

Codeadviezen expertgroep ICD-10
versie 20150101

INHOUDSOPGAVE**blz**

0-1	Definitie hoofddiagnose	1
0-2	Risicofactoren	1
0-3	Waarschijnlijkheidsdiagnosen (mutatie!)	2
0-4	Aanvullend coderen	4
0-5	Multipele aandoeningen	4
0-6	Multiorgaanfalen (MOF)	5
0-7	Koemelkallergie	5
0-8	Acute exacerbaties bij chronische aandoeningen	6
0-9	DES dochter/kleinkind	7
0-10	Dubbelzijdige diagnoses	8
0-11	Opname voor diagnostisch onderzoek (zonder behandeling) (nieuw!)	9
1-1	Diarree NNO	9
1-2	Bacteriëmie of sepsis?	10
2-1	C97	10
2-3	Meerdere maligniteiten in hetzelfde orgaanstelsel	11
2-4	Hoofddiagnose bij behandeling maligniteit (nieuw!)	12
2-5	Doorgroei van maligne neoplasma (nieuw!)	14
3-1	Postoperatieve afwezigheid milt	15
3-2	Heterozygote proteïne-S-deficiëntie	16
3-3	Doorgeschoten antistolling (mutatie!)	16
4-1	Ontregelde diabetes	17
4-2	Diabetische voet	17
4-3	Mitochondriële encefalopathie	18
4-4	Refeeding syndroom	18
5-1	Acute alcoholintoxicatie/ comazuipen	19
5-2	Postoperatief delier	19
5-3	Roken	20
5-4	Psychomotore retardatie (nieuw!)	20
6-2	Occipitalis neuralgie	21
6-3	'Lewy body'- dementie	21
7-1	Seniel cataract	22
7-2	Ptosis wenkbrauw	22
9-1	Postoperatief atriumfibrilleren	23
9-2	Brugada syndroom	23
9-3	Rechtsdecompensatie en cardiomyopathie	24
9-4	Idiopathische pulmonale hypertensie	24
9-5	STEMI/nonSTEMI	24
9-6	Hemorragisch infarct	25
9-7	AV geleidingsstoornis	25
9-8	Hartfalen/ hartdecompensatie	26
9-9	Atherosclerotisch gangreen	26
9-10	Acuut coronair syndroom	27
9-11	Recidief myocardinfarct	27
9-12	CADASIL	28
9-13	Minor stroke	28
9-14	Stenose arterie	29
9-15	Multipele klepaandoeningen (nieuw!)	30
10-1	Exacerbatie van COPD o.b.v. een pneumonie	31
10-2	Exacerbatie chronische longaandoeningen	32

10-3	Bronchiale hyperreactiviteit	33
10-4	Pneumosepsis (nieuw!)	33
11-2	Gastrointestinale mucositis bij chemotherapie	34
11-3	Short bowel syndroom	34
11-4	Gastro-enteritis van de kinderleeftijd	35
11-5	Angiodysplasie van de dunne darm	35
11-6	Rectaal bloedverlies	36
11-7	Naadlekkage na ileocecale resectie	36
11-8	Watermeloenmaag / GAVE	37
12-1	Neuroom in litteken	37
12-2	Hand-voet-syndroom na chemotherapie	38
13-1	Opsoclonus-myoclonussyndroom	38
13-2	Haglundse exostose	39
13-3	Labrumlesie (niet traumatisch)	39
13-4	Girdlestone situatie heup	40
13-5	Chondropathie en niet traumatisch(e) chondraallesie/ kraakbeenletsel van de knie	40
13-6	Pijn in de schouder	41
13-7	Impingement van de enkel	41
13-8	Spondylodiscitis	42
13-10	Pseudoradiculair syndroom	42
13-11	Posttraumatische dystrofie	43
13-12	Lage rugpijn	43
13-13	Artrose primair / secundair (nieuw!)	44
14-1	Fausse route urethra door katheter	44
14-2	Urosepsis (nieuw!)	45
15-1	Partus - hemofilie dragerschap	45
15-2	Harde buiken bij een gravida	46
15-3	Minder leven (foetale bewegingen) voelen tijdens de zwangerschap	46
15-4	Spontane drieling bevalling in ziekenhuis	46
15-5	Gebruik O80-O84	47
15-6	Dreigende serotiniteit	47
15-7	Voortijdig breken van de vliezen	48
15-8	Langdurige bevalling	49
15-9	Pijnstilling tijdens zwangerschap	49
15-10	Epidurale pijnbestrijding bij de bevalling	50
15-11	Navelstreng omstrengeling zonder compressie	50
15-12	Stuitligging/bevalling	51
15-13	Gebruik O35.-	51
15-14	GBS dragerschap	52
15-15	Bekkeninstabiliteit (nieuw!)	52
15-16	Hoofddiagnose bij bevallingen (nieuw!)	53
15-17	Afbreken zwangerschap vanwege foetale afwijking (nieuw!)	55
16-1	ALTE / near SIDS	56
16-2	Zuigeling van moeder met diabetes tijdens de zwangerschap zonder gevolgen voor het kind	56
17-1	Pitt-Hopkins syndroom	57
17-2	Cheilognato-palatoschisis	57
18-1	Huilbaby	58
18-2	Verhoogd PSA	58
18-3	Prerenale nierinsufficiëntie	59
18-4	Keelpijn	59
19-1	Aneurysma spurium / vals aneurysma t.g.v. een hartkatheterisatie	60

19-2	Mediale en laterale collumfractuur	60
19-3	Delayed graft na een transplantatie	61
19-4	Brandwonden	61
20-2	Vervoermiddelen	62
20-3	Rollator	62
20-4	Val uit maxi cosi etc.	63
20-5	Peritoneaal dialyse	63
20-6	Complicaties na het plaatsen van orthopedische protheses	64
20-7	Vierde en vijfde teken bij ongevalstoedracht	65
21-2	Palliatieve zorg	66
21-5	Status na gastric bypass	67
21-6	Status na sleeve gastrectomie	67
21-7	Status na plaatsing endoluminale sleeve	68
21-8	verwijderen van een CAPD katheter	68
21-9	Z76.3 en Z76.2	69
21-10	Abstinerend beleid	69
21-11	Status na CABG en PTCA	70
21-12	Z-codes voor verrichtingen in de LBZ (mutatie!)	70
21-13	Leeftijdsgrens oudere primigravida en zeer jonge primigravida	71
21-14	Opname voor preventieve verrichtingen i.v.m. genetische aanleg	72

De eerste 2 cijfers van de codeadviezen verwijzen naar het betreffende hoofdstuk in de systematische lijst van de ICD-10. Adviezen beginnend met een 0 verwijzen niet naar een specifiek hoofdstuk. De "oude" ICD-9 codeadviezen (CvZ'80) mogen als leidraad worden gebruikt als de ICD-10, of bovenstaande ICD-10 adviezen geen antwoord geven op uw vraag.

Definitie hoofddiagnose

0-1

ingangsdatum: 01-03-2013
mutatiedatum: 15-01-2014

Definitie hoofddiagnose bij gebruik van de ICD-10 in de LMR en de LBZ

Onder hoofddiagnose wordt in de LMR verstaan de diagnose die achteraf (dus bij ontslag) wordt beschouwd als de belangrijkste reden van de opname in het ziekenhuis.

De hoofddiagnose hoeft dus niet de zwaarste diagnose te zijn. Het kan zijn dat een patiënt gedurende de ziekenhuisopname een nieuwe aandoening krijgt, die ernstiger is dan de aandoening waarvoor de patiënt is opgenomen. Deze nieuwe diagnose wordt dan als neventdiagnose geregistreerd, met de aanduiding 'C' van complicatie. Als een patiënt in het ziekenhuis overlijdt, dan gaat het bij de hoofddiagnose niet per se om de doodsoorzaak. Ook bij overlijden wordt als hoofddiagnose de diagnose geregistreerd die achteraf wordt beschouwd als de oorzaak van de opname in het ziekenhuis.

Met deze definitie wordt dus afgeweken van de richtlijnen ICD-10, waarin als hoofddiagnose wordt gehanteerd dat 'de diagnose die aan het eind van het zorgmoment wordt gesteld voor de aandoening die hoofdzakelijk verantwoordelijk is voor de behoefte van de patiënt aan behandeling of onderzoek'.

In het kader van de LBZ wordt voorsnog dezelfde definitie gehanteerd voor hoofddiagnose als in het kader van de LMR. Voor de langere termijn zal in overleg met betrokken partijen worden nagegaan of en op welke wijze wordt aangesloten op de internationaal geldende definitie (conform richtlijnen ICD-10).

Risicofactoren

0-2

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Worden risicofactoren gecodeerd?

Advies:

Codeer alle neventdiagnosen, die binnen de betreffende opname zijn gesteld en behandeld.

ingangsdatum: 01-03-2013
mutatiedatum: 01-01-2015
vervangt: CvZ aca 23.5

Waarschijnlijkheidsdiagnosen

Niet in alle gevallen zal bij ontslag een diagnose gesteld kunnen worden en wordt de diagnose aangegeven als waarschijnlijkheidsdiagnose. Hoe te handelen in zulke situaties?

Advies

Codeer een waarschijnlijkheidsdiagnose alsof deze zeker is.

Toelichting

Wanneer een patiënt in een ziekenhuis wordt opgenomen is daar altijd een reden voor. Meestal is dat een patroon van klachten en/of symptomen en/of bevindingen die een bepaalde diagnose doen vermoeden. Vaak is de diagnose al vóór de opname duidelijk. In andere gevallen wordt de diagnose tijdens de opname gesteld of bijgesteld. Tenslotte kan het ook gebeuren dat de diagnose pas na ontslag of overlijden van de patiënt wordt gesteld of bijgesteld, of zelfs helemaal niet.

Het belang van een diagnose is dat deze dient als basis voor een behandelplan. Zolang de diagnose nog niet definitief is zal dat behandelplan zijn gebaseerd op een waarschijnlijkheidsdiagnose, vaak als onderdeel van een differentiaaldiagnose. De differentiaaldiagnose bevat een opsomming van mogelijke diagnoses, waarvan er vaak één het meest waarschijnlijk wordt geacht: de waarschijnlijkheidsdiagnose. Het begrip "diagnose" blijkt dus gedurende een zorgepisode een wisselende inhoud te kunnen hebben met een steeds grotere mate van zekerheid en precisie. Het moment van de diagnosestelling is daarbij van groot belang.

Om (dag)opnames waarbij geen zekere diagnose is gesteld toch eenduidig te kunnen registreren wordt zoals gebruikelijk, de LBZ definitie van hoofddiagnose gehanteerd:

De diagnose die achteraf (dus bij ontslag) wordt beschouwd als belangrijkste reden voor de opname in het ziekenhuis.

Er wordt hier dus altijd de voorkeur gegeven aan de meest specifieke diagnose, zoals die bekend is bij ontslag én die de reden vormt voor de opname. Impliciet wordt daarbij uitgegaan van de meest gebruikelijke situatie, namelijk dat de diagnose bij ontslag duidelijk is. In die gevallen, waarbij de diagnose nog niet definitief is, wordt geadviseerd de waarschijnlijkheidsdiagnose te registreren, omdat daarbij zo nauwkeurig mogelijk de reden van opname en de basis van het behandelplan wordt vastgelegd.

Gebruikelijke termen hierbij zijn:

- Waarschijnlijk
- Vermoedelijk
- Mogelijk
- Passend bij

N.B. Bij (kortdurende)opnames voor diagnostisch onderzoek, zoals bij verdenking op een bepaalde aandoening, zal de diagnose vaak nog minder zeker zijn. In dat geval geldt het advies (in afnemende volgorde van voorkeur):

- codeer de gediagnostiseerde aandoening¹
- indien deze niet bekend is de symptomen
- indien ook deze niet bekend zijn Z01 of Z03

Een verdenking op een aandoening geldt dus over het algemeen niet als waarschijnlijkheidsdiagnose. Meestal is het een reden voor onderzoek en niet voor een specifieke behandeling. Wordt patiënt echter opgenomen om behandeld te worden voor de aandoening waarop verdenking is, dan wordt de betreffende aandoening gecodeerd.

Voorbeelden

Koorts mogelijk bij urineweginfectie, start antibiotica
Codeer urineweginfectie

Opname voor cystoscopie vanwege hematurie bij verdenking op blaastumor
Codeer afhankelijk van de situatie:

- de gediagnosticeerde blaastumor
- hematurie als er geen blaastumor is vastgesteld

Afwijkende EEG met verdenking op epilepsie waarvoor medicatie geïndiceerd is:
Codeer epilepsie

Koliekpijn waarschijnlijk o.b.v. niersteen
Codeer niersteen

¹ Nagekomen uitslagen van het betreffende diagnostisch onderzoek moeten meegenomen worden bij het bepalen van de diagnose van de (dag)opname. Bv een PA-uitslag die bij ontslag nog niet bekend is. Deze telt mee bij het coderen van de uiteindelijke diagnose.

ingangsdatum: 01-03-2013

Aanvullend coderen

Codeer aanvullend indien de omschrijving van de code niet het gehele ziektebeeld beschrijft.

Multipale aandoeningen

ingangsdatum: 01-03-2013

Multipale aandoeningen

Wanneer bij een opname niet één aandoening ernstiger is of zwaarder weegt dan kan gebruik worden gemaakt van de 'multipale' codes als hoofdaandoening. Alle bijbehorende specifieke codes dienen daaronder aanvullend gecodeerd te worden (zie pagina 113 deel 2).

Bijvoorbeeld:

Multipale tumoren in één gebied: C97

Multipale leestels (fracturen S02.7, brandwonden)

Multipale complicaties bij diabetes (gebruik als vierde teken .7)

Multipale aandoeningen bij HIV

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt multiorgaanfalen (MOF) gecodeerd?

Informatie:

Er is geen aparte code in de ICD-10 beschikbaar om multiorgaanfalen aan te geven. Om het te kunnen coderen moet dan ook per geval worden nagegaan welke organen in hun functie gestoord zijn geraakt.

Advies:

Codeer de betrokken organen. Wanneer deze niet staan vermeld in de ontslagdocumentatie, dan navragen bij de specialist.

ingangsdatum: 15-01-2014
vervangt: CvZ aca 18.3

Vraag:

Hoe wordt koemelkallergie gecodeerd?

Advies:

Codeer de belangrijkste manifestatie.

Voorbeelden:

Gastro-enteritis door koemelk: K52.2 "Allergische en door voeding veroorzaakte gastro-enteritis en colitis"

Eczeem door koemelk: L27.2 "Eczeem door ingenomen voedsel"

Koemelkallergie NNO:T78.1 "Overige ongewenste reacties op voedsel, niet elders geassocieerd"

Aanvullend coderen met een code uit X49:

Voor de persoon die allergisch is voor koemelk is deze stof schadelijk. Codeer daarom aanvullend de blootstelling aan de koemelk met een code uit X49 "Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan overige en niet gespecificeerde chemicaliën en schadelijke stoffen"

ingangsdatum: 15-01-2014
vervangt: CvZ aca 19.4

Vraag:

Welke codes moeten worden geregistreerd als er sprake is van een acute exacerbatie van een chronische aandoening. Welke code gebruik je als hoofddiagnose?

Advies:

Indien de systematische index hierover geen uitsluitsel geeft, volg dan de regels uit paragraaf 4.4.2 in deel 2 van de ICD-10 (pagina 116-117):

“Waar de hoofdaandoening is vastgelegd als zowel acuut (of subacuut) als chronisch en de ICD voorziet in afzonderlijke categorieën of subcategorieën voor beide, maar niet voor de combinatie daarvan, dan moet de categorie voor de acute aandoening bij voorkeur voor de hoofdaandoening worden gebruikt.

Voorbeeld 20: Hoofddiagnose: Acute en chronische cholecystitis
Nevendiagnosen: -

Codeer acute cholecystitis (K81.0) als hoofdaandoening. De code voor chronische cholecystitis (K81.1) kan gebruikt worden als facultatieve aanvullende code.

Voorbeeld 21: Hoofddiagnose: Acute exacerbatie van chronische obstructieve bronchitis
Nevendiagnosen: -

Codeer chronische obstructieve longaandoening met acute exacerbatie (J44.1) als hoofdaandoening aangezien de ICD voorziet in een passende code voor de combinatie.”

ingangsdatum: 15-01-2014
vervangt: CvZ aca 23.1

Vraag:

Hoe codeer je:

1. Een screening op een aandoening bij een DES- dochter?
2. De diagnose 'Aandoening toegeschreven aan DES-gebruik'?
3. De diagnose 'Aandoening mogelijk t.g.v. DES-gebruik (bijvoorbeeld hypospadie) van kleinkind van DES-gebruikster'?

Advies:

1. Codeer voor 'screening op aandoening bij DES-dochter' Z13.8 + Z91.8 (Specifiek screeningsonderzoek op overige gespecificeerde ziekten en aandoeningen + Persoonlijke anamnese met overige gespecificeerde risicofactoren, niet elders geclassificeerd).
2. Codeer voor 'Aandoening toegeschreven aan DES-gebruik' de code voor de aandoening + Y42.5 + Z84.2 (Overige oestrogenen en progestagenen leidend tot ongewenste gevolgen bij therapeutisch gebruik + Familie-anamnese met overige ziekten van urogenitaal stelsel).
3. Codeer voor 'Aandoening mogelijk t.g.v. DES-gebruik (bijvoorbeeld hypospadie) van kleinkind van DES-gebruikster' de code voor de aandoening + Z84.2.
Informatie: Hypospadie komt vaker voor bij kleinkinderen van DES-gebruiksters.

ingangsdatum: 01-09-2014

Vraag:

Mogen dubbelzijdige diagnoses (bijv. dubbelzijdig dezelfde beenbreuk of dubbelzijdig hetzelfde mammacarcinoom) 2x met dezelfde code worden vastgelegd?

Advies:

Een dubbelzijdig dezelfde beenbreuk mag 2x gecodeerd worden. Als er niet één van de 2 fracturen overheerst gebruik dan de code voor multipale fracturen als hoofddiagnose.

Voorbeeld:

Bdz gesloten femurschachtfractuur waarbij niet een enkele fractuur overheerst:
Codeer als hoofdaandoening T02.5- "Fracturen van multipale regio's van beide onderste extremiteiten".
Codeer aanvullend 2 x S72.3- "Femurschachtfractuur"

Dit advies geldt ook voor een dubbelzijdig mammacarcinoom en alle andere categorieën waarbij met de zgn 'multiple' codes gebruikt kunnen worden.

Voorbeelden van multipale categorieën:

Letsels van multipale lichaamsregio's (T00-T07)
Brandwonden en etsingen van multipale lichaamsregio's (T29)
Maligne neoplasmata van onafhankelijke (primaire) multipale lokalisaties (C97)
Zie ook pag. 113 en 134 van deel 2.

ingangsdatum: 01-01-2015
vervangt: CvZ aca 14.10

Vraag

Hoe wordt een opname in het kader van een diagnostisch onderzoek gecodeerd?

Advies

Opname voor diagnostisch onderzoek (in afnemende volgorde van voorkeur):

- codeer de gediagnostiseerde aandoening
- indien deze niet bekend is codeer de symptomen
- indien ook deze niet bekend codeer Z00-Z13

Toelichting

Bij een opname moet de diagnose zo specifiek mogelijk gecodeerd worden. Ook wanneer de opname in het kader van diagnostiek staat. Codeer hetzij de aandoening die vastgesteld wordt bij diagnostisch onderzoek of de (voornaamste) symptomen die aanleiding zijn tot het onderzoek.

Een code voor speciale onderzoeken (Z00-Z13) dient alleen gebruikt te worden als geen verdere informatie beschikbaar is.

Bijvoorbeeld

Lactose intolerantie test wegens chronische diarree

Codeer afhankelijk van de situatie

- Lactose intolerantie aangetoond: codeer lactose intolerantie
- Lactose intolerantie niet aangetoond: codeer diarree

Diarree NNO**1-1**

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Wat is de NNO code voor diarree / colitis / gastro-enteritis?

Advies:

Codeer in Nederland K52.9

In landen waar bij een omschrijving uit A09 - zonder nadere specificatie - een niet-infectieuze oorsprong kan worden aangenomen, dient de aandoening te worden geklasseerd onder K52.9

ingangsdatum: 01-03-2013
mutatiedatum: 01-09-2014

Vraag:

Codering bacteriëmie of sepsis?

Voorbeeld:

Patiënt heeft een urineweginfectie op basis van E. coli , met een E. coli in de diverse bloedkweken.

Informatie:

Bij een bacteriëmie is er sprake van bacteriën in de bloedbaan. Bacteriën in het bloed leiden niet altijd tot een sepsis.

Advies:

Codeer alleen sepsis indien sepsis expliciet genoemd wordt. Anders codeer bacteriëmie met A49.9 'Bacteriële infectie, niet gespecificeerd (incl. bacteriëmie NNO)', exclusief bacteriëmie door meningokokken A39.4.

Indien de bacterie bekend is kan deze aanvullend gecodeerd worden.

Dus in bovenstaande voorbeeld:

N39.0 'UWI, lokatie niet gespecificeerd'

B96.2 'E. coli'

A49.9 'Bacteriële infectie, niet gespecificeerd'

B96.2 'E. coli'

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt code C97 gebruikt?

Advies:

C97 wordt alleen gebruikt bij meerdere primaire maligniteiten van gelijke zwaarte en dan is C97 de hoofddiagnose. C97 wordt zonder M-code gebruikt.

Als gebruik gemaakt wordt van de M-code, dan wordt een primaire tumor (behalve C97) altijd gevolgd door een M-code, ook als het dezelfde morfologie betreft (zie ook pagina 127 en 128 deel 2)

Voorbeeld:

Patiënt met plaveiselcelcarcinoom van de linker longhilus en intestinaal carcinoom van het colon: C97 + C34.0 + M8070/3 + C18.9 + M8144/3

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe worden meerdere primaire maligniteiten in hetzelfde orgaanstelsel gecodeerd?

Advies:

Bij meerdere onafhankelijke primaire maligne tumoren, waarvan er niet één overheerst, wordt C97 "Maligne neoplasmata van onafhankelijke (primaire) multiële lokalisaties" gecodeerd. Bijvoorbeeld 2 primaire tumoren in de long (bovenkwab en onderkwab) die beide bestraald worden:

C97 + C34.1 M8010/3 + C34.3 M8010/3

ingangsdatum: 01-01-2015
 vervangt: CvZ aca 20.5 en 5.1

Vraag:

Wat is de hoofddiagnose bij de behandeling van een maligniteit?

Advies:

Codeer de maligniteit waar de behandeling op gericht is als hoofddiagnose. Dit zal veelal de primaire tumor zijn, maar kan ook een metastase zijn. Ook als een maligniteit verwijderd is wordt gedurende het gehele behandeltraject de oorspronkelijke maligniteit geregistreerd.

Toelichting:

De behandeling van een maligniteit is gericht op de primaire tumor en/of eventuele metastasen. Voor de juiste selectie van de hoofddiagnose is het belangrijk om de LBZ definitie van de hoofddiagnose te hanteren: de diagnose die achteraf, dus bij ontslag, wordt beschouwd als de reden van de opname in het ziekenhuis.

Als de behandeling gericht is op de primaire tumor, dan is de primaire tumor dus de hoofddiagnose. Is de behandeling echter gericht op een metastase, dan is de metastase de hoofddiagnose (ook als de primaire tumor nog aanwezig is).

Voor de aanvullende behandeling van een verwijderde maligniteit wordt tijdens het behandeltraject de oorspronkelijke maligniteit geregistreerd. Hoewel de maligniteit is verwijderd staat de behandeling namelijk nog steeds in het teken van de verwijderde maligniteit.

Pas als het hele behandeltraject is afgerond en de maligniteit niet meer aanwezig is kan code Z85.- worden geregistreerd om een maligniteit in de anamnese vast te leggen.

Opmerking

Als niet duidelijk is of de behandeling op de primaire tumor of op de metastase gericht is, is de primaire tumor hoofddiagnose.

Voorbeeld 1

Opname voor leverbioptie bij een nog niet behandeld coloncarcinoom. PA-verslag: biopt bevat metastase van het eerder gediagnosticeerde coloncarcinoom.

Hoofddiagnose C78.7 'Secundair maligne neoplasma van lever'

Nevendiaagnose C18.9 'Colon, niet gespecificeerd'

Voorbeeld 2

Opname voor re-excisie na poliklinische verwijderde melanoom. PA-verslag: er wordt geen melanoom meer aangetroffen.

Hoofddiagnose C43.9 'Maligne melanoom van huid, niet gespecificeerd'

Voorbeeld 3

Opname voor okselkliertoilet nadat in dagopname volledige verwijdering van een mammacarcinoom

heeft plaatsgevonden. PA-verslag okselklieren: geen metastatisch tumorweefsel.

Hoofddiagnose C50.9 'Mamma, niet gespecificeerd'

Voorbeeld 4

Opname voor cytostatica na mastectomie met lymfkliertoilet vanwege mammacarcinoom met okselklier metastasen

Hoofddiagnose C50.9 'Mamma, niet gespecificeerd'

Nevendiagnose C77.3 'Lymfklieren van oksel en bovenste extremiteit'

Voorbeeld 5

Opname voor cytostatica aanvullend op resectie rectumcarcinoom met levermetastasen

Hoofddiagnose C20 'Maligne neoplasma van rectum'

Nevendiagnose C78.7 'Secundair maligne neoplasma van lever'

Voorbeeld 6

Opname voor APD-infuus bij botmetastasen 3 jaar na radicale prostatectomie wegens prostaatcarcinoom.

Hoofddiagnose C79.5 'Secundair maligne neoplasma van bot en beenmerg'

Nevendiagnose Z85.4 'Persoonlijke anamnese met maligne neoplasma van geslachtsorganen'

Nb. Z51 hoeft niet als aanvullende code vastgelegd te worden als er ook een verrichtingcode uit de zorgactiviteitentabel (ZA-code) met dezelfde betekenis is vastgelegd (zie codeadvies 21-12).

ingangsdatum: 01-01-2015
vervangt: CvZ aca 20.4

Vraag

Hoe wordt de doorgroei/ingroei van een tumor in aangrenzende organen en weefsels gecodeerd?

Advies

Codeer doorgroei als secundaire lokalisatie met een code uit de range C76-C79.

Toelichting

Wanneer een tumor doorgroeit (ingroeit) in een aangrenzend orgaan of weefsel wordt dit binnen de ICD-10 als secundaire lokalisatie van de primaire tumor beschouwd.

Een secundaire lokalisatie kan hematogeen, lymfogeen of 'per continuitatem' (invasie, infiltratie, doorgroei) tot stand komen; voor de codering maakt dit geen verschil.

In de alfabetische lijst (hoofdingang Neoplasma) omvat de term 'Metastatisch' in de kolom 'Maligne' zowel metastasen op afstand als secundaire lokalisaties.

Zie ook de aanwijzing in deel 1 bij blok C76-C79; Secundair omvat metastase en doorgroei.

Bijvoorbeeld

Doorgroei van uteruscarcinoom in de blaas
C55 + C79.1 (+ eventueel M8010/3)

Carcinoom van hoofdbronchus met doorgroei in trachea
C34.0 + C78.3 (+ eventueel M8010/3)

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt een postoperatief afwezige milt gecodeerd?

Advies:

Codeer D73.0 Hyposplenie (Asplenie, na operatie) + Z90.8 (Verworven afwezigheid van overige organen).

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Wat is de diagnosecode voor heterozygote proteïne-S-deficiëntie?

Advies:

Codeer heterozygote proteïne-S-deficiëntie met D68.2 "Hereditaire deficiëntie van andere stollingsfactoren"

Informatie:

Proteïne S is een stollingsfactor.

Zoekpad:

Deficiëntie

- factor - zie deficiëntie stollingsfactor

Deficiëntie

- stollingsfactor D68.2

Doorgesloten antistolling**3-3****MUTATIE!**

ingangsdatum: 15-01-2014

mutatiedatum: 01-01-2015

vervangt: CvZ aca 9.1

Vraag: Hoe wordt doorgesloten antistolling (met en zonder bloeding) gecodeerd?

Advies:

Codeer doorgesloten antistolling:

- zonder bloeding met D68.8 'Overige gespecificeerde stollingsstoornissen' + Y44.2 'Ongewenst gevolg Anticoagulantia'
- met bloeding NNO met D68.3 'Hemorragische aandoening door circulerende anticoagulantia' (waaronder een bloeding tijdens langdurig gebruik van anticoagulantia valt) + Y44.2 'Ongewenst gevolg Anticoagulantia'
- met een gespecificeerde bloeding met D68.3 'Hemorragische aandoening door circulerende anticoagulantia' (waaronder een bloeding tijdens langdurig gebruik van anticoagulantia valt) + Y44.2 'Ongewenst gevolg Anticoagulantia' + aanvullend de bloeding.

Bijvoorbeeld

Hematurie door doorgesloten antistolling: D68.3 + Y44.2 + R31

Codeer hematoom bij antistolling zonder dat er een relatie is gelegd tussen het hematoom en de antistolling met R58 'Bloeding, niet elders geclassificeerd' + Z92.1 'Persoonlijke anamnese met langdurig (actueel) gebruik van anticoagulantia'

Ontregelde diabetes

4-1

ingangsdatum: 01-03-2013
vervangt: CvZ aca 9.1

Vraag:

Hoe wordt ontregelde diabetes mellitus gecodeerd?

Advies:

Codeer E10-E14 met als vierde teken .9 (Diabetes mellitus).

Toelichting:

Bij de vierde tekens gaat het om orgaanschade. Bij instabiliteit van de diabetes is daarvan nog geen sprake, daarom .9

Diabetische voet

4-2

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt een diabetische voet gecodeerd?

Advies:

Hier is niet één advies over te geven. Ga na per casus of er bijvoorbeeld sprake is van een ulcus, van vaatlijden of van osteomyelitis. Diabetes is het onderliggend lijden, codeer de diabetes daarom als de hoofddiagnose.

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt mitochondriële encefalopathie gecodeerd?

Advies:

Mitochondriële encefalopathie is een stofwisselingsstoornis. Codeer deze aandoening met E88.9 "Stofwisselingsstoornis niet gespecificeerd" + G93.4 "Encefalopathie, niet gespecificeerd" + evt. Q04.9 "Congenitale misvorming van hersenen, niet gespecificeerd"

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt het refeeding syndroom gecodeerd?

Advies:

Codeer bij het refeeding syndroom de hypofosfatemie indien mogelijk als hoofd/primaire diagnose. Codeer aanvullend de overige klinische verschijnselen en de oorzaak (bijv. de ondervoeding).

Informatie:**Refeeding syndroom**

Hiermee wordt bedoeld het brede scala aan complicaties dat kan ontstaan als gevolg van metabole en functionele veranderingen door start van dieetinterventie bij patiënten met klinische depletie / ernstig ondervoeding. Klinische verschijnselen, met name: hypofosfatemie, hypokaliëmie en hypomagnesiëmie, glucose-intolerantie, manifest worden van thiamine (B1)deficiëntie, verminderde orgaanfunctie en overvulling.

Voor de behandeling van het refeeding syndroom zal in de praktijk meestal de hypofosfatemie het grootste probleem zijn.

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt een acute alcoholintoxicatie of 'comazuipen' gecodeerd?

Informatie:

De exclusies bij code T51.0 (Toxisch gevolg van alcohol, Ethanol) zijn hierbij leidend:

Exclusies: acute alcoholintoxicatie of 'kater' (F10.0)
dronkenschap (F10.0)
pathologische alcoholintoxicatie (F10.0)

Advies:

Codeer voor acute alcoholintoxicatie F10.0 (Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van alcohol, acute intoxicatie).

Codeer aanvullend evt. R40.2 (Coma, niet gespecificeerd).

Codeer aanvullend evt. R68.0 (Hypothermie, niet verband houdend met lage omgevingstemperatuur).

Postoperatief delier

ingangsdatum: 15-01-2014
vervangt: CvZ advies nieuwsbrief 3-2001

Vraag:

Hoe wordt een postoperatief delier gecodeerd?

Advies:

Codeer een postoperatief delier met F05.9 "Delirium, niet gespecificeerd" (tenzij bekend is of er bv tevens sprake van dementie is) + Y83.- "Operatie en overige heelkundige verrichtingen als oorzaak van afwijkende reactie van patiënt of van latere complicatie, zonder vermelding van afwijkende gang van zaken tijdens verrichting". F05.9 kan vooraf gegaan worden door een C voor complicatie.

ingangsdatum: 01-09-2014

Vraag:

Hoe wordt roken vastgelegd?

Advies:

Er zijn 2 codes die relevant zijn om vast te leggen in de LBZ: F17.1 en F17.2.

Als roken vermeld wordt bij de te behandelen aandoening: F17.1 "Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van tabak, schadelijk gebruik". Tabaksgebruik is immers altijd schadelijk voor jezelf en anderen.

Als de behandeling in het kader van de verslaving staat: F17.2 "Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van tabak, afhankelijkheidssyndroom"
Een voorbeeld hiervan is de "stoppen met roken poli". Deze behandeling zal in de ziekenhuizen niet klinisch of in dagverpleging plaatsvinden, maar is wél relevant voor het vastleggen van de ambulante patiënten binnen de LBZ.

NIEUW!**Psychomotore retardatie**

ingangsdatum: 01-01-2015

Vraag

Hoe codeer je psychomotore retardatie?

Advies

Psychomotore retardatie is een achtergebleven ontwikkeling van zowel de geestelijke als van de motorische vermogens. Codeer psychomotore retardatie NNO met code F83 "Gemengde specifieke ontwikkelingsstoornissen".

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe codeer je nervus occipitalis neuralgie?

Advies:

Codeer nervus occipitalis neuralgie met G58.8 "Overig gespecificeerde mononeurpathieën"

Zoekpad:

Neuralgie M79.2: Exclusie: mononeuropathieën (G56-G58)

G58.8 "Overig gespecificeerde mononeurpathieën"

ingangsdatum: 15-01-2014

mutatiedatum: 01-09-2014

Advies:

Codeer 'Lewy body'- dementie met code G31.8 "Overige gespecificeerde degeneratieve ziekten van het zenuwstelsel" en aanvullend F02.8 "Dementie bij overige gespecificeerde elders geassocieerde ziekten". Hierbij volgen we de lijn zoals bij de dagger astrisk systematiek bij Alzheimer dementie (G30.9† en F00.9*).

Seniel cataract

7-1

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Zijn er internationale richtlijnen voor leeftijdsgrenzen zoals bijvoorbeeld bij seniel cataract?

Advies:

Er zijn geen internationale richtlijnen. Codeer alleen als de specialist dit aangeeft.

Ptoxis wenkbrauw

7-2

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt een ptosis van de wenkbrauw gecodeerd?

Advies:

Codeer een ptosis van de wenkbrauw met H02.4 "Ptosis van ooglid".

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt de diagnose 'Postoperatief atriumfibrilleren' gecodeerd?

Advies:

Codeer na een hartoperatie I97.1 + I48.- + Y83.- (Overige functionele stoornissen na hartchirurgie + Atriumfibrillatie en -flutter + operatie als oorzaak van afwijkende reactie van patiënt of van latere complicatie, zonder vermelding van afwijkende gang van zaken tijdens verrichting).

Codeer na een operatie van iets anders dan het hart I97.8 + I48.- + code uit blok Y83 (Overige gespecificeerde aandoeningen van hart en vaatstelsel na medische verrichting, niet gespecificeerd).

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt het Brugada syndroom gecodeerd?

Informatie:

Het Brugada syndroom is een erfelijke aandoening met abnormale vorming van elektrische impulsen in de hartventrikels, waardoor een verhoogde kans op ventrikelfibrilleren en plotse hartdood ontstaat.

Advies:

Codeer I49.8 (Overige gespecificeerde hartritmestoornissen).

Rechtsdecompensatie en cardiomyopathie

9-3

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Een patiënt heeft cardiomyopathie en rechtsdecompensatie. Moeten cardiomyopathie en rechtsdecompensatie beide worden gecodeerd?

Advies:

Ja, codeer I42.0 + I50.0 (Cardiomyopathie met hartdilatatie + Rechtsdecompensatie).

Idiopathische pulmonale hypertensie

9-4

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt idiopathische pulmonale hypertensie gecodeerd?

Advies:

Codeer I27.0 (Primaire pulmonale hypertensie).

STEMI/nonSTEMI

9-5

ingangsdatum: 01-03-2013

vervangt: CvZ advies nieuwsbr. 5-1998

Vraag:

Hoe wordt een ST segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) en hoe wordt een non-STEMI gecodeerd?

Advies:

Codeer voor een STEMI I21.0 - I21.3 (Acuut transmuraal myocardinfarct van voorwand - Acuut transmuraal myocardinfarct, lokalisatie niet gespecificeerd).

Codeer voor een non-STEMI I21.4 (Acuut subendocardiaal myocardinfarct).

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt een hemorrhagisch infarct van de hersenen gecodeerd?

Advies:

In deze casus kiezen we voor het infarct en niet voor de bloeding.

Codeer I63.8 of I63.9 (Overige gespecificeerde vormen van cerebraal infarct of cerebraal infarct, niet gespecificeerd).

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt een AV-geleidingsstoornis gecodeerd?

Toelichting:

Er is geen direct zoekpad in deel drie voor AV-geleidingsstoornis.

Advies:

Gebruik 'Dissociatie' als ingang voor het zoekpad.

Codeer een AV-geleidingsstoornis met I45.8 (Overige gespecificeerde geleidingsstoornissen).

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt hartfalen gecodeerd?

Advies:

Codeer hartfalen met I50.9

Toelichting:

De alfabetische index geeft voor hartfalen code I51.9 aan. Dit moet I50.9 zijn; de vertaling van failure moet uitkomen op decompensatie. Voor de nieuwe versie van de ICD-10 wordt voorgesteld hartfalen en hartdecompensatie beide uit te laten komen op code I50.9

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt atherosclerotisch gangreen gecodeerd?

Advies:

Codeer I70.2 (Atherosclerose van arteriën van extremiteiten).

Toelichting:

Bij deze code is gangreen geïncludeerd. Codeer aanvullend gangreen (R02) voor nadere specificatie van de aandoening. De exclusies in de ICD-10 zijn er onder meer voor bedoeld om de hoofddiagnose te bepalen.

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt het acuut coronair syndroom gecodeerd?

Advies:

Het acuut coronair syndroom is een klinisch beeld met pijn op de borst waarbij sterke verdenking bestaat op angina pectoris (instabiel) of (dreigend) myocardinfarct. Geef de specialist een acuut coronair syndroom aan, kijk dan in de ontslagdocumentatie of het gaat om één van de bovenstaande aandoeningen.

Indien de ontslagdocumentatie geen uitsluitsel geeft kan worden uitgeweken naar I24.9 (Acute ischemische hartziekte, niet gespecificeerd).

Zoekpad: Syndroom, coronair, acuut NEC I24.9

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Tot welke termijn na een acuut myocardinfarct mag je een recidief myocardinfarct coderen?

Advies:

Codeer alleen een recidief infarct (alle lokalisaties) als dit infarct binnen 4 weken (28 dagen) na het 1e acute infarct plaatsvindt.

Voorbeelden:

1. Patiënt wordt opgenomen met een acuut myocardinfarct en krijgt in dezelfde opname na 3 weken een recidief myocardinfarct: codeer I21.- "Acuut myocardinfarct" als hoofddiagnose en C I22.- "Recidief myocardinfarct" als nevensdiagnose.
2. Na behandeling van een acuut myocardinfarct wordt de patiënt na een week ontslagen. Binnen 28 dagen na het ontstaan van het 1e acute myocardinfarct wordt de patiënt weer opgenomen voor een recidief myocardinfarct. Codeer I22.- "Recidief myocardinfarct" als hoofddiagnose.
3. Patiënt is 3 jaar geleden behandeld voor een acuut myocardinfarct. Patiënt heeft nu opnieuw een acuut myocardinfarct. Codeer als hoofddiagnose I21.- "Acuut myocardinfarct" en als nevensdiagnose I25.2 "Vroeger myocardinfarct".

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt Cerebraal Autosomaal Dominante Arteriopathie met Subcorticale Infarcten en Leukoencefalopathie (CADASIL) gecodeerd?

Advies:

Dit is een erfelijke aandoening. Codeer I67.3 "progressieve vasculaire leuko-encefalopathie" en aanvullend F01.1 "Multi-infarct dementie".

Minor stroke

9-13

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt een minor stroke gecodeerd?

Advies:

Een minor stroke is een lichte beroerte. Om een minor stroke juist te coderen zal de ontslagdocumentatie moeten worden geraadpleegd. Blijkt uit de documentatie dat er sprake was van een infarct, codeer dan I63.- "Cerebraal infarct". Zijn er geen gegevens te achterhalen uit het EPD, dossier of via de behandelende arts, codeer dan de minor stroke met I64 "beroerte niet gespecificeerd als bloeding of infarct".

ingangsdatum: 01-09-2014

Vraag:

De diagnose stenose arterie femoralis of stenose arterie iliaca komt veel voor. De alfabetische lijst verwijst dan niet verder dan I77.1 "Strictuur van arterie". Dit is een algemene code, waarbij de arteriën niet verder gespecificeerd kunnen worden.

Advies:

Code I77.1 "Strictuur van arterie" is heel verleidelijk in dergelijke gevallen, maar is meestal niet correct. In de praktijk blijkt vaak dat termen als 'claudicatio, perifeer vaatlijden, (niet acute) afsluiting, stenose' gebruikt worden, terwijl een (afsluitende) vorm van arteriosclerose wordt bedoeld. Maak daarom duidelijke afspraken met de specialist omtrent het terminologiegebruik. Verder geeft een radiologieverslag hierin ook vaak uitsluitsel. Bij arteriosclerose verwijst de alfabetische lijst naar code I70.- "Atherosclerose". Een acute vaatafsluiting kan optreden wanneer er een trombus ontstaat, de alfabetische lijst verwijst daarbij naar code I74.3 "Embolie en trombose van arteriën van onderste extremiteiten".

ingangsdatum: 01-01-2015

Vraag:

Hoe worden verworven afwijkingen van meerdere hartkleppen gecodeerd?

Advies:

Verworven aandoeningen van meerdere hartkleppen worden gecodeerd met I08.- 'Multipele klepaandoeningen'.

De afzonderlijke klepaandoeningen kunnen aanvullend gecodeerd worden voor nadere specificatie.

Toelichting:

De alfabetische index leidt voor aandoeningen aan meerdere kleppen naar code I08.- 'Multiple klepaandoeningen'.

Bijvoorbeeld:

Aandoening

- klep, valvulair I38

- multipel (oorzaak niet gespecificeerd) I08.9/8

Hoewel I08 binnen de range I05-I09 'Chronische reumatische hartziekten' valt is code I08 inclusief klepaandoeningen waarvan de oorzaak niet gespecificeerd is.

Alleen bij een gespecificeerde oorzaak van de hartklepaandoening, anders dan reumatisch, wordt verwezen naar I34-I38.

Bijvoorbeeld

Aortklepinsufficiëntie met mitralisprolaps

I08.0 + I35.1 + I34.1

Opmerking

Als de oorzaak van het kleplijden niet gespecificeerd is vallen deze aandoeningen veelal onder de reumatische klepaandoeningen, bijvoorbeeld mitralisinsufficiëntie met stenose, en tricuspidaalinsufficiëntie. Omdat dit niet altijd terecht zal zijn is het raadzaam om de specialist te vragen aan te geven wat de oorzaak van de hartklepaandoening is. Informeer de specialist daarbij dat (multipel) kleplijden zonder gespecificeerde oorzaak, binnen de ICD-10 veelal in het blok 'Chronische reumatische hartziekten' valt.

ingangsdatum: 01-03-2013
vervangt: CvZ aca 19.1

Vraag:

Hoe wordt een exacerbatie van COPD o.b.v. een pneumonie gecodeerd?

Advies:

Codeer J44.0 + J18.9 (Chronische obstructieve longaandoening met acute infectie van de onderste luchtwegen + Pneumonie, niet gespecificeerd).

Informatie:

J44.0 is in bovenstaande casus de hoofddiagnose. De verergering / exacerbatie wordt in de tekst bij code J44.0 immers weergegeven (met acute infectie...). Daarom wijkt dit advies af van het oude CvZ'80 advies 19.1-2, waarbij de gespecificeerde acute aandoening als hoofddiagnose werd gecodeerd.

ingangsdatum: 15-01-2014
vervangt: CvZ aca 19.1

Exacerbatie chronische longaandoeningen

Soms treedt bij een chronische longaandoening een verergering, een exacerbatie, op. Dit betreft vaak een samengaan van factoren welke moeilijk te benoemen zijn door de specialist.

Let op:

In tegenstelling tot het algemene codeadvies dat gold voor de CvZ80, wordt eerst de chronische longaandoening gecodeerd en aanvullend de aard van de exacerbatie.

Advies:

Exacerbatie chronische obstructieve longaandoeningen (COPD)

a. Exacerbatie van COPD met specificatie van de exacerbatie:

- J44.0 "Chronische obstructieve longaandoening met acute infectie van onderste luchtwegen" voor exacerbatie door pneumonie of bronchi(oli)tis
- J44.1 "Chronische obstructieve longaandoening met acute exacerbatie, niet gespecificeerd" voor exacerbatie door overige luchtweginfecties of zonder gespecificeerde oorzaak

De aard van de exacerbatie (bv. pneumonie) wordt aanvullend gecodeerd.

b. Exacerbatie van COPD zonder specificatie van de exacerbatie

- J44.1 "Chronische obstructieve longaandoening met acute exacerbatie, niet gespecificeerd"

Wanneer de aard van de exacerbatie niet bekend is kan deze dus niet aanvullend worden gecodeerd.

Exacerbatie overige chronische, niet obstructieve longaandoeningen

c. Exacerbatie chronische, niet obstructieve longaandoening met specificatie van de exacerbatie:

- een code uit de reeks J40 t/m J43 of J45 t/m J47

De aard van de exacerbatie (bv. pneumonie) wordt aanvullend gecodeerd.

d. Exacerbatie chronische, niet obstructieve longaandoening, zonder specificatie van de exacerbatie

- een code uit de reeks J40 t/m J43 of J45 t/m J47

Wanneer de aard van de exacerbatie niet bekend is kan deze dus niet aanvullend worden gecodeerd.

Opmerking:

Code J46 "Status asthmaticus" wordt alleen gecodeerd indien de astma als zodanig omschreven is en dus niet standaard voor een exacerbatie.

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt bronchiale hyperreactiviteit gecodeerd?

Informatie:

Bronchiale hyperreactiviteit betekent het overmatig reageren van de bronchiale luchtwegen op prikkels door samentrekking. Het kan een voorteken zijn van astma.

Advies:

Zolang geen astma bewezen is codeer J98.0 (Spasme bronchus).

NIEUW!

ingangsdatum: 01-01-2015

Vraag:

Hoe wordt een pneumosepsis (bij een pneumonie) gecodeerd?

Advies:

- Als eerste dient de pneumonie via de hoofdingang Pneumonie in de alfabetische lijst gecodeerd te worden.
- Codeer aanvullend géén code uit B95-B96 als de bacterie al in de omschrijving van de pneumonie staat.
- Codeer aanvullend de sepsis indien deze in de bloedbaan is bewezen (meestal een code uit A41).
- Indien in een zeldzaam geval de sepsis de oorzaak is van de pneumonie, codeer dan de dagger astrisk combinatie A41.-† J17.0* (via het zoekpad Pneumonie – bij (door) - - sepsis).

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt gastro-intestinale mucositis bij chemotherapie gecodeerd?

Advies:

Codeer K52.1 + Y43.3 (Toxische gastro-enteritis en colitis + Overige antineoplastische producten).

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt het short bowel syndroom gecodeerd?

Informatie:

Het short bowel syndroom is een kortedarmsyndroomziektecomplex met water- en elektrolytenverlies en malabsorptie na resectie van driekwart van de dunne darm. (Pinkhof)

Advies:

Codeer het short bowel syndroom met code K91.2 "Postoperatieve malabsorptie, niet elders geassocieerd".

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag 1:

Hoe wordt gastro-enteritis - niet bacterieel, van de kinderleeftijd gecodeerd?

Vraag 2:

Hoe wordt gastro-enteritis - NNO, van de kinderleeftijd gecodeerd?

Advies:

Codeer in Nederland beide met K52.9

Aandachtspunt:

Codeer een virale gastro-enteritis van de kinderleeftijd met een code uit de reeks A08.0 – A08.4 (virale intestinale infecties).

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt angiodysplasie van de dunne darm gecodeerd?

Advies:

Codeer angiodysplasie van de dunne darm met K55.2 "Angiodysplasie van colon". Omdat in de alfabetische index de term colon tussen haakjes staat is het een niet essentiële aanvulling. In dit geval mag de term colon in de systematische index genegeerd worden. (zie ook pag. 4 deel 3 onder "Haakjes").

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt rectaal bloedverlies gecodeerd?

Advies:

Indien niet bekend is waar het bloedverlies door veroorzaakt wordt, gebruik dan code K92.2 "Gastro-intestinale bloeding, niet gespecificeerd".

Code K62.5 "Bloeding van anus en rectum" alleen gebruiken als het een bloeding van de anus of rectum betreft.

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt een naadlekkage na ileocoecale resectie gecodeerd?

Advies:

Codeer K91.8 + Y83.2 (Overige gespecificeerde aandoeningen van spijsverteringsstelsel na medische verrichting, niet elders geclassificeerd + operatie met anostomose, bypass of transplantaat).

Tip:

Sommige complicaties in de ICD-10 staan aan het einde van de hoofdstukken. Gebruik dan die code en voeg de externe oorzaak toe.

ingangsdatum: 01-09-2014

Vraag:

Wat is de code voor een watermeloenmaag / GAVE?

Informatie:

Watermeloenmaag en GAVE zijn synoniemen. De watermeloen-maag, ofwel 'gastric antral vascular ectasia' is een betrekkelijk zeldzaam ziektebeeld. Het kan de oorzaak zijn van persisterend bloedverlies.

Advies:

Codeer een watermeloenmaag met K31.8 "Overige gespecificeerde ziekten van maag en duodenum".

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt de diagnose 'Neuroom in litteken' gecodeerd?

Advies:

Codeer L90.5 + D36.1 + M9570/0 (Littekens en fibrose van huid + Benigne neoplasma van perifere zenuwen en autonoom zenuwstelsel + Neuroom NNO).

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt het hand-voet-syndroom na chemotherapie gecodeerd?

Informatie:

Door de behandeling met chemotherapie kan een patiënte het hand-voet syndroom krijgen. Dit is een vorm van lokaal erytheem die over het hele lichaam kan voorkomen maar meestal enkel aan de handen en voeten optreedt.

Advies:

Codeer het Hand-voet-syndroom na chemotherapie met L27.1 "Gelocaliseerde huidruptie door geneesmiddelen" en aanvullend Y43.3 "Overige antineoplastische geneesmiddelen" om de chemotherapie als oorzaak aan te geven.

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt het Opsoclonus-myoclonussyndroom gecodeerd?

Advies:

Codeer M35.9 + G96.9 + G25.3 + H55 (Auto-immuunziekte + Aandoening van het centraal zenuwstelsel, niet gespecificeerd + Myoclonus + Nystagmus en andere onregelmatige oogbewegingen).

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt een Haglundse exostose gecodeerd?

Informatie:

De lokalisatie van een exostose is in de ICD-10 met het vijfde teken aan te geven.

Advies:

Codeer M89.97

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt een niet traumatische labrumlesie van het schouder- of heupgewricht gecodeerd?

Informatie:

Labrum is kraakbeen.

Advies:

Codeer M24.1 en gebruik lokalisatiecode 1 voor het schoudergewricht en 5 voor het heupgewricht.

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt een Girdlestone situatie van de heup gecodeerd?

Advies:

Codeer deze situatie met code M96.8 "Overige gespecificeerde aandoeningen van botspierstelsel na medische verrichting"

Zoekpad alfa:

instabiliteit

- gewricht

- - secundair aan verwijderen gewrichtsprothese M96.8

Codeer aanvullend de uitwendige oorzaak van deze resttoestand: Y88.3

Chondropathie en niet traumatisch(e) chondraallesie/ kraakbeenletsel van de knie

ingangsdatum: 15-01-2014

mutatiedatum: 01-09-2014

Vraag:

Hoe wordt chondropathie en niet traumatisch(e) chondraallesie/kraakbeenletsel van de knie gecodeerd?

Advies:

Codeer deze aandoening bij met code M23.8/9- "Derangement interne van knie, overig / niet gespecificeerd"

Codeer chondropathie van de patella met code M22.3 "Overige vormen van dérangement van patella"

Zoekpad deel 3:

Aandoening

- kraakbeen

- - gewricht NEC M24.1

Exclusie in deel 1 bij M24.1: dérangement interne van de knie (M23.-)

Exclusie bij M23: aandoeningen van patella (M22.-)

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Wat is de code voor pijn in de schouder?

Advies:

Volg strikt het zoekpad in deel 3.

Codeer pijn in de schouder nno met M75.8 "Overige gespecificeerde schouderlesies".

Codeer pijn in het schoudergewricht met M25.51 "Gewrichtspijn van schoudergebied".

Impingement van de enkel

ingangsdatum: 15-01-2014

mutatiedatum: 01-09-2014

Vraag:

Wat is de code voor impingement van de enkel

Advies:

Codeer impingement van de enkel met M77.5 "Overige enthesopathie van voet".

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt spondylodiscitis nno gecodeerd?

Advies:

Spondylodiscitis nno is niet in één code te vatten en wordt daarom gecodeerd met M46.4- "Discitis, niet gespecificeerd" en M46.9- "Inflammatoire spondylopathie, niet gespecificeerd".

Vraag:

Hoe wordt een spondylodiscitis door E-coli gecodeerd?

Advies:

Codeer de spondylodiscitis door E-coli met M46.3- "Infectie van tussenwervelschijf (pyogeen)" en M46.9- "Inflammatoire spondylopathie, niet gespecificeerd". Codeer de E-coli aanvullend met B96.2 "Escheria coli [E. coli] als oorzaak van ziekten geclassificeerd in andere hoofdstukken".

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt het pseudoradiculair syndroom gecodeerd?

Advies:

Er is bij het pseudoradiculair syndroom (nog) geen sprake van een radiculair syndroom; codeer één of meerdere van de vastgelegde symptomen, bijvoorbeeld:

Lumbago NNO M54.59

Rugpijn NNO M54.99

Lumbago met uitstraling M54.49

Alleen uitstraling M54.39

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt posttraumatische dystrofie gecodeerd?

Toelichting:

In deel drie is posttraumatische dystrofie niet te vinden.

Informatie:

Posttraumatische dystrofie is synoniem met sympathische reflexdystrofie en Sudeckse dystrofie.

Advies:

Codeer M89.0- (Sympathische reflexdystrofie) (voor de lokalisatiecode, zie inleiding bij hoofdstuk XIII)

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Welk vijfde teken wordt gecodeerd bij lage rugpijn?

Advies:

Codeer bij M54.5 (Lage rugpijn) als vijfde teken .9 als geen specifieke lokalisatie is aangegeven.

Artrose primair / secundair

13-13

ingangsdatum: 01-01-2015
 vervangt: CvZ aca 6.2

Artrose primair / secundair

Voor artrose is in het blok M15-M19 onderscheid te maken tussen primaire artrose en secundaire artrose.

Primaire artrose is artrose zonder bekende oorzaak; bij secundaire artrose wordt wel een oorzaak aangenomen: hetzij een aangeboren of verworven morfologische afwijking, hetzij een stofwisselings- stoornis zoals diabetes.

Het onderscheid is overigens vaak moeilijk te maken.

Advies:

- Codeer in het blok M15-M19 artrose zonder nadere aanduiding als "niet gespecificeerd" met een .9 code.
- Codeer bij vermelding van de term 'primair' of 'idiopatisch' de primaire artrose.
- Codeer bij vermelding van een oorzaak (trauma, ziekte, afwijking) de artrose met de vermelde oorzaak of de overige secundaire artrose.

Voorbeelden:

Coxartrose	M16.7
bij botziekte van Paget (heup)	M88.85
Gonartrose linker knie	M17.3
door auto-ongeval 3 jaar geleden	T93.9 & Y85.0
Coxartrose NNO	M16.9

Fausse route urethra door katheter

14-1

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt een fausse route van de urethra door inbreng van een katheter gecodeerd?

Advies:

Codeer bij direct letsel tijdens huidige opname: T81.2 + Y60.6 + N36.0 (Onopzettelijke punctie en laceratie tijdens medische verrichting, niet elders geclassificeerd + Tijdens aspiratie, punctie en overige katheterisatie + fausse route van urethra).

Codeer bij letsel door verplaatsing van katheter (bijvoorbeeld thuis, waarna heropname) N99.8 + Y84.6 + N36.0 (Overige gespecificeerde aandoeningen van urogenitaal stelsel na medische verrichting+ Katheterisatie van urinewegen + fausse route van urethra)

ingangsdatum: 01-01-2015
vervangt: CvZ aca 7.3

Vraag:

Hoe wordt een urosepsis gecodeerd?

Advies:

Voor de codering van een sepsis houden we standaard de alfabetische lijst aan. Controleer bij de term urosepsis altijd of er sprake is van een bewezen sepsis in de bloedbaan.

- In ieder geval dient als eerste N39.0 gecodeerd te worden (zoekpad alfa: Sepsis, urine N39.0)
- Codeer aanvullend, wanneer de bacterie bekend is, tevens een code uit B95-B96
- Codeer aanvullend de sepsis indien deze in de bloedbaan is bewezen (meestal een code uit A41). Als de code uit A41 de betreffende bacterie specifiek genoeg beschrijft, vervalt de code uit B95-96)

Partus - hemofilie dragerschap

ingangsdatum: 01-03-2013
mutatiedatum: 01-09-2014

Vraag:

Hoe wordt een partus gecodeerd van een moeder met hemofilie dragerschap?

Advies:

Codeer O35.2 "(Vermoede) hereditaire aandoening bij foetus als indicatie voor zorg bij moeder"
Codeer voor het resultaat van de bevalling Z37.-.

Harde buiken bij een gravida

15-2

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt de diagnose 'Harde buik bij een gravida' gecodeerd?

Advies:

Codeer O47.- (Valse weeën).

Minder leven (foetale bewegingen) voelen tijdens de zwangerschap

15-3

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt 'minder leven (foetale bewegingen) voelen tijdens de zwangerschap' gecodeerd?

Advies:

Codeer O36.8 (Overige gespecificeerde foetale problemen als indicatie voor zorg bij moeder).

Spontane drieling bevalling in ziekenhuis

15-4

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt een spontane drieling bevalling in het ziekenhuis gecodeerd?

Advies:

O30.1 (Drielingzwangerschap) voor de hoofdaandoening en Z37.5 (Overige meerlinggeboorten, allen levend geboren) voor het resultaat van de bevalling.

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Wanneer mag de codereeks O80-O84 (Bevalling) worden gebruikt?

Advies:

Gebruik deze codereeks zoals aangegeven in de handleiding en conform de opmerking in deel 1:

Als hoofddiagnose:

Codes uit dit blok mogen alleen worden gebruikt voor codering van de hoofdaandoening als geen enkele andere aandoening uit Hoofdstuk XV wordt vermeld.

Als neventiagnose:

Als facultatief aanvullend kunnen deze codes worden gebruikt om een methode of type van bevalling aan te geven wanneer geen afzonderlijke rubriek of verrichtingenclassificatie voor dit doel wordt gebruikt.

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt dreigende serotiniteit gecodeerd?

Advies:

Codeer een vrouw die dreigend serotien is en bevalt op of voor het voltooien van 42 weken zwangerschap met een code uit O80.- "spontane enkelvoudige bevalling", indien er geen andere indicatie is gesteld.

ingangsdatum: 15-01-2014

Informatie:

Men spreekt van voortijdig breken van de vliezen als aansluitend hieraan geen weeënactiviteit optreedt. De term voortijdig gebroken vliezen zegt dus niks over de duur van de zwangerschap.

Zijn de vliezen voortijdig gebroken voor het einde van de 37e zwangerschapsweek, dan spreekt men ook wel van preterm premature rupture of the fetal membranes (PPROM).

Als de vliezen voortijdig zijn gebroken vanaf het einde van de 37e zwangerschapsweek, dan spreekt men van premature rupture of membrane (PROM).

Premature slaat in bovenstaande termen alleen op het voortijdig breken van de vliezen en niet op de duur van de zwangerschap. Preterm slaat wél op de zwangerschapsduur. Verwarrend is dat in plaats van premature soms de term prelabor wordt gebruikt (prelabor = vóór de latente en actieve fase met weeën tot aan de uitdrijving).

Advies:

- A. 042.0 "Voortijdig breken van de vliezen met begin van de weeën binnen 24 uur"
Gebruik deze code als de weeën niet meteen aansluitend beginnen na het breken van de vliezen.
- B. 042.1 "Voortijdig breken van de vliezen met begin van de weeën meer dan 24 uur later"
Gebruik deze code als de weeën meer dan 24 uur later beginnen na het breken van de vliezen (= langdurig gebroken vliezen).
- C. 042.2 "Voortijdig breken van vliezen met uitstel van bevalling door middel van therapie"
Na toediening van bijvoorbeeld weeënremmers kunnen er 4 situaties ontstaan:
 - 1. Weeënremmers hebben geen effect en de bevalling zet door: dan is gebruik van deze code niet van toepassing (zie A of B voor de juiste code).
 - 2. Weeënremmers hebben effect en de bevalling vindt in dezelfde opname plaats: codeer 042.2 en aanvullend het resultaat van de bevalling met een code uit Z37.-
 - 3. Weeënremmers hebben effect en de bevalling vindt niet tijdens deze opname plaats: codeer 042.2
 - 4. Weeënremmers hebben effect en de bevalling vindt in een latere heropname plaats: codeer 042.2 en aanvullend het resultaat van de bevalling met een code uit Z37.-
- D. Als er gedurende de opname voor voortijdig gebroken vliezen ook sprake is van premature weeën (voor het einde van de 37e zwangerschapsweek, PPRM), gebruik dan aanvullend een code uit categorie O60 "voortijdige weeën". De exclusie bij O60 kan in dit geval worden genegeerd. De exclusies in de ICD-10 zijn er voor bedoeld om de hoofddiagnose te bepalen.

ingangsdatum: 15-01-2014

Langdurige bevalling

Categorie 063 "Langdurige bevalling" heeft in de ICD-10 betrekking op de periode als de bevalling op gang is gekomen. De codes uit deze categorie worden bijvoorbeeld gebruikt bij een verlengde ontsluitingsfase (1e fase), en een verlengde uitdrijvingsfase (2e fase). Het gebruik van deze codes heeft geen relatie met de codes uit categorie 042 "Voortijdig breken van vliezen", het zijn 2 verschillende toestanden.

Daarom kunnen codes uit categorie 042 "Voortijdig breken van vliezen" en 063 "Langdurige bevalling" naast elkaar gebruikt worden als er bijvoorbeeld sprake is van voortijdig gebroken vliezen met in een latere fase een verlengde uitdrijving.

Codes 075.5 en 075.6

Gebruik deze codes alleen bij een langdurige/late bevalling na het (kunstmatig) breken van de vliezen als geen specificatie in categorie 042 en/of 063 mogelijk is.

Advies:

- Gebruik een code uit categorie 063 "Langdurige bevalling", ongeacht van het tijdstip waarop de vliezen zijn gebroken.
- Codes uit categorie 042 "Voortijdig breken van vliezen" en 063 "Langdurige bevalling" kunnen naast elkaar gebruikt worden als er bijvoorbeeld sprake is van voortijdig gebroken vliezen met in een latere fase een verlengde uitdrijving.
- Gebruik codes 075.5 en 075.6 alleen bij langdurige/late bevalling na het (kunstmatig) breken van de vliezen als geen specificatie in categorie 042 en/of 063 mogelijk is.

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt pijnstilling tijdens een ongecompliceerde zwangerschap gecodeerd?

Advies:

Codeer R52.9 "Pijn niet gespecificeerd" en aanvullend Z33 "Zwangerschap als bijkomstige bevinding"

ingangsdatum: 15-01-2014

Informatie:

De expertgroep beschouwt pijnbestrijding bij de bevalling niet als complicatie van de bevalling voor codering in de ICD-10.

In principe komt iedere berende vrouw met onhoudbare pijn voor epidurale pijnbestrijding in aanmerking, al dan niet in combinatie met een niet-vorderende baring of uitputting van de vrouw.

Wanneer er geen complicatie van de bevalling is en de pijnbestrijding dus niet op medische indicatie maar op verzoek van de patiënte gegeven wordt is er sprake van een ongecompliceerde bevalling.

Advies:

Pijnbestrijding bij bevalling zonder medische indicatie:
O80.- "Spontane enkelvoudige bevalling".

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt een navelstreng omstrengeling om de hals zonder compressie gecodeerd?

Advies:

Dit is te coderen met code O69.1 "Bevalling gecompliceerd door omstrengeling van hals door navelstreng, met compressie".

De toevoeging "met compressie" kan beschouwd worden als een niet essentiële toevoeging gezien de ingang in de alfabetische index:

Verstrengeling

- navelstreng O69.2

- - met compressie O69.2

- -om hals (met compressie) O69.1

Omstrengeling om de hals met of zonder compressie wordt gecodeerd met O69.1, alle andere vormen van verstrengeling met of zonder compressie met O69.2 "Bevalling gecompliceerd door overige verstrengeling van navelstreng".

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt een sectio i.v.m. stuitligging en hoe wordt een vaginale stuitbevalling gecodeerd?

Advies:

Een geplande sectio i.v.m. stuitligging wordt gecodeerd met O32.1 "Stuitligging als indicatie voor zorg bij moeder".

Een spoedsectio vanwege een mislukte vaginale stuitbevalling wordt gecodeerd met O64.1 "Moeilijke bevalling door stuitligging".

Een vaginale stuitbevalling wordt gecodeerd met O64.1 "Moeilijke bevalling door stuitligging" ongeacht of dit door de specialist als moeilijke bevalling wordt omschreven.

Dit op basis van de alfabetische index:

Bevalling

- gecompliceerd (door)

- - stuitligging

De keuze voor een gecompliceerde bevalling is dat een stuitligging een risico vormt voor de bevalling.

ingangsdatum: 01-09-2014

Vraag:

Wanneer mag je een code uit de klasse O35 gebruiken?

Advies:

Gebruik alleen een code uit O35.- als er sprake is van een bekende of vermoede afwijking / schade aan de foetus die reden is van zorg bij de moeder. Medicatiegebruik op zich is bijvoorbeeld geen reden om code O35.5 te gebruiken. Er moet daadwerkelijk een reden voor zorg (bijv observatie of langere opnameduur) zijn.

ingangsdatum: 01-09-2014

Vraag:

Hoe wordt een GBS dragerschap gecodeerd?

Advies:

GBS dragerschap kan worden gecodeerd met code Z22.3 "Drager van overige gespecificeerde bacteriële ziekten".

Voorbeeld:

Codeer een patiënt die GBS draagster is indien het een normale enkelvoudige bevalling betreft, met de codes O80.- & Z22.3 & Z37.0

NIEUW!**Bekkeninstabiliteit****15-15**

ingangsdatum: 01-01-2015
vervangt: CvZ advies nieuwsbr. 3-1998

Bekkeninstabiliteit

Tijdens de zwangerschap verslappen bepaalde ligamenten wat soms leidt tot bekkeninstabiliteit.

Advies:

De volgende vier mogelijkheden kunnen worden onderscheiden:

1. Code O71.6 "Obstetrische beschadiging van bekkengewrichten en ligamenten"
Deze code reserveren we daarom voor bekkeninstabiliteit veroorzaakt door beschadigingen tijdens de bevalling.
2. Code O34.8 "Overige gespecificeerde afwijkingen van bekkenorganen als indicatie voor zorg bij moeder".
Deze code mag alleen gebruikt worden voor aandoeningen die op zichzelf geen relatie met de huidige zwangerschap hebben. Het gaat om aandoeningen die al bestonden en nu verergeren of een complicatie vormen. De bekkeninstabiliteit berust meestal op een aandoening uit hoofdstuk XIII (botspierstelsel). Gebruik aanvullend code M24.25 "Aandoening van ligament" om de aandoening te specificeren.
3. Code O26.8 "Overige gespecificeerde aandoeningen verband houdend met de zwangerschap"
Dit is de enige mogelijkheid om een bekkeninstabiliteit aan te geven die ontstaan is door de huidige zwangerschap. Gebruik aanvullend code M24.25 "Aandoening van ligament; Bekkengebied en bovenbeen" om de aandoening te specificeren.
4. Code M24.25 "Aandoening van ligament; Bekkengebied en bovenbeen". Als er buiten de zwangerschap (ná de kraambedperiode) (nog) sprake is van bekken- instabiliteit dan kan code M24.25 (Alfa: Slap, ligament) daarvoor worden gebruikt.

ingangsdatum: 01-01-2015

Codeadvies:

De indicatie voor klinische zorg bepaalt de hoofddiagnose.

Toelichting:

De definitie van hoofddiagnose in de LBZ luidt: de diagnose die achteraf, dus bij ontslag, wordt beschouwd als de reden van de opname in het ziekenhuis.

De hoofddiagnose betreft dus de reden van de opname. De reden van opname is veelal de bevalling. Codeer je nu de medische indicatie als hoofddiagnose of bijvoorbeeld een tijdens de opname optredende fluxus?

Onderstaande stappenplan is een hulpmiddel om tot de juiste hoofddiagnose te komen

Opmerking:

Codes uit de range O80-O84 'Bevalling' worden alleen gebruikt als geen enkele andere aandoening uit het hoofdstuk Zwangerschap, bevalling en kraambed, wordt vermeld.

Stappenplan om te komen tot de hoofddiagnose met betrekking tot het coderen van bevallingen.**Stap 1**

Is patiënte opgenomen vanwege een complicatie van de zwangerschap waarbij de bevalling heeft plaatsgevonden tijdens de opname?

Zo ja → ga naar stap 2

Zo nee → ga naar stap 3

Stap 2

Codeer de zwangerschapscomplicatie als hoofddiagnose.

Stap 3

Ga na of er vòòr de opname een medische indicatie is waarvoor de bevalling in het ziekenhuis moet plaatsvinden.

Zo ja → ga naar stap 4

Zo nee → ga naar stap 7

Stap 4

Ga na of de medische indicatie betrekking heeft op de huidige opname.

Zo ja → ga naar stap 5

Zo nee → ga naar stap 6

Stap 5

Medische indicatie heeft betrekking op de huidige opname:

Codeer de medische indicatie als hoofddiagnose

Stap 6

Medische indicatie betreft verloskundige anamnese van huidige of voorgaande zwangerschap maar speelt bij huidige opname geen rol meer:

Codeer

- bij ongecompliceerde bevalling:

- O80.- + aanvullend Z87.5 'Persoonlijke anamnese met complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed' (of andere relevante code voor de anamnese).

- bij gecompliceerde bevalling:

- codeer de belangrijkste complicatie als hoofddiagnose en aanvullend Z87.5 'Persoonlijke anamnese met complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed' (of andere relevante code voor de anamnese).

Stap 7

Ga na of er een kunstverlossing heeft plaatsgevonden (onder kunstverlossing wordt verstaan: een sectio, vacuüm of forceps)

Zo ja → ga naar stap 8

Zo nee → ga naar stap 9

Stap 8

Codeer de indicatie voor de kunstverlossing als hoofddiagnose.

Stap 9

Codeer de belangrijkste complicatie als hoofddiagnose.

Voorbeelden:

Voorbeeld 1

Medische indicatie: negatieve dyscongruentie

Verloop: chemische inleiding; perineumruptuur

Hoofddiagnose: negatieve dyscongruentie (stappen: 1,2)

nevendiagnose perineumruptuur

Voorbeeld 2

Medische indicatie: infertiliteit in anamnese

Verloop: foetale nood waarvoor vacuümextractie en fluxus postpartum

Hoofddiagnose foetale nood (stappen: 1,3,4,6)

Nevendiagnose fluxus postpartum

Nevendiagnose infertiliteit in anamnese

Nb. Een bevalling met infertiliteit in de anamnese wordt aanvullend gecodeerd met Z87.4 'Persoonlijke anamnese met ziekten van urogenitaal stelsel'. Z35.0 'Controle van zwangerschap met onvruchtbaarheid in de anamnese' is niet van toepassing omdat de opname een bevalling betreft en niet de controle van een zwangerschap).

Voorbeeld 3

Medische indicatie: sectio in anamnese

Verloop foetale nood waarvoor sectio

Hoofddiagnose uteruslitteken na vroegere operatie als indicatie voor zorg bij moeder (stappen: 1,3,4,5)

Nevendiagnose foetale nood

Voorbeeld 4

Medische indicatie: Totaal ruptuur in de anamnese

Verloop: perineumruptuur

Hoofddiagnose litteken van vulva en perineum na eerdere totaal ruptuur (stappen: 1,3,4,5)

Nevendiagnose perineumruptuur

ingangsdatum: 01-01-2015

Vraag:

Welke code is hoofddiagnose bij het afbreken van een zwangerschap vanwege een afwijking bij het kindje?

Advies:

Hoofddiagnose O35.- 'Indicaties voor zorg bij moeder wegens bekende of vermoede afwijkingen van of schade aan foetus' en aanvullend O04.- 'Medische abortus'

Toelichting:

De indicatie voor het afbreken van de zwangerschap is de hoofddiagnose. Aanvullend wordt aangegeven dat het een therapeutisch afgebroken zwangerschap betreft. Code O04 is hier de passende code voor, ongeacht de zwangerschapsduur.

voorbeeld 1

Afbreken zwangerschap in de 12^e week vanwege een chromosoomafwijking van het kindje.
Code O35.1 '(Vermoede) chromosoomafwijking bij foetus als indicatie voor zorg bij moeder'
+
Code O04.9 'Medische abortus'

voorbeeld 2

Late zwangerschapschapsafbreking in de 28^e week vanwege anencefalie van het kindje.
Code O35.0 '(Vermoede) misvorming van centraal zenuwstelsel van foetus als indicatie voor zorg bij moeder'
+
Code O04.9 'Medische abortus'
+
Resultaat van de bevalling Z37.-

ingangsdatum: 01-03-2013
vervangt: CvZ advies nieuwsbr. 10-1994

Vraag:

Hoe wordt een 'Apparent Life Threatening Event' (ALTE) of een 'near Sudden Infant Death Syndrome' (near SIDS) gecodeerd?

Advies:

Codeer ALTE / near SIDS tot vier weken: P28.4 (Overige vormen van apnoe van pasgeborene)

Codeer ALTE / near SIDS na vier weken: R06.8 (Overige en niet gespecificeerde afwijkingen van ademhaling).

**Zuigeling van moeder met diabetes tijdens de zwangerschap
zonder gevolgen voor het kind**

ingangsdatum: 01-09-2014

Vraag:

Opname zuigeling van een moeder met diabetes tijdens de zwangerschap. Het kind wordt opgenomen ter observatie. De diabetes blijkt geen gevolgen te hebben gehad voor het kind.

Informatie:

In tegenstelling tot de inclusie boven hoofdstuk XVI mogen de codes uit P00-P04 ook gebruikt worden in die gevallen waarin pathologie afwezig is en de wenselijkheid bestaat om de 'behoefte aan extra zorg / extra aandacht' bij een pasgeborene vast te leggen.

Advies:

Codeer de behoefte aan extra zorg / extra aandacht bij:

- Kind van moeder met diabetes gravidarum met P01.8 "Gevolgen voor foetus en pasgeborene door overige gespecificeerde zwangerschapscomplicatie bij moeder".
- Kind van moeder met een bestaande diabetes met P00.8 "Gevolgen voor foetus en pasgeborene door overige gespecificeerde aandoeningen van moeder".

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt het Pitt-Hopkins syndroom gecodeerd?

Advies:

Codeer Q87.8 (Overige gespecificeerde congenitale gestoorde-ontwikkelingssyndromen, niet elders geclassificeerd).

ingangsdatum: 01-03-2013
mutatiedatum: 01-09-2014
vervangt: CvZ aca 14.5

Vraag:

Hoe wordt cheilognatopalatoschisis gecodeerd?

Informatie:

Cheilognatopalatoschisis is niet als geheel opgenomen in de ICD-10. Het gespleten kaakgedeelte ontbreekt in de omschrijving van codes uit klasse Q37.

Advies:

Codeer hier aanvullend. Codeer Q37.- "Gespleten gehemelte met gespleten lip" en aanvullend Q67.4 "Overige congenitale misvormingen van schedel, aangezicht en kaak" voor de kaakspleet.

Huilbaby

18-1

ingangsdatum: 01-03-2013
vervangt: CvZ aca 20.3

Vraag:

Hoe wordt een huilbaby gecodeerd?

Advies:

Codeer R68.1 (Overmatig huilen van kind).

Verhoogd PSA

18-2

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt een verhoogd PSA gecodeerd?

Informatie:

PSA staat voor Prostaat Specifiek Antigeen en dit wordt gemeten in het serum.

Advies:

Gebruik zoekpad: Abnormale bevinding > immunologisch > immunologische bevinding > serum.
Codeer R76.8 (Overige gespecificeerde afwijkende immunologische bevindingen in serum, niet gespecificeerd).

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt prerenale nierinsufficiëntie gecodeerd?

Informatie:

Bij een prerenale nierinsufficiëntie is er sprake van een verminderde doorbloeding van de nier wat uiteindelijk leidt tot een ontoereikende verwijdering van zout en afvalstoffen, zoals ureum. De oorzaak van deze verminderde doorbloeding ligt buiten de nier. Decompensatio cordis, sepsis of ondervulling kunnen zo de oorzaken zijn van prerenale nierinsufficiëntie.

Advies:

Codeer bij een prerenale nierinsufficiëntie de onderliggende ziekte (bijv. decompensatio cordis of ondervulling) als hoofdaandoening en code R39.2 "Extrarenale uremie" als nevendiagnose.

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Bij het zoekpad (deel 3) pijn, - keel kan er twijfel ontstaan welke code te gebruiken; J02.9 "Acute faryngitis, niet gespecificeerd" of code R07.0 "Pijn in keel". Welke code is juist en welke code kan gebruikt worden voor keelpijn NNO?

Advies:

Codeer keelpijn in het kader van ontsteking met J02.9 "Acute faryngitis, niet gespecificeerd"
Codeer keelpijn niet in het kader van ontsteking / NNO met R07.0 "Pijn in keel"

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt een aneurysma spurium t.g.v. een hartkatheterisatie gecodeerd?

Informatie:

Een aneurysma spurium of vals aneurysma, is een aneurysma waarvan de wand niet of slechts voor een deel bestaat uit de arteriewand, bijv. na verwonding van een arterie, waarna zich in of naast de vaatwand een met bloed gevulde bindweefselzak vormt. Na hartkatheterisatie is een vals aneurysma ter hoogte van de punctieplaats een bekende complicatie. (bron: Ned Tijdschr Geneeskd. 1994;138:1178-81 en Pinkhof geneeskundig woordenboek).

Advies:

Codeer een aneurysma spurium na hartkatheterisatie met T81.7 + Y84.0 (Vasculaire complicaties na medische verrichting + complicatie na hartkatheterisatie)

Codeer aanvullend de lokalisatie van het aneurysma met een code uit blok I72, bijvoorbeeld een aneurysma van de arteria femoralis (I72.4)

Mediale en laterale collumfractuur

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt een mediale of laterale collumfractuur gecodeerd?

Informatie:

Een mediale of laterale collumfractuur is een femurhalsfractuur.

Advies:

Codeer S72.0- (Fractuur van femurhals).

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt een delayed graft na een transplantatie gecodeerd?

Informatie:

Als de nierfunctie van een nier na transplantatie vertraagd op gang komt is er sprake van een delayed graft.

Advies:

Codeer een delayed graft na een niertransplantatie met code T83.8 "Overige gespecificeerde complicaties van urogenitale prothesen, implantaten en transplantaten" en aanvullend Y83.0 "Operatie met transplantatie van volledig orgaan". Gebruik bij andere organen dan de nier de code T82.8 / T84.8 / T85.8 en aanvullend Y83.0.

ingangsdatum: 01-09-2014

Advies:

Indien er binnen een drie-teken categorie meerdere graden brandwonden bestaan, bijv. 1e en 2e graads brandwond hoofd, wordt uitsluitend de hoogste graad brandwond gecodeerd.

Gebruik van code T31.- en T32.-, "Brandwonden/etsing geklasseerd naar uitgebreidheid van betrokken lichaamsoppervlak":

- a) als codering wanneer de lokalisatie van de brandwond/etsing niet is gespecificeerd
- b) als aanvullende codering bij de codes T20-T29 om het percentage aangedane lichaamsoppervlakte aan te geven.

Codes T31.- en T32.- worden alleen gebruikt bij 3e graads verbrandingen of bij 1e en 2e graads verbrandingen die groter of gelijk zijn dan 30% van het lichaamsoppervlak.

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Onder welk vervoermiddel valt een scootmobiel, brommobiel, trike, quad etc.?

Advies:

In overleg met o.a. het RIVM en de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersongevallen is het volgende besloten:

Scootmobiel en brommobiel onder V20 - V29

Trike en quad vallen onder V86.-

Segway, rolstoel en elektrische rolstoel vallen onder de voetgangersvervoermiddelen.

Rollator

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt een val met een rollator gecodeerd?

Advies:

Een rollator is géén vervoermiddel maar een hulpmiddel zoals bijvoorbeeld een stok. Codeer een val met een rollator daarom als een "gewone" val, bijvoorbeeld met code W18 "Overige val op eenzelfde niveau" of W19 "Niet gespecificeerde val".

ingangsdatum: 15-01-2014

Onderwerp:

Val uit maxi cosi, fietsstoeltje, boodschappenkar, of kinderwagen.

Advies:

bij vervoersongevallen (V01-V99):

maxi cosi in auto = passagier

maxi cosi als wandelwagen = voetganger

wandelwagen = voetganger

fietsstoeltje = passagier

boodschappenkar = voetganger

Val uit maxi cosi, niet samenhangend met de risico's verbonden aan vervoer (exclusie pag.XX.4 deel 1), (W00-X59):

Val uit maxi cosi gebruikt als stoel thuis = W07.--

Val uit maxi cosi die wordt gedragen = W04.--

Val uit maxi cosi (die wordt gedragen) door botsing met voetganger, (ook op openbare weg!) = W03.-- (= voetganger tegen voetganger)

ingangsdatum: 15-01-2014

Toevoegen in deel 1:

Voeg in deel 1 bij code Y84.1 Peritoneale dialyse toe.

ingangsdatum: 15-01-2014

Onderwerp:

Er zijn 2 codes beschikbaar voor de uitwendige oorzaak voor complicaties na het plaatsen van orthopedische protheses zonder afwijkende gang van zaken tijdens de verrichting:

1. Y79.2 'Orthopedische hulpmiddelen verband houdend met ongewenste gebeurtenissen, Prothesen en overige implantaten, materialen en bijkomende hulpmiddelen'
2. Y83.1 'Operatie en overige heelkundige verrichtingen als oorzaak van afwijkende reactie van patiënt of latere complicatie, zonder vermelding van afwijkende gang van zaken tijdens verrichting, Operatie met implantatie van kunstmatig inwendig hulpmiddel'

Advies:

Code Y79.2 valt binnen het blok 'Medische hulpmiddelen verband houdend met ongewenste gebeurtenissen bij diagnostisch en therapeutisch gebruik'. Hierbij is een inclusie voor mankement of slecht functioneren van medische hulpmiddelen.

Mechanische complicaties zijn gespecificeerd bij code T82.0. Voor alle complicaties die genoemd worden bij T82.0 is Y79.- de aanvullende code voor de uitwendige oorzaak.

Code Y83.1 valt binnen het blok 'Genees- en heelkundige verrichtingen als oorzaak van afwijkende reactie van patiënt of latere complicatie, zonder vermelding van afwijkende gang van zaken tijdens verrichting'.

De niet mechanische complicaties (zoals infecties) zijn gespecificeerd bij de codes T82.6 en T82.8. Voor alle complicaties die genoemd worden bij T82.6 en T82.8 is Y83.1 de aanvullende code voor de uitwendige oorzaak.

Loslaten kop van totale heup wordt gecodeerd met: T84.0 'Mechanische complicatie van inwendige gewrichtsprothese'+ Y79.2

ingangsdatum: 15-01-2014

Onderwerp:

Er is soms onduidelijkheid over het gebruik van het vierde en vijfde teken bij de ongevalstoedracht.

Voorbeelden:

a) Verkeersongeval ↔ niet-verkeersongeval

Het is vaak onduidelijk of het om een ongeval op de openbare weg gaat. Dit zal meestal wel het geval zijn.

Wat is het vierde teken bij een verkeersongeval zonder vermelding van de exacte locatie waar het ongeval heeft plaatsgevonden?

Advies:

In de meeste gevallen zal het gaan om een ongeval op de openbare weg, daarom het advies om bij een onbekende plaats van het ongeval het vierde teken voor een verkeersongeval te gebruiken.

b) 4e teken voor fietser nno

Bij de ongevallen van een wielrijder wordt met het 4e teken aangegeven of het de bestuurder of een passagier betreft. Vaak is dat niet bekend.

Coderen we dan standaard de .9 "niet gespecificeerde wielrijder gewond bij verkeersongeval" of .4/.6/.7 "Bestuurder (van...) gewond bij verkeersongeval", omdat dat waarschijnlijk het meeste voorkomt?

Advies:

Als het verkeersslachtoffer een fietser is wordt het 4e teken voor bestuurder gebruikt.

c) Val uit klimwand/rek in gymzaal

W09 "Val waarbij speeltuitrusting betrokken is" of W17 "Overige val van ene niveau naar andere"?

Advies:

Een klimwand/rek wordt niet als speeluitrusting gezien. Een val uit klimwand/rek wordt gecodeerd met W17.

d) Gymzaal in/bij school

4e teken .2 "Scholen, andere instellingen en openbare ruimten" incl. schoolterrein of .3 "Plaats voor sport en atletiek" incl. gymnastiekzaal.

Advies:

De gymzaal maakt deel uit van de school vandaar het vierde teken 2.

e) 5e teken voor activiteit bij uit eten gaan

Is dit .1 "Bezig met vrijetijdsbesteding" of .4 "Tijdens rusten, slapen, eten en overige voor het leven noodzakelijke activiteiten", maar kan ook .2 "Werkend voor inkomen" zijn bij bv een zakenlunch.

Advies:

Over het algemeen zal uit eten gaan een vrijetijdsbesteding zijn. Als dit niet duidelijk blijkt kan je strikt genomen niet anders dan .9 "Tijdens niet gespecificeerde bezigheid" coderen.

Nb. De informatie over de bezigheid tijdens het ongeval is heel vaak niet voorhanden en zal dus vaak met .9 vastgelegd worden.

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt palliatieve zorg gecodeerd?

Advies:

Codeer Z51.5 (Palliatieve zorg) als aanvullende code bij het onderliggende lijden. Gebruik Z51.5 niet als hoofdaandoening.

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Wat is de code voor "status na een gastric bypass"?

Informatie:

Hierbij wordt een deel van de van de maag buiten werking gesteld doordat deze dicht geniet wordt. Het nog functionele deel van de maag wordt direct aangesloten op het tweede deel van de dunne darm. In een enkel geval wordt een deel van de stuk maag daadwerkelijk verwijderd.

Advies:

Codeer "status na een gastric bypass" met Z98.0 "Aanwezigheid van bypass en anastomose van darm" + als een gedeelte van de maag verwijderd is, aanvullend Z90.3 "Verworven afwezigheid van maag (deel van maag)".

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Wat is de code voor status na sleeve gastrectomie?

Informatie:

Hierbij wordt een groot deel van de maag verwijderd waardoor een buisvormige maag overblijft.

Advies:

Te coderen met Z90.3 "Verworven afwezigheid van maag (deel van maag)".

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Wat is de code voor status na plaatsing van een endoluminale sleeve in het duodenum (bijvoorbeeld Endobarrier™)?

Informatie:

Met een endoscopie wordt een capsule ingebracht met daarin opgevouwen de sheet met aan het begin een uitvouwbaar ankertje. Daarmee haakt de endoluminale sleeve zich vast achter de overgang van de maag naar de twaalfvingerige darm. Na de plaatsing komt het voedsel dat de patiënt eet, niet meer in aanraking met de twaalfvingerige darm. Nadat het voedsel door de endoluminale sleeve is gegaan, komt het verderop in de darm terecht.

Advies:

Aanwezigheid endoluminale sleeve: Z96.8 "Aanwezigheid van overige gespecificeerde functionele implantaten"

Verwijderen endoluminale sleeve: Z45.8 "Bijstellen van en begeleiden bij overige gespecificeerde geïmplanteerde hulpmiddelen" en niet Z46.5 "Aanmeten en bijstellen van ileostoma en andere gastro-intestinale hulpmiddelen" omdat het een geïmplanteerd hulpmiddel betreft en deze vallen onder Z45.

Complicatie van endoluminale sleeve: T85.- + Y-code

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Met welke Z-code wordt het verwijderen van een CAPD katheter gecodeerd?

Info:

Codes voor bijvoorbeeld het verwijderen van TV buisjes en vaatcanules zijn via het zoekpad Verwijdering (van) (uit) te vinden bij code Z45.-. Daarom adviseren we het verwijderen van een CAPD katheter te coderen met Z45.8 "Bijstellen van en begeleiden bij overige gespecificeerde geïmplanteerde hulpmiddelen".

Advies:

Codeer het verwijderen van een CAPD katheter met code Z45.8

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Wat is de code voor een gezonde moeder die meekomt (opname) met een zieke zuigeling in de kraamtijd?

Advies:

Wanneer een gezonde moeder in de kraamtijd meekomt met een zieke zuigeling: codeer de gezonde moeder met Z76.3 "Gezonde persoon die zieke begeleidt". Om aan te geven dat het de kraamperiode betreft: codeer aanvullend Z39.0 "Zorg en onderzoek onmiddellijk na bevalling"

Wanneer een gezonde zuigeling meekomt met een zieke moeder: codeer de gezonde zuigeling dan met Z76.2 "gezondheidszorgtoezicht op en gezondheidszorg voor andere gezonde zuigeling en kind"

Abstinerend beleid

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Is er een Z-code om abstinerend beleid aan te geven?

Advies:

Dit is niet te coderen in het domein van de ICD-10. Codeer de onderliggende aandoening.

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag:

Hoe wordt een status na CABG, status na PTCA met stentplaatsing en een status na PTCA zonder stentplaatsing gecodeerd?

Advies:

Status na CABG: Z95.1 "Aanwezigheid van transplantaat voor aortocoronaire bypass (inclusief LIMA en RIMA anastomosen)

Status na PTCA met stent: Z95.5 "Aanwezigheid van implantaat en transplantaat voor coronaire vaatplastiek"

Status na PTCA zonder stentplaatsing: Z92.8 "Persoonlijke anamnese met overige gespecificeerde medische behandeling"

Z-codes voor verrichtingen in de LBZ

ingangsdatum: 01-09-2014

mutatiedatum: 01-01-2015

Advies:

Een aantal Z-codes uit de ICD-10 beschrijven een verrichting. Een Z-code uit hoofdstuk XXI van de ICD-10 hoeft niet vastgelegd te worden als aanvullende code, als er ook al een verrichtingencode uit de zorgactiviteitentabel (ZA-code) met een zelfde betekenis is vastgelegd.

Voorbeelden:

- Chemo voor chronische leukemie nno: C95.1 (géén Z51.1; cytostatica wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode).
- Chemo voor botmeta's ontstaan 2 jaar na behandeld longcarcinoom: C79.5 & Z85.2 (géén Z51.1; cytostatica wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode).
- Chemo als aanvullende behandeling na verwijderd osteosarcoom distale femur: C40.2 (géén Z51.1; cytostatica wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode). (zie ook codeadvies 2-4).
- IVF bij vrouwelijke infertiliteit: N97.-, (géén Z31.2; IVF wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode).
- IV Natalizumab bij MS patiënt: G35 (géén Z51.8; Natalizumab wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode).
- Hemodialyse bij chronische nierinsufficiëntie: N18.9 (géén Z49.2; de dialysebehandeling wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode).

ingangsdatum: 01-09-2014

Vraag:

Welke leeftijdsgrens wordt er gehanteerd voor de oudere primigravida en de zeer jonge primigravida bij de codes Z35.5 en Z35.6

Advies:

Als 'oudere primigravida' wordt aangemerkt de vrouw met een leeftijd > 35 jaar die voor het eerst zwanger is. De zeer jonge primigravida is < 15 jaar.

ingangsdatum: 01-09-2014

Onderwerp:

Opname voor preventieve verrichtingen i.v.m. genetische aanleg voor een kwaadaardige aandoening

Informatie:

Steeds vaker worden preventieve verrichtingen uitgevoerd nadat via DNA-onderzoek, wegens belaste familie-anamnese of persoonlijke anamnese, de aanleg voor een kwaadaardige ziekte is vastgesteld. Een goed voorbeeld hiervan is de aanwezigheid van een mutatie in het BRCA-1-gen, verantwoordelijk voor het ontstaan van (erfelijk) borst- en ovariumcarcinoom. Wanneer de mutatie van dit gen is aangetoond, kan worden besloten om preventief over te gaan tot borstamputatie of ovariëctomie. Omdat het een verrichting bij een gezond persoon betreft, immers alleen 'de aanleg tot het mogelijk ontwikkelen van de ziekte' is vastgesteld, betreft het hier een vorm van electieve chirurgie, als diagnose te coderen met code Z40.0. Aanvullend kan uiteraard de familie-anamnese of persoonlijke anamnese als verklaring voor de electieve chirurgie worden vastgelegd. De aanwezigheid van de mutatie op het BRCA-1 gen is niet afzonderlijk te coderen, maar de belaste familie-anamnese kan in dit geval als een uitingsvorm daarvan worden beschouwd.

Advies:

Opname voor een preventieve verrichting i.v.m. genetische aanleg:
code Z40.0 + evt. aanvullend de familie- of persoonlijke anamnese

voorbeeld 1

Preventieve ovariëctomie i.v.m. aangetoond BRCA-1-gen bij patiënte met mammacarcinoom (waarvoor borstamputatie) in de persoonlijke anamnese en ovariumcarcinoom in de familie-anamnese:
code Z40.0 + evt. Z85.3 + Z80.4

voorbeeld 2

Preventieve mastectomie i.v.m. aangetoond BRCA-1-gen bij patiënte met mammacarcinoom en ovariumcarcinoom in de familie-anamnese:
code Z40.0 + evt. Z80.3 + Z80.4