](#) Gebelik, doğum ve puerperiumda komplikasyona neden olan ve önceden varolan hipertansiyon

[O11](#) Üzerine eklenen proteinüri ile birlikte önceden varolan hipertansif bozukluk

[O12](#) Hipertansiyon olmadan gestasyonel [gebelikle indüklenen] ödem ve proteinüri

[O13](#) Belirgin proteinüri olmadan gestasyonel [gebelikle indüklenen] hipertansiyon

[O14](#) Belirgin proteinüri olmadan gestasyonel [gebelikle indüklenen] hipertansiyon

[O15](#) Eklampsi

[O16](#) Tanımlanmamış maternal hipertansiyon

## Gebeliği Komplike Eden Durumlar

Gebeliği komplike eden durumlarla ilgili iki kod bloğu bulunmaktadır.

### a. 020-029 Gebelikte ilgili **diğer maternal bozukluklar**:

Gebeliği komplike eden yaygın ve spesifik durumlar bu kod bloğu içerisinde tanımlanmıştır.

### Örnek:

O24 Hamilelikte diabetes mellitus,

O25 Hamilelikte malnütrisyon vs.

### b. 094-099 **Obstetrik durumlar**, diğer, başka yerde sınıflanmamış:

020-029 kod bloğu dışında gebeliği komplike eden durumlar ise 094-099 kod bloğu içerisinde tanımlanmıştır ve spesifik durumu tanımlamak amacıyla kendi bloğundan bir ek kodla birlikte atanır.

**Örnek:**

O98 Maternal enfeksiyöz ve parazitik hastalıklar, başka yerde sınıflandırılabilir, gebelik, doğum ve lohusalığı komplike eden

O99 Diğer maternal hastalıklar, başka yerde sınıflandırılabilir, gebelik, doğum ve lohusalığı komplike eden

**O20-O29 Esas olarak gebelikle ilgili diğer maternal bozukluklar**

[O24-](#) ve [O25](#) kategorileri doğum veya puerperiumda ortaya çıksa bile listelenmiş olan durumları içerir

**Haric :** Maternal:

- fetüs ve amniotik kavite ve muhtemel doğum problemlerine bağlı bakım ([O30-O48](#))
- başka yerde sınıflandırılabilen fakat gebelik, doğum eylemi, doğum ve puerperiumda komplikasyona neden olan hastalıklar ([O98-O99](#))

[O20](#) Erken gebelikte hemoraji

[O21](#) Gebelikte aşırı kusma

[O22](#) Gebelikte venöz komplikasyonlar

[O23](#) Gebelikte genitouriner kanal enfeksiyonları

[O24](#) Gebelikte diabetes mellitus

[O25](#) Gebelikte malnütrisyon

[O26](#) Esas olarak gebelikle ilgili diğer durumlar için anne bakımı

[O28](#) Annenin antenatal taramasında anormal bulgular

[O29](#) Gebelik sırasında anestezi komplikasyonları

**O94-O99 Diğer obstetrik durumlar, başka yerde sınıflandırılmamış**

[O94](#) Gebelik, doğum ve puerperiumda komplikasyon sekelleri

[O95](#) Sebepi tanımlanamayan obstetrik ölüm

[O96](#) Doğumdan sonra 42 günden uzun fakat bir yıldan kısa sürede ortaya çıkan herhangi bir obstetrik sebebe bağlı ölüm

[O97](#) Direkt obstetrik nedenlerin sekellerine bağlı ölüm

[O98](#) Herhangi bir yerde sınıflandırılabilen fakat gebelik, doğum ve puerperiumda komplikasyona neden olan maternal enfeksiyöz ve parazitik hastalıklar

[O99](#) Herhangi bir yerde sınıflandırılabilen fakat gebelik, doğum ve puerperiumda komplikasyona neden olan diğer maternal hastalıklar

**Örnekler:**

1. Gebelikle alevlenen karpal tünel sendromu.

**Ana Tanı:** O26.82 Gebelikte karpal tünel sendromu

Bu örnekte, gebelikte gelişen karpal tünel sendromu spesifik kodla dizine alınır.

2. Demir eksikliği anemisi ile komplike gebelik.

**Ana Tanı:** O99.0Anemi, gebelik, doğum ve lohusalığı komplike eden

D50.9Demir eksikliği anemisi, tanımlanmamış

Bu örnekte, gebeliği komplike eden anemi O99.0 kapsamında dizine alınır.

### 3. Anemi tipini belirtmek için bir ek kod atanır.

Bir obstetrik hasta, gebeliği komplike eden astım sebebiyle hastaneye yatırılmıştır.

**Ana Tanı:** 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 - - da durumlar - - - J00-J99” veya

“Gebelik – ile komplike - - hastalıkları - - - solunum sistemi (J00-J99'daki durumlar)” sırası takip edilerek kodlama tamamlanır.

## Diabetes Mellitus (DM) ve Hamilelik

» Hamilelik sırasında DM bulunduğu zaman, O24 Hamilelikte diabetes mellitus'tan bir kod kullanılır.

- O24.0 –O24.3 Önceden var olan diabetes mellitus
- O24.5 Önceden var olan bozulmuş glikoz regülasyonu (IGR)
- O24.4 Gestasyonel diyabet
- O24.9 Gebelikte diyabet, tanımlanmamış

» Eğer diyabet komplikasyonları varsa, E09-E14'ten uygun ek kodlar atanır.

» Hastanın gestasyonel diyabeti varsa ve gebelik döneminde tekrarlırsa

- Z87.5 Gebeliği, doğum ve lohusalık dönemini komplike eden kişisel hikaye kodu atanır.

» İnsülin ile tedavi edilip edilmediğini belirtmek için beşinci kırılım kullanılır.

## İnsidental 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 almazsa, gebelik durumu “insidental” olarak sınıflandırılır.

**Ana Tanı:** Yatış sebebi

**Ek Tanı:** Z33 Gebelik durumu, insidental olarak kodlanır.

**Örnek:**

Hamile kadın, kırık metakarpal şaftı (kapı arasında ezilen el) sebebiyle hastaneye yatırılmıştır.

**Ana Tanı:** S62.32 Diğer metakarpal kemik(ler) şaft kırığı  
 W23. Cisimler arasında sıkıştırılma, yakalanma, ezilme,basılma  
 Y92.- Uygun olay yeri kodu  
 U50-U73 Aktivite kodu  
 Z33 Gebelik durumu, insidental

**İleri Yaştaki 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.

**Grand Multipar**

Bir kadın, beş veya daha fazla yaşayabilir fetüs doğurmuşsa;

Z35.4 Grand multipar gebeliğin gözlemi atanmalıdır.

Bu durumlar, dökümantasyonda kaydedilmişse kodlanmalıdır.

**Gebeliğin Sonlandırılması**

**1.** Gebelik, **fetal viyabileden** (bir başka deyişle, hamileliğin 20. haftasından önce ve/veya 400 g'lık fetal ağırlıktan daha düşük bir ağırlıkta) **önce** sonlandırılmasında;

**Ana Tanı:** O04.- Tıbbi düşük ,

**Ek Tanı:** O35.0 Anne bakımı, fetüste (şüpheli) merkezi sinir sistem malformasyonunda şeklinde kodlanır. (Sonlandırmanın nedenini göstermek amacıyla)

004

**Medikal abortus****Dahil** : gebeliğin sonlandırılması:

- legal
- terapötik

terapötik abortus

Bkz sayfa XX alt bölümler için

**Kodlama Standard** : [1511](#)**Kodlama Standard** : [1518](#)[004.0](#) Medikal abortus, inkomplet, genital kanal ve pelvik enfeksiyon nedeniyle komplike hale gelmiş[004.1](#) Medikal abortus, inkomplet, gecikmiş veya aşırı hemoraji nedeniyle komplike hale gelmiş[004.2](#) Medikal abortus, inkomplet, embolizm nedeniyle komplike hale gelmiş[004.3](#) Medikal abortus, inkomplet, diğer ve tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte[004.4](#) Medikal abortus, inkomplet, komplikasyonsuz[004.5](#) Medikal abortus, komplet veya tanımlanmamış, genital kanal ve pelvik enfeksiyon nedeniyle komplike hale gelmiş[004.6](#) Medikal abortus, komplet veya tanımlanmamış, gecikmiş veya aşırı kanama nedeniyle komplike hale gelmiş[004.7](#) Medikal abortus, komplet veya tanımlanmamış, embolizm nedeniyle komplike hale gelmiş[004.8](#) Medikal abortus, komplet veya tanımlanmamış, diğer ve tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte[004.9](#) Medikal abortus, komplet veya tanımlanmamış, komplikasyonsuz

	<a href="#">035.0 Fetüste (şüpheli) santral sinir sistemi malformasyonu için maternal bakım</a>
	<a href="#">035.1 Fetüste (şüpheli) kromozom anormallik için maternal bakım</a>
	<a href="#">035.2 Fetüste (şüpheli) herediter hastalık için maternal bakım</a>
	<a href="#">035.3 Annedeki viral hastalıktan kaynaklanan (şüpheli) fetüs hasarı için maternal bakım</a>
	<a href="#">035.4 Alkolden kaynaklanan (şüpheli) fetüs hasarı için maternal bakım</a>
	<a href="#">035.5 İlaçlardan kaynaklanan (şüpheli) fetüs hasarı için maternal bakım</a>
	<a href="#">035.6 Radyasyona bağlı (şüpheli) fetüs hasarı için maternal bakım</a>
	<a href="#">035.7 Diğer medikal işlemlere bağlı (şüpheli) fetüs hasarı için maternal bakım</a>
	<a href="#">035.8 Diğer (şüpheli) fetal anormallik ve hasar için maternal bakım</a>
	<a href="#">035.9 Şüpheli fetal anormallik ve hasar için maternal bakım, tanımlanmamış</a>

2. Gebeliğin **fetal viyabileden sonra** sonlandırılması halinde,

a. Uterusta fetal ölüm gibi nedenlerle sonuçlanan durumlarda;

Sonlandırma sebebine ilişkin kod (O36.4 Anne bakımı, intrauterin ölümden) ana tanı olarak atanır.

b. Gebeliği sonlandırılması bir canlı bebek doğumu ile sonuçlanırsa;

O60 Miadından önce doğum

O09. Hamilelik süresi ek tanı kodları ile uygun

Z37 Doğumun sonucu kodları atanır.

## Tekli Spontan Vajinal Doğum

Tekli spontan vajinal doğum (O80), doğumla ilgili hiçbir anormallik veya komplikasyon, doğum sonrasında hiç manipülasyon veya enstrumantasyon yoksa (uterus rüptürü, plenta retansiyonu için cerrahi müdahale vs.) ;

**Ana Tanı:** O80 Tekli spontan vajinal doğum

**Ek Tanı:** Z37.0 Canlı tek doğum olarak kodlanır.

Bu kodun atanmasına engel teşkil etmeyen bazı doğum işlemleri:

- » Doğum eylemi sırasında nöroaksiyel blok
- » İndüksiyon
- » Onarım ile epizyotomi
- » Obstetrik olmayan işlemler (sterilizasyon)

## Anormal Kabul Edilen Yanlış Gelişler

Gebelik sırasında bakım gerektiren yanlış gelişler ile yanlış pozisyonlar (Makat Geliş, Alın Geliş, Karma Geliş, Kord Gelişi ,Derin Transvers Arrest Yüz Gelişi, Persistan Oksipito-posterior Pozisyon vs.) doğum sürecinde ya da doğumda mevcut ise kodlanmalıdır.

## Normal Kabul Edilen Oksiput Gelişler

Normal kabul edilen oksiput gelişler (Oksipito-anterior (OA), oksipito-lateral (OL), oksipito-posterior (OP), oksipito-transverse (OT) ) gebelik sırasında müdahale edilmedikçe **kodlanmamalıdır**.

## Yanlış Geliş, Oransızlık ve Maternal Pelvik Organların Anormalliği

**a)** Bu anormalliklerden dolayı, **doğum eyleminin başlangıcından önce** bakım veya müdahalenin gerekli olması halinde, uygun şekilde aşağıdaki bloklardan bir kod atanır:

O32 Anne bakımı, fetüsün bilinen veya şüpheli malprezentasyonu için

O33 Anne bakımı, bilinen veya şüpheli oransızlıklarda

O34 Anne bakımı, pelvik organların bilinen veya şüpheli anormalliğinde.

**b)** Bu anormallikler şayet **doğumda teşhis edilmişse veya doğumda bakım ve/veya müdahale gerektiriyorsa**, aşağıdaki bloklardan bir kod atanır:

O64 İlerlemeyen doğum, fetüsün yanlış pozisyon ve yanlış gelişinden dolayı

O65 İlerlemeyen doğum, maternal pelvik anormallikten dolayı

O66 İlerlemeyen doğumlar, diğer.

## Uterus Skarı

Önceki cerrahiden kaynaklanan uterus skarı nedeniyle yapılan sezaryen ameliyatında;

O34.2 Önceki cerrahiden kaynaklanan uterus skarı nedeniyle maternal bakım kodu atanır.

Bu kod:

- » Hasta, geçirilmiş sezeryan kesisine bağlı bir elektif sezeryan kesisi için hastaneye yatırılmışsa,
- » Skar denemesi sezeryan doğumla sonuçlanıyorsa,
- » Daha önceki uterus skarı bakım gerektiriyor ancak, bakım epizodunda doğum gerçekleşmiyorsa kullanılır.

Vajinal doğumla sonuçlanan sezaryen skarı vakaları için;

O75.7 Vajinal doğum, önceki sezeryan sonrası kodu atanmalıdır.

## İndüksiyon

Başlamamış doğum ağrılarının çeşitli yöntemlerle başlatma girişimidir. Doğum indüksiyonu birçok sebebe bağlı olarak gerçekleştirilir.

- » Pre-eklampsi,
- » Anormal Antenatal Kardiyotokografi (CTG),
- » Geçirilmiş Antepartum Hemoraji,
- » Diyabet,
- » İntraüterin Büyüme Geriliği (IUGR)

### İndüksiyon İşlemleri

Doğumun, gebeliği sonlandırmak amacıyla tıbbi araçlarla indüksiyonu halinde, hamilelik süresi ve sonuca bakılmaksızın, işlem kodları şu şekildedir:

90465-00 [1334] Tıbbi doğum indüksiyonu, oksitosin

90465-01 [1334] Tıbbi doğum indüksiyonu, prostaglandin

90465-02 [1334] Diğer tıbbi doğum indüksiyonu

90465-05 [1334] Tıbbi ve cerrahi doğum indüksiyonu

- a) Genellikle, gebeliğin **14. haftasının tamamlanmasından sonra** sonlandırılması doğum eylemini içereceğinden;

[1334] Tıbbi veya cerrahi doğum indüksiyonu bloğu kapsamında kodlanır.



- b)** Gebeliğin, **14 haftanın tamamlanmasından önce** sonlandırılması;  
D&C veya emici küretaj ile gerçekleştirilir ve doğum eylemini içermediği için [1334] bloğu kapsamında kodlanmaz.

### Örnek:

- a)** Hasta, hamileliğin 21. haftasında, uterusta fetal ölüm tanısı ile hastaneye yatırılmıştır. Gebelik, tıbbi ve cerrahi doğum indüksiyonu ile sonlandırılmıştır.  
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.
- b)** Hasta, hamileliğin 12. haftasında, rubella virüsüne maruz kalma tanısı ile hastaneye yatırılmıştır. Gebelik, prostaglandin suppozitivar uygulayarak emici küretaj ile sonlandırılmıştır.  
35643-01 [1267] Uterusun emici küretajı, düşük sonrası veya gebeliğin sonlandırılması için  
90462-00 [1330] Düşüğün indüksiyonu için prostaglandin suppozitivar uygulaması

### Tıbbi ve cerrahi indüksiyon

Bu uygulamaların ikisinin birlikte kullanımı nadirdir. Bazı vakalarda, tıbbi indüksiyon membranların suni rüptüründen hemen sonra uygulanmaktadır. Bazı klinisyenler 4 saate kadar bekleyebilmektedir.

90465-05 [1334] Tıbbi ve cerrahi doğum indüksiyonu, olarak kodlanır.

### Doğumun Seyri

Gebelik haftası 20'nin üzerinde olan yatışlarda doğum olayının gerçekleşmesi durumunda doğumun sonuçlanmasını gösteren bir kod mutlaka atanmalıdır.

Doğumun seyri ile ilgili kodlar hem anne hem de bebek kayıtlarında yer almalıdır. Annenin kaydı için Z37- li kodlardan uygun olanı kullanılırken (Bebeklerin sayısını canlı veya ölü olup olmadıklarını göstermektedir ve doğumun yatış sırasında gerçekleştiğini belirtmektedir.); bebeklerde de Z38-li kodlardan uygun olanı kullanılır. Bunları karıştırmamak önemlidir.

**Z37****Doğumun sonucu**

Bu kategorinin annenin kayıtlarında doğumun sonucunu tanımlamak için ek kod olarak kullanılması tasarlanmıştır.

**Z37.0** Tek canlı doğum

**Z37.1** Tek ölü doğum

**Z37.2** İkiz, ikisi de canlı doğum

**Z37.3** İkiz, bir canlı ve bir ölü doğum

**Z37.4** İkiz, ikisi de ölü doğum

**Z37.5** Diğer multipl doğumlar, hepsi canlı doğum

**Z37.6** Diğer multipl doğumlar, bazıları canlı doğum

**Z37.7** Diğer multipl doğumlar, hepsi ölü doğum

**Z37.9** Doğum sonucu, tanımlanmamış

**Z38****Doğum yerine göre canlı doğmuş bebekler**

**Kodlama Standard : 1607**

**Z38.0** Tek çocuk, hastanede doğmuş

**Z38.1** Tek çocuk, hastanede dışında doğmuş

**Z38.2** Tek çocuk, doğumun yeri tanımlanmamış

**Z38.3** İkiz, hastanede doğmuş

**Z38.4** İkiz, hastane dışında doğmuş

**Z38.5** İkiz, doğum yeri tanımlanmamış

**Z38.6** Diğer multipl, hastanede doğmuş

**Z38.7** Diğer multipl, hastane dışında doğmuş

**Z38.8** Diğer multipl, doğum yeri tanımlanmamış

**Çoğul Doğum**

Doğumun sonucunda birden fazla bebek ve doğumlar farklı yöntemlerle gerçekleştirilmişse; tüm doğum tipleri de kodlanmalıdır.

**Örnek:**

35. gebelik haftasında ikiz doğum gerçekleşmiştir, ikizlerden birincisi makat geliş, ikincisi ise bebeğin uygunsuz pozisyonundan dolayı bebeğin gelişi geciktiğinden sezaryen ile doğmuştur.

O64.8 İlerlemeyen doğum, diğer yanlış pozisyon

O32.5 Anne bakımı, bir veya daha fazla fetüsün yanlış gelişinin, çoğul hamilelikte

- O30.0 İkiz gebelik
- O60 Miadından önce doğum
- O09.5 Hamilelik süresi 34-36 tamamlanmış hafta
- Z37.2 İkiz, canlı doğum
- 16520-03 Acil alt parça sezaryen kesisi
- 90470-03 Makat ekstraksiyon

### *Miadını Geçmiş Doğum (Postmatürite)*

Hamileliğin 42.haftasından sonra gerçekleşen doğumlara “miadını geçmiş” doğum denir. Böyle durumların varlığında;

**O48 Uzamış gebelik** kodu atanır.

Hasta dosyasında, hamilelik süresinin 41. haftasında olduğuna dair bilgi de olsa klinisyen tarafından miadı geçmiş doğum olarak belirtiyorsa uzamış gebeliğe ilişkin kod atanır.

### *Prematür Doğum*

Hamileliğin tamamlanmış 37 haftasından önce doğum eylemi olan tüm annelerin kayıtları için, **O60 Miadından önce doğum** kodu atanır.

Prematüre doğumlarda;

**a.** Sebep biliniyorsa;

**Ana Tanı:** Mevcut sebep

**Ek Tanı:** O60 Miadından önce doğum kodlanır.

**b.** Herhangi bir sebep kaydedilmemişse;

**Ana Tanı:** O60 Miadından önce doğum kodlanır.

Hamilelik süresine (O09) ve doğum sonucuna (Z37) ait uygun kodlar her iki durumda da ek tanı olarak kodlanmalıdır.

### *Erken Membran Rüptürü*

Gebelikte bebeğin etrafını saran, bebeği besleyen, dış tehlikelerden koruyan gebelik kesesinin doğumun başlangıcından önce yırtılması durumuna “**erken membran rüptürü**” denir.

Fetüsün gelen bölümünün arkasında uterustaki amniyotik sıvıya halk arasında “geri suyu” denir. “Geri suyu sızıntısı”, erken membran rüptürü kapsamında kodlanmalıdır.

**042****Erken membran rüptürü****Kodlama Standard :** [1531](#)**Kodlama Standard :** [1518](#)[042.0](#) Erken membran rüptürü, 24 saat içinde başlayan doğum eylemi[042.1](#) Erken membran rüptürü, 24 saatten sonra başlayan doğum eylemi[042.2](#) Erken membran rüptürü, tedavi ile geciktirilmiş doğum eylemi[042.9](#) Erken membran rüptürü, tanımlanmamış**042.1****Erken membran rüptürü, 24 saatten sonra başlayan doğum eylemi****Haric :** tedavi ile geciktirilmiş doğum eylemi ile birlikte ([042.2](#))[042.11](#) Erken membran rüptürü, 1-7 gün içinde geç başlayan doğum eylemi[042.12](#) Erken membran rüptürü, 7 günden sonra başlayan doğum eylemi

### Uzamış Doğum

Doğum eylemi başlayan gebeliklerde eylemin başlangıcından itibaren 18 saat geçmesine rağmen doğum tamamlanmıyor ise bu duruma “uzamış doğum” denir.

Böyle durumların varlığında;

O63.- Uzamış doğum eylemi bloğundan uygun kod atanır.

### Yalancı Doğum

Gebeliğin ilk üç aylık döneminde başlayan ve haftalarla birlikte sıklığı, süresi ve yoğunluğu artan düzensiz uterus kasılmalarıdır. Yalancı ve gerçek doğum arasındaki en önemli fark;

Yalancı doğumda servikte değişiklik olmazken, gerçek doğumda serviks dilate olur ve yumuşar.

Kodlama:

O47.0 Tamamlanmış 37. haftalık gebelikten önce yalancı doğum eylemi

O47.1 Tamamlanmış 37. haftalık gebelikte veya daha sonra yalancı doğum eylemi

O47.9 Yalancı doğum eylemi, tanımlanmamış şeklindedir.

### Doğumda Taburcu/ Sevk

Doğum için hastaneye yatırılmış olan gebe daha sonra, doğumu yapmak üzere bir başka hastaneye sevk edilebilmektedir. Bu sevk, şu nedenlerden dolayı olabilmektedir:

a. Anne veya bebeğin ya da her ikisinin tıbbi durumu nedeniyle **klirik** olarak;  
**Ana Tanı:** Hastanın sevkini gerektiren tıbbi (obstetrik) durumdur.

b) Yeterince obstetrik hizmet, yatak, neonatal hizmet sunulmaması ya da hastanın seçimi nedeniyle **idari** olarak yada doğum için hastaneye yatırılmış olan bir kadın, daha sonra daha sistemli bir doğum süreci geçirmek için tekrar hastaneye yatırılmak üzere **eve taburcu** edilebilmektedir;

Hamileliğin <sup>3</sup> 37. tamamlanmış haftası için;

**Ana Tanı:** “Z34 Normal gebeliğin gözlemi” kategorisinden uygun kod atanır.

Hamileliğin < 37. tamamlanmış haftası için;

**Ana Tanı:** “O60 Miadından önce doğum” kategorisinden uygun kod atanır.

### Fetal Redüksiyon

Fetüslerin tamamının yaşamasının şüpheli olduğu veya bir fetüsün Trisomy 21 gibi bir kromozom bozukluğuyla birlikte doğduğu çoğul doğumlarda uygulanır.

Kodlama 90463-00 Fetal redüksiyon olarak yapılır.

### Elektif Sezaryen

Kararı doğum öncesinde verilen ve doğum başlangıcından önce veya sonra planlanan bir girişim olarak gerçekleştirilen doğum sezaryen olarak tanımlanır.

16520-00 Elektif klasik sezaryen seksiyon

16520-02 Elektif alt segment sezaryen seksiyon olarak kodlanır.

### Acil Sezaryen

- » Acil bir durum (örneğin; tıkalı doğum, fetal distres) nedeniyle
- » Önceden gerekli görülmediği halde gerçekleştirilen
- » Başarısız deneme skarından sonra gerçekleştirilen sezaryenlerdir.

16520-01 Acil klasik sezaryen seksiyon

16520-03 Acil alt segment sezaryen seksiyon olarak kodlanır.

## Fetal Distress Fetal Kalp Hızı Deselerasyonları

Sağlıklı fetüsün sağlıklı olmaya başladığı anda asfiksi oluşumuna ve bebeğin kaybedilmesine giden süreçte ortaya çıkan değişikliklerin tümüne birden fetal distress adı verilir.

Hasta dosyasında erken, geç veya değişken deselerasyonlara ilişkin kayıtlarda yalnızca “fetal distres” kaydedilmişse veya enstrümantal (vakum, forseps) ya da cerrahi müdahale gerçekleştirilmişse;

**O68.0 Doğum süreci ve doğum, fetal kalp hızı anormalliği ile komplike kodlanmalıdır.**

Hasta kaydında sıvıda mekonyum varsa ve fetal distrese neden olduğu belirtilmişse veya enstrümantal yada cerrahi müdahale gerçekleştirilmişse;

**O68.1 Doğum süreci ve doğum, amniotik sıvı içinde mekonyumla komplike kodlanmalıdır.**

**O68**

### Fetal stres [distress] nedeniyle komplike olan doğum eylemi ve doğum

**Dahil :** doğum eylemi ve doğumda ilaç uygulamasına bağlı fetal distres

- O68.0** Fetal kalp hızı anomalisi nedeniyle komplike olan doğum eylemi ve doğum
- O68.1** Amniyotik sıvıdaki mekonyum nedeniyle komplike olan doğum eylemi ve doğum
- O68.2** Amniotik sıvı içinde mekonyumla birlikte fetal kalp hızı anomalisi nedeniyle komplike olan doğum eylemi ve doğum
- O68.3** Biyokimyasal fetal distres bulguları nedeniyle komplike olan doğum eylemi ve doğum
- O68.8** Diğer fetal distres bulguları nedeniyle komplike olan doğum eylemi ve doğum
- O68.9** Fetal distres nedeniyle komplike olan doğum eylemi ve doğum, tanımlanmamış

## Streptokok B Gelişen Obstetrik Hastalar İçin Kodlama Kuralları

Herhangi bir profilaktik tedavi **yapılmamışsa**;

Z22.3 Bakteriyel hastalıkların diğer tanımlanmış taşıyıcısı,

Profilaktik tedavi **yapılmışsa** (örneğin, penisilin),

Z22.3 Bakteriyel hastalıkların diğer tanımlanmış taşıyıcısı

Z29.2 Profilaktik kemoterapiler, diğer kodlanmalıdır.

Streptokok B'ye bağlı bir genitoüriner sistem enfeksiyonuna ilişkin dokümantasyon varsa;

O23.9 Genitoüriner yolun diğer ve tanımlanmamış enfeksiyonu, gebelikte

B95.1 B grubu streptokok, diğer bölümlerde sınıflanan hastalıkların etkeni olarak kodlanmalıdır.

## Postnatal Emzirme Güçlükleri

Bebeğin memeye tutunamaması sonucu tam bir emzirmenin sağlanamamasıdır.

O91 Meme enfeksiyonları, doğumla birlikte veya

O92 Memenin ve laktasyonun diğer bozuklukları olarak kodlanır.

Kültürel alışkanlıklar, maternal etnik konular, yakın zamanda geçirilmiş sezer-yan, neonatal problemler gibi durumlarda;

Z39.1 Emziren annenin bakım ve muayenesi kodu atanır.

### **Emzirme güçlüklerine neden olan neonatal problemler şöyledir:**

- » Çok sayıda bebek
- » Neonatal sarılık,
- » Annede madde kötüye kullanımı,
- » Terapötik ve analjezik ilaçların etkileri
- » Yüksek damak veya yarı dudak gibi konjenital malformasyonlar
- » Trisomy 21 gibi kromozom anormallikleri
- » Miadından önce doğmuş bir bebek

Yenidoğanın kaydında, emzirme güçlüğünün nedeni olarak gösterilen spesifik neonatal bozukluk uygun şekilde kodlanmalı arkasından;

P92.- Yenidoğan beslenme problemleri kodu girilmelidir.

## Baskılanmış Laktasyon

Laktasyon yetersizliğine bağlı olarak oluşur.

O92.3 Agalakti olarak kodlanmalıdır.

Laktasyondan önce veya sonra yapılan terapötik baskılama için;

O92.5 Baskılanmış laktasyon kodu atanmalıdır.

**Annenin emzirmeyi istememesi nedeniyle olan elektif baskılama kodlanmamalıdır.**

### **Postpartum Durumu veya Komplikasyonu**

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- **ana tanı olarak atanmamalıdır**. Ana tanı mevcut durum ya da komplikasyondur.

**Örnek:**

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 olarak kodlanır.

Ancak hasta ana tanı ve ek tanı tanımına uygun herhangi bir durum olmasızın, sezeryan sonrası bakım için bir hastaneden bir başka hastaneye sevk edilirse;

**Ana Tanı:** Z39.0- Doğumdan hemen sonra muayene ve bakım,

**Ek Tanı:** Z48.8 Cerrahi izlem, diğer, tanımlanmış kodu atanmalıdır.

Hasta, doğumun gerçekleştiği bir bakım epizodunda bir postpartum durumu sebebiyle tedavi görmüşse, Z39.0 atanmamalıdır.

**Örnek:**

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

**Z39**

**Postpartum bakım ve muayene**

Z39.0 Doğumdan hemen sonra postpartum bakım ve muayene

Z39.1 Emziren annenin bakım ve muayenesi

Z39.2 Rutin postpartum takip



# Yenidoğan

TİG

## YENİDOĞAN / NEONAT

28 günden küçük, canlı doğmuş bebeklere yenidoğan denir.

Neonatal dönem;

“...doğum tarihinde (gün 0) başlayıp 27. günün sonunda biten tam dört hafta veya 28 tamamlanmış gün süren dönem.” şeklinde tanımlanmaktadır.

### Örnek:

1 Kasım’da doğan bir bebek, 28 Kasım’da tamamlanacak dört haftalık sürede yenidoğan olarak tanımlanırken; 29 Kasım’da artık yenidoğan tanımının dışındadır. Kodlama olarak genellikle “P”li kodları içermektedir. Kodlama tekniği olarak kendine özgü kuralları bulunmaktadır.

## Z38 Doğum Yerine Göre Canlı Doğmuş Bebekler

Z38 kategorisindeki kodları atarken, aşağıda durumları dikkate almak gerekir.

- 1) Hastanede doğan, hastane dışında doğup doğum sonrasında hemen hastaneye yatırılmış bebeklerde kullanılır. Yenidoğan (sünnet edilmiş bebekler dâhil olmak üzere) tamamen sağlıklı olduğunda **ana tanı** olarak atanmalıdır.

### Örnek:

Vajinal yolla evde doğan, morbiditesi olmayan yenidoğan,

**Z38.1 Tek doğum, hastane dışında** olarak kodlanır.

- 2) Doğum epizodunda ortaya çıkan herhangi bir morbidite durumu varsa;

**Ana Tanı:** Morbidite ( Hastalık )

**Ek Tanı:** Z38 Kategorisinden uygun kod atanır.

**Örnekler:**

- a. Yenidoğan, hastanede doğum, solunum distres sendromu ile birlikte, vajinal doğum.

**Ana Tanı:** P22.0 Yenidoğanın solunum distres sendromu

**Ek Tanı:** Z38.0 Tek doğum, hastanede

- b. Yenidoğan, hastanede doğum, bronşiyolit ile birlikte, vajinal doğum.

**Ana Tanı:** J21.9 Yenidoğan bronşiyoliti

**Ek Tanı:** Z38.0 Tek doğum, hastanede

(Perinatal dönemde meydana gelebilen bronşit gibi bazı durumlar, ICD Tabular Liste Bölüm XVI kapsamında gruplanmayabilir.)

- c) “Gestasyonel yaşa göre küçük” olarak tanımlanmış(Gününe göre küçük) tek yenidoğan. Anne, hipertansif olarak belirtilmiş.

**Ana Tanı:** P05.1 Hamilelik yaşına göre küçük

**Ek Tanı:** Z38.0 Tek doğum, hastanede

(Kayıta yer alan ana tanı ile hipertansiyon arasında hiçbir ilişki olmadığından hipertansiyon kodlanmaz.)

- 3) Z38 kategorisindeki kodlar, ikinci yatışta veya bu yatıştan sonraki yatışlarda tedavi söz konusu ise **kullanılmaz**.

**Örnekler:**

- a) Yenidoğan, erkek, elektif alt segment sezeryan kesisi sonrasında A hastanesinden B hastanesine sevk, iki günlük, respiratuvar distres sendromu ve pnömotoraks ile birlikte

A Hastanesi

**Ana Tanı:** P22.0 Yenidoğanın solunum distres sendromu

**Ek Tanı:** P25.1 Pnömotoraks, perinatal dönemde başlayan

**Z38.0 Tek doğum, hastanede**

B Hastanesi

**Ana Tanı:** P22.0 Yenidoğanın solunum distres sendromu

**Ek Tanı:** P25.1 Pnömotoraks, perinatal dönemde başlayan

- b) Yenidoğan, sünnet edilmek üzere 7 günlük iken tekrar hastaneye yatış.

**Ana Tanı:** Z41.2 Rutin ve dini sünnet

30653-00 [1196] Erkek sünneti

## Evlat Edinme

“Evlat edinme” statüsündeki sağlıklı bir yenidoğan ise;

**Z02.8 İdari amaçlar için diğer muayeneler** kapsamında kodlanmalıdır.

## Maternal Diyabetle Birlikte Gelişen Neonatal Komplikasyonlar

Diyabet hastası bir annenin yenidoğan bebeğinin kan şekerinde, genellikle annenin durumuna bağlı, geçici düşüş görülür. Bu durum annenin önceden şekeri olması ya da hamilelikte olan (gestasyonel)şekerinin olmasına göre değişik şekilde kodlanır.

P70.1 Diabetik anne çocuğu sendromu veya

P70.0 Gestasyonel diabeti olan anne çocuğu sendromu

Laboratuvar raporları ile doğrulanmalı ve klinik tedavi uzmanınca açıklanmalıdır.

## Maternal Nedenler ve Doğum Travmasından Etkilenen Yeni Doğanlar

Yenidoğanın bir maternal durumdan etkilendiğini belirtmek amacıyla kullanılmalıdır. Burada dikkat edilmesi gereken husus; annenin maternal durumunun ya da doğum komplikasyonunun yenidoğanda bir soruna yol açmasıdır. Bu durum yeni doğanın dokümantasyonunda net bir şekilde anne ile ilişkilendirilerek belirtilmelidir ve **P00-P04 arasındaki uygun kodlardan atanmalıdır**.

Bu nedenle yenidoğanın durumuna ilişkin (probleme ilişkin) bir kod ve annenin bu duruma sebebiyet veren maternal durumunu belirten (nedene ilişkin) diğer bir kod olmak üzere iki kod atanır.

Her zaman, probleme ilişkin kodu ana tanı , nedene ilişkin kodu ise ek tanı olmalıdır.

**P00-P04 kategorisindeki bir kod hiçbir zaman yenidoğana ilişkin ana tanı kodu olmayacaktır.**

	P00-P04 Maternal faktörler ve gebelik, doğum eylemi ve doğum komplikasyonlarından etkilenen fetüs ve yenidoğan
	P00 Mevcut gebelikte ilgili olmayan maternal durumların etkilediği fetüs ve yenidoğan
	P01 Gebeliğin maternal komplikasyonlarından etkilenen fetüs ve yenidoğan
	P02 Plasenta, kord ve membranların komplikasyonlarından etkilenen fetüs ve yenidoğan
	P03 Doğum eylemi ve doğumun diğer komplikasyonlarından etkilenen fetüs ve yenidoğan
	P04 Plasenta veya anne sütünden geçen zararlı etkenlerden etkilenen fetüs ve yenidoğan

P00-P04 kategorisindeki kodların ne zaman kullanılacağına ilişkin herhangi bir süre sınırlaması yoktur.

**Örnek:**

DES'e (dietilstilbestrol) intraüterin maruz kalmaya bağlı vajinal berrak hücreli adenokarsinoma. Hasta şu anda 25 yaşındadır.

**Ana Tanı:** C52 Vajinada habis neoplazma

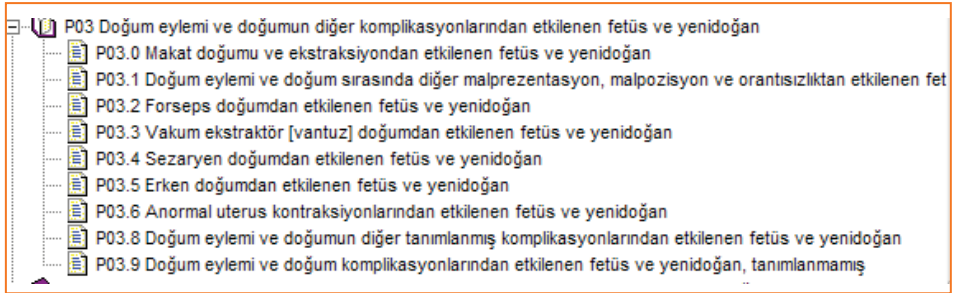
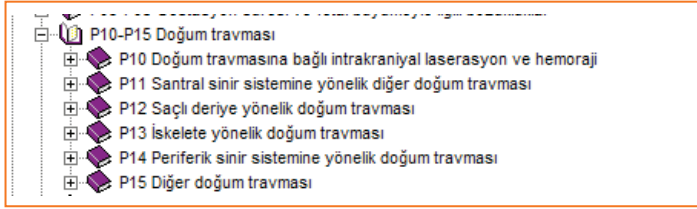
**Ek Tanı:** M8310/3 Berrak hücreli adenokarsinoma NOS

P04.1 Fetüs ve yenidoğan, etkilenmiş, diğer maternal medikasyonlardan

Y42.5 Östrojen ve diğer progestagenler (terapötik kullanımda ters etkiler doğuran)

**Yenidoğanı Etkileyen Doğum Komplikasyonlarında Kodlama**

Doğum travmasından (P10-P15) etkilenen yenidoğan kodlaması yapılırken neden sonuç ilişkisine bağlı olarak; doğum travması (P10-P15) kategorisinden uygun kodlar **ana tanı**, etkilenen yenidoğana ilişkin durum (P03 Fetüs ve yenidoğanı etkileyen doğum süreci ve doğumun diğer komplikasyonları) **ek tanı** olarak kodlanmalıdır.

**Örnek:**

Sezeryan sonucunda skalpel yaralanması (dikilmeyi gerektirmektedir) ile birlikte tek yenidoğan.

**Ana Tanı:** P15.8 Doğum yaralanmaları diğer, tanımlanmış

**Ek Tanı:** P03.4 Sezeryan doğumdan etkilenmiş fetüs ve yenidoğan

Z38.0 Tek doğum, hastanede

## Maternal Neden, Bir Yenidoğan İçin Normal Sağlık Hizmetlerinden Daha Fazlasının Sunulmasını Gerektirmişse;

- a. Z76.2 Sağlıklı bebek ve çocukların diğer sağlık gözetim ve bakımı kodlanır.

### Örnek:

Sezaryen ile doğmuş tek yenidoğan, sezaryen sonrası gözetim için özel bakıma yatırışı yapılmış. Kaydedilen herhangi bir problemi de bulunmamaktadır.

**Ana Tanı:** Z76.2 Sağlıklı bebek ve çocukların diğer sağlık gözetimi ve bakımı

**Ek Tanı:** Z38.0 Tek doğum, hastanede

- b. Araştırması yapılması gereken bir riski bulunan, ancak muayene ve gözlem sonucunda, başka tedavi veya tıbbi bakıma ihtiyaç duymadıkları ortaya konulan sağlıklı yenidoğanlara ilişkin kayıtlarda;

**Z03.7 Yenidoğanın gözlem ve değerlendirilmesi, şüpheli durum yokken** kodu atanır.

## Masif Aspirasyon Sendromu (MAS)

Mekonyum aspirasyonu sendromu da denir. Fetüs, uterus veya doğum kanalındaki iken nefes almakta zorlandığında ve mekonyum bulunabilecek olan amniyotik, vajinal veya orofaringeal sıvıları içine çektiğinde meydana gelir.

MAS'ın erken ve hafif formlarında, doğumdan sonra dispne oluşabilir ve 2-3 gün sürerken

daha şiddetli formlarında ise, yüksek düzeyde yoğun bakım desteği gerektirmekte ve bu durum ölümcül olabilmektedir.

MAS'ın tedavisinde ana hedef, mekonyumun bebeğin başı ilerledikçe ağızdan ve nazofarinksten, daha sonra da laringoskopi altında farinks ve trakeadan emilerek temizlenmesidir. Gerekirse entübasyon ve yinelenen emme, solunum desteği ve genel yoğun bakım sağlanır.

### Kodlamada dikkat edilecek hususlar:

- a) **En az 24 saatlik** bir süreyle oksijen desteği ihtiyacı duyulan, önemli bir solunum yolu hastalığı görülen MAS vakalarında;

P24.- Neonatal aspirasyon sendromu kategorisinden uygun kodlar atanır.

- b) **24 saatten daha az** süre oksijen ihtiyacı olan MAS vakalarında ise;

P22.1 Yenidoğanın geçici takipnesi kapsamında kodlama yapılır.

## Yenidoğanın Geçici Takipnesi

Doğumun ilk dakikaları ile ilk saatlerinde başlayan, en çok bilinen yenidoğan sendromudur. Solunum sayısındaki artış yani takipne ile karakterizedir. Genellikle 24 saat içinde iyileşmekte ancak, günlerce de devam edebilmektedir.

Sonuçta aşağıdaki durumların varlığında bebeklere; P22.1 Yenidoğanın geçici takipnesi kodu atanmalıdır:

- » Yenidoğanın geçici takipnesinde oksijen tedavisinin süresine bakılmaksızın
- » Mekonyum aspirasyonu sendromu veya masif aspirasyon sendromunda oksijen desteği tedavisi 24 saatten daha az bir süre için gerektiğinde

## Solunum Distres Sendromu/Hiyalin Membran Hastalığı/Sürfaktan Eksikliği

Solunum distres sendromu veya hiyalin membran hastalığı, sürfaktan eksikliği ile eş anlamlıdır ve hayatı tehdit edici bir hastalık olup, sık sık mekanik ventilasyon desteği gerektirir;

P22.0 Yenidoğanın solunum distres sendromu olarak kodlanır.

**Tanımlanmamış solunum distresi** tanımlaması, tanı değil bir semptom olduğundan kesin tanıyla ilgili bilgiler için klinisyene başvurulmalıdır.

## Yenidoğanlara Özgü Özel İşlemler

Yenidoğanlarda birtakım özel durumların haricinde kodlama yapısı, diğer kodlamalara göre farklılık göstermemektedir. Yenidoğanda her işlem kodlanır anlayışı hatalara sebebiyet vermektedir. Özellikle olan işlemlerle ilgili standartlar aşağıda yer almaktadır.

### 1) Enteral İnfüzyon

Mide tüpü veya tüple beslenme anlamına gelmektedir.

96202-07 [1920] Farmakolojik ajanın enteral yolla verilmesi, besleyici maddeler

### **Kodlamada dikkat edilecek hususlar;**

Yalnızca bir bakım epizodunda birden fazla (> 1) uygulanırsa atanmalıdır.

Bu kod, mide tüpü girişimleri için kullanılmamalıdır.

## 2) Oksijen Tedavisi

Oksijen tedavisi uygulanan yenidoğanlarda, toplam **4 saatten daha uzun** bir süre için gerçekleştirilmişse (çadır, baş çadırı, maske veya kanül ile) atanmalıdır.

92044-00 [1889] Oksijen zenginleştirmesi, diğer

Oksijen tedavisi gerektirebilecek tanı örnekleri arasında;

P22.1 Yenidoğanın geçici takipnesi

P22.8 Yenidoğanın diğer solunum distressi yer alır.

## 3) Parenteral Sıvı Tedavisi

Serum veya besleyici maddelerin ağız yolu ile değil damar yolu, adale içi gibi yollarla verilmesidir.

96199-07 [1920] Farmakolojik ajanın intravenöz yolla verilmesi, besleyici madde

96199-08 [1920] Farmakolojik ajanın intravenöz yolla verilmesi, elektrolitler, karbonhidrat, hidrasyon veya elektrolit bozuklukları için kullanılırlarsa atanmalıdır.

Parenteral sıvı tedavisi gerektirebilecek tanı örnekleri arasında;

Neonatal Hipoglisemi;

P70.- Karbonhidrat metabolizmasının geçici bozuklukları, yenidoğan ve fetüse özgü

Diğer Geçici Neonatal Elektrolit Bozuklukları;

P74.- Geçici diğer neonatal elektrolit ve metabolizma bozuklukları yer alır.

## 4) Parenteral Antibiyotik/Anti-İnfektifler

Antibiyotik ve diğer ilaç türlerinin enjeksiyonuna ilişkin işlem kodları, **24 saatten daha uzun bir süre için verilirse** atanmalıdır.

Bu tedaviyi gerektirebilecek tanı örnekleri arasında;

Perinatal Enfeksiyon;

P39.8 Perinatal döneme tanımlanmış diğer özel enfeksiyonlar

Neonatal Sepsis;

P36.- Yenidoğanın bakteriyel sepsisi yer alır.

### 5) Fototerapi

Yenidoğanlarda sarılık durumunun varlığında, uygulanan fototerapi işleminin 12 saatten uzun olup olmadığına bakılır. İşlem 12 saatin üzerinde ise kodlanır.

İşlem kodu;

90677-00 [1611] Diğer fototerapi, deri'dir.

### 6) Transfüzyonlar

Yenidoğanlarda kan nakli ve diğer serum ürünlerinin verilmesi durumunda; aşağıdaki işlem kodları atanmalıdır.

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)

Transfüzyon gerektirebilecek tanı örnekleri şöyledir:

P50.- Fetal kan kaybı

P61.3 Fetal kan kaybına bağlı konjenital anemi

P61.4 Konjenital diğer anemiler, başka yerde sınıflanmamış

P61.1 Polisitemia neonatorum

P61.2 Prematürite anemisi

R57.9 Şok, tanımlanmamış

P74.1 Yenidoğanın dehidratasyonu

### Maternal Hastalık / Bakım Sağlayamama

Yenidoğanlarda herhangi bir sağlık problemi olmamasına rağmen anneden kaynaklanan problemler ve bakımını gerçekleştiremeyecek olması durumunda, bakım ihtiyacı 24 saatin üzerinde olduğu durumlarda atanmalıdır.

Bu tür durumlar arasında “evlat edinme” grubuna giren bebeklerde;

Z02.8 İdari amaçlar için diğer muayeneler kodu atanırken,

Maternal ölüm nedeniyle bakım yapılan bebeklerde ise

P01.6 Maternal ölümden etkilenen fetus ve yenidoğan kodu atanır.



## Neonatal Sepsis/ Sepsis Riski

Doğumdan sonra ilk 28 günde gelişen invazif bakteriyel enfeksiyon olarak tanımlanabilir. Erken ve geç başlangıçlı olarak iki ana gruba ayrılır.

- a. **Erken başlangıçlı neonatal sepsis:** Vakaların yarısından fazlasında doğumun ilk 6 saatinde klinik olarak belirgindir; büyük çoğunluğu doğumdan sonra ilk 72 saat içinde gelişir.
- b. **Geç başlangıçlı neonatal sepsis:** Genellikle doğumdan 4 gün sonra gelişir ve nazokomiyal (hastane kaynaklı) olarak kazanılmış enfeksiyonlardan oluşur.

İnvazif neonatal enfeksiyonun risk faktörleri arasında yer alan durumlar:

- » 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.

Neonatal sepsis gibi spesifik bir enfeksiyon görülen yenidoğanlar için, uygun tanı kodu, herhangi bir ilgili işlem kodu ile birlikte atanır.

- » 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 gözleme alınmış ve sepsis için profilaktik tedavi başlatılmamışsa;
    - Z03 *Şüpheli hastalıklar ve durumlar için tıbbi gözlem ve değerlendirme* kategorisinden uygun kod atanır.
  - Yenidoğan profilaktik tedavi görmüşse;

Z03 Şüpheli hastalıklar ve durumlar için tıbbi gözlem ve değerlendirme kategorisinden bir kod, Z29 Profilaktik diğer tedbirler ihtiyacı kategorisinden bir kod ve uygun işlem kodları olarak kodlanmalıdır.

## Düşük Doğum Ağırlığı ve Hamilelik Yaşı

Hasta dosyasında hem doğum ağırlığının hem de gestasyonel yaşın (hamilelik yaşının) belirtildiği durumlarda gestasyonel yaşla ilgili uygun kod ana tanı; doğum ağırlığı ile ilgili uygun kod ek tanı olarak atanır.

**a.** Aşağıda belirtilen kodlar bebeğin sonraki bakım epizotlarında değil doğumdaki ağırlığı ile ilgilidir:

P07.0- İleri derece düşük doğum ağırlığı ve

P07.1- Düşük doğum ağırlığı olan diğer vakalar kodu

**b.** Aşağıda belirtilen kodlar ise; bebeğin kaç yaşında olduğu değil hamileliğin ne kadar sürdüğü (bir başka deyişle, fetüsün uterusu kaldığı süre) ile ilgilidir:

P07.2- İleri derecede immatürite ve

P07.3- Miat öncesi diğer infantlar kodu

“P07 Kısa hamilelik ve düşük doğum ağırlığıyla ilgili bozukluklar, başka yerde sınıflanmamış” kategorisindeki kodlar **doğum epizodundan sonraki epizotlar için kullanılırken** beşinci kırılım doğum epizodundaki doğum ağırlığı ile hamilelik yaşına uygun olmalıdır.

Hasta dosyasında normal hamilelik yaşındaki düşük doğum ağırlığına ilişkin bir kod bebeğin kaydında yer aldığı zaman ve ek tanı kriterlerine uygunsa atanmalıdır. **Söz konusu kod, miadında ağırlığı 2500 g'nin altında olan her bebek için kullanılmamalıdır.**

Miadında 2500 g'ın altındaki durumlar için;

P05.0 Hamilelik yaşına göre hafif veya

P05.1 Hamilelik yaşına göre küçük kodları atanmalıdır.

**P07** Kısa hamilelik ve düşük doğum ağırlığıyla ilgili kodlar, düşük doğum ağırlıklı bir **prematürite** durumlarında kodlanmalıdır.

## Prematürite Kodlama Kuralları

**a.** Doğum için hastaneye yatışlarda;

**Ana Tanı:** P07.2- İleri derecede immatürite veya

P07.3- Miat öncesi diğer infantlar kodlarından biri olacaktır.

**Ek Tanı:** P07.0- İleri derecede düşük doğum ağırlığı  
P07.1- Düşük doğum ağırlığı kodlarından biri olacaktır.

**b.** Doğum sonrası spesifik bir durumun tedavisine yönelik yatışlarda

**Ana Tanı:** Söz konusu spesifik durum,

**Ek Tanı:** P07 Kısa hamilelik ve düşük doğum ağırlığıyla ilgili bozukluklar, başka yerde sınıflanmamış kategorisindeki kodlar ek tanı kriterlerini karşılırsa kodlanmalıdır.

**c.** Doğum sonrası prematüritenin tek yatış sebebi olduğu durumlarda (izleme, kilo alımı veya beslenme için hastaneye yatırma)

**Ana Tanı:** P07'den bir kod olmalıdır.

Ancak, yatışta bebek 28 günden büyükse ve ağırlığı  $\geq 2500$  g ise,

**Ana Tanı:** Z51.88 Tıbbi bakım, diğer, tanımlanmış

**Ek Tanı:** P07'den bir kod atanır.



TIG

# Sürekli Solunum Desteği - Mekanik Ventilasyon

## MEKANİK VENTİLASYON

Mekanik ventilasyon, hastanın kendi solunum çabasını artıran veya yapay yolla solunumunu sağlayan bir mekanik cihaz aracılığıyla gazların akciğerlere taşınması işlemidir. Solunum desteğinin sağlanabilmesi için hasta ya entübe edilir ya da trakeostomi uygulanır.

### Ventilasyonun Kodlama Basamakları

#### A. Ventilasyonun Süresi

Sürekli solunum desteğinde(SSD) öncelikle süreye bakılır.

- » 13882-00 [569] *Sürekli solunum desteği kullanımı, ≤ 24 saat*
- » 13882-01 [569] *Sürekli solunum desteği kullanımı, > 24 ve < 96 saat*
- » 13882-02 [569] *Sürekli solunum desteği kullanımı, ≥ 96 saat*

SSD'de **süre** ile ilgili dikkat edilmesi gereken noktalar:

- » 24 saatin altında olan SSD
  - Cerrahi bir girişimin parçası olarak yapılmışsa **kodlanmaz**.
  - SSD cerrahi bir girişimin parçası olarak yapılmadığı kendi başına spesifik bir işlem olduğu zaman 24 saatin altında dahi olsa **kodlanır**.

#### Örnek:

Trafik kazası sonucu kafa travması bulunan hastada meydana gelen solunum sıkıntısını düzeltmek için yapılan 24 saatin altındaki SSD **kodlanır**.

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

**Örnek:**

Parsiyel nefrektomi sebebiyle saat 08.00'da operasyona alınan hastanın entübasyonundan sonra gelişen komplikasyonlar sebebiyle 32 saatlik ventilasyon ihtiyacı oluşmuştur.

Bu örnekte olduğu gibi cerrahinin parçası olarak başlayan ventilasyon 24 saatin üzerine çıktığı zaman başlama anından itibaren toplam süresi hesaplanır ve ne kadar süre geçmişse ona göre süre kodlaması yapılmalıdır.

Süre için kod:

13882-01 [569] *Sürekli solunum desteği kullanımı, > 24 ve < 96 saat* (toplam 32 saat olduğu için)

**Not:** 24 saati geçince kodlanır cümlesi, kodlamanın kriteri olarak ele alınır. Süre olarak ne kadar ventilasyonda kalmışsa **toplam süre** dikkate alınır. Toplam süreden 24 çıkartılarak kodlanır gibi yanlış anlamlar çıkarılmaması gerekmektedir.

**B. Başlangıç Yeri**

SSD nerede uygulanmaya başlanmışsa ona yönelik bir kod kullanılması gerekmektedir. Yoğun bakımda olup olmadığının tespiti burada önemli bir kriter olarak yer almaktadır.

Yoğun bakım ünitesi dışında ile kast edilen durum: SSD'nin bu yatış sırasında başlatıldığını ancak, uygulamanın yoğun bakımda olmadığını servis ve diğer bölgelerde yapıldığını ifade eder. (örneğin; SSD'nin acil servis, diğer servisler, doğumhane veya ameliyathanede başlatılması)

- » 13857-00 [569] *Sürekli solunum desteği, yoğun bakım ünitesi dışında*
- » 13879-00 [569] *Sürekli solunum desteği, yoğun bakım ünitesinde*

**Not:** Başka bir hastaneden ventilasyonda sevkli gelen hastaların başlangıcına ilişkin bir kod atanmazken, bu tür hastalarda **sadece süreye** ilişkin bir kod atanması gerektiği unutulmamalıdır.

**Örnek:**

A hastanesinde yoğun bakımda başlatılan ve toplam 36 saat süren SSD devam ederken hasta, B hastanesine sevk edilmiş ve B hastanesinde de toplam 126 saat SSD almıştır. İlgili hastanelerin SSD için kodlamaları nasıl olmalıdır?

**A hastanesi:** SSD'ye yönelik kodlamaları şu şekilde olmalıdır;

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

13879-00 [569] *Sürekli solunum desteği, yoğun bakım ünitesinde* olarak toplam 2 kod ataması gerekirken,

**B hastanesi:** SSD'ye yönelik kodlamaları şu şekilde olmalıdır;

13882-02 [569] *Sürekli solunum desteği kullanımı,  $\geq 96$  saat*, olmak üzere yalnızca 1 kod ataması gerekmektedir.

### C. Başlatma Şekli

SSD'nin gerçekleşmesi için uygulanan trakeostomi ya da entübasyon için bir takım kriterler bulunmakta olup, kodlama açısından dikkat edilmesi gerekmektedir.

- » SSD ile birlikte gerçekleştirilen **trakeostomiler** mutlaka bir ek kod ile belirtilir.
  - 41880-00 [536] *Perkütan trakeostomi*
  - 41883-00 [536] *Açık trakeostomi, geçici*
  - 41883-01 [536] *Açık trakeostomi, kalıcı*

Yapılan trakeostomi türüne göre yukarıdaki kodlardan uygun olanı kodlanacaktır.

- » SSD ile birlikte gerçekleştirilen **entübasyonlarda** ise; hastanın 16 yaş ve üzeri ile 15 yaş ve altı olarak iki farklı gruba ayrılması ve kodlamanın buna göre yapılması büyük önem arz etmektedir.
- » Entübasyonlarda bir diğer önemli husus da;
  - Entübasyon, ventilasyon için yapılmış ise yaş kriterine göre kodlaması yapılır.
  - Ventilasyon için olmayan entübasyonlar yaş kriterine bakılmaksızın kodlanır.

### 16 yaş altındaki hastalarda Ventilasyon için yapılan entübasyonlar

- » Ventilasyon kodlarına ek olarak uygun entübasyon kodu atanır.
  - 22007-00 [568] *Endotrakeal entübasyon kullanımı, tekli lümen*
  - 22008-01 [568] *Endotrakeal entübasyon kullanımı, çift lümen*
  - 90179-02 [568] *Nazofaringeal entübasyon kullanımı*
  - 90179-06 [568] *Trakeostomi kullanımı*
  - 92035-01 [568] *Solunum yolunun diğer entübasyonunun kullanımı*

Entübasyonlar kodlanırken;

1. Ventilasyondan bağımsız, yalnız başına bir işlem olarak entübasyon;  
Entübasyonların bu bölümüne ilişkin kodlamada genel olarak sonu tekli rakamlarla biten kodlar kullanılır.

22007-01 endotrakeal entübasyon tedavisi, tekli lümen

22008-01 endotrakeal entübasyon tedavisi, çift lümen

90179-05 nazofarenjiyal entübasyon tedavisi

2. Ventilasyon için gerçekleştirilmiş entübasyon;

Entübasyonların bu bölümüne ilişkin kodlamada genel olarak sonu çift sayılarla biten kodlar kullanılır.

22007-00 endotrakeal entübasyon, tekli lümen

22008-00 endotrakeal entübasyon, çift lümen

90179-02 nazofarenjiyal entübasyon

### 22007-00 endotrakeal entübasyon, tekli lümen

endotrakeal entübasyon NOS

**Haric** : tek başına endotrakeal entübasyon tedavisi (22007-01 [568])

> 15 yaşındaki hastada devamlı ventilatör desteği ile birlikte — kodu atlayın

### 22008-00 endotrakeal entübasyon, çift lümen

> 15 yaşındaki hastada devamlı ventilatör desteği ile birlikte — kodu atlayın

tek başına endotrakeal entübasyon tedavisi (22008-01 [568])

### 90179-02 Nazofarenjiyal entübasyon

tek başına nazofarenjiyal entübasyon tedavisi (90179-05 [568])

> 15 yaşındaki hastada devamlı ventilatör desteği ile birlikte — kodu atlayın

## 16 yaş üstündeki hastalarda Ventilasyon için yapılan entübasyonlar

- » Ventilasyon kodlarına ek olarak entübasyon kodu **atanmaz**.

### Örnek 1:

Aşağıda kodlama ekranı verilen örnek dosyanın entübasyon kodlaması ile ilgili nasıl bir yorum yapılabilir?



TIG :  Yatış : 6 Cinsiyet Kadın Yaş : 87 Yatış No

Sınıf : Dahiliye TaburcuTa : 08-10-2012 Kayıt Ta : 30-10-2012 MDC : 04

**TIG Açıklama**  
Kronik Obstrüktif Havayolu Hastalığı (KOAH), Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan

**MDC Açıklama**  
MTS - 04 Solunum Sistemi Hastalıkları

KODSIRASI	KODTIPI	KOD	KODACIKLAMA	DONEM
1	I	J44.1	Akut alevlenme ile birlikte kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tanımlanmamış	24
2	I	J45.1	Nonallerjik astım	24
2	A	96157-00	Respiratuar kanalın noninsizyonel direnaji	24
3	I	J16.8	Diğer tanımlanmış enfeksiyöz organizmalara bağlı pnömoni	24
3	A	22007-00	endotrakeal entübasyon, tekli lümen	24
4	I	I46.9	Kardiyak arrest, tanımlanmamış	24
5	I	Z86.6	Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları kişisel öyküsü	24
6	I	R00.0	Taşikardi, tanımlanmamış	24
7	I	I89.9	Dekubitus (basıl) ülseri, tanımlanmamış	24

Yukarıda verilen ekran çıktısı dikkate alındığı zaman entübasyon eğer ventilasyonun başlatılması için yapılmamışsa (kodlamada ventilasyona ait kodlar yok) kodu hatalı kodlanmıştır.

22007-01 olarak belirtilen endotrakeal entübasyon tedavisi, tekli lümen kodu atanmalıdır.

(ekran çıktısındaki ventilasyon yokluğu doğru kabul edilerek yapılan yorumlamadır.)

## Örnek 2:

Aşağıda kodlama ekranı verilen örnek dosyanın ventilasyon ve entübasyon kodlamaları ile ilgili nasıl bir yorum yapılabilir?

TIG : E40Z Yatış : 38 Cinsiyet Erke Yaş : 61 Yatış No

Sınıf : Diğer TaburcuTa : 06-06-2012 Kayıt Ta : 11-06-2012 MDC : 04

**TIG Açıklama**  
Solunum Sistemi Tanısı, Ventilatör Desteği Bulunan

**MDC Açıklama**  
MTS - 04 Solunum Sistemi Hastalıkları

KODSIRASI	KODTIPI	KOD	KODACIKLAMA	DONEM
1	I	J44.1	Akut alevlenme ile birlikte kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tanımlanmamış	20
2	I	J18.9	Pnömoni, tanımlanmamış	20
2	A	56301-01	Göğüs ve abdomenin komputeze tomografisi	20
3	A	22007-00	endotrakeal entübasyon, tekli lümen	20
4	A	13879-00	devamlı ventilatör desteği, yoğun bakım ünitesinde başlangıç	20
5	A	13882-01	devamlı ventilatör desteğinin idamesi, 24 saatten fazla ve 96 saatten az	20

Arka sayfadaki ekran çıktısı dikkate alındığı zaman ventilasyonun yoğun bakımda ve 24-96 saat arası yapıldığı görülmektedir. Ventilasyonun olduğu durumlarda entübasyon kodlaması için yaşa bakılması gerektiği üst bölümde anlatılmıştı. Bu hasta için yaşa bakıldığı zaman 61 yaş olması yani 16 yaş ve üzeri hastalarda ventilasyonun başlatılması için kullanılan entübasyonun kodlanması gerektiğine göre bu hasta için entübasyon kodu yanlış kodlanmış gibi görünmektedir. Tüm bu hastalarda sadece bu ekran çıktısına göre, yani kodlamaya göre hasta hakkında kesin yorum yapamayız. Hasta dosyasını mutlaka görerek en doğru yorumu yapabiliriz ancak bu hasta için farklı bir zamanda entübasyon yapılmış olabilir mi sorusu da akla gelebilir, böyle bir durum olması durumunda da entübasyon kodunun yine yanlış olduğu görülmektedir, çünkü entübasyon kodu ventilasyonun başlatılması için kullanılan kod olarak kodlanmıştır.

#### D. Sonlandırma yöntemleri

SSD kapsamında yapılan sonlandırma yöntemleri (CPAP, BİPAP, IPBB) **kodlanmaz**.

#### Örnek:

- » Aşağıda kodlama ekranı verilen örnek dosyanın ventilasyon, entübasyon ve non invaziv ventilasyon kodlamaları ile ilgili nasıl bir yorum yapılabilir?

TİG : <input type="text"/>	Yaş : 9	Cinsiyet Kadın	Yaş : 81	Yaş No <input type="text"/>
Sınıf : Cerrahi	TaburcuTa : 21-06-2012	Kayıt Ta : 16-07-2012	MDC : 01	

TİG Açıklama  
Trakeostomi veya Ventilasyon, 95 saat üzeri

MDC Açıklama  
MTS - 01 Sinir Sistemi Hatalıkları


KODSIRASI	KODTIPI	KOD	KODACIKLAMA	DONEM
1	I	I63.0	Preserebral arter trombozuna bağlı serebral enfarktüs	21
2	I	I10	Esansiyel (primer) hipertansiyon	21
2	A	96019-00	Biyomekanik değerlendirme	21
3	I	H57.0	Pupiller fonksiyon anomalleri	21
3	A	22007-00	endotrakeal entübasyon, tekli lümen	21
4	I	R06.8	Solumunun diğer ve tanımlanmamış anormallikleri	21
4	A	13879-00	devamlı ventilatör desteği, yoğun bakım ünitesinde başlangıç	21
5	I	N39.0	Üriner kanal enfeksiyonu, bölge tanımlanmamış	21
5	A	13882-02	devamlı ventilatör desteğinin idamesi, 96 saat veya daha fazla	21
6	I	A41.51	Escherichia coli [E.coli] ye bağlı sepsis	21
6	A	92040-00	İntermitan pozitif basınçlı solunum [IPPB]	21

Yukarıdaki ekran çıktısına göre dosya hakkında net yorum yapmak mümkün olmamaktadır. Ancak olabilecek alternatif durumlar hakkında yorumlar şu şekilde olabilir;

- » Ventilasyon için yoğun bakımda başlatılan, 96 saat üzeri bir ventilasyon olduğu kodlanmıştır. Böyle bir durumda entübasyon ventilasyonun başlatılması için kullanılan bir yöntemse hatırlayacağınız gibi hastanın yaşına bakılması gerekir. Bu hasta 81 yaşında olduğuna göre başlatma amaçlı yapılan bir entübasyon ise kodlanması hatalı olarak görülmektedir. Entübasyon ventilasyonun başlatma yöntemi olarak değil de kendi başına ayrı bir işlem olarak farklı bir zamanda yapıldı demek istenmiş ise o zamanda kendi başına uygulanan entübasyon kodu için hatalı bir kodlama olmuş olur.
- » İntermittan pozitif basınçlı solunum (IPPV) ise eğer, ventilasyonun sonlandırma yöntemi olarak yapılmışsa hatalı olarak kodlanmış olur çünkü ventilasyonlarda sonlandırma yöntemi olarak uygulanan IPPV kodlanmaz. Ancak IPPV ventilasyonun sonlandırma yöntemi olarak değil farklı bir zamanda kendi başına uygulanan bir işlem olması nedeniyle kodlanmış ise o zaman kodlama doğru olarak yorumlanabilir.

### Örnek:

Aşağıda kodlama ekranı verilen örnek dosyanın ventilasyon, entübasyon ve non invaziv ventilasyon kodlamaları ile ilgili nasıl bir yorum yapılabilir?

TIG :  Yaş : 6 Cinsiyet Kad  Yaş : 0 Yatış No

Sınıf : Dahiliye TaburcuTa : 11-10-2012 Kayıt Ta : 12-10-2012 MDC : 15 Bağlı : 3,81

**TIG Açıklama**

Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 2499 g Üzeri, Önemli Ameliyathane İşlemi Olmaksızın, Çoklu Majör Problemlerin Eşlik Ettiği

**MDC Açıklama**

MTS - 15 Yenidoğan (ve Diğer Neonatlar)

Yatış No'ya Göre					
#	KODSIRASI	KODTIPI	KOD	KODACIKLAMA	DONEM
1	I		P22.0	Yenidoğanın solunum distres sendromu	24
10	A		96098-00	Parenteral nutrisyonel destek	24
11	A		92037-00	Nazogastrik tüp irrigasyonu	24
2	I		P07.32	Diğer preterm infant, tamamlanmış 32 hafta veya daha fazla fakat 37 tamamlanmış haftadan az	24
2	A		13879-00	devamlı ventilatör desteği, yoğun bakım ünitesinde başlanmıştır	24
3	I		Q21.19	Diğer atrial septal defekt	24
3	A		13882-01	devamlı ventilatör desteğinin idamesi, 24 saatten fazla ve 96 saatten az	24
4	A		22007-01	endotrakeal entübasyon tedavisi, tekli lümen	24
5	A		92038-00	devamlı pozitif hava yolu basıncı [CPAP]	24

Yukarıdaki ekran çıktısına göre dosya hakkında net yorum yapmak mümkün olmamaktadır. Ancak olabilecek alternatifler hakkında yorumlar şu şekildedir;

- » Ventilasyon için yoğun bakımda başlatılan, 24-96 saat arası bir ventilasyon söz konusu. Böyle bir durumda entübasyon, ventilasyonun başlatılması için kullanılan bir yöntemse hatırlayacağımız gibi hastanın yaşına bakılması gerekir. Bu hasta yenidoğan olduğuna göre başlatma amaçlı yapılan bir entübasyon ise kodlanması gerekmektedir. Ancak entübasyon ventilasyonun başlatılması için kullanılmış olduğu durumlarda 22007-00 kodu olması gereklidir, entübasyonun yalnız başına bir işlem olarak yapılmasına ait kod olduğu için kodlama hatalı olmaktadır. Ancak buradaki kodlama da entübasyon kodu ventilasyonun başlatma yöntemi olarak değil de kendi başına ayrı bir işlem olarak farklı bir zamanda yapıldı anlamında kodlanmış ise; o zaman da entübasyonun ventilasyon başlatılması için kodlanması gereken kodlama yapılmamış demektir ve yine eksik bir kodlama olarak yorum yapılabilir.
- » CPAP ise eğer, ventilasyonun sonlandırma yöntemi olarak yapılmışsa hatalı olarak kodlanmış olur çünkü ventilasyonlarda sonlandırma yöntemi olarak uygulanan CPAP kodlanmaz. Ancak CPAP ventilasyonun sonlandırma yöntemi olarak değil farklı bir zamanda kendi başına uygulanan bir işlem olması nedeniyle kodlanmış ise o zaman kodlama doğru olarak yorumlanabilir.

### E. Sürenin hesaplanması

Hastanın sürekli solunum desteğinde olduğu saatler, tamamlanmış kümülatif saatler olarak alınmalıdır.

- » SSD süresini hesaplamaya aşağıdaki uygulamalardan biriyle **başlanır**:
  - **Endotrekeal Entübasyon:** SSD için entübe edilen hastalarda süre entübasyondan itibaren başlatılır. Endotrakeal entübasyon ile SSD almaya başlayan hastalarda, sonrasında trakeostomi uygulansa da süreyi entübasyonun başlangıcından itibaren almak gerekmektedir.
  - **Trakeostomi:** Trakeostomi cerrahi bir girişim olduğu ve ventilasyondan çok öncede uygulanabileceği için süre ventilasyonun başlatılması ile başlatılır.
  - **Ventilasyonda gelen hasta yatışı:** Süre geliş saatinde başlatılır.
- » SSD süresinin hesaplanması aşağıdaki uygulamaların biri ile **bitirilir**:
  - Ekstübasyon
  - SSD'nin herhangi bir sonlandırma dönemi ile durdurulması
  - Trakeostomili hastalarda SSD'nin kesilmesi
  - SSD'li hastanın taburcu edilmesi, ölümü veya sevki

- Epizot türünün değişmesi: süre için hastanın her bölümde aldığı süreler ayrı ayrı hesaplanır (yoğun bakım, servis, acil servis, vs.) ancak kodlarken süre olarak kümülatif tek bir süre kodu atanır.

### F. SSD'nin birden fazla uygulanması

SSD'nin aynı yatış dönemi boyunca hasta ihtiyacına göre farklı farklı dönemlerde ve farklı yerlerde SSD alma ihtiyacı olabilmektedir.

- » Sürekli solunum desteği kesildikten sonra, hastanın durumu tekrar kötüleşebilir. Aynı yatış döneminde tekrar solunum desteğine ihtiyaç duyulabilir.
- » Böyle durumlarda;  
*Sürekli Solunum desteği, yoğun bakım ünitesi dışında*  
*Sürekli solunum desteği, yoğun bakım ünitesinde* kodlarından uygun olanı ile ek kod olarak belirtilir.
- » Böyle durumların kodlanmasında süre için tek kod atanırken, başlatma yeri ile ilgili farklı zamanlarda SSD ihtiyacını göstermek için birden fazla başlatma kodları kodlanabilmektedir.

### Örnek:

73 yaşındaki erkek hasta 28 günlük yatış dönemi içerisinde önce 135 saat, yoğun bakım dışında SSD gören hasta durumu düzelmesi üzerine 7 gün boyunca ventilasyonsuz tedavi görmüştür. Ancak tedavisi devam ederken durumu tekrar kötüleşen hasta serviste yatarken, 32 saat süre ile tekrar ventilasyona alınmıştır.

Yukarıdaki dosya özeti verilen hastanın ventilasyonla ilgili kodlaması nasıl olmalıdır?

**Süre:** Toplam kümülatif saat hesaplanacağı için 167 saat süreye ilişkin kod atanır.

13882-02 devamlı ventilatör desteğinin idamesi, 96 saat veya daha fazla

**Başlatma yeri:** 2 kez yoğun bakım ünitesi dışında başlatıldığı için toplam iki kere yoğun bakım dışında başlatma kodu atanacaktır.

13857-00 devamlı ventilatör desteği, yoğun bakım ünitesi dışında başlatılması

Toplam 3 kod atanacaktır;

13857-00 devamlı ventilatör desteği, yoğun bakım ünitesi dışında başlatılması

13857-00 devamlı ventilatör desteği, yoğun bakım ünitesi dışında başlatılması

13882-02 devamlı ventilatör desteğinin idamesi, 96 saat veya daha fazla

## Sürekli Solunum Olmaksızın Entübasyon

Entübasyon havayolunu açık tutmak için bazı durumlarda (Çocuklarda krup, astım, epilepsi vs. ; yetişkinlerde yanık, şiddetli travma vs.) solunum destek sistemleri olmaksızın uygulanabilir.

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

- » 22007-01 [568] *Endotrakeal entübasyon, tekli lümen*
- » 22008-01 [568] *Endotrakeal entübasyon, çift lümen*
- » 90179-05 [568] *Nazofaringeal entübasyon*
- » 92035-01 [568] *Solunum yolunun diğer entübasyonu*

## DİĞER SOLUNUM DESTEĞİ TÜRLERİ

### 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, yüz, 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 çok amaçlı bir ventilatöre bağlı nazofaringeal entübasyon yoluyla uygulanır.
- » Bu tür durumlarda: [569] dan uygun kodlarla,
  - 90179-02 [568] *Nazofaringeal entübasyon bloğundan uygun kod atanır.*

<b>92038-00</b>	<b>devamlı pozitif hava yolu basıncı [CPAP]</b>
	İntermitan maske CPAP (maske anlamına geldiği zaman 'nazal' içerir)
	<b>Harc :</b> anlamı nazofarenjyal entübasyon olduğu zaman intermitan nazal CPAP (90179-02 [568]) entübasyon/trakeostomi yoluyla (bkz blok [569])
<b>90179-02</b>	<b>Nazofarenjyal entübasyon</b>
	tek başına nazofarenjyal entübasyon tedavisi (90179-05 [568])
	> 15 yaşındaki hastada devamlı ventilatör desteği ile birlikte — kodu atlayın
	<b>Nazofaringeal entübasyon yoluyla CPAP uygulamasında 90179-02 kodu ve ventilasyonun süresi gibi kodlar atanır.</b>

## Çift düzeyli Pozitif Havayolu Basıncı (BiPAP)

- » 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;  
İlki, 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.*

## Intermittan Pozitif Basınç Solunumu (IPPB)

- » 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 atelektazi ile erken mücadelede kullanılır.
- » Bu ventilatörler çoğunlukla ağıza konulan bir parça veya sıkıca yerleştirilmiş bir maske ile birlikte kullanılır.

## Noninvaziv 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  $\leq 1$  saatlik süre, sürekli NIV olarak kabul edilmelidir.

### *NIV'in kodlandığı durumlar*

- » Yenidoğanlar da (< 28 gün), **herhangi bir süre**
- »  **$\geq 24$  kümülatif saat** için diğer bütün hastalar

### *NIV'in kodlanmadığı durumlar*

- » 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 kodlar atanır*)
- » < 24 kümülatif saat için uygulandığında (yenidoğanlar hariç)

### SSD İçin Genel Olarak;

- » İki farklı blok ve bunların kurallarına göre kodlama yapmak gerekir.

Blok 569	Blok 568
Ventilasyonun Yeri	Endotrakeal entübasyon
Ventilasyonun Süresi	Trakeostomi tedavisi
	Noninvaziv ventilasyonlar

### » Ventilasyonla ilgili kodlamalarda;

- Süre kodu
- Başlatma yeri kodu
- Trakeostomi uygulanmışsa bir kod.
- 16 yaş altı entübasyon yapılmışsa bir kod
- Birden fazla başlatma yeri varsa bir kod

### » Entübasyonla ilgili kodlamalarda;

- Ventilasyon ile birlikte yapıldığında 16 yaş altında ise kodlanır.
- Yalnız başına entübasyon yapılırsa yaşa bakılmaksızın tüm uygulanarlarda kodlanır

### » Noninvaziv ventilasyonlarla ilgili kodlamalarda;

- Ventilasyonun sonlandırma yöntemi olarak yapılırsa kodlanmaz
- Yenidoğanlarda süreye bakılmaksızın kodlanır
- Kümülatif süre 24 saati geçen tüm hastalarda kodlanır
- Entübasyon veya trakeostomi ile uygulanırsa kodlanmaz



# Yaralanma, Zehirlenme, Toksik Etkiler ve Yanıklar

## ZEHİRLENME

Organizmada, fizyolojik bozukluklara neden olan kimyasal maddelere **zehir**, bu zehirlerle organizmanın geçici ya da sürekli olarak bozulmasına da **zehirlenme** adı verilmektedir. Zehir ve toksik madde sözcükleri gibi zehirlenme ve entoksikasyon sözcükleri de eş anlamlıdır. Zehirlenmelerin % 90'dan fazlası evlerde meydana gelmektedir. % 80-85'i kaza, % 15-20'si istemlidir. Hatalı tedavilere bağlı zehirlenmelerde olmaktadır. Zehirlenmelerden ölüm %1'in altındadır.

İlaçla zehirlenme;

- » Yanlış alınan ilaçlar,
- » İntihar ve cinayet amaçlı ilaç kullanımı,
- » Reçeteli ilaçların, reçetesiz ilaçlarla birlikte alınması olarak sınıflandırılmıştır.

**İntoksikasyon:** Mikroorganizmaların salgıladığı toksinler sonucu meydana gelen zehirlenmedir. Bir ilacın veya bir maddenin uygunsuz veya yanlış kullanılması sonucunda olur.

**T36-T50 Uyuşturucu, ilaçlar ve biyolojik maddelerle zehirlenme** kategorileri kapsamında sınıflandırılır. Bu kodlar, zehirlenmeye neden olan ilacın tipini belirtir.

[-]	[U]	T36-T50 Uyuşturucular, ilaçlar ve biyolojik maddelerle zehirlenme
[+]	[P]	T36 Sistemik antibiyotiklerle zehirlenme
[+]	[P]	T37 Diğer sistemik anti-infektifler ve antiparazitiklerle zehirlenme
[+]	[P]	T38 Hormonlar ve onların sentetik ikameleri ve antagonistleri ile zehirlenme, t
[+]	[P]	T39 Nonopioid analjezikler, antipiretikler ve antiromatiklerle zehirlenme
[+]	[P]	T40 Narkotikler ve psikodisleptiklerle [halusinojenler] zehirlenme
[+]	[P]	T41 Anestetikler ve terapötik gazlarla zehirlenme
[+]	[P]	T42 Antiepileptik, sedatif-hipnotik ve antiparkinson ilaçlarla zehirlenme
[+]	[P]	T43 Psikotrop ilaçlarla zehirlenme, başka yerde sınıflandırılmamış
[+]	[P]	T44 Esas olarak otonom sinir sistemini etkileyen ilaçlarla zehirlenme
[+]	[P]	T45 Esas olarak sistemik ve hematolojik ajanlarla zehirlenme, başka yerde sı
[+]	[P]	T46 Esas olarak kardiyovasküler sistemi etkileyen ajanlarla zehirlenme
[+]	[P]	T47 Esas olarak gastrointestinal sistemi etkileyen ajanlarla zehirlenme
[+]	[P]	T48 Esas olarak düz kaslar ve iskelet kasları ile solunum sistemini etkileyen s
[+]	[P]	T49 Esas olarak deri ve müköz membranları etkileyen topikal ajanlar ve oftalm
[+]	[P]	T50 Diüretikler ve diğer ve tanımlanmamış uyuşturucular, ilaçlar ve biyolojik r

### T51 – T65 Kaynak olarak genellikle ilaç olmayan maddelerin toksik etkileri;

Genellikle alınmayan veya verilmeyen kimyasallar ve maddelerdir.

[-]	[U]	T51-T65 Kaynak olarak genellikle ilaç olmayan maddelerin toksik etkileri
[+]	[P]	T51 Alkolün toksik etkisi
[+]	[P]	T52 Organik solventlerin toksik etkisi
[+]	[P]	T53 Alifatik ve aromatik hidrokarbonların halojen derivelere toksik
[+]	[P]	T54 Koroziv maddelerin toksik etkisi
[+]	[P]	T55 Sabunlar ve deterjanların toksik etkisi
[+]	[P]	T56 Metallerin toksik etkisi
[+]	[P]	T57 Diğer inorganik maddelerin toksik etkisi
[+]	[P]	T58 Karbonmonoksitin toksik etkisi
[+]	[P]	T59 Diğer gazlar, dumanlar ve buharların toksik etkisi
[+]	[P]	T60 Pestisitlerin toksik etkisi
[+]	[P]	T61 Deniz ürünü olarak yenilen zararlı maddelerin toksik etkisi
[+]	[P]	T62 Gıda olarak yenilen diğer zararlı maddelerin toksik etkisi
[+]	[P]	T63 Zehirli hayvanlarla temasın toksik etkisi
[+]	[P]	T64 Aflotoksin ve diğer mikotoksin gıda kirleticilerinin toksik etkisi
[+]	[P]	T65 Diğer ve tanımlanmamış maddelerin toksik etkisi

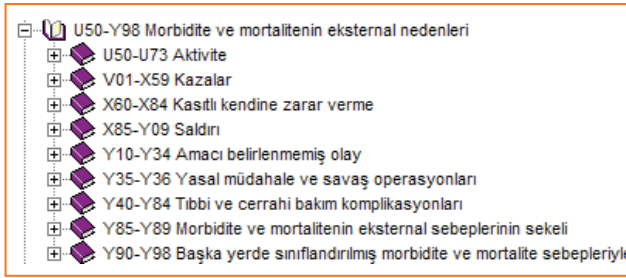
## Zehirlenmeyi Kodlamada Adımlar

- » İlaçlar ve kimyasallar tablosuna gidilir ve ilacın veya maddenin adı (etken maddesine göre) aranır.
- » T (zehirlenme kodu) ile başlayan birinci sütundan bir kod seçilir.
- » Sonraki üç sütunun birisinden dış etken kodu seçilir
  - Kazara
  - Bilerek kendine zarar verme (intihar amaçlı)
  - Saldırı
  - Tespit edilmemiş
- » Herhangi bir açıklama notunu kontrol etmek amacıyla Tablo Liste'deki kodlara bakılır.
- » Koma gibi herhangi bir zehirlenme belirtisi varsa ek olarak kodlanır.
- » Y92 ve U50-U73 kategorilerinden meydana geldiği yer ve eylem kodunu seçilir.

Madde Anahtar: Jenerik isimler (Ticari isimler) Not: sayılar ve Yunan alfabesinin harfleri (örneğin: a ve b) sıralamada dikkate alınmamıştır.	Zehirlenme				Tedavi amaçlı kullanımda ters etki
	Bölüm XIX	Kaza	Kasıtlı kendine zarar verme	Kasıtlı belirlenmemiş	
Abakavir.....	T37.5	X44	X64	Y14	Y41.5
Abrin.....	T62.2	X49	X69	Y19	-
Absiksimab.....	T45.5	X44	X64	Y14	Y44.4
Absint.....	T51.0	X45	X65	Y15	-
Acı badem yağı.....	T62.8	X49	X69	Y19	-
ACTH.....	T38.8	X44	X64	Y14	Y42.8
Adapelen.....	T49.0	X44	X64	Y14	Y56.0
Adenin.....	T45.2	X44	X64	Y14	Y57.7
- arabinosid.....	T37.5	X44	X64	Y14	Y41.5
Adenozin.....	T46.1	X44	X64	Y14	Y52.1
Adezif doğal reçine.....	T49.3	X44	X64	Y14	Y56.3
Adifenin.....	T44.3	X43	X63	Y13	Y51.3
Adipidon.....	T50.8	X44	X64	Y14	Y57.5
Adisiilin.....	T36.0	X44	X64	Y14	Y40.0
Adrenalin.....	T44.5	X43	X63	Y13	Y51.5
Adrenerjik BYS.....	T44.9	X43	X63	Y13	Y51.9
- bloke edici ajan BYS.....	T44.8	X43	X63	Y13	Y51.8
-- beta kalp.....	T44.7	X43	X63	Y13	Y51.7
- spesifik BYS.....	T44.9	X43	X63	Y13	Y51.9
Adrenokortikotropik hormon.....	T38.8	X44	X64	Y14	Y42.8
Adrenokortikotropin.....	T38.8	X44	X64	Y14	Y42.8
- uzun etkili.....	T38.8	X44	X64	Y14	Y42.8
Adrenokrom					

## Dış Neden Kodu Kullanımı

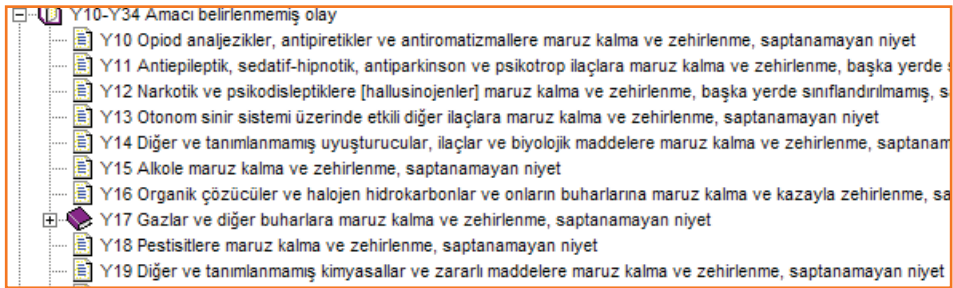
- » U50-Y98 kodları ana tanı olarak kullanılmaz.
- » Bu kodlar, sadece ek kod olarak kullanılır.
- » S00-T98 ve Z04.1-Z04.5 kategorisindeki kodlarla birlikte ve S00-T98 dışında sınıflandırılmış olan komplikasyonlar ve anormal reaksiyonlar için kullanılır.
- » Tanısal ifadeyi tam olarak dönüştürmek için ek kod(kodlar), gerekiyorsa birden fazla dış neden kodu atanabilir.
- » Dış neden kodları, ilgili oldukları tanı kodunun (kodlarının) hemen arkasından girilmelidir.



Zehirlenmelerdeki kasıt, klinisyen tarafından belgelenmelidir. Bilerek kendine zarar verme, intihar girişimi, intihar, belgelenmiş veya dolaylı ima edilmiş bilerek kendine zarar verme niyeti şeklinde açık ve net şekilde hasta dosyasında belirtilmelidir.

Eğer yukarıdakilerden hiç birisi bulunmuyorsa, o zaman tespit edilmemiş kasıt için

Y10-Y19'da yer alan kodlar kullanılır.



### Örnekler:

a) Kodein doz aşımına bağlı koma.

**Ana Tanı:** T40.2 Narkotikler ve psikodisleptiklerle (hallüsinojenler) zehirlenme,

**Ek Tanı:** R40.2 Koma, tanımlanmamış

- b)** Hasta yanıklıkla karbamazepini çok yüksek dozda kullanmış.
- Ana Tanı:** T42.1 İminostilbenler Karbamazepin
- Ek Tanı:** X41 Antiepileptik, başka yerde sınıflandırılmamış  
Y92.9 Tanımlanmamış olay yeri  
U73.9 Tanımlanmamış aktivite
- c)** Kazayla reçeteli coumadin ile reçetesiz aspirinin birlikte alınmasına bağlı hematemez.
- Ana Tanı:** T45.5 Antikoagülanlar ile zehirlenme
- Ek Tanı:** K92.0 Hematemiz  
T39.0 Salisilatlar ile zehirlenme  
X44 Diğer ve tanımlanmamış ilaçlar ve kazayla zehirlenme  
X40 Opioid olmayan analjezikler, antipiretikler ve antiromatizmallere maruz kalma  
Y92.- Uygun olay yeri kodu  
U73.- Aktivite kodu

### Alkole Başka Bir İlacın Birlikte Alınması

Alkole birlikte alınan bir ilaca karşı ters reaksiyon, her iki ajana bağlı zehirlenme olarak kodlanmalıdır. İlaç alan bir hastanın alkol almasıdır. Kullandığımız bazı ilaçlar, alkol ile birlikte alınması durumunda sağlık sorunlarına yol açarak, istenmeyen olaylarla karşılaşmamıza sebep olabilir.

#### Örnek:

Kazayla, alkole birlikte alınan Seconal'a bağlı solunum merkezinin ağır depresyonu.

**Ana Tanı:** T42.3 Antiepileptik, sedatif-hipnotik ve antiparkinson ilaçlarla zehirlenme, barbitüratlar

**Ek Tanı:** G93.8 Beynin diğer tanımlanmış bozuklukları  
T51.0 Alkolün toksik etkisi, etanol  
X41 Antiepileptik, sedatif-hipnotik, ilaçlara maruz kalma ve kazayla zehirlenme, başka yerde sınıflanmamış  
X45 Alkole maruz kalma ve kazayla zehirlenme  
Y92.- Uygun olay yeri kodu ve  
U73.- Aktivite Kodu

## İLAÇLARIN TERS ETKİSİ (ADVERS ETKİ)

Bir ilacın uygun veya doğru kullanılması sonucunda olur. Bazı ilaçlar vücutta önemli değişimlere yol açar, hastalığa hatta bazen ölüme sebep olabilir.

- » Allerjik Reaksiyonlar,
- » Aşırı Duyarlılık,
- » İdyosenkratik Reaksiyon,
- » İlaç Etkileşimi (uygun madde ve dozlarda)her bir maddenin, uygun verilmiş doğru madde olması halinde)

Esas olarak ilaçların uygun kullanımına bağlı benzer durumlar yer alır. Uygun şekilde verilen doğru maddelerin ters etkileri, ters etkinin niteliğine göre sınıflandırılır. Ters etkiyi doğurmuş olan ilaç veya tıbbi ajanı belirtmek amacıyla bir dış neden kodu atanmalıdır.

### Advers Etkileri Kodlamada Adımlar

- » ICD-10-AM’de herhangi bir yerden advers etki nedeniyle oluşan mevcut durum ana tanı olarak kodlanır. (Koma, mide kanaması vs.)
- » Eğer advers etkinin mevcut durumu hakkında hiçbir kayıt bulunmuyorsa; T88.7 İlaç veya ilaç maddesinin tanımlanmamış advers etkisi kodu atanır.
- » İlaçlar ve kimyasallar tablosu’ndan ilacın ismine bakılır ve son sütundan kodu seçilir. (Dış Etken kodu)
- » Herhangi bir açıklama notu için, kontrol amacıyla Tabular Liste’deki kodlara bakılır.
- » Y92 kategorisinden meydana geldiği yer kodu seçilir.
- » **Advers etkiler için hiçbir eylem kodu gerekmez.**

<b>H</b>					
Madde Anahtar: Jenerik isimler (Ticari isimler) Not: sayılar ve Yunan alfabesinin harfleri (örneğin: a ve b) sıralamada dikkate alınmamıştır.	Zehirlenme			Tedavi amaçlı kullanımda ters etki	
	Bölüm XIX	Kaza	Kasıtlı kendine zarar verme		Kasıtlı belirlen- memiş
Hacim tamamlayıcı.....	T50.5	X44	X64	Y14	Y57.0
- katarlık.....	T47.4	X44	X64	Y14	Y53.4
Halazepam.....	T42.4	X41	X61	Y11	Y47.1
Halkinoller.....	T49.0	X44	X64	Y14	Y56.0
Halofantrin.....	T37.2	X44	X64	Y14	Y41.2
Halofenat.....	T46.6	X44	X64	Y14	Y52.6
Haloksazolam.....	T42.4	X41	X61	Y11	Y47.1
Halometazon.....	T49.0	X44	X64	Y14	Y56.0
Haloperidol.....	T43.4	X41	X61	Y11	Y49.4
Haloprojin.....	T49.0	X44	X64	Y14	Y56.0
Halotan.....	T41.0	X44	X64	Y14	Y48.0
Halsinolon.....	T49.0	X44	X64	Y14	Y56.0
Halsinonid.....	T49.0	X44	X64	Y14	Y56.0
Halusinojen BVS.....	T40.9	X42	X62	Y12	Y49.6
Hamam böceği (kakalak) öldürücü — baktımsız insektisit					
Hamamelis.....	T49.2	X44	X64	Y14	Y56.2
Haptendekstran.....	T45.8	X44	X64	Y14	Y44.7
Hardal (emetik).....	T47.7	X44	X64	Y14	Y53.7
- gaz, savaş dışı.....	T59.9	X47.8	X67.8	Y17.8	-
- siyah.....	T47.7	X44	X64	Y14	Y53.7
Hartman solusyonu.....	T50.3	X44	X64	Y14	Y54.6
Haşhaş.....	T40.7	X42	X62	Y12	Y49.6
Haşimisin.....	T36.7	X44	X64	Y14	Y40.7

**Örnekler:**

a) Reçeteli olarak alınan aspirine bağlı gastrit.

**Ana Tanı:** K29.7 Gastrit, tanımlanmamış

**Ek Tanı:** Y45.1 Salisilatlar, terapötik kullanımda ters etkiler doğuran  
Y92.- Uygun olay yeri kodu

b) Hastada, doktor tarafından reçete edilen digoksinin toksik etkisi nedeniyle bradikardi.

**Ana Tanı:** R00.1 Bradikardi, tanımlanmamış

**Ek Tanı:** Y52.0 Terapötik kullanımda yan etkilere neden olan kardiyak uyarıcı glikozidler  
Y92.- Uygun olay yeri kodu

**İKİ VEYA DAHA FAZLA REÇETELİ İLACIN BİRLİKTE ALINMASI**

Bir ters reaksiyon oluşması durumunda, her iki ajan da uygun şekilde verilmiş doğru maddelerin ters etkileri olarak kodlanır.

**Örnek:**

Antihistamin ile barbitüratın (her ikisi de reçeteli) birlikte alınmasına bağlı koma

**Ana Tanı:** R40.2 Koma, tanımlanmamış

**Ek Tanı:** Y43.0 Antialerjik ve antiemetik ilaçların ters etkisi  
Y47.0 Barbitüratların ters etkisi, başka yerde sınıflanmamış  
Y92.- Uygun olay yeri kodu

ICD-10-AM'de ilgili ilacın farmakolojik adı ilaç ve kimyasallar tablosunda bulunmuyorsa;

İlacın farmakolojik grup tipine (antialerjik, antidepresan vs.) ilişkin kod kullanılır.

Genellikle ilacın sağlık kuruluşundan alındığı varsayılabilir için, advers etkiler için meydana geldiği yer kodu daima Y92.22 Sağlık hizmeti bölgesidir.

İlaçlara bağlı zehirlenmeler için meydana geldiği yer kodu, zehirlenmenin nerede meydana geldiğine göre değişir (ev, hastane); çünkü sağlık kuruluşu üzerinden alınmamış olabilir.

## ZEHİRLENME SEKELİ KODLAMA KURALLARI

Zehirlenme sekelleri kodlama standardında dört koda ihtiyaç vardır:

- » Belirti veya rezidüel (şu andaki) problem ana indeksin altında aranır ve **ana tanı** olarak kodlanır.
- » Ana indeksin altında sekel kodu (T96 veya T97) aranır.
- » Dış Etkenler indeksinde sekelin dış sebebi (Y86 veya Y87) aranır.
- » Dış Etkenler indeksinde meydana geldiği yer aranır ve kodlama tamamlanır.

## ADVERS ETKİLERİN SEKELİ KODLAMA KURALLARI

Advers etkilerin sekellerinin kodlama standardında üç koda ihtiyaç vardır:

- » Belirti veya rezidüel (şu andaki) problem ana indeksin altında aranır ve **ana tanı** olarak kodlanır .
- » Dış Etkenler indeksinde sekelin dış sebebi (Y88.0 İlaçların advers etkileri için dış sebep ) aranır.
- » Dış Etkenler indeksinden (**Y92.22 Sağlık hizmet alanı**) meydana geldiği yer kodu atanır.

**Advers etkiler için hiçbir “T” kodu bulunmamaktadır.**

## KOMPLİKASYON SEKELİ

Daha önce gelişen bir cerrahi girişim sonrası komplikasyonun oluşturduğu durumdur.

### Örnek:

Hastada, doktor tarafından reçete edilen penisiline karşı önceden gelişen ciddi alerjik reaksiyonlar sonrası beyin hasarı gelişmiş.

**Ana Tanı:** G93.9 Beyin bozuklukları, tanımlanmamış

**Ek Tanı:** Y88.0 Terapötik kullanımda uyuşturucular, ilaçlar ve biyolojik Maddelerin neden olduğu yan etkilerin sekeli

Y92.22 Sağlık hizmet alanı

## GİRİŞİM KOMPLİKASYONLARI

Hastalık süreci ile yakından, bir müdahale ile doğrudan ilgili(invazif, cerrahi, anestezi ve medikasyon) olan durumlardır. Bu kodlama standardının amaçları



bakımından tanımı ise; hastalık sürecinden ziyade bir cerrahi girişim ve girişimsel müdahale ile ilişkili olan bir durum veya yaralanmadır.



### İstenmeyen Olay

Tıbbi veya cerrahi bakım sırasında meydana gelen olumsuz olay olarak tanımlanır.

### Erken Komplikasyon

Girişimden sonra 29 günden daha kısa bir süre içinde gelişen, girişim sırasında görülmeyen komplikasyondur.

### Geç Komplikasyon

Girişimden sonra 28 günden daha uzun bir süre içinde gelişen veya bu süre boyunca devam eden komplikasyondur.

#### Örnek:

Girişim sonrası gelişen hipotiroidizm.

### Girişim Sonrası Gelişen Geçici Durumlar

Bu durumlar girişim sonrası gelişen komplikasyonlar olarak kabul edilmez. Anemi, kardiyak aritmiler, konfüzyon, elektrolit bozuklukları, baş ağrısı, hipertansiyon hipotansiyon, bulantı, parestezi, idrar retansiyonu ve kusma gibi olaylar.

### Y60-Y69'lu Dış Etken Kodların Kullanımı

Bir girişim sırasında insan müdahalesine bağlı olarak hastaya yönelik oluşan kazalarda bu kodları kullanmamız gerekir. Mevcut duruma hangisi uyuyorsa o kodlanır.

**Y60-Y69****Cerrahi ve tıbbi bakım sırasında hastaya yönelik kazalar**

**Haric :** diagnostik ve terapötik kullanımda tıbbi araçlarla ilgili kazalar (Y70-Y82) hastanın anormal reaksiyonu nedeniyle cerrahi ve tıbbi işlemler, işlem sırasında kazadan bahsetmeder (Y83-Y84)

- Y60 Cerrahi ve tıbbi bakım sırasında kasıtsız kesi, delme, perforasyon veya hemoraji
- Y61 Cerrahi ve tıbbi bakım sırasında istenmeden vücutta bırakılan yabancı cisim
- Y62 Cerrahi ve tıbbi bakım esnasında steril önlemlerin yetersizliği
- Y63 Cerrahi ve tıbbi bakım esnasında doz yetersizliği
- Y64 Kontamine tıbbi veya biyolojik maddeler
- Y65 Cerrahi ve tıbbi bakım esnasında diğer istenmeyen olaylar
- Y66 Cerrahi ve tıbbi bakım uygulanmaması
- Y69 Cerrahi ve tıbbi bakım esnasında tanımlanmamış kaza

**Y70-Y82’li Dış Etken Kodların Kullanımı**

Doğrudan bir alet, protez, implant veya malzemeden kaynaklı tıbbi araçlarla ilgili kazalarda ve bu kaza bir geç komplikasyondan ziyade girişim sırasında meydana gelmişse bu kodlardan uygun olanı kullanmamız gerekir.

**Y70-Y82****Diagnostik ve terapötik kullanımda tıbbi araçlarla ilgili kazalar**

- Y70 İstenmeyen olaylara sebep olan anestezi cihazları
- Y71 İstenmeyen olaylara sebep olan kardiyovasküler cihazlar
- Y72 İstenmeyen olaylara sebep olan otorinolaringolojik cihazlar
- Y73 İstenmeyen olaylara sebep olan gastroenteroloji ve üroloji cihazları
- Y74 İstenmeyen olaylara sebep olan genel olarak hastanede ve personel tarafından kullanılan cihazlar
- Y75 İstenmeyen olaylara sebep olan nörolojik cihazlar
- Y76 İstenmeyen olaylara sebep olan obstetrik ve jinekolojik cihazlar
- Y77 İstenmeyen olaylara sebep olan oftalmik cihazlar
- Y78 İstenmeyen olaylara sebep olan radyolojik cihazlar
- Y79 İstenmeyen olaylara sebep olan ortopedik cihazlar
- Y80 İstenmeyen olaylara sebep olan fiziksel tıp cihazları
- Y81 İstenmeyen olaylara sebep olan genel-ve plastik cerrahi cihazları
- Y82 İstenmeyen olaylara sebep olan diğer ve tanımlanmamış medikal cihazlar

**Örnek:**

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 olmaksızın değiştirilmiştir.

**Ana Tanı:** I49.5 Hasta sinüs sendromu

- Ek Tanı:** T82.1 Elektronik kalp cihazlarının mekanik komplikasyonu  
Y71.2 İstenmeyen olaylara sebep olan kardiyovasküler cihazlar, prostetik ve implantlar, aksesuar malzemeler  
Y92.22 Olay yeri, sağlık bakım kurumlarında

## İstenmeyen Olayların Sınıflandırılması

### a. Ters Etki Oluşmazsa

- » **T80-T88 Cerrahi ve tıbbi bakım komplikasyonları, başka yerde sınıflanmamış** bloğundan bir tanı kodu (Ana indeksin altında aranır.),
- » **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 atanır. (Dış etkenler indeksinden aranır.)

### Örnek:

Trigonit diyatermi sistoskopisi. Sistoskopi sırasında, distal üretra kazayla yırtılmıştır. Yırtık, sistoskopi sırasında dikilmiştir. Bakım epizodunun geri kalan bölümünde hastada, istenmeyen olaya bağlı herhangi bir ters reaksiyon görülmemiştir.

**Ana Tanı:** N30.3 Trigonit

- Ek Tanı:** T81.2 Bir işlem esnasında kazayla delme ve sıyrık, başka yerde sınıflanmamış  
Y60.0 Cerrahi ve tıbbi bakım esnasında, cerrahi girişim sırasında kasıtsız delme, perforasyon ve kanama  
Y92.22 Olay yeri, sağlık bakım kurumlarında

### b. Ters Etki Oluşursa

- » **T80-T88 Cerrahi ve tıbbi bakım komplikasyonları, başka yerde sınıflanmamış** bloğundan bir tanı kodu (Ana indeksin altında aranır.),
- » Ters etkinin spesifik tipini belirten bir tanı kodu (Ana indeksin altında aranır.),
- » **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 bloğundan bir dış neden kodu atanır. (Dış etkenler indeksinden aranır.)

### Örnek:

Kolonik poliplerin kolonoskopi ve koterizasyonu. Girişim sırasında, kolon duvarı perfore olmuş ve hastada akut peritonit oluşmuştur.

**Ana Tanı:** K63.5- Kolon polibi

**Ek Tanı:** T81.2 Bir işlem esnasında kazayla delme ve sıyrık, başka yerde sınıflanmamış

K65.0 Akut peritonit

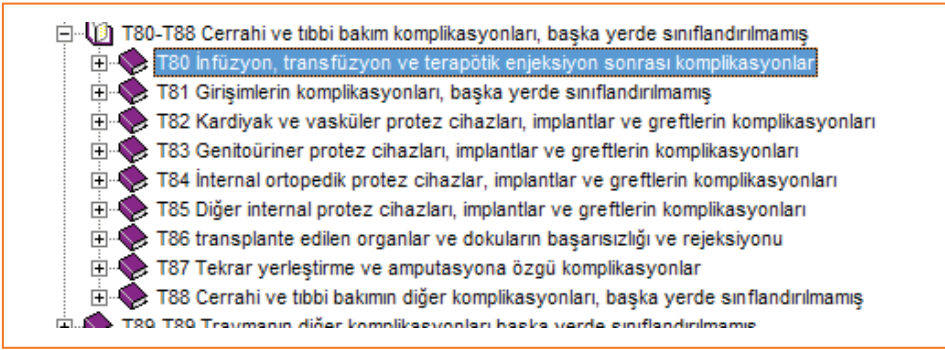
Y60.4 Cerrahi ve tıbbi bakım esnasında, endoskopik muayene sırasındakasızsız kesi, delme, perforasyon ve kanama

Y92.22 Olay yeri, sağlık bakım kurumlarında

## Erken Komplikasyonların Sınıflandırılması

Girişim sonrası gelişen erken komplikasyonlar genellikle;

**T80-T88 Cerrahi ve tıbbi bakım komplikasyonları, başka yerde sınıflanmamış** kapsamında sınıflandırılır.



## Geç Komplikasyonların Sınıflandırılması

Girişim sonrası bozukluklar blokları 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.

## Dış Neden Kodu

Gerek erken gerek geç komplikasyonlara ilişkin uygun dış neden kodları şöyledir:

**Y83-Y84 Hastanın anormal reaksiyonu veya geç komplikasyon nedeni olarak cerrahi ve diğer tıbbi işlemler, işlem sırasında kazadan bahsetmeden.**

Y83-Y84

**Hastanın anormal reaksiyonu veya geç komplikasyon nedeni olarak cerrahi ve diğer tıbbi işlemler, işlem sırasında kazadan bahsetmeden**

Y83 Hastanın anormal reaksiyonu veya geç komplikasyon nedeni olarak cerrahi operasyon ve diğer cerrahi işlemler, işlem sırasında kazadan bahsetmeden

Y84 Hastanın anormal reaksiyonu veya geç komplikasyon nedeni olarak diğer tıbbi işlemler, işlem sırasında kazadan bahsetmeden

### Örnekler:

- 1) Kolesistektomi skarında yara enfeksiyonu, cerrahi girişimden 5 gün sonra.  
**Ana Tanı:** T81.4- Bir işlem sonrası enfeksiyon, başka yerde sınıflanmamış  
**Ek Tanı:** Y83.6 Organın (kısmi) (tam) diğer uzaklaştırılması  
Y92.22 Olay yeri, sağlık bakım kurumlarında
- 2) Lokal anestezi enjeksiyonu sonrasında persistan hissizlik.  
**Ana Tanı:** T88.5 Anestezinin diğer komplikasyonlar  
**Ek Tanı:** R20.8 Deri duyusunun diğer ve tanımlanmamış bozuklukları  
Y84.8 Cerrahi diğer uygulamalar  
Y92.22 Olay yeri, sağlık bakım kurumlarında
- 3) İntraoküler katarakt cerrahisi sonucunda endoftalmi.  
**Ana Tanı:** H59.8 Göz ve adnekslerinin diğer girişim sonrası bozuklukları  
**Ek Tanı:** H44.1 Diğer endoftalmiler  
Y83.1 Yapay iç aracın implantıyla cerrahi operasyon  
Y92.22 Olay yeri, sağlık bakım kurumlarında

## KAPALI KAFA YARALANMASI / BİLİNÇ KAYBI / KONKÜZYON

Yaralanmanın her bir tipi kodlanmalıdır. Hasta dosyasında belirtilen kırıklar (S02.-), intrakraniyal yaralanmalar (S06.1-S06.9), bilinç kaybı (S06.01-S06.05) gibi durumlar ayrı ayrı kodlanmalıdır.

### Örnek:

Hastada, etmoid kemiğinin kırığı ve CT taramasında büyük subdural hematoma bulgulanmıştır. Süresi bilinmeyen bilinç kaybı bildirilmiştir.

**Ana Tanı:** S06.5 Travmatik subdural kanama

**Ek Tanı:** S02.1 Kafa kaidesinin kırığı

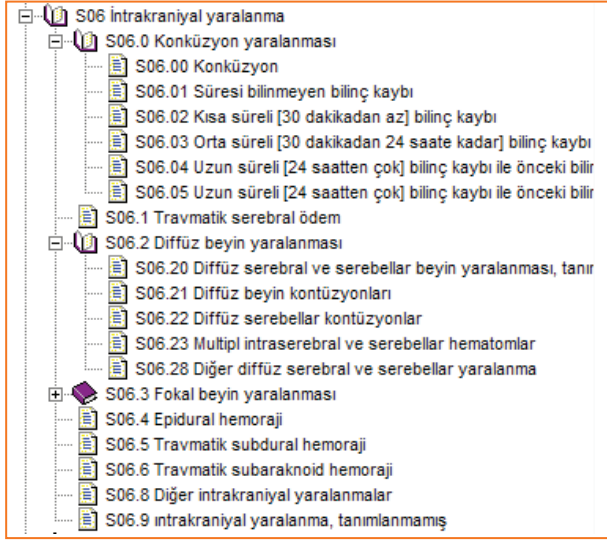
S06.01 Süresi bilinmeyen bilinç kaybı

56001-00Bilgisayarlı beyin tomografisi

## Bilinç Kaybı

Bilinci kaybetme, kişinin çevresiyle olan bağlantı kurma yeteneğini kaybettiği durumdur. Bilinç kaybının, uykuya meyil (laterji), derin uyku (stupor) ve hiç uyandırılmayan koma denilen değişik dereceleri vardır.

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.



### Örnek:

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.

**Ana Tanı:** S06.23 Birden fazla beyin ve beyincik hematomu

**Ek Tanı:** S06.03 Orta süreli [30 dakikadan 24 saate kadar] bilinç kaybı  
56001-00 Bilgisayarlı beyin tomografisi

Özellikli ve önemli yaralanmalar için **ayrı yer/tip kodları** kullanılır; daha az şiddetli yaralanmalar için veya kodlanacak yaralanma sayısının kullanılabilir tanı kodu alanının azami sayısını aşması halinde ise **çoklu kategoriler** kullanılır. (T00-T07 Birden fazla vücut bölgesinin yaralanması )

### Örnek:

Fokal beyin kontüzyonu, kulağın travmatik ampütasyonu, bilinç kaybı, yüzün, boyun ve omzun kontüzyonu, yanak ve uylukta yırtılma.

**Ana Tanı:** S06.31 Fokal beyin kontüzyonu

**Ek Tanı:** S06.01 Süresi bilinmeyen bilinç kaybı

S08.1 Kulağın travmatik ampütasyonu

S01.41 Yanağın açık yarası

S71.1 Uyluğun açık yarası

S00.85 Başın diğer kısımlarının yüzeysel yaralanması, kontüzyon

S10.95 Boyunun yüzeysel yaralanması, yer tanımlanmamış, kontüzyon

S40.0 Omuz ve üst kol kontüzyonu

Bu dosyada özel kodlar tek tek atanabildiği için;

**S09.7 Kafa birden fazla yaralanmaları ve T01.8 Diğer vücut bölgelerinin açık yaraları** gibi çoğul kategoriler **atanmayacaktır.**

## YANIKLAR

ICD-10 da birinci, ikinci, üçüncü derece diye sınıflandırılan yanıklar; ICD-10AM'de eritem, kısmi ve tam kalınlık şeklinde sınıflandırılmaktadır. **Hasta dosyasında açıkça birinci derece yanık olarak tanımlanmamış bir “yüzeysel” yanık, ikinci derece yanık olarak kodlanmalıdır.**

### Yanık Kodlama Standardı

- » İlk önce, en yüksek derecede yanığa maruz kalan bölge kodlanır.
- » Vücut yüzey alanının (VYA) en büyük bölümü ikinci derece yanıktan etkilenmiş olsa bile, üçüncü derece yanık ilk sırada yer almalıdır.
- » Aynı derece yanıktan etkilenmiş birden fazla bölge varsa, en büyük VYA'ya denk gelen bölge ilk sırada verilmelidir.
- » Gref uygulaması gerektiren yanıkların sırası, gref uygulaması gerektirmeyenlerden önce olmalıdır.
- » Yanıklar, mümkünse ayrı bölgelere göre kodlanmalıdır.

### Örnek:

Abdominal duvar ve perinenin ikinci derece yanığı, aşağıdakiler kapsamında kodlanır:

T21.23 Gövdenin ikinci derece yanığı, abdominal duvar

T21.25 Gövdenin ikinci derece yanığı, genitaler [dış],

Birden fazla bölgenin yanığı olan T29.2 Birden fazla bölgenin yanıkları, yanıklar ikinci derece üzerinde değil **kodu atanmamalıdır**.

- » Aynı bölgenin, farklı derecelerdeki yanığı, en yüksek yanık derecesine göre kodlanmalıdır.

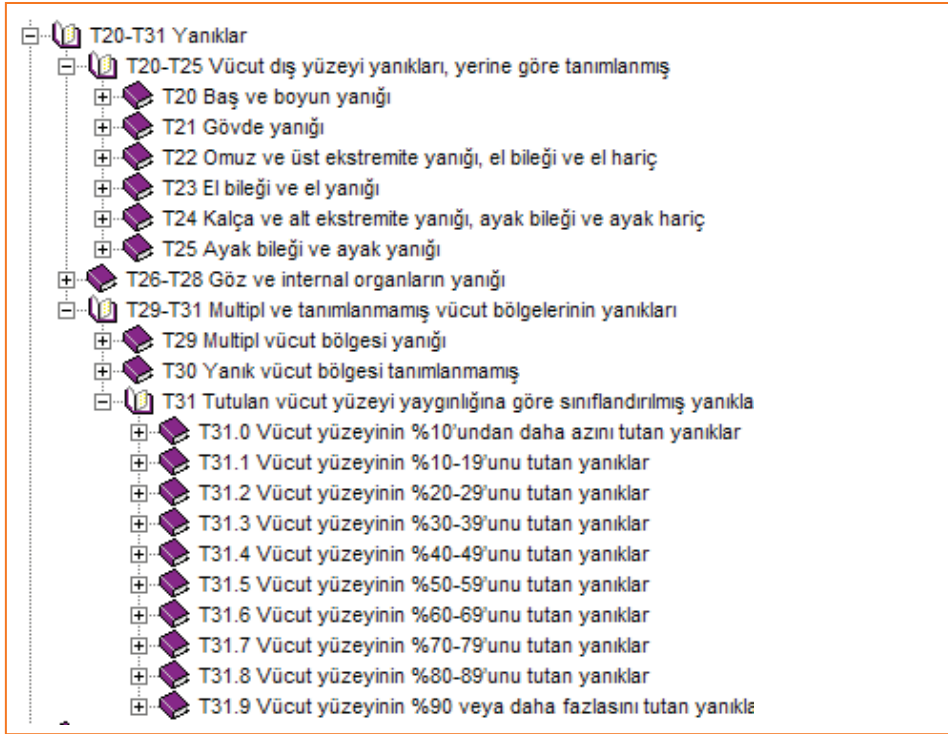
### Örnek:

Ayak bileğinin ikinci ve üçüncü derece yanığı aşağıdaki kod kapsamında kodlanacaktır:

T25.3 Ayak bileği ve ayağın üçüncü derece yanığı

- » T20-T25 Vücut dış yüzeyi yanıkları, yerine göre tanımlanmış veya T29 Multiple vücut bölgesi yanığı kapsamında kodlanmış olan her bir yanık vakası için, vücut yüzey alanı (VYA) tutulumunun yüzdesini göstermek üzere;

T31 Tutulan vücut yüzeyi yaygınlığına göre sınıflandırılmış yanıklar kategorisinden uygun kod atanmalıdır ve en son bölge kodundan sonra yer almalıdır.





**Örnek:**

Göğsünde tam kalınlıkta yanık olan çocuk hasta. Evde, içinde kaynar su olan tencereyi fırından eliyle çekince su göğsüne dökülmüş. Toplam vücut alanının %9'u yanmış. Genel anestezi altında, ASA 1E, deri grefti ile onarım yapılmış.

**Ana Tanı:** T21.32 Göğüs duvarının tam kalınlıktaki yanığı, meme ve meme ucu toraks [eksternal] hariç

**Ek Tanı:** T31.00 Vücut yüzeyinin %10'undan daha azını tutan yanıklar, %10' dan az veya tanımlanmamış tam kalınlıktaki yanıklar ile birlikte

X12 Sıcak diğer sıvılarla temas

Y92.09 Evde diğer ve tanımlanmamış yer

U73.9 Tanımlanmamış aktivite

45415-00 Diğer yanık bölgesinin  $\geq$ %9 ve  $<$ %12 greftlenmiş vücut yüzey alanını kapsayan yarık deri grefti

92514-10 Genel anestezi, ASA 10

**Yanık Pansumanı**

- » Yanık pansumanı, yalnızca anestezi ile yapılırsa kodlanır (Lokal anestezi hariç)
- » Bir operasyon epizodunda yapılan çoklu yanık pansumanı tek bir kodla kodlanmalıdır.
- » Bir yanık hastasında birden fazla bölgeye pansuman yapılmışsa, pansuman yapılan toplam vücut yüzeyi alanını belirten kod atanmalıdır.
- » Yanık pansumanının değiştirilmesi için yatışlarda **Z48.0 Cerrahi pansuman ve sütürlerin bakımı** ana tanı olarak atanır, yanık kodu ek tanı olarak atanmalıdır.

**YARALANMA, ZEHİRENME, TOKSİK ETKİLER VE DİĞER DİŞ NEDENLERİN SEKELİ**

Daha önce meydana gelen bir yaralanma, zehirlenme, toksik etkinin veya diğer dış nedenin yol açtığı mevcut durumdur. Örneğin daha önceki hidroklorik asit yutulmasına bağlı özefageal striktür.

**Kodlama Kuralları**

Sekelin rezidüel durumu veya niteliği ana tanıdır, geç etkinin nedeni olan sekel kodu ve yaralanma, zehirlenme, toksik etki vb. nin dış nedeni ek tanı olarak kodlanır.

**Örnek:**

Evi boyarken seyyar merdivenden düşme yoluyla radiusun kırığı sonrasında malunion.

**Ana Tanı:** M84.03 Kırığın malunionu, ön kol

**Ek Tanı:** T92.1 Kol kırığının sekeli  
Y86 Kaza sekelleri, diğer  
Y92.- Uygun olay yeri kodu

*Dış nedenin sekeline ilişkin kodlar şöyledir:*

Y85.- Taşıma kazası sekeli

Y86 Diğer kaza sekelleri,

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

*Yaralanmaya ilişkin sekel tanı kodlarından bazıları şöyledir:*

T90.- Baş yaralanmalarının sekeli

T95.- Yanık, korozyon ve donma sekeli

T96 Uyuşturucular, ilaçlar ve biyolojik maddelerle zehirlenmelerin sekeli

T98.- Dış nedenlerin diğer ve tanımlanmamış etkilerinin

**AÇIK YARALAR**

Açık yara genellikle, deriyi delen ve alttaki dokularla doğrudan ilişkili olan bir yara olarak tanımlanır (Hayvan tarafından ısırılma, kesik, laserasyon, ponksiyon vs.).

Kırık veya çıkıkla ilişkili olan açık yaralar ile intrakraniyal , intratorasik ve intraabdominal yaraları tanımlamak için de kullanılmaktadır.

**Açık yara, yaralanmaya ek olarak kodlanmalıdır.**

**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 durumu ana tanı, **T89.0- Açık yaranın komplikasyonları** kategorisinden uygun kod ek tanı olarak atanır.

Açık yarada yabancı bir cisim varsa ve yara enfekte olmuşsa;

**T89.01 Yabancı cisim ile birlikte açık yara** ile enfeksiyöz ajanı tanımlamak için bir ek kod kullanılır.

**Örnek:**

Hasta, dizin açık yarasında kırık cam sebebiyle hastaneye yatırılmıştır. Yara, stafilokoklarla enfekte olmuştur.

**Ana Tanı:** S81.0 Dizin açık yarası

**Ek Tanı:** T89.01 Yabancı cisim ile birlikte açık yara (enfeksiyon ile birlikte ya da enfeksiyon olmadan)

B95.8 Stafilokoklar tanımlanmamış, diğer bölümlerde sınıflanan hastalıkların etkeni olarak

## AÇIK KIRIK VE ÇIKIK

- » Açık kırık olarak kaydedilmeyen bir kırık, ICD-10-AM’de kapalı kırık olarak sınıflandırılır.
- » 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 kod atanır.

**Örnekler:**

1. Omuz eklemine açık çıkığı, anterior

**Ana Tanı:** S43.01 Omuz eklemi çıkığı, anterior

**Ek Tanı:** S41.82 Açık yara (omuz kemerinin herhangi bir kısmının), çıkıkla ilişkili

2. Femur boynunun açık kırığı

**Ana Tanı:** S72.00 Femur boynu kırığı, bölge tanımlanmamış

**Ek Tanı:** S71.81 Açık yara (kalça ve uyluğun herhangi bir bölgesinin), kırıkla ilişkili

## AÇIK KAFA İÇİ YARALANMA

Başın yaralanması ile birlikte kaydedilmişse, kafa içi yaralanma ana tanıdır, açık yara ile ilgili kod ek tanıdır.

**Örnek:**

Serebrum laserasyonu ve intraserebral kanama ile birlikte başın açık yarası.

**Ana Tanı:** S06.23 Birden fazla beyin ve beyincik hematomu

- Ek Tanı:** S06.28 Diğer yaygın beyin ve beyincik yaralanması  
S01.83 Başın diğer kısımlarının açık yarası, intrakraniyal yaralanmanın eşlik ettiği

## AÇIK İNTRATORASİK/ İNTRAABDOMİNAL YARALANMA

İntratorasik veya intraabdominal boşluğun delinerek, boşluğun ekspozite olduğu yaradır.

- » Bir açık intratorasik yaralanma tanımlanmışsa, intratorasik yaralanma ana tanısı, **S21.83 Toraksın (herhangibir kısmının) intratorasik yaralanma ile ilişkili açık yarası** ek tanısı olarak kodlanır.

### Örnek:

Akciğerde delinmeye neden olan göğüs yarası

**Ana Tanı:** S27.38 Akciğerin diğer ve tanımlanmamış yaralanmaları

**Ek Tanı:** S21.83 Toraksın (herhangi bir kısmının) açık yarası, intratorasik yaralanma ile ilişkili

- » Bir açık intraabdominal yaralanma tanımlanmışsa, intraabdominal yaralanma ana tanısı, **S31.83 Karın, bel ve pelvisin herhangi bir kısmının intra-abdominal yaralanma ilişkili açık yara** ek tanısı olarak kodlanır.

### Örnek:

Böbrek parenkiminin total bozulması, splenik laserasyon ve ince bağırsakta yırtılma. Abdominal duvardan dışarı çıkmış bağırsak bulgusu.

**Ana Tanı:** S37.03 Böbrek parenkiminin tümünden bozulması

**Ek Tanı:** S36.02 Dalak kapsülünde yırtılma, parankimde major bozukluk yokken

S36.40 İnce bağırsak yaralanması, bölge tanımlanmamış

31.83 Karın, bel ve pelvisin herhangi bir kısmının intra-abdominal yaralanma ilişkili açık yara

## ZEHİRLİ CANLILAR İLE TEMAS

Zehirli bir bitki veya hayvanla temasın toksik etkisidir.

Yılan ısırığı sonucu envenomasyon:

T63.0 Yılan zehiri ile temasın toksik etkisi,

X20.0 Zehirli yılanla temas (kesin kanıt varsa kullanılmalıdır.) olarak kodlanır.

## TAŞIMA KAZALARI (V01-V99)

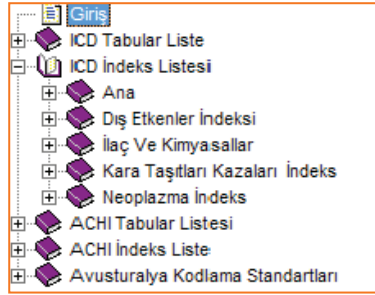
Taşıma kazalarının kodlanması için;

- » Olaya karışan araçların tipinin,
- » Yaralı kişilerin sürücü mü, yolcu mu, araç dışında mı olduğunun
- » Trafik kazasının kamu yolunda mı kamu yolu dışında mı olduğunun bilinmesi gerekir.

### Kara Taşıtları Kazaları Tablosu

Kara taşıtları kazaları tablosunda;

- » Birinci sütun yaralıyı kişiyi ve bu kişinin içinde olduğu araç tipini listeler
- » Diğer sütunlar ise araç tipini veya çarpıştığı cismi belirtmektedir.



KARA TAŞITI KAZALARINA AİT ÇAPRAZ KODLAMA TABLOSU

Mağdur ve mağdurun yol alış şekli (Hastanizin konumu)	ÇARPIŞILAN VEYA KAZANIN KARŞI MUHATABI										
	Yaya veya hayvan	Pedallı bisiklet veya diğer araç	iki veya üç tekerlekli motorlu taşıt	Otomobil, pikap, kamyonet veya van/minibüs	Ağır nakliye aracı veya otobüs, midibüs	Diğer motorlu taşıt	Tren, açık metro, tramvay veya diğer raylı araç	Diğer motorsuz araçlar (hayvanlar ve hayvan çekimli araçlar dahil)	Sabit veya hareket etmemekte olan bir obje	Çarpışmanın olmadığı nakliye kazası	Diğer veya belirtilmemiş nakliye kazaları
Bisiklet ve diğer pedallı araçlar	V10.-	V11.-	V12.-	V13.-	V14.-	V19.-	V15.-	V16.-	V17.-	V18.-	V19.-
Yaya	W51	V01.-	V02.-	V03.-	V04.-	V09.-	V05.-	V06.-	W22	-	V09.-
Motosiklet	V20.-	V21.-	V22.-	V23.-	V24.-	V29.-	V25.-	V26.-	V27.-	V28.-	V29.-
Aşağıda araçlarda bulunan kimse											
-Üç tekerlekli motorlu taşıt (tripod)	V30.-	V31.-	V32.-	V33.-	V34.-	V39.-	V35.-	V36.-	V37.-	V38.-	V39.-
-Otomobil	V40.-	V41.-	V42.-	V43.-	V44.-	V49.-	V45.-	V46.-	V47.-	V48.-	V49.-
-Pikap, kamyonet veya van	V50.-	V51.-	V52.-	V53.-	V54.-	V59.-	V55.-	V56.-	V57.-	V58.-	V59.-
-Ağır nakliye aracı	V60.-	V61.-	V62.-	V63.-	V64.-	V69.-	V65.-	V66.-	V67.-	V68.-	V69.-
-Otobüs, midibüs	V70.-	V71.-	V72.-	V73.-	V74.-	V79.-	V75.-	V76.-	V77.-	V78.-	V79.-
-Hayvan tarafından çekilen araç veya hayvan binicisi	V80.1	V80.2	V80.3	V80.4	V80.4	V80.5	V80.6	V80.7	V80.8	V80.0-	V80.9

Harici sebebin oluş yeri (Y92.-) ve faaliyet (U50.- – U73.-) kodlamayı lütfen unutmayınız.

The image features a central logo consisting of the letters 'TIG' in a white, outlined, sans-serif font. The background is a light blue gradient with a pattern of teal and light blue squares of varying sizes, creating a pixelated or mosaic effect. The squares are arranged in a way that suggests a grid or a digital pattern, with some squares being solid teal and others being a lighter shade of blue.

TIG

# Organ Temini ve Transplantasyonu

TİG

**Organ nakli (Transplantasyon):** Vücutta görevini yapamayan bir organın yerine canlı bir vericiden/ölüden alınan sağlam bir doku veya organın nakledilmesidir.

**Donör:** Kan, organ veya doku veren kişi olarak tanımlanmaktadır.

Transplantasyonlar **Kadavra Donör** ve **Canlı Donör** olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

**Kadavra Donör:** Trafik kazası, kurşunlanma, beyin kanaması gibi nedenlerle yoğun bakımda tedavisi devam ederken **beyin ölümü** geçiren hastaların organları bağışlanabilmektedir. Bu gruptaki transfer işlemine **kadavradan yapılan nakil** bu hastalara da **kadavra donör** denmektedir.

**Canlı Donör:** Nakil bekleyen hastanın eşi veya yakın akrabaları doku, kan grubu vs. uyum mevcut ise organ bağışında bulunabilmektedir. Bu gruptaki transfer işlemlerine **canlıdan yapılan nakil**, bu kişilere de **canlı donör** denmektedir. Böbrek ve karaciğer canlıdan nakil yapılabilen organlardır.

## Organ Nakli:

- » İlerlemiş karaciğer, böbrek, kalp ve akciğer hastalıklarında,
- » İncebarsakları önemli ölçüde alınmış veya işlev kaybı gelişmiş hastalarda,
- » Kornea hastalıklarına bağlı olarak görme kaybı gelişmiş hastalarda,
- » Böbrek yetmezliği gelişmiş diabet hastalarında,
- » Cildinin önemli bir bölümünü kaybetmiş hastalarda,
- » Kemik dokuda ve tendonlarında önemli hasar gelişmiş hastalarda uygulanabilir.

**Transplantasyonlar;** Otogreft, Allogreft, İzogreft, Xenogreft olmak üzere 4 grupta ele alınır:

**Otogreft:** Bir dokunun **aynı kişinin** bir bölgesinden alınıp başka bir bölgesine nakledilmesidir.

**Örnek:**

Deri greftleri

By pass için toplardamar çıkarılması

**Allogreft:** Genetik olarak aynı kimliğe sahip olmayan aynı türe ait iki canlı arasında yapılan doku veya organ nakilleridir.

**Örnek:**

Çoğu insan dokusu ve organ nakilleri allogrefttir.

**İzogreft:** Allogreftlerin bir alt grubu olup genetik olarak aynı kimliğe sahip verici ve alıcı arasında yapılan organ ve doku nakilleridir. İzogreftler diğer nakil şekillerinden farklıdır. Allogreftlerle anatomik olarak aynı olsalar da alıcının immün cevabı açısından otogreftlere daha yakın özelliktedir.

**Örnek:**

İkizler arasında yapılan nakiller

**Xenogreft:** Organ ya da dokunun, **bir türden başka bir türe** nakledilmesidir.

**Örnek:**

Domuzdan insana yapılan kalp kapakçığı nakli.

Babun maymunundan insana yapılan kalp nakli.

## ORGAN TEMİNİ VE TRANSPLANTASYON KODLAMA STANDARTLARI





## 1. Canlı Donörler

Organ ve doku bağıışı için hastaneye yatırılan hastalar için;

**Z52.- Organ ve doku donörleri'nden uygun bir kod** ana tanı olarak atanır.

Bu hastalar için varsa uygun ek tanımlar ve işlem kodları da atanmalıdır.

### Örnek:

Böbrek bağıışı için hastaneye yatırılan 35 yaşındaki kişi yapılan testler sonucu böbrek donörü olması uygun bulunmuştur. Total nefrektomi işlemi ile böbrek çıkarılmıştır. Operasyon sonrası hastanın yara yerinde enfeksiyon görülmesi üzerine antibiyotik tedavisi yapılmıştır. Yatış sonucunda hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

**Ana Tanı:** Z52.4 Böbrek Donörü

**Ek Tanı:** T81.41 İşlem sonrası yara enfeksiyonu

Y83.6 Diğer organların kısmi (tam) çıkarılması

Y92.22 Sağlık hizmet alanı

36516-05 Transplantasyon için komplet nefrektomi, yaşayan donör

**Z52** **Organlar ve dokular donörleri**

**Haric :** potansiyel donör muayenesi ([Z00.5](#))

**Kodlama Standard :** [0030](#)

**Dahil :** otolog ve allojenik donörler

- [Z52.0](#) Kan donörü
- [Z52.1](#) Deri donörü
- [Z52.2](#) Kemik donörü
- [Z52.3](#) Kemik iliği donörü
- [Z52.4](#) Böbrek donörü
- [Z52.5](#) Kornea donörü
- [Z52.6](#) Karaciğer donörü
- [Z52.7](#) Kalp donörü
- [Z52.8](#) Diğer organlar ve dokular donörü
- [Z52.9](#) Tanımlanmamış organ ve doku donörü

## 2. Hastanede Beyin Ölümü Sonrasında Bağıış

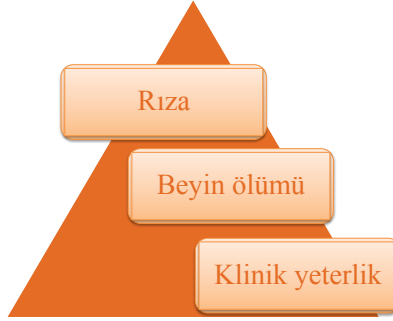
Beyin ölümü gerçekleşen hasta için; hastanın hastaneye yatırılma nedeni ve yatışa yönelik yapılan işlemlerle ilgili bölüm için bir dosya, bağıış işlemleriyle ilgili bölüm için ayrı bir dosya olmak üzere **toplam 2 farklı dosya** oluşturulmalıdır.

**Bu gruptaki standart 3 bölümde ele alınmıştır:**

2.1. Hastanın Ölümüyle Sonuçlanan İlk Bölüm

2.2. Hastanın Beyin Ölümü Sonrasındaki Temin Bölümü

2.3. Acilde Tekrar Yaşama Döndürülen ve Daha Sonra, Beyin Ölümü Sonrasında Olası Bağış İçin Solunum Desteğine Alınan Hastalar

**Bağış kriterleri şöyledir:****2.1. Hastanın Ölümüyle Sonuçlanan İlk Bölümde**

Hastanın hastaneye yatış sebebi olan durum ana tanı;

**Z00.5 Potansiyel organ veya doku vericisinin muayenesi** temin etme niyetini göstermek için ek kod olarak kodlanır.

Herhangi bir nedenden dolayı **organlar temin edilmese de** bu kod kullanılmalıdır. Bu epizotta temine ilişkin **işlem kodu kullanılmaz**.

**2.2. Hastanın Beyin Ölümü Sonrasındaki Temin Bölümü**

**Z52.- Organ ve doku donörleri'nden uygun bir kod** ana tanı ve ilgili işlem/işlemler kodlanır.

**Hastanın yatış sebebiyle ilgili kodlar bu bölümde kullanılmaz.**

**Örnek:**

Beyin kanaması ile yatışı yapılan 25 yaşındaki hasta yoğun bakımda 5 saat ventilatöre bağlı kalmıştır. Yapılan tüm müdahalelere rağmen beyin ölümü gerçekleşmiştir. Bağış kriterlerini karşılayan ve yapılan testler sonucu karaciğer donörü olarak belirlenen hastaya total hepatektomi yapılarak operasyon sonlandırılmıştır.

**Kodlama: Bu hasta için iki farklı dosya tanzim edilir.**

**1. Dosya:**

**Ana Tanı:** I61.9 İntraserebral kanama, tanımlanmamış  
 Z00.5 Potansiyel organ veya doku vericisinin muayenesi  
 13879-00 Devamlı ventilatör desteği, yoğun bakım ünitesinde başlangıç  
 13882-00 devamlı ventilatör desteğinin idamesi, <= 24 saatler

**2. Dosya:**

**Ana Tanı:** Z52.6 Karaciğer Donörü  
 90346-00 Total hepatektomi

### 2.3. Acilde Tekrar Yaşama Döndürülen ve Daha Sonra, Beyin Ölümü Sonrasında Olası Bağış İçin Solunum Desteğine Alınan Hastalar İçin

Bu tür hastalar hastaneye yatış nedeniyle ilgili tedavi edilmesi halinde 2.2. kategorisinde belirtilen standartlara göre kodlanmalıdır.

Bağış kriterlerinin karşılanıp karşılanmadığına bağlı olarak, organ teminine ilişkin işlem kodu ile birlikte;

**Z52.- Organ ve doku donörleri'nden uygun bir kod ana tanı olarak kodlanır.**

### 3. Organ Transplante Edilen Hastalar

Organ transplante edilen hastalar için ana tanı **yatışın sebebi olan durumdur** ve transplantasyona ilişkin işlemler kodlanır.

**“Hastalıklı organın çıkarılması işlemi kodlanmaz.”**

**Örnek:**

Gerekli tıbbi testlerin sonuçlarına göre 38 yaşındaki erkek hasta canlı böbrek donörü olarak yatırılmıştır. Genel anestezi (ASA 1) altında komplet nefrektomi ameliyatı olan hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

**Ana Tanı:** Z52.4 Böbrek donörü  
 36516-05 Transplantasyon için komplet nefrektomi, yaşayan donör  
 92514-19 Genel anestezi, ASA 1

## KÖK HÜCRE TEMİNİ VE TRANSPLANTASYONU

Eritrosit, lökosit ve trombositler dahil olmak üzere bütün kan hücrelerinin kaynağı kemik iliğidir, “**Kök hücre**” olarak adlandırılan tam gelişmemiş hücre kemik iliği tarafından üretilir. Bu hücre farklılaşarak spesifik bir hücre tipine

henüz dönüşmemiştir. Bu evrede; kök hücre esnek olup, olgunlaşmış kan hücrelerinden herhangi birini oluşturma potansiyeline sahiptir. Kök hücreler;

- a. Ototolog donasyon; malignite gibi bilinen bir hastalığı bulunan kişiden ileriki evrede terapötik re-infüzyon için
- b. Allogenik donasyon; sağlıklı kişiden başka bir kişiye infüzyon için veya fetüsün göbük kordonu veya plasentasından temin edilebilir.

Kök hücreler donörlerden iki yöntemle temin edilir:

## 1. Periferik Kandan Kök Hücre Temini (Aferez Yönetmi)

Periferik kan kök hücreleri **aferez yöntemi** ile toplanır; bu yöntemde kök hücreler kandan ayrılır ve muhafaza edilir.

- a. Hastanın kök hücre aferezinin gerçekleştirildiği **günlük bakım epizotlarında** (bir başka deyişle, aynı gün hastaneye yatırma ve taburcu etme); **Z51.81 Aferez** ana tanı olarak kodlanır ve **[1892] Aferez bloğundan** uygun işlem kodu (kodları) kullanılır.

### Örnek:

Hastaneye lösemili bir hastaya eritrosit vermek için (infüzyon) yatırılan gününbirlik eritroferez işlemi uygulanan donör, aferez işlemi tamamlanınca aynı gün içinde taburcu edilmiştir.

#### Kodlama:

**Ana Tanı:** Z51.81 Aferez

13750-02 Terapötik Eritroferez

- b. Hastanın kök hücre aferezinin gerçekleştirildiği **birden fazla gün** süren bakım epizotlarında; **Tedaviyi gerektiren durum** ana tanı olarak kodlanır ve **[1892] Aferez bloğundan** uygun işlem kodu (kodları) kullanılır.

**Z51.81 Aferez ek tanı olarak kodlanmaz.**

### Örnek:

Multipl miyelom için tedavi gören 30 yaşındaki hasta plazmaferez işlemi için 3 gün yatırılmıştır.

#### Kodlama:

**Ana Tanı:** C90.00 Multipl Miyelom, remisyon bahsi olmadan

**Ek Tanı:** M9732/3 Multipl miyelom

13750-00 Terapötik Plazmaferez

## 2. Kemik İliğinden Kök Hücre Temini

- a. Hastanın kök hücre temini amacıyla kemik iliği aspirasyonu için hastaneye yatırıldığı **günlük bakım epizotlarında** (bir başka deyişle, aynı gün hastaneye yatırma ve taburcu etme);

**Z52.3 Kemik iliği donörü** ana tanı olarak kodlanır ve **13700-00 Transplantasyon için kemik iliği temini** işlem kodu kullanılır.

### Örnek:

Kemik iliği donörü olarak uygun bulunan sağlıklı kişi kemik iliği temini işlemi sonrası aynı gün taburcu edilmiştir.

Kodlama:

**Ana Tanı:** Z52.3 Kemik iliği donörü

13700-00 Transplantasyon için kemik iliği temini

- b. Hastanın kök hücre temini amacıyla kemik iliği aspirasyonunun gerçekleştirildiği **birden fazla gün** süren bakım epizotlarında;

Tedaviyi gerektiren durum ana tanı olarak kodlanır ve **13700-00 Transplantasyon için kemik iliği temini** işlem kodu kullanılır.

Z52.3 **Kemik iliği donörü** ek tanı olarak kodlanmaz.

### Örnek:

Multiple Myelom tanısıyla yatan 40 yaşındaki hastaya, yatışı sırasında kök hücre temini amacıyla kemik iliği aspirasyonu yapılmıştır.

**Kodlama:**

**Ana Tanı:** C90.00 Multipl Miyelom, remisyon bahsi olmadan

**Ek Tanı:** M9732/3 Multipl miyelom

13700-00 Transplantasyon için kemik iliği temini

Donör tipi	Prosedür kodu
Singeneik (tek yumurta ikizi)	13706-00 [802] Allogenik kemik iliği veya kök hücre transplantasyonu, uyuşan akraba donör, in vitro işleme olmadan VEYA
	13706-06 [802] Allogenik kemik iliği veya kök hücre transplantasyonu, uyuşan akraba donör, in vitro işleme ile
Uyuşmayan aile	13706-09 [802] Allogenik kemik iliği veya kök hücre transplantasyonu, diğer donör, in vitro işleme olmadan VEYA
	13706-10 [802] Allogenik kemik iliği veya kök hücre transplantasyonu, diğer donör, in vitro işleme ile

Donör tipi	Prosedür kodu
Uyuşan, akraba olmayan	13706-09 [802] Allogenik kemik iliği veya kök hücre transplantasyonu, diğer donör, in vitro işleme olmadan VEYA
	13706-10 [802] Allogenik kemik iliği veya kök hücre transplantasyonu, diğer donör, in vitro işleme ile

## Organ/Doku Temin ve Transplantasyon Tablosu

Organ/Doku	Tanı Kodu	Temin İşlem Kodu	Transplantasyon İşlem Kodu		
Kan, tam	Z52.00	13709-00 [1891]	Transfüzyon için kan toplanması	13706-01 [1893]	Tam kan nakli
Kan, aferez yöntemiyle kök hücreler (ayrınca bakınız ACS 0301)	Z51.81	13750-05 [1892]	Kriyop rezervasyon ile kök hücrelerin aferezi	[802] Bloğu	Kemik iliği/ kök hücre transplantasyonu
Kan, diğer ürünler	Z52.08	13750-04 [1892]	Kök hücrelerin aferezi	[1893] Bloğu	Kan ve gamma globulin transfüzyonu
		[1891] Bloğu	Kemik/kemik iliğinin terapötik toplanması ve işlenmesi		
		[1892] Bloğu	Aferez		
Deri	Z52.1	90669-00 [1634]	Greft için deri eksizyonu	[1640]–[1650] bloklarından uygun kod	
Kemik	Z52.2	[1563] Bloğu	Diğer kas iskelet sistemi kemiğindeki diğer eksizyon işlemleri	İşlemler için bakınız dizin – ‘Gref, kemik, bölgeye göre’	
Kemik iliği	Z52.3	13700-00 [801]	Transplantasyon için kemik iliği temin edilmesi	[802] Bloğu	Kemik iliği/ kök hücre transplantasyonu
Böbrek	Z52.4	[1050] Bloğu	Transplantasyon için komplet nefrektomi	[1058] Bloğu	Renal transplantasyon
Kornea	Z52.5	42506-00 [161]	İmplant olmadan göz küresinin enükleasyonu	[173] Bloğu	Keratoplasti

## Organ/Doku Temin ve Transplantasyon Tablosu

Organ/Doku	Tanı Kodu	Temin İşlem Kodu		Transplantasyon İşlem Kodu	
Limbal kök hücreler	Z52.8	42683-00 [254]	Konjonktiva lezyon veya doku eksizyonu	90065-00 [174]	Limbal kök hücre transplantasyonu
Karaciğer	Z52.6	90346-00 [953]	Total hepatektomi	90317-00 [954]	Karaciğer transplantasyonu
Kalp	Z52.7	90204-00 [659]	Transplantasyon için donör kalbinin çıkarılması	90205-00 [660]	Kalp transplantasyonu
Akciğer	Z52.8	38438-03 [553]	Transplantasyon için donör akciğerinin çıkarılması	[555] Bloğu	Akciğer nakli
Kalp ve akciğer	Z52.8	90204-01 [659]	Transplantasyon için donör kalp ve akciğerinin çıkarılması	90205-01 [660]	Kalp ve akciğer transplantasyonu
Pankreas	Z52.8	[978] Bloğu	Pankreatektomi	90324-00 [981]	Pankreas transplantasyonu
Kondrosit (kıkırdak)	Z52.8	[1561] Bloğu	Diğer kas iskelet bölgeleri ekleminde eksizyon işlemleri	[1906] Bloğu	Hormon veya canlı doku implantasyonu



TIG