

با یاد خدا
دانشگاه علوم پزشکی نیشابور
معاونت درمان

دوره :

کدگذاری بیماری ها – حوادث و تروما

کارکنان مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات سلامت

آذر ۱۴۰۱

فهرست مطالب

1-4	.....	مقدمه
5-7	.....	عبارت تشخیصی
8-10	.....	دستورالعمل های ثبت عبارات تشخیصی
11-13	.....	Neoplasm
14	.....	Infectious Disease
15	.....	Fractures
16	.....	Burn
17-19	.....	Poisoning
20	.....	Delivery
21	.....	Rule Out
22	.....	Ruled Out
23	.....	Symptoms-Sing and abnormal finding
24	.....	Multiple Condition
25	.....	Post Procedural Disorder

26- 27 Sequela Or Late Effect

28 External Cause

29-32 دستورالعمل های ثبت اقدامات درمانی

33-34 منابع

داده های مربوط به تشخیص مهمترین داده های پرونده پزشکی محسوب می شوند که معمولاً در قالب عبارات تشخیصی مستند می گردد. عبارت تشخیصی موضوع پرونده را مشخص کرده و باید حاوی اطلاعات کامل و مفیدی باشد و بنحوصحیح و کامل توسط پزشک معالج ثبت گردد. از نظر سازمان بهداشت جهانی مسئولیت ثبت تشخیص کامل به عهده پزشک معالج می باشد. اهمیت اصلی ثبت دقیق عبارت تشخیصی در درجه اول برای استفاده خود بیمار بوده اما استفاده از آن برای سایر مقاصد از جمله تعیین فراوانی بیماریها، شناخت مدیریت نظام های بهداشتی درمانی تدابیر مربوط به پیشگیری از بیماریها و نیز تحقیقات و مقایسه نتایج معاینات، معالجات و سوابق بیماریها که در پرونده پزشکی ثبت گردیده دارای اهمیت بسیار است

تشخیص های پرونده های بالینی در تحقیقات و مطالعات پزشکی و اپیدمیولوژی و گاهی ارزشیابی گروههای بیمارستانی کاربرد دارند، لذا نقص در ثبت آنها موارد مذکور را دچار اختلال کرده و یاب به تاخیر می اندازد.

تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که 68% محققین، اطلاعات مدارک پزشکی نظیر ثبت تشخیص ها و اقدامات راناقص می دانند و عملکرد پزشکان از نظر تکمیل پرونده بیماران بخصوص در ثبت آزمایشات، تشخیص ها و اقدامات درمانی ضعیف است.

بررسی های انجام شده نشان می دهد که یکی از علل اساسی و مهم استاندارد نبودن ثبت تشخیص ها و اقدامات، عدم آگاهی پزشکان از این استانداردها است استانداردهای تشخیص نویسی توسط سازمان جهانی بهداشت در قالب کتاب ICD-10 که دربرگیرنده دستورالعمل های عمومی و خاص تشخیص نویسی، اقدامات و علل خارجی حوادث است، در 21 فصل ارائه شده است که در سراسر دنیا توسط کدگذاران بخش مدارک پزشکی مراکز درمانی مورد استفاده قرار می گیرد عدم ثبت کامل تشخیص ها و اقدامات درمانی در پرونده های بالینی امکان طبقه بندی دقیق آنها را از کدگذاران سلب می کند و در نهایت اطلاعات کامل و باارزشی از چرخه اطلاعات تصمیم گیران حذف می شود.

یافته های حاصل از پژوهشی که با هدف بررسی میزان رعایت اصول تشخیص نویسی برحسب گروه های بالینی در بیمارستان های آموزشی شهرستان جهرم در سال 1385 انجام گردید نشان داد که عملکرد پزشکان شاغل در بیمارستان های این شهرستان در موارد ذیل ضعیف است:

◀ ذکر ماده یا داروی مسمومیت زادر موارد مسمومیت

◀ ذکر میکروارگانیسم عفونت زا در بیماری های عفونی

◀ استفاده از اختصارات استاندارد

◀ استفاده از علائم و نشانه ها به جای تشخیص

◀ ذکر مواضع چپ و راست

◀ خوانا بودن دست خط پزشکان

◀ ذکر علت خارجی

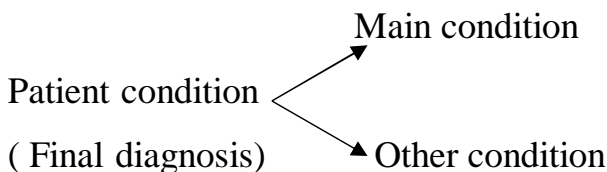
◀ ذکر مکان وقوع حادثه

از آنجا که مسئولیت تکمیل بودن پرونده بالینی بیمار به عهده پزشک معالج وی می باشد ذکر این نکات لازم است که: فقدان فرم خلاصه پرونده در کلیه پرونده های بررسی شده و فقدان فرم شرح حال به میزان (86/3%) در گروه بالینی زنان و زایمان قابل توجه است.

همچنین در اکثر پرونده های بررسی شده مربوط به این گروه بالینی در محل ثبت تشخیص بیماری عمل جراحی انجام شده برای بیمار ذکر شده و تشخیص بیماری فرد ذکر نگردیده بود.

کتابچه حاضر با هدف ارائه نکاتی در زمینه ثبت دقیق و علمی اطلاعات پزشکی تدوین گردیده، امید است مندرجات آن در جهت ارتقای کیفیت ثبت داده ها در پرونده های پزشکی و به عنوان راهنمایی برای مستندسازان اطلاعات پزشکی مورداستفاده قرار گیرد.

عبارت تشخیصی



عبارت تشخیصی براساس وضعیت اصلی (Main condition) وسایر وضعیت ها (Other Condition) ثبت می گردد.

Main condition: مهمترین وضعیتی است که در پایان دوره مراقبت تشخیص داده شده است و مقدماتاً نیاز بیمار به درمان و بررسی می باشد. اگر بیشترین وضعیت در پایان دوره مراقبت بیمار وجود داشته باشد، وضعیتی که بیشترین استفاده از امکانات و منابع درمانی را به خود اختصاص داده یا بیشترین مراقبت را به خود معطوف نموده و یا از نظر پزشکی وخیم تر بوده و از شدت بیشتری برخوردار بوده است، بایستی به عنوان تشخیص اصلی ثبت گردد. تشخیص موارد فوق بعهدہ پزشک معالج بیمار می باشد.

حال اگر در پایان دوره مراقبت، هیچ تشخیصی ارائه نشده باشد، بایستی مهمترین علامت اصلی، یافته غیر طبیعی و یا مشکل اصلی بیمار را به عنوان وضعیت اصلی انتخاب نمود.

Other Condition: وضعیت هایی که دلیل اصلی پذیرش و مراجعه بیمار به بیمارستان نبوده، اما بر مراقبت فعلی بیمار اثر گذاشته است (اثر بر نحوه مراقبت، طول مدت اقامت و نوع دارو) سایر وضعیت ها را تشکیل می دهند. البته وضعیت هایی که مربوط به دوره مراقبت قبلی فرد بوده و هیچ ارتباطی با مراقبت کنونی ندارد، نبایستی ثبت گردند.

سایر وضعیت ها عموماً در دسته گروه بندی می شود:

1. Comorbidity یا Coexisting Condition: بیماریهای همراه یا

وضعیتهایی هستند که قبل از پذیرش بیمار در بیمارستان وجود داشته و معمولاً به مدت اقامت بیمار در بیمارستان می افزایند.

۲. Complication: عوارض درمان، اقدامات درمانی یا بیماریهایی

هستند که بعد از پذیرش بیمار در مرکز درمانی بوجود آمده و به مدت اقامت بیمار می افزایند.


در هر مرحله مراقبت و درمان، پزشک معالج مسئول ثبت وضعیت اصلی و سایر وضعیت ها در پرونده پزشکی بیمار بوده و برای ثبت اطلاعات بایستی از روش استاندارد تبعیت نماید و هر شرح تشخیص به منظور طبقه بندی تا جایی که ممکن است بایستی حاوی تمام اطلاعات بوده تا بتواند در اختصاصی ترین رده ی طبقه بندی مربوط به خود جای گیرد و در نهایت مقایسه های بین المللی را آسان سازد.

رعایت نکاتی که در صفحات بعد ذکر خواهد شد در هنگام ثبت تشخیص ضروری بوده و موجب دسته بندی مناسب داده های تشخیصی و درمانی می گردد.

دستورالعمل های ثبت عبارات تشخیصی

هر عبارت تشخیصی باید حاوی اطلاعات کامل و مفیدی باشد و به نحو صحیح و کامل توسط پزشک ثبت گردد. یک عبارت تشخیصی کامل

باید شامل موارد ذیل باشد:

ویژگیهای Diagnosis :  Complete
Adequate
Accurate

بطور مثال: اگر فردی مبتلا به خونریزی مزمن بوده و به دنبال آن مبتلا به آنمی شده باشد و به جای فقر آهن ثانویه به خونریزی، فقط به کلمه آنمی اکتفا شود، در زمان کدگذاری با اینکه کد آنمی را می گیرد، ولی این کد، دیگر نشان دهنده بیماری فرد مبتلا نخواهد بود. زیرا در سیستم طبقه بندی مورد استفاده 15 کد کلی تحت عنوان آنمی وجود دارد که در مجموع حدود 70 تشخیص مختلف را شامل می شود .

چند کلمه تشخیصی نامشخص و مبهم و اشکال کامل و مناسب آنها

نامشخص و مبهم	کامل و مناسب
Shock	Septic shock
Diabetes	Insulin dependent diabetes mellitus
Pneumonia	Pneumococcal pneumonia
Malnutrition	Sever protein calorie malnutrition
UTI	Urinary Tract Infection due to E – coli
Septicemia	Streptococcal septicemia
Otitis	Acute suppressive otitis media

تاعبارت تشخیصی بنموصمیع وکامل توسط پزشک ثبت نگرد

نمی تواندبه درستی کدگذاری شود.

:Neoplasm

در مورد نئوپلاسم ها، ثبت موارد زیر ضروری است:

- موضع آناتومیکی نئوپلاسم (Anatomical site):
 - مورفولوژی نئوپلاسم (Morphological type)
 - رفتار نئوپلاسم (Behaviour)
- رفتار نئوپلاسم بر اساس 5 گروه زیر مشخص می گردد:

الف: نئوپلاسم خوش خیم (Benign neoplasm)

ب: نئوپلاسم بدخیم اولیه (Primary malignant neoplasm)

ج: نئوپلاسم بدخیم ثانویه (Secondary malignant neoplasm)

د: نئوپلاسم در محل اولیه (Neoplasm In Situ)

ذ: نئوپلاسم با رفتار نامشخص (Unknown Or Uncertain Behavior)

- اختلال در عملکرد بافت یا غدد درون ریز
- Carcinoma of sigmoid colon with small metastatic nodules on liver
 - ↓ Morphology
 - ↓ primary Anatomical site
 - ↓ Behavior
 - ↓ secondary Anatomical site

سایرنکات در هنگام ثبت تشخیص نئوپلاسم ها عبارتند از:

1- در صورتی که بیمار دارای نئوپلاسم اولیه و ثانویه باشد، باید به روشنی مشخص گردد که در این دوره از مراقبت، درمان به کدامیک از موارد (موضع اولیه یا موضع ثانویه) اختصاص یافته است.

طبق قوانین سازمان جهانی بهداشت چنانچه صراحتاً ذکر نگردد مراقبت و درمان به کدام موضع اختصاص یافته است. مواضع اولیه به عنوان تشخیص اصلی در نظر گرفته می شود.

2- چنانچه بیمار با سابقه خانوادگی نئوپلاسم مراجعه نموده باشد (خواه خود دارای نئوپلاسم باشد یا نباشد) وجود سابقه خانوادگی باید ثبت گردد.

3- در هنگام ثبت اصطلاح تشخیصی نئوپلاسم، استفاده از کلمه (OF) یا بعضی روشهای نوشتاری که نیازمند تفسیر است، احتمال اشتباه را افزایش می دهد بهتر است اصطلاح تشخیصی به وضوح ثبت گردد. مثال:

1. Metastatic Carcinoma Of Cervix
2. Cervical Cancer, Metastatic
3. Cervical Cancer (Metastatic From Breast).

از آنجا که در مثال های 1 و 2 دقیقاً مشخص نیست سرطان گردن رحم
موضع اولیه است یا ثانویه، طبق قانون سازمان بهداشت جهانی، این
تشخیص، اولیه در نظر گرفته می شود. لذا توصیه می گردد تشخیص
مورد نظر مانند مثال شماره 3 ثبت گردد.

4- چنانچه پزشک با چند نئوپلاسم اولیه مستقل و با شدت یکسان
روبرو گردد، ثبت اولیه بودن نواحی مختلف در شرح تشخیص ضروری
است.

مثال: Myeloma and adenocarcinoma of prostate (both primary site)

Infectious diseases

درمورد بیماریهای عفونی و یا هر بیماری ناشی از عوامل میکروبی باکتریایی

و... شرح تشخیص حداقل باید شامل موارد زیر باشد:

• موضع عفونت (Infection site)

• عامل عفونت ز (Infection organism)

مثال: - Meningococcal pericarditis

-Chronic pyelonephritis due to E-Coli

Advers Effect

درمورد اثرات زیان آور داروها و مواد بیولوژیکی که توسط پزشک تجویز گردیده و دوز آنها جهت درمان و پیشگیری مناسب بوده است، موارد زیر باید ثبت گردد:

- ماهیت اثر زیان آور (Entity of advers effect)
- نوع دارو یا ماده بیولوژیکی (Type of drug, agent)
- تجویزی یا غیر تجویزی بودن دارو (prescribed or not prescribed)

Diplopia due to allergic reaction to antihistamine

مثال:

↓
Entity

↓
Agent

taken as prescribed.

↓
By physician

سایرنکات قابل توجه به هنگام ثبت مسمومیت ها و عوارض دارویی:

1. در صورتی که بیمار خودسرانه داروی دیگری را همراه داروی تجویزی

توسط پزشک مصرف کرده است، اطلاعات مربوطه ثبت گردد.

2. چنانچه عوارض جانبی دارو در اثر مصرف صحیح دارو، پیش آمده است

در پرونده بیمار به آن اشاره گردد.

3. در صورتی که مسمومیت دارویی به دلیل استفاده از چند دارو

می باشد، در صورت امکان دارویی که مسئول ایجاد حالت پیش آمده

باشد، مشخص گردد.

4. به هنگام وجود تداخلات دارویی (Drug interaction)، خودسرانه مصرف

شدن هر دو دارو یا یک دارو، یا صحیح مصرف شدن دو دارو ذکر گردد.

5. چنانچه عوارض جانبی دارو، پس از قطع مصرف دارو ایجاد شده است، به

آن اشاره گردد.

6. چنانچه دارویی بیش از مقدار یا بیش از مدت مقرر مصرف شده

باشد و عارضه ای را ایجاد نماید به آن اشاره گردد.

7. چنانچه بیمار به مواد مخدر اعتیاد دارد به آن اشاره گردد.

به هنگام ثبت تشخیص در پرونده های زایمانی، ثبت اطلاعات زیر ضروری

است:

- نوع زایمان (طبیعی، فورسپس، وکیوم، سزارین و...)
- محل زایمان (بیمارستان، در راه رسیدن به بیمارستان و...)
- نتیجه زایمان (تعداد نوزادان و زنده یا مرده بودن نوزادان)
- عوارض و مشکلات زایمان (پارگی رحم، خونریزی بیش از حد و...)
- سایر اقدامات همراه با زایمان و سزارین (مثلاً بستن لوله های رحم)
- سایر بیماریها یا وضعیت هایی که مادر به آنها مبتلا است و می تواند بر بارداری یا زایمان وی موثر باشد.

Rule out

اگر در پایان دوره مراقبت بیمار تشخیص واضح و قطعی ارائه نشده باشد و تشخیص بیمار همچنان یک تشخیص احتمالی باشد، می توان آن را به عنوان وضعیت اصلی ثبت نمود.

به هنگام استفاده از R/O یا Rule out بایستی توجه داشت تشخیصی که با R/O بیان می گردد، احتمالی بودن تشخیص را می رساند و چنانچه تشخیص، هنگام ترخیص دقیقا مشخص گردیده باشد، توصیه می شود از به کاربردن اختصار R/O یا عبارت Rule out در کنار وضعیت اصلی خودداری گردد.

Ruled out

مفهوم عبارت «Ruled out» آن است که تشخیص مربوطه توسط پزشک معالج بیمار رد شده است. چنانچه بیمار بایک تشخیص R/O مراجعه نماید و پس از بررسی و معاینه و در پایان دوره مراقبت درمانی، آن تشخیص مورد تایید پزشک قرار نگرفته و رد شده باشد، آن تشخیص همراه با عبارت «Ruled out» ثبت می گردد.

مثال: R/O Myocardial infarction (تشخیص اولیه)

Myocardial infarction Ruled out (تشخیص نهایی)

Symptoms, Sing and abnormal finding

گاهی فرد بیمار نبوده و تنها به خدمات و مراقبت های محدودی نیاز دارد؛ مانند افرادی که جهت اهداء عضو یا انجام آزمایشات روتین مراجعه نموده اند. در این موارد، پزشک معالج باید جزئیات شرایط مربوطه و دلیل مراجعه فرد را به عنوان وضعیت اصلی ثبت نماید.

Evaluation of kidney Donor

مثال:

نکته: علائم، نشانه ها، حالت های مشکوک و احتمالی و یافته های غیر طبیعی حتی الامکان نباید به عنوان وضعیت اصلی ثبت گردند، اما اگر هنگام ترخیص پزشک معالج به تشخیص واضح و قطعی نرسیده باشد، بایستی علامت اصلی یا مشکلی که ضرورت مراقبت از بیمار را ایجاب کرده است؛ یعنی وضعیتی که بیشترین نیاز به مراقبت را ایجاب کرده است، به عنوان وضعیت اصلی ثبت گردد.

Multiple Condition

گاهی در یک دوره مراقبت، وضعیت های متعددی که بایکدیگر مربوط می باشند، تحت درمان قرار می گیرند؛ مانند صدمات متعدد، پیامدهای متعدد یک بیماری یا صدمه یا وضعیت های ناشی از بیماری AIDS در این موارد، وضعیتی که به طور آشکارا از بقیه ی وضعیت ها شدیدتر بوده یا منابع درمانی بیشتری را به خود اختصاص داده است به عنوان تشخیص اصلی انتخاب و بقیه وضعیت ها بایستی به عنوان سایر وضعیت ها ثبت گردند. هنگامی که هیچ کدام از حالات و بیماری ها از نظر شدت، میزان دریافت خدمات و یا استفاده از منابع درمانی بر دیگری برتری نداشته باشد و پزشک معالج نتواند یکی از حالات را به عنوان حالت اصلی انتخاب کند مجاز به ثبت Multiple Condition، به عنوان حالت اصلی است.

مثال:

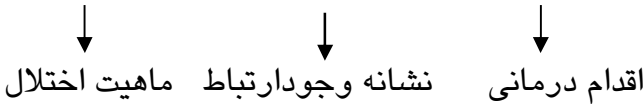
- Multiple fractures
- Multiple crush injury

Postprocedural disorders

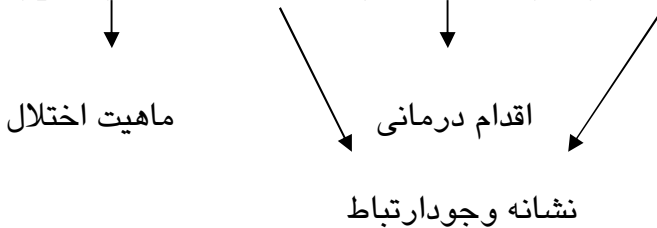
جهت ثبت عبارت های تشخیصی مربوط به مشکلات و اختلالات متعاقب اقدامات تشخیصی و درمانی (از جمله اقدامات جراحی)؛ مثل خونریزی بعد از عمل جراحی، عفونت، شوک های بعد از عمل یا مشکلات مکانیکی مربوط به پروتز در بدن ...، باید اطلاعات زیر در عبارت تشخیصی ثبت گردد:

- ماهیت اختلال ایجاد شده (Entity of disorder)
- نوع اقدام تشخیصی و درمانی (Type of procedure)
- دلیل واضحی مبنی بر این که اختلال ایجاد شده ناشی از اقدام انجام شده بوده است.

▪ Hemorrhage after procedure of appendectomy



▪ Hypothyroidism since thyroidectomy 1 year ago



نکته: اگر پیامدهای ایجاد شده، متعدد باشند و پزشک معالج نتواند یکی از آنها را بر دیگر پیامدها ترجیح دهد یا پیامد ایجاد شده ماهیتش مشخص نباشد، می تواند از عبارت *Late effect* یا *Sequele* به عنوان وضعیت اصلی استفاده نماید.

مثال:

Sequele of cerebrovascular accident

External cause

علل خارجی جراحات عبارتست از:

کلیه ی عواملی که جدا از عوامل داخلی؛ مثل میکروارگانیسم ها باعث آسیب، صدمه یا اختلال در عملکرد یک یا چند عضو می گردند. هنگامی که یک حالت؛ مانند صدمات، مسمومیت ها و سایر حالات های منتج از علل خارجی توسط پزشک معالج به عنوان وضعیت اصلی ثبت گردیده اند، باید اطلاعات زیر در عبارت تشخیصی ثبت گردد:

- ماهیت وضعیت ایجاد شده؛ مثلاً شکستگی، سوختگی و... (Entity)
- علت خارجی موجب آن وضعیت خاص (External cause)
- مکان وقوع حادثه (place)

دستورالعمل های ثبت اقدامات درمانی

1- هنگام مستندسازی اقدامات درمانی (طبی جراحی)، اطلاعات صحیح، کامل و دارای جزئیات کافی مربوط به اقدامات جراحی را باید در تمامی اوراقی که در آنها فضایی جهت ثبت داده های مربوط به اعمال جراحی در نظر گرفته شده است، ثبت نمود. به عنوان مثال؛ در برگ پذیرش باید اعمال جراحی را با ذکر تاریخ انجام عمل جراحی مستند ساخت. در برگ خلاصه پرونده بیمار نیز باید خلاصه ای از اقدامات جراحی را که انجام گرفته اند ثبت نمود.

در برگ شرح عمل باید اطلاعات مربوط به نوع عمل جراحی، خلاصه ای از اقدامات انجام گرفته، تشخیص قبل از عمل، تشخیص بعد از عمل و تعداد نمونه ی برداشته شده (در صورت لزوم) مستند شده باشند. در این زمینه باید به این نکته توجه داشت که برگ شرح عمل بایستی بلافاصله بعد از عمل جراحی و منطبق با اصول مستندسازی نوشته شده باشد.

عبارت «بهنگام بودن ثبیتات پرونده پزشکی» (Timeliness) به این معناست که ثبیتات مربوط به مراقبت و درمان، به زمان وقوع رخداد، اعم از تشخیص و یا درمان، نزدیک باشند. عبارت «دارای جزئیات کافی» (Granularity) نیز به این نکته اشاره دارد که ثبیتات پرونده پزشکی دارای تمامی جزئیات مربوط به تشخیص یا اقدامات صورت گرفته برای بیمار باشند.

مثال: در پرونده یک بیمار در قسمت مربوط به تشخیص عبارت « Laceration of foot) مشاهده می شود. در این مورد اولاً ذکر نشده است کدام قسمت از پا (skin, muscle, nerve) دچار پارگی شده است و از طرفی مشخص نگردیده است که ترمیم صورت گرفته از چه نوعی بوده است.

2- برخی از اعمال جراحی براساس نام نخستین فردی که آن اقدام جراحی را انجام داده است، نامگذاری شده اند که در اصطلاح به آنها «Eponym» گفته می شود. در رابطه به «Eponyms» با توجه به شباهتی که بین برخی از آنها وجود دارد، توصیه شده است که در صورت امکان به جای استفاده از نام «Eponym»، اقدامات صورت گرفته را با ذکر تمامی جزئیات مربوط به آنها ثبت کرد. به عنوان مثال: Thompson operation، یک «Eponym» است که هم در مورد Cleft lip و هم در مورد Correction of lymphedema صورت می گیرد. در این حالت چنانچه در پرونده بیمار به جزئیات دیگری اشاره نشده باشد و تنها عبارت «Thompson operation» ثبت شده باشد، تشخیص اینکه این اقدام کدام یک از دو مورد مذکور است، با مشکل روبرو خواهد شد.

3- هنگام ثبت آندوسکوپی ها باید تعیین کرد که آیا آندوسکوپی به تنهایی صورت گرفته است و یا اقدام دیگری به همراه آن انجام گرفته است.

4- خصوص استفاده از اختصارات باید از بکار بردن اختصارات غیر استاندارد خودداری شود. چنانچه از استاندارد نبودن یک اختصار مطمئن نباشیم، بایستی از منابع موجود و فرهنگ های اختصارات و اصطلاحات استفاده نماییم. در صورتی که در یک مرکز از یک سری اختصارات استفاده می کنیم، این اختصارات بایستی توسط کارکنان پزشکی آن مرکز تایید شده باشند و فهرست اختصارات مورد استفاده در اختیار تمامی استفاده کنندگان مربوط قرار گیرد تا تمامی آنها درک یکسانی از آن اختصارات داشته باشند.

- صدوقی، ف و همکاران. "کدگذاری بیماریها ICD10". چاپ اول. تهران: انتشارات زرین بهار، 1375.
- صفدری، ر و همکاران. "مروری بر سیستم های نامگذاری و طبقه بندی بیماریها ونحوه ثبت و کدگذاری تشخیص های پزشکی ومشکلات بهداشتی(بر اساس ICD 10)". تهران، 1380.
- فرزندی پور، م و همکاران. "اصول مستندسازی اطلاعات پزشکی". انتشارات مرسل، 1384.
- محرابی، ن. "مقایسه عملکرد پزشکان و پرستاران در تکمیل پرونده بیماران بستری در بیمارستانهای عمومی آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران". پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشکده علوم پزشکی ایران، 1377.
- مرادی، غ. "بررسی میزان کاربرد مدارک پزشکی در تحقیقات بالینی در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال 1373". پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، 1373.

- ممتاز، ص. "بررسی میزان رعایت استانداردها در واحدمدارک پزشکی بیمارستان دکتر شریعتی در سال 1372". پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، 1372.
- جزوه آموزشی اولین کارگاه آموزش تشخیص نویسی مبتنی بر ICD، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، 1380.

شماره پرونده: Unit Number: شماره بستر: Have <input type="checkbox"/> داره <input type="checkbox"/> شماره بستر: Have <input type="checkbox"/> داره <input type="checkbox"/> دفترا بستر:		No. Of Hosp:		شماره شناسنامه: ID. NO:		وضعیت تاهل: Married <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>		جنس: Sex: Male <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>		نام پدر: Father's Name:		نام: Name:		نام خانوادگی: Family Name:	
بزرگ پذیرش و خلاصه ترخیص ADMISSION AND DISCHARGE SUMMARY SHEET															
محل کار: Place Of Work:		شغل: Occupation:		مذهب: Religion:		محل صدور شناسنامه: Place Of ID:		محل تولد: Place Of Birth:		تاریخ تولد: Date Of Birth:					
آدرس و تلفن: Address & Phone Number:															
آدرس و تلفن: Address & Phone Number:															
آورده یا معرفی بیمار: Brought By Or Referred By:															
تاریخ ترخیص: Discharge Date:		تاریخ پذیرش: Admission Date:		پزشک پذیرنده: Admitting Physician:		پرستار بستر کننده: Ward:		بخش:		نوع پذیرش: Kind of Adm.:		Emergency <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/>			
شماره بیمه: Policy No:		نوع بیمه: Type Of Insurance:		نوع بیمه:		به مرکز آموزشی: Information To Police Center.		اورژانس: Emergency		بستر: Hosp		OPD		تاریخ انتقال: Transfer Date:	
به بیمارستان: To Hospital:		به پرستار: To Ward:		به بخش: To Ward:		به بخش: To Ward:		به بخش: To Ward:		به بخش: To Ward:		به بخش: To Ward:		به بخش: To Ward:	
آزمایشات و عکسبرداری (نتایج): Examination & X - Rays (Results):															
کد بیماری: Disease Code:		تشخیص اولیه: Primary Diagnosis:													
		تشخیص حین درمان: Interim Diagnosis:													
		تشخیص نهایی: Final Diagnosis:													
کد جراحی: Operation Code:		اعمال جراحی با تاریخ: Operation (with Date):													
وضعیت بیمار هنگام ترخیص: Condition On Discharge:		بهبودی: Recovered <input type="checkbox"/>		بهبود نسبی: Comperative Improvement <input type="checkbox"/>		ترخیص با میل شخصی: Discharge Without Physician Order <input type="checkbox"/>		پیگیری: Follow up <input type="checkbox"/>		فوت نموده: Died <input type="checkbox"/>		فوت نشده: Survived <input type="checkbox"/>		سایر موارد: Others:	
توصیه‌های پس از ترخیص: Recommendation On Discharge:		مراجع به: در مکان: OPD / پزشک / هفته دیگر / Return To Physician / Weeks Time.													
علت فوت: Cause Of Death:		فوت: Death		فوت: Death		فوت: Death		فوت: Death		فوت: Death		فوت: Death		فوت: Death	
NO. Of Hospitalization:		تعداد روز بیمار:		NO. Of Consultation:		تعداد مشاوره:		مشاوره داشته: Did The Patient Have Consultation?		بله: Yes <input type="checkbox"/>		خیر: No <input type="checkbox"/>		بله: Yes <input type="checkbox"/>	
امضاء مسئول بخش پذیرش:		امضاء پزشک معالج:		امضاء رزیدنت:		امضاء مسئول بخش پذیرش:		امضاء رزیدنت:		امضاء مسئول بخش پذیرش:		امضاء رزیدنت:		امضاء مسئول بخش پذیرش:	
Adm. Officer Sign:		Attending Physician Sign:		Resident Sign:		Chief Officer of Service Sign:		Chief Officer of Service Sign:		Chief Officer of Service Sign:		Chief Officer of Service Sign:		Chief Officer of Service Sign:	

1397

دستورالعمل عمومی کد گذاری تشخیص ها و اقدامات

فهرست

بیماری ها

- تجزیه و تحلیل بیماری
- دستورالعمل ثبت اطلاعات تشخیصی برای تجزیه و تحلیل تک وضعیت بیماری
- تشخیصهای مبهم یا علائم
- تماس با سرویسهای بهداشتی به دلایلی غیر از بیماری
- وضعیتهای متعدد
- وضعیتهای ناشی از عوامل خارجی
- درمان عوارض بعدی
- دستورالعملهای کد گذاری تشخیص اصلی و سایر وضعیتها
- کد گذاری وضعیتهایی که سیستم طبقه بندی دوجانبه (+ و *) در مورد آنها صادق است
- کدهای اضافی اختیاری
- کد گذاری وضعیتهای احتمالی، علائم، یافته های غیرطبیعی و وضعیتهای غیربیماری
- کد گذاری وضعیت های متعدد
- کد گذاری رده های ترکیبی
- کد گذاری عوامل خارجی بیماریها
- کد گذاری عوارض بعدی بعضی از وضعیت ها
- کد گذاری وضعیت های حاد و مزمن
- کد گذاری عوارض (Complications) و وضعیت هایی که پیامداقدامات درمانی اند
- مرتبه لیست عوارض ناشی از مراقبت های درمانی و جراحی
- قوانین انتخاب مجدد تشخیص اصلی

اقدامات

- اقدام اصلی
- تعیین محل واژه راهنما در لیست الفبایی اقدامات
- اپونیم ها(نام گذاری بر اساس نام اشخاص) Eponyms

- برداشتن محل آسیب دیده

- کدگذاری روشهای جراحی و عمل محصور کردن محل جراحی

- آندوسکوپی

- کدگذاری بیوپسی ها

- کدگذاری اقداماتی که انجام پذیرفته اند

- کدگذاری اقداماتی که به طور کامل انجام پذیرفته اند

تجزیه و تحلیل بیماریها

الف- تک وضعیتی

وضعیتی که در تجزیه و تحلیل تک وضعیتی مورد استفاده قرار میگیرد همان وضعیت اصلی است که در مراقبت فعلی بررسی یا درمان شده است. وضعیت اصلی تشخیصی است که هنگام ترخیص به عنوان علت اصلی پذیرش بیمار جهت درمان یا بررسی عنوان شده باشد. تشخیص اصلی به وضعیتی اطلاق میگردد که پس از بررسی و معاینه به عنوان علت اصلی پذیرش فعلی بیمار جهت مراقبت بیان میشود. چنانچه تشخیصی ارائه نشده باشد، علامت اصلی، یافته غیر طبیعی و یا مشکل بیمار به عنوان تشخیص اصلی انتخاب میشود. اگر چند مورد از اینگونه وضعیتها وجود داشته باشد، یکی از آنها که مراقبت و درمان بیشتری را دریافت کرده است به عنوان تشخیص اصلی انتخاب میشود، حتی الامکان در پرونده بیمار علاوه بر تشخیص اصلی سایر وضعیتها و مشکلات مربوط به مورد مراقبت نیز لیست شود. سایر وضعیتهای بیمار، وضعیتهای هشتمند که در هنگام پذیرش وجود داشته اند یا بعد از پذیرش به وجود آمده اند و پیشرفت کرده اند و یا مدت زمان بستری را افزایش داده و یا بر درمان ارائه شده تاثیر داشته اند. ثبت وضعیتهای که بیمار با آنها درگیر است ولی در مراقبت، مورد توجه قرار نگرفته اند، ضرورتی ندارد.

ب- چند وضعیتی

در این نوع تجزیه و تحلیل علاوه بر وضعیت اصلی به سایر وضعیتها هم توجه میشود، زیرا چنانچه محدودیت تجزیه و تحلیل تک وضعیتی برای پذیرشها ایجاد شود سایر اطلاعات با ارزش موجود مورد توجه قرار نمیگیرد بنابراین توصیه میشود که در صورت امکان تحلیل و کدگذاری چند وضعیتی اجرا شود تا اطلاعات کامل تری در اختیار قرار گیرد. انتخاب هر یک از این دو روش بستگی به قوانین و نیازهای هر کشور دارد.

دستورالعمل ثبت اطلاعات تشخیصی برای تجزیه و تحلیل تک وضعیتی بیماری

ثبت تشخیص اصلی و سایر وضعیتها در هر مورد مراقبت بعهدہ پزشک معالج است. ثبت این اطلاعات بایستی به صورت سیستماتیک و بر اساس اطلاعات مربوطه باشد. هر شرح تشخیص می بایست دارای اطلاعات مفیدی که بتوان با توجه به آن اختصاصی ترین رده از ICD را به آن اختصاص داد، باشد، در این زمینه میتوان به مثالهای زیر اشاره نمود.

Transitional cell carcinoma of trigone of bladder

Acute appendicitis with perforation

Diabetic cataract ,insulin-depended

تشخیصهای مبهم یا علائم

اگر هنگام ترخیص امکان ارائه تشخیص قاطع و واضح نباشد، بجای تشخیص احتمالی ویژگیهای وضعیت مورد مراقبت، از جمله علامت، یافته غیرطبیعی و یا مشکلی که ضرورت مراقبت را ایجاد کرده ثبت شود.

تماس با سرویسهای بهداشتی به دلایلی غیر از بیماری

علل تماس با موسسات بهداشتی درمانی، به درمان و بررسی بیماری و صدمه فعلی بیمار محدود نمیگردد، گاهی فرد بیمار نیست و جهت دریافت خدمات و مراقبت مختصری پذیرش شده است بنابراین پیش آمد مربوطه به عنوان تشخیص اصلی لیست میگردد. به عنوان مثال:

۱- بررسی وضعیت های درمان شده قبلی

۲- ایمن سازی

۳- کنترل بارداری و مراقبتهای قبل و بعد از زایمان، کنترل افرادی که به علت سوابق شخصی و فامیلی بیشتر از دیگران در معرض خطرند

۴- بررسی سلامت افراد به عنوان مثال برای بیمه

وضعیتهای متعدد

وقتی یک مورد پذیرش با تعدادی از وضعیتهای وابسته درگیر باشد (تعدد صدمات، عوارض بعدی متعدد بیماری یا صدمه)، یکی از آنها که از شدت بیشتری برخوردار است و یا توجه بیشتری به آن معطوف شده، به عنوان تشخیص اصلی و مابقی وضعیتها به عنوان سایر وضعیتها انتخاب میشود.

هر گاه یکی از وضعیتها بر دیگر موارد برتری (از شدت بیماری، مراقبت ارائه شده و استفاده از

امکانات درمانی) نداشته باشد، تشخیص اصلی تحت عناوینی مانند

Multiple Fractres یا Multiple head injuries ثبت میگردد و بقیه وضعیتها نیز بعنوان

سایر وضعیتها لیست گردد. چنانچه هیچکدام از وضعیتها بر دیگری برتری نداشته باشند، تشخیص

اصلی تحت عناوینی مانند **Multiple crushing injuries** **Multiple injuries** ثبت میشود. لیست کردن تمام وضعیتها بطور جداگانه ضروری نیست.

وضعیت‌های ناشی از عوامل خارجی

وقتی مسمومیت، صدمه و سایر وضعیت‌هایی که در اثر عوامل خارجی ایجاد میشوند، به عنوان تشخیص ثبت می‌گردند، ثبت ماهیت وضعیت و عامل عامل خارجی آن ضروری است. مثال: شکستگی گردن استخوان ران بر اثر سقوط از نردبان

- درمان عوارض بعدی

چنانچه هدف از پذیرش، درمان یا بررسی عارضه بعدی بیماری برای مدت طولانی باقی نمانده است باشد، شرح تشخیص میبایست دارای دو مورد زیر باشد
الف- ماهیت عارضه بعدی
ب- علت عارضه بعدی
در ضمن دقیقاً تاکید شده باشد که علت عارضه بعدی برای مدت طولانی باقی نمانده است. مثال:

Deflected nasal septum—fracture of nose in childhood
Contracture of Achilles tendon—late effect of injury to tendon
هرگاه عوارض بعدی متعددی وجود داشت و درمان و بررسی ارائه شده معطوف به یکی از آنها نباشد، شرح تشخیص هائی مثل **Sequelae of cerebrovascular accident** یا **Sequelae of multiple fracture** قابل قبول میباشد

دستورالعمل‌های کدگذاری تشخیص اصلی و سایر وضعیت‌ها

چنانچه قوانین گفته شده فوق توسط پزشک رعایت شده باشد، کدگذاری تشخیص اصلی و سایر وضعیت‌ها با مشکلی روبرو نمی‌شود، در غیر اینصورت تا جائی که امکان دارد پرونده ناقص جهت رفع نقص و تکمیل عودت داده شود.

چنانچه رفع نقص بدلیلی صورت نگیرد، قوانین یک تا پنج صفحات ۷۱ تا ۷۷ پیروی شود. پیشنهاد میشود در مواردی هم که آنالیز تک علتی مدنظر میباشد، سایر تشخیصها نیز ثبت گردد، زیرا وجود این اطلاعات به کد گذار کمک می‌کند که کد صحیح و مناسب را جهت تشخیص اصلی از ICD بیابد و لیست نماید.

کدگذاری وضعیت‌هایی که سیستم طبقه بندی دوجانبه (+ و *) در مورد آنها صادق است*

برخی عبارات تشخیصی در ICD-10 بر دو اساس طبقه بندی شده اند:

- براساس سیستم بدنی که شواهد و تظاهرات بیماری به آن مربوط میشود (تظاهرات بالینی بیماری
(

- براساس اتیولوژی یا علت زمینه ای بیماری

این عبارات تشخیصی دارای دو کد میباشند که با دو علامت از یکدیگر مجزا میشوند:
کدهائی که با علامت + (Dagger به معنای خنجر) مشخص میشوند مربوط به دسته بندی آن
عبارت تشخیصی براساس قوانین معمولی و رایج ICD، یعنی مربوط به بیماری زمینه ای بوده و کد
اولیه میباشد.

کدهائی که با علامت * (Asterisk بمعنای نشانه) مشخص میشوند، مربوط به سیستم بدنی
میباشد، که شواهد یا تظاهرات بالینی بیماری در آن مشاهده شده است و کد ثانویه میباشد. بنابراین
به تشخیص Tuberculous meningitis کد A170.0 با علامت + در فصل بیماریهای عفونی و
انگلی بعنوان کد اولیه و کد G01 با علامت * رادر فصل سیستم عصبی به عنوان کد ثانویه
اختصاص میابد. از نظر قانون ICD، کد اولیه همیشه باید مورد استفاده قرار گیرد، و جهت ارائه
اطلاعات مرگ و میر بیماری و سایر جنبه های مراقبت پزشکی، از این کدها استفاده میشود در
صورتی که کدگذار مایل باشد از هر دو کد استفاده کند، میبایست با یک علامت مخصوص یا
پیشنویس مشخص کند که کد ثبت شده اولیه است یا ثانویه (مثلا p برای اولیه S برای ثانویه). باید
توجه داشت که کد ثانویه هرگز نباید به تنهایی مورد استفاده قرار گیرد. کدهای ثانویه در ICD-
10 در رده های سه کاراکتری نیز مشخص شده اند، که تعداد این رده ها در سرتاسر طبقه بندی،
۸۳ مورد میباشد. همچنین در شروع فصول لیست جداول ردههائی که دارای کد ثانویه می باشند
لیست شده اند. کدهای اولیه ذیل کدهای ثانویه لیست شده اند. مثال:

G22* Parkinsonism in diseases elsewhere

Syphilitic parkinsonism(A52.1+)

البته در صورتیکه بیماری خاصی بعنوان علت زمینه ای بیماری پارکینسونیسم مشخص نشده باشد،
از رده های G20 ، G21 استفاده میشود. سر فصلهائی که در آنها واژه هائی با علامت +
وجود دارد، ممکن است یکی از سه شکل زیر را دارا باشند:

۱- در صورتی که علامت + و * بصورت متناوب در سرعنوان ارائه شده باشند، تمامی واژه هائی که در
آن سر فصل دسته بندی شده اند، در دسته بندیهای دو جانبه قرار میگیرند و کدهای + و
* موجود در سر عنوان به همه آن موارد اختصاص میابد.

A17.0+ Tuberculous meningitis(G01*)

مثال:

Tuberculous of meningitis(Cerebral)(spinal)

Tuberculous Leptomeningitis

۲- در صورتیکه علامت + در سر عنوان آمده باشد، اما کد ثانویه در پی آن ذکر نشده باشد، تمامی واژه های دسته بندی شده در آن سر فصل در دسته بندیهای دو جانبه قرار میگیرد، اما دارای کدهای ثانویه متفاوت میباشند (جهت همان واژه لیست شده). مثال:

A18.1+ Tuberculous of genitourinary system
Tuberculous Of:
.bladder(N33.0*)

یعنی سل بعنوان علت زمینه ای سیستم تناسلی ادراری در نظر گرفته میشود، اما روی مثنای اثر بگذارد با کد ثانویه N33.0 مشخص میشود و اگر روی کلیه اثر بگذارد، با کد ثانویه N29.1 مشخص میشود.

۳- در صورتیکه هیچ یک از علائم در سرعنوان وجود نداشته باشد، نشان میدهد که سر عنوان در دسته بندیهای دو جانبه قرار نمیگیرد، اگر چه هر یک از واژه های ذیل سرعنوان ممکن است در دسته بندیهای دو جانبه قرار میگیرند. در این حالت هر یک از واژهها با کدهای + و * خاص خود مشخص میشوند. مثال:

A54.8 Other gonococcal infections
Gonococcal

.....
.peritonitis +(K67.1)*
.pneumonia +(J17.0*)
.septicaemia
.skin lesions

یعنی عفونت سوزاکی به خودی خود در دسته بندیهای دو جانبه قرار نمیگردد، اما در صورتیکه باعث ایجاد عفونت پرده صفاق گردد، کد +A54.8 بعنوان کد اولیه و کد K67.1 بعنوان کد ثانویه در نظر گرفته میشود. هرگاه ایندکس کد علت و تظاهرات بالینی بیماری را بر اساس سیستم طبقه بندی دو جانبه تدارک دیده باشد، این کدها حتی الامکان بعنوان تشخیص اصلی لیست شوند، زیرا این کدها نمایانگر سیرهای متعدد یک بیماریند. مثال:

1)Mien Condition: Measle pneumonia B05.2+ J17.1*

Other condition:.....

کدهای اضافی اختیاری

بجز سیستم دسته بندی دو جانبه وضعیتهای خاصی در ICD-10 وجود دارند که میتوان با استفاده از آنها، دو کد جهت توصیف کامل وضعیت یک فرد بکار برد. در لیست جداول نت Use additional بسیاری از این وضعیتها را مشخص میسازد. کدهای اضافی تنها در لیست جداول خاصی، میتوانند مورد استفاده قرار گیرند که عبارتند از:

۱- عفونتهای موضعی قابل دسته بندی در فصول مربوط به سیستمهای بدن: کدهای فصل اول ممکن است جهت مشخص کردن ارگانسیم عفونت را اضافه شوند. در مواردیکه این اطلاعات

درعنوان سرفصل وجود نداشته باشند، یک بلوک از رده ها (B95-B97) در فصل اول جهت این هدف در نظر گرفته شده است.

۲- نئوپلاسم ها بافعالیت کلی: جهت کد های فصل دوم ممکن است کد مناسبی از فصل ۶ جهت نشان دادن نوع فعالیت نئوپلاسم: کد مرفولوژی از صفحات نئوپلاسم مورد استفاده قرار گیرد.

۳- مرفولوژی نئوپلاسم: کد مرفولوژی از صفحات ۱۲۰۴-۱۱۸۱ جدول اول (اگرچه بعنوان بخش اصلی ICD نیست)، ممکن است به کدهای فصل دوم جهت مشخص کردن شکل مرفولوژی نئوپلاسم اضافه شود.

۴- جهت وضعیتهائی که در فصل پنجم در کدهای F00-F09 دسته بندی شده اند: ممکن است کدی از فصل دیگر جهت نشان دادن علت (یعنی بیماری زمینه ای، صدمه یا دیگر Insult مغز) اضافه شود.

۵- وضعیتهائی که توسط یک ماده سمی ایجاد میشود: یک کد از فصل ۲۰ ممکن است در جهت نشان دادن آن ماده سمی اضافه شود.

۶- توصیف یک صدمه: مسمومیت یا دیگر عوارض جانبی: یک کد از فصل ۱۹، کد طبیعت صدمه را توصیف میکند، و یک کد از فصل ۲۰، علت صدمه را بیان میکند استفاده از این کدهای اضافی با توجه به هدفی که جهت آن هدف اطلاعات گردآوری میشود، میباشد (به مقدمه فصل ۲۰ صفحات ۱۰ ۱۱ جلد اول مراجعه شود)

در دستورالعملهای زیر کد تشخیص اصلی همراه با یک کد اضافی اختیاری به منظور در دسترس قرار دادن اطلاعات بیشتر و دقیقتری ثبت میشود، از طرف دیگر کد تشخیص اصلی در تجزیه و تحلیل چند علتی و سایر کدها در تجزیه و تحلیل چند علتی مورد استفاده قرار میگیرند.

کدگذاری وضعیتهای احتمالی، علائم، یافته های غیرطبیعی و وضعیتهای غیربیماری

حتی الامکان از لیست کردن کدهای فصلهای نوزدهم و بیست و یکم بعنوان تشخیص اصلی خودداری شود و چنانچه هنگام ترخیص، صدمه یا بیماری که قابل کدگذاری باشد گزارش نشده باشد، استفاده از رده های فصلهای مذکور مجاز میباشد (به قوانین ۳ و ۵ صفحه ۷۳ و ۷۵ رجوع شود) با استفاده از این رده ها میتوان عوامل تماس با موسسات بهداشتی درمانی را کدگذاری نمود، چنانچه در انتهای یک دوره مراقبت، تشخیص اصلی یکت تشخیص احتمالی است و اطلاعات و توضیحات دیگری هموجود ندارد تشخیص احتمالی همان تشخیص اصلی کدگذاری می گردد. مثال:

1) Main condition: suspected acute cholecystitis K81.0

Other condition:.....

2) Main condition: severe epistaxis R04.0

Patient in hospital one day. No procedures or investigations reported

Other condition:.....

رده - Z03. برای کدگذاری تشخیصهای احتمالی که مورد بررسی قرار گرفته و تأیید نشده اند مورد استفاده قرار میگیرد. مثال:

1)Main condition: suspected carcinoma stomach-Alltest negative
Z03.1

2)Main condition:Admitted for investigation of suspected
Malignant neoplasm of cervix—ruled out Z03.1

Other condition:.....

کد گذاری وضعیت های متعدد :

هرگاه که وضعیت های متعددو دارای شدت یکسان در یک رده با عنوان Multiple..... ثبت شده باشند ، کد رده Multiple..... بعنوان کد تشخیص اصلی ثبت می گردد و می توان به هر کدام از وضعیت ها هم بطور جداگانه کدهای اضافی اختیاری ، اختصاصی داد و این نوع کد گذاری بیشتر در مورد صدمات ، عوارض بعدی و وضعیتهایی که همراه با بیماری ایدز می باشند ، کاربرد دارد
مثال :

Pneumocystis carinii pneumonia(B20.6),tubercluisis(B20.0),and
dementia(B22.0) in consequence of HIV

دراین شرح تشخیص ، تشخیص اصلی HIV disease with multiple manifestation با کد B22.7می باشد ، هرچندکه لیست کردن کد هر وضعیت نیز پیشنهاد می شود .

کد گذاری رده های ترکیبی :

ICD فراهم کننده رده هایی است که در وضعیت یا یک وضعیت و فرایندها همراه با آن را می توان با لیست یک کد نمایش داد . هرگاه اطلاعات مورد لزوم در اختیار باشد این گونه رده ها به عنوان تشخیص اصلی لیست می شود . در مواقع لزوم ایندکس الفبائی با آوردن واژه with بلافاصله در زیر واژه راهنما و سپس لیست متغیرهای مربوطه ذیل with ، به فرم پلکانی این مهم را تدارک دیده است ، مثال :

1)main condition :Renal failure

Other condition:Hypertensive renal disease

Hypertensive renal disease with renal failure I12.0

Unilateral or un specified inguinal hernia,with obstruction,without
gangrene K40.3

کد گذاری عوامل خارجی بیماریها :

در کد گذاری عوامل خارجی صدمات و سایر وضعیتها به ماهیت صدمه یا وضعیت و عامل خارجی آن به تفکیک کد اختصاصی می یابد . تشخیص اصلی همان ماهیت صدمه یا وضعیت موجود است . ماهیت صدمات معمولاً و نه صد در صد در فصل ۱۹ سازمان دهی شده اند ، لیست کدهای عوامل خارجی که از فصل ۲۰ استخراج می شوند ، اختیاری است ، مثال :

1)main condition :Fracture of neck of femure cased by fall
Due to tripping on uneven pavement S72.0 W01.4

کد گذاری عوارض بعدی بعضی از وضعیت ها :

ICD رده هایی را تحت عنوان :-(B90-B94,E64.-,E68,G09,I69, sequelae of... (O97,T90-T98,Y85,Y89), برای وضعیت هایی که به مدت طولانی باقی نمانده اند و در حال حاضر علت مشکل فعلی بیمار می باشند ، تدارک دیده است . در چنین مواردی ماهیت عارضه بعدی بعنوان تشخیص اصلی لیست می شود ، و ثبت کد علت عارضه بعدی اختیاری است . مثال :

Aphasia due to old CVA

Malunin fracture,left ankle

Traumatic arthritis following fracture of left wrist

به خاطر بسپارید که چنانچه عارضه بعدی مشخص نباشد، ولی در پرونده قید شده که مشکل بیماریک اثر باقیمانده غیرفعال است که بعد از بهبود و درمان صدمه یا بیماری حاد بوجود آمده ، کد علت عارضه بعدی بعنوان تشخیص اصلی لیست می گردد مثال :

Main codition:Late effects poliomyelitis B91

Other condition:.....

هرگاه چندعارضه جانبی متعدد که هیچ کدام از نظر میزان شدت و استفاده از امکانات درمانی بر دیگری برتری ندارند گزارش شده باشد، می توان علت عارضه بعدی را به عنوان تشخیص اصلی انتخاب و کد گذاری نمود .

مثال : Sequelae of cerebrovascular accident partial

Aphasia and left hemiplegia following stroke 3years ago

I69.4,R47.0,G81.9

به این نکته توجه شود که علت عارضه بعدی می بایست برای مدت طولانی باقی نمانده باشد ، البته نمی توان حداقل زمانی را که می بایست بین علت عارضه بعدی و بروز ماهیت آن وجود داشته باشد را مشخص نمود. مثال : Dysphasia from old cerebral infarction R47.0,I69.3

Main condition

کد گذاری وضعیت های حاد و مزمن :

هرگاه یک وضعیت خاص به شکل های حاد و مزمن بیان شود به شرح زیر کد گذاری می گردد .
الف) در صورت Acute و Chronic به هر دو حالت بیماری (حاد و مزمن) وجود زیر واژه های کد اختصاص می یابد و تشخیص اصلی وضعیت حاد می باشد . البته این قانون در صورتی پیروی می شود که ایندکس رده ترکیبی تدارک ندیده باشد. مثال :

1)Acute and choronic cholecystitis K81.0 K81.1

ب) چنانچه برای وضعیت خاصی acute و Chronic لیست نشده باشد به زیر واژه های وضعیت بدون در نظر گرفتن این صفت ها کد اختصاص می یابد . مثال : Acute phlebitis of leg

I80.8

ج) چنانچه Subacute باشد و در ایندکس زیر واژه ای تحت این عنوان وضعیت از نوع تحت حاد در نظر گرفته نشده باشد به نوع حاد آن وضعیت کد اختصاص می یابد . مثال :

Laryngitis,subacute J04.0

کدگذاری عوارض (Complications) و وضعیت هایی که پیامداقدامات درمانی اند .

عوارض و وضعیتهایی که پیامد اقدامات درمانی اند به دو روش زیر سازماندهی شده اند :

۱ - عوارضی که یک موضع آناتومیکی با یک سیستم از بدن را تحت تأثیر قرار می دهند و یا در نتیجه یک اقدام خاص حاصل می شوند ، معمولاً در رده های مربوط به هر سیستم طبقه بندی شده اند . مثال :

1)Hypothyroidism since thyroidectomy 1years ago E89.0

. زمانی که متغیرمناسب در واژه راهنما لیست نشده باشد ، کد گذاری می بایست به واژه راهنما Complication مراجعه و متغیرهای این واژه راهنما را که معمولاً نمایانگر موارد زیرمی باشد ، مرور نماید .

الف (وضعیت بوجود آورنده عارضه

ب) نوع اقدام (مثل Bypass, Dialysis, Nephrostomy)

ج) محل آناتومیکی یا سیستمی که تحت تأثیر عارضه قرار گرفته است .

مثال Cardiac, Respiratory

۲ - عوارضی که مکانها یا سیستم های متعددی را درگیر می کنند ، در رده های t88- t80 آورده

1)Excessive hemorrhage after tooth extraction T81.0 : شده اند . مثال :

بعضی از وضعیت های عمومی که در دوره بعد از اقدام بوجود می آیند ، مثل

pneumonia,pulmonary embolism و نمی توان آنها را تحت عنوان واحدی نامگذاری نمود

، طبق روش معمول کد گذاری می گردند ، اما لیست کردن کد اضافی از رده های Y84 - Y83

جهت نمایش وابستگی وضعت با یک اقدام ، اختیاری است . مثال :

1)postoperative psychosis after plastic surgery F09, Y83.8

مرتبه لیست عوارض ناشی از مراقبت های درمانی و جراحی

چنانچه بیمار بستری پذیرفته شده دچار عارضه (Complication) شود کد عارضه بوجود آمده

بعنوان یک کد اضافی بر روی پرونده بیمار لیست می گردد اما در صورتی که هدف اصلی از پذیرش

عارضه ناشی از مراقبت درمانی و جراحی قبلی باشد کد عارضه بعنوان تشخیص اصلی لیست می گردد.

قوانین انتخاب مجدد تشخیص اصلی :

پزشک مسئول می بایست تشخیص اصلی را از سایر تشخیص ها متمایز سازد و طبقاً می بایست با دستورالعملهای ارائه شده و هم چنین دستورالعمل های هرفصل (ارائه شده در مباحث بعدی) مطابقت داشته باشد . اما گاهی اطلاعات موجود نمایانگر این مطلب است که پزشک روند صحیح را در انتخاب خود پیروی نکرده است که در این صورت می توان برحسب مورد یکی از قوانین زیر را در انتخاب مجدد تشخیص اصلی بکاربرد .

قانون اول :

اگر یک وضعیت خفیف ، مزمن و یا مشکل ضمنی بیمار به عنوان تشخیص اصلی لیست شود و از طرفی وضعیت مهم تری در ارتباط با درمان ارائه شده و تخصصهای بکار رفته برای بیمار وجود داشته باشد و به عنوان سایر وضعیت ها لیست شده ، این مورد بعنوان تشخیص اصلی انتخاب می گردد . مثال :

1)Main condition:Acute sinusitis
Other condition:Carcinoma endocervix
Hypertension
Patient in hospital for three weeks
Procedure:Total hysterectomy
Specialty:Gynaecology

Carcinoma of endocervix با کد C53.0 بعنوان تشخیص اصلی انتخاب می شود.

دوم :

چنانچه چند وضعیت بعنوان تشخیص اصلی گزارش شده باشد و رده ترکیبی نمایانگر این وضعیت ها در ایندکس لیست نشده باشد و از طرفی به یکی از وضعیت ها مراقبت یا درمان خاص تری ارائه شده باشد این وضعیت بعنوان تشخیص اصلی لیست می گردد . البته می توان از این قانون پیروی نکرده و اولین تشخیص لیست شده را بعنوان تشخیص اصلی در نظر گرفت . مثال

1)Main condition:Cataract

Staphylococcal meningitis

Ischaemic heart disease

Other condition:...

Patient in hospital for 5 weeks

Specialty:Neurology

Staphylococcal meningitis با کد G00.3 به عنوان تشخیص اصلی انتخاب می شود.

قانون سوم :

چنانچه یک علامت با نشانه (که معمولاً در فصل ۱۸ طبقه بندی می شود) و یا یک مشکل (که در فصل ۲۱ طبقه بندی می شود) بعنوان تشخیص اصلی عنوان شده باشد و این موارد پیامدهای وضعیت تشخیصی است . که در قسمتهای دیگر پرونده به آن اشاره شده و مراقبت ارائه شده نیز در ارتباط با این وضعیت باشد . وضعیت تشخیصی بعنوان تشخیص اصلی در نظر گرفته شود . مثال :

1)Main condition:Haematuria

Other condition:Varicose veins for legs

Papilloma of posterior wall of bladder

Treatment:Diathermy excision of papilloma

Specialty:Urology

Papilloma of posterior wall of bladder با کد D41.4 به عنوان تشخیص اصلی

انتخاب می شود.

قانون چهارم :

اگر تشخیص اصلی با واژه های کلی توصیف شده باشد و واژه دیگری که نمایانگر جزئیات بیشتری از وضعیت مثل مکان و ماهیت در قسمت دیگری از پرونده ثبت شده باشد ، نوع اختصاصی تر تشخیص بعنوان واژه راهنما جهت کد گذاری تشخیص اصلی انتخاب می گردد . مثال .:

1)Main condition:Cerebrovascular accident

Other condition:Diabetes mellitus

Hypertension

Cerebral haemorrhage

Cerebral haemorrhage با کد I61.9 به عنوان تشخیص اصلی انتخاب می شود.

قانون پنجم :

قانون کد دهی به تشخیص های غیر قاطع به شرح زیر می باشد .

- وقتی دو یا چند تشخیص غیر قاطع وجود دارد به آنها با توجه به اولین علت ذکر شده توسط پزشک کد اختصاص می یابد . مثال :

1)Main condition:Acute cholecystitis or acute pancreatitis

Other condition:

Acute cholecystitis با کد K81.0 به عنوان تشخیص اصلی انتخاب می شود.

- هرگاه علائم یا نشانه ها همراه با تشخیص های غیر قاطع در شرح تشخیص لیست شده باشند علائم و نشانه ها به عنوان تشخیص اصلی و سایر تشخیصهای غیر قاطع همانند تشخیص های قطعی کد داده می شوند . مثال :

1)Main condition:Headache due to either stress and tension

Or hypothyroidism

Other condition:

قانون ششم :

دستورالعمل کد دهی به به تشخیص های نهایی که تحت عنوان تهدیدی و محتمل الوقوع آورده شده اند به شرح زیر است :

- ۱ - چنانچه وضعیت تهدیدی بوقوع پیوسته باشد طبق روش معمول کد گذاری شود .
- ۲ - در صورتی که وضعیت تهدیدی به وقوع نپیونددبه واژه اصلی Threatened در لیست الفبایی مراجعه نموده و چنانچه وضعیت مربوطه لیست شده باشد کد مربوطه ثبت شده و در غیر اینصورت تهدید به سقط 020.0

تهدیدبه نارسایی کلیه به علت نکروزتوبولهای کلیه N17.0

دستورالعملهای کدگذاری اقدامات

اقدام اصلی

اقدام اصلی همان اقدامی است که جهت درمان نهایی انجام می گیرد، و به ندرت یک اقدام تشخیصی و یا اقدامی است که به علت وجود یک عارضه (complication)، برای بیمار صورت گرفته است، به عبارت دیگر اقدام اصلی همان اقدامی است که با تشخیص اصلی ارتباط بیشتری دارد.

تعیین محل واژه راهنما در لیست الفبایی اقدامات

واژه راهنما (Lead term) در لیست الفبایی معمولاً نمایانگر نوع اقدام می باشد، به عنوان

مثال: Removal, Insertion, Implant, Graft, Incision

هرچند تعداد کمی از واژه های عنوانی نیز تحت نام رایج اقدام مثل Hysterectomy یا Appendectomy ثبت شده اند.

اپونیم ها (نام گذاری بر اساس نام اشخاص) Eponyms

گاهی اوقات اقدامات جراح تحت عنوان Eponyms آورده می شوند و معمولاً براساس نام جراحی است که آن اقدام را برای اولین بار انجام داده یا توسعه داده است.

اپونیم ها معمولاً به سه روش زیر ایندکس می شوند:

۱- زیر نام اپونیم

۲- زیر واژه راهنما Operation

۳- زیر واژه راهنما یا متغیری که عمل را شرح می دهد.

هرگاه اپونیم ثبت نشده باشد، کدگذار می بایست به واژه ای که اقدام را شرح می دهد، مراجعه نماید.

برداشتن محل آسیب دیده

زمانی که محل آسیب دیده، در زیر واژه راهنما Excision لیست نشده است می بایست به متغیر

Lesion مراجعه نمود. مثال:

کدگذاری روشهای جراحی و عمل محصور کردن محل جراحی

از آنجا که تکنیک جراحی و بخیه زدن محل آن، قسمتی از اقدام می باشد، نیازی به اختصاص کد به دو مورد مذکور نیست مگر در وضعیتهای نادری که کد جراحی نمایانگر روش جراحی نباشد.

آندوسکوپی

همواره به آندوسکوپی کد اختصاص می یابد، مگر این که در پرونده قید شود اقدام دیگری به همراه آندوسکوپی انجام گرفته است، مثل بیوپسی در حین آندوسکوپی، که در این مورد کد بیوپسی نمایانگر کد آندوسکوپی می باشد.

مثال: Endoscopy of ureter with biopsy 1-461

در صورتی که نیاز باشد به آندوسکوپی همراه با اقدام دیگری کد اختصاص یابد، کد اقدام مهم تر به عنوان اقدام اصلی لست می شود.

هنگامیکه آندوسکوپی از حفرات متعدد بدن صورت گرفته باشد، به آندوسکوپی انتهایی ترین حفره کد اختصاص می یابد.

مثال: Esophagogastroduodenoscopy 1-636

کدگذار بیوپسی ها

کدگذاری بیوپسی ها به دو عامل بستگی دارد :

۱- بیوپسی مستقلاً انجام شده یا به همراه یک اقدام دیگر.

۲- نوع بیوپسی (Surgical and non surgical)

الف- بیوپسی Nonsurgical

انجام بیوپسی از طریق پوست، بوسیله سوزن یا از طریق آندوسکوپی تحت عنوان بیوپسی

(Nonsurgical) طبقه بندی می شود. اغلب بیوپسی ها در ضمن آندوسکوپی انجام می شود، بنا

براین نیاز به تخصص کد اضافی جهت نشان دادن آندوسکوپی نمی باشد. گاهی اوقات بیوپسی Nonsurgical بوسیله سوزن همراه با یک جراحی باز صورت می گیرند، در چنین مواردی روش بیوپسی Nonsurgical در نظر گرفته شود.

مثال: 1)Endoscop of ureter with biopsy 1-461

2)Exploratory laparatomy with needle biopsy of liver 5-541 1-454

ب- بیوپسی Surgical

در بیوپسی surgical برشی به بافت داده می شود و سپس مقداری از بافت جهت آزمایش به آزمایشگاه فرستاده می شود، زمانی که بیوپسی با برداشتن قسمت دیگری از بافت همراه باشد، هم به نوع اقدام وهم به بیوپسی کد اختصاص می یابد، اقدام مهم تر به عنوان اقدام اصلی لیست می شود. مثال:

Biopsy (surgical)of transvers colon for frozen section,
followed by complete colectomy 5-456 1-556

لازم به ذکر است که کد بیوپسی تنها زمانی اختصاص می یابد که بیوپسی یک اقدام تشخیصی باشد و زمانی که جهت اقدامات درمانی یک ناحیه آسیب دیده برداشته شده و به آزمایشگاه فرستاده شود، اختصاص کد بیوپسی ضرورتی ندارد، هرچند واژه بیوپسی در شرح اقدام ثبت شده باشد.

کدگذاری اقداماتی که انجام پذیرفته اند

گاهی پس از پذیرش بیمار، به دلایلی اقدامات برنامه ریزی شده برای وی لغو می شود. در چنین مواردی کدی از رده Z53 اختصاص می یابد و بدیهی است اختصاص کد اقدام موردنظر ضرورتی ندارد.

یک جراحی به دلایل زیر انجام نمی پذیرد:

جهت کددهی به موارد ذیل به واژه راهنما Procedure در لیست الفبایی ICD-10 مراجعه نمایید.

۱- بیمار دچار وضعیتی شود که با وجود آن نتوان اقدام موردنظر را انجام داد (Contraindication)، در چنین مواردی کد Z53.0 اختصاص می یابد.

۲- خود بیمار از انجام عمل منصرف شود (Patients decision)، به این مورد کد Z53.2 اختصاص می یابد.

۳-مشکلاتی در برنامه ریزی عمل پیش آید (Administrative reasons) ، مثل بیماری فردی که نقش اساسی در انجام اقدام دارد. در چنین مواردی اختصاص کد Z53.8 ضروری است.

مثال:

1) Carcinoma in-situ of breast D05.9
Canceled surgery/patient decision Z53.2

کدگذاری اقداماتی که بطور کامل انجام نپذیرفته اند

به استثناء کد 5-733 به استفاده ناموفق از فورسپس اختصاص می یابد، در سایر موارد پیش بینی جهت کد به اقدامات ناموفق و ناقص انجام نگرفته است. چنانچه یک اقدام شروع شود و بطور کامل انجام نپذیرد، می بایست به واژه راهنما Exploration و متغیر Surgical مراجعه و با توجه به مکان آن کد اختصاص داد. بدیهی است چنانچه هیچگونه برشی (incision) داده نشده باشد، مثل عدم توفیق در جا انداختن شکستگی بینی، کدی به اقدام اختصاص نمی یابد اما اختصاص کد ضروری است. زمانیکه عمل انجام پذیرد اما نتیجه جراحی رضایت بخش نباشد و به عبارت دیگر به بسیاری از اهدافی که بخاطر آنها جراحی صورت گرفته، نرسیده باشند، کد جراحی لیست می شود.

مثال:

Reocclusion of the coronary artery following a percutaneous coronary angioplasty I21.9, Y83.8, 5-395

Symbols

The official ICD-9-CM uses two symbols:

- § Section Mark
- Lozenge

Section Mark §

علامت فصل یا سکشن مارک یا نشان مقطع قبل از یک کد تعریف توضیح آن در یادرفتی همان صفحه است که توضیح آن برای تمام زیر گروه های آن معتبر است.

§Other fetal and placental problems affecting management of mother

■ Lozenge

- سر فصل های سه رقمی بدون تغییر از ICD-9 باقی مانده است و این سرفصلها در صورت لزوم به سرفصل های ۴ رقمی تقسیم شده اند و به قسمت اصلی طبقه بندی اضافه نشده است.
- سرفصل های ۴ رقمی که به کدهای ۳ رقمی ICD-9 اضافه شده اند با علامت ■ در لیست شماره ای مشخص شده اند که این علامت مختص ICD-9cm است (لیست شماره ای)
✓ ۲۸ گروه سه رقمی شامل این کدها می شوند
- تغییرات آن با اضافه کردن رقم پنجم به سر فصل های ICD-9 صورت گرفته و رقم پنجم اختیاری نیست

851 Cerebral laceration and contusion

■ 851.0 Cortex (cerebral) contusion without mention of open intracranial wound

■ 851.1 Cortex (cerebral) contusion with open intracranial wound

Punctuation Marks

Parentheses ()

در سه جلد استفاده می شود

جهت در بر گرفتن لغات اضافی یا اطلاعات اضافی که ممکن است در پی یک واژه تشخیصی بیاید. این لغات تأثیری بر

شماره کد تخصیص یافته ندارند. لغات درون پرانتز را به عنوان nonessential modifiers تعدیل کننده ها یا

متغیرهای فرعی () می نامند

• جهت بر گرفتن کدهایی که واژه Excludes به آنها ارجاع می دهد

• جهت بر گرفتن کدهای سه کارا کتری رده های موجود در بلوک

• جهت بر گرفتن کدهای اولیه در رده ثانویه یا کدهای ثانویه در رده اولیه

494 Bronchiectasis

• Bronchiectasis (fusiform) (postinfectious) (recurrent)

• Excludes: congenital (748.61)

• 366.41 Diabetic cataract
Code first diabetes (250.5)

• 250.5 Diabetes with ophthalmic manifestations

cataract (366.41)

Square Brackets []

کروشه راست

در لیست شماره ای بیماریها و اعمال جراحی استفاده می شود.
جهت در بر گرفتن مترادف ها، کلمات معترضه یا عبارات توضیحی و اختصارات می باشد.

tachycardia supraventricular Paroxysmal ۴۲۷.۰

[AV] atrioventricular

[cold common] nasopharyngitis Acute ۴۶۰

Slanted Brackets [/]

کروشه کج

• کروشه کج یا ایتالیک، تنها در لیست الفبایی وجود دارد.
• کروشه شماره کدی را در بر می گیرد که در را بطله با کدی می باشد که بلافاصله بعد از آن می آید. بنابراین، همیشه کدی که در کروشه کج می باشد در ترتیب دوم می آید.
در لیست الفبایی بیماریها، کد اول نشان دهنده underlying condition علت زمینه ای است و کد دوم که در داخل کروشه کج است نشان دهنده manifestation تظاهر بالینی است.

retinitis (see also Chorioretinitis) 363.20

diabetic 250.5 [362.01]

The sequencing of the preceding example is as follows:

50.5x Diabetes with ophthalmic manifestations

62.01 Background diabetic retinopathy

04 Lymphoid leukemia

leukemia: leukemia: Includes:

lymphocytic lymphatic

lymphogenous lymphoblastic

Colon :

در لیست جدا بول به کار رفته است

• جهت لیست کردن واژه های مشمول و استثنا

• جهت کلماتی که کامل نیستند و نیاز به یک - چند متغیر دارند که جهت مشخص کردن آن سر فصل به کار می روند.

Brace }

- جهت نشان دادن این مطلب به کار می رود که واژه های قبل و بعد از آکولاد واژه های کاملی نیستند و هر یک از واژه های قبل از آکولاد باید با یک یا چند واژه که بعد از آکولاد می آیند تعریف شود.

INTERNAL INJURY OF THORAX, ABDOMEN, AND PELVIS (860-869)

includes:

blast injuries
blunt trauma
bruise
concussion injuries
(except cerebral)
crushing of internal organs
hematoma

laceration
puncture
tear
traumatic rupture

of internal organs

Instructional Notations یادداشت‌های آموزشی (دستورالعملها)

- این دستورالعملها در لیست جدول جهت روشن کردن و توضیح دادن اطلاعات و فراهم آوردن اطلاعات دیده می شوند.
- نکته مهم: این دستورالعمل تکرار نمی شود. کدگذار باید به عقب در شروع زیر رده، رده فعل یا بلوک برگردد تا اطمینان حاصل نماید که دستورالعملهای مهم را فراموش نکرده است.

Notes Includes موارد مشمول

- جهت توضیح بیشتر یا دادن مسائلی از یک فصل یا بلوک استفاده می شود این وضعیتها ممکن است مترادف ها یا وضعیتهای مشابه دیگری باشند که در همان کد طبقه بندی می گردند این مسئله بسیار مهم است که توجه به این نکته داشته باشیم که یادداشت‌های مشمولات جامع و کامل نمی باشند و همه مترادف ها و وضعیتهای مشابه لیست نشده است و عبارتهای عمده می داند که وضعیت را توصیف می کند لیست شده اند.

- At the beginning of a chapter or section:

این دستورالعمل در خصوص همه کدهای فصل یا گروه قابل اجرا می باشد.

The following inclusion note appears at the beginning of a chapter:

INFECTIOUS AND PARASITIC DISEASES (001–139)

Includes: diseases generally recognized as communicable or transmissible as well as a few diseases of unknown, but possibly infectious, origin

The following inclusion note appears at the beginning of a section:

• در آغاز یک بلوک یا section

ISCHEMIC HEART DISEASE (410–414)

Includes: that with mention of hypertension

• Directly below a category or a subcategory code:

• مستقیماً در زیر رده یا زیر رده. در این صورت جهت کدهای مشخص شده در آن محدوده استفاده می شود.

461 Acute sinusitis

Includes: abscess

empyema

acute, of sinus

infection

(accessory) (nasal)

inflammation

Excludes Notes

موارد استثنا

• این دستورالعمل به علت این که با حروف ابجد در وسط یک کادر نوشته می شود بیشتر مورد توجه قرار می گیرد.

• این یادداشتهای استثنا در ابتدای فصل، بلوک، رده و زیر رده وجود دارد.

• این دستورالعمل جهت هدایت کدگذار در موارد خاصی که در جای دیگر طبقه بندی شده اند کاربرد دارد. کدهای موارد مذکور در این دستورالعمل ایست شده است.

مهمترین یادداشتهای استثنا نشان می دهد که کدهای مذکور را در صورتی که همراه با وضعیتهایی باشد که در این

یادداشت آمده، نباید اختصاص داد. باید از کدهای موجود در این یادداشت برای مشخص نمودن آن وضعیت به کار

برد.

424.3 Pulmonary valve disorders

Pulmonic:

incompetence NOS

insufficiency NOS

Pulmonic:

regurgitation NOS

stenosis NOS

that specified as rheumatic (397.1)

• نوع دوم کاربرد استثنا، نشان نمی دهد که وضعیت ممکن است در جای دیگر کدگذاری شده باشد. علت وضعیت مشخص می نماید که آیا کد زیر آن باید اختصاص یابد یا کد پیشنهاد شده در یادداشت استثنا؟ در نهایت یکی از این کدها باید اختصاص یابد.

• نوع سوم یادداشت استثنا نشان می دهد که کد اضافی ممکن است جهت توضیح کامل وضعیت نیاز باشد. این یادداشت وضعیتهایی را که در کد مورد بررسی وجود ندارند را مشخص می کند. بنابراین کد اضافی باید به این وضعیتها اختصاص یابد.

• در این مثال کدی به آنمی حاملگی و کدی هم از فصل بیماریهای خون و ارگانهای خونساز جهت مشخص نمودن نوع آنمی باید اختصاص یابد

History of ICD

1893 FIRST UNIFIED INTERNATIONAL CLASSIFICATION ,

1898 AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION SUPPORTS CLASSIFICATION AND PROPOSES DECENNIAL REVISIONS

1900 FIRST OFFICIAL REVISION IN PARIS

1948 SIXTH REVISION, FIRST COMPREHENSIVE LIST FOR MORTALITY AND MORBIDITY, AND ACCEPTANCE OF RULES FOR CODING

1975 NINTH REVISION

2000 TENTH REVISION

منابع :

- کدگذاری بیماری ها براساس دهمین ویرایش ICD ،مریم احمدی وفرحناز صدوقی
- آشنایی با ICD10 بارویکردی به روش های کدگذاری ،یوسف مهدی پور .
- اصول مستندسازی اطلاعات بهداشتی درمانی - دکتر فرزندی پور