Ministerstwo Zdrowia

CMKP Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

CEZ Centrum e-Zdrowia

World Health Organization

ICD-11

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób dla Statystyki śmiertelności i zachorowalności

Jedenasta Rewizja

Przewodnik referencyjny Światowej Organizacji Zdrowia

Tłumaczenie wykonane przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) w ramach projektu FERS.04.15-IP.07-0004/24, pn. „Wsparcie wdrożenia jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) w polskim systemie ochrony zdrowia (II etap prac).

Tłumaczenie zgodne z aktualizacją ICD-11 z listopada 2025 r.

Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego

Rzeczpospolita Polska

Dofinansowane przez Unię Europejską

Spis treści

Strona praw autorskich **16**
Jak korzystać z niniejszego przewodnika **17**
Tabela Akronimów i Skrótów **19**
Słownik **22**
1. Część 1 - Wprowadzenie do ICD-11 ..... **25**
1.1. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób 25
1.1.1. Zastosowanie 26
1.1.2. Klasyfikacja 26
1.1.3. ICD w kontekście Rodziny Międzynarodowych Klasyfikacji WHO (WHO-FIC) 27
1.1.4. WHO-FIC: Klasyfikacje Referencyjne 29
1.1.4.1. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) 29
1.1.4.2. Międzynarodowa Klasyfikacja Interwencji Medycznych (ICHI) 31
1.1.4.3. WHO-FIC: Klasyfikacje Pochodne 32
1.1.4.4. Klasyfikacje Powiązane 32
1.1.5. Wykorzystanie ICD w systemach informacji zdrowotnych 32
1.1.5.1. Korzystanie z ICD-11 w środowisku cyfrowym i z udziałem usług internetowych 33
1.1.5.2. Korzystanie z ICD-11 w analogowym środowisku papierowym 33
1.1.5.3. Wersja elektroniczna 34
1.1.6. Powiązania z innymi klasyfikacjami i terminologiami 34
1.1.6.1. Zintegrowanie użycie z terminologią 34
1.1.6.2. Funkcjonowanie w ICD i wspólne stosowanie z ogólnym zarysem ICF 35
1.2. Struktura i taksonomia ICD 36
1.2.1. Taksonomia 36
1.2.1.1. Model treści i definicja choroby 37
1.2.2. Struktura rozdziałów ICD 37
1.2.3. Przewodnie zasady klasyfikacji pojęć specjalnych 38
1.2.4. Ogólne cechy ICD-11 39
1.2.4.1. Struktura kodu 39
1.2.4.2. Ujednolicone Identyfikatory Zasobów 40
1.2.4.3. Kody blokowe 40
1.2.4.4. Kody podstawowe 40
1.2.4.5. Kody rozszerzające i rozpoznanie końcowe (postkoordynacja) 40
1.2.4.6. Inne cechy ogólne 41
1.2.5. Komponent Podstawowy i listy tabelaryczne ICD-11 41
1.2.5.1. Rozpoznanie wstępne (prekoordynacja) i rozpoznanie końcowe (postkoordynacja) w ICD-11 42

1.2.5.2. Mnogie kody nadrzędne 42
1.2.6. Niezależne od języka jednostki ICD 42
1.3. Główne zastosowania ICD: Umieralność 42
1.3.1. Co jest kodowane: Przyczyny zgonu 43
1.4. Główne zastosowania ICD: Chorobowość 43
1.4.1. Co jest kodowane: stany pacjenta 43
1.5. Medycyna tradycyjna 44
1.6. Użytkowanie ICD 44
1.6.1. Główne zasady tworzenia dokumentów 44
1.6.2. Poprawa w zakresie wskazówek dla użytkownika 45
1.6.3. Wprowadzenie do procesu aktualizacji ICD-11 46
1.6.4. Modyfikacje krajowe dotyczące kodowania chorobowości 47
2. Część 2 - Korzystanie z ICD-11 48
2.1. Podstawowe wskazówki dotyczące kodowania i raportowania 48
2.2. Lista tabelaryczna, specjalne listy tabelaryczne, kwalifikatory i modyfikatory 48
2.3. Indeks 48
2.4. Przewodnik 49
2.5. Przeglądarka i narzędzie do kodowania 49
2.6. Kodowanie krok po kroku - termin kliniczny 49
2.7. Konwencje ICD-11 50
2.7.1. Terminy „Obejmuje” 50
2.7.2. Terminy „Nie obejmuje” 50
2.7.2.1. Instrukcje „Należy również zakodować” oraz „W razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu” 51
2.7.3. „NGI” [„Niesklasyfikowany gdzie indziej”] i „BNO” [„Bliżej nieokreślony”] 51
2.7.3.1. „NGI” [„Niesklasyfikowany gdzie indziej”] 51
2.7.3.2. „BNO” [„Bliżej nieokreślony”] 51
2.7.4. „Wybrane” 52
2.7.5. Kategorie rezydualne - „Inne” i „Nieokreślone” 52
2.7.6. Użycie „i” oraz „lub” 53
2.7.7. „Ze względu na” i „powiązane z” 53
2.7.8. Pisownia, nawiasy, gramatyka i inne konwencje 53
2.7.9. Cechy ogólne 53
2.8. Kody podstawowe 55
2.9. Kody rozszerzające 55
2.10. Rozpoznanie wstępne (prekoordynacja) i rozpoznanie końcowe (postkoordynacja) 57
2.10.1. Dodawanie szczegółów - rozpoznanie końcowe (postkoordynacja) i kodowanie klastra z mnogimi kodami podstawowymi i kodami rozszerzającymi 58

2.10.2. Łączenie kodów podstawowych i kodów rozszerzających oraz ich kolejność w złożonym klasterze kodów 59
2.10.3. Czas rozpoznania - „Obecny przy przyjęciu” w porównaniu z „Rozwinął się po przyjęciu” 61
2.11. Sekcja uzupełniająca ocenę funkcjonowania 63
2.11.1. Ocena funkcjonowania 63
2.11.1.1. WHO DAS 2.0: cechy i przypadki użycia 63
2.11.1.2. WHO DAS 2.0: reprezentacja i struktura kodowania 65
2.11.2. Ogólna jednostka funkcjonowania 65
2.11.2.1. Jednostki funkcjonowania: cechy i przypadki użycia 65
2.11.2.2. Jednostka funkcjonowania: struktura reprezentacji i kodowania 65
2.12. Rejestracja i raportowanie w wersji elektronicznej 66
2.13. Komponent Podstawowy i Listy Tabelaryczne 66
2.14. Główne zastosowania ICD: Umieralność 67
2.15. Statystyki umieralności 68
2.15.1. Co jest zawarte w tabelach: Podstawowa przyczyna zgonu 68
2.15.2. Źródło danych: Międzynarodowy Formularz Karty Zgonu (ang. Medical Certificate of Cause of Death, MCCD) 68
2.15.3. Rutynowe użytkowanie i przypadki szczególne 73
2.15.3.1. Systemy zgłaszania rutynowych przyczyn zgonów 73
2.15.3.2. Autopsja ustna 73
2.16. Podstawowe pojęcia 73
2.16.1. Ostateczna przyczyna zgonu 75
2.16.2. Związek przyczynowy i sekwencja 75
2.16.3. Punkt wyjścia 77
2.16.4. Czas trwania 77
2.16.5. Pierwsza wymieniona sekwencja 78
2.16.6. Podstawowa przyczyna zgonu (UCOD) 82
2.16.7. Priorytetowy stan wyjściowy 82
2.16.8. Modyfikacja 84
2.17. Instrukcje kodowania dotyczące umieralności 84
2.17.1. Wytyczne dotyczące kodowania podstawowego i kodowania wielu przyczyn 84
2.17.2. Wybór wyjściowej przyczyny zgonu 85
2.17.3. Znalezienie punktu wyjścia (kroki SP1 do SP8) 87
2.17.4. Krok SP1 - Pojedyncza przyczyna na karcie zgonu 87
2.17.5. Krok SP2 - Pierwszy stan w jedynej wypełnionej linii 87
2.17.6. Krok SP3 - Pierwszy stan najniższej wypełnionej linii będący przyczyną wszystkich wpisów powyżej 88
2.17.7. Krok SP4 - Punkt wyjścia pierwszej wymienionej sekwencji 89

2.17.8. Krok SP5 - Ostateczna przyczyna zgonu w przypadku braku sekwencji 90
2.17.9. Krok SP6 - Oczywista przyczyna 90
2.17.10. Krok SP7 - Stany niedokładnie określone 92
2.17.11. Krok SP8 - Stany chorobowe, które rzadko prowadzą do zgonu 93
2.18. Sprawdzenie, czy nie nastąpiły modyfikacje punktu wyjścia (kroki od M1 do M4) 94
2.18.1. Krok M1 - Instrukcje specjalne 95
2.18.2. Krok M2 - Szczegółowość 97
2.18.3. Krok M3 - Ponowne sprawdzenie kroków SP6, M1 i M2 99
2.18.4. Krok M4 - Instrukcje dotyczące procedur medycznych, głównych urazów, zatruć i zgonów matek 101
2.19. Specjalne instrukcje dotyczące wyboru wyjściowej przyczyny zgonu 102
2.19.1. Specjalne instrukcje dotyczące akceptowanych i odrzucanych sekwencji (kroki SP3 i SP4) 102
2.19.1.1. Sprzeczne czasy trwania 102
2.19.1.2. Choroby zakaźne spowodowane innymi stanami 103
2.19.1.3. Nowotwory złośliwe spowodowane innymi chorobami 106
2.19.1.4. Wrodzona lub konstytucjonalna skaza krwotoczna spowodowana innymi chorobami 107
2.19.1.5. Anafilaksja spowodowana przyczynami zewnętrznymi 108
2.19.1.6. Cukrzyca spowodowana innymi chorobami 108
2.19.1.7. Gorączka reumatyczna spowodowana innymi chorobami 109
2.19.1.8. Nadciśnienie tętnicze z powodu innych chorób 109
2.19.1.9. Wybrana choroba niedokrwienna serca spowodowana innymi chorobami 110
2.19.1.10. Miażdżyca spowodowana innymi chorobami 110
2.19.1.11. Wady rozwojowe spowodowane innymi chorobami 110
2.19.1.12. Niezamierzona przyczyna śmiertelności i zachorowalności z powodu innych chorób 111
2.19.1.13. Samobójstwo z powodu innych chorób 112
2.19.1.14. Stany położnicze spowodowane innymi schorzeniami 112
2.19.2. Specjalne instrukcje dotyczące oczywistej przyczyny (krok SP6) 113
2.19.2.1. Powikłania HIV 113
2.19.2.2. Zapalenie jelita cienkiego i grubego wywołane przez Clostridium difficile 114
2.19.2.3. Posocznica 114
2.19.2.4. Powikłania cukrzycy 115
2.19.2.5. Odwodnienie 116
2.19.2.6. Otępienie 116
2.19.2.7. Zaburzenia rozwoju umysłowego 117
2.19.2.8. Niewydolność serca i nieokreślona choroba serca 118
2.19.2.9. Zator 118

2.19.2.10. Żylaki przełyku ... 118
2.19.2.11. Zapalenie płuc ... 119
2.19.2.12. Obrzęk płuc ... 119
2.19.2.13. Zespół nefrytyczny ... 120
2.19.2.14. Odmiedniczkowe zapalenie nerek ... 120
2.19.2.15. Ostra niewydolność nerek ... 120
2.19.2.16. Pierwotna niedodma u noworodka ... 120
2.19.2.17. Przedwczesne pęknięcie błon płodowych i małowodzie ... 120
2.19.2.18. Krwotok ... 121
2.19.2.19. Aspiracja i inhalacja ... 121
2.19.2.20. Zabieg operacyjny i inne inwazyjne procedury medyczne ... 121
2.19.2.21. Powszechne stany wtórne ... 121
2.19.2.22. Wtórne zapalenie otrzewnej ... 127
2.19.2.23. Neutropenia ... 127
2.19.3. Specjalne instrukcje dotyczące powiązań i innych przepisów (krok M1) ... 127
2.19.3.1. Rozdział 01 Choroby zakaźne i pasożytnicze ... 127
2.19.3.2. Rozdział 02 Nowotwory ... 135
2.19.3.3. Rozdział 03 Choroby krwi lub narządów krwiotwórczych ... 135
2.19.3.4. Rozdział 04 Choroby układu odpornościowego ... 135
2.19.3.5. Rozdział 05 Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych ... 136
2.19.3.6. Rozdział 06 Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe ... 136
2.19.3.7. Rozdział 07 Zaburzenia snu i czuwania ... 140
2.19.3.8. Rozdział 08 Choroby układu nerwowego ... 140
2.19.3.9. Rozdział 09 Choroby układu wzrokowego ... 140
2.19.3.10. Rozdział 10 Choroby ucha i wyrostka sutkowatego ... 140
2.19.3.11. Rozdział 11 Choroby układu krążenia ... 140
2.19.3.12. Rozdział 12 Choroby układu oddechowego ... 146
2.19.3.13. Rozdział 13 Choroby układu pokarmowego ... 148
2.19.3.14. Rozdział 14 Choroby skóry ... 150
2.19.3.15. Rozdział 15 Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej ... 151
2.19.3.16. Rozdział 16 Choroby układu moczowo-płciowego ... 151
2.19.3.17. Rozdział 17 Stany związane ze zdrowiem seksualnym ... 151
2.19.3.18. Rozdział 18 Ciąża, poród lub połóg ... 151
2.19.3.19. Rozdział 19 Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym ... 160
2.19.3.20. Rozdział 20 Wady rozwojowe ... 160
2.19.3.21. Rozdział 21 Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, niesklasyfikowane gdzie indziej ... 160

2.19.3.22. Rozdział 22 Urazy, zatrucia i określone skutki działania czynników zewnętrznych 160

2.19.3.23. Rozdział 23 Zewnętrzne przyczyny śmiertelności i zachorowalności 160

2.19.3.24. Kody, których nie należy używać w przypadku wyjściowej przyczyny zgonu 160

2.19.3.25. Kody, których nie należy używać, jeśli podstawowa przyczyna jest znana lub ma zastosowanie inny swoisty stan 171

2.19.4. Specjalne instrukcje dotyczące operacji i innych procedur medycznych (Krok M4).. 173

2.19.4.1. Przyczyna zabiegu operacyjnego lub procedury podana 173

2.19.4.2. Przyczyna zabiegu operacyjnego lub procedury nie podana, zgłoszone powikłanie 173

2.19.4.3. Przyczyna zabiegu operacyjnego lub procedury nie podana, nie zgłoszono powikłań 174

2.19.4.4. Wyroby medyczne związane ze zdarzeniami niepożądanymi spowodowanymi przyczynami zewnętrznymi..... 175

2.19.5. Specjalne instrukcje dotyczące głównych urazów w przypadku zgonów w wyniku przyczyn zewnętrznych (Krok M4) 176

2.19.6. Specjalne instrukcje dotyczące zatruć lekami i substancjami biologicznymi (Krok M4) 178

2.19.6.1. Określono substancję, która najprawdopodobniej spowodowała zgon 178

2.19.6.2. Nie określono substancji, która najprawdopodobniej spowodowała zgon 179

2.19.6.3. Identyfikacja substancji, która najprawdopodobniej spowodowała zgon 181

2.19.7. Specjalne instrukcje dotyczące zgonów matek (Krok M4)..... 183

2.20. Zasady kodowania umieralności - Baza wiedzy..... 184

2.21. Instrukcje dotyczące kodowania umieralności: kodowanie wielu przyczyn i inne szczegółowe instrukcje 185

2.21.1. Rozpoznanie niepewne..... 185

2.21.1.1. Albo… albo 186

2.21.1.2. Jeden stan, w tym lub innym umiejscowieniu 186

2.21.1.3. Jedno umiejscowienie lub układ, jeden stan lub inny stan..... 186

2.21.1.4. Albo jeden stan albo inny, różne układy anatomiczne..... 187

2.21.1.5. Albo choroba, albo uraz 187

2.21.2. Wpływ terminów łączących 188

2.21.2.1. Terminy łączące sugerujące związek przyczynowy..... 188

2.21.2.2. Terminy łączące niesugerujące związku przyczynowego 189

2.21.3. Czas trwania schorzeń..... 191

2.21.3.1. Jeden czas trwania dla różnych schorzeń..... 191

2.21.3.2. Modyfikacja czasowości schorzeń poprzez określony czas trwania..... 191

2.21.4. Instrukcje „Należy również zakodować” w przypadku dotyczącym umieralności 191

2.21.5. Nowotwory złośliwe 192

2.21.5.1. Charakter: złośliwy, in situ, łagodny, niepewny lub nieznany 194

2.21.5.2. Nowotwory złośliwe: pierwotne czy wtórne? ... 196
2.21.5.3. Więcej niż jeden pierwotny nowotwór złośliwy ... 205
2.21.5.4. Umiejscowienie nie jest wyraźnie wskazane ... 206
2.21.5.5. Umiejscowienie pierwotne nieznane ... 207
2.21.5.6. Rak „przerzutowy” ... 208
2.21.6. Następstwa ... 211
2.21.6.1. Stany uważane za następstwa ... 212
2.21.6.2. Następstwa gruźlicy ... 212
2.21.6.3. Następstwa jaglicy ... 212
2.21.6.4. Następstwa wirusowego zapalenia mózgu, błonicy lub innych określonych chorób zakaźnych 213
2.21.6.5. Powikłania niedożywienia lub innych określonych niedoborów żywieniowych 213
2.21.6.6. Późne następstwa stanów opisanych w Rozdziale 22 i Rozdziale 23 ... 213
2.21.6.7. Powikłania trądu ... 214
2.21.6.8. Powikłania choroby Heinego-Medina ... 214
2.21.7. Spójność pomiędzy płcią pacjenta i rozpoznaniem ... 214
2.21.8. Szczegółowe instrukcje dotyczące innych kategorii ICD ... 215
2.21.8.1. Ostre lub przewlekłe reumatyczne choroby serca ... 215
2.21.8.2. Śmierć położnicza z nieokreślonej przyczyny, Śmierć położnicza 42 dni - 1 rok po porodzie, Śmierć z powodu następstw przyczyn położniczych ... 215
2.21.8.3. Zgony spowodowane przez Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym ... 218
2.21.8.4. Specjalne instrukcje dotyczące obumarcia płodu ... 221
2.21.8.5. Wady rozwojowe ... 221
2.21.8.6. Liczne urazy tej samej okolicy ciała i Urazy obejmujące liczne okolice ciała ... 222
2.21.8.7. Powikłania opieki chirurgicznej i medycznej ... 222
2.21.8.8. Intencja przyczyn zewnętrznych ... 222
Nieokreślony zamiar ... 222
Intencja nieudokumentowana lub określona jako nieznana ... 223
Domyślny kod przyczyny zewnętrznej dla urazu w przypadku braku dodatkowych informacji ... 223
2.21.8.9. Kodowanie zdarzeń związanych z wypadkami komunikacyjnymi ... 228
2.21.8.10. Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z systemem opieki zdrowotnej 229
2.21.8.11. Czynniki zakaźne zgłoszone osobno w karcie zgonu ... 229
2.21.8.12. Kodowanie nagłych zgonów o niewyjaśnionej przyczynie ... 230
2.21.8.13. Specjalne instrukcje dotyczące otępienia spowodowanego chorobą Alzheimera o wczesnym lub późnym początku ... 230
2.21.8.14. Złamanie patologiczne ... 231
2.21.8.15. Stany, które mogą mieć pochodzenie urazowe lub nieurazowe ... 231

2.22. Rozwiązanie cyfrowe dotyczące umieralności (formularze, narzędzia i moduły szkoleniowe) 236
2.23. Główne zastosowania ICD: Zachorowalność 237
2.23.1. Stosowanie ICD w opiece klinicznej 238
2.23.2. Wykorzystanie ICD do celów epidemiologicznych 238
2.23.3. Stosowanie ICD w odniesieniu do jakości i bezpieczeństwa pacjenta 239
2.23.3.1. Przypadek wykorzystania jakości i bezpieczeństwa na potrzeby ICD-11 239
2.23.3.2. Raportowanie wskaźników jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta 239
2.23.3.3. Funkcjonalność 240
2.23.3.4. Informacje dodatkowe: 240
2.23.3.5. Zalecenia dotyczące wykorzystania i interpretacji zakodowanych danych 241
2.23.3.6. Wykorzystanie ICD do celów badawczych 241
2.23.3.7. Stosowanie ICD w podstawowej opiece zdrowotnej 242
2.23.3.8. Wykorzystanie ICD w grupach Casemix 242
2.23.4. Co jest kodowane: Choroby pacjenta 243
2.23.4.1. Stan główny 243
2.23.4.2. Stany współistniejące przyczyniające się do konieczności przyjęcia do szpitala 243
2.23.4.3. Inne stany 243
2.23.5. Wytyczne dla lekarza, dotyczące dokumentacji w zakresie kodowania chorobowości 243
2.23.5.1. Wytyczne dotyczące dokumentacji obejmujące termin „liczne” (mnogie) - w przypadku zgłaszania pojedynczego stanu chorobowego 245
2.23.5.2. Swoistość i szczegółowość 245
2.23.5.3. Niepotwierdzone rozpoznania 245
2.23.5.4. Dokumentowanie stanu wykluczonego 246
2.23.5.5. Kontakt z ochroną zdrowia z przyczyn innych niż choroba 246
2.23.5.6. Stany spowodowane przyczynami zewnętrznymi 247
2.23.5.7. Dokumentowanie następstw 247
2.23.6. Wytyczne dla osoby odpowiedzialnej za kodowanie umieralności dotyczące wyboru „stanu głównego” i „innych stanów” na potrzeby kodowania 248
2.23.6.1. MB1 - Klika stanów zarejestrowanych jako „stan główny” 248
2.23.6.2. MB2 - W chorobie zarejestrowanej jako „stan główny” występują objawy zdiagnozowanego, leczonego stanu 250
2.23.6.3. MB3 - Oznaki chorobowe i objawy zarejestrowane jako „stan główny” z alternatywnymi stanami zarejestrowanymi jako przyczyna 251
2.23.7. Kodowanie chorobowości z wykorzystaniem rozpoznania końcowego (postkoordynacji) 251
2.23.7.1. Zasady dla osoby odpowiedzialnej za kodowanie umieralności odnośnie używania kodów rozszerzających 252
2.23.8. Kodowanie „związków przyczynowych” z dokumentacji lekarza 252

2.23.9. Kodowanie podejrzewanych chorób lub objawów, nieprawidłowych wyników badań i sytuacji niezwiązanych z chorobą 253
2.23.10. Kodowanie za pomocą kategorii łączonych 254
2.23.11. Kodowanie z wykorzystaniem zewnętrznych przyczyn chorobowości 255
2.23.12. Kodowanie stanów ostrych i przewlekłych zarejestrowanych jako stan główny 256
2.23.13. Kodowanie urazów lub szkód powstałych w wyniku opieki chirurgicznej lub medycznej 256
2.23.14. Kodowanie niepożądanych zdarzeń i okoliczności w opiece zdrowotnej, które nie powodują rzeczywistego urazu lub szkody 256
2.23.15. Kodowanie przewlekłych stanów pozabiegowych 256
2.23.16. Kodowanie elementów „w wywiadzie" i „w wywiadzie rodzinnym" 257
2.23.17. Kodowanie stanu „wykluczonego" 257
2.23.18. Kodowanie chorób udokumentowanych jako następstwo (późny efekt) 258
2.23.19. Standardy i instrukcje kodowania urazów 259
2.23.19.1. Opisy dotyczące zdarzeń związanych z urazami w transporcie 259
2.23.19.2. Instrukcje dotyczące klasyfikacji i kodowania niezamierzonych obrażeń spowodowanych transportem 264
2.23.20. Model koncepcyjny dotyczący jakości i bezpieczeństwa pacjenta 268
2.23.20.1. Przegląd zestawu kodów w ICD-11 odnoszących się do jakości i bezpieczeństwa pacjenta 268
2.23.20.2. Przyczynowość w kontekście jakości i bezpieczeństwa 275
2.23.20.3. Przewlekłe stany pozabiegowe 278
2.23.20.4. Zdarzenia niepożądane i okoliczności w opiece zdrowotnej, które nie powodują rzeczywistych obrażeń lub szkód 279
2.23.20.5. Zalecenia dotyczące gromadzenia i organizowania danych 280
2.23.21. Uwagi dotyczące poszczególnych rozdziałów 280
2.23.21.1. Rozdział 1: Choroby zakaźne i pasożytnicze 281
2.23.21.2. Rozdział 2: Nowotwory 283
2.23.21.3. Rozdział 3: Choroby krwi lub narządów krwiotwórczych 285
2.23.21.4. Rozdział 5: Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych 286
2.23.21.5. Rozdział 6: Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe 286
2.23.21.6. Rozdział 8: Choroby układu nerwowego 287
2.23.21.7. Rozdział 9: Choroby układu wzrokowego 287
2.23.21.8. Rozdział 10: Choroby ucha i wyrostka sutkowatego 288
2.23.21.9. Rozdział 11: Choroby układu krążenia 288
2.23.21.10. Rozdział 15: Choroby układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanki łącznej 288
2.23.21.11. Rozdział 18: Ciąża, poród lub połóg 288
2.23.21.12. Rozdział 21: Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, niesklasyfikowane gdzie indziej 291

2.23.21.13. Rozdział 22: Urazy, zatrucia i określone skutki działania czynników zewnętrznych 291

2.23.21.14. Rozdział 23: Zewnętrzne przyczyny śmiertelności i zachorowalności 292

2.23.21.15. Rozdział 24: Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z systemem opieki zdrowotnej 292

2.23.22. Stany w medycynie tradycyjnej - Moduł 1 (TM1) 292

2.23.23. Zastosowanie w medycynie tradycyjnej 292

2.23.24. Instrukcje dotyczące kodowania chorób w medycynie tradycyjnej - moduł 1 (TM1) 294

2.24. Ogólne zalecenia statystyczne 295

2.24.1. Jakość danych..... 295

2.24.2. Swoistość a niedokładnie określone kody 296

2.24.3. Problemy małej populacji 296

2.24.4. „Puste komórki” i komórki o niskich częstotliwościach 297

2.24.5. Wymagane środki ostrożności, gdy listy tabelaryczne zawierają sumy częściowe 297

2.24.6. Aspekty etyczne 297

2.24.7. Unikanie potencjalnej szkody 298

2.24.8. Bezpieczeństwo prywatności - poufność 298

2.25. Zalecenia dotyczące tabel statystycznych służących do porównań międzynarodowych ... 299

2.25.1. Zalecane specjalne listy tabelaryczne 299

2.25.2. Międzynarodowe raportowanie chorobowości 301

2.25.2.1. Minimalny zestaw danych i znaczniki dla rozpoznania końcowego (postkoordynacji) 301

2.25.3. Prezentacja tabel statystycznych 302

2.25.3.1. Tabela przyczyn zgonu..... 303

2.25.3.2. Umieralność z powodu urazów 303

2.25.4. Standardy i wymagania sprawozdawcze dotyczące umieralności w okresie okołoporodowym i noworodkowym 303

2.25.4.1. Terminy stosowane w odniesieniu do umieralności okołoporodowej i noworodkowej 303

2.25.4.2. Definicje dotyczące umieralności okołoporodowej i noworodkowej 304

2.25.4.3. Inna terminologia stosowana w rejestrowaniu i przedstawianiu umieralności okołoporodowej lub noworodkowej 306

2.25.4.4. Poświadczanie urodzeń martwych i żywych w okresie noworodkowym 307

2.25.4.5. Kryteria zgłaszania obumarcia płodów, urodzeń martwych i urodzeń żywych .. 308

2.25.4.6. Prezentacja statystyczna umieralności okołoporodowej, noworodkowej, niemowlęcej lub poniżej piątego roku życia 309

2.25.4.7. Umieralność poniżej piątego roku życia 310

2.25.4.8. Umieralność niemowląt 310

2.25.5. Normy i wymogi sprawozdawcze dotyczące umieralności matek 310

2.25.5.1. Śmierć matki..... 311

2.25.5.2. Późna śmierć matki ... 311
2.25.5.3. Śmierć matek ogółem ... 311
2.25.5.4. Bezpośrednie i pośrednie zgony położnicze ... 311
2.25.5.5. Śmierć podczas ciąży, porodu i połogu ... 311
2.25.5.6. Wymagania dotyczące rejestrowania umieralności matek ... 311
2.25.5.7. Międzynarodowe raportowanie dotyczące umieralności matek ... 312
2.25.5.8. Licznik, mianownik i współczynniki publikowanej umieralności matek ... 312
3. Część 3 - Nowość w ICD-11 ... 313
3.1. Nowe konwencje i terminologia w ICD-11 ... 313
3.1.1. Krótki opis ... 315
3.1.2. Informacje dodatkowe ... 315
3.1.3. Struktura kodu ... 315
3.2. Struktura rozdziałów w ICD-11 ... 316
3.2.1. Rozdział 01 - Choroby zakaźne i pasożytnicze ... 316
3.2.1.1. Rozdział 01 - Struktura rozdziału 01 ... 316
3.2.1.2. Rozdział 01 - Uzasadnienie rozdziału 01 ... 317
3.2.1.3. Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe ... 317
3.2.2. Rozdział 02 - Nowotwory ... 317
3.2.2.1. Rozdział 02 - Struktura rozdziału 02 ... 317
3.2.2.2. Rozdział 02 - Uzasadnienie rozdziału 02 ... 318
3.2.3. Rozdział 03 - Choroby krwi lub narządów krwiotwórczych ... 319
3.2.3.1. Rozdział 03 - Struktura rozdziału 03 ... 319
3.2.3.2. Rozdział 03 - Uzasadnienie do rozdziału 03 ... 319
3.2.4. Rozdział 04 - Choroby układu odpornościowego ... 319
3.2.4.1. Rozdział 04 - Struktura rozdziału 04 ... 319
3.2.4.2. Rozdział 04 - Uzasadnienie do rozdziału 04 ... 320
3.2.5. Rozdział 05 - Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych ... 320
3.2.5.1. Rozdział 05 - Struktura rozdziału 05 ... 320
3.2.5.2. Rozdział 05 - Uzasadnienie do rozdziału 05 ... 321
3.2.6. Rozdział 06 - Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe ... 321
3.2.6.1. Rozdział 06 - Struktura rozdziału 06 ... 321
3.2.6.2. Rozdział 06 - Uzasadnienie do rozdziału 06 ... 322
3.2.7. Rozdział 07 - Zaburzenia snu i czuwania ... 325
3.2.7.1. Rozdział 07 - Struktura rozdziału 07 ... 325
3.2.7.2. Rozdział 07 - Uzasadnienie do rozdziału 07 ... 325
3.2.8. Rozdział 08 - Choroby układu nerwowego ... 325
3.2.8.1. Rozdział 08 - Struktura rozdziału 08 ... 325

3.2.8.2. Rozdział 08 - Uzasadnienie do rozdziału 08 ... 326
3.2.9. Rozdział 09 - Choroby układu wzrokowego ... 327
3.2.9.1. Rozdział 09 - Struktura rozdziału 09 ... 327
3.2.10. Rozdział 10 - Choroby ucha i wyrostka sutkowatego ... 327
3.2.10.1. Rozdział 10 - Struktura rozdziału 10 ... 327
3.2.11. Rozdział 11 - Choroby układu krążenia ... 327
3.2.11.1. Rozdział 11 - Struktura rozdziału 11 ... 327
3.2.11.2. Rozdział 11 - Uzasadnienie do rozdziału 11 ... 328
3.2.12. Rozdział 12 - Choroby układu oddechowego ... 329
3.2.12.1. Rozdział 12 - Struktura rozdziału 12 ... 329
3.2.12.2. Rozdział 12 - Uzasadnienie do rozdziału 12 ... 329
3.2.13. Rozdział 13 - Choroby układu pokarmowego ... 330
3.2.13.1. Rozdział 13 - Struktura rozdziału 13 ... 330
3.2.13.2. Rozdział 13 - Uzasadnienie do rozdziału 13 ... 330
3.2.14. Rozdział 14 - Choroby skóry ... 332
3.2.14.1. Rozdział 14 - Struktura rozdziału 14 ... 332
3.2.14.2. Rozdział 14 - Uzasadnienie do rozdziału 14 ... 332
3.2.15. Rozdział 15 - Choroby układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanki łącznej ... 332
3.2.15.1. Rozdział 15 - Struktura rozdziału 15 ... 332
3.2.15.2. Rozdział 15 - Uzasadnienie do rozdziału 15 ... 333
3.2.16. Rozdział 16 - Choroby układu moczowo-płciowego ... 333
3.2.16.1. Rozdział 16 - Struktura rozdziału 16 ... 333
3.2.16.2. Rozdział 16 - Uzasadnienie do rozdziału 16 ... 333
3.2.17. Rozdział 17 - Stany związane ze zdrowiem seksualnym ... 334
3.2.17.1. Rozdział 17 - Struktura rozdziału 17 ... 334
3.2.17.2. Rozdział 17 - Uzasadnienie do rozdziału 17 ... 335
3.2.18. Rozdział 18 - Ciąża, poród lub połóg ... 335
3.2.18.1. Rozdział 18 - Struktura rozdziału 18 ... 335
3.2.18.2. Rozdział 18 - Uzasadnienie do rozdziału 18 ... 335
3.2.19. Rozdział 19 - Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym ... 335
3.2.19.1. Rozdział 19 - Struktura rozdziału 19 ... 335
3.2.20. Rozdział 20 - Wady rozwojowe ... 336
3.2.20.1. Rozdział 20 - Struktura rozdziału 20 ... 336
3.2.20.2. Rozdział 20 - Uzasadnienie do rozdziału 20 ... 336
3.2.21. Rozdział 21 - Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, niesklasyfikowane gdzie indziej ... 337
3.2.21.1. Rozdział 21 - Struktura rozdziału 21 ... 337
3.2.21.2. Rozdział 21 - Uzasadnienie do rozdziału 21 ... 338

3.2.22. Rozdział 22 - Urazy, zatrucia i określone skutki działania czynników zewnętrznych .. 338
3.2.22.1. Rozdział 22 - Struktura rozdziału 22 338
3.2.22.2. Rozdział 22 - Uzasadnienie do rozdziału 22 338
3.2.23. Rozdział 23 - Zewnętrzne przyczyny śmiertelności i zachorowalności 339
3.2.23.1. Rozdział 23 - Struktura rozdziału 23 339
3.2.23.2. Rozdział 23 - Uzasadnienie do rozdziału 23 339
3.2.24. Rozdział 24 - Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z systemem opieki zdrowotnej 344
3.2.24.1. Rozdział 24 - Struktura rozdziału 24 344
3.2.24.2. Rozdział 24 - Uzasadnienie do rozdziału 24 344
3.2.25. Rozdział 25 - Kody przeznaczone do celów specjalnych 344
3.2.25.1. Rozdział 25 - Struktura rozdziału 25 344
3.2.26. Rozdział 26 - Rozdział dodatkowy: Zaburzenia w ujęciu medycyny tradycyjnej, moduł 1 345
3.2.27. Rozdział V - Sekcja uzupełniająca ocenę funkcjonowania 347
3.2.28. Rozdział X - Kody rozszerzające 347
3.3. Kody nadrzędne o różnym umiejscowieniu 348
3.4. Model treści 348
3.5. Jednostki ICD niezależne od języka 351
3.6. Innowacje w kodowaniu umieralności w ICD-11 352
3.7. Innowacje w kodowaniu chorobowości w ICD-11 355
3.8. Sekcja uzupełniająca ocenę funkcjonowania 355
3.9. Ogólne cechy ICD-11 356
3.10. Zaburzenia w ujęciu medycyny tradycyjnej, moduł 1 (TM1) 356
3.11. Przygotowania do Jedenastej Rewizji 356
3.12. Załącznik A: Aktualizacja i użytkowanie ICD-11 357
3.12.1. Tło 358
3.12.2. Cykl aktualizacji 359
3.12.2.1. Rodzaje propozycji w zakresie użytkowania ICD-11-MMS 359
3.12.3. Kompletność propozycji 362
3.12.4. Terminy propozycji 363
3.12.5. Proces pracy nad propozycjami 364
3.12.6. Zmiany, których nie można wprowadzić w ramach rutynowego procesu aktualizacji 365
3.12.7. Zastosowanie i własność intelektualna 366
3.13. Załącznik B: Historia rozwoju ICD 369
3.13.1. Wczesna historia 369
3.13.2. Przyjęcie Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów 370
3.13.3. Piąta Dziesięcioletnia Konferencja Rewizyjna 372

3.13.3.1. Międzynarodowa Lista Chorób 372
3.13.4. Poprzednie klasyfikacje chorób dla statystyk chorobowości 373
3.13.5. Komitet ds. Łączonych Przyczyn Zgonów w Stanach Zjednoczonych 374
3.13.6. Szósta Rewizja List Międzynarodowych 375
3.13.7. Siódma i Ósma Rewizja 376
3.13.8. Dziewiąta Rewizja 377
3.13.9. Dziesiąta Rewizja 377
3.13.10. Rodzina Klasyfikacji Międzynarodowych WHO 379
3.13.11. Aktualizacja ICD pomiędzy rewizjami 380
3.13.12. Główne kroki w Rewizji ICD-11 380
3.13.13. Przygotowania do Jedenastej Rewizji 381
3.13.14. Piśmiennictwo dotyczące historii ICD 381
3.14. Załącznik C: Załączniki dotyczące kodowania umieralności 383
3.14.1. Międzynarodowy Formularz Karty Zgonu 383
3.14.2. Skrócony przewodnik po Międzynarodowym Formularzu Karty Zgonu (ulotka MCCD) 385
3.14.3. Sugerowane dodatkowe szczegóły dotyczące zgonów okołoporodowych 388
3.14.4. Schemat przebiegu etapów od SP1 do SP8 oraz etapów od M1 do M4 dotyczących kodowania umieralności 389
3.14.5. Hierarchia priorytetów kodów charakteru urazu 390
3.14.6. Lista niedokładnie określonych stanów chorobowych 406
3.14.7. Lista stanów chorobowych, które mogą powodować chorobę wywołaną przez HIV 407
3.14.8. Lista stanów chorobowych, które mogą powodować cukrzycę 410
3.14.9. Lista stanów chorobowych, które należy uznać za oczywiste konsekwencje zbiegu operacyjnego i innych inwazyjnych procedur medycznych 411
3.14.9.1. Lista stanów chorobowych, które należy uznać za bezpośrednie konsekwencje zabiegu operacyjnego 412
3.14.9.2. Lista stanów chorobowych, które należy uznać za bezpośrednie konsekwencje innych inwazyjnych procedur medycznych 415
3.14.10. Lista stanów chorobowych, które rzadko prowadzą do zgonu 418
3.14.11. Lista kategorii ograniczonych do płci żeńskiej lub które z większym prawdopodobieństwem występują u płci żeńskiej 423
3.14.12. Lista kategorii ograniczonych do płci męskiej lub które z większym prawdopodobieństwem występują u płci męskiej 426
3.14.13. Zbiór instrukcji z przykładami kodowania dotyczącymi umieralności matek 427
Wydzielenie i przykłady szczególnych instrukcji dotyczących zgonu matki 432
SP3 i SP4 - Akceptowane i odrzucane sekwencje przy kodowaniu zgonu matki 432
SP5 - Końcowa przyczyna zgonu, jeśli nie podano sekwencji (zob. sekcja 2.17.8) 434
SP8 - Stany zasadniczo niepowodujące zgonu w kontekście śmiertelności matek (zob. sekcje 2.17.11 i Aneks 3.14 Śmiertelność) 434

3.14.14. Lista docelowa przyczyn zgonu do wykorzystania w werbalnej autopsji 444
3.15. Załącznik D: Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 446
3.15.1. Rozdział 01 - Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 01 446
3.15.2. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 02 447
3.15.3. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 03 448
3.15.4. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 04 449
3.15.5. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 05 449
3.15.6. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 06 450
3.15.7. Rozdział 07 jest nowym dodatkiem do ICD-11, którego nie było w poprzednich wydaniach 451
3.15.8. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 08 452
3.15.9. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 09 453
3.15.10. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 10 454
3.15.11. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 11 454
3.15.12. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 12 455
3.15.13. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 13 456
3.15.14. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 14 457
3.15.15. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 15 458
3.15.16. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 16 458
3.15.17. Rozdział 17 jest nowym dodatkiem do ICD-11, którego nie było w poprzednich wydaniach 460
3.15.18. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 18 460
3.15.19. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 19 461
3.15.20. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 20 461
3.15.21. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 21 462
3.15.22. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 22 464
3.15.23. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 23 465
3.15.24. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 24 466
3.15.25. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 25 467
3.16. Załącznik E: Powiązane zbiory wartości 467

Strona praw autorskich

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Rewizja Jedenasta (ICD-11)

© Światowa Organizacja Zdrowia 2022

Niektóre prawa zastrzeżone. Niniejszy przewodnik jest dostępny na licencji Creative Commons Attribution-No Derivatives 3.0 IGO (CC BY ND 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/igo/).

Niniejsza licencja nie pozwala na tworzenie adaptacji tekstu (w tym tłumaczeń) bez zgody WHO.

Zgodnie z warunkami niniejszej licencji można kopiować i rozpowszechniać pracę, pod warunkiem, że praca jest odpowiednio cytowana, jak wskazano poniżej. Przy jakimkolwiek wykorzystaniu niniejszej pracy nie należy sugerować, że WHO wspiera jakąkolwiek konkretną organizację, produkty lub usługi. Używanie logo WHO jest niedozwolone.

Wszelkie mediacje dotyczące sporów wynikających z licencji będą prowadzone zgodnie z zasadami mediacji Światowej Organizacji Własności Intelektualnej.

Niniejsza Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób Rewizja Jedenasta (ICD-11) w wersji PDF została wygenerowana po to, aby wspierać preferencje użytkownika dotyczące przeglądania ICD-11 w formacie podręcznym. Ostateczna wersja ICD-11 jest dostępna na stronie internetowej https://icd.who.int/browse11/l-m/en

Sugerowane cytowanie

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób Rewizja Jedenasta (ICD-11). Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia; 2022. Licencja: CC BY-ND 3.0 IGO.

Mapowania lub powiązania pomiędzy innymi klasyfikacjami i terminologiami a ICD-11 i/lub tłumaczeniami nie są objęte licencją ICD-11 i podlegają odrębnej pisemnej umowie z WHO.

Materiały osób trzecich

W przypadku chęci ponownego wykorzystania materiałów z niniejszej pracy, które są przypisane do osoby trzeciej, takie jak tabele, rysunki lub obrazy, obowiązkiem użytkownika jest ustalenie, czy konieczne jest pozwolenie na takie ponowne wykorzystanie i uzyskanie zgody od właściciela praw autorskich. Ryzyko roszczeń wynikających z naruszenia jakiegokolwiek elementu będącego własnością osoby trzeciej w pracy spoczywa wyłącznie na użytkowniku.

Ogólne zrzeczenie się odpowiedzialności

Użyte określenia i prezentacja materiału w niniejszej publikacji nie oznaczają zajmowania jakiejkolwiek opinii ze strony WHO dotyczącej statusu prawnego jakiegokolwiek kraju, terytorium, miasta lub obszaru albo jego władz, ani też dotyczącego wytyczenia jego granic lub pogranicza. Kropkowane i przerywane linie na mapach przedstawiają przybliżone linie graniczne, co do których może jeszcze nie być pełnej zgody.

Wzmianka o konkretnych firmach lub produktach niektórych producentów nie oznacza, że są one wspierane lub polecane przez WHO w porównaniu z innymi o podobnym charakterze, które nie są wymienione. Z wyjątkiem błędów i przeoczeń, nazwy własne produktów wyróżnione są dużymi literami.

WHO podjęła wszelkie uzasadnione środki ostrożności w celu zweryfikowania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Jednak publikowane materiały są rozpowszechniane bez jakiejkolwiek gwarancji, wyrażonej lub dorozumianej. Odpowiedzialność za interpretację i wykorzystanie materiału spoczywa na użytkowniku. W żadnym wypadku WHO nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikłe z posługiwania się nim.

Prawidłowe korzystanie z ICD-11

Aby w sposób prawidłowy korzystać z ICD-11, należy zapoznać się z przewodnikiem ICD-11 (https://icdcdn.who.int/icd11referenceguide/en/html/index.html).

Do kodowania należy użyć (interfejsu programowania aplikacji (ang. Application programming interface, API). Aby korzystać z API lub narzędzia do kodowania (patrz https://icd.who.int).

Aby zapobiec rozmyciu celu ICD, jakim jest zapewnienie ostatecznego standardu identyfikacji informacji zdrowotnych, nie należy używać innego standardu do celów opracowywania lub promowania.

Korzystanie z ICD-11 w oprogramowaniu podlega następującej licencji: https://icd.who.int/en/docs/ICD11-license.pdf. Zgodnie z warunkami tej licencji użytkownicy nie mogą:

- powielać ICD-11 w części lub w całości i rozpowszechniać pod inną nazwą lub bez oznaczenia;
- powielać i rozpowszechniać ICD-11 w części lub w całości bez kodów ICD-11;
- powielać ICD-11 w części lub w całości bez ICD-11 URI (nie dotyczy publikacji drukowanych).

Mapowania lub powiązania pomiędzy innymi klasyfikacjami i terminologiami a ICD-11 i/lub tłumaczeniami nie są objęte licencją ICD-11 i podlegają odrębnej pisemnej umowie z WHO.

Dodawanie pól danych do pojęć ICD-11 jest dozwolone, pod warunkiem, że takie uzupełnienia są wyraźnie zidentyfikowane jako uzupełnienia, które nie pochodzą od WHO.

Sugestie dotyczące zmian w ICD-11 należy przesyłać w formie propozycji do platformy obsługującej ICD-11 (https://icd.who.int/en).

Jak korzystać z niniejszego przewodnika

Niniejszy przewodnik dotyczący ICD-11 został podzielony na trzy części. Pomimo, że każda część będzie zawierać informacje ważne dla zrozumienia i wykorzystania ICD-11, każda została stworzona w taki sposób, aby odpowiadała głównemu celowi korzystania z Przewodnika.

Aby uzyskać ogólne, szerokie zrozumienie klasyfikacji ICD-11, posiadając niewielkie wcześniejsze doświadczenie w zakresie posługiwania się tą klasyfikacją lub nie posiadając żadnego doświadczenia w tym zakresie, sugerujemy rozpoczęcie od Części 1.

Aby zrozumieć, w jaki sposób tworzone są kody oraz szczegóły organizacji stojącej za ICD-11, sugerujemy rozpoczęcie od Części 2.

W przypadku znajomości ICD, szczególnie w przypadku wcześniejszego korzystania z ICD-10, sugerujemy rozpoczęcie od Części 3, aby zobaczyć, co jest nowe (oraz co nie uległo zmianie) w ICD-11.

Tabela Akronimów i Skrótów

Akronim	Pełna Nazwa
ACC-CHD	Anatomic and clinical classification of congenital heart defects [Anatomiczno-kliniczna klasyfikacja wrodzonych wad serca]
ACR/EULAR	American College of Rheumatology / European League Against Rheumatism
AMR	Antimicrobial Resistance [Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe]
ANACOD-3	Analysing Mortality and Causes of Death 3 [Analiza umieralności i przyczyn zgonu 3]
API	Application programming interface [Interfejs programowania aplikacji]
ATC/DDD	The Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC) with Defined Daily Doses (DDD) [System klasyfikacji anatomicznej, terapeutycznej i chemicznej (ATC) z ustalonymi dawkami dobowymi (DDD)]
CFTR	Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator [Regulator przewodnictwa związanego z mukowiscydozą]
CQI	Continuous Quality Improvement [Ciągłe Doskonalenie Jakości]
CRVS	Civil registration and vital statistics [Systemy rejestracji stanu cywilnego i danych demograficznych]
CSAC	Classification and Statistics Advisory Committee [Komitet Doradczy ds. Klasyfikacji i Statystyki]
DRG [JGP]	Diagnostic Related Group [Jednorodna Grupa Pacjentów]
DSAP	Duration Stated, developed After Procedure [Podany czas trwania, opracowany po zabiegu]
DSM-(5 lub V)	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fifth edition) [Podręcznik Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych (wydanie piąte)]
eMCCD	Electronic Medical Certificate of Cause of Death [Elektroniczna Karta Zgonu]
EMR	Electronic Medical Record [Elektroniczna Dokumentacja Medyczna]
FDRG	Functioning and Disability Reference Group [Grupa Referencyjna ds. Funkcjonowania i Niepełnosprawności]
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics [Międzynarodowa Federacja Ginekologii i Położnictwa]
fTAG	Functioning Topic Advisory Group [Funkcjonująca Grupa Doradcza]
HIV	Human immunodeficiency virus [Ludzki wirus niedoboru odporności]
HSMR	Hospital standardized mortality ratio [Szpitalny standaryzowany współczynnik umieralności]
ICD	The International Classification of Diseases and Related Health Problems [Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych]
ICD-O	The International Classification of Disease for Oncology [Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób dla Onkologii]
ICE	International Collaborative Effort

Akronim	Pełna Nazwa
ICECI	The International Classification of External Causes of Injury [Międzynarodowa Klasyfikacja Zewnętrznych Przyczyn Urazów]
ICF	The International Classification of Functioning, Disability, and Health [Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia]
ICHI	The International Classification of Health Interventions [Międzynarodowa Klasyfikacja Interwencji Medycznych]
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps [Międzynarodowa Klasyfikacja Upośledzenia, Niepełnosprawności i Inwalidztwa]
ICMART	International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies [Międzynarodowy Komitet Monitorowania Technologii Wspomaganego Rozrodu]
ICNP	The International Classification of Nursing Practice [Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej]
ICPC	The International Classification of Primary Care [Międzynarodowa Klasyfikacja Podstawowej Opieki Zdrowotnej]
ICPM	International Classification of Procedures in Medicine [Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych]
IMAO	Monoamine oxidase inhibitor [Inhibitor monoaminooksydazy]
INN	International Non-proprietary Names [Międzynarodowe nazwy niezastrzeżone]
IPCCC	International Pediatric and Congenital Cardiac Code [Międzynarodowy Kodeks Pediatrii i Wrodzonych Wad Serca]
IRT	Item-Response-Theory [Teoria reakcji na pozycję]
ISH	Intentional self-harm [Zamierzone samouszkodzenie]
ISHMT	International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation [Międzynarodowa Skrócona Lista Tabelaryczna Chorobowości Szpitalnej]
ISNPCHD	International Society for Nomenclature of Pediatric and Congenital Heart Disease [Międzynarodowe Towarzystwo Nomenklatury Dziecięcej i Wrodzonych Wad Serca]
ISO9999	International Standards Organization for Technical Aids for Persons with Disabilities [Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna dla Dodatków Technicznych dla Osób z Niepełnosprawnościami]
KDIGO	Kidney Disease Improving Global Outcomes
LMP	Last menstrual period [Pierwszy dzień ostatniej miesiączki]
MbRG	Morbidity Reference Group [Grupa Referencyjna ds. Chorobowości]
MCCD	Medical Certificate of Cause of Death [Międzynarodowy Formularz Karty Zgonu]
MDS	Model Disability Survey [Modelowa Ankieta dotycząca Niepełnosprawności]
MMS	Mortality and Morbidity Statistics [Statystyki Umieralności i Chorobowości]
MRG	Mortality Reference Group [Grupa Referencyjna ds. Umieralności]
MSAC	Medical and Scientific Advisory Committee [Medyczny i Naukowy Komitet Doradczy]

Akronim	Pełna Nazwa
NEC/NGI	in an ICD category, indicates Not Elsewhere Classified [w kategorii ICD, oznacza Niesklasyfikowany gdzie indziej, NGI]
NHA	National Health Accounts [Narodowe Konta Zdrowotne]
NKF	National Kidney Foundation [Narodowa Fundacja Nefrologiczna]
NLPZ	Niesteroidowe leki przeciwzapalne
NOS/BNO	in an ICD category, indicates Not Otherwise Specified, NOS [w kategorii ICD oznacza Bliżej nieokreślony, BNO]
NUGAR	Nutrition Guidance Expert Advisory Group [Grupa Doradcza Ekspertów ds. Wytycznych Żywienia]
OCPR	Other Cause of Procedure Required [Wymagana inna przyczyna zabiegu]
PACES	Paediatric & Congenital Electrophysiology Society [Towarzystwo Elektrofizjologii Dziecięcej i Wrodzonej]
PCL	Primary Care Low Resources Settings [Placówka podstawowej opieki zdrowotnej o małych zasobach]
POChP	Przewlekła obturacyjna choroba płuc
QS-TAG	Quality and Safety Topic Advisory Group, Quality and Safety TAG [Tematyczna Grupa Doradcza ds. Jakości i Bezpieczeństwa]
RHIS	Routine health information systems [Rutynowe systemy informacji zdrowotnej]
SDGs	Sustainable Development Goals [Cele Zrównoważonego Rozwoju]
SMoL	Startup Mortality List [Lista Umieralności Początkowej]
SSRI	Selective serotonin reuptake *inhibitor* [Selektywny inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny]
TAG	Topic Advisory Group [Tematyczna Grupa Doradcza]
TM	Traditional Medicine [Medycyna Tradycyjna]
TMRG	Traditional Medicine Reference Group [Grupa ds. Medycyny Tradycyjnej]
TSP	Tentative starting point [Wstępny punkt wyjścia]
TUC	Tentative underlying cause of death [Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu]
UCOD	Underlying cause of death [Podstawowa przyczyna zgonu]
URI	Uniform Resource Identifier [Ujednolicony Identyfikator Zasobów]
VA	Verbal Autopsy [Autopsja ustna]
WHODAS	The World Health Organization Disability Assessment Scale [Skala Oceny Niepełnosprawności Światowej Organizacji Zdrowia]
WHO-FIC	The World Health Organization - Family of International Classifications [Światowa Organizacja Zdrowia - Rodzina Klasyfikacji Międzynarodowych]
WM/EBM	Western Medicine [Medycyna oparta na dowodach naukowych, ang. Evidence Based Medicine - EBM]
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practice/Family Practitioners [Światowa Organizacja Kolegiów i Stowarzyszeń Lekarzy Rodzinnych]

Słownik

Termin	Opis
Ograniczenia aktywności	Poziom funkcjonowania danej osoby w czasie wykonywania czynności.
Funkcje ciała	Czynności fizjologiczne układów organizmu (włącznie z funkcjami psychicznymi).
Struktury ciała	Anatomiczne części ciała, takie jak narządy, kończyny i ich składowe.
Casemix	System grupujący pacjentów na podstawie informacji o pacjentach, ich rozpoznaniach, zabiegach, powikłaniach i potrzebach. Używany do alokacji zasobów.
Związek przyczynowy (kodowanie)	Związek, który istnieje, jeśli jeden stan jest spowodowany innym stanem (np. na tej samej karcie zgonu lub w sytuacji kodowania chorobowości, w której jeden stan lub czynnik jest przyczyną innego stanu).
Klasyfikacja	Wyczerpujący zestaw wzajemnie wykluczających się kategorii służących do zbierania danych na wcześniej określonym poziomie specjalizacji w określonym celu.
Klaster	Klaster to jednostki powstające w ramach rozpoznania końcowego (postkoordynacji), które są połączone za pomocą ukośnika (/) lub znaku ampersand (&).
Model treści	Ustrukturyzowane ramy, które ujmują wiedzę leżącą u podstaw definicji jednostki chorobowej.
Klasyfikacja pochodna	Klasyfikacje, często dostosowane do użytku na poziomie krajowym lub międzynarodowym lub do użytku w specjalności, oparte na klasyfikacjach referencyjnych.
Podwójne kodowanie	Proces stosowany w sytuacjach, w których terminy kliniczne są kodowane w dwóch różnych systemach lub wersjach klasyfikacji w celu porównania, przejścia, mapowania, grupowania przypadków casemix lub zrozumienia konsekwencji zmiany jednego systemu na drugi.
Czas trwania choroby (w kodowaniu)	Okres pomiędzy początkiem choroby a przyjęciem pod opiekę lub zgonem.
Czynniki środowiskowe	Czynniki środowiskowe tworzą fizyczne i społeczne środowisko oraz system postaw, w którym żyją ludzie.
Kod rozszerzający	Kody rozszerzające to listy dodatkowych informacji, które można dodać do kodu podstawowego, gdy użytkownicy i placówki potrzebują bardziej szczegółowego raportowania. Kody rozszerzające nie wykluczają się wzajemnie i nie powinny być stosowane samodzielnie w kontekście klasyfikacji statystycznej, ale muszą być dodane do kodu podstawowego. Kody rozszerzające mogą być używane samodzielnie w innym kontekście, np. do dokumentacji urządzenia. Nie wszystkie kody rozszerzające mogą być używane z każdym kodem podstawowym. Kody rozszerzające nigdy nie mogą pojawić się na pierwszej pozycji w klastrze.
Komponent Podstawowy	Duży zbiór terminów i ich relacji, które opisują zdrowie i dziedziny związane ze zdrowiem. Podstawowa zawartość bazy danych, która zawiera wszystkie informacje niezbędne do wygenerowania drukowanych wersji listy tabelarycznej i indeksu alfabetycznego, a także dodatkowe informacje potrzebne do wygenerowania specjalistycznych linearyzacji ICD-11 i modyfikacji specyficznych dla kraju. Wzmianka o terminie lub jednostce w Komponencie Podstawowym służy wyłącznie celom ontologicznym

Termin	Opis
	i indeksowaniu. Wzmianka o terminie lub jednostce w Komponencie Podstawowym nie oznacza zatwierdzenia lub poparcia konkretnego stanu.
Upośledzenia	Zmiany funkcji lub struktury ciała, takie jak utrata lub istotne odchylenie od stanu prawidłowego.
Kodowanie zintegrowane	Pełne wykorzystanie wszystkich rozdziałów ICD-11 (w tym kodów z rozdziałów dotyczących medycyny opartej na dowodach naukowych [ang. Evidence Based Medicine, EBM, Western Medicine, WM] i medycyny tradycyjnej [ang. Traditional Medicine, TM1]) do klasyfikacji terminów klinicznych.
Zasada modyfikacji	Podczas kodowania zgonów z kart zgonu, procedura, w której kod ICD dla punktu wyjścia jest zastępowany innym kodem, ze względu na specjalne instrukcje
Rozpoznanie wstępne (prekoordynacja)	Kody podstawowe, które zawierają wszystkie istotne informacje o udokumentowanej koncepcji klinicznej we wstępnie połączonej formie.
Rozpoznanie końcowe (postkoordynacja)	Stosowanie wielu kodów (tj. kodów podstawowych i/lub kodów rozszerzających) razem, w celu pełnego opisania udokumentowanej koncepcji klinicznej. Rozpoznanie końcowe (postkoordynacja) jest z zasady dozwolona w przypadku wszystkich kodów, o ile używany jest co najmniej jeden kod podstawowy.
Pierwotny kod nadrzędny	Jednostka wyższego poziomu obejmująca pełny zakres lub zakres innej jednostki.
Klasyfikacje referencyjne	Klasyfikacje obejmują obszary chorób i powiązanych problemów zdrowotnych (ICD), niepełnosprawności [Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia] (ICF) oraz interwencji zdrowotnych [Międzynarodowa Klasyfikacja Interwencji Medycznych] (ICHI).
Wtórne kody nadrzędne	Możliwość połączenia określonej jednostki w ramach klasyfikacji z więcej niż jednym kodem nadrzędnym.
Sekwencja (w kodowaniu)	W kontekście kodowania umieralności, grupa stanów zgłaszanych linia po linii ze związkiem przyczynowym pomiędzy każdym elementem.
Linia brzegowa	W świecie fizycznym linia brzegowa to miejsce, w którym zbiornik wodny styka się z lądem. W Rodzinie Międzynarodowych Klasyfikacji WHO (WHO-FIC) termin „linia brzegowa” stanowi metaforę ułatwiającą opisanie rozróżnienia między treściami zawartymi w Komponencie Podstawowym (Foundation) a treściami zawartymi w wyprowadzonych z niego klasyfikacjach (linearyzacjach). Obecnie wszystkie jednostki ICD są zawarte w Komponencie Podstawowym i można je w nim wyszukiwać, jednak nie wszystkie są widoczne jako kody podstawowe w klasyfikacjach, takich jak ICD-11 dla statystyki zachorowalności i umieralności (ICD-11 MMS). Architektura Komponentu Podstawowego WHO-FIC umożliwia wyodrębnianie wybranych jednostek do klasyfikacji (linearyzacji), która może być wykorzystywana do określonych zastosowań i celów. Treść i znaczenie danej jednostki pozostają niezmienione w wyniku takiego wyodrębnienia. Po dodaniu jednostki do klasyfikacji zostaje jej przypisany kod właściwy dla danej klasyfikacji. W takim przypadku mówi się, że jednostka została przeniesiona „ponad linię brzegową”.

Termin	Opis
Punkt wyjścia (w kodowaniu)	W kontekście kodowania umieralności, zazwyczaj zgłaszana choroba lub zdarzenie, które zapoczątkowało sekwencję akceptowalnych związków przyczynowych kończących się ostateczną przyczyną zgonu, lub gdy karta zgonu jest prawidłowo wypełniona, stan zgłaszany w najniższej używanej linii w Części 1 karty zgonu.
Kod podstawowy	Kody z listy tabelarycznej ICD-11, których można używać samodzielnie. Kody podstawowe mogą być jednostkami lub grupami o dużym znaczeniu w dowolnym przypadku użycia lub stanach klinicznych, które należy zawsze opisywać jako jedną kategorię. Kody podstawowe są zaprojektowane w taki sposób, aby zapewnić, że w przypadkach użycia, które wymagają tylko jednego kodu na przypadek, zbierane są znaczące informacje.
Ostateczna przyczyna zgonu (w kodowaniu)	Pierwsza choroba wpisana w pierwszej wykorzystanej linii Części 1 karty zgonu. Znana również jako bezpośrednia przyczyna zgonu.
Podstawowa przyczyna zgonu	Choroba lub uraz, który zapoczątkował ciąg zdarzeń chorobowych prowadzących bezpośrednio do zgonu, lub okoliczności niezamierzonego urazu lub przemocy, które spowodowały obrażenia śmiertelne.
Autopsja ustna	Metoda stosowana do ustalenia przyczyny zgonu na podstawie wywiadu z najbliższymi krewnymi lub innymi opiekunami w miejscach, gdzie żaden lekarz nie może ocenić zmarłego.

1. Część 1 - Wprowadzenie do ICD-11

1.1. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. The International Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) to narzędzie służące do rejestrowania, raportowania i grupowania stanów i czynników wpływających na zdrowie. Zawiera kategorie chorób i zaburzeń, stanów związanych ze zdrowiem, zewnętrznych przyczyn choroby lub zgonu, anatomii, umiejscowienia, czynności, leków, szczepionek i innych.

Celem ICD jest umożliwienie systematycznego rejestrowania, analizy, interpretacji i porównywania danych dotyczących umieralności i chorobowości zebranych w różnych krajach lub regionach i w różnym czasie.

Klasyfikacja ICD-11 została zaprojektowana, aby służyć semantycznej interoperacyjności poszczególnych danych, ponownemu wykorzystaniu zarejestrowanych danych, dla użycia w innych przypadkach niż statystyki zdrowotne, w tym wspomaganie decyzji, alokacja zasobów, refundacja, wytyczne i wiele innych.

Rola WHO dotycząca wsparcia w zakresie korzystania i wdrażania ICD została opisana w konstytucji WHO. Ponadto, wdrożenie i stosowanie najnowszej rewizji ICD we wszystkich państwach członkowskich jest prawnie nakazane przez Międzynarodowe Przepisy dotyczące Nomenklatury WHO i powtórzone z rewizjami ICD przyjętymi przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia. Obejmuje to mechanizm aktualizacji pomiędzy rewizjami i trwającym rozwojem oraz wdrażaniem rodziny klasyfikacji chorób i klasyfikacji związanych ze zdrowiem (ang. The World Health Organization - Family of International Classifications, WHO-FIC).

ICD to podstawowa klasyfikacja związana z innymi powiązanymi klasyfikacjami, wersjami specjalistycznymi i terminologiami.

W systemach informacji zdrowotnej dane muszą nadawać się do ponownego wykorzystania do analizy epidemiologicznej, alokacji zasobów lub badań, a także do zastosowań na poziomie indywidualnym, takich jak dokumentacja medyczna, wspomaganie decyzji lub refundacja. Za pomocą unikatowych identyfikatorów ICD dostarcza bardzo szczegółowych informacji, daleko wykraczających poza poziom kategorii statystycznych. W ten sposób można rejestrować i zgłaszać na przykład rzadkie choroby, szczególne spostrzeżenia lub poszczególne leki.

ICD służy do przekładania rozpoznań chorób i innych problemów zdrowotnych na kody alfanumeryczne, umożliwiając przechowywanie, wyszukiwanie i analizę danych. ICD to międzynarodowa standardowa klasyfikacja diagnostyczna na potrzeby wszystkich ogólnych celów epidemiologicznych i wielu celów związanych z zarządzaniem zdrowiem. Cele te obejmują analizę ogólnej sytuacji zdrowotnej w grupach populacyjnych, monitorowanie chorobowości i rozpowszechnienia chorób oraz badanie innych problemów zdrowotnych w odniesieniu do innych zmiennych, takich jak cechy charakterystyczne i okoliczności dotyczące osób dotkniętych chorobą. ICD nadaje się również do badań finansowych aspektów systemu opieki zdrowotnej, takich jak rozliczenia lub alokacja zasobów.

Rozwój ICD trwał przez ostatnie 150 lat począwszy od Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów a skończywszy na kompleksowym systemie klasyfikacji i terminologii. Oparty na ontologii projekt ICD-

11 i migracja jego siostrzanych klasyfikacji ICF (ang. The International Classification of Functioning, Disability, and Health) i ICHI (ang. The International Classification of Health Interventions) do tej samej infrastruktury ontologicznej umożliwiły pełną integrację terminologii i klasyfikacji na wspólnej platformie. W ten sposób możliwa jest niepowodująca strat dokumentacja kliniczna (kodowanie wszystkich niezbędnych szczegółów), agregacja statystyczna jest zintegrowaną funkcją, zapewniane są kompleksowe rozwiązania cyfrowe i udostępniane są linki do innych terminologii służących do innych zastosowań.

ICD służy do alokowania większości światowych zasobów zdrowotnych. Użytkownicy ICD to lekarze, pielęgniarki, inni świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, badacze, specjaliści ds. zarządzania informacjami zdrowotnymi, osoby odpowiedzialne za kodowanie umieralności, pracownicy informatyki medycznej, analitycy, decydenci, ubezpieczyciele, organizacje pacjentów i wiele innych.

Klasyfikacja ICD jest używana w różnych ustawieniach na różnych poziomach szczegółowości. W związku z tym zawiera ramy informacyjne, które zawierają w pełni określony zestaw pojęć dotyczących zdrowia oraz ich charakterystykę i relacje, z których można wybrać odpowiednie zestawy kodów. ICD-11 zapewnia spójność z tradycyjnymi przypadkami użycia wcześniejszych wersji ICD, ponieważ został zbudowany z myślą o poprzednich wersjach. Analizy danych z przeszłości oparte na starszych wersjach ICD można powiązać z analizami danych opartych na ICD-11.

ICD może być zatem używana do rejestrowania, klasyfikowania i wykorzystywania w inny sposób danych zapisanych pod nagłówkami takimi jak przyczyna zgonu, rozpoznanie, powód przyjęcia do szpitala, leczone choroby, dodatkowe rozpoznania, czynniki ryzyka i powód konsultacji, które pojawiają się w wielu różnych rejestrach i dokumentach dotyczących stanu zdrowia, z których pochodzą statystyki.

1.1.1. Zastosowanie

Klasyfikacja ICD została zaprojektowana w celu zaspokojenia potrzeb szerokiego zakresu przypadków użycia, takich jak: przyczyny zgonu, chorobowość, epidemiologia, casemix (jednorodne grupy pacjentów, JGP), jakość i bezpieczeństwo pacjentów, opieka podstawowa, ocena funkcjonowania, badania, profilaktyka, bezpieczeństwo substancji (leków) lub wyrobów, szczególny nadzór, taki jak w zakresie oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe (ang.-Antimicrobial resistance, AMR), rejestracja nowotworów, badania nad urazami, a także zapewnienie semantycznej współpracy w zakresie dokumentacji klinicznej, wspomagania decyzji oraz wytycznych lub zaleceń.

Szczegółowe informacje i instrukcje dla użytkowników dotyczące różnych przypadków użycia są dostępne w innych sekcjach przewodnika, odnoszących się do umieralności i różnych przypadków chorobowości. Tam, gdzie przewiduje się innowacyjne zastosowania ICD, zaleca się skonsultowanie się z WHO, aby jak najlepiej wykorzystać elastyczność i funkcje ICD-11.

1.1.2. Klasyfikacja

Klasyfikacja to „wyczerpujący zestaw wzajemnie wykluczających się kategorii w celu zbierania danych na wcześniej określonym poziomie specjalizacji w określonym celu” (ISO 17115). Klasyfikacja obejmuje kategoryzację odpowiednich pojęć w celu systematycznego rejestrowania lub analizy. Kategoryzacja opiera się na jednej lub kilku regułach logicznych. Cel klasyfikacji zdrowia jest różny. Na przykład może być wykorzystana do analizowania przyczyny zgonu (umieralności), chorobowości czy oceny

funkcjonowania człowieka. Pojęcia występujące sporadycznie zwykle są grupowane, ale pojęcia rzadkie mogą być klasyfikowane indywidualnie.

Kodowanie to proces przypisywania kodu z klasyfikacji w celu przedstawienia koncepcji klinicznej w określonym celu. Zasady kodowania muszą być włączone do klasyfikacji, aby zapewnić spójność kodowania i porównywalność zakodowanych danych w czasie i miejscu. Klasyfikacje są uzupełnieniem terminologii, ponieważ są przeznaczone do stosowania w standaryzowanym kodowaniu informacji do celów statystycznych.

ICD-11 łączy elementy klasyfikacji i terminologii oraz ma być połączona z innymi terminologiami, które mogą dostarczyć dodatkowych szczegółów lub służyć innym celom. Kodowanie w ICD-11 może opierać się na kodach statystycznych i Ujednoliconych Identyfikatorach Zasobów (ang. Uniform Resource Identifier, URI).

1.1.3. ICD w kontekście Rodziny Międzynarodowych Klasyfikacji WHO (WHO-FIC)

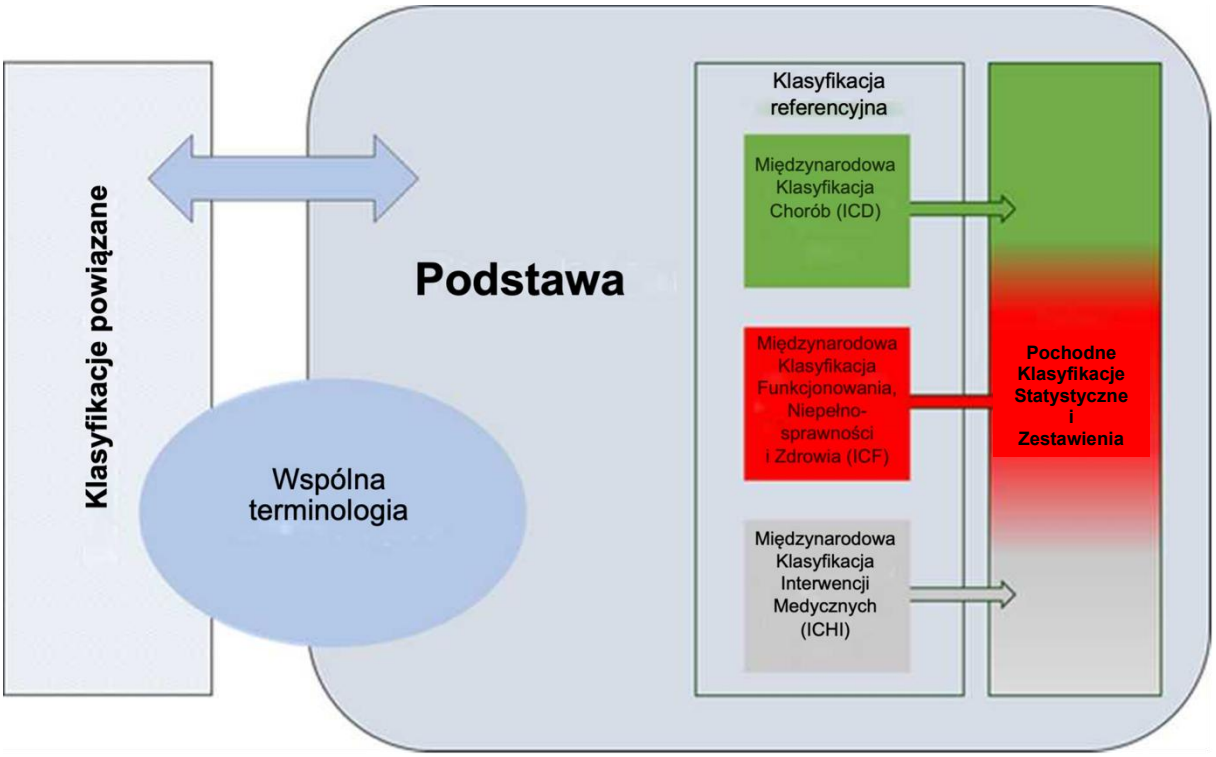
Rodzina Międzynarodowych Klasyfikacji WHO (WHO-FIC) obejmuje klasyfikacje, które zostały zatwierdzone przez WHO w celu opisania różnych aspektów zdrowia i systemu opieki zdrowotnej w spójny sposób.

WHO-FIC dostarcza wystandaryzowanych elementów składowych dla systemów informacji zdrowotnej i obejmuje trzy obszerne grupy: Klasyfikacje Referencyjne, Klasyfikacje Pochodne i Klasyfikacje Pokrewne.

Klasyfikacje Referencyjne i Pochodne oparte są na Komponencie Podstawowym, który jest dużym zbiorem pojęć (z synonimami i preferowanymi terminami) oraz ich relacji, które opisują zdrowie i dziedziny związane ze zdrowiem.

Terminy i jednostki związane z chorobami i problemami zdrowotnymi są uporządkowane w ICD, elementy dotyczące funkcjonowania w ICF, a związane z interwencjami w ICHI (Międzynarodowa Klasyfikacja Interwencji Medycznych). Terminy z Komponentu Podstawowego mogą być używane w więcej niż jednej klasyfikacji referencyjnej.

Klasyfikacje Pochodne opierają się na terminach, które mogą pochodzić z jednej lub więcej Klasyfikacji Referencyjnych. W ramach rodziny WHO-FIC Klasyfikacje Powiązane są uważane za uzupełniające w stosunku do Klasyfikacji Referencyjnych i Pochodnych. Klasyfikacje Powiązane mają własne zestawy terminów, ale mogą również dzielić terminy jako część rodziny WHO-FIC.



Rysunek 1 Relacje pomiędzy Rodziną Międzynarodowych Klasyfikacji WHO (WHO-FIC) a Klasyfikacjami Powiązanymi, Komponentem Podstawowym i wspólnymi terminami.

Celem WHO-FIC jest wspieranie rozwoju wiarygodnych statystycznych i innych systemów danych na poziomie lokalnym, krajowym i międzynarodowym, w celu poprawy stanu zdrowia i opieki zdrowotnej. Informacje dotyczące zdrowia mogą czasami wymagać dodatkowych szczegółów poza informacjami zawartymi w ICD. Grupa lub „rodzina" klasyfikacji związanych ze zdrowiem obejmuje te potrzeby zarówno poprzez klasyfikację domen różniących się od tych w ICD, jak i dostarczanie większej liczby szczegółów dotyczących konkretnych zastosowań, np. rejestracja raka. WHO-FIC określa zestaw zintegrowanych produktów klasyfikacyjnych, które mają podobne cechy i mogą być używane pojedynczo lub łącznie w celu dostarczania informacji na temat różnych aspektów zdrowia i systemów opieki zdrowotnej. Na przykład ICD jako Klasyfikacja Referencyjna służy głównie do zbierania informacji o umieralności i chorobowości. Funkcjonowanie jest sklasyfikowane w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), a interwencje zdrowotne w Międzynarodowej Klasyfikacji Interwencji Medycznych (ICHI).

WHO-FIC zapewnia ramy koncepcyjne wymiarów informacji, które są związane ze zdrowiem i zarządzaniem zdrowiem. W ten sposób zapewnia wspólny język, który usprawnia komunikację i umożliwia porównywanie danych w obrębie krajów, między krajami, dyscyplinami opieki zdrowotnej, usługami i czasem. WHO i sieć WHO-FIC (w tym współpracujące ośrodki, organizacje pozarządowe (NGO) i wybrani eksperci) (https://www.who.int/standards/classifications/who-fic-maintenance) dążą do zbudowania Rodziny Klasyfikacji Międzynarodowych w oparciu o solidne zasady naukowe i taksonomiczne, zapewniają, że jest ona aktualna, odpowiednia kulturowo i ma zastosowanie na arenie międzynarodowej, oraz zaspokajają potrzeby różnych użytkowników, skupiając się na wielowymiarowych aspektach zdrowia.

1.1.4. WHO-FIC: Klasyfikacje Referencyjne

Klasyfikacje Referencyjne obejmują główne parametry systemu opieki zdrowotnej, takie jak zgon i choroba (ICD), niepełnosprawność, funkcjonowanie i zdrowie (ICF) oraz interwencje medyczne (ICHI). Klasyfikacje Referencyjne WHO-FIC są wynikiem porozumień międzynarodowych. Osiągnęły szeroką akceptację i oficjalną zgodę na stosowanie oraz są zatwierdzone i zalecane jako standardy międzynarodowego raportowania na temat zdrowia. Mogą być używane jako modele służące do rozwoju lub rewizji innych klasyfikacji. Trzy klasyfikacje Referencyjne to:

- Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)
- Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)
- Międzynarodowa Klasyfikacja Interwencji Medycznych (ICHI)

Klasyfikacje Referencyjne są oparte na tym samym Komponencie Podstawowym i mają wspólne zestawy Kodów Rozszerzających.

1.1.4.1. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)

ICF jest ramą WHO służącą do pomiaru zdrowia i funkcjonowania/niepełnosprawności zarówno na poziomie indywidualnym, jak i populacyjnym. Podczas gdy ICD klasyfikuje choroby i przyczyny zgonów, ICF klasyfikuje dziedziny zdrowia i dziedziny związane ze zdrowiem. ICD i ICF razem tworzą ramy służące do uchwycenia pełnego obrazu zdrowia.

ICF dzieli stan zdrowia i stany związane ze zdrowiem na dwie części. Część pierwsza dotyczy funkcjonowania i niepełnosprawności, opisywanej z perspektywy ciała, osoby i społeczeństwa. Składa się z dwóch elementów: Funkcje i struktury ciała oraz Aktywność i uczestnictwo. Część druga obejmuje czynniki kontekstowe i również składa się z dwóch elementów: Czynniki środowiskowe i Czynniki osobowe, ponieważ funkcjonowanie jednostki odbywa się w kontekście. Trwają prace nad opracowaniem klasyfikacji czynników osobowych, które zostaną uwzględnione w czynnikach kontekstowych.

Funkcjonowanie to ogólny termin określający funkcje ciała (np. pamięć), struktury ciała (np. płat potyliczny) oraz czynności i uczestnictwo (np. chodzenie, wykonywanie płatnej pracy). Wskazuje pozytywne aspekty interakcji pomiędzy jednostką (związane ze zdrowiem jednostki) a jej czynnikami kontekstowymi (środowiskowymi i osobistymi).

Niepełnosprawność to ogólny termin określający upośledzenia, ograniczenia aktywności i ograniczenia uczestnictwa. Wskazuje negatywne aspekty interakcji pomiędzy osobą (ze stanem zdrowia) a jej czynnikami kontekstowymi (czynnikami środowiskowymi i osobowymi). Niepełnosprawności są postrzegane jako kontinuum, a zatem ICF i zawarte w nim kody nie nadają międzynarodowego statusu binarnego jako niepełnosprawny/nie niepełnosprawny. Poziomy niepełnosprawności mogą być użyte opisowo w warunkach klinicznych podczas formułowania przypadku. Decydenci w zakresie programu i polityki mogą zastosować ICF i określić własne standardy dla poziomu niepełnosprawności jako kryteria kwalifikowalności, które są istotne dla określonych celów.

ICF zawiera inne istotne opisy:

- Funkcje ciała to fizjologiczne funkcje układów organizmu (w tym funkcje umysłowe).

- Struktury ciała to anatomiczne części ciała, takie jak narządy, kończyny i ich elementy.
- Upośledzenia to problemy w funkcjonowaniu lub strukturze ciała, takie jak znaczne odchylenie lub ubytek.
- Aktywność to wykonywanie zadania lub działania przez osobę.
- Ograniczenia aktywności to trudności, jakie dana osoba może mieć podczas wykonywania czynności.
- Uczestnictwo to zaangażowanie w sytuację życiową.
- Ograniczenia uczestnictwa to problemy, których może doświadczać dana osoba w sytuacjach życiowych.
- Czynniki środowiskowe tworzą fizyczne i społeczne środowisko oraz system postaw, w którym żyją ludzie.
- ICF zawiera kody Funkcji Ciała (b), Struktur Ciała (s), Aktywności i Uczestnictwa (d) oraz Czynników Środowiskowych (e)

Kody ICF są kompletne tylko z obecnością kwalifikatora, który określa poziom zdrowia (tj. nasilenie problemu od „brak problemu" do „całkowity problem"). Bez kwalifikatorów kody nie mają własnego znaczenia. ICF przyznaje, że każdy człowiek może doświadczyć pogorszenia stanu zdrowia, a tym samym doświadczyć pewnej niepełnosprawności. Niepełnosprawności mogą być tymczasowe i krótkotrwałe (takie jak kilkudniowe pozostawanie w domu z powodu grypy); mogą być również przewlekłe lub trwałe, a ich nasilenie może zmieniać się w czasie.

Czynniki osobowe są uwzględnione w modelu funkcjonowania i niepełnosprawności ICF, ale nie zostały sklasyfikowane w ICF ze względu na duże warianty społeczne i kulturowe z nimi związane. Taksonomia nie została dalej zoperacjonalizowana ze względu na wyzwania związane z ustaleniem zastosowania międzykulturowego, ograniczeniami zasobów i względami etycznymi.

1.1.4.2. Międzynarodowa Klasyfikacja Interwencji Medycznych (ICHI)

ICHI obejmuje interwencje we wszystkich sektorach funkcjonalnych systemu opieki zdrowotnej, w tym opiekę doraźną, opiekę podstawową, rehabilitację, pomoc w funkcjonowaniu, profilaktykę, zdrowie publiczne i usługi pomocnicze. Uwzględniono interwencje realizowane przez wszystkie typy usługodawców. Od dawna rozumie się znaczenie opisywania i klasyfikowania interwencji medycznych. Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych (ang. International Classification of Procedures in Medicine, ICPM) została opublikowana przez WHO w 1978 roku, ale nie została utrzymana. Klasyfikacja ICHI jest znacznie szersza niż poprzednia ICPM, ponieważ obejmuje pełen zakres interwencji medycznych. Rozwój ICHI rozpoczął się w 2007 roku w wyniku wspólnego wysiłku sieci Rodzina Klasyfikacji Międzynarodowych WHO (WHO-FIC) i WHO, w oparciu o doświadczenia zebrane podczas opracowywania kilku krajowych klasyfikacji interwencji medycznych.

Tabela 1: Opisy i terminy użyte przy tworzeniu ICHI

Osie	Obejmuje	Przykład
Oś docelowa zawiera podmioty, na których przeprowadzana jest czynność.	Anatomia, funkcja ludzka, osoba lub klient, grupa lub populacja	żołądek, czynności życia codziennego
Oś działania definiuje się jako czynność, która jest realizowana przez operatora na rzecz celu podczas interwencji medycznej.	Badania, leczenie, zarządzanie, informowanie, wspomaganie, zapobieganie	biopsja, szczepienie
Oś środków zawiera jednostki opisujące procesy i metody, za pomocą wykonywane jest działanie.	Podejście: proces, w którym uzyskuje się dostęp do celu działania	zabieg otwarty, endoskopowy
	Technika wykorzystana w ramach czynności	naświetlanie, rezonans magnetyczny
	Metoda opisująca sposób podejmowania działania	egzekwowanie prawa, sposób transportu

Treść osi została ograniczona do atrybutów wspólnych dla wielu interwencji. W szczególności:

- Urządzenia nie zostały uwzględnione jako oś, ponieważ większość interwencji nie obejmuje urządzenia, a urządzenia zmieniają się szybko, jednak urządzenia mogą być uwzględnione jako kody rozszerzające,
- Leki lub inne substancje podawane w ramach interwencji są klasyfikowane gdzie indziej (np. ICD, System klasyfikacji anatomicznej, terapeutycznej i chemicznej z ustalonymi dawkami dobowymi (ang. The Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC) with Defined Daily Doses (DDD), ATC/DDD), ang. International Non-proprietary Names, INN).

System kodowania obejmuje siedmioznakową strukturę kategorii dla trzech osi:

- Trzy litery oznaczające Cel
- Dwie litery oznaczające Czynność
- Dwie litery oznaczające Środki

- Kody ICHI zawierają prawidłowe siedmioliterowe kombinacje trzech osi. Dla każdej interwencji zawartej w ICHI identyfikowana jest odpowiednia siedmioliterowa kombinacja. Nie każda możliwa kombinacja trzech osi przedstawia prawidłową domenę ICHI

1.1.4.3. WHO-FIC: Klasyfikacje Pochodne

Klasyfikacje Pochodne są często dostosowywane do użytku na poziomie krajowym lub międzynarodowym albo do stosowania w określonej specjalności. Opierają się na Klasyfikacjach Referencyjnych (tj. ICD, ICF, ICHI). Klasyfikacje Pochodne mogą być przygotowane przez:

- przyjęcie struktury i klas klasyfikacji referencyjnej,
- dostarczanie dodatkowych szczegółów poza tymi, które zapewnia Klasyfikacja Referencyjna
- przegrupowanie lub agregacja pozycji z jednej lub więcej Klasyfikacji Referencyjnych.

ICD-11 posiada specjalistyczne linearyzacje, które wywodzą się ze wspólnego fundamentu. Należą do nich wersja dla dermatologii, jedna dla podstawowej opieki zdrowotnej i jedna dla zdrowia psychicznego. Inne mogą pójść w ich ślady.

1.1.4.4. Klasyfikacje Powiązane

Klasyfikacje Powiązane są zawarte w Rodzinie Klasyfikacji Międzynarodowych WHO w celu opisania ważnych aspektów zdrowia lub systemu opieki zdrowotnej nieobjętych Klasyfikacjami Referencyjnymi lub Pochodnymi. Klasyfikacje Powiązane to:

- Międzynarodowa Klasyfikacja Podstawowej Opieki Zdrowotnej (ang. The International Classification of Primary Care, ICPC)
- Międzynarodowa Klasyfikacja Zewnętrznych Przyczyn Urazów (ang. The International Classification of External Causes of Injury, ICECI)
- Dodatki Techniczne dla Osób z Niepełnosprawnościami (ang. International Standards Organization for Technical Aids for Persons with Disabilities, ISO9999)
- System klasyfikacji anatomicznej, terapeutycznej i chemicznej z ustalonymi dawkami dobowymi (ATC/DDD)
- Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ang. The International Classification of Nursing Practice, ICNP).

1.1.5. Wykorzystanie ICD w systemach informacji zdrowotnych

Systemy informacyjne dotyczące zdrowia obejmują szereg różnych elementów służących do gromadzenia, analizowania i wykorzystywania danych dotyczących zdrowia. Źródła informacji mogą na przykład dotyczyć populacji czy placówki zdrowotnej albo koncentrować się na konkretnych chorobach. Głównymi populacyjnymi źródłami informacji na temat zdrowia są systemy rejestracji stanu cywilnego i danych demograficznych (ang. Civil registration and vital statistics, CRVS), dane ze spisów powszechnych oraz badania gospodarstw domowych.

Źródła danych dotyczące placówek opieki zdrowotnej obejmują nadzór nad zdrowiem publicznym, dane dotyczące usług zdrowotnych (które mogą być określane jako systemy informacyjne zarządzania

zdrowiem lub rutynowe systemy informacji zdrowotnej (ang. Routine health information systems, RHIS)) oraz dane z monitorowania systemu opieki zdrowotnej (np. zasoby ludzkie, infrastruktura zdrowotna, finansowanie).

Narodowe Konta Zdrowotne (ang. National Health Accounts, NHA) mają na celu zapewnienie kompleksowego obrazu finansowania opieki zdrowotnej. Kodowanie umożliwia rejestrowanie informacji zdrowotnych w sposób niezależny od języka. Standaryzacja kodowania umożliwia zarówno wewnętrzne, jak i międzynarodowe porównywanie danych. Na przykład dane zakodowane w ICD można porównywać w różnych sektorach systemu opieki zdrowotnej - jeśli stosuje się te same zasady kodowania.

Systemy informacji zdrowotnej coraz częściej opierają się na raportowaniu i kodowaniu cyfrowym (elektronicznym). Klasyfikacja ICD-11 jest przeznaczona do użytku w takich środowiskach. Treść niniejszego Przewodnika jest jedynym dodatkowym dokumentem wymaganym podczas kodowania za pomocą ICD-11.

W wielu miejscach zbieranie informacji opiera się na sprawozdawczości papierowej w tradycyjny, analogowy sposób. ICD-11 można również przygotować w wersji drukowanej przeznaczonej do użytku w systemach opartych na papierze, w razie potrzeby (patrz 1.1.5.2).

1.1.5.1. Korzystanie z ICD-11 w środowisku cyfrowym i z udziałem usług internetowych

Klasyfikacja ICD-11 jest używana do kodowania rozpoznań w elektronicznej dokumentacji medycznej lub w elektronicznych kartach zgonu lub w innych cyfrowych zbiorach danych. Specjalne narzędzia, takie jak Narzędzie Kodujące ICD-11, ułatwiają znalezienie określonych kodów ICD-11 dla dowolnego z kilku wymiarów, które definiują jednostkę lub kategorię ICD-11. Dodatkowe szczegóły można dodać za pomocą wielu kodów dla jednego stanu. Zachowanie unikalnego identyfikatora zakodowanej jednostki ICD-11 pozwala na ponowne wykorzystanie tych samych informacji w różnych tłumaczeniach. WHO opracowała usługi internetowe ICD (https://icd.who.int/icdapi); zaprojektowane w celu wspierania kompatybilnej interakcji maszyna-maszyna.

1.1.5.2. Korzystanie z ICD-11 w analogowym środowisku papierowym

Korzystanie z ICD-11 w analogowym środowisku papierowym. Informacje są raportowane na dokumentach papierowych, a następnie kodowane ręcznie za pomocą ICD-11. Należy zauważyć, że rejestracja w formie papierowej wymaga ręcznej transkrypcji informacji do systemów elektronicznych i należy rozważyć przejście na sprawozdawczość elektroniczną na jak najwcześniejszym etapie łańcucha informacyjnego. Rejestrowanie na papierze może powodować problemy z czytelnością i terminowością zakodowanych danych. ICD-11 obsługuje wiele sposobów kodowania wspomaganego komputerowo, w tym osadzanie instrukcji dla kombinacji kodów i inne możliwe kontrole wiarygodności. Długoterminowym celem dla wszystkich użytkowników powinno być kodowanie przy użyciu ICD-11 w środowisku elektronicznym.

W wersji drukowanej informacje są podzielone na 3 tomy, listę tabelaryczną, instrukcję i indeks. Wszystkie trzy są niezbędne do prawidłowego korzystania z ICD.

1.1.5.3. Wersja elektroniczna

W wersji internetowej ICD większość informacji jest powiązana i widoczna w odpowiednim kontekście. WHO udostępnia tę wersję do przeglądania ICD-11 w wielu językach (link z https://icd.who.int). To narzędzie umożliwia użytkownikowi wyszukiwanie pojęć poprzez wyszukiwanie terminów, anatomii lub dowolnego innego elementu modelu treści. Za pomocą przeglądarki użytkownicy mogą również przyczynić się do aktualizacji i ciągłego doskonalenia ICD za pomocą komentarzy i sugestii. Takie dane wejściowe są corocznie sprawdzane, aby rozważyć ich włączenie.

Dostęp do ICD-11 można również uzyskać za pomocą usług internetowych z oprogramowaniem specyficznym dla użytkownika. Instrukcja informatyczna dotycząca ICD zawiera więcej szczegółów na temat wymagań odnośnie zgodności, można znaleźć na następującej stronie internetowej: https://icd.who.int/icdapi. Zarówno usługi sieciowe, jak i przeglądarka internetowa umożliwiają dostęp i przeszukiwanie wszystkich list tabelarycznych ICD, w tym statystyk umieralności i chorobowości, podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalnych linearyzacji dla określonych domen.

1.1.6. Powiązania z innymi klasyfikacjami i terminologiami

Jednostki lub kategorie kodowane przez ICD mogą być używane w połączeniu z innymi odpowiednimi klasyfikacjami zdrowotnymi i terminologią w celu pełnego udokumentowania epizodu opieki lub przypadku badań.

1.1.6.1. Zintegrowanie użycie z terminologią

Klasyfikacja polega na grupowaniu informacji według logicznych reguł. Terminologia umożliwia raportowanie informacji na dowolnym poziomie szczegółowości: na przykład części ciała, wyniki lub inne elementy, które składają się na chorobę. Można zgłaszać tylko pozycje zdefiniowane w terminologii (tj. terminologie nie mają mechanizmu zgłaszania nowych informacji, które nie zostały wcześniej dodane do terminologii). W przeciwieństwie do tego, klasyfikacja zawiera klasy rezydualne („inne określone” i „nieokreślone”), które zapewniają, że wszystkie przypadki można zawsze sklasyfikować. W terminologii, podobnej do współczesnej klasyfikacji, chorobę można zdefiniować, na przykład ustalając powiązania pomiędzy jej elementami, takimi jak anatomia czy wyniki. Terminologie zachowują informacje bez podkreślania jakiegokolwiek aspektu zapisanych informacji.

Natomiast klasyfikacje pozwalają na identyfikację „odpowiednich części” treści, na przykład na potrzeby zdrowia publicznego. Umowa międzynarodowa dotycząca tych istotnych części gwarantuje, że zebrane informacje są porównywalne w skali międzynarodowej. Standardowe zastosowanie logiki agregacji klasyfikacji i standardowe zastosowanie szczegółowych informacji terminologii ma na celu ten sam rezultat: porównywalność. W obu przypadkach konieczne są przejrzyste procesy dotyczące umów międzynarodowych, a dzięki integracji list indeksowych i tabelarycznych, ICD przeszło w kierunku posiadania własnego komponentu terminologicznego.

Terminologie i klasyfikacje należy traktować jako uzupełniające. Fundamentem ICD-11 jest terminologiczna część ICD-11 wywodząca się z poprzedniego Indeksu ICD-10 i innych źródeł. Terminologie osób trzecich są najlepiej połączone z podstawą ICD-11 w stosunku 1:1 lub „oznaczone z podstawą ICD-11 w stosunku 1: n. Linki te powinny być zgodne z zaleceniami dokumentu mapującego.

1.1.6.2. Funkcjonowanie w ICD i wspólne stosowanie z ogólnym zarysem ICF

Historycznie klasyfikacja ICD wykorzystywała pewne koncepcje niepełnosprawności jako powszechne jednostki chorobowe lub zaburzenia, takie jak: ślepota, głuchota, trudności w uczeniu się lub paraplegia, a także pewne koncepcje niepełnosprawności do innych celów, takie jak „niepełnosprawność jako następstwo urazu", oraz „ograniczenie czynności ze względu na niepełnosprawność". ICF opracowano po opublikowaniu ICD-10.

W ICD-11 utworzono powiązania z ICF w zakresie dostosowania koncepcji choroby i funkcjonowania oraz ułatwienia wspólnego stosowania.

Koncepcyjne dopasowanie pomiędzy ICD-11 i ICF miało miejsce w kilku obszarach.

Oznaki chorobowe i objawy w ICD są zgodne z funkcjami organizmu w ICF, a „czynniki wpływające na stan zdrowia" w ICD są zgodne z czynnikami kontekstowymi w ICF.

Kategorie ICD-11 związane z zaburzeniami widzenia w Rozdziale Choroby układu wzrokowego (Rozdział 09) zostały dostosowane do odpowiedniej taksonomii ICF i definicji funkcji widzenia.

Dodatkowe wybrane kategorie ICF są zaczerpnięte z komponentu Aktywności i Uczestnictwo i pomagają opisać ograniczenia funkcjonalne związane z określonymi stanami zdrowia we wzorcu funkcjonowania. Wpływ choroby lub zaburzenia na codzienne czynności danej osoby może się różnić w zależności od stopnia ciężkości stanu, a także czynników kontekstowych (np. czynników środowiskowych) i możliwych chorób współistniejących. ICD przyjmuje podejście, które identyfikuje „stopień ciężkości" jako właściwość choroby/zaburzenia i opisuje wpływ stanu zdrowia na codzienne życie osoby za pomocą zestawu funkcjonujących kodów.

W ICD-11 wbudowano opcjonalną sekcję dotyczącą funkcjonowania, aby umożliwić klasyfikację i pomiar wpływu chorób na funkcjonowanie.

Sekcja uzupełniająca ocenę funkcjonowania w ICD-11 zapewnia dwie opcje oceny i dokumentowania wpływu:

- należy wykorzystać ogólne narzędzie oceny oparte na ICF (tj. Kwestionariusz Oceny Niepełnosprawności Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS 2.0) oraz Modelową Ankietę dotyczącą Niepełnosprawności (ang. Model Disability Survey, MDS) w celu wygenerowania ogólnego i specyficznego dla domeny wyniku funkcjonowania. Aby uzyskać takie wyniki, należy wykorzystywać WHODAS 2.0 (podobnie jak inne skale ocen klinicznych) jako całość (tj. w postaci pełnej listy pytań). Dalsze instrukcje dotyczące korzystania z WHODAS 2.0 znajdują się w Instrukcji WHODAS.

- należy wykorzystać skróconą listę funkcjonujących kategorii zaczerpniętą z Załącznika 9 ICF. Kategorie te powinny być używane z ogólnym 5-punktowym kwalifikatorem wskazującym dotkliwość dla raportowania funkcjonowania w systemach informacji zdrowotnej.

Ogólnie rzecz biorąc, powiązanie pomiędzy ICD-11 a ICF może pomóc w następujących przypadkach użycia:

- ocena na potrzeby ogólnej praktyki medycznej (np. praca w ocenie zdolności)

- ocena na potrzeby świadczeń społecznych (np. renta inwalidzka)

- na potrzeby płatności lub zwrotu kosztów
- ocena potrzeb (np. rehabilitacji, pomocy zawodowej, opieki długoterminowej)
- ocena wyników interwencji

Wszędzie tam, gdzie pożądane i wymagane jest pełne raportowanie w zakresie funkcji należy stosować ICF (więcej informacji w Sekcji 2.11).

1.2. Struktura i taksonomia ICD

Struktura rozdziałów i bloków ICD ewoluowała w 11 iteracjach klasyfikacji na przestrzeni ponad 150 lat. Tworzenie ICD jest zgodne z zestawem zasad, które zapewniają funkcjonalną i strukturalną integralność klasyfikacji. Ewolucja ICD starannie równoważy potrzebę kategorii, które odpowiadają aktualnej wiedzy, jednocześnie umożliwiając statystyczną porównywalność w czasie i przestrzeni.

Struktura rozdziałów ICD odzwierciedla główne aspekty chorób. Rozdziały nie mają na celu wytyczenia obszarów wiedzy medycznej lub dziedzin specjalizacji. Związek z jakąkolwiek specjalnością lub schematem refundacji jest drugorzędny. ICD obejmuje kategorie chorób, zaburzeń, zespołów, oznak, objawów, wyników, urazów, zewnętrznych przyczyn chorobowości i umieralności, czynników wpływających na stan zdrowia, przyczyn kontaktu z systemem opieki zdrowotnej i medycyny tradycyjnej. ICD-11 uzupełnia je, umożliwiając uchwycenie dodatkowych szczegółów, takich jak anatomia, substancje, leki, urządzenia medyczne, czynniki zakaźne, miejsce urazu i wiele innych. ICD-11 zawiera zasady i wyjaśnienia dotyczące korzystania z Rozdziałów oraz niezbędne metadane. Uwzględniono również wymagane formaty raportowania.

Najbardziej rozpowszechnione stosowanie ICD w czasie i lokalizacji geograficznej dotyczy statystyk przyczyn zgonów (umieralności). ICD wykorzystuje się również do klasyfikacji dokumentacji klinicznej, aby zapewnić wystandaryzowane, niezależne od języka informacje dotyczące chorobowości, takie jak przydział zasobów, casemix, bezpieczeństwo pacjentów i jakość opieki, a także podstawowa opieka zdrowotna i badania. Klasyfikacja ICD i jej opisy są również wykorzystywane jako ramy prawne.

1.2.1. Taksonomia

Statystyczna klasyfikacja chorób musi być ograniczona do ograniczonej liczby wzajemnie wykluczających się kategorii, które mogą objąć pełen zakres stanów chorobowych. Kategorie zostały wybrane w celu ułatwienia statystycznego badania zjawisk chorobowych. Każda choroba lub stan chorobowy musi mieć dobrze określone miejsce na liście kategorii. W konsekwencji w całej klasyfikacji istnieją kategorie rezydualne dla innych i różnych chorób, które nie mają własnej unikalnej kategorii lub których nie można przypisać do bardziej szczegółowych kategorii. Jednak Ujednolicony Identyfikator Zasobów (URI) ICD-11 pozwala zachować takie szczegóły do przyszłej analizy. Przy ustalaniu, czy jednostka kwalifikuje się do bycia szczególną kategorią mają zastosowanie następujące środki:

- Dowody epidemiologiczne: analizy częstości zakodowanych danych dotyczących umieralności i chorobowości
- Dowody kliniczne: dowody choroby dostarczone przez specjalności medyczne
- Poziom szczegółowości: minimalna szczegółowość zgłoszona i przydatna w umieralności lub podstawowej opiece zdrowotnej

- Ciągłość: zachowanie poziomu szczegółowości istniejącego wcześniej w ICD
- Oszczędność: potrzeba ograniczenia liczby kategorii dla międzynarodowych obowiązkowych sprawozdań

Klasyfikacja statystyczna może dopuszczać różne poziomy szczegółowości, jeśli ma strukturę hierarchiczną i podziały wtórne. Statystyczna klasyfikacja chorób powinna zachowywać zdolność zarówno do identyfikacji konkretnych jednostek chorobowych, jak i umożliwiać prezentację statystyczną danych dla szerszych grup, umożliwiając w ten sposób uzyskanie użytecznych i zrozumiałych informacji. Te same ogólne zasady odnoszą się do klasyfikacji innych problemów zdrowotnych i przyczyn kontaktu z ochroną zdrowia, które również są zawarte w ICD. Klasyfikacja ICD została opracowana jako klasyfikacja praktyczna, a nie czysto teoretyczna, w której istnieje szereg kompromisów pomiędzy klasyfikacją opartą na etiologii, lokalizacji anatomicznej, okolicznościach wystąpienia lub innych kryteriach.

ICD-11 w dużym stopniu opiera się na metodzie łączenia kilku kodów w celu opisania stanu klinicznego na pożądanym poziomie szczegółowości. Jego elektroniczna architektura pozwala na przypisanie unikalnych identyfikatorów do dowolnego wymienionego stanu - niezależnie od tego, czy stan jest pogrupowany w klasę statystyczną, czy reprezentuje własną klasę. Te dwa podejścia razem dają możliwość utrzymania prostego kodowania w przypadku ograniczonej szczegółowości diagnostycznej oraz alternatywnie dodawanie szczegółów tam, gdzie raportowanie diagnostyczne wymaga pełnej kompleksowości.

1.2.1.1. Model treści i definicja choroby

Model treści

Aby uzyskać więcej informacji, patrz 3.4 Model treści.

Definicja choroby

Choroba jest zazwyczaj definiowana za pomocą zestawu istotnych właściwości zaczerpniętych z poniższego wzoru. Choroba to zespół dysfunkcji w dowolnym układzie organizmu zdefiniowany przez:

Właściwość	Opis
Symptomatologia lub objawy	Znany wzorzec objawów podmiotowych, przedmiotowych i powiązanych wyników badań
Etiologia	Podstawowy mechanizm wyjaśniający
Przebieg i wynik	Wyraźny wzorzec rozwoju w czasie
Odpowiedź na leczenie	Znany wzorzec reakcji na interwencję
Powiązanie z czynnikami genetycznymi	Np. genotypy, wzorce ekspresji genów itp.
Powiązanie z czynnikami środowiskowymi	Czynniki środowiskowe wywołujące obecność choroby

1.2.2. Struktura rozdziałów ICD

ICD to klasyfikacja o zmiennej osi. Struktura została opracowana na podstawie struktury zaproponowanej przez Williama Farra we wczesnym okresie międzynarodowych rozmów na temat struktury klasyfikacji: choroby epidemiczne, choroby ogólnoustrojowe, choroby miejscowe uporządkowane według lokalizacji, choroby rozwojowe, urazy.

Grupy te pozostają w rozdziałach ICD-11. Konstrukcja przetrwała próbę czasu i choć pod pewnymi względami jest arbitralna, nadal dla ogólnych celów epidemiologicznych jest uważana za bardziej użyteczną niż jakakolwiek z przetestowanych alternatyw. Zachowanie konstrukcji uwzględnia potrzebę zachowania stabilności przy jednoczesnym umożliwieniu wbudowania dodatkowych sekcji.

Specjalne grupy zwierają warunki, które byłyby niewygodnie zaprojektowania badań epidemiologicznych, gdyby miały być rozproszone, na przykład w klasyfikacji uporządkowanej głównie według lokalizacji anatomicznych. Te warunki tworzą rozdziały „grupy specjalne”

Rozdział	Tytuł
1	Choroby zakaźne lub pasożytnicze
2	Nowotwory
3	Choroby krwi lub narządów krwiotwórczych
4	Choroby układu odpornościowego
18	Ciąża, poród lub połóg
19	Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym
20	Wady rozwojowe
22	Urazy, zatrucia i określone skutki działania czynników zewnętrznych

Rozróżnienie pomiędzy rozdziałami o „grupach specjalnych” i rozdziałach o „układach w organizmie” ma praktyczne konsekwencje dla zrozumienia struktury klasyfikacji, kodowania do niej i interpretacji opartych na niej statystyk. Należy pamiętać, że stany zalicza się przede wszystkim do jednego z rozdziałów „grup specjalnych”.

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do umiejscowienia stanu, pierwszeństwo mają rozdziały o „grupach specjalnych”. Zasada ta jest egzekwowana w uwagach „nie obejmuje” na początku każdego rozdziału w ICD.

1.2.3. Przewodnie zasady klasyfikacji pojęć specjalnych

Wyniki kliniczne znajdują się w rozdziale 21 „Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, niesklasyfikowane gdzie indziej”. (np. „Nieprawidłowe stężenie enzymów w surowicy krwi” lub „Wyniki badań czynnościowych układu krążenia”)

Manifestacje chorób, istotny punkt dla interwencji zdrowotnej, to „objawy kliniczne” opisane w rozdziale poświęconym danemu układowi organizmu, w którym występują objawy choroby. Należy również zakodować stan, np. zapalenie mięśnia sercowego.

Zespoły, których etiologia nie jest znana, są przyporządkowane do najbardziej odpowiedniego układu organizmu. (np. zespół Costena znajduje się w rozdziale dotyczącym „Układu pokarmowego”)

Liczba kategorii ze słowem „spowodowany” w tytule jest ograniczona do pewnych wyjątków. (np. ostre zapalenie oskrzelików wywołane wirusem syncytialnym układu oddechowego).

Bardzo swoiste, przewlekłe stany pozabiegowe są zgrupowane na końcu rozdziału o układzie ciała, w którym występuje manifestacja choroby. (np. obrzęk limfatyczny spowodowany zabiegiem operacyjnym lub radioterapią). Dla tych grup nie istnieją kategorie rezydualne.

Ostre powikłania pooperacyjne identyfikuje się za pomocą kombinacji kodów z rozdziałów poświęconych układowi ciała lub urazom oraz rozdziału dotyczącego przyczyn zewnętrznych (np. niezamierzone nakłucie narządu podczas interwencji jest klasyfikowane za pomocą kodu urazu narządu (uszkodzenie), kodu opisującego przyczynę operacji, która spowodowała uraz (przyczyna) oraz kodu identyfikującego niezamierzone przebicie jako sposób/mechanizm urazu).

Kategorie „wieloskładnikowe" są ograniczone do wyjątków i wymagają indywidualnego kodowania różnych stanów, np. liczne urazy należy kodować indywidualnie, jeśli to możliwe.

Kategorie „następstwa" są ograniczone do wyjątków. Konkretny stan będący następstwem musi być zakodowany wraz z podstawową przyczyną. W niektórych przypadkach będą nadal istnieć z etykietą „późne następstwa…" (np. późne następstwa choroby naczyń mózgowych lub kiły później). „Następstwa" obejmują niektóre skutki chorób lub zaburzeń, urazów lub zatruć określonych jako takie lub jako późne skutki, zatrzymanego, wyleczonego, wygojonego, nieaktywnego, starego lub niemego stanu, chyba że istnieją dowody na aktywną chorobę.

Kategorie „w wywiadzie" są ograniczone do wyjątków (np. nowotwory złośliwe w wywiadzie wymieniane są tylko częstsze lokalizacje anatomiczne).

Grupowanie na wysokim poziomie musi być istotne.

Kategorie „rezydualne" wskazywane są tylko w istotnych przypadkach, np. gdy zaburzenia są wrodzone lub nabyte, nie ma kategorii rezydualnej „inne", ale będzie opcja „nieokreślone".

1.2.4. Ogólne cechy ICD-11

Główną innowacją strukturalną ICD-11 jest to, że klasyfikacja ta opiera się na Komponencie Podstawowym, z którego pochodzą listy tabelaryczne (takie jak klasyfikacja statystyk chorobowości i umieralności).

1.2.4.1. Struktura kodu

Kody ICD-11 są alfanumeryczne i obejmują zakres od 1A00.00 do ZZ9Z.ZZ. Są one określane jako kody podstawowe. Strukturę kodów podstawowych opisano poniżej:

Pierwszy znak kodu zawsze odnosi się do numeru rozdziału. Może to być cyfra lub litera.

Kody rozpoczynające się od „X" oznaczają kod rozszerzający (patrz 2.9).

Na drugiej pozycji zawsze znajduje się litera, aby odróżnić kody ICD-11 od kodów ICD-10.

Włączenie wymuszonej liczby na trzeciej pozycji znaku zapobiega pisowni „niepożądanych słów".

Litery „O" i „I" zostały pominięte, aby uniknąć pomyłki z liczbami „0" i „1".

Na przykład, 1A00 to kod w Rozdziale 01, a BA00 to kod w Rozdziale 11.

Na przykład: ED1E.EE

E odpowiada „liczbie o podstawie 34" (0-9 i A-Z; z wyłączeniem O, I);

D odpowiada „liczbie o podstawie 24” (A-Z; z wyłączeniem O, I); oraz

1 odpowiada „liczbom całkowitym o podstawie 10” (0-9)

Pierwsze E zaczyna się od „1” i jest przypisane do rozdziału. (tj. 1 dotyczy pierwszego rozdziału, 2: rozdziału 02, … A rozdziału 10 itd.)

- Litera końcowa Y jest zarezerwowana dla kategorii rezydualnej „inne określone”, a litera końcowa
  „Z” jest zarezerwowana dla kategorii rezydualnej „nieokreślone”. W przypadku rozdziałów, które mają więcej niż 240 bloków, „F” („inne określone”) i „G” („nieokreślone”) są również używane do wskazania kategorii rezydualnych (ze względu na ograniczenia w przestrzeni kodowania).

- Pauza użyta w treści przewodnika wskazuje, że istnieją bardziej szczegółowe kody, które należy stosować odpowiednio. Na przykład:

- 8B24 - obejmuje kody od 8B24.0 do 8B24.Z
- CA23.0 - obejmuje kody od CA23.01 do CA23.02

1.2.4.2. Ujednolicone Identyfikatory Zasobów

Wszystkie jednostki posiadają Ujednolicony Identyfikator Zasobów (URI), który jest ciągiem znaków służących do jednoznacznej identyfikacji konkretnej jednostki ICD-11. Każda jednostka zajmuje określone miejsce w hierarchii grup i kategorii.

1.2.4.3. Kody blokowe

Jednostki wyższego poziomu w ICD-11 (zwane „blokami”) mogą być wykorzystywane do raportowania zagregowanych statystyk. Jednak bloki nie mają kodów kategorii, ponieważ nie powinny być używane w kodowaniu. Bloki posiadają własne identyfikatory URI (np. URI dla nowotworów to http://id.who.int/icd/entity/1630407678). Bloki mogą być również określane przez identyfikatory bloków. Struktura kodu dla identyfikatorów bloków składa się z 11 znaków (np. „BlockL1-1A0”).

1.2.4.4. Kody podstawowe

Kody z listy tabelarycznej ICD-11, których można używać samodzielnie. Kody podstawowe mogą być jednostkami lub grupami o dużym znaczeniu klinicznym lub stanami klinicznymi, które należy zawsze opisywać jako jedną kategorię. Kody podstawowe są zaprojektowane tak, aby w przypadkach, które wymagają tylko jednego kodu na przypadek, istniała pewność, że zbierane są istotne informacje.

1.2.4.5. Kody rozszerzające i rozpoznanie końcowe (postkoordynacja)

Kody rozszerzające składają się z grup kodów m.in. anatomia, czynnik, histopatologia i inne aspekty, które mogą być wykorzystane do dodania szczegółów do kodu podstawowego. Kody rozszerzające nie mogą być używane samodzielnie w kontekście klasyfikacji statystycznej, ale muszą być dodawane do kodu podstawowego. Kody rozszerzające mogą być używane w innym kontekście, np. do dokumentacji urządzenia. Nie wszystkie kody rozszerzające mogą być używane z każdym kodem podstawowym. Patrz 2.9.

Rozpoznanie końcowe (postkoordynacja), to godna uwagi nowa funkcja w ICD-11, która umożliwia łączenie podstawowych pojęć diagnostycznych (tj. koncepcji głównej + kodu podstawowego) w razie potrzeby i/lub dodawanie pojęć klinicznych uchwyconych w kodach rozszerzających do koncepcji pierwotnego kodu podstawowego. Należy podkreślić, że możliwość postawienia rozpoznania końcowego(postkoordynacji), co jest charakterystyczne dla ICD-11, jest jedną z istotnych zmian w porównaniu z ICD-10. Klaster opisuje jedną koncepcję kliniczną opisaną przez lekarza. Rozpoznanie końcowe (postkoordynacja) jest z zasady dozwolone dla wszystkich osi, o ile używany jest co najmniej jeden kod podstawowy. API, przeglądarka i narzędzie do kodowania ułatwiają rozpoznanie końcowe (postkoordynację)w niektórych obszarach. Inne obszary rozpoznania końcowego (postkoordynacji) muszą być kodowane indywidualnie, ale mogą być wspierane przez przyszłe aktualizacje ICD-11, gdy zajdzie taka potrzeba.

1.2.4.6. Inne cechy ogólne

Kategorie ICD-11 posiadają krótkie opisy, oraz długie opisy oznaczone jako „informacje dodatkowe". Krótki opis to maksymalnie 100 słów odnoszących się do jednostki i opisujących fakty na temat choroby lub stanu, oraz które są niezbędne do zrozumienia zakresu definicji. Pojawia się na liście tabelarycznej klasyfikacji. Długie „informacje dodatkowe" to pełny opis, bez ograniczenia długości.

W ICD-11 pozostały Specjalne listy tabelaryczne (patrz Sekcja 2.25) ale są trzy dodatkowe listy - Lista Umieralności Początkowej (ang. Startup Mortality List, SMoL), lista na potrzeby autopsji ustnych i lista chorób zakaźnych według czynnika. Linearyzacje specjalistyczne pozwalają na przedstawienie treści z perspektywy specjalizacji, jak dermatologia lub neurologia, poprzez tworzenie podzbiorów i w razie potrzeby, rozpoznania wstępnego (prekoordynacji) i większej liczby szczegółów.

1.2.5. Komponent Podstawowy i listy tabelaryczne ICD-11

Komponent Podstawowy jest wielowymiarowym zbiorem wszystkich jednostek ICD. Jest to podstawowa zawartość bazy danych, która zawiera wszystkie informacje niezbędne do wygenerowania drukowanych wersji listy tabelarycznej i indeksu alfabetycznego, a także dodatkowe informacje potrzebne do wygenerowania specjalistycznych linearyzacji ICD-11 i modyfikacji specyficznych dla kraju. Jednostki mogą być chorobami, zaburzeniami, urazami, przyczynami zewnętrznymi, oznakami i objawami. Niektóre jednostki mogą być bardzo szerokie, na przykład „uraz ramienia", podczas gdy inne są bardziej szczegółowe, na przykład „skaleczenie skóry kciuka". Komponent Podstawowy zawiera również niezbędne informacje, aby wykorzystać jednostki do zbudowania listy tabelarycznej. Komponent Podstawowy zawiera informacje o tym, gdzie i jak dana jednostka jest przedstawiona na liście tabelarycznej, czy obejmuje grupowanie, kategorię z kodem podstawowym lub czy jest wymieniona jako termin indeksowy w określonej kategorii.

Z Komponentu Podstawowego można zbudować kilka różnych list tabelarycznych. Opierając się na tym samym Komponencie Podstawowym, można utworzyć zestaw list tabelarycznych, które opierają się na tej samej strukturze drzewa hierarchicznego - tworząc spójne listy tabelaryczne. Komponent Podstawowy zawiera instrukcje dotyczące łączenia niektórych kodów na liście tabelarycznej, aby uzyskać więcej szczegółów w kodowaniu. Reguły te pomagają osobom odpowiedzialnym za kodowanie umieralności i systemom komputerowym w wizualizacji dozwolonych kombinacji kodów podczas korzystania z listy tabelarycznej.

Na liście tabelarycznej jednostki Komponentu Podstawowego stają się kategoriami. Kategorie są wzajemnie wykluczające się i wspólnie wyczerpujące oraz powiązane z drzewem monohierarchicznym (czyli mają tylko jeden kod nadrzędny). Informacje dotyczące jednostki, która stała się kategorią i ma wiele kodów nadrzędnych, są nadal dostępne z Komponentu Podstawowego. Informacje te można wykorzystać do wizualizacji tej kategorii w więcej niż jednym miejscu na liście tabelarycznej, np. poprzez pokazanie ich czarną czcionką w miejscu ich zestawienia referencyjnego i szarą czcionką w dowolnym innym miejscu do przeglądania lub alternatywnych zestawień. ICD-11 posiada wiele spójnych list tabelarycznych o różnym poziomie szczegółowości.

1.2.5.1. Rozpoznanie wstępne (prekoordynacja) i rozpoznanie końcowe (postkoordynacja) w ICD-11

Stan zdrowia można opisać na dowolnym poziomie szczegółowości, stosując więcej niż jeden kod lub poprzez rozpoznanie końcowe „postkoordynację" (tj. połączenie):

- dwóch lub więcej kodów podstawowych (np. kod1/kod2)
- kodów podstawowych z jednym lub większą liczbą kodów rozszerzających. (np. kod podstawowy&kod rozszerzający1&kod rozszerzający2)

W ten sposób klasyfikacja może odnosić się do dużej liczby koncepcji klinicznych z ograniczonym zakresem kategorii.

Kody podstawowe zawierają wszystkie istotne informacje we wstępnie połączonej formie. Określa się to mianem rozpoznania wstępnego „prekoordynacji". Gdy dodatkowe szczegóły odnoszące się do stanu są opisane przez łączenie wielu kodów, określa się to mianem „postkoordynacji". Kombinacja kodów nazywana jest klastrem. Patrz 2.10.

1.2.5.2. Mnogie kody nadrzędne

Jednostka może być poprawnie sklasyfikowana w dwóch różnych miejscach, np. według lokalizacji lub etiologii. W przypadku choroby, takiej jak rak przełyku, oznaczałoby to, że można ją zaklasyfikować do nowotworów (nowotwory złośliwe) lub chorób układu pokarmowego. W ten sam sposób zaburzenia niedokrwienne mózgu można zaklasyfikować do układu naczyniowego lub układu nerwowego. Decyzja o tym, w którym miejscu znajduje się stan chorobowy, zależy od umowy międzynarodowej i standardów postępowania w danym kraju.

1.2.6. Niezależne od języka jednostki ICD

Jednostki ICD-11 są niezależne od języka. Użytkowanie ICD-11 na poziomie międzynarodowym odbywa się w języku angielskim, ale modelowa treść ICD-11 jest niezależna od języka i pozwala na powiązanie dowolnego wybranego języka z elementami Komponentu Podstawowego. W ten sposób międzynarodowa baza tłumaczeń ułatwia tłumaczenia lub wielojęzyczne przeglądanie. (Patrz 3.12 Załącznik A: Aktualizacja i użytkowanie ICD-11

1.3. Główne zastosowania ICD: Umieralność

Statystyki umieralności są szeroko stosowane w badaniach medycznych, monitorowaniu zdrowia publicznego, ocenie interwencji medycznych oraz planowaniu i monitorowaniu opieki zdrowotnej. Zasady przyjęte przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia (WHA) dotyczące wyboru pojedynczej

przyczyny lub pojedynczego stanu z kart zgonu do rutynowego zestawiania statystyk umieralności są wykorzystywane w celu ujednolicenia tworzenia danych dotyczących umieralności. Wdrożenie ICD w odniesieniu do umieralności wymaga stworzenia infrastruktury do raportowania i przechowywania informacji, projektowania przepływów informacji, zapewniania jakości i informacji zwrotnych oraz szkolenia użytkowników klasyfikacji pracujących z danymi wejściowymi lub wyjściowymi.

1.3.1. Co jest kodowane: Przyczyny zgonu

Opis pojedynczej podstawowej przyczyny zgonu oraz wybrane podejścia służące do uchwycenia dalszych informacji o przyczynach zgonu, również zgłaszanych w karcie zgonu, umożliwiają identyfikację trendów w zdrowiu dla danej populacji.

Skuteczne interwencje w zakresie zdrowia publicznego zapobiegają szkodom lub zgonom poprzez przerwanie łańcucha zdarzeń, które prowadzą do powstania szkody. W tym celu podstawową przyczynę zgonu zdefiniowano jako „a) chorobę lub uraz, które zapoczątkowały ciąg zdarzeń chorobowych prowadzących bezpośrednio do zgonu, lub b) okoliczności wypadku lub przemocy, które spowodowały śmiertelne obrażenia", i wybraną do rutynowego zestawiania statystyk umieralności z powodu jednej przyczyny. (Więcej informacji w Sekcji 2.21).

1.4. Główne zastosowania ICD: Chorobowość

Dane dotyczące chorobowości są wykorzystywane do sprawozdawczości statystycznej głównie na poziomie krajowym lub lokalnym. Chociaż niektóre spośród tych elementów sprawozdawczości statystycznej są sporządzane w kontekście badań akademickich, są one powszechnie prowadzone w stosowanych warunkach w celu informowania systemu opieki zdrowotnej i podejmowania decyzji przez agencję zdrowia publicznego. Dane kodowane przez ICD stanowią również podstawę dla różnych systemów casemix, takich jak różne odmiany Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). Zakodowane dane dotyczące chorobowości mogą być również wykorzystywane do przekazywania różnych wytycznych klinicznych poprzez dostarczanie informacji z Komponentu Podstawowego dotyczących obciążenia chorobą.

1.4.1. Co jest kodowane: stany pacjenta

Definicja stanu głównego odnosi się do opisu epizodu opieki szpitalnej. Pracownik ochrony zdrowia powinien odnotować i określić jako stan główny jeden stan, który zostanie uznany za powód przyjęcia do szpitala, ustalony na koniec epizodu opieki medycznej.

Lekarz odpowiedzialny za leczenie pacjenta jest również odpowiedzialny za dokumentowanie stanu zdrowia pacjenta. Informacje te powinny być uporządkowane w sposób systematyczny przy użyciu standardowych metod rejestrowania. Informacje te powinny być uporządkowane w sposób systematyczny przy użyciu standardowych metod rejestrowania. Jest to również niezbędny warunek wstępny do stworzenia prawidłowo zakodowanego rejestru rozpoznań u pacjentów, uzyskanego w procesie kodowania z pisemnych informacji opisujących stan zdrowia pacjenta. Gdy dostępny jest rzetelny pisemny zapis stanu pacjenta, pomyślne zakodowanie tych informacji w ICD i powiązanych klasyfikacjach stanowi cenne źródło danych epidemiologicznych i innych danych statystycznych dotyczących chorobowości i innych problemów zdrowotnych. Osobą przekładającą informacje o stwierdzonym stanie zdrowia na kody („osobą odpowiedzialną za kodowanie umieralności") może

być lekarz lub koder kliniczny (który nie odpowiada za leczenie pacjenta). W tej drugiej sytuacji, która jest powszechna w państwach członkowskich, osoba odpowiedzialna za kodowanie umieralności jest uzależniona od adekwatności dokumentacji klinicznej stanu pacjenta opisanego przez lekarzy w dokumentacji medycznej. Nie można nie doceniać znaczenia dokumentacji klinicznej sporządzanej przez pracowników ochrony zdrowia jako punktu wyjścia dla zakodowanych danych dotyczących zdrowia, co należy podkreślić, ponieważ jest to kwestia o kluczowym znaczeniu w krajach i na arenie międzynarodowej. Ma to wpływ na edukację w zakresie informacji zdrowotnych i dokumentacji klinicznej w ramach programów szkoleniowych dla pracowników ochrony zdrowia. (Więcej informacji w Sekcji 1.4.)

1.5. Medycyna tradycyjna

Medycyna tradycyjna (ang. Traditional Medicine, TM) jest integralną częścią świadczeń zdrowotnych świadczonych w wielu krajach. Międzynarodowa standaryzacja polegająca na włączeniu medycyny tradycyjnej do ICD pozwala na mierzenie, liczenie, porównywanie, formułowanie pytań i monitorowanie w czasie. Chociaż w niektórych krajach od wielu lat istnieją krajowe systemy klasyfikacji medycyny tradycyjnej, informacje z takich systemów nie są wystandaryzowane ani dostępne na całym świecie.

Zaleca się, aby kodowanie przypadków z rozdziału ICD-11 dotyczącego zaburzeń i przykładów z medycyny tradycyjnej (TM1) było stosowane w połączeniu z koncepcjami medycyny opartej na dowodach naukowych opisanej w rozdziałach ICD 1-25.

Podobnie jak w przypadku innych rozdziałów ICD, rozdział TM1 nie jest przeznaczony do oceny praktyki TM ani skuteczności jakiejkolwiek interwencji TM. Jednak jako narzędzie służące do klasyfikowania, diagnozowania, liczenia, przekazywania i porównywania zaburzeń z zakresu medycyny tradycyjnej, pomaga w badaniach i ocenie na potrzeby oceny bezpieczeństwa i skuteczności medycyny tradycyjnej.

Aby uzyskać więcej informacji patrz 3.12 Załącznik A: Aktualizacja i użytkowanie ICD-11.

1.6. Użytkowanie ICD

Proces użytkowania ICD pozwala na aktualizację ICD po przejściu ewolucji w zakresie zrozumienia chorób, metod leczenia i profilaktyki. Zapewnia również ulepszenia i wyjaśnienia wynikające z codziennego korzystania z ICD oraz na wniosek państw członkowskich lub innych zainteresowanych stron.

Stworzono wystandaryzowany otwarty proces w celu zapewnienia, aby proponowane aktualizacje były gromadzone, przekierowywane, przeglądane i należycie przemyślane przed wdrożeniem. Mechanizm składania wniosków i oceny na platformie internetowej sprawia, że proces jest przejrzysty. Tok pracy zapewnia, że proponowane zmiany są rozpatrywane zarówno z medycznego i naukowego punktu widzenia, jak i z punktu widzenia ich wartości i miejsca w konkretnym przypadku użycia (Patrz 3.12 Załącznik A: Aktualizacja i użytkowanie ICD-11).

1.6.1. Główne zasady tworzenia dokumentów

Alokacja jednostek w klasyfikacji jest zgodna ze zbiorem zasad, które służą utrzymaniu strukturalnej i funkcjonalnej integralności klasyfikacji. Wymieniony tutaj podstawowy zbiór zasad jest uzupełniony

dodatkowymi zasadami, które odnoszą się do szczególnych przypadków lub służą zapewnieniu spójnych wskazówek dla użytkownika. Są one wymienione w kolejności priorytetów.

1) Brak zmian w klasyfikacji, w tym przemieszczania kategorii lub grup między rozdziałami, bez uzasadnienia i udokumentowanej zmiany etiologii lub metody zapobiegania. (np. Rozdział 04 - „Choroby układu odpornościowego" został dodany jako nowy rozdział, ponieważ istniały wystarczające dowody naukowe na poparcie tego posunięcia). Alternatywnie sugerowano przeniesienie „ran skóry" do „Choroby skóry". Rana skóry, będąc urazem, pozostaje w grupie urazów, ponieważ profilaktyka skoncentruje się na przyczynie rany.

2) Choroby są klasyfikowane głównie na podstawie ich etiologii.

    - Miejscowe objawy ważnych „etiologii" znajdują się w rozdziale etiologia (np. wirusowe zapalenie wątroby jest w „Wybrane choroby zakaźne lub pasożytnicze").

    - Jeżeli jeden stan może być spowodowany wieloma różnymi czynnikami etiologicznymi, a bardziej istotne jest zachowanie zaatakowanego układu organizmu, zwykle klasyfikuje się go według układu organizmu (np. niektóre wrzody żołądka są wywoływane przez bakterie, ale pozostają w rozdziale „Układ pokarmowy").

    - Jeżeli etiologia stanu jest nieznana, jest przypisywana do najistotniejszego układu narządów (np. zespół Costena znajduje się w rozdziale „Układ pokarmowy")

    - „Etiologie" ogólnoustrojowe znajdują się przede wszystkim w odpowiednim rozdziale dotyczącym etiologii (np. Idiopatyczna miopatia zapalna znajduje się w rozdziale „Choroby układu odpornościowego").

3) Stany, które prawdopodobnie mogą występować w dwóch lub więcej miejscach klasyfikacji, pozostają w ich dotychczasowej lokalizacji.

    - Na przykład urazy oka są równie ważne dla oka jak i ich profilaktyki. Pomimo sugestii włączenia ich do rozdziału dotyczącego chorób układu wzrokowego, pozostały tam, gdzie były, w rozdziale obejmującym urazy.

    - Tam, gdzie etiologia i układ organizmu są równie ważne, dotychczasowa lokalizacja pozostaje niezmieniona (np. porażenie nerwu okoruchowego).

4) Trzymanie grupy podtypów razem w jednym miejscu może przesłonić względy anatomiczne lub etiologiczne (np. choroby prionowe człowieka - niektóre mają składnik genetyczny, inne składnik zakaźny).

1.6.2. Poprawa w zakresie wskazówek dla użytkownika

Poniższe zasady służą jako wskazówki dla użytkownika. Użytkownicy mogą spodziewać się znalezienia chorób w określonych miejscach podczas przeglądania schematu drzewa. Grupy użytkowników mogą potrzebować grupowania danych lub tworzenia podzbiorów z uwzględnieniem innych przyczyn. Mnogie kody nadrzędne w Komponencie Podstawowym służą rozwiązaniu tego problemu.

1) Jeżeli stan może występować w dwóch lub więcej miejscach, należy zidentyfikować te inne miejsca i dodać je w roli drugorzędnych kodów nadrzędnych, np. nowotwór złośliwy okrężnicy

jest zakodowany w rozdziale o nowotworach, ale jest również pokazany w rozdziale dotyczącym chorób układu pokarmowego. W przypadku, gdy grupa stanów chorobowych musi być przedstawiona w więcej niż jednym miejscu i nie ma grupowania pasującego do tego konkretnego grupowania, należy w odpowiednim miejscu utworzyć okno (brak podstawowych elementów podrzędnych, brak terminów, brak kategorii rezydualnych).

2) Jeżeli jeden stan chorobowy można pomylić z innym stanem chorobowym o podobnej nazwie, należy dodać uwagę „Nie obejmuje". (np. „Grypa wywołana przez zidentyfikowany wirus grypy sezonowej" zawiera adnotację „Nie obejmuje: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane przez Haemophilus influenzae [H. influenzae]").

3) Jeśli wymagane są alternatywne sposoby zestawienia danych, należy utworzyć specjalną listę linearyzacyjną w roli drugiego kodu nadrzędnego (np. choroby zakaźne według czynnika). Schemat kodowania poszczególnych wpisów pozostanie schematem używanym do pełnej klasyfikacji międzynarodowej.

4) Tam, gdzie choroby niektórych układów organizmu występują w różnych rozdziałach, należy pozwolić na zastosowanie specjalistycznej linearyzacji odpowiednich chorób. Schemat kodowania poszczególnych wpisów pozostanie schematem używanym do pełnej klasyfikacji międzynarodowej. Obecnie istnieją specjalistyczne linearyzacje dla podstawowej opieki zdrowotnej, dermatologii, neurologii, okulistyki oraz w szczególnych przypadkach, takich jak Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób dla Onkologii (ICD-O) i Międzynarodowa Klasyfikacja Zewnętrznych Przyczyn Urazów (ICECI).

5) Termin wycofany - termin/pojęcie uznane za nieważne (nieaktualne) do stosowania w bieżącej wersji ICD-11, które może jednak nadal występować w zapisach. Użytkownik wyszukujący termin oznaczony jako „wycofany" zobaczy po nim oznaczenie „(wycofany)". Terminy wycofane są ukryte w Przeglądarce ICD-11 (lista tabelaryczna) i nie są wyświetlane w sekcji „Wszystkie terminy indeksowe".

1.6.3. Wprowadzenie do procesu aktualizacji ICD-11

Aktualizacja klasyfikacji ICD-11 jest prowadzona na różnych poziomach i z różną częstotliwością.
Na bieżąco aktualizowane są:

- Komponent Podstawowy ICD-11,
- wpisy indeksowe ICD-11.

Oficjalne wydania klasyfikacji ICD-11 są publikowane:

- co roku - do międzynarodowego stosowania w zakresie umieralności i chorobowości (klasyfikacja znana jako „niebieska przeglądarka");
- co pięć lat - w przypadku aktualizacji wpływających na kody cztero- i pięcioznakowe;
- co dziesięć lat - w przypadku aktualizacji zasad dotyczących umieralności i chorobowości, które mają istotny wpływ na wyniki statystyczne i wymagają aktualizacji w długoterminowych cyklach.

Stworzono wystandaryzowany proces w celu zapewnienia, aby proponowane aktualizacje były gromadzone, przekierowywane, przeglądane i należycie rozpatrywane przed ich wdrożeniem.

Każdy użytkownik klasyfikacji może zgłosić propozycję aktualizacji ICD. Tego rodzaju aktualizacje mogą dotyczyć jednej lub większej liczby jednostek ICD. Mogą odnosić się do umiejscowienia jednostek na liście tabelarycznej, w Komponencie Podstawowym oraz do dowolnego elementu wzorca treści.

Platforma serwisowa ICD-11 (znana jako „pomarańczowa przeglądarka") służy do zgłaszania propozycji i przekazywania komentarzy. Wszelkie zgłoszenia dotyczące ICD-11 i jego komponentów wymagają odpowiedniego udokumentowania źródeł, przedstawienia dowodów naukowych oraz uzyskania zgody właściciela praw autorskich do wszelkich materiałów objętych ochroną (jeżeli ma to zastosowanie).

1.6.4. Modyfikacje krajowe dotyczące kodowania chorobowości

Korzystanie z ICD w specyficznym kontekście systemu opieki zdrowotnej danego kraju może wymagać szczegółów, które nie są obecnie częścią ICD-11, na przykład ze względu na specyficzne ustawienia lub wymagania systemu refundacji. Tego typu zmiany będą podlegać temu samemu międzynarodowemu procesowi, jakiemu podlegają wszystkie inne zmiany w ICD, a następnie staną się częścią Komponentu Podstawowego i ostatecznie Statystyk Umieralności i Chorobowości (Mortality and Morbidity Statistics, MMS), najlepiej przed ich wdrożeniem w kraju wnioskującym.

Może zaistnieć sytuacja, w której rząd krajowy lub powiązana z nim instytucja krajowa będzie potrzebować natychmiastowej modyfikacji. W takich okolicznościach należy unikać konfliktów z obecnym Komponentem Podstawowym, a odpowiednie zmiany będą podlegać specjalnym mechanizmom międzynarodowego procesu aktualizacji. Wszystkie kraje planujące wprowadzenie krajowych modyfikacji muszą dokonać odpowiednich ustaleń umownych z WHO. Obejmuje to regulacje dotyczące dystrybucji w danym kraju i poza nim oraz zasoby niezbędne WHO do wprowadzenia takich zmian do podstaw.

W celu opracowania krajowej modyfikacji ICD-11 należy przestrzegać następujących zasad:

- W idealnym przypadku modyfikacje zostaną uzgodnione przez organy obsługi technicznej ICD-11 przed ich wdrożeniem na szczeblu krajowym.
- Modyfikacje nie powinny wpływać na statystyki chorobowości i umieralności i nie powinny kolidować z podstawą.
- Zatwierdzenie wszystkich krajowych modyfikacji będzie uzależnione od tego, czy w podstawie istnieje już odpowiedni dodatkowy szczegół.
- W przypadku wprowadzenia zmiany do międzynarodowej wersji ICD-11, odpowiednia modyfikacja krajowa musi jak najszybciej wprowadzić zmianę.

Przykład

„Cukrzyca typu 1" w wersji ICD-11 WHO jest klasyfikowana jako 5A10. Modyfikacja krajowa może wymagać dodania dodatkowych szczegółów do kodów ICD-11. Na przykład „Cukrzyca typu 1, niekontrolowana" może zostać dodana jako podkategoria do 5A10, jako 5A10.1 Cukrzyca typu 1, niekontrolowana. Jeśli jednak mechanizm rozpoznanie końcowego (postkoordynacji) zapewnia niezbędne szczegóły, dodanie nowej podkategorii może nie być konieczne.

2. Część 2 - Korzystanie z ICD-11

2.1. Podstawowe wskazówki dotyczące kodowania i raportowania

Kodowanie to przypisanie jednego lub większej liczby kodów w celu przedstawienia znaczenia stanu chorobowego z tak dużą szczegółowością, jak jest to wymagane. Przed przystąpieniem do kodowania osoba odpowiedzialna za kodowanie umieralności powinna zapoznać się z zasadami klasyfikacji i kodowania. W niektórych przypadkach użycie jednego kodu zapewni wystarczającą ilość szczegółów. W innych przypadkach może być konieczne użycie kilku kodów razem, aby wyrazić poziom szczegółowości wymagany przez rozpoznanie, okoliczności lub przepisy prawa.

Do kodowania zaleca się użycie inteligentnego narzędzia służącego do kodowania ICD-11, które może być używane online i offline. Zapewnia użytkownikom prosty, zautomatyzowany sposób znajdowania i wybierania potrzebnych kategorii. Gdy wyszukiwanie pokazuje raczej klaster kodów, a nie pojedynczy kod podstawowy, narzędzie może zwrócić skompletowany klaster.

Oprogramowanie nie może zawierać list ani innych podpowiedzi, które mają kierować zapisem lub kodowaniem, ponieważ z konieczności ograniczają one zakres rozpoznań, a zatem mają negatywny wpływ na dokładność i użyteczność zapisu i raportu.

Może istnieć alternatywny sposób użycia drukowanej wersji ICD-11, ale ta opcja nie jest zalecana, ponieważ jest czasochłonna i może powodować zamieszanie w znajdowaniu i wybieraniu poprawnych kodów lub kombinacji kodów bez podpowiedzi, jakie zapewnia elektroniczne narzędzie do kodowania. W przypadku braku środowiska elektronicznego, można szukać konkretnego rozwiązania we współpracy z WHO.

2.2. Lista tabelaryczna, specjalne listy tabelaryczne, kwalifikatory i modyfikatory

Lista tabelaryczna to alfanumeryczna lista chorób i grup chorób, uwagi dotyczące włączenia i wyłączenia oraz niektóre zasady kodowania. Rozdziały od 1 do 25 ICD zawierają około 15 000 jednostek na poziomie cztero-, pięcio- lub sześcioznakowym.

Ponadto istnieje sekcja poświęcona kodom rozszerzającym (2.9) i część poświęcona medycynie tradycyjnej (1.5). Specjalne listy tabelaryczne są prezentowane na końcu Listy tabelarycznej. Specjalne listy tabelaryczne nie są przeznaczone do kodowania, ale służą wyłącznie do tworzenia tabel i raportowania (2.25).

2.3. Indeks

Indeks alfabetyczny to lista złożona z ponad 120 000 terminów klinicznych (w tym synonimów lub wyrażeń). Indeks służy do wyszukiwania odpowiednich kodów ICD lub kombinacji kodów dla terminów klinicznych. Wzmianka dotycząca terminu znajdująca się w indeksie służy wyłącznie kodowaniu. Wzmianka dotycząca terminu znajdująca się w indeksie nie oznacza zatwierdzenia lub poparcia określonego stanu.

2.4. Przewodnik

Przewodnik zawiera wprowadzenie do kontekstu, komponentów i przeznaczenia ICD. Opisuje różne elementy ICD-11, zawiera wytyczne dotyczące certyfikacji, rejestrowania, zasad kodowania umieralności (tj. przyczyn zgonów) i kodowania chorobowości (np. statystyki szpitalne) oraz listy do tabelarycznego zestawienia danych statystycznych.

2.5. Przeglądarka i narzędzie do kodowania

WHO zapewnia przeglądarkę i narzędzie do kodowania („niebieska przeglądarka") dla ICD-11 w wielu językach https://icd.who.int. Narzędzie to pozwala użytkownikowi na uzyskanie pojęć poprzez wyszukanie terminów, anatomii lub jakiegokolwiek innego elementu znalezionego w treści ICD-11 (patrz 1.2.5 Komponent Podstawowy i listy tabelaryczne ICD-11).

WHO zapewnia również platformę serwisową („pomarańczowa przeglądarka") (patrz 3.12 Załącznik A: Aktualizacja i użytkowanie ICD-11). Narzędzie to pozwala użytkownikom przyczynić się do aktualizacji i ciągłego doskonalenia ICD-11. Tego typu wkład jest składany w formie wniosku ze szczegółowym uzasadnieniem, dowodami naukowymi i publikacjami posiadającymi recenzje, aby uzasadnić rozpatrzenie wniosku o włączenie, które odbywa się raz w roku. (Patrz 3.12 Załącznik A: Aktualizacja i użytkowanie ICD-11)

Na potrzeby kodowania WHO zapewnia Inteligentne narzędzie kodujące ICD-11, czyli prosty, zautomatyzowany sposób znajdowania i wybierania potrzebnych kategorii.

Dostęp do ICD-11 można również uzyskać za pomocą usług internetowych z oprogramowaniem specyficznym dla użytkownika. Instrukcja informatyczna do ICD zawiera więcej szczegółów na temat wymagań dotyczących kompatybilności.

Zarówno usługi sieciowe, jak i przeglądarka internetowa umożliwiają dostęp do wszystkich list tabelarycznych ICD, statystyk umieralności i chorobowości, podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalistycznych linearyzacji przeznaczonych do użytku w określonych wyspecjalizowanych domenach.

2.6. Kodowanie krok po kroku - termin kliniczny

W poniższej tabeli porównano etapy kodowania w wersji papierowej i elektronicznej. Istotnym elementem kodowania jest znalezienie dopasowania do zgłaszanego terminu klinicznego - konieczne jest posiadanie dobrego słownika w odpowiednim języku i weryfikacja otrzymanego kodu pod kątem dodatkowych reguł. W środowisku elektronicznym programowo osadzone instrukcje mogą weryfikować zgodność z zasadami kodowania.

Kodowanie elektroniczne	Kodowanie papierowe
1. Wprowadzić wyrażenie lub termin w narzędziu do kodowania	1. Wyszukać termin wiodący w indeksie alfabetycznym i odpowiednie terminy drugorzędowe.
2. Wybrać pasujący termin lub najbliższy temu, który jest wyszukiwany spośród wyświetlonych opcji	2. Wybrać pasujący termin lub najbliższy temu, który jest wyszukiwany spośród wyświetlonych opcji

Kodowanie elektroniczne	Kodowanie papierowe
3. Zweryfikować wynik w widoku przeglądarki listy tabelarycznej, aby zobaczyć, co obejmuje, a czego nie obejmuje oraz zapoznać się z uwagami podanymi na poziomie danej kategorii, jej poziomach grupowania oraz na poziomie rozdziału.	3. Zweryfikować wynik na liście tabelarycznej (Tom 1), aby zobaczyć, co obejmuje, a czego nie obejmuje oraz zapoznać się z uwagami podanymi na poziomie danej kategorii, jej poziomach grupowania i na poziomie rozdziału.

Przeglądarka internetowa i narzędzie do kodowania WHO są dostępne pod adresem https://icd.who.int.

2.7. Konwencje ICD-11

ICD-11 posiada standardowe sposoby prezentacji treści. Konwencje opisują treść tekstową, a także odnoszą się do struktury kodowania.

2.7.1. Terminy „Obejmuje”

W ramach zakodowanych kategorii znajdują się zazwyczaj inne opcjonalne terminy diagnostyczne. Są one znane jako terminy „Obejmuje” i są podane, oprócz tytułu, jako przykłady rozpoznań, które należy zaklasyfikować do tej kategorii. Mogą odnosić się do różnych chorób lub być synonimami. Nie stanowią podkategorii do kategorii.

Terminy „Obejmuje” są wymienione przede wszystkim jako przewodnik po treści kategorii, oprócz opisów. Wiele spośród wymienionych pozycji odnosi się do ważnych lub powszechnych terminów należących do kategorii. Inne to stany graniczne lub umiejscowienia wymienione w celu odróżnienia granicy pomiędzy jedną podkategorią a drugą. Lista terminów „Obejmuje” nie jest w żadnym wypadku wyczerpująca.

Alternatywne nazwy jednostek diagnostycznych (synonimy) są zawarte i pokazane w elektronicznym narzędziu służącym do kodowania i w Indeksie Alfabetycznym.

Czasami konieczne jest przeczytanie terminów „Obejmuje” w połączeniu z tytułami. Zwykle dzieje się tak, gdy terminy „Obejmuje” przedstawiają listy umiejscowień lub produktów farmaceutycznych, w których należy zrozumieć odpowiednie słowa z tytułu (np. „nowotwór złośliwy …”, „uraz …”, „toksyczne skutki …”). Ogólne opisy diagnostyczne wspólne dla szeregu kategorii lub wszystkich podkategorii w czteroznakowej kategorii można znaleźć w uwagach pod nagłówkiem „Obejmuje”, bezpośrednio po tytule rozdziału, grupy lub kategorii.

2.7.2. Terminy „Nie obejmuje”

Niektóre kategorie zawierają listy stanów chorobowych poprzedzonych terminem „Nie obejmuje”. Są to stany sklasyfikowane gdzie indziej. Przykładem tego jest 5A60 Nadczynność przysadki, która wyklucza zespół Cushinga.

Termin „Nie obejmuje” służy jako odniesienie w ICD i pomaga wytyczyć granice kategorii.

Ogólne wyłączenia dotyczące szeregu kategorii lub wszystkich podkategorii znajdują się w uwagach pod nagłówkiem „Nie obejmuje”, bezpośrednio po tytule rozdziału, grupy lub kategorii.

Mnogie kody nadrzędne w ICD-11 przedstawiają kategorie w kontekście kodów równorzędnych, które są umieszczone w innym miejscu w klasyfikacji. Jest to również wskazanie do wykluczenia i oznacza, że „kody równorzędne są zakodowane gdzie indziej". W wersji drukowanej i elektronicznej jest to oznaczone etykietą „sklasyfikowane gdzie indziej".

2.7.2.1. Instrukcje „Należy również zakodować" oraz „W razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu"

Instrukcje „Należy również zakodować" informują użytkownika o wymaganych dodatkowych informacjach etiologicznych, które muszą być zakodowane w klastrze z określonymi kategoriami, ponieważ te dodatkowe informacje są istotne dla tabeli podstawowej. Stwierdzenie „Należy również zakodować" oznacza kategorie, które muszą być używane w połączeniu ze wskazanym drugim kodem(-ami). Jednak w niektórych przypadkach etiologia może być nieznana, chociaż stan ten sam w sobie wymaga leczenia. W takiej sytuacji można zgłosić jeden samodzielny kod.

Na przykład kategoria Zaćma cukrzycowa oznacza, że „Należy również zakodować" typ cukrzycy. Oznacza to, że w połączeniu z kodem „zaćma cukrzycowa" należy przypisać kod typu cukrzycy. Oba kody podstawowe dla typu cukrzycy i zaćmy cukrzycowej są zawsze zgłaszane jako klaster.

„W razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu" — instrukcje informują użytkownika o opcjonalnych dodatkowych szczegółach, które można zakodować.

2.7.3. „NGI" [„Niesklasyfikowany gdzie indziej"] i „BNO" [„Bliżej nieokreślony"]

2.7.3.1. „NGI" [„Niesklasyfikowany gdzie indziej"]

Określenie „niesklasyfikowany gdzie indziej", użyte w tytule kategorii, służy jako ostrzeżenie, że niektóre określone warianty wymienionych chorób mogą pojawić się w innych częściach klasyfikacji. Na przykład, NF09 Działania niepożądane, niesklasyfikowane gdzie indziej. Kody, do których dołączony jest opis „niesklasyfikowany gdzie indziej", należy stosować tylko wtedy, gdy jedna z pozostałych opcji dostępnych w klasyfikacji nie jest odpowiednia.

2.7.3.2. „BNO" [„Bliżej nieokreślony"]

Litery BNO są skrótem terminu „bliżej nieokreślony", co oznacza, że dokumentacja używana do klasyfikacji nie zawiera więcej szczegółów poza podanym terminem. Oznacza „nieokreślony", „nie w pełni określony" lub „niesprecyzowany". Czasami termin „niesprecyzowany" jest jednak klasyfikowany do rubryki dla bardziej szczegółowego rodzaju choroby. Dzieje się tak dlatego, że w terminologii medycznej najczęściej występująca postać choroby jest często znana pod nazwą ogólną samej choroby i kwalifikowane są tylko mniej powszechne typy. Na przykład „zapalenie gardła" jest powszechnie używane w znaczeniu „ostre zapalenie gardła". Te wbudowane założenia zostały wzięte pod uwagę, aby uniknąć błędnej klasyfikacji.

Dokładna kontrola terminów „Obejmuje" ujawni, gdzie zakładana przyczyna została wyjaśniona. Osoby odpowiedzialne za kodowanie umieralności powinny uważać, aby nie zakodować terminu jako „niesprecyzowany", chyba że jest całkiem jasne, że nie są dostępne żadne informacje, które pozwoliłyby na bardziej szczegółowe przypisanie w innym miejscu. Podobnie, przy interpretacji statystyk opartych na ICD, niektóre choroby przypisane do wyraźnie określonej kategorii nie będą tak określone w zakodowanym rekordzie. Podobnie, przy interpretacji statystyk opartych na ICD, niektóre choroby

przypisane do wyraźnie określonej kategorii nie będą tak określone w zakodowanym rekordzie. Na przykład przed ósmą rewizją zakładano, że „niesprecyzowany" tętniak aorty jest spowodowany kiłą (nie ma to już miejsca od czasu wprowadzenia ICD-10). W ICD-11 w większości przypadków terminologia „BNO" wskazuje na nieokreślone kategorie, tak aby przyszła analiza danych mogła zająć się założeniami dotyczącymi znaczenia językowego.

Dodatkowe terminy dozwolone w kodowaniu ICD:

- Wybrane
- Inne
- Nieokreślone
- i
- lub
- Z powodu
- z
- Spowodowane przez
- Przypisane do
- Wtórne do
- Związane z

2.7.4. „Wybrane"

Termin „wybrane" jest używany, gdy pewne jednostki, które mogą być zgrupowane w określonej lokalizacji w klasyfikacji, są zgrupowane gdzie indziej poza bieżącym rozdziałem lub blokiem. Na przykład, 8B22 Wybrane określone choroby naczyń mózgowych oznacza, że w tym miejscu zakodowane są tylko niektóre określone choroby naczyń mózgowych, podczas gdy inne określone typy chorób naczyń mózgowych znajdują się w innym miejscu klasyfikacji.

2.7.5. Kategorie rezydualne - „Inne" i „Nieokreślone"

Kodowanie ICD-11 należy zawsze uzupełniać w taki sposób, aby uwzględnić możliwie najbardziej specyficzny poziom szczegółowości przy użyciu jednego kodu lub wielu kodów, jak opisano powyżej. Istnieją jednak okoliczności, w których nie jest to możliwe i z tego powodu ICD-11 zawiera kategorie zatytułowane „inne" i „nieokreślone". W niektórych przypadkach informacje niezbędne do wybrania określonej kategorii mogą nie być dostępne w dokumentacji źródłowej. W takim przypadku wybierana jest kategoria rezydualna „nieokreślone". I odwrotnie, zdarzają się sytuacje, w których informacje w dokumentacji źródłowej są bardzo szczegółowe, ale lista tabelaryczna nie zawiera określonej kategorii. W takim przypadku użytkownicy identyfikują najbliższe dopasowanie kategorii i kodują kategorię rezydualną zatytułowaną „inne".

2.7.6. Użycie „i” oraz „lub”

Słowa „i” oraz „lub” w ICD-11 są używane w ich znaczeniu w logice formalnej. Termin zawierający stwierdzenie typu „A i B” oznacza, że zarówno A, jak i B muszą być obecne, aby użyć tej kategorii. Termin zawierający stwierdzenie typu „A lub B” oznacza, że kategoria może być użyta, jeśli występuje A lub B.

2.7.7. „Ze względu na” i „powiązane z”

„Ze względu na” jest preferowanym terminem dla kategorii, w których wymienione są dwa stany i istnieje między nimi sekwencja przyczynowa. Inne terminy, takie jak „spowodowane” lub „przypisane do” są dozwolonymi synonimami. Wyrażenie „wtórne do” jest równoważne i może być również uwzględnione jako synonim. „Powiązane z” jest preferowanym terminem dla kategorii, w których wymieniono dwa stany, ale nie ma sugerowanej sekwencji przyczynowej.

2.7.8. Pisownia, nawiasy, gramatyka i inne konwencje

Pisownia i gramatyka w ICD-11 są zgodne z zasadami brytyjskimi z wyjątkami i poprawkami zgodnymi z zasadami pisowni WHO. Szczegółowe konwencje zostały wymienione poniżej. Terminologia ICD-11 wykorzystuje następujące konwencje:

Terminy są wymienione w liczbie pojedynczej. Na przykład „Powierzchowny uraz owłosionej skóry głowy” zamiast „Powierzchowne urazy owłosionej skóry głowy”. Istnieją wyjątki, gdy forma pojedyncza nie ma zastosowania, na przykład „Mnogie urazy głowy” oraz gdy termin opisuje grupę chorób, jak „Łagodne nowotwory naczyń”.

Nie należy używać apostrofów z eponimami. Na przykład „chłoniak Hodgkina” (zamiast „chłoniak Hodgkin'a”)

Jednostki są opisywane językiem naturalnym. Na przykład „zawał mięśnia sercowego” (zamiast „zawał, mięsień sercowy”).

Skróty drukowane są wielkimi literami, po których następuje pełny tytuł. Na przykład „ZMS - [zawał mięśnia sercowego]”.

Nawiasy są używane w liście tabelarycznej, aby zawrzeć kod, do którego odnosi się termin „Nie obejmuje”. Na przykład, 9A01.3 Zakaźne zapalenie brzegów powiek Nie obejmuje: Zapalenie brzegów powiek i spojówek (9A60.4)

2.7.9. Cechy ogólne

Główną innowacją strukturalną ICD-11 jest to, że klasyfikacja ta opiera się na Komponencie Podstawowym, z którego pochodzą listy tabelaryczne (takie jak klasyfikacja statystyk chorobowości i umieralności). Patrz 1.2.5 Komponent Podstawowy i listy tabelaryczne ICD-11.

Tabela 1: Terminologia ICD-11

Termin ICD-11	Wyjaśnienie
Komponent podstawowy	Podstawowa zawartość bazy danych, która zawiera wszystkie informacje niezbędne do wygenerowania drukowanych wersji listy tabelarycznej i indeksu alfabetycznego, a także dodatkowe informacje potrzebne do wygenerowania specjalistycznych linearyzacji ICD-11 i modyfikacji specyficznych dla kraju.
Kod podstawowy	Kody podstawowe to kody, których można używać samodzielnie. Można je znaleźć w tabelarycznej liście ICD-11 dla statystyk umieralności i chorobowości. Kody podstawowe mogą być jednostkami lub grupami o dużym znaczeniu lub stanami klinicznymi, które zawsze należy opisywać jako jedną kategorię. Konstrukcja kodów podstawowych zapewnia, że w przypadkach użycia, które wymagają tylko jednego kodu na przypadek, zebrane zostanie istotne minimum informacji.
Kod rozszerzający	Kody rozszerzające to listy dodatkowych informacji, które można dodać do kodu podstawowego, gdy użytkownicy i placówki potrzebują bardziej szczegółowego raportowania. Kody rozszerzające nie wykluczają się wzajemnie. Nie zostały zaprojektowane jako klasyfikacja, ale mogą wykazywać hierarchię i nigdy nie mogą być używane bez kodu podstawowego w kontekście klasyfikacji statystycznej. Kody rozszerzające nigdy nie mogą pojawić się na pierwszej pozycji w klastrze. Kody rozszerzające mogą być używane samodzielnie w innym kontekście, np. do dokumentacji urządzenia.
Rozpoznanie wstępne (prekoordynacja)	Kody podstawowe mogą zawierać wszystkie istotne informacje o koncepcji klinicznej we wstępnie połączonej formie. Określa się to mianem rozpoznania wstępnego „prekoordynacji”. Przykład: BD50.40 Tętniak aorty brzusznej z perforacją Przykład: CA40.04 Zapalenie płuc wywołane przez Mycoplasma pneumoniae
Rozpoznanie końcowe (postkoordynacja)	Stosowanie wielu kodów (tj. kodów podstawowych i/lub kodów rozszerzających) razem w celu pełnego opisania udokumentowanej koncepcji klinicznej. Rozpoznanie końcowe (postkoordynacja) jest z zasady dozwolona dla wszystkich osi, o ile używany jest co najmniej jeden kod podstawowy. API, przeglądarka i narzędzie do kodowania ułatwiają postkoordynację w niektórych obszarach. Inne obszary postkoordynacji muszą być kodowane indywidualnie, ale mogą być wspierane przez przyszłe aktualizacje ICD-11, gdy zajdzie taka potrzeba.
Klaster	Klaster to jednostki w ramach rozpoznania końcowego (postkoordynacji), które są połączone za pomocą ukośnika (/) lub znaku ampersand (&). Przykład: Rozpoznanie: Wrzód dwunastnicy z ostrym krwotokiem Klaster: DA63.Z/ME24.90 Stan - DA63 Wrzód dwunastnicy, nieokreślony Posiada objawy (w razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu) - ME24.90 Ostre krwawienie z przewodu pokarmowego, niesklasyfikowane gdzie indziej
Kody nadrzędne, pierwotne i wtórne	Hierarchia ICD-11 jest zdefiniowana w taki sam sposób jak w poprzednich wersjach ICD. Wprowadzono możliwość łączenia określonych chorób i pojęć w ramach klasyfikacji z innym kodem nadrzędnym, aby umożliwić tworzenie

Termin ICD-11	Wyjaśnienie
	określonych wyciągów z listy tabelarycznej na potrzeby określonych specjalności medycznych lub określonych przypadków użycia. Przykład: Kod złośliwego nowotworu skóry znajduje się w rozdziale dotyczącym nowotworów złośliwych. Pierwotnym kodem nadrzędnym tego kodu jest kod lub blok z tego rozdziału. Jednak lekarz leczący wyłącznie choroby skóry może chcieć zobaczyć tylko te kody z klasyfikacji, które są istotne dla jego konkretnego celu klinicznego. Dlatego w rozdziale o skórze zdefiniowano wtórny kod nadrzędny, który pokaże kod w tym rozdziale tylko w przypadku, gdy zostanie wybrany konkretny wyciąg kodów służący do wykorzystania w przypadku, którym zajmuje się ten lekarz.

2.8. Kody podstawowe

Kody podstawowe ICD-11 to kody z określonej listy tabelarycznej, których można używać samodzielnie. Kody podstawowe mogą być jednostkami lub grupami o dużym znaczeniu lub jednostkami klinicznymi, które zawsze powinny być opisywane jako jedna jednostka. Konstrukcja kodów podstawowych zapewnia, że w przypadkach użycia, które wymagają tylko jednego kodu na przypadek, zebrane zostanie istotne minimum informacji.

Kody podstawowe ICD-11 zostały uporządkowane w 26 rozdziałach, które są zgodne z tradycyjnym wzorcem ICD, odnoszącym się do etiologii, odpowiedniego układu narządów, stanu matki, stanu okołoporodowego, przyczyn zewnętrznych i czynników wpływających na stan zdrowia.

2.9. Kody rozszerzające

Kody rozszerzające są przewidziane do wykorzystania jako kody uzupełniające lub dodatkowe, gdy pożądane jest określenie bardziej szczegółowych informacji w jednostkach klasyfikacyjnych w innym miejscu. Włączenie nowych kodów rozszerzających do ICD-11 daje możliwość kodowania informacji kwalifikujących i tworzy powiązanie z kodami podstawowymi. Kody rozszerzające zostały zaprojektowane w celu ujednolicenia sposobu dodawania dodatkowych informacji do kodów podstawowych, a przyjęcie wielowymiarowego kodowania prowadzi do znacznego zmniejszenia liczby kodów podstawowych. Kody rozszerzające mogą być używane samodzielnie w innych kontekstach, np. dokumentacja urządzenia.

Kody rozszerzające nie wykluczają się wzajemnie. Nie są klasyfikacją do celów statystycznych i nigdy nie mogą być używane bez kodu podstawowego. Kody rozszerzające nigdy nie mogą pojawić się na pierwszej pozycji w klastrze klasyfikacji. Podczas kodowania określonego stanu można połączyć jeden kod rozszerzający lub więcej kodów rozszerzających.

Istnieją dwa główne typy kodów rozszerzających:

Kody rozszerzające typu 1 umożliwiają użytkownikowi dodanie szczegółów do kodu podstawowego pod względem stopnia ciężkości, czasowości, anatomii, histopatologii stanu lub innych wymiarów, takich jak substancje i wyroby medyczne. Na przykład, jeśli rozpoznanie brzmi „wypadanie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym kręgosłupa na poziomie C5-C6”, kod rozszerzający dotyczący anatomii XA1X49 Krążek międzykręgowy szyjny lub przestrzeń międzykręgowa szyjna C5-C6 można

dodać do kodu podstawowego FA80.1 Zwyrodnienie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego z wypadnięciem krążka międzykręgowego, aby uchwycić szczegóły zawarte w rozpoznaniu.

Kody rozszerzające typu 2 stanowią deskryptory kodu diagnostycznego, które wskazują, w jaki sposób rozpoznanie ma być używane i/lub interpretowane. Znaczenie kodu odnosi się do tego samego stanu, ale użycie typu 2 - kodu rozszerzające deskryptora kodu diagnostycznego zmienia jego interpretację. Na przykład w przypadku zgłaszania zdarzeń niepożądanych ważne jest zakodowanie czasu rozpoznania w kategoriach XY6M Obecny przy przyjęciu, XY69 Rozwinął się po przyjęciu, albo XY85 Niepewny czas wystąpienia objawów w stosunku do przyjęcia do szpitala.

- Przegląd kodów rozszerzających typu 1
- Poziom stopnia ciężkości
- Czasowość (przebieg choroby)
- Etiologia
- Wartość skali topologii
- Anatomia i topografia
- Histopatologia
- Rozległość urazu
- Wielkość przyczyn zewnętrznych
- Świadomość
- Substancje
- ICD-O
- Urządzenia, sprzęty i materiały zdrowotne
- Przegląd Typu 2 - Kody rozszerzające - Deskryptory kodów diagnostycznych
- Typy rozpoznania przy wypisie
- Czas rozpoznania
- Czas rozpoznania w odniesieniu do zabiegu operacyjnego
- Metoda diagnostyczna potwierdzająca rozpoznanie
- Pewność rozpoznania
- Czas rozpoznania położniczego
- Deskryptory kontaktu

- Zdolność lub kontekst

2.10. Rozpoznanie wstępne (prekoordynacja) i rozpoznanie końcowe (postkoordynacja)

Niektóre kody podstawowe zawierają wszystkie istotne informacje na temat koncepcji klinicznej we wstępnie połączonej formie. Określa się to mianem rozpoznania wstępnego „prekoordynacji".

Stan zdrowia można dokładniej opisać na dowolnym poziomie szczegółowości, stosując więcej niż jeden kod lub „postkoordynację" (tj. kombinację kodów):

- dwóch lub więcej kodów podstawowych (tj. kod1/kod2)
- kodów podstawowych z jednym lub większą liczbą kodów rozszerzających. (tj. kod podstawowy&kod rozszerzający1&kod rozszerzający2)

Grupa kodów, które zostały skoordynowane, nazywana jest „klastrem". Ukośnik (/) lub znak ampersand (&) służy do przedstawienia powiązania pomiędzy kodami rozpoznania końcowego (postkoordynacji). W ten sposób klasyfikacja może odnosić się do wielu koncepcji klinicznych z ograniczonym zakresem kategorii.

Przykład

Koncepcja prekoordynacji w przypadku stanu kodowanego za pomocą jednego kodu: 2C25.2 Rak płaskonabłonkowy oskrzela lub płuca w ramach rozpoznania wstępnego (prekoordynacji) zawiera zarówno miejsce, jak i patologię, które są połączone w jednym, kodzie podstawowym po rozpoznaniu wstępnym (prekoordynacji).

Przykład

Rozpoznanie końcowe (postkoordynacja) pojęć połączonych w klaster: stan - „zakażenie dróg moczowych wywołane przez bakterie Escherichia coli wytwarzające beta-laktamazę o rozszerzonym spektrum" wyrażany jest poprzez połączenie dwóch powiązanych lub uzyskanych w wyniku rozpoznania końcowego (postkoordynacji) kodów podstawowych. Stan: GC08.0 Zakażenie układu moczowego o nieokreślonym umiejscowieniu wywołane przez Escherichia coli Powiązane z (w razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu): MG50.27 Escherichia coli wytwarzająca beta-laktamazę o rozszerzonym spektrum działania Kod klastra: GC08.0/MG50.27

Oś rozpoznania końcowego (postkoordynacji)	Opis
„Ma stan powodujący" - to pole wskazuje stan będący przyczyną, który należy zakodować, gdy jest znany. Przyczyną stanu można porównać do kodu „krzyżykowego" w ICD-10. Ta opcja występuje w jednostkach, które są zwykle spowodowane przez szereg różnych stanów i w tym przypadku narzędzie do kodowania informuje, że jest obowiązkowa rozpoznanie końcowe (postkoordynacja).	Obowiązkowe jest zakodowanie stanu powodującego w tabeli podstawowej, gdy jest on znany. „Występuje stan powodujący" jest dodawany do kategorii, które są spowodowane chorobą podstawową. Na przykład retinopatia ma cukrzycę jako „stan powodujący". Stany powodujące powinny być uważane za wymagane w prawie wszystkich sytuacjach i muszą być stosowane w stanach, które stanowią objaw.

Oś rozpoznania końcowego (postkoordynacji)	Opis
„Ma objawy” - monituje użytkownika o zakodowanie wszelkich objawów. Objawy można porównać do kodów „gwiazdkowych” w ICD-10. Ta opcja występuje w jednostkach, w których mogą rozwijać się objawy.	Zakodowanie objawów choroby jest opcjonalne. Na przykład cukrzyca „ma objawy”, takie jak retinopatia. To kodowanie należy uznać za „dozwolone” w prawie wszystkich sytuacjach. Wymienione objawy są zwykle próbką tych, które często wynikają z choroby.
„Powiązane z” - gdy stany zostały uchwycone razem w celu uzyskania pełnego obrazu, ale niekoniecznie oznaczają scenariusz przyczynowo-skutkowy.	To pole jest używane, gdy do pełnego opisania stanu wymagane jest wiele kodów. Na przykład „związany z” służy do powiązania kodów oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe z kodami zakażenia. Ten kod może być „dozwolony” lub „wymagany” w zależności od sytuacji.

Szczególne przypadki rozpoznania końcowego (postkoordynacji):

Kody przyczyn zewnętrznych są „dozwolone” w celu zidentyfikowania przyczyny urazu i są „związane z" urazami.

Kod przyczyny zewnętrznej służący do identyfikacji konkretnego leku jest „dozwolony” z jednostkami zaczynającymi się od słowa lub zawierającym słowo „polekowy”.

Kody przyczyn zewnętrznych dla sposobu i mechanizmu powstania szkód związanych z opieką zdrowotną są „powiązane z” kodami szkody.

2.10.1. Dodawanie szczegółów - rozpoznanie końcowe (postkoordynacja) i kodowanie klastra z mnogimi kodami podstawowymi i kodami rozszerzającymi

Należy zakodować informacje dotyczące etiologii oraz manifestacji choroby będącej przedmiotem zainteresowania. W niektórych przypadkach kod ICD odnosi się do obu (tj. prekoordynowanych), podczas gdy w innych przypadkach, aby wyrazić odpowiedni szczegół, należy użyć więcej niż jeden kod podstawowy (i/lub kod rozszerzający). To wymaga rozpoznania końcowego (postkoordynacji).

Uwaga: Jeżeli stan jest już prekoordynowany i ma przypisany kod ICD-11 MMS, należy zastosować istniejący prekoordynowany kod podstawowy ICD-11 MMS. Nigdy nie należy stosować postkoordynacji w celu odtworzenia znaczenia kodu prekoordynowanego.

Należy również pamiętać, że wszystkim jednostkom ICD w Komponencie Podstawowym przypisano Ujednolicony Identyfikator Zasobu (URI). Jeżeli określona jednostka nie ma przypisanego kodu ICD-11 MMS, a na potrzeby wybranych zastosowań krajowych wymagane jest gromadzenie bardziej szczegółowej lub bardziej swoistej jednostki, kraj może w tym celu gromadzić identyfikator URI. Patrz punkt 2.12 „Rejestracja i raportowanie w wersji elektronicznej”.

Np. ostre krwawienie z wrzodu dwunastnicy

Kod podstawowy: DA63.Z Wrzód dwunastnicy, nieokreślony ma objawy (w razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu): ME24.90 Ostre krwawienie z przewodu pokarmowego, niesklasyfikowane gdzie indziej; Klaster: DA63.Z/ME24.90

Np. ostre zapalenie oskrzelików wywołane przez wirus RSV

Kod: CA41.0 Ostre zapalenie oskrzelików wywołane wirusem syncytialnym układu oddechowego; Wyjaśnienie: Ze względu na fakt, że zapalenie oskrzelików wywołane przez RSV jest pojęciem po prekoordynacji w ICD-11, niepoprawne/zakazane jest powielanie znaczenia rozpoznania za pomocą kodu podstawowego i kodu rozszerzającego (tj. nie należy kodować: [CA41.Z] Ostre zapalenie oskrzelików, nieokreślone&XN275 Ludzki syncytialny wirus oddechowy)

Np. Złamanie trzonu kości łokciowej

Kod: NC32.2 Złamanie trzonu kości łokciowej; Wyjaśnienie: Ze względu na fakt, że złamanie trzonu kości łokciowej jest pojęciem po prekoordynacji w ICD-11, niepoprawne/zakazane jest powielanie znaczenia rozpoznania za pomocą kodu podstawowego i kodu rozszerzającego (tj. nie należy kodować: NC32.Z Złamanie przedramienia, nieokreślone&XA8U33 Trzon kości łokciowej)

W całej klasyfikacji ICD mogą być mniej oczywiste przypadki. W środowisku elektronicznym programowo osadzone instrukcje pomogą uniknąć tego rodzaju błędu. Do celów raportowania wszelkie skorelowane kody są łączone za pomocą ukośnika (/) między kodami podstawowymi i znaku ampersand (&) w celu rozdzielenia kodów podstawowych z kodami rozszerzającymi.

2.10.2. Łączenie kodów podstawowych i kodów rozszerzających oraz ich kolejność w złożonym klasterze kodów

Kody podstawowe z innych części ICD i kody rozszerzające można łączyć ze sobą w celu szczegółowego opisania koncepcji klinicznej. Muszą być zgrupowane w ramach transmisji i oceny danych, aby nie utracić informacji przekazywanych przez wspólną grupę kodów. Taka grupa kodów określana jest mianem klastra. Kodowanie klastra wymaga użycia określonej składni, aby wskazać, które kody należą do siebie, gdy korzysta się z rozpoznania końcowego (postkoordynacji). Ta składnia musi być zgodna z następującymi zasadami:

Jeśli zakodowany jest tylko jeden kod podstawowy, nie trzeba przestrzegać mechanizmów grupowania.

Np. Stan: Ostry zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST BA41.0 Ostry zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST

Podczas rozpoznania końcowego (postkoordynacji) w celu utworzenia klastra, kody podstawowe są zawsze kodowane przed kodami rozszerzającymi. (Należy jednak zwrócić uwagę na złożony scenariusz grupowania przedstawiony w Przykładzie 5 poniżej, w którym kombinacja wielu kodów podstawowych i połączonych kodów rozszerzających jest połączona w jeden złożony klaster).

Jeśli jeden kod podstawowy jest poddawany rozpoznaniu końcowym (postkoordynacji) za pomocą jednego lub więcej kodów rozszerzających, używaną składnią łączenia jest znak ampersand (&).

Przykład 1: Ostry zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST, ściana przednia, gałąź przednia zstępująca lewej tętnicy wieńcowej

Stan (kod) - Ostry zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST BA41.0 Ostry zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST Specyficzna anatomia - XA7RE3 Przednia ściana serca

Specyficzna anatomia - XA7NQ7 Gałąź przednia zstępująca lewej tętnicy wieńcowej Klaster: BA41.0&XA7RE3&XA7NQ7

Przykład 2: Ostre odmiedniczkowe zapalenie nerek, strona lewa, E. coli; choroba (kod) - GB51 Ostre bakteryjne cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek (ostre odmiedniczkowe zapalenie nerek)

Lateralizacja - XK8G Lewy Czynnik zakaźny - XN6P4 Escherichia coli Klaster: GB51&XK8G&XN6P4

Jeśli dwa kody podstawowe określają rozpoznanie końcowe (postkoordynację), to w celu dostarczenia dodatkowych szczegółów, ważne jest, aby postępować według kolejności (w ramach klastra) zgodnie z przypadkiem użycia (np. umieralność lub chorobowość). Pierwszy kod podstawowy będzie oddzielony od drugiego kodu podstawowego ukośnikiem (/).

W przypadku, gdy podczas analizy danych dotyczących umieralności (podstawowej przyczyny zgonu) i profilaktyki zdrowotnej można zachować tylko jeden kod, pierwszeństwo należy przyznać kodowi, który najlepiej opisuje etiologię choroby. Jeżeli do analizy danych dotyczących chorobowości można zachować tylko jeden kod, pierwszeństwo należy przyznać stanowi głównemu (stanowiącemu powód przyjęcia do szpitala po badaniu ustalonym na koniec epizodu opieki medycznej).

Przykład 3: Porządkowanie kodów odnośnie umieralności (podstawowa przyczyna zgonu) w klastrze

Pacjent zmarł z powodu śpiączki cukrzycowej. Pacjent miał cukrzycę typu 2. Stan chorobowy (ostateczna przyczyna zgonu): 5A23 Śpiączka cukrzycowa Stan chorobowy (podstawowa przyczyna zgonu): 5A11 Cukrzyca typu 2 Kolejność klastrów dotyczących umieralności: 5A11/5A23

Przykład 4: Porządkowanie kodów odnośnie chorobowości (stan główny) w klastrze (jeśli tylko jeden kod może zostać zachowany podczas analizy danych)

Pacjent przyjęty do szpitala w śpiączce cukrzycowej. Pacjent miał cukrzycę typu 2. Stan główny: 5A23 Śpiączka cukrzycowa Inny stan: 5A11 Cukrzyca typu 2 Kolejność klastrów dotyczących chorobowości: 5A23/5A11

Jeżeli kod podstawowy wraz z kodami rozszerzającymi jest wynikiem rozpoznania końcowego (postkoordynacji), a inny kod podstawowy z kilkoma dodatkowymi kodami rozszerzającymi i jest również zakodowany w klastrze, należy zaprojektować specyficzny sposób łączenia kodów, aby wyraźnie rozróżnić, które kody rozszerzające w klastrze należą do których kodów podstawowych. Należy przestrzegać następującej składni: Zgłaszany jest pierwszy kod podstawowy, po którym następuje znak ampersand „&", po którym następuje jeden lub więcej kodów rozszerzających, każdy z nich oddzielony znakiem ampersand „&". Następnie ukośnik „/" oddziela tę pierwszą sekcję klastra od następnego kodu podstawowego, po którym następuje znak ampersand „&" i kody rozszerzające dla tego konkretnego kodu podstawowego, każdy ponownie oddzielony znakiem ampersand „&".

Przykład 5: kod podstawowy & kod rozszerzający / kod podstawowy & kod rozszerzający & kod rozszerzający

Przepuklina pachwinowa po stronie lewej z ostrą niedrożnością; Stan (kod) - DD51 Przepuklina pachwinowa
Lateralizacja - XK8G Lewy
Związana z (w razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu) - ME24.2 Niedrożność układu

pokarmowego
Przebieg - XT5R Ostra Klaster: DD51&XK8G/ME24.2&XT5R

Rozpoznanie końcowe (postkoordynację) należy stosować wyłącznie do łączenia kodów w celu opisania i pełnego scharakteryzowania udokumentowanej koncepcji klinicznej. W przypadku, gdy dokumentacja opisuje dwie różne koncepcje kliniczne, które są reprezentowane przez oddzielne kody podstawowe, nie należy ich zgłaszać razem w skoordynowanym klastrze.

Przykład 6: Uraz z powodu upadku pieszego

Wstrząśnienie mózgu i otwarte złamanie trzonu kości łokciowej lewej z powodu upadku na nierówny chodnik:

Stan (kod) 1 - NA07.0 Wstrząśnienie mózgu
Ma stan powodujący (również kod) - PA60 Niezamierzony upadek na tym samym poziomie lub z mniej niż 1 metra
Przedmioty będące powodem upadku istot żywych - XE1DA Powierzchnia nierówna, niesklasyfikowana gdzie indziej
Miejsce wystąpienia - XE53A Chodnik Klaster - NA07.0/ PA60& XE1DA&XE53A

Stan (kod) 2 - NC32.2 Złamanie trzonu kości łokciowej
Lateralizacja - XK8G Lewy
Złamanie otwarte lub zamknięte - XJ7YM Złamanie otwarte
Związane z: PA60 Niezamierzony upadek na tym samym poziomie lub z mniej niż 1 metra
Przedmioty będące powodem upadku istot żywych - XE1DA Powierzchnia nierówna, niesklasyfikowana gdzie indziej
Miejsce wystąpienia - XE53A Chodnik Klaster: NC32.2 & XK8G& XJ7YM /PA60 & XE1DA & XE53A

Instrukcje programowo osadzone w Komponencie Podstawowym ICD-11 ułatwiają korzystanie z często używanych kombinacji kodów. Kombinacje kodów nie ograniczają się do tych, których stosowanie jest ułatwione przez te instrukcje. Dodawane są dodatkowe instrukcje w oparciu o wymagania użytkowników.

2.10.3. Czas rozpoznania - „Obecny przy przyjęciu" w porównaniu z „Rozwinął się po przyjęciu"

Wśród nowych deskryptorów szczególnie ważny jest zestaw kodów rozszerzających typu 2, który pozwala odróżnić rozpoznania występujące przy przyjęciu do szpitala od rozpoznań powstałych po przyjęciu do szpitala, tj. w okresie hospitalizacji.

To ostatnie rozróżnienie jest szczególnie ważne, ponieważ pozwala na celową identyfikację szeregu rozpoznań wewnątrzszpitalnych, które mogą stanowić zdarzenia niepożądane związane z opieką zdrowotną. Większość pojęć zakodowanych w dokumentacji szpitalnej to stany występujące przy przyjęciu do szpitala. Zdając sobie z tego sprawę, bardzo interesujące będzie zaznaczenie rozpoznania, która powstało po przyjęciu do szpitala.

Przykład 1:

Pacjent z wieloletnią cukrzycą typu 1, przyjęty do szpitala z powodu zawału mięśnia sercowego.

Stan główny: Zawał mięśnia sercowego

Inny stan: Cukrzyca typu 1

W tym przypadku oba stany są obecne przy przyjęciu, ale jeden z nich (zawał mięśnia sercowego) nie musi być kodowany jako „obecny przy przyjęciu", ponieważ jest to choroba główna, oznaczona w tym przykładzie jako „stan, który uznaje się za przyczynę przyjęcia do szpitala, ustaloną na końcu opieki medycznej". Odpowiednie kodowanie tego scenariusza obejmuje zatem kombinację dwóch klastrowych jednostek kodowania, z których każda obejmuje kod podstawowy połączony z towarzyszącym kodem rozszerzającym, tj.:

„Kod podstawowy dla ostrego zawału mięśnia sercowego" i „Kod rozszerzający dla typu rozpoznania przy wypisie określający przyczynę stanu głównego"; BA41&XY0Y

„Kod podstawowy cukrzycy typu 1" i „Czas rozpoznania Kod rozszerzający dla 'obecny przy przyjęciu"; 5A10&XY6M

Należy zauważyć, że dla obu zakodowanych jednostek w powyższym przykładzie używany jest znak ampersand (&). W pierwszym klastrze kod podstawowy zawału mięśnia sercowego jest połączony z kodem rozszerzającym typu rozpoznania dla typu rozpoznania stanu głównego. W drugim klastrze kod podstawowy cukrzycy typu 1 jest połączony z kodem rozszerzającym czasu rozpoznania oznaczającym obecność przy przyjęciu do szpitala.

Przykład 2:

Pacjent z wieloletnią cukrzycą typu 1, przyjęty do szpitala z powodu bólu w klatce piersiowej. Po ocenie rozpoznano zawał mięśnia sercowego. U chorego rozwija się zakrzepica żył głębokich kończyny dolnej prawej jako powikłanie wewnątrzszpitalne.

Stan główny: Zawał mięśnia sercowego

Inne stany: Cukrzyca typu 1; Zakrzepica żył głębokich (pojawiająca się po rozpoczęciu pobytu w szpitalu)

W tym przykładzie kod rozszerzenia czasu rozpoznania dla stanu, który „rozwinął się po przyjęciu" jest połączony kodem klastrowym z kodem podstawowym „zakrzepicy żył głębokich". Tymczasem dwie pierwsze koncepcje diagnostyczne są zakodowane dokładnie tak, jak w poprzednim przykładzie. tj.

„Kod podstawowy dla ostrego zawału mięśnia sercowego" i „Rozpoznanie przy wypisie Kod rozszerzający dla stanu głównego"; BA41&XY0Y

„Kod podstawowy cukrzycy typu 1" i „Kod rozszerzający czasu rozpoznania dla „obecny przy przyjęciu"; 5A10&XY6M

„Kod podstawowy dla zakrzepicy żył głębokich", „prawy" i „Kod rozszerzający czasu rozpoznania dla „Rozwinął się po przyjęciu"; BD71.4&XK9K&XY69

Ponownie, każda z trzech jednostek klastra używa znaku ampersand „&", ponieważ drugi kod (i trzeci kod) w klastrze jest kodem rozszerzającym.

2.11. Sekcja uzupełniająca ocenę funkcjonowania

Sekcja uzupełniająca ocenę funkcjonowania w ICD-11 pozwala na kodowanie i ocenę funkcjonowania zgodnie z ICF, ale na poziomie operacyjnym. W celu szczegółowej rejestracji i oceny należy użyć pełnego ICF. Koncepcje w niniejszej sekcji są zgodne z ICF i umożliwiają łatwe przejście do ICF. Projekt sekcji dotyczącej funkcjonowania w ICD-11 obejmuje dokumentowanie i ocenę poziomu funkcjonowania osób:

- na potrzeby ogólnej praktyki lekarskiej, w zakresie oceny niezdolności do pracy,
- na potrzeby świadczeń socjalnych jak świadczenia z tytułu niezdolności do pracy czy renty wypadkowej,
- na potrzeby płatności lub zwrotu kosztów,
- w zakresie oceny potrzeb dotyczących rehabilitacji, pomocy zawodowej lub opieki długoterminowej,
- na potrzeby oceny wyników leczenia.

Sekcja uzupełniająca ocenę funkcjonowania w ICD-11 zapewnia przyjazne dla klinicystów narzędzia służące do standaryzowanej oceny i dokumentacji funkcjonowania. Sekcja uzupełniająca ocenę funkcjonowania w ICD-11 pozwala na dodanie w przyszłości dodatkowych instrumentów oceny.

2.11.1. Ocena funkcjonowania

2.11.1.1. WHO DAS 2.0: cechy i przypadki użycia

Kwestionariusz Oceny Niepełnosprawności WHO (ang. WHO Disability Assessment Schedule, WHODAS 2.0) jest potwierdzonym na szczeblu międzynarodowym, kulturowym i społeczno-ekonomicznym ogólnym instrumentem oceny funkcjonowania populacji osób dorosłych. WHO DAS 2.0 koncentruje się na dziedzinach Aktywności i Uczestnictwa ICF i pozwala obliczyć ogólny i swoisty dla domeny wynik funkcjonowania obejmujący następujące domeny/dziedziny:

- Funkcje poznawcze - rozumienie i komunikowanie się
- Mobilność - ruch i poruszanie się
- Dbanie o siebie - higiena, ubieranie się, jedzenie i pozostawanie samotnym
- Utrzymywanie kontaktów z innymi ludźmi - interakcja z innymi ludźmi
- Aktywność życiowa - obowiązki domowe, czas wolny, praca i szkoła
- Uczestniczenie - włączanie się w działania społeczne, uczestnictwo w życiu społecznym

Punktacja WHO DAS uwzględnia wiele poziomów trudności dla każdego elementu WHO DAS 2.0 (tj. punktacja oparta na IRT). Ten rodzaj punktacji dla WHO DAS 2.0 pozwala na bardziej szczegółowe analizy, które wykorzystują pełne informacje z kategorii odpowiedzi do analizy porównawczej w populacjach lub subpopulacjach. Pobiera kodowanie dla każdej odpowiedzi dla każdej pozycji osobno jako „brak", „łagodny", „umiarkowany", „ciężki" i „ekstremalny", a następnie wykorzystuje obliczenia

do określenia wyniku sumarycznego poprzez zróżnicowane ważenie pozycji i poziomów stopnia ciężkości.

Punktacja składa się z trzech etapów:

1) Krok 1 - Zsumowanie zakodowanych ocen z poszczególnych pozycji w każdej dziedzinie.

2) Krok 2 - Zsumowanie wszystkich sześciu wyników domen.

3) Krok 3 - Przekształcenie wyniku sumarycznego na miernik z zakresu od 0 do 100 (gdzie 0 = brak niepełnosprawności; 100 = pełna niepełnosprawność).

Składnia punktacji WHO DAS 2.0 jest wymieniona online poprzez link udostępniony poniżej.

Kluczowe cechy WHODAS 2.0 obejmują:

Skala kliniczna wywodząca się z ICF o ugruntowanych psychometrycznych właściwościach trafności, rzetelności i wrażliwości na zmiany w czasie.

Miara kardynalna, która ma zastosowanie we wszystkich stanach zdrowia i pozwala na generowanie ogólnych i swoistych dla domeny wyników funkcjonowania.

Ustalone normy populacyjne.

Połączenie tych cech odróżnia WHO DAS 2.0 od innych instrumentów klinicznych.

WHO DAS 2.0 można wykorzystać do oceny funkcjonowania w wielu przypadkach użycia:

Klinicyści mogą określić ilościowo skuteczność swojej interwencji w obrębie swojej populacji klinicznej i w odniesieniu do populacji ogólnej.

Osoby oceniające niepełnosprawność mogą określić status niepełnosprawności w sposób uczciwy, przejrzysty, bezstronny i porównywalny.

Eksperci ds. refundacji mogą mierzyć jakość (wynik funkcjonowania) grup Casemix/JGP.

WHO DAS 2.0 został opracowany do użytku w populacji osób dorosłych i obecnie nie ocenia uszkodzeń ciała ani czynników środowiskowych. Użytkownicy, którzy chcą ocenić upośledzenie funkcji organizmu i mogą skorzystać z Modelowej Ankiety dotyczącej Niepełnosprawności (Model Disability Survey, MDS) [1], które są również zawarte w części dotyczącej oceny funkcji w Rozdziale V.

Wersje WHO DAS 2.0 w trzech różnych formatach (np. administrowane przez lekarza, administrowane samodzielnie i administrowane przez pełnomocnika) można znaleźć za pośrednictwem linku podanego poniżej.

Instrukcja WHO DAS 2.0 zawiera praktyczne wskazówki dotyczące administrowania i oceniania za pomocą WHO DAS 2.0, w tym informacje na temat prostego i złożonego algorytmu punktacji (Teoria reakcji na pozycję, ang. Item-Response-Theory, IRT) oraz norm populacyjnych dla wersji WHODAS zawierających 12 i 36 pozycji. Instrukcję WHO DAS 2.0 można pobrać za pośrednictwem linku do strony internetowej WHO - WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) -

https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule wraz z innymi wersjami językowymi WHO DAS 2.0.

[1] MDS to badanie populacji ogólnej oparte na ICF, opracowane przez WHO i Bank Światowy, które dostarcza szczegółowych i zróżnicowanych informacji na temat życia osób niepełnosprawnych. Umożliwia bezpośrednie porównanie grup o różnym stopniu i profilu niepełnosprawności.

2.11.1.2. WHO DAS 2.0: reprezentacja i struktura kodowania

Aby umożliwić łatwe wyszukiwanie informacji, każdy element WHODAS 2.0 ma przypisany kod alfanumeryczny reprezentujący przechwycone koncepcje odpowiedniego elementu. Kod rozpoczyna się od liter „VD", po których następuje losowo przypisana liczba. Dodatkowe informacje i wartości specyficzne dla pozycji (tj. pytanie dotyczące pozycji, pięciopunktowa skala odpowiedzi) są zawarte w interfejsach API ICD-11, co umożliwia łatwą integrację instrumentu i automatyczne obliczanie punktacji w dowolnej aplikacji (np. integracja WHO DAS 2.0 dając wynik pomiaru stanu zdrowia w Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (ang. Electronic Medical Record, EMR). Sześć dziedzin WHODAS 2.0, w ramach, których zgrupowano 36 pozycji instrumentu, przedstawiono jako nagłówek blokowy. Podobnie jak inne nagłówki blokowe ICD-11, są im przypisywane identyfikatory URI, ale nie kod. Tabela 1 poniżej przedstawia przykład, w jaki sposób reprezentowany jest element WHO DAS 2.0

Element WHO DAS 2.0	Kod ICD-11	URI
Uwaga [WHODAS]	VD00	http://id.who.int/icd/entity/532448599
Pytanie dotyczące opisu pozycji	Ustawiona wartość skali odpowiedzi w danej pozycji	Zmapowana kategoria ICF
Ze względu na stan zdrowia, w ciągu ostatnich 30 dni, jak duże trudności sprawiała ci koncentracja na robieniu czegoś przez dziesięć minut?	1=brak trudności; 2=niewielka trudność, 3=umiarkowana trudność; 4=poważna trudność 5=całkowita trudność	d160 Skupianie uwagi

2.11.2. Ogólna jednostka funkcjonowania

2.11.2.1. Jednostki funkcjonowania: cechy i przypadki użycia

Głównym narzędziem służącym do dokumentowania funkcjonowania jest lista ogólnych dziedzin funkcjonowania wywodząca się z Załącznika 9 ICF oraz ogólnego zestawu podstawowego ICF.

Ogólna lista umożliwia klinicystom wygenerowanie zakodowanego profilu funkcjonowania osoby, który może być wykorzystany do wielu celów, takich jak - ustalanie celów - monitorowanie zmian - komunikacja w ramach ciągłości opieki.

Ze względu na fakt, że lista jest bezpośrednio powiązana z ICF, może: - Ułatwić wspólne korzystanie z ICD i ICF (kodować raz - użyć wiele razy) - Służyć jako punkt wejścia do korzystania z pełnego ICF.

2.11.2.2. Jednostka funkcjonowania: struktura reprezentacji i kodowania

Zgodnie z modelem treści WHO FIC funkcjonująca jednostka musi składać się z dwóch komponentów, tj. kategorii i kwalifikatora. Oba mają przypisany kod alfanumeryczny i identyfikator URI do

reprezentowania przechwyconych koncepcji. Kod rozpoczyna się od liter „VV", po których następuje losowo przypisana liczba. Kategoria i kwalifikator funkcjonowania są powiązane dzięki rozpoznaniu końcowym (postkoordynacji).

2.12. Rejestracja i raportowanie w wersji elektronicznej

W dokumentacji elektronicznej będzie realizowana zasada bezstratnego zbierania informacji u źródła. Najlepsza praktyka obejmuje raportowanie następujących elementów:

- Pole tekstowe, które zawiera termin kliniczny lub przyczynę zgonu z dokładnym sformułowaniem zgłoszonym przez pracownika ochrony zdrowia, oraz
- Pole danych, które przechowuje identyfikator (URI) wybranej jednostki ICD-11 (indeks, tytuł kodu lub inny element), który stanowi najdokładniejsze dopasowanie dla tego tekstu.
- Pole danych dla odpowiedniego kodu ICD-11.

W ten sposób jakość kodowania można zweryfikować w dowolnym momencie. Ponadto można zidentyfikować i przeanalizować określone choroby, niezależnie od tego, czy są one powiązane z indywidualnym kodem ICD czy połączone w jeden kod z innymi chorobami.

Kodowanie powinno odbywać się za pomocą narzędzi opartych na API ICD-11, takich jak narzędzie do kodowania ICD-11. Oprogramowanie nie może zawierać list ani innych podpowiedzi, które mają kierować zapisem lub kodowaniem, ponieważ z konieczności ograniczają one zakres rozpoznań, a zatem mają negatywny wpływ na dokładność i użyteczność zapisu i raportu.

2.13. Komponent Podstawowy i Listy Tabelaryczne

Komponent Podstawowy to wielowymiarowy zbiór wszystkich jednostek ICD. Jednostki mogą być chorobami, zaburzeniami, urazami, przyczynami zewnętrznymi, oznakami i objawami. Niektóre jednostki mogą obejmować szeroki zakres, na przykład „uraz kończyny górnej", podczas gdy inne są określane bardziej szczegółowe, na przykład „skaleczenie skóry kciuka". Komponent Podstawowy zawiera również niezbędne informacje, aby wykorzystać jednostki do zbudowania listy tabelarycznej. Komponent Podstawowy zawiera informacje o tym, gdzie i jak dana jednostka jest reprezentowana na liście tabelarycznej, czy staje się grupowaniem, kategorią z kodem podstawowym lub czy jest wymieniona jako termin włączający w określonej kategorii.

Z Komponentu Podstawowego można zbudować kilka różnych list tabelarycznych. Opierając się na tym samym Komponencie Podstawowym, można utworzyć zestaw list tabelarycznych, które opierają się na tej samej strukturze drzewa hierarchicznego - tworząc spójne listy tabelaryczne. Komponent podstawowy zawiera instrukcje dotyczące łączenia niektórych kodów na liście tabelarycznej, aby uzyskać więcej szczegółów w kodowaniu. Reguły te pomagają osobom odpowiedzialnym za kodowanie umieralności i systemom komputerowym w wizualizacji dozwolonych kombinacji kodów, gdy korzystają z listy tabelarycznej.

Podstawowe listy tabelaryczne do użytku międzynarodowego:

- Statystyki Umieralności i Chorobowości (ang. Mortality and Morbidity Statistics, MMS)

- Placówki podstawowej opieki zdrowotnej o niskich zasobach (ang. Primary care low resources settings, PCL)
- Autopsja ustna (ang. Verbal Autopsy, VA)
- Lista Umieralności Początkowej (ang. Startup Mortality List, SMoL)

Pełna nazwa takiego zestawienia tabelarycznego zawsze będzie zawierać „ICD-11", np. ICD-11 MMS.

Na liście tabelarycznej jednostki Komponentu Podstawowego stają się kategoriami. Kategorie wzajemnie się wykluczają, są wyczerpujące i powiązane z drzewem monohierarchicznym (mają tylko jeden kod nadrzędny). Informacje związane z jednostką, która stała się kategorią i ma wiele kodów nadrzędnych, są nadal dostępne w Komponencie Podstawowym. Informacje te można wykorzystać do wizualizacji tej kategorii w więcej niż jednym miejscu na liście tabelarycznej, np. pokazując je w kolorze czarnym w swoim miejscu zestawień referencyjnych i w kolorze szarym w dowolnym innym miejscu do przeglądania lub alternatywnych zestawień. ICD-11 posiada wiele spójnych list tabelarycznych o różnym poziomie szczegółowości.

Komponent Podstawowy jest również źródłem danych służących do tworzenia i utrzymywania List Tabelarycznych, Indeksu i Przewodnika. Obejmuje również dodatkowe treści (patrz „model treści"), które wykraczają poza tradycyjne papierowe wykorzystanie klasyfikacji. W zależności od kraju, może zostać podjęta decyzja o wykorzystaniu pełnego Komponentu Podstawowego lub skupieniu się na częściach, które są niezbędne do tworzenia i utrzymywania Skorowidzu i Listy Tabelarycznej.

Komponent Podstawowy służy do dostosowania zawartości różnych List Tabelarycznych i zdefiniowania ich kategorii. Dzięki temu umożliwia standardowe korzystanie z klasyfikacji ICD-11, niezależnie od otoczenia, w którym jest używana. Komponent Podstawowy zawiera na przykład odnośniki do innych klasyfikacji lub terminologii, które można rozszerzyć w przyszłości. Te informacje lub ich podzbiory są wykorzystywane przy stosowaniu ICD-11 tylko wtedy, gdy są istotne dla danego kraju. Należy pamiętać, że krótka informacja o terminie lub jednostce w Komponencie Podstawowym służy wyłącznie celom ontologicznym. Krótka informacja o terminie lub jednostce w Komponencie Podstawowym nie oznacza zatwierdzenia lub uznania określonego stanu.

2.14. Główne zastosowania ICD: Umieralność

Ta sekcja dotyczy zasad i wytycznych przyjętych przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia, dotyczących wyboru pojedynczej przyczyny lub stanu do rutynowego zestawienia z kart zgonu. Podano również wytyczne dotyczące stosowania zasad i kodowania stanu wybranego do zestawienia. Wdrożenie ICD na potrzeby umieralności wymaga stworzenia infrastruktury do raportowania i przechowywania informacji, projektowania przepływu informacji, zapewniania jakości i informacji zwrotnych oraz szkolenia użytkowników klasyfikacji pracujących z danymi wejściowymi lub wyjściowymi.

Po wstępnych informacjach w niniejszej Sekcji i Sekcji 2.15, w Sekcji 2.16 wyjaśniono podstawowe pojęcia stosowane w kodowaniu umieralności. Sekcje 2.17 - 2.21, uzupełnione załącznikami w Sekcji 3.14, zawierają wskazówki dotyczące kodowania i identyfikacji podstawowej przyczyny zgonu, a Sekcja 2.25 wyjaśnia opisy stosowane w zestawieniach statystycznych i międzynarodowej sprawozdawczości dotyczącej umieralności.

2.15. Statystyki umieralności

Statystyki umieralności są szeroko stosowane w badaniach medycznych, monitorowaniu zdrowia publicznego, ocenie interwencji medycznych, alokacji zasobów zdrowotnych oraz planowaniu i kontroli opieki zdrowotnej. Analiza danych dotyczących umieralności zazwyczaj obejmuje porównanie zbiorów danych, na przykład reprezentujących różne regiony geograficzne lub różne punkty w czasie. O ile dane nie zostały uzyskane tymi samymi metodami i według tych samych standardów, takie porównania przyniosą mylące wyniki.

Aby ujednolicić tworzenie danych dotyczących umieralności, WHO wydaje międzynarodowe instrukcje dotyczące gromadzenia, kodowania i klasyfikacji danych oraz statystycznej prezentacji przyczyn zgonów. Niezwykle ważne jest, aby tworzenie danych dotyczących umieralności odbywało się zgodnie z procedurami wyszczególnionymi poniżej, ponieważ wszelkie odstępstwa od międzynarodowych instrukcji osłabią porównywalność międzynarodową. Opis pojedynczej przyczyny zgonu oraz wybrane podejścia do uchwycenia dalszych informacji o przyczynach zgonu, również zgłaszanych na zaświadczeniu, umożliwiają identyfikację trendów w zdrowiu dla danej populacji. Poniższe sekcje zawierają informacje na temat kodowania przyczyn zgonu w statystykach umieralności. Wyjaśniają podstawowe pojęcia, jak kodować stany zgłaszane w karcie zgonu oraz jak wybrać i zestawić przyczynę zgonu.

Celem tych instrukcji jest optymalizacja statystyk umieralności z punktu widzenia zdrowia publicznego. Niektóre instrukcje mogą wydawać się błędne lub wątpliwe z czysto medycznego punktu widzenia. Wciąż nie powinny być odkładane na bok, ponieważ mogą być motywowane dobrze ugruntowanymi zasadami epidemiologicznymi i zdrowia publicznego. Jeśli ewentualnie zostanie znaleziony błąd, należy go zgłosić do WHO za pośrednictwem mechanizmu składania wniosków online. WHO wyjaśni lub podejmie kroki w celu naprawienia błędu na poziomie międzynarodowym. Poszczególne kraje nie powinny zmieniać tego, co uważa się za błąd, ponieważ zmiany na poziomie krajowym doprowadzą do uzyskania danych mniej porównywalnych z danymi z innych krajów, a tym samym mniej przydatnych do analizy.

2.15.1. Co jest zawarte w tabelach: Podstawowa przyczyna zgonu

Skuteczne interwencje w zakresie zdrowia publicznego zapobiegają szkodom lub zgonom poprzez przerwanie łańcucha zdarzeń, które prowadzą do powstania szkody. W tym celu podstawową przyczynę zgonu zdefiniowano jako „a) chorobę lub uraz, które zapoczątkowały ciąg zdarzeń chorobowych prowadzących bezpośrednio do śmierci, lub b) okoliczności wypadku lub przemocy, które spowodowały śmiertelne obrażenia”, i jest wybrany do rutynowego zestawiania statystyk umieralności z jednej przyczyny. Patrz Sekcja 2.17.2 Wybór podstawowej przyczyny zgonu i 2.17 Instrukcje kodowania dotyczące umieralności, aby zapoznać się ze szczegółowymi instrukcjami kodowania w celu zidentyfikowania podstawowej przyczyny zgonu.

2.15.2. Źródło danych: Międzynarodowy Formularz Karty Zgonu (ang. Medical Certificate of Cause of Death, MCCD)

Międzynarodowe instrukcje kodowania zgonów zakładają, że dane w karcie zgonu zostały zebrane zgodnie z międzynarodowym formularzem karty zgonu według zaleceń WHO. Ramka A, w międzynarodowym formularzu część dotycząca danych medycznych jest podzielona na dwie części:

Część 1 dotyczy chorób związanych z łańcuchem zdarzeń bezpośrednio prowadzących do zgonu, a część 2 dotyczy innych istotnych chorób przyczyniających się do zgonu. Inne informacje zawarte w formularzu są również wykorzystywane do identyfikacji podstawowej przyczyny zgonu w celu zestawienia.

W celu ujednolicenia w skali międzynarodowej sposobu zbierania tych informacji, należy jak najdokładniej przestrzegać formularza. W przeciwnym razie przyczyny zgonu nie będą mogły być zakodowane i zgodnie z międzynarodowym standardem, a dane nie będą porównywalne w skali międzynarodowej. Na przykład, niektóre instrukcje kodowania dotyczą stanów zgłaszanych jako spowodowane przez pewne inne stany i w takich przypadkach ważne jest wyraźne rozróżnienie pomiędzy przyczynami zgłaszanymi w Części 1 i Części 2 karty zgonu. Ponadto informacje podane w innym miejscu w zaświadczeniu, takie jak sposób wystąpienia zgonu lub to, czy ciąża przyczyniła się do zgonu, są niezbędne przy przypisywaniu kodów wielu przyczyn do stanów określonych w zaświadczeniu i wyborze podstawowej przyczyny zestawienia.

Obowiązkiem lekarza lub innego wykwalifikowanego pracownika wypełniającego Medyczną Kartę Przyczyny Zgonu (MCCD) jest wykorzystanie swojej wiedzy klinicznej do wskazania stanów chorobowych, które doprowadziły bezpośrednio do zgonu, oraz określenia wszelkich wcześniej istniejących stanów chorobowych, które doprowadziły do ich wystąpienia. Elektroniczne systemy wystawiania Medycznej Karty Przyczyny Zgonu (MCCD) nie powinny zawierać z góry określonych list przyczyn zgonu służących jako wskazówki dla osoby wypełniającej kartę, ponieważ nieuchronnie ograniczają one zakres możliwych rozpoznań, a tym samym niekorzystnie wpływają na dokładność i użyteczność zgłaszanych danych.

<table>
<tr><td colspan="18">Dane administracyjne (można je dokładniej określić według kraju)</td></tr>
<tr><td>Płeć</td><td colspan="8">Kobieta</td><td colspan="2">Mężczyzna</td><td colspan="8">Nie wiadomo</td></tr>
<tr><td>Data urodzenia</td><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>Data zgonu</td><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr>
<tr><td colspan="18">Ramka A: Dane medyczne: Część 1 i 2</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="5">1
Zgłoszenie choroby lub stanu bezpośrednio prowadzącego do zgonu w linii a

Zgłoszenie łańcucha zdarzeń w odpowiedniej kolejności (jeśli dotyczy)

Podanie podstawowej przyczyny w najniższej wypełnionej linii</td><td rowspan="5"></td><td></td><td colspan="4">Przyczyna zgonu</td><td colspan="8">Przedział czasu od początku choroby do zgonu</td></tr>
<tr><td>a</td><td colspan="4"></td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>b</td><td colspan="4">Z powodu</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>c</td><td colspan="4">Z powodu</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>d</td><td colspan="4">Z powodu</td><td colspan="8"></td></tr>
</table>

2 Inne istotne stany chorobowe, które przyczyniły się do wystąpienia zgonu (w nawiasie po podaniu stanu można podać przedziały czasowe)	

Ramka B: Inne dane medyczne

Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przeprowadzono zabieg operacyjny?	Tak	Nie	Nie wiadomo
Jeśli tak, proszę podać datę zabiegu.	D D M M R R R R		
Jeśli tak, proszę podać powód operacji (choroba lub stan)			
Czy zażądano sekcji zwłok?	Tak	Nie	Nie wiadomo
Jeśli tak, czy ustalenia zostały podane w karcie zgonu?	Tak	Nie	Nie wiadomo

Przyczyna zgonu

Choroba	Napaść	Nie można określić
Wypadek	Interwencja prawna	Dochodzenie w toku
Celowe samouszkodzenie	Wojna	Nie wiadomo

W przypadku przyczyny zewnętrznej lub zatrucia	Data urazu:	D D M M R R R R
Proszę opisać, w jaki sposób zadziałała przyczyna zewnętrzna (w przypadku zatrucia proszę podać nazwę substancji trującej)		

Miejsce wystąpienia przyczyny zewnętrznej:

Dom	Instytucja mieszkaniowa	Szkoła, inna instytucja, obszar adm. publicznej	Teren sportowo-rekreacyjny

Ulica i autostrada	Teren handlowo-usługowy	Teren przemysłowo-budowlany	Gospodarstwo rolne
Inne miejsce (proszę określić)			Nie wiadomo

Śmierć płodu lub niemowlęcia							
Ciąża mnoga	Tak		Nie	Nie wiadomo			
Urodzenie martwe?	Tak		Nie	Nie wiadomo			
Jeśli zgon nastąpił w ciągu 24 godzin, należy podać liczbę przeżytych godzin			Waga urodzeniowa (w gramach)				
Liczba ukończonych tygodni ciąży			Wiek matki (w latach)				
W przypadku, gdy zgon nastąpił w okresie okołoporodowym, proszę podać zaburzenia u matki, które miały wpływ na płód i noworodka							
W chwili zgonu	W ciągu 42 dni przed zgonem						
Od 43 dni do 1 roku przed zgonem	Nie wiadomo						
Czy ciąża przyczyniła się do wystąpienia zgonu?	Tak		Nie	Nie wiadomo			

Dane administracyjne (można je dokładniej określić według kraju)

Płeć	☐ Kobieta	☐ Mężczyzna	☐ Nie wiadomo
Data urodzenia	D D M M R R R R	Data zgonu	D D M M R R R R

Ramka A: Dane medyczne: Część 1 i 2

1		Przyczyna zgonu	Przedział czasu od początku choroby do zgonu
Zgłoszenie choroby lub stanu bezpośrednio prowadzącego do zgonu w linii a	a		
Zgłoszenie łańcucha zdarzeń w odpowiedniej kolejności (jeśli dotyczy)	b	Z powodu	
	c	Z powodu	
Podanie podstawowej przyczyny w najniższej wypełnionej linii	d	Z powodu	

2 Inne istotne stany chorobowe, które przyczyniły się do wystąpienia zgonu (w nawiasie po podaniu stanu można podać przedziały czasowe)

Ramka B: Inne dane medyczne

Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przeprowadzono zabieg operacyjny?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiadomo
Jeśli tak, proszę podać datę zabiegu.	D D M M R R R R		
Jeśli tak, proszę podać powód operacji (choroba lub stan)			
Czy zażądano sekcji zwłok?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiadomo
Jeśli tak, czy ustalenia zostały podane w karcie zgonu?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiadomo

Przyczyna zgonu

☐ Choroba	☐ Napaść	☐ Nie można określić
☐ Wypadek	☐ Interwencja prawna	☐ Dochodzenie w toku
☐ Celowe samouszkodzenie	☐ Wojna	☐ Nie wiadomo
W przypadku przyczyny zewnętrznej lub zatrucia	Data urazu:	D D M M R R R R
Proszę opisać, w jaki sposób zadziałała przyczyna zewnętrzna (w przypadku zatrucia proszę podać nazwę substancji trującej)		

Miejsce wystąpienia przyczyny zewnętrznej:

☐ Dom	☐ Instytucja mieszkaniowa	☐ Szkoła, inna instytucja, obszar adm. publicznej	☐ Teren sportowo-rekreacyjny
☐ Ulica i autostrada	☐ Teren handlowo-usługowy	☐ Teren przemysłowo-budowlany	☐ Gospodarstwo rolne
☐ Inne miejsce (proszę określić)			☐ Nie wiadomo

Śmierć płodu lub niemowlęcia

Ciąża mnoga	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiadomo
Urodzenie martwe?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiadomo
Jeśli zgon nastąpił w ciągu 24 godzin, należy podać liczbę przeżytych godzin		Waga urodzeniowa (w gramach)	
Liczba ukończonych tygodni ciąży		Wiek matki (w latach)	
W przypadku, gdy zgon nastąpił w okresie okołoporodowym, proszę podać zaburzenia u matki, które miały wpływ na płód i noworodka			

Dla kobiet: czy kobieta, której ciąża zakończyła się zgonem, była w ciąży w czasie zgonu lub w którymś z poniższych okresów?

☐ W chwili zgonu	☐ W ciągu 42 dni przed zgonem
☐ Od 43 dni do 1 roku przed zgonem	☐ Nie wiadomo

Czy ciąża przyczyniła się do wystąpienia zgonu?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiadomo

Międzynarodowy formularz Karty Zgonu 2016

Patrz 3.14 Załącznik C: Załączniki dotyczące kodowania umieralności, gdzie przedstawiono dalsze szczegóły i wskazówki.

2.15.3. Rutynowe użytkowanie i przypadki szczególne

2.15.3.1. Systemy zgłaszania rutynowych przyczyn zgonów

W systemach zgłaszania rutynowych przyczyn zgonów każdy zgon jest poświadczany przez wykwalifikowanego lekarza, który przeprowadza dokładne badanie pośmiertne, zbiera wywiad od krewnych i ma dostęp do wszystkich wcześniej istniejących informacji medycznych na temat zmarłego. Orzeczenie lekarskie w zakresie przyczyny zgonu jest zwykle obowiązkiem lekarza prowadzącego i powinno być zgodne z międzynarodowymi zaleceniami. Procedury administracyjne powinny zapewniać poufność danych z aktów zgonu lub innej dokumentacji medycznej.

W przypadku zgonów poświadczonych przez koronerów lub inne organy prawne, dowody medyczne dostarczone do osoby poświadczającej powinny być wymienione na karcie zgonu oprócz wszelkich ustaleń prawnych.

Rutynowe zgłaszanie przyczyn zgonu jest zwykle wbudowane w proces poświadczania zgonu. Akty zgonu są prawnym wymogiem w przypadku pochówku i dziedziczenia.

2.15.3.2. Autopsja ustna

Autopsja ustna (ang. verbal autopsy, VA) to metoda stosowana do ustalenia przyczyny zgonu na podstawie wywiadu od najbliższych krewnych lub innych opiekunów, w przypadku, gdy nie ma zaświadczenia lekarskiego. Odbywa się to za pomocą wystandaryzowanego instrumentu, który uzyskuje informacje o oznakach, objawach, informacje z wywiadu i odnośnie, okoliczności poprzedzających zgon. Przyczyna zgonu lub sekwencja przyczyn, które doprowadziły do zgonu, są przypisywane na podstawie zebranych danych i innych dostępnych informacji. Zasady i wytyczne, algorytmy lub programy komputerowe mogą pomóc w ocenie informacji w celu ustalenia przyczyny zgonu.

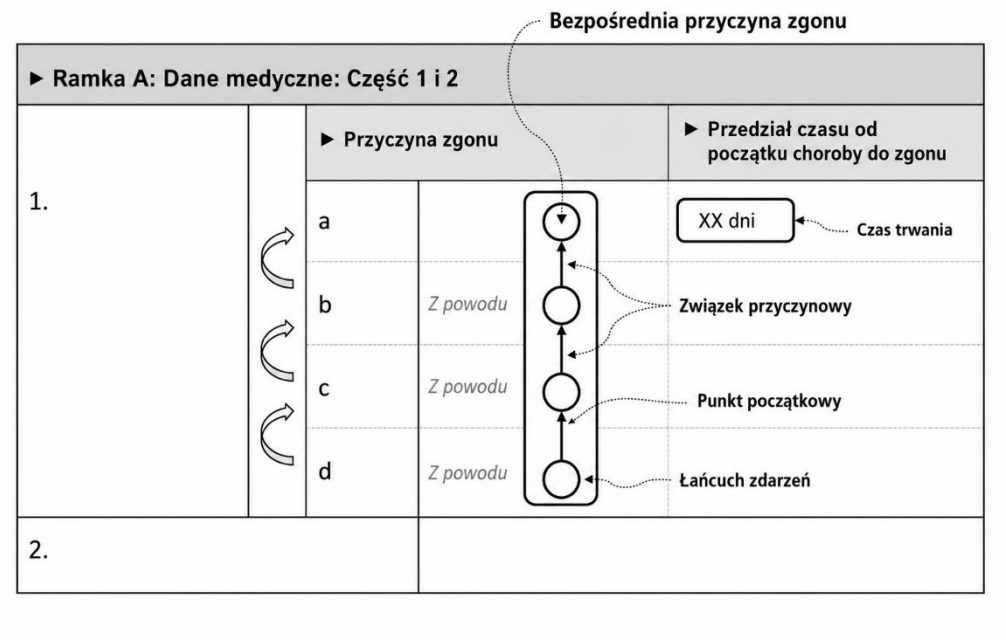
Głównym celem autopsji ustnej jest opisanie przyczyn zgonów na poziomie społeczności lub populacji na obszarach, gdzie systemy rejestracji stanu cywilnego i certyfikacji zgonów są słabe i gdzie większość ludzi umiera w domu bez kontaktu z systemem opieki zdrowotnej. Standardowe narzędzie autopsji ustnej składa się z kwestionariusza autopsji ustnej, systemu klasyfikacji przyczyn zgonu lub umieralności oraz kryteriów diagnostycznych (algorytmów eksperckich lub algorytmów opartych na danych) służących do określania przyczyn zgonu.

Proces autopsji ustnej składa się z wywiadu, rejestracji danych i identyfikacji przyczyny zgonu na podstawie raportów. Na każdym etapie czynniki mogą wpływać na frakcje umieralności specyficzne dla przyczyny oszacowanej w trakcie procesu. Poza badaniami, autopsja ustna jest realną metodą identyfikacji przyczyn zgonu w warunkach, w których żaden lekarz nie może ocenić zmarłego. Więcej informacji można znaleźć na stronie internetowej autopsji ustnej WHO[2].

[2] https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/verbal-autopsy-standards-ascertaining-and-attributing-causes-of-death-tool

2.16. Podstawowe pojęcia

Osoby odpowiedzialne za wypełnianie kart zgonu muszą znać podstawowe pojęcia wprowadzone w tej sekcji.



Podstawowe pojęcia

Podstawowe pojęcia dotyczące kodowania zgonów w międzynarodowym formularzu Karty Zgonu

2.16.1. Ostateczna przyczyna zgonu

Choroba lub stan wpisany jako pierwszy w pierwszej wypełnionej linii Części 1 karty zgonu jest przyczyną bezpośrednio prowadzącą do zgonu. Jest to określane jako ostateczna lub bezpośrednia przyczyna zgonu.

Przykład 1

1) a) Zawał mięśnia sercowego
   Z powodu
   b) Miażdżyca tętnic wieńcowych
   Z powodu
   c)
   Z powodu
   d)
2)

Zawał mięśnia sercowego jest ostateczną przyczyną zgonu, ponieważ jest wpisany jako pierwszy w pierwszej wypełnionej linii karty zgonu.

Przykład 2

1) a) Zawał mięśnia sercowego i obrzęk płuc
   Z powodu
   b) Miażdżyca tętnic wieńcowych
   Z powodu
   c)
   Z powodu
   d)
2)

Zawał mięśnia sercowego jest ostateczną przyczyną zgonu, ponieważ jest wpisany jako pierwszy w pierwszej wypełnionej linii karty zgonu.

2.16.2. Związek przyczynowy i sekwencja

Związek przyczynowy istnieje, jeśli stan wymieniony w karcie zgonu może być spowodowany innym stanem wymienionym w karcie zgonu. Termin „sekwencja” odnosi się do łańcucha lub serii zdarzeń medycznych, w których każdy etap jest powikłaniem poprzedniego etapu lub jest przez niego spowodowany. Związek przyczynowy może istnieć między dowolnymi dwoma stanami, w tym stanami przypisanymi do tego samego kodu ICD-11, niezależnie od tego, gdzie każdy stan został zgłoszony. W prawidłowo wypełnionej karcie zgonu sekwencja jest zbiorem stanów zgłaszanych linia po linii ze związkiem przyczynowym między każdym elementem. W Części 1 karty zgonu znajdują się cztery linie, w których zapisuje się sekwencję zdarzeń prowadzących do zgonu. Osoba poświadczająca może użyć tylko tylu linii, ile jest wymaganych do opisania sekwencji.

Związek przyczynowy jest uważany za dopuszczalny do kodowania zgonów, jeśli opiera się nie tylko na ocenie medycznej, ale także na względach epidemiologicznych i zdrowia publicznego. Dlatego

medycznie akceptowalny związek może być wymieniony jako niedopuszczalny w instrukcjach kodowania, ponieważ późniejszy krok w sekwencji jest ważniejszy z punktu widzenia zdrowia publicznego.

Ponadto podana sekwencja, która wydaje się nieprawdopodobna, powinna zostać zaakceptowana, jeśli jeden lub więcej kroków wyjaśniałby związek przyczynowy, nawet jeśli nie zostały one zgłoszone. Jednak takich zakładanych przyczyn pośrednich nie należy kodować, ponieważ są to założenia, a nie zgłaszane stany.

Aby zdecydować, czy określony związek przyczynowy jest akceptowalny, należy zawsze stosować instrukcje z Sekcji 2.19.1 Specjalne instrukcje dotyczące akceptowanych i odrzucanych sekwencji (kroki SP3 i SP4). Stwierdzone związki, które nie są wymienione w Sekcji 2.19.1 powinny być akceptowane w miarę możliwości, ponieważ opinia osoby poświadczającej o przyczynach prowadzących do zgonu nie powinna być lekceważona.

Przykład 1

1) a) Zawał mięśnia sercowego
   Z powodu
   b) Zakrzepica naczyń wieńcowych
   Z powodu
   c) Miażdżyca tętnic wieńcowych
   Z powodu
   d)
2)

Ostateczną przyczyną zgonu jest zawał mięśnia sercowego. Jest spowodowany zakrzepicą naczyń wieńcowych, która z kolei jest spowodowana miażdżycą naczyń wieńcowych. W rezultacie sekwencja jest następująca: zawał mięśnia sercowego z powodu zakrzepicy naczyń wieńcowych z powodu miażdżycy naczyń wieńcowych.

Przykład 2

1) a) Rozległy krwotok
   Z powodu
   b) Amputacja urazowa prawej kończyny dolnej
   Z powodu
   c) Przejechanie przez autobus
   Z powodu
   d)
2)

Ostateczną przyczyną zgonu jest krwotok. Jest to powikłanie amputacji urazowej prawej kończyny dolnej, która z kolei jest spowodowana wypadkiem autobusowym. W rezultacie sekwencja to: rozległy krwotok z powodu amputacji urazowej prawej kończyny dolnej w wyniku przejechania przez autobus.

2.16.3. Punkt wyjścia

Punktem wyjścia jest stan lub zdarzenie, które zapoczątkowało sekwencję akceptowalnych związków przyczynowych kończącą się ostateczną przyczyną zgonu. W prawidłowo wypełnionej karcie zgonu stan zgłoszony jako pierwszy w najniższej używanej linii w Części 1 jest punktem wyjścia sekwencji. Instrukcje dotyczące znalezienia punktu wyjścia znajdują się w Sekcji 2.17.3 Znalezienie punktu wyjścia (kroki SP1 do SP8).

W przypadku, gdy karta zgonu nie jest prawidłowo wypełniona, punkt wyjścia można podać gdzie indziej, a także w takich przypadkach wydawane są instrukcje dotyczące znalezienia punktu wyjścia w sposób wystandaryzowany. Dlatego ważne jest, aby stosować się do instrukcji z Sekcji 2.17.3 z zachowaniem kolejności.

Stan tymczasowo uważany za punkt wyjścia przy stosowaniu instrukcji krok po kroku jest określany jako „wstępny punkt wyjścia" (ang. tentative starting point, TSP) i może się zmieniać kilkakrotnie, kiedy instrukcje są stosowane do karty zgonu.

Przykład 1

1) a) Zawał mięśnia sercowego i obrzęk płuc
   Z powodu
   b) Miażdżyca tętnic wieńcowych
   Z powodu
   c)
   Z powodu
   d)
2)

Punktem wyjścia jest miażdżyca tętnic wieńcowych, która doprowadziła do zawału mięśnia sercowego.

Przykład 2

1) a) Zapalenie płuc
   Z powodu
   b) Złamanie biodra
   Z powodu
   c) Potknięcie się o dywan
   Z powodu
   d)
2)

Punktem wyjścia jest potknięcie się o dywan, ponieważ zapoczątkowało ciąg wydarzeń prowadzących do zgonu.

2.16.4. Czas trwania

Na karcie zgonu każdy zgłoszony stan powinien również zawierać informację o czasie trwania. Czas trwania odnosi się do okresu od początku choroby lub stanu do chwili zgonu. Należy pamiętać, że nie

zawsze jest to ten sam czas co czas rozpoznania choroby, który może być w tym samym czasie, co wystąpienie objawów lub po wystąpieniu objawów.

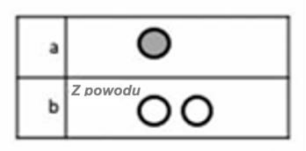
2.16.5. Pierwsza wymieniona sekwencja

Karta zgonu może zawierać kilka sekwencji akceptowalnych związków przyczynowych kończących się ostateczną przyczyną zgonu. Instrukcje kodowania są podane w celu zidentyfikowania punktu wyjścia pierwszej wymienionej sekwencji w Części 1 (Patrz także Krok SP4).

Poniższe ryciny ilustrują przykłady kart zgonów, w których każdy zgłoszony stan jest oznaczony kółkiem. Punkt wyjścia pierwszego wymienionego ciągu zaznaczono na szaro, a związek przyczynowy pierwszego wymienionego ciągu zaznaczono strzałką.

Aby zidentyfikować pierwszą wspomnianą sekwencję, należy zacząć od ostatecznej przyczyny zgonu (stan wprowadzony jako pierwszy w pierwszej wykorzystanej linii Części 1). Należy sprawdzić, czy stany w następnej linii w Części 1 mogą spowodować ostateczną przyczynę zgonu. Jeśli kilka stanów jest zgłaszanych w tej samej linii, należy kolejno sprawdzać od lewej do prawej, aż znajdzie się stan, który może spowodować ostateczną przyczynę zgonu.

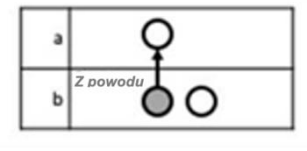
W przypadku, gdy żaden stan w następnej linii nie może spowodować ostatecznej przyczyny zgonu, nie ma sekwencji kończącej się ostateczną przyczyną zgonu. Ostateczna przyczyna zgonu jest wstępnym punktem wyjścia. Szczegółowa instrukcja jest podana także wtedy, gdy nie znajdzie się żadnej sekwencji (patrz Krok SP5).



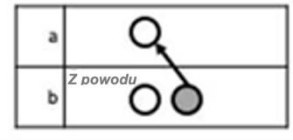
Brak sekwencji

Brak sekwencji kończącej się ostateczną przyczyną zgonu

Jeśli istnieje stan, który może spowodować ostateczną przyczynę zgonu, pierwszy stwierdzony stan, który może spowodować ostateczną przyczynę zgonu, stanowi wstępny punkt wyjścia. Jeśli w dolnych liniach nie podano żadnych stanów, sekwencja pomiędzy tym niepewnym punktem wyjścia a ostateczna przyczyna stanowi pierwszą wspomnianą sekwencję.

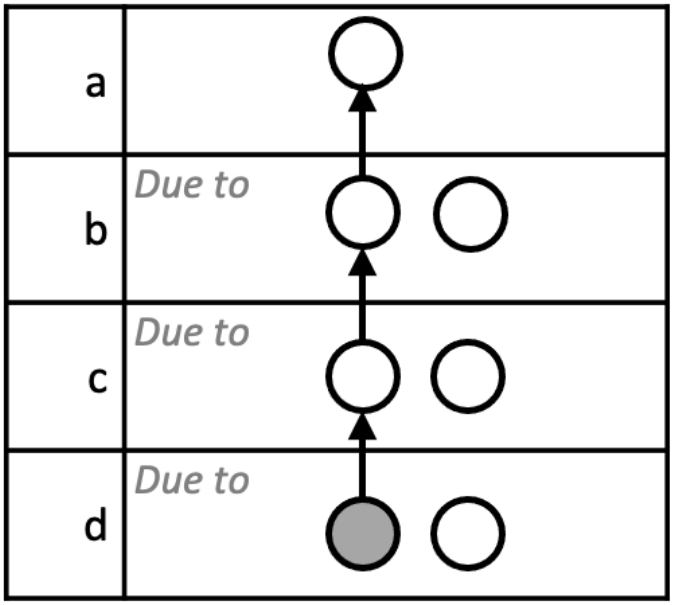


Pierwsza wspomniana sekwencja A

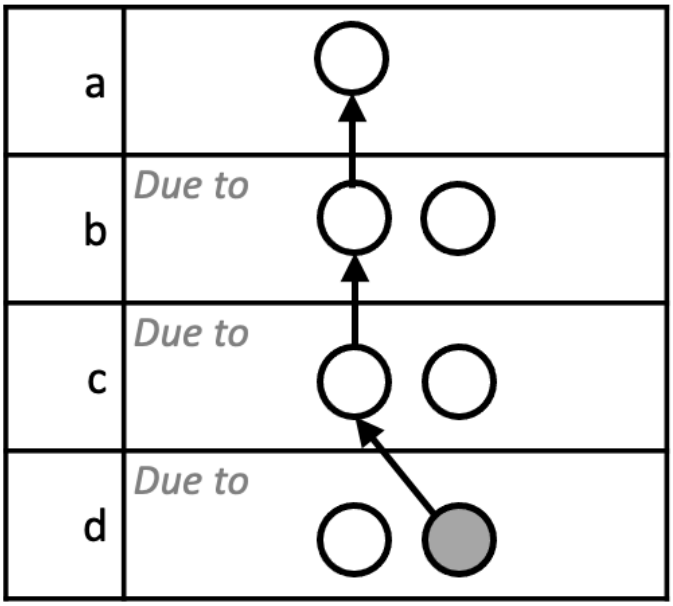


Pierwsza wspomniana sekwencja B

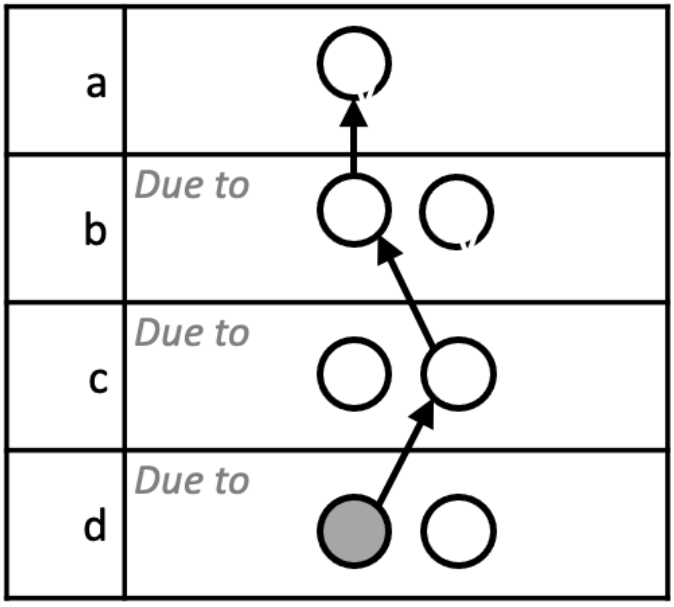
Jeśli w dolnych liniach w Części 1 zgłoszono stany, należy powtórzyć procedurę dla następnej niższej linii. Należy zacząć od wstępnego punktu wyjścia określonego w poprzednim kroku. Należy sprawdzić stany w następnej dolnej linii w Części 1, od lewej do prawej, aby określić, czy mogą one stanowić wstępny punkt wyjścia. Należy kontynuować, aż znajdzie się stan, który może spowodować wstępny punkt wyjścia. To jest nowy wstępny punkt wyjścia.



Pierwsza wspomniana sekwencja C



Pierwsza wspomniana sekwencja D



Pierwsza wspomniana sekwencja E

Jeśli nadal występują stany zgłaszane w dolnych liniach w Części 1, należy powtarzać procedurę tak długo, aż będzie można zidentyfikować nowy wstępny punkt wyjścia. Gdy nie można znaleźć żadnego

stanu, który mógłby spowodować wstępny punkt wyjścia, ostatni zidentyfikowany wstępny punkt wyjścia jest również punktem wyjścia pierwszej wymienionej sekwencji.

Przykład 1

1) a) Zapalenie płuc
   Z powodu
   b) Złamanie biodra i niewydolność serca
   Z powodu
   c) Potknięcie się o dywan, miażdżyca tętnic wieńcowych
   Z powodu
   d)
2)

Zapalenie płuc może być spowodowane złamaniem biodra, dlatego złamanie biodra jest wstępnym punktem wyjścia. Złamanie biodra może być spowodowane potknięciem, co jest nowym wstępnym punktem wyjścia. Ze względu na fakt, że nie ma przyczyn opisanych poniżej linii 1(c), potknięcie o dywan jest punktem wyjścia pierwszej wymienionej sekwencji.

Przykład 2

1) a) Zapalenie płuc
   Z powodu
   b) Niewydolność serca i złamanie biodra
   Z powodu
   c) Miażdżyca tętnic wieńcowych i potknięcie się o dywan
   Z powodu

Zapalenie płuc może być spowodowane niewydolnością serca, a zatem niewydolność serca jest wstępnym punktem wyjścia. Niewydolność serca może być spowodowana miażdżycą naczyń wieńcowych, która jest nowym wstępnym punktem wyjścia. Ze względu na fakt, że nie ma przyczyn opisanych poniżej linii 1(c), punktem wyjścia pierwszej wymienionej sekwencji jest miażdżyca tętnic wieńcowych.

Przykład 3

1) a) Zapalenie płuc
   Z powodu
   b) Złamanie biodra i niewydolność serca
   Z powodu
   c) Miażdżyca tętnic wieńcowych i potknięcie się o dywan
   Z powodu

Zapalenie płuc może być spowodowane złamaniem biodra, dlatego złamanie biodra jest wstępnym punktem wyjścia. Jednak złamanie biodra nie może być spowodowane miażdżycą tętnic wieńcowych, ale złamanie biodra może wynikać z potknięcia, co jest nowym wstępnym punktem wyjścia. Ze względu na fakt, że nie ma przyczyn opisanych poniżej linii 1(c), potknięcie się o dywan jest punktem wyjścia pierwszej wymienionej sekwencji.

2.16.6. Podstawowa przyczyna zgonu (UCOD)

Podstawowa przyczyna zgonu (ang. underlying cause of death, UCOD), zgodnie z definicją w Sekcji 2.15.1, jest stanem wybranym do zestawienia statystyk umieralności z powodu jednej przyczyny.

Stan, który jest tymczasowo uważany za podstawową przyczynę zgonu podczas stosowania instrukcji krok po kroku, jest określany jako „wstępna wyjściowa przyczyna zgonu" (ang. tentative underlying cause of death, TUC) i może kilkakrotnie zmieniać się, gdy instrukcje są stosowane do karty zgonu.

Przykład 1

1) a) Zawał mięśnia sercowego
   Z powodu
   b) Miażdżyca tętnic wieńcowych
   Z powodu
   c) Miażdżyca uogólniona
   Z powodu

Miażdżyca uogólniona zapoczątkowała ciąg zdarzeń prowadzących do zgonu, jest więc punktem wyjścia. Istnieją specjalne instrukcje modyfikacji dotyczące miażdżycy i choroby wieńcowej w ICD, a w następnym kroku miażdżyca tętnic wieńcowych jest wybierana jako wstępna wyjściowa przyczyna zgonu. Istnieją jednak dalsze instrukcje dotyczące miażdżycy naczyń wieńcowych i zawału mięśnia sercowego, a na ostatnim etapie zawał mięśnia sercowego zostaje wybrany jako wstępna wyjściowa przyczyna zgonu i jest w tym przypadku wyjściową przyczyną zgonu.

2.16.7. Priorytetowy stan wyjściowy

Niektóre instrukcje kodowania umieralności (np. kroki SP6, M1) odnoszą się do „priorytetowego stanu wyjściowego". Jest to koncepcja mająca na celu ustalenie kolejności priorytetowej, która daje pierwszeństwo stanowi wyjściowemu, gdy określone wymagania w każdej dyspozycji odnoszą się do kilku stanów w karcie zgonu.

Aby zidentyfikować priorytetowy stan wyjściowy, należy zacząć od pierwszego stanu zgłoszonego w najniższej wypełnionej linii Części 1. W przypadku gdy zgłoszonych jest kilka stanów chorobowych, należy szukać kolejno od najniższej wypełnionej linii i następnej linii powyżej oraz od lewej do prawej dla każdej linii. Jeśli nie można znaleźć priorytetowego stanu wyjściowego w Części 1, należy przeszukać Część 2, ponownie od lewej do prawej.

1	a		(7) (8)	
	b	*Due to*	(5) (6)	
	c	*Due to*	(3) (4)	
	d	*Due to*	(1) (2)	
2			(9) (10)	

Priorytetowy stan wyjściowy

2.16.8. Modyfikacja

Specjalne instrukcje kodowania dotyczące określonych sekwencji i kategorii ICD mogą prowadzić do sytuacji polegającej na tym, że stan inny niż punkt wyjścia zostanie wybrany jako wyjściowa przyczyna zgonu na potrzeby wykorzystania w statystykach. W takich przypadkach kod wyjściowej przyczyny często wyraża połączenie punktu wyjścia z innym zgłaszanym stanem lub powikłaniem lub konsekwencją punktu wyjścia, która ma szczególne znaczenie dla zdrowia publicznego. Procedura, w której kod ICD dla punktu wyjścia jest zastępowany innym kodem, określana jest mianem modyfikacji. Wskazówki dotyczące stosowania tych specjalnych instrukcji w celu zidentyfikowania wyjściowej przyczyny zgonu znajdują się w Sekcji 2.18 Sprawdzenie, czy nie nastąpiły modyfikacje punktu wyjścia (kroki od M1 do M4)

Przykład 1

1) a) Choroba serca
   Z powodu
   b) Miażdżyca uogólniona
   Z powodu
   c)
   Z powodu

Miażdżyca uogólniona zapoczątkowała ciąg zdarzeń prowadzących do zgonu, jest więc punktem wyjścia. Jednak zgodnie ze specjalną instrukcją dotyczącą miażdżycy uogólnionej, miażdżycę uogólnioną prowadzącą do chorób serca przypisuje się w statystykach umieralności do miażdżycowej choroby serca. Z powodu tej modyfikacji wyjściową przyczyną zgonu jest miażdżycowa choroba serca.

2.17. Instrukcje kodowania dotyczące umieralności

Kodując przyczyny zgonu, najpierw należy przypisać kody ICD do wszystkich stanów wymienionych w karcie zgonu. Wiele instrukcji kodowania opiera się na określonych kodach ICD i aby określić, czy którakolwiek z instrukcji ma zastosowanie, wszystkie stany na karcie zgonu muszą być zakodowane. Inne stany podane na karcie zgonu mogą mieć wpływ na kodowanie dowolnego stanu. Przypisywanie kodów dla wszystkich zgłoszonych stanów i stosowanie dowolnego wpływu jednego kodu na inny nazywa się kodowanie wielu przyczyn.

2.17.1. Wytyczne dotyczące kodowania podstawowego i kodowania wielu przyczyn

Aby rozpocząć kodowanie, należy zapoznać się z podstawowymi wskazówkami dotyczącymi kodowania podanymi w sekcjach na początku Części 2 (na przykład w Sekcjach 2.1, 2.6 i 2.10.1. W przypadku zgłoszenia wielu przyczyn należy również zapoznać się z Sekcją 2.21. Kodowanie wielu przyczyn umożliwia dogłębną analizę przyczyn zgonu, na przykład poważnych, ale możliwych do uniknięcia powikłań pewnych przyczyn podstawowych oraz wpływu współistniejących stanów na wynik procesu chorobowego. Dlatego w kodowaniu umieralności należy odnotować zarówno przyczynę podstawową, jak i inne przyczyny. Pełne kodowanie wielu przyczyn jest niezbędne do prawidłowego stosowania instrukcji ICD dotyczących wyboru i modyfikacji wyjściowej przyczyny zgonu.

Aby zapewnić spójne raportowanie nowych stanów mających znaczenie dla zdrowia publicznego na poziomie międzynarodowym, WHO może czasami publikować specjalne instrukcje dotyczące

kodowania nazwanych jednostek chorobowych lub wyboru pierwotnej przyczyny zgonu, gdy wspomniane jednostki są wymienione w karcie zgonu (MCCD). Instrukcje te zazwyczaj obejmują kody z Rozdziału 25: Kody przeznaczone do celów specjalnych - Międzynarodowa prowizoryczna klasyfikacja nowych chorób o nieustalonej etiologii oraz do użytku w sytuacjach nadzwyczajnych. Takie specjalne instrukcje powinny być stosowane z pierwszeństwem względem jakichkolwiek innych wskazówek zawartych w Przewodniku, które normalnie miałyby zastosowanie.

Po przypisaniu kodów ICD do każdej choroby lub stanu na karcie zgonu, należy zastosować się do instrukcji, aby wybrać wyjściową przyczynę zgonu. Należy pamiętać, że pełne instrukcje obejmują, w niektórych przypadkach, tabele uzupełniające zawarte w internetowej Bazie Wiedzy o Umieralności, zgodnie z opisem przedstawionym w punkcie 2.20.

2.17.2. Wybór wyjściowej przyczyny zgonu

W przypadku większości kart zgonu wybór wyjściowej przyczyny zgonu jest prostą procedurą. Istnieje jednak wiele przypadków, w których przyczyna nie jest od razu oczywista. Aby zapewnić, że zarówno proste, jak i złożone przypadki będą kodowane zgodnie z zasadami ICD dotyczącymi umieralności, ważne jest dokładne przestrzeganie instrukcji kodowania, krok po kroku. W przeciwnym razie uzyskane statystyki umieralności nie będą porównywalne w skali międzynarodowej, co poważnie obniży wartość danych na potrzeby zdrowia publicznego.

Wybór wyjściowej przyczyny zgonu obejmuje dwa oddzielne kroki. Pierwszym krokiem jest znalezienie punktu wyjścia (kroki SP1 do SP8 poniżej). Następnym krokiem jest modyfikacja punktu wyjścia, jeśli którakolwiek z instrukcji dotyczących modyfikacji ma zastosowanie, w celu odzwierciedlenia dalszych informacji zawartych w karcie zgonu (kroki od M1 do M4 poniżej). Szczegółowe instrukcje znajdują się w Sekcjach 2.18 - 2.19. Ponadto Załącznik 3.14.4 dotyczący umieralności zawiera diagram przepływu pracy ilustrujący instrukcje kodowania służące do wyboru wyjściowej przyczyny zgonu.

Należy zauważyć, że celem procedury selekcji jest stworzenie możliwie najbardziej użytecznych statystyk umieralności. Dlatego poniższe instrukcje mogą odzwierciedlać znaczenie niektórych stanów dla zdrowia publicznego, a nie to, co jest poprawne z czysto medycznego punktu widzenia. Poniższe instrukcje zawsze mają zastosowanie, niezależnie od tego, czy można je uznać za prawidłowe z medycznego punktu widzenia, czy nie.

W poniższych przykładach kodowania nie uwzględniono określenia „z powodu” między liniami w Części 1. Należy jednak pamiętać, że wszystko, co zostało zgłoszone w górnej linii w Części 1, ma wynikać z tego, co podano w linii poniżej.

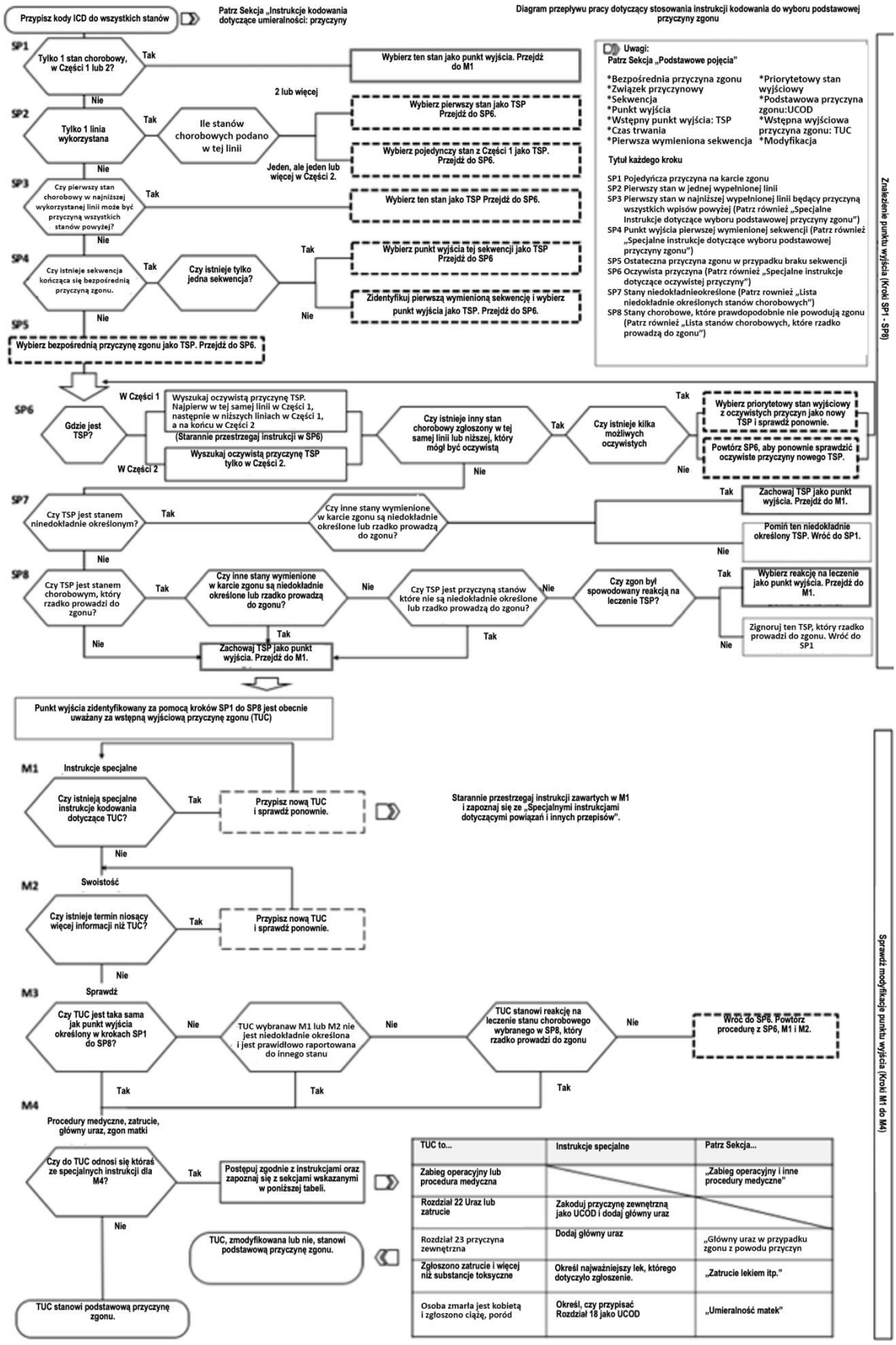


Diagram przepływu pracy

Diagram przepływu pracy w kodowaniu umieralności dla kroków SP1-SP8 oraz kroków M1-M4.

2.17.3. Znalezienie punktu wyjścia (kroki SP1 do SP8)

Aby znaleźć punkt wyjścia, należy wykonać osiem kroków przedstawionych w tej sekcji. Kroki zostały nazwane od SP1 do SP8 (od reguły punktu wyjścia 1 do reguły punktu wyjścia 8). Każdy krok zawiera jedną regułę wyboru. Na każdym kroku znajduje się opis samej reguły wyboru oraz instrukcja, co dalej.

2.17.4. Krok SP1 - Pojedyncza przyczyna na karcie zgonu

Jeżeli na karcie zgonu zgłoszono tylko jeden stan, w Części 1 lub Części 2, jest to punkt wyjścia. Następnie należy sprawdzić, czy ma zastosowanie krok M1 lub M4 i przejść do Sekcji 2.18 Sprawdzenie, czy nie nastąpiły modyfikacje punktu wyjścia (kroki od M1 do M4).

Jeśli karta zgonu zawiera co najmniej dwa stany, należy przejść do kroku SP2.

2.17.5. Krok SP2 - Pierwszy stan w jedynej wypełnionej linii

Jeżeli osoba poświadczająca wykorzystała tylko jedną linię w Części 1 i:

zgłosiła tylko jeden stan w tej linii, ale zgłosiła jeden lub więcej stanów w Części 2, to pojedynczy stan w Części 1 stanowi wstępny punkt wyjścia. Następnie należy przejść do kroku SP6.

zgłosiła dwa lub więcej stanów w tej linii, to pierwszy stan jest wstępnym punktem wyjścia. Ma to zastosowanie niezależnie od tego, czy w Części 2 zgłoszono jeden lub więcej stanów. Następnie należy przejść do kroku SP6.

W przypadku, gdy osoba poświadczająca wykorzystała więcej niż jedną linię w Części 1, należy przejść do kroku SP3.

W przypadku, gdy osoba poświadczająca wykorzystała tylko Część 2, ale zgłosiła tam dwa lub więcej stanów, to pierwszy stan jest wstępnym punktem wyjścia.

Przykład 1

1) a) Zawał mięśnia sercowego i cukrzyca

Zawał mięśnia sercowego jest wymieniony jako pierwszy na karcie zgonu i stanowi wstępny punkt wyjścia. Następnie należy przejść do kroku SP6, aby sprawdzić, czy mają zastosowanie dalsze reguły wyboru i modyfikacji.

Przykład 2

1) Zawał mięśnia sercowego
2) Cukrzyca

Zawał mięśnia sercowego jest wymieniony jako pierwszy na karcie zgonu i stanowi wstępny punkt wyjścia. Następnie należy przejść do kroku SP6, aby sprawdzić, czy mają zastosowanie dalsze reguły wyboru i modyfikacji.

2.17.6. Krok SP3 - Pierwszy stan najniższej wypełnionej linii będący przyczyną wszystkich wpisów powyżej

W przypadku, gdy występują stany zgłoszone w więcej niż jednej linii w Części 1, należy sprawdzić, czy każdy ze stanów zgłoszonych w linii (liniach) powyżej najniższej wypełnionej linii w Części 1 może być spowodowany przez pierwszy stan w najniższej wypełnionej linii.

Jeśli tak, to ten stan stanowi wstępny punkt wyjścia. Następnie należy przejść do kroku SP6.

Jeśli nie, należy przejść do kroku SP4.

Aby ocenić związek przyczynowy, patrz Sekcja 2.16.2 Związek przyczynowy i sekwencja oraz Sekcja 2.19.1 Specjalne instrukcje dotyczące akceptowanych i odrzucanych sekwencji (kroki SP3 i SP4).

Przykład 1

1) a) Odoskrzelowe zapalenie płuc
   b) Porażenie połowiczne (hemiplegia)
   c) Zawał mózgu

Zarówno odoskrzelowe zapalenie płuc, jak i porażenie połowicze mogą być spowodowane zawałem mózgu. Oznacza to, że zawał mózgu jest wstępnym punktem wyjścia.

Przykład 2

1) a) Przerzuty do wątroby - 2 miesiące
   b) Odoskrzelowe zapalenie płuc - 4 dni
   c) Rak żołądka - 6 miesięcy

Zarówno przerzuty do wątroby, jak i odoskrzelowe zapalenie płuc mogą być spowodowane rakiem żołądka. Oznacza to, że rak żołądka jest wstępnym punktem wyjścia, chociaż odoskrzelowe zapalenie płuc nie może powodować przerzutów do wątroby, a odoskrzelowe zapalenie płuc trwa krócej niż przerzuty do wątroby.

Przykład 3

1) a) Przerzuty do wątroby
   b) Odoskrzelowe zapalenie płuc
   c) Rak żołądka i zawał mózgu

Zarówno przerzuty do wątroby, jak i odoskrzelowe zapalenie płuc mogą być spowodowane rakiem żołądka, który jest pierwszą chorobą wymienioną w najniższej wypełnionej linii w Części 1. Oznacza to, że rak żołądka jest wstępnym punktem wyjścia.

Przykład 4

1) a) Przerzuty do wątroby
   b) Odoskrzelowe zapalenie płuc i rak żołądka

Przerzuty do wątroby nie mogą być spowodowane odoskrzelowym zapaleniem płuc. Oznacza to, że w kroku SP3 nie można zidentyfikować wstępnego punktu wyjścia. Zatem należy przejść do kroku SP4.

2.17.7. Krok SP4 - Punkt wyjścia pierwszej wymienionej sekwencji

Pierwsza wymieniona sekwencja zawsze znajduje się w Części 1 (patrz Sekcja 2.16.5).

W przypadku, gdy w Części 1 zgłoszono jedną lub więcej sekwencji kończących się ostateczną przyczyną zgonu, należy zidentyfikować pierwszą z wymienionych sekwencji (patrz Sekcja 2.16.5). Punktem wyjścia tej sekwencji jest wstępny punkt wyjścia. Następnie należy przejść do kroku SP6.

W przypadku, gdy w Części 1 nie podano sekwencji kończącej się ostateczną przyczyną zgonu, należy przejść do kroku SP5.

Aby ocenić związek przyczynowy, patrz Sekcja 2.16.2 Związek przyczynowy i sekwencja oraz Sekcja 2.19.1 Specjalne instrukcje dotyczące akceptowanych i odrzucanych sekwencji (kroki SP3 i SP4).

Przykład 1

1) a) Przerzuty do wątroby
   b) Odoskrzelowe zapalenie płuc i rak żołądka

Odoskrzelowe zapalenie płuc nie może powodować przerzutów do wątroby (nie dotyczy kroku SP3), ale przerzuty do wątroby mogą być spowodowane rakiem żołądka. Jest to pierwsza wymieniona sekwencja kończąca się ostateczną przyczyną zgonu, więc rak żołądka jest wstępnym punktem wyjścia.

Przykład 2

1) a) Odoskrzelowe zapalenie płuc
   b) Zawał mózgu i przerzuty do wątroby
   c) Miażdżyca i rak żołądka

Miażdżyca nie może powodować przerzutów do wątroby (nie dotyczy kroku SP3). Na karcie zgonu są trzy dopuszczalne sekwencje: (1) odoskrzelowe zapalenie płuc spowodowane zawałem mózgu, z kolei spowodowane miażdżycą; (2) odoskrzelowe zapalenie płuc spowodowane zawałem mózgu, z kolei spowodowane rakiem żołądka; oraz (3) odoskrzelowe zapalenie płuc spowodowane przerzutami do wątroby, z kolei spowodowane rakiem żołądka. Pierwsza wymieniona sekwencja to odoskrzelowe zapalenie płuc spowodowane zawałem mózgu, z kolei spowodowane miażdżycą. W związku z tym wstępnym punktem wyjścia jest miażdżyca.

2.17.8. Krok SP5 - Ostateczna przyczyna zgonu w przypadku braku sekwencji

W przypadku, gdy w Części 1 nie podano sekwencji kończącej się ostateczną przyczyną zgonu, ostateczna przyczyna zgonu jest również wstępnym punktem wyjścia. Następnie należy przejść do kroku SP6.

Przykład 1

1) a) Przerzuty do wątroby
   b) Zawał mózgu
   c) Miażdżyca
2) Rak żołądka

Miażdżyca nie może powodować przerzutów do wątroby (nie dotyczy kroku SP3). Zawał mózgu nie może powodować przerzutów do wątroby (nie dotyczy kroku SP4). W Części 1 nie podano sekwencji kończącej się ostateczną przyczyną zgonu, więc ostateczna przyczyna zgonu - przerzuty do wątroby - jest wstępnym punktem wyjścia.

2.17.9. Krok SP6 - Oczywista przyczyna

W przypadku, gdy wstępny punkt wyjścia wybrany w krokach SP1 do SP5 był w oczywisty sposób spowodowany przez inny stan wymieniony w karcie zgonu, należy wybrać oczywistą przyczynę jako nowy wstępny punkt wyjścia. Stany, które uważa się za mające „oczywisty" związek przyczynowy, określono w Sekcji 2.19.2 Specjalne instrukcje dotyczące oczywistej przyczyny (krok SP6). Aby określić, której części karty zgonu należy szukać, należy zastosować następujące zasady:

Jeśli wstępny punkt wyjścia znajduje się w Części 1, oczywista przyczyna musi znajdować się w tej samej lub dolnej linii w Części 1 lub w Części 2. Nie należy szukać oczywistych przyczyn w liniach powyżej wstępnego punktu wyjścia.

W przypadku, gdy wstępny punkt wyjścia znajduje się w Części 2, oczywista przyczyna musi również znajdować się w Części 2. Nie należy szukać oczywistych przyczyn w Części 1.

Następnie należy ponownie zastosować krok SP6 do nowego wstępnego punktu wyjścia. Należy kontynuować wyszukiwanie nowego wstępnego punktu wyjścia, aż znajdzie się wstępny punkt wyjścia, który w oczywisty sposób nie jest spowodowany stanem zgłoszonym w tej samej linii lub niżej na karcie zgonu. Następnie należy przejść do kroku SP7.

Jeśli na karcie zgonu nie zgłoszono żadnego stanu, który w oczywisty sposób spowodował wstępny punkt wyjścia wybrany w krokach SP2 do SP5, należy przejść do kroku SP7.

Oczywisty związek przyczynowy jest typem związku przyczynowego (patrz Sekcja 2.18.2), a sekwencja odrzucona w Sekcji 2.21.1 powinna zostać również odrzucona przy rozważaniu „oczywistego" związku pomiędzy warunkami. Jednak przy rozważaniu akceptowania sekwencji ważne jest słowo „oczywisty" i nie może być wątpliwości co do związku pomiędzy stanami. Nie wystarczy, że sekwencja zostałaby zaakceptowana, gdyby wstępny punkt wyjścia został zgłoszony jako wynikający z innego stanu. Stosując krok SP6, należy zawsze odwoływać się do Sekcji 2.19.2.

Nie należy wykonywać kroku SP6, jeśli wstępny punkt wyjścia trwa dłużej niż oczywista przyczyna.

W przypadku, gdy została zgłoszona więcej niż jedna oczywista przyczyna wstępnego punktu wyjścia, należy wybrać priorytetowy stan wyjściowy (patrz Sekcja 2.16.7).

Przykład 1

1) a) Posocznica
   b) Zapalenie otrzewnej
2) Zapalenie wyrostka robaczkowego z pęknięciem

Posocznica może być spowodowana zapaleniem otrzewnej, a zapalenie otrzewnej jest wstępnym punktem wyjścia (krok SP3). Zapalenie wyrostka robaczkowego z perforacją jest oczywistą przyczyną zapalenia otrzewnej, a zapalenie wyrostka robaczkowego z perforacją jest nowym wstępnym punktem wyjścia.

Przykład 2

1) a) Przerzuty do wątroby
   b) Zawał mózgu
2) Rak żołądka

Zawał mózgu nie może powodować przerzutów do wątroby, a przerzuty do wątroby są wstępnym punktem wyjścia (Krok SP5). Rak żołądka jest oczywistą przyczyną przerzutów do wątroby, a rak żołądka to nowy wstępny punkt wyjścia.

Przykład 3

1) a) Posocznica
   b) Zapalenie otrzewnej, zator krezki

Posocznica może być spowodowana zapaleniem otrzewnej, a zapalenie otrzewnej jest wstępnym punktem wyjścia (krok SP3). Zator krezki jest oczywistą przyczyną zapalenia otrzewnej i zator krezki jest nowym wstępnym punktem wyjścia.

Przykład 4

1) a) Posocznica
   b) Zapalenie otrzewnej
2) Zator krezki, pęknięcie wyrostka robaczkowego

Posocznica może być spowodowana zapaleniem otrzewnej, a zapalenie otrzewnej jest wstępnym punktem wyjścia (krok SP3). Co więcej, zarówno zator krezki, jak i zapalenie wyrostka robaczkowego z perforacją są oczywistymi przyczynami zapalenia otrzewnej. Ze względu na fakt, że zator krezkowy jest wymieniony jako pierwszy i jest priorytetowym stanem wyjściowym, jest to nowy wstępny punkt wyjścia.

Przykład 5

1) a) Posocznica
   b) Zapalenie otrzewnej
2) Martwica jelita, zawał krezki

Posocznica może być spowodowana zapaleniem otrzewnej, a zapalenie otrzewnej jest wstępnym punktem wyjścia (krok SP3). Martwica jelita jest oczywistą przyczyną zapalenia otrzewnej, więc martwica jelita jest nowym wstępnym punktem wyjścia. Co więcej, zawał krezki jest oczywistą przyczyną martwicy jelita i zawał krezki jest ostatecznym punktem wyjścia.

2.17.10. Krok SP7 - Stany niedokładnie określone

Jeśli wstępny punkt wyjścia wybrany w krokach SP1 do SP6 znajduje się na Liście niedokładnie określonych stanów chorobowych i:

- W przypadku, gdy istnieje co najmniej jeden stan, który nie jest niedokładnie określony, należy zignorować ten stan niedokładnie określony. Należy przejść do kroku SP1 i wybrać inny punkt wyjścia, tak jakby niedokładnie określony stan nie był wymieniony w karcie zgonu.
- W przypadku, gdy wszystkie inne stany zgłoszone w karcie zgonu są niejasno zdefiniowane, należy przejść do kroku M1.
- W przypadku, gdy wstępny punkt wyjścia nie jest niedokładnie określony, należy przejść do kroku SP8.

Należy pamiętać, że następujące stany nie są uważane za niedokładnie określony (patrz punkt 3.14.6-Lista stanów niedokładnie określonych):

Wstrząs septyczny

Zespół nagłego zgonu niemowląt (SIDS)

Przykład 1

1) Niewydolność oddechowa
2) Zator krezki

Niewydolność oddechowa jest jedynym stanem wymienionym w Części 1 i jest to wstępny punkt wyjścia zgodnie z Krokami SP2. Niewydolność oddechowa znajduje się w tabeli stanów niedokładnie określonych i istnieje stan, który nie jest niedokładnie określony, zator krezki, dlatego należy zignorować niewydolność oddechową i ponownie rozpocząć procedurę selekcji. Zator krezki jest nowym punktem wyjścia zgodnie z krokiem SP1.

2.17.11. Krok SP8 - Stany chorobowe, które rzadko prowadzą do zgonu

W przypadku, gdy wstępny punkt wyjścia wybrany w krokach SP1 do SP7 znajduje się na Liście stanów chorobowych, które rzadko prowadzą do zgonu (patrz Załącznik dotyczący umieralności 3.14.10 i:

W przypadku, gdy wszystkie inne stany zgłoszone w karcie zgonu również rzadko prowadzą do zgonu lub są niedokładnie określone, należy zachować ten stan, który „rzadko prowadzi do zgonu" jako punkt wyjścia. Następnie należy przejść do kroku M1.

W przypadku, gdy ten stan chorobowy był przyczyną innego stanu chorobowego, niebędącego stanem, który „rzadko prowadzi do zgonu" i który nie jest niedokładnie określony, należy zachować ten stan, który „rzadko prowadzi do zgonu", jako punkt wyjścia. Następnie należy przejść do kroku M1.

W przypadku, gdy zgon był spowodowany reakcją na leczenie choroby, która rzadko prowadzi do zgonu, należy wybrać reakcję na leczenie jako punkt wyjścia. Następnie należy przejść do kroku M1.

W przypadku, gdy nie zachodzi żadna z tych trzech sytuacji i istnieje co najmniej jeden stan chorobowy niebędący stanem, który „rzadko prowadzi do zgonu" i nie jest „niedokładnie określony", należy zignorować stan, który prawdopodobnie nie spowoduje zgonu. Należy przejść do kroku SP1 i wybrać inny punkt wyjścia, tak jakby stan, który rzadko prowadzi do zgonu nie został wymieniony w karcie zgonu.

W przypadku, gdy wstępny punkt wyjścia nie znajduje się na „Liście stanów chorobowych, które rzadko prowadzą do zgonu", należy zachować ten stan jako punkt wyjścia i przejść do kroku M1.

W przypadku, gdy karta zgonu wymienia więcej niż jedną metodę leczenia choroby, która rzadko prowadzi do zgonu, należy wybrać metodę leczenia wymienioną jako pierwsza.

Przykład 1

1) Utrata słuchu
2) Choroba niedokrwienna serca

Utrata słuchu jest wstępnym punktem wyjścia (krok SP2), ale znajduje się na „Liście stanów chorobowych, które rzadko prowadzą do zgonu". Na karcie zgonu znajduje się jeszcze jeden stan, choroba niedokrwienna serca, który nie znajduje się na „Liście stanów chorobowych, które rzadko prowadzą do zgonu". Należy zignorować utratę słuchu i ponownie rozpocząć procedurę wyboru od kroku SP1. Choroba niedokrwienna serca to nowy punkt wyjścia (Krok SP1).

Przykład 2

1) a) Niewydolność wątroby
   b) Nadmierne stosowanie paracetamolu
   c) Ból głowy typu migrenowego

Ból głowy typu migrenowego jest wstępnym punktem wyjścia (krok SP3), ale znajduje się na „Liście stanów chorobowych, które rzadko prowadzą do zgonu". Ból głowy typu migrenowego leczono paracetamolem i wystąpiła reakcja na leczenie, niewydolność wątroby. Jako punkt wyjścia należy wybrać reakcję na leczenie, niewydolność wątroby.

Przykład 3

1) a) Posocznica
   b) Ropień podżuchwowy
   c) Próchnica

Próchnica jest wstępnym punktem wyjścia (krok SP3), ale znajduje się na „Liście stanów chorobowych, które rzadko prowadzą do zgonu". W tym przypadku próchnica spowodowała ropień podżuchwowy, niebędący stanem, który rzadko prowadzi do zgonu i nie jest niedokładnie określony. Z tego powodu próchnica powinna być punktem wyjścia.

Przykład 4

1) a) Ból głowy
   b) Próchnica
   c)
   d)
2) Choroba niedokrwienna serca

Próchnica jest wstępnym punktem wyjścia (krok SP3), ale znajduje się na „Liście stanów chorobowych, które rzadko prowadzą do zgonu". W tym przypadku próchnica powodowała ból głowy, stan, który znajduje się na liście stanów niedokładnie określonych. Należy pominąć zarówno próchnicę (krok SP8), jak i ból głowy (krok SP7) i ponownie rozpocząć procedurę selekcji od kroku SP1. Choroba niedokrwienna serca to nowy punkt wyjścia (Krok SP1).

2.18. Sprawdzenie, czy nie nastąpiły modyfikacje punktu wyjścia (kroki od M1 do M4)

Punkt wyjścia zidentyfikowany za pomocą kroków SP1 do SP8 jest obecnie uważany za wstępną chorobę podstawową. Mogą istnieć specjalne instrukcje kodowania dotyczące tej wstępnej choroby podstawowej lub innych powodów, aby zmodyfikować tę wstępną chorobę podstawową. Należy

sprawdzić, czy wstępna choroba podstawowa powinna zostać zmodyfikowana stosując reguły modyfikacji opisane w krokach od M1 do M3 (Reguła modyfikacji 1 do reguły modyfikacji 3). Każdy krok obejmuje jedną regułę modyfikacji. W każdym kroku znajduje się opis samej reguły modyfikacji i co zrobić dalej. Są też wypunktowania z bardziej szczegółowymi instrukcjami i objaśnieniami.

2.18.1. Krok M1 - Instrukcje specjalne

W przypadku, gdy wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) wybrana w krokach SP1 do SP8 podlega instrukcjom specjalnym wymienionym w Sekcji 2.19.3 Specjalne instrukcje dotyczące powiązań i innych przepisów (krok M1), należy przypisać nową wstępną wyjściową przyczynę zgonu zgodnie z instrukcją.

Następnie należy ponownie zastosować krok M1 do nowej wstępnej wyjściowej przyczyny zgonu. Należy powtarzać, aż znajdzie się wstępną wyjściową przyczynę zgonu, na którą nie mają wpływu żadne dalsze specjalne instrukcje kodowania. Następnie należy przejść do kroku M2.

W przypadku, gdy wstępna wyjściowa przyczyna zgonu nie dotyczy instrukcji w Sekcji 2.19.3, należy przejść do kroku M2.

W przypadku, gdy więcej niż jedna instrukcja w Sekcji 2.19.3 dotyczy wstępnej wyjściowej przyczyny zgonu, należy wybrać instrukcję odnoszącą się do priorytetowego stanu wyjściowego (patrz Sekcja 2.16.7).

Należy zauważyć, że istnieją dwa rodzaje kombinacji kodów, „ze wzmianką o" i „gdy zgłoszono jako przyczynę". Szczegółowe informacje zawiera Sekcja 2.19.3.

Czasami sama klasyfikacja wskazuje kod łączący wstępną wyjściową przyczynę zgonu z inną przyczyną wymienioną w karcie zgonu. Należy użyć kodu łączącego, chyba że instrukcja kodowania umieralności w Sekcji 2.19.3 wskazuje inaczej.

Przykłady „ze wzmianką o":

Przykład 1

1) a) Zawał mięśnia sercowego
   b) Choroba niedokrwienna serca

Choroba niedokrwienna serca jest wstępnym punktem wyjścia (Krok SP3). Istnieje specjalna instrukcja dotycząca choroby niedokrwiennej serca, w której wspomina się o zawale mięśnia sercowego, i zgodnie z tą instrukcją, zawał mięśnia sercowego jest nową wstępną wyjściową przyczyną zgonu.

Przykład 2

1) a) Choroba niedokrwienna serca
   b) Miażdżyca
2) Zawał mózgu

Miażdżyca jest wstępnym punktem wyjścia (Krok SP3). Istnieje specjalna instrukcja dotycząca „miażdżycy zgłaszanej w chorobie niedokrwiennej serca", a inna w przypadku „miażdżycy zgłaszanej w zawale mózgu". Choroba niedokrwienna serca jest priorytetowym stanem wyjściowym, dlatego

należy zastosować się do instrukcji „miażdżyca zgłaszana w chorobie niedokrwiennej serca” i wybrać chorobę niedokrwienną serca jako nową wstępną wyjściową przyczyną zgonu.

Przykład 3

1) a) Zawał naczyń mózgowych
   b) Miażdżyca
   c) Nadciśnienie tętnicze
2) Zawał mięśnia sercowego

Nadciśnienie tętnicze jest wstępnym punktem wyjścia (Krok SP3). Istnieją specjalne instrukcje dotyczące „nadciśnienia tętniczego zgłaszanego ze wzmianką o zawale naczyń mózgowych” i zawale mięśnia sercowego. Zawał naczyń mózgowych jest priorytetowym stanem wyjściowym, dlatego należy zastosować się do instrukcji „nadciśnienie tętnicze zgłaszane ze wzmianką o zawale naczyń mózgowych” i wybrać zawał naczyń mózgowych jako nową wstępną wyjściową przyczyną zgonu.

Przykład 4

1) a) Choroba niedokrwienna serca
   b) Miażdżyca
2) Zawał mięśnia sercowego

Miażdżyca jest wstępnym punktem wyjścia (Krok SP3). Istnieje specjalna instrukcja dotycząca „miażdżycy zgłoszonej ze wzmianką o chorobie niedokrwiennej serca”, a inna dotycząca „miażdżycy zgłoszonej ze wzmianką o zawale mięśnia sercowego”. Choroba niedokrwienna serca jest priorytetowym stanem wyjściowym, dlatego należy zastosować się do instrukcji „miażdżyca zgłaszana ze wzmianką o chorobie niedokrwiennej serca” i wybrać chorobę niedokrwienną serca jako nowy punkt wyjścia. Dalej znajduje się specjalna instrukcja „choroba niedokrwienna serca zgłoszona ze wzmianką o zawale mięśnia sercowego”. Należy zastosować się do tej instrukcji i wybrać zawał mięśnia sercowego jako nową wstępną wyjściową przyczyną zgonu.

*Przykłady „po zgłoszeniu jako przyczyna”:

Przykład 5

1) a) Przewlekła choroba nerek
   b) Miażdżyca

Miażdżyca jest wstępnym punktem wyjścia (Krok SP3). Istnieje specjalna instrukcja dotycząca „miażdżycy zgłaszanej jako przyczyna przewlekłej choroby nerek”. Należy zastosować się do tej instrukcji i wybrać chorobę nadciśnieniową z zajęciem nerek (BA02) jako nową wstępną wyjściową przyczyną zgonu.

Przykład 6

1) Miażdżyca
2) Przewlekła choroba nerek

Miażdżyca jest wstępnym punktem wyjścia (Krok SP2). Chociaż istnieje specjalna instrukcja dotycząca „miażdżycy zgłaszanej jako przyczyna przewlekłej choroby nerek", ta instrukcja nie ma tutaj zastosowania, ponieważ przewlekła choroba nerek jest zgłoszona w Części 2, a nie jako spowodowana miażdżycą. W tym przypadku wstępnym punktem wyjścia pozostaje miażdżyca.

2.18.2. Krok M2 - Szczegółowość

Jeśli wstępnie określona przyczyna zgonu opisuje stan w sposób ogólny, a na karcie zgonu zgłoszono także inny termin, który precyzyjniej określa lokalizację lub charakter tego samego stanu, należy przyjąć ten bardziej szczegółowy termin jako nową wstępną przyczynę zgonu. Zasada ta ma często zastosowanie, gdy ogólny termin staje się przymiotnikiem określającym bardziej precyzyjny termin.

Jeśli wstępna przyczyna zgonu to choroba zakaźna zgłoszona jako przyczyna konkretnej manifestacji klinicznej, klasyfikacja może przewidywać możliwość połączenia obu kodów w jeden, który precyzyjniej opisuje lokalizację lub charakter wstępnego punktu wyjścia. Ten nowy kod staje się wówczas nową wstępną przyczyną zgonu.

Następnie należy ponownie zastosować krok M2 do nowej wstępnej wyjściowej przyczyny zgonu. Należy powtarzać tak długo, aż znajdzie się wstępną wyjściową przyczynę zgonu, której nie można dokładniej określić.

- Jeśli nie ma terminu, który w większym stopniu określa wstępną wyjściową przyczynę zgonu (TUC), należy przejść do kroku M3
- Jeśli istnieje kilka innych wyrażeń, które dostarczają bardziej precyzyjnych informacji na temat wstępnej wyjściowej przyczyny zgonu, należy wybrać priorytetowy stan wyjściowy (patrz Sekcja 2.16.7).
- Jeśli wstępna przyczyna zgonu (TUC) jest stanem niesprecyzowanym, a ten sam stan pojawia się w bardziej szczegółowej formie w innym miejscu na karcie zgonu, to ta bardziej szczegółowa postać powinna zostać uznana za nową wstępną przyczynę zgonu.

Przykład 1

1) a) Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych 1D01.Z
   b) Gruźlica 1B1Z

Gruźlica została wskazana jako wstępny punkt wyjścia (krok SP3). Na karcie zgonu podano termin dostarczający bardziej precyzyjnych informacji na temat lokalizacji lub charakteru tego stanu: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Klasyfikacja przewiduje możliwość połączenia tych dwóch kodów, a zgodnie z instrukcją z kroku M2, nową wstępną przyczyną zgonu jest gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (1B11.0).

Przykład 2

1) Kiła, nieokreślona 1A6Z
2) Pierwotna kiła narządów płciowych 1A61.0

Kiła została wskazana jako wstępny punkt wyjścia (krok SP2). W innym miejscu na karcie zgonu pojawia się bardziej szczegółowy stan związany z kiłą: pierwotna kiła narządów płciowych. Zgodnie z instrukcją z kroku M2, nową wstępną przyczyną zgonu jest pierwotna kiła narządów płciowych.

Przykład 3

1)	a)	Ostre krwawienie z przewodu pokarmowego	ME24.90
	b)	Złośliwy nowotwór jelita grubego, nieokreślony	2B90.Z
2)		Złośliwy nowotwór okrężnicy poprzecznej	2B90.2

Złośliwe nowotwory jelita grubego to wstępny punkt początkowy (krok SP3). Bardziej szczegółowy stan pojawia się w innym miejscu aktu zgonu: złośliwy nowotwór okrężnicy poprzecznej i zgodnie z instrukcją kroku M2, złośliwy nowotwór okrężnicy poprzecznej 2B90.2 jest nową, wstępną przyczyną wyjściową.

Jeśli chodzi o kodowanie, taka specyfikacja może wystąpić nawet pomiędzy kodami nadrzędnymi.

Przykład 4

1)	a)	Sepsa bez wstrząsu septycznego	1G40
	b)	Cukrzyca	5A14
2)		Cukrzyca typu 1	5A10

Cukrzyca, typ nieokreślony, to wstępny punkt początkowy (krok SP3). Bardziej szczegółowy stan pojawia się w innym miejscu aktu zgonu: cukrzyca typu 1, i zgodnie z instrukcją kroku M2, cukrzyca typu 1 (5A10) jest nową, wstępną przyczyną wyjściową.

Przykład 5

1) Udar 8B20
2) Krwotok śródmózgowe 8B00

Udar, o nieznanym charakterze (niedokrwienny czy krwotoczny), to wstępny punkt początkowy (krok SP2). W akcie zgonu podano bardziej precyzyjny termin opisujący charakter tego stanu: krwotok śródmózgowy. Zgodnie z instrukcją kroku M2, krwotok śródmózgowy (8B00) jest nową, wstępną przyczyną wyjściową.

Przykład 6

1) a) Ostre zapalenie trzustki DC31.Z
   b) Choroba wywołana przez cytomegalowirusa 1D82.Z

Choroba wywołana przez cytomegalowirusa, nieokreślona, to wstępny punkt początkowy (krok SP3). Jako manifestację opisano ostre zapalenie trzustki, nieokreślone, a oba terminy łączą się w rozpoznanie: cytomegalowirusowe zapalenie trzustki (1D82.1), które stanowi nową, wstępną przyczynę wyjściową.

Instrukcje specjalne dotyczące Rozdziału 21. Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, niesklasyfikowane gdzie indziej

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z jednoczesnym występowaniem:	zakodować jako:
MH10 Śmierć mózgu	stanów niedokładnie określonych, z wyłączeniem MH10	stany niedokładnie określone, z wyłączeniem MH10
MH14 Inne niedokładnie określone lub nieokreślone przyczyny umieralności	stanów niedokładnie określonych, z wyłączeniem MH14	stany niedokładnie określone, z wyłączeniem MH14

2.18.3. Krok M3 - Ponowne sprawdzenie kroków SP6, M1 i M2

W przypadku, gdy w tym momencie wstępna wyjściowa przyczyna zgonu nie jest taka sama jak punkt wyjścia wybrany w krokach SP1 do SP8, należy wrócić do kroku SP6. Należy powtórzyć procedury opisane w krokach SP6, M1 i M2.

Jeśli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu jest taka sama jak punkt wyjścia wybrany w krokach SP1 do SP8, należy przejść do kroku M4.

Nie należy wracać do kroku SP6, jeśli przyczyna wybrana w kroku M1 lub M2 jest prawidłowo zgłoszona jako spowodowana innym stanem, z wyjątkiem sytuacji, gdy stan ten jest niedokładnie określony.

Nie należy również wracać do kroku SP6, jeśli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu jest reakcją na leczenie stanu, który prawdopodobnie nie spowoduje zgonu, jak wybrano w kroku SP8.

Przykład 1

1) a) Posocznica
   b) Choroba tętnic, zator tętnicy lewej kończyny dolnej
2) Rak okrężnicy

Choroba tętnic jest wstępnym punktem wyjścia zgodnie z krokiem SP3. Zator tętnicy lewej kończyny dolnej, opisany jako drugi stan w linii 1(b), jest specyficznym typem choroby tętnic. Dlatego w kroku M2 jako wstępną wyjściową przyczyną zgonu należy wybrać zator tętnicy lewej kończyny dolnej. Należy ponownie zastosować krok SP6, ponieważ wstępny punkt wyjścia nie jest taki sam, jak wybrany w krokach od SP1 do SP8. Jednak rak okrężnicy jest oczywistą przyczyną zatoru tętnicy, więc rak okrężnicy jest nowym punktem wyjścia. Żadne dalsze modyfikacje nie mają zastosowania. Jako wstępną wyjściową przyczynę zgonu należy zakodować rak okrężnicy (2B90.Z), Nowotwory złośliwe okrężnicy, nieokreślone).

Przykład 2

1) a) Posocznica
   b) Choroba tętnic, zator tętnicy lewej kończyny dolnej
   c) Miażdżyca
2) Rak okrężnicy

Miażdżyca jest wstępnym punktem wyjścia (Krok SP3). Istnieje specjalna instrukcja dotycząca „miażdżycy jako przyczyny choroby tętnic" i zgodnie z tą instrukcją choroba tętnic jest nowym punktem wyjścia zgodnie z krokiem M1. Zator tętnicy lewej kończyny dolnej, opisany jako drugi stan w linii 1(b), jest bardziej szczegółowym opisem rodzaju choroby tętnic i został wybrany jako wstępny punkt wyjścia w kroku M2. Nie należy ponownie stosować kroku SP6, ponieważ zator tętnicy lewej kończyny dolnej jest zgłaszany jako spowodowany miażdżycą i jest to prawidłowy związek przyczynowy. Nie obowiązują żadne dalsze modyfikacje. Należy zakodować „zator tętnicy lewej kończyny dolnej" jako wstępną wyjściową przyczynę zgonu.

2.18.4. Krok M4 - Instrukcje dotyczące procedur medycznych, głównych urazów, zatruć i zgonów matek

Na koniec należy zastosować poniższe instrukcje do wstępnej wyjściowej przyczyny zgonu wybranej przez zastosowanie kroków SP1 do SP8 i kroków M1 do M3.

W przypadku, gdy wstępną wyjściową przyczyną zgonu jest:

W przypadku zabiegu operacyjnego, innego rodzaju procedury medycznej, powikłania lub stanu pozabiegowego, należy zastosować się do instrukcji w Sekcji 2.19.4 Specjalne instrukcje dotyczące operacji i innych procedur medycznych (Krok M4).

W Rozdziale 22 „Urazy, zatrucia i określone skutki działania czynników zewnętrznych" należy najpierw zakodować zewnętrzną przyczynę urazu lub zatrucia jako wstępną wyjściową przyczynę zgonu. Należy również dodać główny uraz do klastra, postępując zgodnie z instrukcjami w Sekcji 2.19.5 Specjalne instrukcje dotyczące głównych urazów w przypadku zgonów w wyniku przyczyn zewnętrznych (Krok M4).

W Rozdziale 23 „Zewnętrzne przyczyny śmiertelności i zachorowalności" należy również dodać główny uraz do klastra, postępując zgodnie z instrukcjami w Sekcji 2.19.5 Specjalne instrukcje dotyczące głównych urazów w przypadku zgonów w wyniku przyczyn zewnętrznych (Krok M4).

W przypadku zatrucia, należy użyć dodatkowego kodu rozszerzającego z Rozdziału X, jeśli ma to zastosowanie, w celu zidentyfikowania konkretnej nazwy zgłaszanego leku lub substancji toksycznej. W przypadku, gdy w karcie zgonu zgłoszono więcej niż jeden lek lub jedną substancję toksyczną, należy zastosować się do instrukcji w Sekcji 2.19.6 Specjalne instrukcje dotyczące zatruć lekami i substancjami biologicznymi (Krok M4), aby zidentyfikować lek, produkt leczniczy lub substancję, która najprawdopodobniej spowodowała zgon.

W przypadku, gdy osobą zmarłą jest kobieta, a ciąża, poród lub połóg są odnotowane w karcie zgonu, należy określić czy zakodować wstępną wyjściową przyczyną zgonu w Rozdziale 18 „Ciąża, poród i połóg" zgodnie z instrukcjami w Sekcji 2.19.7 Specjalne instrukcje dotyczące zgonów matek (Krok M4).

Tworząc klaster w Kroku M4, należy zawsze umieszczać kod wstępnej wyjściowej przyczyny zgonu na początku klastra.

Po przeprowadzeniu kroku M4 wstępna wyjściowa przyczyna zgonu, zmodyfikowana lub nie, staje się wyjściową przyczyną zgonu.

Jeśli krok M4 nie ma zastosowania, wstępna wyjściowa przyczyna zgonu staje się wyjściową przyczyną zgonu.

Należy pamiętać, że mogą obowiązywać inne ograniczenia, na przykład, że przyczyna jest ograniczona do jednej z płci (patrz również Sekcje 2.21.7 i 3.14 (3.14.11 i 3.14.12)) lub do określonego przedziału wiekowego lub że przyczyna zgonu jest mało prawdopodobna, biorąc pod uwagę położenie geograficzne. Dlatego należy zawsze sprawdzać, czy takie ograniczenia dotyczą wybranej przyczyny wyjściowej.

2.19. Specjalne instrukcje dotyczące wyboru wyjściowej przyczyny zgonu

Poniższe sekcje należy odnosić do każdej instrukcji z Sekcji 2.17.3 (Kroki od SP1 do SP8) i Sekcji 2.18 (Kroki od M1 doM4).

2.19.1. Specjalne instrukcje dotyczące akceptowanych i odrzucanych sekwencji (kroki SP3 i SP4)

W tej Sekcji wymieniono sekwencje przyczyn zgonu, które należy zaakceptować lub odrzucić przy wyborze wyjściowej przyczyny zgonu. Jak opisano w Sekcji 2.16.2 Związek przyczynowy i sekwencja, instrukcje te mają na celu stworzenie najbardziej użytecznych statystyk umieralności. Poszczególne kraje nie powinny korygować tego, co uważa się za błąd, ponieważ zmiany na poziomie krajowym doprowadzą do uzyskania danych mniej porównywalnych z danymi z innych krajów, a tym samym mniej przydatnych do analizy.

Zgłoszony związek przyczynowy, który nie został wymieniony jako odrzucony w tej sekcji, powinien zostać zaakceptowany, o ile jest to możliwe, ponieważ opinia osoby poświadczającej w zakresie przyczyn prowadzących do zgonu nie powinna być lekceważona.

Podczas przeprowadzania Kroków SP3 i SP4 należy odrzucić zależności wymienione w tej sekcji. Wyjątki są wymienione jako „akceptuję” w tabeli po każdej instrukcji.

Należy pamiętać, że należy wziąć pod uwagę wszystkie informacje dotyczące związku przyczynowego zawarte w karcie zgonu. Dotyczy to również sytuacji, gdy informacja pojawia się w „niewłaściwym” miejscu karty zgonu. Na przykład, jeśli sekwencja w Części 1 zaczyna się od choroby „A”, a informacja w innym miejscu w karcie zgonu stwierdza, że choroba „A” była spowodowana chorobą „B”, wówczas należy uznać „B” za wstępny punkt wyjścia. Dotyczy to również sytuacji, gdy choroba „A” i choroba „B” są zakodowane za pomocą tego samego kodu ICD-11 i podane w osobnych liniach Części 1.

2.19.1.1. Sprzeczne czasy trwania

Nie należy akceptować stanu o określonym czasie trwania jako spowodowanego stanem o krótszym czasie trwania.

Konsekwencja	Spowodowane przez
Stan z określonym czasem trwania	Nie należy akceptować stanu o krótszym czasie trwania

2.19.1.2. Choroby zakaźne spowodowane innymi stanami

Cholera i niektóre choroby zakaźne spowodowane innymi stanami

Nie należy akceptować następujących chorób zakaźnych i pasożytniczych z powodu jakichkolwiek innych przyczyn, nawet z powodu ludzkiego wirusa niedoboru odporności (ang. Human immunodeficiency virus, HIV), nowotworów złośliwych lub stanów upośledzających układ odpornościowy:

Stan	Kod
1A00	Cholera
1A11	Zatrucie jadem kiełbasianym
1B20	Trąd
1B50	Szkarlatyna
1B91	Leptospiroza
1B93	Dżuma
1B94	Tularemia
1B95	Bruceloza
1B97	Wąglik
1C11.1	Gorączka okopowa
1C12	Krztusiec
1C13	Tężec
1C14	Tężec położnicy
1C15	Tężec noworodków
1C17	Błonica
1C1C	Choroba meningokokowa
1C22	Zakażenia wywołane przez Chlamydia psittaci
1C23.Z	Jaglica
1C3Z	Riketsjozy
1C80-1C8Z	Wirusowe zakażenia ośrodkowego układu nerwowego
1D20-1D2Z	Denga
1D47	Żółta gorączka
1D40	Choroba wywołana przez wirus Chikungunya
1D42	Gorączka O'nyong-nyong
1D44	Gorączka doliny Rift
1D46	Zakażenie wirusem Zachodniego Nilu
1D48	Choroba wywołana przez wirus Zika
1D49	Gorączka krwotoczna krymsko-kongijska
1D4A	Omska gorączka krwotoczna
1D4B	Choroba lasu Kyasanur
1D4C	Gorączka krwotoczna Alkhurma
1D40-1D4Z	Wybrane gorączki wirusowe przenoszone przez stawonogi
1D60.0	Choroba Ebola
1D60.1	Choroba marburska
1D61.0	Argentyńska gorączka krwotoczna
1D61.1	Boliwijska gorączka krwotoczna
1D61.2	Gorączka Lassy
1D62.0	Gorączka krwotoczna z zespołem nerkowym
1D65	Zespół ostrej niewydolności oddechowej
1D80	Świnka

Stan	Kod
1D86	Wirusowa gorączka krwotoczna, niesklasyfikowana gdzie indziej
1E30-1E32	Grypa wywołana przez zidentyfikowany wirus grypy odzwierzęcej lub pandemicznej
1E50.1	Ostre zapalenie wątroby typu B
1E50.2	Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu C
1E51.0	Przewlekłe zapalenie wątroby typu B
1E51.1	Przewlekłe zapalenie wątroby typu C
1E51.2	Przewlekłe zapalenie wątroby typu D
1E70	Ospa prawdziwa
1E71	Ospa małpia
1F02	Różyczka
1F03	Odra
1F40-1F4Z	Malaria
1F51	Trypanosomatoza afrykańska
1F53	Choroba Chagasa
1F54	Leiszmanioza
8A45.01	Podostre stwardniające zapalenie mózgu
8E02.0	Genetyczna choroba Creutzfeldta-Jakoba
R -	Inne nowe choroby zgłaszane do WHO, np. (RA01 - COVID-19)

Stan będący konsekwencją	Stan będący przyczyną
Cholera itp., wymienione powyżej	Nie należy akceptować innych przyczyn

Dur brzuszny i niektóre choroby zakaźne spowodowane innymi chorobami

Nie należy akceptować następujących chorób zakaźnych spowodowanych innymi przyczynami, z wyjątkiem choroby wywołanej przez HIV, nowotworów złośliwych i stanów upośledzających układ odpornościowy:

1A02 Zakażenia jelit wywołane przez Shigella

1A07 Dur brzuszny

1A08 Dur rzekomy

1A09 Zakażenia wywołane przez inne gatunki bakterii Salmonella

1B10-1B1Z Gruźlica

Stan będący konsekwencją	Stan będący przyczyną
Zakażenia jelitowe wywołane przez Shigella	Należy zaakceptować chorobę wywołaną przez HIV, nowotwory złośliwe i stany upośledzające układ odpornościowy
Dur brzuszny	Nie należy akceptować innych przyczyn
Dur rzekomy	
Zakażenia wywołane inną bakterią Salmonella	
Gruźlica	

HIV z powodu innych chorób

Nie należy akceptować choroby wywołanej przez HIV (1C60-1C62) z powodu innych chorób, z wyjątkiem:

- stanów wymagających przetoczenia krwi, takich jak hemofilia, niedokrwistość i poważne urazy
- procedur inwazyjnych, takich jak zabieg operacyjny
- nadużywania narkotyków

Przykłady takich stanów podano w Załączniku dotyczącym kodowania umieralności 3.14. Należy zauważyć, że lista znajdująca się w Załączniku dotyczącym kodowania umieralności 3.14 nie jest wyczerpująca i należy ją traktować jako orientacyjną

Stan będący konsekwencją	Stan będący przyczyną
HIV	Należy zaakceptować • stany wymagające przetoczenia krwi, takie jak hemofilia, niedokrwistość i poważne urazy • procedury inwazyjne, takie jak zabiegi operacyjne • nadużywanie narkotyków (przykłady można znaleźć w Załączniku dotyczącym kodowania umieralności 3.14.) Nie należy akceptować innych przyczyn

Choroby zakaźne niewymienione powyżej z powodu innych stanów

Choroby zakaźne niewymienione powyżej zaakceptowane jako spowodowane przez inne stany

Stan będący konsekwencją	Stan będący przyczyną
Choroby zakaźne niewymienione powyżej	Należy zaakceptować inne przyczyny

2.19.1.3. Nowotwory złośliwe spowodowane innymi chorobami

Nie należy przyjmować, że nowotwór złośliwy jest następstwem jakiejkolwiek innej przyczyny, z wyjątkiem:

a) wtórnego nowotworu złośliwego (2D50-2E2Z Przerzuty nowotworów złośliwych) w następstwie innego nowotworu złośliwego lub nowotworu ośrodkowego układu nerwowego 2A00-2A0Z (patrz punkt 2.21.5 „Nowotwory złośliwe”, aby zapewnić prawidłowe kodowanie).

b) następujących nowotworów złośliwych spowodowanych chorobą wywołaną przez HIV (1C60 - 1C62):

2A60.5 Blastyczny nowotwór z plazmacytoidalnych komórek dendrytycznych, określony jako pierwotny w mózgu

2A80 Chłoniak grudkowy, określony jako pierwotny w mózgu

2A81 Chłoniaki rozlane z dużych komórek B, określone jako immunoblastyczne

2A85.5 Chłoniak z komórek płaszcza, określony jako pierwotny w mózgu

2A85.6 Chłoniak Burkitta, w tym białaczka Burkitta

2A86 Chłoniak z komórek B, cechy mieszane, określony jako pierwotny w mózgu

2A8Z Nowotwory z dojrzałych komórek B, nieokreślone, określone jako pierwotne w mózgu

2A90-2B2Z Nowotwory z dojrzałych komórek T lub NK, określone jako pierwotny w mózgu

2B30 Chłoniak Hodgkina, określony jako pierwotny w mózgu

2B57 Mięsak Kaposiego, umiejscowienie pierwotne

2B6A Nowotwory złośliwe części ustnej gardła

2C00 Nowotwory złośliwe odbytu lub kanału odbytu

2C70 Nowotwory złośliwe sromu

2C71 Nowotwory złośliwe pochwy

2C77 Nowotwory złośliwe szyjki macicy, określone jako inwazyjne

2C81 Nowotwory złośliwe prącia

Stan będący konsekwencją	Stan będący przyczyną
Nowotwory złośliwe części ustnej gardła itp., wymienione powyżej	Należy zaakceptować chorobę wywołaną przez HIV Nie należy akceptować innych przyczyn
Nowotwory złośliwe niewymienione powyżej	Nie należy akceptować innych przyczyn

2.19.1.4. Wrodzona lub konstytucjonalna skaza krwotoczna spowodowana innymi chorobami

Nie należy akceptować wrodzonej lub konstytucjonalnej skazy krwotocznej 3B10-3B1Z jako spowodowanej jakąkolwiek inną przyczyną.

Stan będący konsekwencją	Stan będący przyczyną
Wrodzona lub konstytucjonalna skaza krwotoczna	Nie należy akceptować innych przyczyn

2.19.1.5. Anafilaksja spowodowana przyczynami zewnętrznymi

Nie należy akceptować Anafilaksji (4A84) jako spowodowanej jakimikolwiek innymi przyczynami z wyjątkiem zamierzonego samouszkodzenia (PB80-PD3Z) lub napaści (PD50-PF2Z).

Konsekwencja	Spowodowane przez
Anafilaksja	Należy zaakceptować zamierzone samouszkodzenie lub napaść
	Nie należy akceptować innych przyczyn

2.19.1.6. Cukrzyca spowodowana innymi chorobami

Nie należy akceptować cukrzycy typu 1 jako spowodowanej jakimikolwiek innymi przyczynami z wyjątkiem stanów powodujących autoimmunologiczne zniszczenie komórek beta.

Nie należy akceptować cukrzycy typu 2 jako spowodowanej jakimikolwiek innymi przyczynami z wyjątkiem stanów powodujących insulinooporność.

Nie należy akceptować „innej i nieokreślonej cukrzycy" jako spowodowanej jakimikolwiek innymi przyczynami z wyjątkiem stanów powodujących uszkodzenie trzustki.

Zobacz Załączniki dotyczące kodowania umieralności 3.14, aby zapoznać się z listą stanów, które mogą powodować cukrzycę.

Stan będący konsekwencją	Stan będący przyczyną
Cukrzyca typu 1	Należy zaakceptować stany powodujące autoimmunologiczne zniszczenie komórek beta
	Nie należy akceptować innych przyczyn
Cukrzyca typu 2	Należy zaakceptować stany powodujące insulinooporność
	Nie należy akceptować innych przyczyn
Inna i nieokreślona cukrzyca	Należy zaakceptować Należy zaakceptować stany powodujące uszkodzenie trzustki
	Nie należy akceptować innych przyczyn

2.19.1.7. Gorączka reumatyczna spowodowana innymi chorobami

Nie należy akceptować ostrej gorączki reumatycznej (1B40-1B42), chorób zastawek serca (BB60-BC0Z), które posiadają piąty znak kodu „.0" oznaczający „reumatyczna" (jeżeli piąty znak jest dostępny), oraz BC20 Przewlekłych reumatycznych chorób serca, niesklasyfikowanych gdzie indziej z powodu innej przyczyny, z wyjątkiem:

1B50 Szkarlatyny

1B51 Paciorkowcowego zapalenia gardła

CA03.0 Paciorkowcowego zapalenia migdałków podniebiennych

Stan będący konsekwencją	Stan będący przyczyną
Ostra gorączka reumatyczna Reumatyczne choroby zastawek serca Przewlekłe reumatyczne choroby serca, niesklasyfikowane nigdzie indziej	Należy zaakceptować: • Szkarlatynę • Paciorkowcowe zapalenie gardła • Paciorkowcowe zapalenia migdałków podniebiennych Nie należy akceptować innych przyczyn

2.19.1.8. Nadciśnienie tętnicze z powodu innych chorób

Nie należy akceptować stanów przebiegających z nadciśnieniem tętniczym jako spowodowanych przez nowotwór, z wyjątkiem:

- nowotworów endokrynologicznych
- nowotworów nerek
- rakowiaków

Stan będący konsekwencją	Stan będący przyczyną
Stany przebiegające z nadciśnieniem tętniczym	Należy zaakceptować: • Nowotwory endokrynologiczne • Nowotwory nerek • Rakowiaki Nie należy akceptować innych nowotworów

2.19.1.9. Wybrana choroba niedokrwienna serca spowodowana innymi chorobami

Nie należy akceptować dławicy piersiowej (BA40) i przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (BA50-BA5Z) lub miażdżycy naczyń wieńcowych (BA52) jako spowodowanej przez nowotwór.

Stan będący konsekwencją	Stan będący przyczyną
Dławica piersiowa	Należy zaakceptować inne przyczyny
Przewlekła choroba niedokrwienna serca	
Miażdżyca tętnic wieńcowych	Nie należy akceptować nowotworów

2.19.1.10. Miażdżyca spowodowana innymi chorobami

Nie należy akceptować stanu miażdżycowego jako spowodowanego przez nowotwór.

Stan będący konsekwencją	Stan będący przyczyną
Stan miażdżycowy	Należy zaakceptować inne przyczyny
	Nie należy akceptować nowotworów

2.19.1.11. Wady rozwojowe spowodowane innymi chorobami

Nie należy akceptować [Wad rozwojowych] jako spowodowanych przez jakąkolwiek inną przyczynę, w tym niedojrzałość, z wyjątkiem:

wad rozwojowych z powodu nieprawidłowości chromosomalnych lub zespołów wrodzonych wad rozwojowych

Wrodzony niedorozwój płuca (LA75.2) spowodowana wadą rozwojową

Stan będący konsekwencją	Stan będący przyczyną
Wada rozwojowa	Należy zaakceptować nieprawidłowości chromosomalne, zespół wrodzonych wad rozwojowych
	Nie należy akceptować innych przyczyn, w tym niedojrzałości
Wrodzony niedorozwój płuca	Należy zaakceptować wadę rozwojową
	Nie należy akceptować innych przyczyn, w tym niedojrzałości

2.19.1.12. Niezamierzona przyczyna śmiertelności i zachorowalności z powodu innych chorób

Nie należy akceptować niezamierzonej przyczyny śmiertelności i zachorowalności jako spowodowanej przyczynami zakodowanymi w innych rozdziałach, z wyjątkiem:

Upadku lub złamania spowodowanego „Niektórymi określonymi zaburzeniami gęstości lub struktury kości" lub „Zaburzeniami związanymi z niską masą kostną"

Upadku z powodu złamania (patologicznego) spowodowanego przez „Niektóre określone zaburzeniami gęstości lub struktury kości" lub „Zaburzenia związane z niską masą kostną"

Asfiksji lub aspiracji z powodu innych przyczyn

Stan będący konsekwencją	Stan będący przyczyną
Niezamierzona przyczyna śmiertelności i zachorowalności PA00-PB6Z niewymieniona poniżej	Nie należy akceptować przyczyn z innych rozdziałów
Upadek PA60-PA6Z	Należy zaakceptować FB80 lub FB83
	Należy zaakceptować złamanie (patologiczne) spowodowane przez FB80 lub FB83
	Należy zaakceptować złamanie (patologiczne) spowodowane przez FB80 lub FB83

Stan będący konsekwencją	Stan będący przyczyną
PB6Z, określone jako złamanie	Należy zaakceptować FB80 lub FB83
	Nie należy akceptować innych przyczyn z innych rozdziałów
PB00-PB0Z, określone jako asfiksja lub aspiracja	Należy zaakceptować inne przyczyny

2.19.1.13. Samobójstwo z powodu innych chorób

Nie należy akceptować samobójstwa (PB80-PD3Z) z jakiejkolwiek innej przyczyny. **Stan będący konsekwencją**	**Stan będący przyczyną**
Samobójstwo	Nie należy akceptować innych przyczyn

2.19.1.14. Stany położnicze spowodowane innymi schorzeniami

Nie należy akceptować Ciąży ektopowej (JA01) oraz Ciąży zaśniadowej (JA02) za spowodowane innymi przyczynami.

Stan będący konsekwencją	Stan będący przyczyną
JA01 Ciąża ektopowa	Nie należy akceptować innych przyczyn
JA02 Ciąża zaśniadowa	-

Nie należy uznawać nadciśnieniowych zaburzeń w ciąży, podczas porodu lub połogu (JA20-JA21, JA23-JA25) za spowodowane innymi przyczynami

Stan będący konsekwencją	Stan będący przyczyną
JA20-JA21, JA23-J25 Nadciśnieniowe zaburzenia w ciąży, podczas porodu lub połogu	Nie należy akceptować innych przyczyn

Nie należy uznawać Opieki położniczej związanej z łożyskiem przodującym lub nisko usadowionym (JA8B) za spowodowanej innymi przyczynami.

Stan będący konsekwencją	Stan będący przyczyną
JA8B Opieka położnicza związana z łożyskiem przodującym lub nisko usadowionym	Nie należy akceptować innych przyczyn

2.19.2. Specjalne instrukcje dotyczące oczywistej przyczyny (krok SP6)

W tej sekcji wymieniono stany, które należy uznać za oczywistą przyczynę stanów wybranych jako wstępny punkt wyjścia w Krokach SP1 do SP5.

2.19.2.1. Powikłania HIV

Choroby zakaźne i HIV

Należy rozważyć chorobę wywołaną przez HIV (1C60-1C62) i uwzględnić Wyniki badań laboratoryjnych świadczące o zarażeniu ludzkim wirusem upośledzenia odporności (MA14.0) jako oczywistą przyczynę następujących chorób zakaźnych:

- 1A32 Kryptosporydioza
- 1A33 Cystoizosporoza
- 1B21 Zakażenia prątkami niegruźliczymi
- EA5Y Zajęcie skóry przez inne określone zakażenie bakteryjne
- 8A45.02 Postępująca leukoencefalopatia wieloogniskowa
- Opryszczkowe zakażenie skóry lub błony śluzowej (1F00.0), rozsiane (1F00.3), inne (1F00.Y) lub nieokreślone (1F00.Z), określone jako owrzodzenia przewlekłe, zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc lub zapalenie przełyku
- 1D82 Choroba wywołana przez wirus cytomegalii, oprócz Zapalenia wątroby wywołane przez wirus cytomegalii (1D82.0), i oprócz lokalizacji w wątrobie, śledzionie, węzłach chłonnych
- 1F23.2 Kandydoza przewodu pokarmowego, określona jako przełykowa
- 1F23.31 Kandydoza płucna
- 1F25 Kokcydioidomykoza
- 1F2A Histoplazmoza
- 1F27 Kryptokokoza
- CA40.20 Pneumocystoza - zapalenie płuc wywołane przez pneumocystis

Należy rozważyć chorobę wywołaną przez HIV (1C60 - 1C62), ale nie uwzględniać [Wyników badań laboratoryjnych świadczących o zarażeniu ludzkim wirusem upośledzenia odporności] (MA14.0), jako

oczywistej przyczyny chorób zakaźnych (Rozdział 01) niewymienionych powyżej, z wyjątkiem chorób wymienionych w Sekcji 2.19.1.1.

Nowotwory złośliwe i HIV

Należy rozważyć zarówno chorobę wywołaną przez HIV (1C60-(1C62) i uwzględnić Wyników badań laboratoryjnych świadczących o zarażeniu ludzkim wirusem upośledzenia odporności (MA14.0) jako oczywiste przyczyny następujących nowotworów złośliwych:

- 2A80 Chłoniak grudkowy, określony jako pierwotny w mózgu
- 2A81 Chłoniaki rozlane z dużych komórek B, określone jako immunoblastyczne
- 2A85.5 Chłoniak z komórek płaszcza, określony jako pierwotny w mózgu
- 2A85.6 Chłoniak Burkitta, w tym białaczka Burkitta
- 2A86 Chłoniak z komórek B, cechy mieszane, określony jako pierwotny w mózgu
- 2A8Z Nowotwory z dojrzałych komórek B, nieokreślone, określone jako pierwotne w mózgu
- 2B30 Chłoniak Hodgkina, określony jako pierwotny w mózgu
- 2B57 Mięsak Kaposiego, umiejscowienie pierwotne
- 2C77 Nowotwory złośliwe szyjki macicy, określone jako inwazyjne

Niedobór odporności i HIV

Należy rozważyć chorobę wywołaną przez HIV (1C60-1C62) jako oczywistą przyczynę niedoboru odporności.

Zapalenie płuc i HIV

Należy rozważyć chorobę wywołaną przez HIV (1C60-1C62) jako oczywistą przyczynę zapalenie płuc (CA40).

Wyniszczenie i HIV

Należy rozważyć chorobę wywołaną przez HIV (1C60-1C62) jako oczywistą przyczynę wyniszczenia, nieokreślonego (MG20.Z).

2.19.2.2. Zapalenie jelita cienkiego i grubego wywołane przez Clostridium difficile

Należy rozważyć zapalenie jelita cienkiego i grubego wywołane przez Clostridium difficile (1A04) jako oczywistą konsekwencję ([Leków, substancji leczniczych lub substancji biologicznych związanych z urazem lub szkodą w przebiegu procesu leczniczego] (PL00), określonych jako antybiotykoterapia.

2.19.2.3. Posocznica

Należy rozważyć następujące przyczyny sepsy (1G40-1G41):

- stany upośledzające układ odpornościowy
- choroby wyniszczające (takie jak nowotwory złośliwe i niedożywienie)
- choroby powodujące porażenie (takie jak krwotok mózgowy i zakrzepica) - posocznica
- poważne choroby układu oddechowego
- poważne urazy (stopień 1-4 zgodnie z listą priorytetowych urazów w Załączniku dotyczącym kodowania umieralności (3.14.5).
- Choroby pochodzenia zakaźnego (obejmuje to wszystkie zakażenia w klasyfikacji, takie jak zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie otrzewnej, zapalenie kości i szpiku, zapalenie trzustki itp.)

2.19.2.4. Powikłania cukrzycy

Należy rozważyć Cukrzycę (5A10-5A14) jako oczywistą przyczynę następujących stanów:

- 5C73 Kwasica
- 8C0Z Polineuropatia, nieokreślona
- 8C12 Wybrane określone mononeuropatie
- 8C7Y Inne określone pierwotne zaburzenia mięśni, określone jako amiotrofia, ale bez określenia etiologii
- 8D8Z Zaburzenia układu nerwowego wegetatywnego, nieokreślone
- 9A96.Z Zapalenie przedniego odcinka błony naczyniowej, nieokreślone
- 9B10.Z Zaćma, nieokreślona
- 9B65.Z Zapalenie naczyniówki i siatkówki
- 9B74 Zamknięcie naczyń siatkówki
- 9B78.1 Retinopatia nieproliferacyjna i zmiany naczyniowe siatkówki
- 9B78.2 Inne zmiany rozrostowe siatkówki
- 9B78.5 Krwotok siatkówkowy
- 9B7Z Zaburzenia siatkówki, nieokreślone
- BD40.0 Miażdżyca kończyn dolnych
- BD4Z Przewlekła choroba zarostowa tętnic, nieokreślona
- EE80.1 Nekrobioza [martwica] tłuszczowa

- ME60.2 Owrzodzenie skóry o niepewnym charakterze, określone jako dotyczące kończyny dolnej
- FA2Z Artropatie zapalne, nieokreślone
- MG30.5Z Przewlekły ból neuropatyczny, nieokreślony
- GB40 Zespół nefrytyczny
- GB41 Zespół nerczycowy
- GB42 Przewlekły białkomocz i albuminuria
- GB61 Przewlekła choroba nerek
- GB6Z Niewydolność nerek, nieokreślona
- MF54.0 Zmniejszona nerka o gładkich zarysach
- GC2Z Choroby układu moczowego, nieokreślone, określone jako choroby nerek
- MC85 Zgorzel
- MB20.1 Śpiączka
- MA18.Y Inne określone nieprawidłowe wyniki badań biochemicznych krwi, określone jako acetonemia, azotemia lub stany pokrewne

2.19.2.5. Odwodnienie

Należy rozważyć każdą chorobę zakaźną przewodu pokarmowego jako oczywistą przyczynę Utraty objętości płynów (5C70).

2.19.2.6. Otępienie

Należy rozważyć stany, które zazwyczaj obejmują nieodwracalne uszkodzenie mózgu, jako oczywiste przyczyny otępienia, jeśli nie określono innej przyczyny otępienia.

- 8A00.0 Choroba Parkinsona
- 8A20 Choroba Alzheimera
- 8B00-8B2Z Choroby mózgowo-naczyniowe (Wyłączenia: 8B10 Przemijający napad niedokrwienny i 8B21 Choroba naczyń mózgowych bez ostrych objawów mózgowych)
- 8E44 Uszkodzenie mózgu po niedotlenieniu
- 8E40-8E4A.Z Inne określone zaburzenia układu nerwowego (terminy włączające)
- 8B24.0 Encefalopatia anoksyczno-niedokrwienna
- KA40.0 Rana śródczaszkowa lub krwotok spowodowany urazem porodowym

- KA40.1 Obrzęk mózgu spowodowany urazem porodowym
- KA40.Y Inne określone porodowe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego.

Należy rozważyć trisomię 21 (zespół Downa) (LD40.0) jako oczywistą przyczynę Otępienia spowodowanego chorobą Alzheimera (6D80), Otępienia o nieznanej lub nieokreślonej przyczynie (6D8Z) lub Choroby Alzheimera (8A20).

2.19.2.7. Zaburzenia rozwoju umysłowego

Należy rozważyć następujące stany jako oczywiste przyczyny zaburzeń rozwoju umysłowego(6A00):

- 8D64.2 Wodogłowie pokrwotoczne, określone jako noworodkowe
- KA00-KA0Z Stan płodu i noworodka spowodowany czynnikami matczynymi oraz powikłaniami ciąży, czynności porodowej lub porodu
- KA20 Zaburzenia u noworodka związane z opóźnionym wzrastaniem płodu lub niedożywieniem płodu
- KA21 Zaburzenia związane z krótkim czasem trwania ciąży i małą masą urodzeniową, niesklasyfikowane gdzie indziej
- KA40.0 Rana śródczaszkowa lub krwotok spowodowany urazem porodowym
- KA40.1 Obrzęk mózgu spowodowany urazem porodowym
- KA40.Z Uraz porodowy ośrodkowego układu nerwowego, nieokreślony
- KA4Z Uraz okołoporodowy, nieokreślony
- KA61 Inne zakażenia bakteryjne noworodka
- KA62 Zakażenie wirusowe płodu lub noworodka
- KA63 Zakażenie grzybicze płodu lub noworodka
- KA64 Choroby pasożytnicze płodu lub noworodka
- KA6Y Inne zakażenia bakteryjne płodu lub noworodka
- KA6Z Zakażenia płodu lub noworodka, nieokreślone
- KB20 Niedotlenienie wewnątrzmaciczne
- KB21 Zamartwica urodzeniowa
- KA82 Krwotok śródczaszkowy nieurazowy u płodu lub noworodka
- KA86 Żółtaczka jąder podkorowych u noworodka
- KB00 Niedokrwienie mózgu noworodka

- KB01 Torbiele okołokomorowe u noworodka
- KB02 Noworodkowa leukomalacja mózgu
- KB03 Encefalopatia noworodkowa
- KB04 Encefalopatia hipoksemiczno-niedokrwienna u noworodka
- KB05 Wodogłowie noworodkowe
- KB06 Drgawki u noworodka

2.19.2.8. Niewydolność serca i nieokreślona choroba serca

Należy rozważyć inne choroby serca jako oczywiste przyczyny Chorób mięśnia sercowego lub jam serca, nieokreślonych (BC4Z) i Niewydolności serca (BD10-BD1Z).

2.19.2.9. Zator

Należy rozważyć zakrzepicę żylną, zapalenie żył lub zakrzepowe zapalenie żył, wady zastawkowe serca, poród lub jakikolwiek zabieg operacyjny jako oczywiste przyczyny chorób określanych jako „zatorowe". Musi być jednak wyraźna droga od miejsca powstania skrzepliny do miejsca zatoru.

2.19.2.10. Żylaki przełyku

Należy rozważyć następujące choroby wątroby jako oczywiste przyczyny Żylaków przełyku (DA26.0):

- 1E51 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby
- DB92 Niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby
- DB93 Zwłóknienie lub marskość wątroby
- DB94 Alkoholowa choroba wątroby
- DB96.1 Pierwotne zapalenie dróg żółciowych
- DB97.2 Przewlekłe zapalenie wątroby, niesklasyfikowane gdzie indziej
- DB98.0 Zawał wątroby
- DB98.1 Pelioza wątroby
- DB98.6 Choroba zarostowa żył wątrobowych
- DB98.7 Nadciśnienie wrotne
- DB98.8 Hepatopatia zastoinowa
- DB99.2 Zespół wątrobowo-nerkowy
- DB99.Y Inne choroby wątroby

- DB9Z Choroby wątroby, nieokreślone

2.19.2.11. Zapalenie płuc

Należy rozważyć następujące przyczyny jako oczywiste przyczyny Zapalenia płuc (CA40) lub Zapalenia płuc wywołanego przez aspirację substancji stałych i płynnych (CA71) z wyjątkiem Zapalenia płuc wywołanego przez wdychanie olejów lub smarów (CA71.1):

- stany upośledzające układ odpornościowy
- choroby wyniszczające (takie jak nowotwory złośliwe i niedożywienie)
- choroby powodujące porażenie (takie jak krwotok mózgowy i zakrzepica)
- poważne choroby układu oddechowego
- stany wpływające na proces połykania
- Inne choroby ograniczające zdolność do zadbania o siebie, w tym otępienie i choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego, i zatrucia
- poważne urazy (stopień 1-4 według listy priorytetowych urazów w Załączniku dotyczącym kodowania umieralności (3.14.5).

2.19.2.12. Obrzęk płuc

Należy rozważyć następujące stany jako oczywiste przyczyny Obrzęku płuc (CB01):

- choroba serca (w tym zespół sercowo-płucny)
- stany wpływające na miąższ płuc, takie jak:
    - zakażenia płuc
    - aspiracja i inhalacja
    - zespół niewydolności oddechowej
    - duża wysokość
    - krążące toksyny
    - stany powodujące przewodnienie, takie jak:
    - niewydolność nerek
    - hipoalbuminemia
    - wady wrodzone wpływające na krążenie płucne, takie jak:
    - wrodzone zwężenie żył płucnych

2.19.2.13. Zespół nefrytyczny

Należy rozważyć każde zakażenie paciorkowcowe (szkarlatyna, ból gardła wywołany przez paciorkowce itp.) jako oczywistą przyczynę Zespołu nefrytycznego (GB40) lub Zespołu nerczycowego (GB41).

2.19.2.14. Odmiedniczkowe zapalenie nerek

Należy rozważyć każdą niedrożność dróg moczowych spowodowaną stanami, takimi jak rozrost gruczołu krokowego lub zwężenie moczowodu, jako oczywistą przyczynę następujących chorób cewkowo-śródmiąższowych nerek:

- GB50 Ostre cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek
- GB51 Ostre bakteryjne cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek (ostre odmiedniczkowe zapalenie nerek)
- GB54 Cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek nieokreślone jako ostre lub przewlekłe
- GB55.Y Inne określone przewlekłe cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek
- GB55.Z Przewlekłe cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek, nieokreślone

2.19.2.15. Ostra niewydolność nerek

Należy rozważyć zakażenie dróg moczowych jako oczywistą przyczynę Ostrego uszkodzenia nerek (GB60), pod warunkiem, że nic nie wskazuje na to, że niewydolność nerek występowała przed rozwinięciem się zakażenia dróg moczowych.

2.19.2.16. Pierwotna niedodma u noworodka

Należy rozważyć następujące wrodzone choroby nerek płodu lub noworodka, u którego wystąpiło przedwczesne pęknięcie błon płodowych (KA01.1) lub małowodzie (KA01.2) jako oczywiste przyczyny Pierwotnej niedodmy u noworodka (KB2B):

- GB82 Autosomalnie dominująca choroba cewkowo-śródmiąższowa
- GB8Y Inna określona torbielowata lub dysplastyczna choroba nerek
- GB8Z Torbielowata lub dysplastyczna choroba nerek, nieokreślona
- LB31.8 Zarośnięcie lub zwężenie moczowodu
- LB31.9 Niewytworzenie moczowodu
- LB31.Y Inne określone strukturalne wady rozwojowe dróg moczowych
- LD2F.13 Zespół Meckela i Grubera

2.19.2.17. Przedwczesne pęknięcie błon płodowych i małowodzie

Należy rozważyć następujące wrodzone choroby nerek jako oczywiste przyczyny wystąpienia u płodu lub noworodka przedwczesnego pęknięcia błon płodowych (KA01.1) lub małowodzia (KA01.2):

- GB82 Autosomalnie dominująca choroba cewkowo-śródmiąższowa
- GB8Y Inna określona torbielowata lub dysplastyczna choroba nerek
- GB8Z Torbielowata lub dysplastyczna choroba nerek, nieokreślona
- LB31.8 Zarośnięcie lub zwężenie moczowodu
- LB31.9 Niewytworzenie moczowodu
- LB31.Y Inne określone strukturalne wady rozwojowe dróg moczowych
- LD2F.13 Zespół Meckela i Grubera

2.19.2.18. Krwotok

Należy rozważyć zatrucie lub przedawkowanie antykoagulantów jako oczywiste przyczyny krwotoku. Nie należy jednak uwzględniać leczenia przeciwzakrzepowego, bez wzmianki o zatruciu lub przedawkowaniu, jako oczywistej przyczynie krwotoku. Ponadto należy rozważyć leczenie steroidami, aspiryną i niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi (NLPZ) jako oczywistymi przyczynami krwotoku z żołądka. Należy rozważyć krwotok z przewodu pokarmowego jako oczywistą przyczynę wtórnej lub nieokreślonej niedokrwistości.

2.19.2.19. Aspiracja i inhalacja

Należy rozważyć stany wymienione w Sekcji 2.19.2.11 Zapalenie płuc, jako oczywiste przyczyny aspiracji i inhalacji.

2.19.2.20. Zabieg operacyjny i inne inwazyjne procedury medyczne

Należy rozważyć zabieg operacyjny lub inne inwazyjne procedury medyczne, przeprowadzone w ciągu czterech tygodni przed zgonem, jako oczywiste przyczyny stanów uważanych za powszechne powikłania pooperacyjne. Dotyczy to również sytuacji, gdy zabieg operacyjny lub procedura jest zgłoszony/a w oddzielnym miejscu na karcie zgonu, a nie w Części 1 lub Części 2. Jeżeli brak informacji o czasie, jaki upłynął między zabiegiem operacyjnym lub innym zabiegiem medycznym a zgonem, należy przyjąć, że został on przeprowadzony w ciągu czterech tygodni przed zgonem.

Lista takich stanów, wraz ze szczegółowymi instrukcjami, znajduje się w Załączniku dotyczącym kodowania umieralności (3.14.9 Lista stanów chorobowych, które należy uznać za oczywiste konsekwencje zabiegu operacyjnego i innych inwazyjnych procedur medycznych. W przypadku, gdy w zaświadczeniu zgłoszony jest stan, który można leczyć chirurgicznie lub za pomocą innych inwazyjnych procedur medycznych, a w karcie zgonu zgłoszony jest również zabieg operacyjny lub procedura w tym samym miejscu, należy przyjąć, że stan ten był przyczyną zabiegu operacyjnego lub procedury.

2.19.2.21. Powszechne stany wtórne

Należy rozważyć poniższe jako oczywistą przyczynę powszechnych stanów wtórnych wymienionych w poniższej tabeli:

choroby wyniszczające (takie jak nowotwory złośliwe i niedożywienie)
choroby powodujące porażenie (takie jak krwotok mózgowy i zakrzepica)
inna choroba, która ogranicza zdolność do zadbania o siebie, w tym otępienie i choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego
poważne urazy (stopień 1-4 zgodnie z listą priorytetowych urazów w Załączniku dotyczącym kodowania umieralności (3.14.5).
Nie należy jednak zaburzeń oddechowych uznać za oczywistą przyczynę takich stanów wtórnych.
Stany w kategoriach oznaczonych literą „M" (Może) należy uznać za oczywiste konsekwencje stanów wyniszczenia i porażenia tylko wtedy, gdy spełniają warunek wstępny przypisania kodu podany w ostatniej kolumnie tabeli.

Powszechne stany wtórne

	Konsekwencja	Może	Kwalifikator
3A00.0	Niedokrwistość nabyta z niedoboru żelaza spowodowana utratą krwi		
3A9Z	Niedokrwistości lub inne zaburzenia erytrocytów, nieokreślone		
5B51	Wyniszczenie niemowląt, dzieci lub młodzieży		
5B52	Ostre niedożywienie niemowląt, dzieci lub młodzieży		
5B71	Niedobór białka		
5B7Z	Nieokreślone niedożywienie		
5C70	Utrata objętości płynów		
8B40	Zespół ogona końskiego		
8E45	Zespół zamknięcia		
BB00	Choroba zakrzepowo-zatorowa płuc		
BD30.0	Ostra niedrożność tętnicy kończyny górnej		
BD30.2	Ostra niedrożność tętnicy kończyny dolnej		
BD71.4	Zakrzepica żył głębokich kończyny dolnej		

	Konsekwencja	Może	Kwalifikator
BD71.Y	Inna określona zakrzepica żył głębokich		
BD72	Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa		
DA91.31	Kamień jelitowy jelita cienkiego		
DB30.3	Zaklinowanie jelita grubego		
DB30.2	Ostra niedrożność żył krezkowych		
EH90	Odleżyna		
GB50	Ostre cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność do kontrolowania pęcherza moczowego
GB51	Ostre bakteryjne cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek (ostre odmiedniczkowe zapalenie nerek)	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność do kontrolowania pęcherza moczowego
GB55.Y	Inne określone przewlekłe cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność do kontrolowania pęcherza moczowego
GB55.Z	Przewlekłe cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek, nieokreślone	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność do kontrolowania pęcherza moczowego

	Konsekwencja	Może	Kwalifikator
GB54	Cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek, nieokreślone jako ostre lub przewlekłe	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność do kontrolowania pęcherza moczowego
GB60-GB6Z	Niewydolność nerek		
GB90.3	Niedokrwienie lub zawał nerki	M	Stan w GB90.3 musi być określony jako zator tętnicy nerkowej
GC00.1	Zakażenie pęcherza moczowego	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność do kontrolowania pęcherza moczowego
GC00.3	Śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność do kontrolowania pęcherza moczowego
GC00.Z	Zapalenie pęcherza moczowego, nieokreślone	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność do kontrolowania pęcherza moczowego
GC01.4	Nerwowo-mięśniowa dysfunkcja pęcherza moczowego, niesklasyfikowana gdzie indziej		
GC02.0	Ropień cewki moczowej	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność do kontrolowania pęcherza moczowego

	Konsekwencja	Może	Kwalifikator
GC02.1	Niespecyficzne zapalenie cewki moczowej	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność do kontrolowania pęcherza moczowego
GC02.Y	Inne określone zapalenie cewki moczowej i zespół cewki moczowej	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność do kontrolowania pęcherza moczowego
GC03	Zwężenie cewki moczowej	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność do kontrolowania pęcherza moczowego; Należy wykluczyć pourazowe zwężenia cewki moczowej
GC08	Zakażenie układu moczowego o nieokreślonym umiejscowieniu	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność do kontrolowania pęcherza moczowego
MB50-MB5Z	Objawy porażenne		
ME05.0	Zaparcie		
MG20.Z	Wyniszczenie, nieokreślone		

2.19.2.22. Wtórne zapalenie otrzewnej

Należy rozważyć następujące stany jako oczywiste przyczyny Wtórnego zapalenia otrzewnej (DC50.1) i Zapalenia otrzewnej, nieokreślonego (DC50.Z): Wtórne zapalenie otrzewnej i nieokreślone zapalenie otrzewnej

2.19.2.23. Neutropenia

Neutropenię (4B00.0) należy uznać za oczywiste następstwo następujących grup nowotworów (powstające bezpośrednio lub w następstwie leczenia tych nowotworów):

- nowotwory ośrodkowego układu nerwowego lub struktur z nim związanych;
- nowotwory tkanek krwiotwórczych lub limfoidalnych;
- nowotwory złośliwe, z wyjątkiem pierwotnych nowotworów tkanek limfoidalnych, krwiotwórczych oraz ośrodkowego układu nerwowego lub struktur z nim związanych.

2.19.3. Specjalne instrukcje dotyczące powiązań i innych przepisów (krok M1)

Należy skorzystać z listy w tej Sekcji w kroku M1.

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu jest wymieniona w lewej kolumnie. Jeśli mają zastosowanie stany określone w prawej kolumnie, należy użyć pogrubionego kodu jako nowej wstępnej wyjściowej przyczynie zgonu. Istnieją dwa rodzaje kombinacji:

„ze wzmianką o” oznacza, że inny stan może pojawić się w dowolnym miejscu karty zgonu;

„gdy zgłoszony jako przyczyna” oznacza, że inny stan musi pojawić się w prawidłowym związku przyczynowym lub być w inny sposób wskazany jako wynikający ze wstępnej wyjściowej przyczyny zgonu.

W przypadku niektórych stanów istnieją dodatkowe wymagania, na przykład użycie określonego terminu dla wstępnej wyjściowej przyczyny zgonu lub dla stanu, który może zmienić kod wyjściowej przyczyny zgonu.

2.19.3.1. Rozdział 01 Choroby zakaźne i pasożytnicze

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	W przypadku zgłoszenia jako przyczyna:	Należy zakodować do:
Rozdział 1 „Choroby zakaźne i pasożytnicze”	2A00-2A0Z Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego lub struktur z nim związanych	2A00-2A0Z Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego lub struktur z nim związanych
	2A20-2B3Z Nowotwory układu krwiotwórczego lub limfatycznego	2A20-2B3Z Nowotwory mózgu lub ośrodkowego układu nerwowego
	2B50-2E2Z Nowotwory złośliwe, **z wyjątkiem** nowotworów tkanek	2B50-2E2Z Nowotwory złośliwe, z wyjątkiem pierwotnych nowotworów

	limfoidalnych, krwiotwórczych, ośrodkowego układu nerwowego lub struktur z nim związanych.	tkanek limfoidalnych, krwiotwórczych oraz ośrodkowego układu nerwowego lub struktur z nim związanych.

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
1A61 Kiła wczesna	1A62 Kiła późna	1A62 Kiła późna

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
1B10 Gruźlica układu oddechowego	CA60 Pylica płuc	CA60.3 Pylica płuc współistniejąca z gruźlicą

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
1B11 Gruźlica układu nerwowego	1B10 Gruźlica układu oddechowego	1B10 chyba, że 1B12 jest zgłoszony jako przyczyna 1B10 i o określonym czasie trwania przekraczającym warunek w 1B10 Gruźlica układu oddechowego
1B12 Gruźlica innych układów i narządów		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
1C1C.2 Bakteriemia meningokokowa	1C1C.0 Meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	1C1C.0 Meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
	1C1C.1 Zespół Waterhouse'a-Friderichsena	1C1C.1 Zespół Waterhouse'a-Friderichsena

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
1C41 Zakażenie bakteryjne o nieokreślonym umiejscowieniu	1G40 Sepsa bez wstrząsu septycznego	1G40 Sepsa bez wstrząsu septycznego
1E1Z Nieokreślona choroba wirusowa	1G41 Sepsa ze wstrząsem septycznym	1G41 Sepsa ze wstrząsem septycznym

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
1E50.1 Ostre zapalenie wątroby typu B	DB93 Zwłóknienie lub marskość wątroby	1E51.0Z Przewlekłe zapalenie wątroby typu B, nieokreślone
1E50.2 Ostre zapalenie wątroby typu C	DB99.8 Przewlekła niewydolność wątroby	1E51.1 Przewlekłe zapalenie wątroby typu C
1E50.3 Ostre zapalenie wątroby typu D		1E51.2 Przewlekłe zapalenie wątroby typu D
1E50.4 Ostre zapalenie wątroby typu E		1E51.3 Przewlekłe zapalenie wątroby typu E
1E50.Y Inne określone ostre wirusowe zapalenie wątroby		1E51.Y Inne określone przewlekłe zapalenie wątroby
1E50.Z Ostre wirusowe zapalenie wątroby, nieokreślone		1E51.Z Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby, nieokreślone

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
1F2Z Grzybice, nieokreślone	1G40 Sepsa bez wstrząsu septycznego	1G40 Sepsa bez wstrząsu septycznego
1F5Z Nieokreślona choroba pierwotniakowa	1G41 Sepsa ze wstrząsem septycznym	1G41 Sepsa ze wstrząsem septycznym
1H0Z Zakażenie, nieokreślone		

Choroba wywołana ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV)

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
1A33 Cystoizosporoza	1C60-1C62.Z Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV]	1C60-1C62.Z Choroba wywołana przez HIV
1D82 Choroba wywołana przez wirusa cytomegalii	MA14.0 Wyniki badań laboratoryjnych świadczące o zarażeniu ludzkim wirusem upośledzenia odporności	
1B21 Zakażenia wywołane przez prątki niegruźlicze		W razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu, aby określić indywidualny raportowany stan powiązany.
1B2Y Inne określone choroby wywołane prątkami		
1B2Z Choroby wywołane prątkami, nieokreślone		
1F00 Zakażenia wirusem opryszczki pospolitej, z wyjątkiem		
1F00.Z Zakażenie wirusem opryszczki pospolitej, nieokreślone		
1F23.2 Kandydoza przewodu pokarmowego		
1F23.31 Kandydoza płucna		
1F25 Kokcydioidomykoza		
1F27 Kryptokokoza		
1F2A Histoplazmoza		
1F2G Pneumocystoza		
1F57 Toksoplazmoza		
2A60.5 Nowotwór z blastycznych plazmocytoidalnych komórek dendrytycznych, określony jako pierwotny w mózgu		
2A80 Chłoniak grudkowy, określony jako pierwotny w mózgu		
2A81 Chłoniaki rozlane z dużych komórek B, określone jako immunoblastyczne		
2A85 Inne określone nowotwory z dojrzałych komórek B lub chłoniak, określone jako pierwotne w mózgu		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
2A85.6 Chłoniak Burkitta, w tym białaczka Burkitta		
2A86 Chłoniak z komórek B, cechy mieszane, określony jako pierwotny w mózgu		
2A90-2B2Z Nowotwory z dojrzałych komórek T lub NK (oprócz 2B03), określony jako pierwotny w mózgu		
2B30 Chłoniak Hodgkina, określony jako pierwotny w mózgu		
2B33 Złośliwe nowotwory układu krwiotwórczego bez dalszej specyfikacji, określone jako pierwotne w mózgu		
2C77 Nowotwory złośliwe szyjki macicy		
8A45.02 postępująca leukoencefalopatia wieloogniskowa		
8E47 Encefalopatia, niesklasyfikowana gdzie indziej		
CA40.20 Pneumocystoza - zapalenie płuc wywołane przez pneumocystis		
MG20.Z Wyniszczenie, nieokreślone		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:

1C60-1C62.Z Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV]

Uwaga: Sposoby umierania, stany niedokładnie określone oraz stany, które prawdopodobnie nie spowodują zgonu, nie powinny być powiązane z kategoriami w 1C60-1C62.Z Choroba wywołana przez ludzki wirus niedoboru odporności [HIV] chyba, że narzędzie kodujące tak wskaże.

Uwaga: W razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu, aby określić indywidualny raportowany stan powiązany.

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
1C60-1C62.Z Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV]	1C60-1C62.Z, Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności	1C60-1C62.Z, Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
	o cięższym stopniu zaawansowania z piątą cyfrą większą niż (z wyjątkiem Z)	o cięższym stopniu zaawansowania - zastosuj najwyższą możliwą piątą cyfrę.

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
1B10-1B1Z Gruźlica	1C62 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności bez informacji o współwystępowaniu gruźlicy lub malarii	1C62.0 do 1C60.0; 1C62.1 do 1C60.1; 1C62.2 do 1C60.2; 1C62.3 do 1C60.3Z; 1C62.Z do 1C60.Z: MA14.0 do 1C60.Z Niezależnie od podkategorii (5. lub 6. znaku) przypisanej przez TUC, należy kodować jako 1C60 - Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV) związana z gruźlicą (z zachowaniem 5. lub 6. znaku, jeśli występuje). Jeśli kod w drugiej kolumnie to MA14.0, należy zakodować jako 1C60.Z - Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV) związana z gruźlicą, nieokreślony stopień kliniczny.
1G80 Następstwa gruźlicy	MA14.0 Wyniki badań laboratoryjnych świadczące o zarażeniu ludzkim wirusem upośledzenia odporności	
1C62 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności bez informacji o współwystępowaniu gruźlicy lub malarii	1B10-1B1Z Gruźlica	1C60 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności, w przebiegu której występuje gruźlica
MA14.0 Wyniki badań laboratoryjnych świadczące o zarażeniu ludzkim wirusem upośledzenia odporności		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
1F40-1F4Z Malaria	1C62 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności bez informacji	1C61 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
	o współwystępowaniu gruźlicy lub malarii	odporności, w przebiegu której występuje malaria
	MA14.0 Wyniki badań laboratoryjnych świadczące o zarażeniu ludzkim wirusem upośledzenia odporności	
1C62 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności bez informacji o współwystępowaniu gruźlicy lub malarii	1F40-1F4Z Malaria	1C61 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności, w przebiegu której występuje malaria
MA14.0 Wyniki badań laboratoryjnych świadczące o zarażeniu ludzkim wirusem upośledzenia odporności		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
2B57 Mięsak Kaposiego, umiejscowienie pierwotne		1C60.30 Mięsak Kaposiego w przebiegu choroby wywołanej przez ludzki wirus upośledzenia odporności, w przebiegu której występuje gruźlica
		1C61.30 Mięsak Kaposiego w chorobie wywołanej przez ludzki wirus upośledzenia odporności, w przebiegu której występuje malaria
	1C60-1C62.Z, Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności	1C62.30 Mięsak Kaposiego w chorobie wywołanej przez ludzki wirus upośledzenia odporności, bez wzmianki o gruźlicy lub malarii
	MA14.0 Wyniki badań laboratoryjnych świadczące o zarażeniu ludzkim wirusem upośledzenia odporności	

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
Rozdział 3 „Choroby krwi lub narządów krwiotwórczych”	1C60-1C62.Z Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności, w przypadku, gdy karta zgonu wskazuje, że choroba	1C60-1C62.Z. Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
	wywołana przez HIV jest wynikiem przetoczenia krwi podanego w ramach leczenia choroby będącej jego przyczyną.	
4A00-4A0Z Pierwotne niedobory odporności		
4A20 Nabyte niedobory odporności		
4B00-4B0Z Zaburzenia układu odpornościowego obejmujące linie komórkowe krwinek białych		
4B20-4B2Y Niektóre choroby z udziałem układu odpornościowego		
4B4Y Inne określone choroby układu odpornościowego		
4B4Z Choroby układu odpornościowego, nieokreślone		

2.19.3.2. Rozdział 02 Nowotwory

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
2E60-2E6Z Nowotwory in situ, z wyjątkiem nowotworów układu limfatycznego, krwiotwórczego, ośrodkowego układu nerwowego lub tkanek pokrewnych	przerzuty lub jeśli z innych informacji zawartych w karcie zgonu wynika, że nowotwór in situ spowodował przerzuty	odpowiadający pierwotny nowotwór złośliwy
	W przypadku, gdy nic nie wskazuje na to, że nowotwór in situ spowodował przerzuty,	Należy wziąć pod uwagę nowotwór in situ, który prawdopodobnie nie spowoduje zgonu, i postępować zgodnie z instrukcjami w Kroku SP8 Stany, które prawdopodobnie nie spowodują zgonu.

2.19.3.3. Rozdział 03 Choroby krwi lub narządów krwiotwórczych

2.19.3.4. Rozdział 04 Choroby układu odpornościowego

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	W przypadku zgłoszenia jako przyczyna:		Należy zakodować do:
4A84.Z Anafilaksja, nieokreślona	Narażenie na działanie lub szkodliwe działanie leków, substancji farmakologicznych i substancji biologicznych:	NE60 Szkodliwe działanie PB20-PB29 Niezamierzone PH40-PH49 Zdarzenia z nieokreślonym zamiarem, lub PL00-PL0Z Substancje wykorzystywane w leczeniu związane z urazem lub uszkodzeniem	4A84.1 Anafilaksja wywołana przez leki W razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu rozszerzającego, aby zidentyfikować czynnik źródłowy.
	Narażenie na działanie lub szkodliwe działanie innych lub nieokreślonych substancji, głównie nieleczniczych w odniesieniu do źródła:	NE61 Szkodliwe działanie PB36 Niezamierzone PH56 Zdarzenia z nieokreślonym zamiarem	4A84.0 Anafilaksja spowodowana reakcją alergiczną na pokarm, 4A84.4 Anafilaksja wywołana przez alergeny wziewne, 4A84.5 Anafilaksja wywołana przez kontakt z alergenami lub 4A84.Y Inna określona anafilaksja
	Użądlenie lub zatrucie jadem przez zwierzę:	PA78 Niezamierzone PG68 Zdarzenia z nieokreślonym zamiarem	4A84.2 Anafilaksja wywołana przez jad owadów

2.19.3.5. Rozdział 05 Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
5C70 Utrata objętości płynów	1A00-1A40.Z Zapalenie żołądka i jelit lub zapalenie okrężnicy o etiologii zakaźnej	1A00-1A40.Z. Zapalenie żołądka i jelit lub zapalenie okrężnicy o etiologii zakaźne

2.19.3.6. Rozdział 06 Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
6C40-6C4Z Zaburzenia spowodowane używaniem substancji	PB20-PB36 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania substancji	PB20-PB36 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania substancji
6D72.1 Zaburzenia amnestyczne spowodowane substancjami psychoaktywnymi, w tym lekami	PC90-PD05 Zamierzone samouszkodzenie w wyniku narażenia na działanie substancji lub ich szkodliwe działanie	PC90-PD05 Zamierzone samouszkodzenie w wyniku narażenia na działanie substancji lub ich szkodliwe działanie
	PE80-PE95 Napaść przez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania substancji	PE80-PE95 Napaść przez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania substancji
	PH40-PH56 Narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania substancji, z nieokreślonym zamiarem	PH40-PH56 Narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania substancji, z nieokreślonym zamiarem

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
6C40-6C4Z Zaburzenia spowodowane używaniem substancji, które posiadają piąty znak kodu „.1” (jeśli piąty znak jest dostępny) (oznaczający „szkodliwy schemat używania”)	6C40-6C4Z, które posiadają piąty znak kodu „.2” (oznaczający „uzależnienie”) (jeśli piąty znak jest dostępny)	6C40-6C4Z, które posiadają piąty znak kodu „.2” (jeśli piąty znak jest dostępny)
	6C40-6C4Z, które posiadają piąty znak kodu „.5” (oznaczający „delirium wywołane substancją”) (jeśli piąty znak jest dostępny)	6C40-6C4Z, które posiadają piąty znak kodu „.5” (jeśli piąty znak jest dostępny)
	6D72.1 Zaburzenia amnestyczne spowodowane substancjami psychoaktywnymi, w tym	6D72.1 Zaburzenia amnestyczne spowodowane substancjami psychoaktywnymi, w tym

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
	lekami szkodliwe skutki działania substancji	lekami szkodliwe skutki działania substancji

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
6C40-6C4Z Zaburzenia spowodowane używaniem substancji, które posiadają piąty znak kodu „.2” (oznaczający „uzależnienie”) (jeśli piąty znak jest dostępny)	6C40-6C4Z, które posiadają piąty znak kodu „.5” (oznaczający „delirium wywołane substancją”) (jeśli piąty znak jest dostępny)	6C40-6C4Z, które posiadają piąty znak kodu „.5” (jeśli piąty znak jest dostępny)
	6D72.1 Zaburzenia amnestyczne spowodowane substancjami psychoaktywnymi, w tym lekami	6D72.1 Zaburzenia amnestyczne spowodowane substancjami psychoaktywnymi, w tym lekami

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
6C40-6C4Z Zaburzenia spowodowane używaniem substancji, które posiadają piąty znak kodu „.6” (oznaczający „zaburzenie psychotyczne wywołane substancjami psychotycznymi”) (jeśli piąty znak jest dostępny)	6C40-6C4Z, które posiadają piąty znak kodu „.2” (oznaczający „delirium wywołane substancją”) (jeśli piąty znak jest dostępny)	6C40-6C4Z, które posiadają piąty znak kodu „.2” (jeśli piąty znak jest dostępny)
	6C40-6C4Z, które posiadają piąty znak kodu „.5” (oznaczający „delirium wywołane substancją”) (jeśli piąty znak jest dostępny)	6C40-6C4Z, które posiadają piąty znak kodu „.5” (jeśli piąty znak jest dostępny)
	6D72.1 Zaburzenia amnestyczne spowodowane substancjami psychoaktywnymi, w tym lekami	6D72.1 Zaburzenia amnestyczne spowodowane substancjami psychoaktywnymi, w tym lekami

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
6C40 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	5A70.2 Zespół pseudo-Cushinga	5A70.2 Zespół pseudo-Cushinga
	8D44 Zaburzenia neurologiczne związane z alkoholem	8D44 Zaburzenia neurologiczne związane z alkoholem
	BC43.01 Nierodzinna kardiomiopatia rozstrzeniowa, określona jako związana z alkoholem	BC43.01 Nierodzinna kardiomiopatia rozstrzeniowa, określona jako związana z alkoholem
	DA42.80 Alkoholowe zapalenie żołądka	DA42.80 Alkoholowe zapalenie żołądka
6C40 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	DB91.Z Ostra lub podostra niewydolność wątroby, nieokreślona	DB94.Z Alkoholowa choroba wątroby, nieokreślona
	DB94.Z Alkoholowa choroba wątroby, nieokreślona	
	DB99.0 Przewlekła choroba wątroby	
	DB99.5 Encefalopatia wątrobowa	
	DB99.7 Niewydolność wątroby bez wzmianki, ostra czy przewlekła	
	DB99.8 Przewlekła niewydolność wątroby	
	DB9Z Choroby wątroby, nieokreślone	
6C40 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	DB92.Y Inna określona niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, nieokreślona jako niealkoholowa	DB94.0 Alkoholowe stłuszczenie wątroby
	DB92.Z Niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, nieokreślona jako niealkoholowa	
6C40 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	DB93.0 Zwłóknienie wątroby	DB94.2 Alkoholowe zwłóknienie wątroby
6C40 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	DB93.1 Marskość wątroby	DB94.3 Alkoholowa marskość wątroby bez zapalenia wątroby
6C40 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	DB94.0 Alkoholowe stłuszczenie wątroby	DB94.0 Alkoholowe stłuszczenie wątroby
	DB94.1 Alkoholowe zapalenie wątroby	DB94.1 Alkoholowe zapalenie wątroby

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
	DB94.2 Alkoholowe zwłóknienie wątroby	DB94.2 Alkoholowe zwłóknienie wątroby
	DB94.Y Inna określona alkoholowa choroba wątroby	DB94.Y Inna określona alkoholowa choroba wątroby
6C40 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	DB97.2 Przewlekłe zapalenie wątroby, niesklasyfikowane gdzie indziej	DB94.1 Alkoholowe zapalenie wątroby
	DB97.Z Zapalna choroba wątroby, nieokreślona	
6C40 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	DC31.1 Alkoholowe ostre zapalenie trzustki	DC31.1 Alkoholowe ostre zapalenie trzustki
	DC31.Z Ostre zapalenie trzustki, nieokreślone	DC31.1 Alkoholowe ostre zapalenie trzustki
	DC32.Z Przewlekłe zapalenie trzustki, nieokreślone, z wyjątkiem przypadków określonych jako spowodowane innymi przyczynami niż alkohol	DC32.3 Alkoholowe przewlekłe zapalenie trzustki
	DC32.3 Alkoholowe przewlekłe zapalenie trzustki	DC32.3 Alkoholowe przewlekłe zapalenie trzustki
	JA85.Y Opieka położnicza w przypadku znanej lub podejrzewanej nieprawidłowości lub uszkodzenia płodu, określonych jako powodowane przez alkohol	JA85.Y Opieka położnicza z powodu znanej lub podejrzewanej innej określonej nieprawidłowości lub uszkodzenia płodu

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	W przypadku zgłoszenia jako przyczyna:	Należy zakodować do:
6C40 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	BC43.4 Kardiomiopatia indukowana lekami lub innymi czynnikami zewnętrznymi	BC43.01 Nierodzinna kardiomiopatia rozstrzeniowa

2.19.3.7. Rozdział 07 Zaburzenia snu i czuwania

2.19.3.8. Rozdział 08 Choroby układu nerwowego

2.19.3.9. Rozdział 09 Choroby układu wzrokowego

2.19.3.10. Rozdział 10 Choroby ucha i wyrostka sutkowatego

2.19.3.11. Rozdział 11 Choroby układu krążenia

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
BA00 Nadciśnienie samoistne	8B00-8B2Z Choroby naczyń mózgowych	8B00-8B2Z Choroby naczyń mózgowych
	BA01 Nadciśnieniowa choroba serca	BA01 Nadciśnieniowa choroba serca
	BA02 Choroba nadciśnieniowa nerek	BA02 Choroba nadciśnieniowa nerek
	BA40-BA6Z Choroba niedokrwienna serca	BA40-BA6Z Choroba niedokrwienna serca
	BA81-BA8Z Choroby tętnic wieńcowych	BA81-BA8Z Choroby tętnic wieńcowych
BA00 Nadciśnienie samoistne	BD10-BD1Z Niewydolność serca, BC42.Z Zapalenie mięśnia sercowego, nieokreślone, BC45 Kardiomegalia lub BC4Z Choroby mięśnia sercowego lub jam serca, nieokreślone, z wyjątkiem przypadków określonych jako terminalne lub ostre, nagłe lub podobne określenia oznaczające krótkotrwałe (mniej niż 24 godziny)	BA01 Nadciśnieniowa choroba serca

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	W przypadku zgłoszenia jako przyczyna:	Należy zakodować do:
BA00 Nadciśnienie samoistne	9B78.1 Retinopatia nieproliferacyjna i zmiany naczyniowe siatkówki	9B78.1 Retinopatia nieproliferacyjna i zmiany naczyniowe siatkówki
	BB60-BC0Z Choroby zastawek serca, z wyjątkiem stanów, które posiadają piąty znak kodu „.0” (oznaczający	BB60-BC0Z Choroby zastawek serca, z wyjątkiem stanów, które posiadają piąty znak kodu „.0” (oznaczający

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	W przypadku zgłoszenia jako przyczyna:	Należy zakodować do:
	„reumatyczne") (jeśli piąty znak jest dostępny) lub określone jako reumatyczne	„reumatyczne") (jeśli piąty znak jest dostępny) lub określone jako reumatyczne
	GB40 Zespół nefrytyczny; GB41 Zespół nerczycowy; GB4Z Choroby kłębuszków nerkowych, nieokreślone; GB61 Przewlekła choroba nerek; GB6Z Niewydolność nerek, nieokreślona; lub MF54.0 Zmniejszona nerka o gładkich zarysach	BA02 Choroba nadciśnieniowa nerek

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
BA01 Nadciśnieniowa choroba serca	BA40-BA8Z Choroba niedokrwienna serca	BA40-BA8Z Choroba niedokrwienna serca
BA01 Nadciśnieniowa choroba serca	BA81-BA8Z Choroby tętnic wieńcowych	BA81-BA8Z Choroby tętnic wieńcowych
BA02 Choroba nadciśnieniowa nerek		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
BA40 Dławica piersiowa	BA41 Ostry zawał mięśnia sercowego	BA41 Ostry zawał mięśnia sercowego
BA4Z Ostra choroba niedokrwienna serca, nieokreślona	BA42 Ponowny zawał mięśnia sercowego	
BA50-BA5Z Przewlekła choroba niedokrwienna serca		
BA6Z Choroba niedokrwienna serca, nieokreślona		
[BA81-BA8Z] Choroby tętnic wieńcowych		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
BC20.0 Choroby reumatyczne wsierdzia, zastawka nieokreślona	BB60-BC0Z Choroba zastawek serca, które posiadają piąty znak kodu „.0” (oznaczający „reumatyczne”) (jeśli piąty znak jest dostępny	BB60-BC0Z, Choroby zastawek serca, które posiadają piąty znak kodu „.0” (jeśli piąty znak jest dostępny)
BC20.1 Reumatyczna choroba serca, nieokreślona		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
BC60-BC9Z Zaburzenia rytmu serca	1F53 Choroba Chagasa	1F53 Choroba Chagasa
BC42.Z Zapalenie mięśnia sercowego, nieokreślone	BA40-BA6Z Choroba niedokrwienna serca	BA40-BA6Z Choroba niedokrwienna serca
BC45 Kardiomegalia	BA81-BA8Z Choroby tętnic wieńcowych	BA81-BA8Z Choroby tętnic wieńcowych
BC4Z Choroby mięśnia sercowego lub jam serca, nieokreślone		
BD10-BD1Z Niewydolność serca		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
BD10-BD1Z Niewydolność serca, z wyjątkiem przypadków określonych jako terminalne lub ostre, nagłe lub podobne określenia oznaczające krótkotrwałe (mniej niż 24 godziny)	BA00 Nadciśnienie samoistne	BA01 Nadciśnieniowa choroba serca
BC4Z Choroby mięśnia sercowego lub jam serca, nieokreślone, z wyjątkiem przypadków określonych jako terminalne lub ostre, nagłe lub podobne określenia oznaczające krótkotrwałe (mniej niż 24 godziny)	BA01 Nadciśnieniowa choroba serca	BA01 Nadciśnieniowa choroba serca

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
BD1Z Niewydolność serca, nieokreślona	CB01 Obrzęk płuc	BD11.Z Niewydolność lewej komory, nieokreślona
BC4Z Choroby mięśnia sercowego lub jam serca, nieokreślone		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
BD40 Przewlekła miażdżycowa choroba zarostowa tętnic	BA00 Nadciśnienie samoistne	BA00 Nadciśnienie samoistne
	BA01 Nadciśnieniowa choroba serca	BA01 Nadciśnieniowa choroba serca
	BA02 Choroba nadciśnieniowa nerek	BA02 Choroba nadciśnieniowa nerek
	BA03 Przełom nadciśnieniowy	BA03 Przełom nadciśnieniowy
	BA40-BA6Z Choroba niedokrwienna serca	BA40-BA6Z Choroba niedokrwienna serca
	BA81-BA8Z Choroby tętnic wieńcowych	BA81-BA8Z Choroby tętnic wieńcowych
	BD1Z Niewydolność serca	BD1Z Niewydolność serca
	BC42.Z Zapalenie mięśnia sercowego, nieokreślone	BC42.Y Inne swoiste zapalenie mięśnia sercowego

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
BD40 Przewlekła miażdżycowa choroba zarostowa tętnic	8B00-8B2Z Choroby naczyń mózgowych	8B00-8B2Z Choroby naczyń mózgowych

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	W przypadku zgłoszenia jako przyczyna:	Należy zakodować do:
BD40 Przewlekła miażdżycowa choroba zarostowa tętnic	BB60-BC0Z Choroby zastawek serca, z wyjątkiem stanów, które posiadają piąty znak kodu „.0” (oznaczający „reumatyczne”) (jeśli piąty znak jest dostępny)	BB60-BC0Z, Choroby zastawek serca, z wyjątkiem stanów, które posiadają piąty znak kodu „.0” (jeśli piąty znak jest dostępny)
	BC4Z Choroby mięśnia sercowego lub jam serca, nieokreślone	BA52.Z Miażdżyca tętnic wieńcowych, nieokreślona lokalizacja
	BD30-BD5Z Choroby tętnic i tętniczek, z wyjątkiem BD41 Niemiażdżycowa przewlekła choroba zarostowa tętnic lub BD53 Niedokrwienne zaburzenia naczyniowe jelita	BD30-BD5Z, Choroby tętnic i tętniczek, z wyjątkiem BD41 Niemiażdżycowa przewlekła choroba zarostowa tętnic lub BD53 Wtórne zaburzenia tętnic lub tętniczek
	DD30-DD3Z Niedokrwienne zaburzenia naczyniowe jelita	DD30-DD3Z Niedokrwienne zaburzenia naczyniowe jelita
	MF54.0 Zmniejszona nerka o gładkich zarysach	BA02 Choroba nadciśnieniowa nerek

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	W przypadku zgłoszenia jako przyczyna:	Należy zakodować do:
BD40.2 Miażdżyca tętnicy nerkowej	GB40 Zespół nefrytyczny; GB41 Zespół nerczycowy; GB4Z Choroby kłębuszków nerkowych, nieokreślone; GB61 Przewlekła choroba nerek; GB6Z Niewydolność nerek, nieokreślona; lub MF54.0 Zmniejszona nerka o gładkich zarysach	BA02 Choroba nadciśnieniowa nerek

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
BD40.Z Przewlekła miażdżycowa choroba zarostowa tętnic, nieokreślona	MC85 Zgorzel	BD40.0Z Miażdżyca kończyn dolnych, nieokreślona

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	W przypadku zgłoszenia jako przyczyna:	Należy zakodować do:
	8A00.0 Choroba Parkinsona	8A00.23 Parkinsonizm naczyniowy
	8A00.2Z Parkinsonizm wtórny, nieokreślony	8A00.23 Parkinsonizm naczyniowy
	8A00.Z Parkinsonizm, nieokreślony	8A00.23 Parkinsonizm naczyniowy
	GB40 Zespół nefrytyczny; GB41 Zespół nerczycowy; GB4Z Choroby kłębuszków nerkowych, nieokreślone; GB61 Przewlekła choroba nerek; GB6Z Niewydolność nerek, nieokreślona; lub MF54.0 Zmniejszona nerka o gładkich zarysach	BA02 Choroba nadciśnieniowa nerek

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
BD50.3 Tętniak aorty piersiowej	BD50.4 Tętniak aorty brzusznej	BD50. 5 Tętniak aorty piersiowo-brzusznej z odpowiednim szóstym znakiem kodu (oznaczającym perforacja, pęknięcie lub bez informacji o perforacji i pęknięciu)
BD50.4 Tętniak aorty brzusznej	BD50.3 Tętniak aorty piersiowej	BD50. 5 Tętniak aorty piersiowo-brzusznej z odpowiednim szóstym znakiem kodu (oznaczającym perforacja, pęknięcie lub bez informacji o perforacji i pęknięciu)

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Z informacją o:	Należy zakodować do:
BD55 Bezobjawowe zwężenie tętnicy wewnątrzczaszkowej lub zewnątrzczaszkowej	8B00-8B2Z Choroby naczyń mózgowych	8B00-8B2Z Choroby naczyń mózgowych

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	W przypadku zgłoszenia jako przyczyna:	Należy zakodować do:
BD55 Bezobjawowe zwężenie tętnicy wewnątrzczaszkowej lub zewnątrzczaszkowej	8A00.0 Choroba Parkinsona	8A00.23 Parkinsonizm naczyniowy
	8A00.2Z Parkinsonizm wtórny, nieokreślony	8A00.23 Parkinsonizm naczyniowy

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	W przypadku zgłoszenia jako przyczyna:	Należy zakodować do:
BC81.3 Migotanie przedsionków	8B11 Udar niedokrwienny mózgu	8B11.20 Udar niedokrwienny mózgu spowodowany zatorem pochodzenia sercowego

2.19.3.12. Rozdział 12 Choroby układu oddechowego

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
CA00 Ostre zapalenie jamy nosowej i gardła	MB44.3 Niemożność poruszania się	CA40.Z Zapalenie płuc, drobnoustrój nieokreślony
CA07 Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim i nieokreślonym		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	w przypadku zgłoszenia jako przyczyna:	należy zakodować do:
CA00 Ostre zapalenie jamy nosowej i gardła	1D01.Y Inne określone zakaźne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, niesklasyfikowane gdzie indziej	1D01.Y Inne określone zakaźne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, niesklasyfikowane gdzie indziej
CA07 Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim i nieokreślonym	1D03.3 Ropień śródczaszkowy	1D03.3 Ropień śródczaszkowy
	1D04.1 Ziarniniak śródczaszkowy	1D04.1 Ziarniniak śródczaszkowy
	1E30-1E32 Grypa	1E30-1E32 Grypa
	AA80-AB0Z Zapalenie ucha środkowego	AA80-AB0Z Zapalenie ucha środkowego

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	w przypadku zgłoszenia jako przyczyna:	należy zakodować do:
	AB11 Zapalenie wyrostka sutkowatego i stany pokrewne	AB11 Zapalenie wyrostka sutkowatego i stany pokrewne
	CA20 Zapalenie oskrzeli	CA20 Zapalenie oskrzeli
CA07 Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim i nieokreślonym	CA22 Przewlekła obturacyjna choroba płuc	CA22 Przewlekła obturacyjna choroba płuc
	CA27 Zapalenie tchawicy i oskrzeli	CA27 Zapalenie tchawicy i oskrzeli
	CA40 Zapalenie płuc	CA40 Zapalenie płuc
	CA41 Ostre zapalenie oskrzelików	CA41 Ostre zapalenie oskrzelików
	CA42 Ostre zapalenie oskrzeli	CA42 Ostre zapalenie oskrzeli
	GB40 Zespół nefrytyczny	GB40 Zespół nefrytyczny

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
CA42 Ostre zapalenie oskrzeli	CA20.1 Przewlekłe zapalenie oskrzeli	CA20.1 Przewlekłe zapalenie oskrzeli
	CA22 Przewlekła obturacyjna choroba płuc	CA22 Przewlekła obturacyjna choroba płuc

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
CA20 Zapalenie oskrzeli	CA21 Rozedma	CA22 Przewlekła obturacyjna choroba płuc
	CA22 Przewlekła obturacyjna choroba płuc	CA22 Przewlekła obturacyjna choroba płuc

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	w przypadku zgłoszenia jako przyczyna:	należy zakodować do:
CA20 Zapalenie oskrzeli	CA23 Astma	CA22 Przewlekła obturacyjna choroba płuc
Uwaga: patrz także uwaga poniżej w CA23		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
CA22.Z Przewlekła obturacyjna choroba płuc, nieokreślona	CA40 Zapalenie płuc	CA22.1 Wybrana określona przewlekła obturacyjna choroba płuc

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
	CA41 Ostre zapalenie oskrzelików	
	CA42 Ostre zapalenie oskrzeli	

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
CA60 Pylica płuc	1B10 Gruźlica układu oddechowego	CA60.3 Pylica płuc współistniejąca z gruźlicą

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
CB01 Obrzęk płuc	BD1Z Niewydolność serca, nieokreślona	BD11.Z Niewydolność lewej komory, nieokreślona
	BC4Z Choroby mięśnia sercowego lub jam serca, nieokreślone	

2.19.3.13. Rozdział 13 Choroby układu pokarmowego

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
DB91.Z Ostra lub podostra niewydolność wątroby, nieokreślona	6C40 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	DB94 Alkoholowa choroba wątroby
DB95 Polekowa lub toksyczna choroba wątroby	DB94 Alkoholowa choroba wątroby	
DB99.7 Niewydolność wątroby bez wzmianki, ostra czy przewlekła	NE61 Szkodliwe działanie lub narażenie na substancje szkodliwe, głównie nielecznicze, niesklasyfikowane gdzie indziej, określone jako spowodowane przez alkohol	
DB99.8 Przewlekła niewydolność wątroby		
DB9Z Choroby wątroby, nieokreślone		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
DB92 Niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, z wyjątkiem DB92.1 Niealkoholowego stłuszczeniowego zapalenia wątroby	6C40 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	DB94.0 Alkoholowe stłuszczenie wątroby
	DB94 Alkoholowa choroba wątroby	
	NE61 Szkodliwe działanie lub narażenie na substancje szkodliwe, głównie nielecznicze, niesklasyfikowane gdzie indziej, określone jako spowodowane przez alkohol	

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
DB92.1 Niealkoholowe stłuszczeniowe zapalenie wątroby	6C40 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	DB94.1 Alkoholowe zapalenie wątroby
DB97.2 Przewlekłe zapalenie wątroby, niesklasyfikowane gdzie indziej	DB94 Alkoholowa choroba wątroby	
DB97.Z Zapalna choroba wątroby, nieokreślona	NE61 Szkodliwe działanie lub narażenie na szkodliwe substancje, głównie nielecznicze ze względu na źródło, niesklasyfikowane gdzie indziej, określone jako spowodowane przez alkohol	

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
DB93 Zwłóknienie lub marskość wątroby, z wyjątkiem DB93.0 Zwłóknienie wątroby	6C40 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	DB94.3 Alkoholowa marskość wątroby bez zapalenia wątroby
	DB94 Alkoholowa choroba wątroby	
	NE61 Szkodliwe działanie lub narażenie na szkodliwe substancje, głównie nielecznicze ze względu na źródło, niesklasyfikowane gdzie indziej, określone jako spowodowane przez alkohol	

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
DB94.0 Alkoholowe stłuszczenie wątroby	DB97.Z Zapalna choroba wątroby, nieokreślona	DB94.1Z Alkoholowe zapalenie wątroby, nieokreślone
DB94.2 Alkoholowe zwłóknienie wątroby	DB97.Z Zapalna choroba wątroby, nieokreślona	DB94.1Z Alkoholowe zapalenie wątroby, nieokreślone
DB94.3 Alkoholowa marskość wątroby bez zapalenia wątroby	DB97.Z Zapalna choroba wątroby, nieokreślona	DB94.10 Alkoholowe zapalenie wątroby z marskością

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
DB93.0 Zwłóknienie wątroby	6C40 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	DB94.2 Alkoholowe zwłóknienie wątroby
	DB94 Alkoholowa choroba wątroby	
	NE61 Szkodliwe działanie lub narażenie na szkodliwe substancje, głównie nielecznicze ze względu na źródło, niesklasyfikowane gdzie indziej, określone jako spowodowane przez alkohol	

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
DC31.Z Ostre zapalenie trzustki, nieokreślone	6C40 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	DC31.1 Alkoholowe ostre zapalenie trzustki
DC32.Z Przewlekłe zapalenie trzustki, nieokreślone, z wyjątkiem przypadków określonych jako spowodowane innymi przyczynami niż alkohol	6C40 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	DC32.3 Alkoholowe przewlekłe zapalenie trzustki

2.19.3.14. Rozdział 14 Choroby skóry

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	w przypadku zgłoszenia jako przyczyna:	należy zakodować do:
EH90 Odleżyna	EH90 Odleżyna, w bardziej zaawansowanym stadium	EH90 Odleżyna, w bardziej zaawansowanym stadium

2.19.3.15. Rozdział 15 Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej

2.19.3.16. Rozdział 16 Choroby układu moczowo-płciowego

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	w przypadku zgłoszenia jako przyczyna:	należy zakodować do:
GB61 Przewlekła choroba nerek	GB61 Przewlekła choroba nerek, w bardziej zaawansowanym stadium	GB61 Przewlekła choroba nerek, w bardziej zaawansowanym stadium

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
GB61 Przewlekła choroba nerek	BA00.Z Nadciśnienie tętnicze samoistne, nieokreślone	BA02 Choroba nadciśnieniowa nerek
GB6Z Niewydolność nerek, nieokreślona	BA02 Choroba nadciśnieniowa nerek	BA02 Choroba nadciśnieniowa nerek
MF54.0 Zmniejszona nerka o gładkich zarysach		

2.19.3.17. Rozdział 17 Stany związane ze zdrowiem seksualnym

2.19.3.18. Rozdział 18 Ciąża, poród lub połóg

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JA24 Stan przedrzucawkowy	JA25 Rzucawka	JA25 Rzucawka

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JA82 Opieka położnicza z powodu znanego lub podejrzewanego nieprawidłowego położenia, ustawienia i ułożenia płodu	JA83 Opieka położnicza z powodu znanej lub przewidywanej niewspółmierności porodowej	JA83 Opieka położnicza z powodu znanej lub przewidywanej niewspółmierności porodowej

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JA83.Z Opieka położnicza z powodu znanej lub przewidywanej niewspółmierności porodowej, nieokreślonej	JA83.0 Opieka położnicza z powodu niewspółmierności porodowej spowodowanej zniekształceniem kości miednicy	JA83.0 Opieka położnicza z powodu niewspółmierności porodowej spowodowanej zniekształceniem kości miednicy
	JA83.1 Opieka położnicza z powodu niewspółmierności	JA83.1 Opieka położnicza z powodu niewspółmierności

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
	porodowej spowodowanej ogólnym zwężeniem miednicy	porodowej spowodowanej ogólnym zwężeniem miednicy
JA83.Z Opieka położnicza z powodu znanej lub przewidywanej niewspółmierności porodowej, nieokreślonej	JA83.2 Opieka położnicza z powodu niewspółmierności porodowej spowodowanej zwężeniem wchodu miednicy	JA83.2 Opieka położnicza z powodu niewspółmierności porodowej spowodowanej zwężeniem wchodu miednicy
	JA83.3 Opieka położnicza z powodu niewspółmierności porodowej spowodowanej zwężeniem wychodu miednicy	JA83.3 Opieka położnicza z powodu niewspółmierności porodowej spowodowanej zwężeniem wychodu miednicy

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JB04 Brak postępu porodu z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu	JB05 Niewspółmierność porodowa z powodu nieprawidłowości w obrębie miednicy matki	JB05 Niewspółmierność porodowa z powodu nieprawidłowości w obrębie miednicy matki

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JA61.0 Żylaki kończyn dolnych w ciąży	JB42.2 Zatorowość położnicza spowodowana skrzepem krwi	JB42.2 Zatorowość położnicza spowodowana skrzepem krwi
JA61.1 Żylaki narządów płciowych w ciąży		
JA61.2 Powierzchowne zakrzepowe zapalenie żył w ciąży		
JA61.4 Guzki krwawnicze w ciąży		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JA65.2 Nadmierny przyrost masy ciała w ciąży	JA20-JA2Z Obrzęki, białkomocz lub nadciśnienie tętnicze w ciąży, porodzie lub połogu, nieokreślone	JA20-JA2Z Obrzęki, białkomocz lub nadciśnienie tętnicze w ciąży, porodzie lub połogu, nieokreślone

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JA65.3 Niski przyrost masy ciała w ciąży	JB64.2 Choroby endokrynologiczne, związane z odżywianiem lub metabolizmem, powodujące powikłania ciąży, porodu lub połogu	JB64.2 Choroby endokrynologiczne, związane z odżywianiem lub metabolizmem, powodujące powikłania ciąży, porodu lub połogu

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JA65.4 Opieka nad ciężarną po wielokrotnych poronieniach	JA00-JA0Z Zakończenie ciąży przez poronienie	JA00-JA0Z Zakończenie ciąży przez poronienie
JA65.5 Zatrzymana wkładka wewnątrzmaciczna w ciąży	JA00-JA0Z Zakończenie ciąży przez poronienie	JA00-JA0Z Zakończenie ciąży przez poronienie
	JA88.1 Zakażenie worka owodniowego lub błon płodowych	JA88.1 Zakażenie worka owodniowego lub błon płodowych
	JB00 Przedwczesna czynność skurczowa macicy lub poród	JB00 Przedwczesna czynność skurczowa macicy lub poród

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JA65.7 Rozejście spojenia łonowego w ciąży, porodzie i połogu	JB04-JB06 Brak postępu porodu z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu, nieprawidłowości w obrębie miednicy matki lub z innych przyczyn	JB04-JB06 Brak postępu porodu z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu, nieprawidłowości w obrębie miednicy matki lub z innych przyczyn

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JA67.4 Ból głowy spowodowany znieczuleniem podpajęczynówkowym lub zewnątrzoponowym w czasie ciąży	JA67.2 Powikłania znieczulenia w czasie ciąży ze strony ośrodkowego układu nerwowego	JA67.2 Powikłania znieczulenia w czasie ciąży ze strony ośrodkowego układu nerwowego

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JA80 Opieka położnicza w ciąży mnogiej	JB04-JB06 Brak postępu porodu z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu, nieprawidłowości w obrębie miednicy matki lub z innych przyczyn	JB04-JB06 Brak postępu porodu z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu, nieprawidłowości w obrębie miednicy matki lub z innych przyczyn
	JB0D.3 Inne powikłania operacji lub zabiegów położniczych	JB0D.3 Inne powikłania operacji lub zabiegów położniczych
JA81 Opieka położnicza w związku z powikłaniami specyficznymi dla ciąży mnogiej	JB42.1 Zator płynem owodniowym	JB42.1 Zator płynem owodniowym

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JA82 Opieka położnicza z powodu znanego lub podejrzewanego nieprawidłowego położenia, ustawienia i ułożenia płodu	JA43 Krwotok poporodowy	JA43 Krwotok poporodowy
JA83 Opieka położnicza z powodu znanej lub przewidywanej niewspółmierności porodowej	JB04-JB06 Brak postępu porodu z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu, nieprawidłowości w obrębie miednicy matki lub z innych przyczyn	JB04-JB06 Brak postępu porodu z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu, nieprawidłowości w obrębie miednicy matki lub z innych przyczyn
JA84 Opieka położnicza z powodu znanej lub podejrzewanej nieprawidłowości narządów miednicy	JB09-JB0A Uszkodzenie krocza podczas porodu i inne urazy położnicze	JB09-JB0A Uszkodzenie krocza podczas porodu i inne urazy położnicze
JA85 Opieka położnicza w przypadku znanej lub podejrzewanej nieprawidłowości lub uszkodzenia płodu	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane
JA86 Opieka położnicza w przypadku innych znanych lub podejrzewanych problemów płodowych	JB40 Zakażenia w połogu	JB40 Zakażenia w połogu

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JA87 Opieka położnicza w związku z wielowodziem	JA8C Opieka położnicza w związku z przedwczesnym oddzieleniem łożyska	JA8C Opieka położnicza w związku z przedwczesnym oddzieleniem łożyska

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
	JB03 Poród przedłużony	JB03 Poród przedłużony
	JB04-JB06 Brak postępu porodu z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu, nieprawidłowości w obrębie miednicy matki lub z innych przyczyn	JB04-JB06 Brak postępu porodu z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu, nieprawidłowości w obrębie miednicy matki lub z innych przyczyn
	JA43 Krwotok poporodowy	JA43 Krwotok poporodowy
	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane
	JB40 Zakażenia w połogu	JB40 Zakażenia w połogu
	JB42.1 Zator płynem owodniowym	JB42.1 Zator płynem owodniowym

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JA88.0 Małowodzie	JA43 Krwotok poporodowy	JA43 Krwotok poporodowy
JA88.Y, JA88.Z Inne określone zaburzenia dotyczące płynu owodniowego i błon płodowych oraz Zaburzenia płynu owodniowego i błon płodowych, nieokreślone	JA88.1 Zakażenie worka owodniowego lub błon płodowych	JA88.1 Zakażenie worka owodniowego lub błon płodowych
	JB03 Poród przedłużony	JB03 Poród przedłużony
	JB40 Zakażenia w połogu	JB40 Zakażenia w połogu
	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JA89.3 Przedwczesne pęknięcie błon płodowych	JA88.1 Zakażenie worka owodniowego lub błon płodowych	JA88.1 Zakażenie worka owodniowego lub błon płodowych
	JB03 Poród przedłużony	JB03 Poród przedłużony
	JA43 Krwotok poporodowy	JA43 Krwotok poporodowy
	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane
	JB40 Zakażenia w połogu	JB40 Zakażenia w połogu
	JB42.1 Zator płynem owodniowym	JB42.1 Zator płynem owodniowym

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JA8A.0 Zespoły przetoczenia łożyskowego	JA8C Opieka położnicza w związku z przedwczesnym oddzieleniem łożyska	JA8C Opieka położnicza w związku z przedwczesnym oddzieleniem łożyska
JA8A.1 Malformacja łożyska	JA42 Krwotok śródporodowy	JA42 Krwotok śródporodowy
JA8A.Y Inna określona opieka położnicza związana z zaburzeniami łożyska	JA43 Krwotok poporodowy	JA43 Krwotok poporodowy
JA8A.Z Opieka położnicza związana z zaburzeniami łożyska, nieokreślona	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane
	JB40 Zakażenia w połogu	JB40 Zakażenia w połogu
JA8A.2 Patologicznie przyrośnięte łożysko	JA8B.1 Łożysko przodujące z krwotokiem	JA8B.1 Łożysko przodujące z krwotokiem
	JA8B.0 Łożysko przodujące bez krwotoku	JA8B.0 Łożysko przodujące bez krwotoku

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
	JA8B.Z Opieka położnicza związana z łożyskiem przodującym lub nisko usadowionym, nieokreślona	JA8B.Z Opieka położnicza związana z łożyskiem przodującym lub nisko usadowionym, nieokreślona

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JA8E Opieka położnicza w związku z przedłużającą się ciążą	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JB00 Przedwczesna czynność skurczowa macicy lub poród	JA8C Opieka położnicza w związku z przedwczesnym oddzieleniem łożyska	JA8C Opieka położnicza w związku z przedwczesnym oddzieleniem łożyska
JB01 Nieudana indukcja porodu	JA42 Krwotok śródporodowy	JA42 Krwotok śródporodowy
JB02 Nieprawidłowa czynność skurczowa macicy	JA43 Krwotok poporodowy	JA43 Krwotok poporodowy
JB03 Poród przedłużony	JB04-JB06 Brak postępu porodu z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu, nieprawidłowości w obrębie miednicy matki lub z innych przyczyn	JB04-JB06 Brak postępu porodu z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu, nieprawidłowości w obrębie miednicy matki lub z innych przyczyn
JB07 Czynność porodowa lub poród powikłany zaburzeniami płodu	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane
JB08 Czynność porodowa lub poród powikłany nieprawidłowościami pępowinowymi	JB40 Zakażenia w połogu	JB40 Zakażenia w połogu

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JB09.2, JB09.3, JB09.Z Uszkodzenie krocza podczas porodu trzeciego stopnia, czwartego stopnia lub nieokreślone	JA43 Krwotok poporodowy	JA43 Krwotok poporodowy
	JB40 Zakażenia w połogu	JB40 Zakażenia w połogu

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JB0C.5 Ból głowy spowodowany znieczuleniem podpajęczynówkowym lub zewnątrzoponowym podczas czynności porodowej lub porodu	JB0C.3 Powikłania znieczulenia podczas czynności porodowej lub porodu ze strony ośrodkowego układu nerwowego	JB0C.3 Powikłania znieczulenia podczas czynności porodowej lub porodu ze strony ośrodkowego układu nerwowego

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JB0D.0 Niepokój matki podczas czynności porodowej lub porodu	JA43 Krwotok poporodowy	JA43 Krwotok poporodowy
JB0D.1 Wstrząs podczas lub w następstwie czynności porodowej lub porodu	JB40 Zakażenia w połogu	JB40 Zakażenia w połogu

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JB0D.2 Gorączka podczas porodu, gdzie indziej niesklasyfikowana	JB40 Zakażenia w połogu	JB40 Zakażenia w połogu

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JB0D.4 Opóźniony poród po przebiciu błon płodowych	JA43 Krwotok poporodowy	JA43 Krwotok poporodowy
JB0D.5 Opóźniony poród po samoistnym lub nieokreślonym przebiciu błon płodowych	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu,	JB0D Pewne określone powikłania czynności

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
	gdzie indziej niesklasyfikowane	porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane
	JB40 Zakażenia w połogu	JB40 Zakażenia w połogu

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JB0D.6 Poród drogą pochwową po uprzednim cięciu cesarskim	JA8A.2 Patologicznie przyrośnięte łożysko	JA8A.2 Patologicznie przyrośnięte łożysko
	JB0A.1 Pęknięcie macicy podczas czynności porodowej	JB0A.1 Pęknięcie macicy podczas czynności porodowej
	JB0A.2 Poporodowe wynicowanie macicy	JB0A.2 Poporodowe wynicowanie macicy
	JA43 Krwotok poporodowy	JA43 Krwotok poporodowy
	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane
	JB40 Zakażenia w połogu	JB40 Zakażenia w połogu

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JB41.0 Powierzchowne zakrzepowe zapalenie żył w połogu	JB42.2 Zatorowość położnicza spowodowana skrzepem krwi	JB42.2 Zatorowość położnicza spowodowana skrzepem krwi
JB41.2 Guzki krwawnicze w połogu		
JB41.Y Inne określone powikłania żylne w połogu		
JB41.Z Powikłania żylne w połogu, nieokreślone		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
JB43.3 Ból głowy spowodowany znieczuleniem podpajęczynówkowym lub zewnątrzoponowym w okresie połogu	JB43.2 Powikłania znieczulenia w połogu ze strony ośrodkowego układu nerwowego	JB43.2 Powikłania znieczulenia w połogu ze strony ośrodkowego układu nerwowego

2.19.3.19. Rozdział 19 Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym

2.19.3.20. Rozdział 20 Wady rozwojowe

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
LB20.00 Włóknienie wątroby z torbielowatością	GB81 Autosomalnie dominująca wielotorbielowatość nerek	GB81 Autosomalnie dominująca wielotorbielowatość nerek
	GB8Y Inna określona torbielowata lub dysplastyczna choroba nerek	GB8Y Inna określona torbielowata lub dysplastyczna choroba nerek

2.19.3.21. Rozdział 21 Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, niesklasyfikowane gdzie indziej

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	w przypadku zgłoszenia jako przyczyna:	należy zakodować do:
MA14.0 Wyniki badań laboratoryjnych świadczące o zarażeniu ludzkim wirusem upośledzenia odporności	1A00-1H0Z Choroby zakaźne i pasożytnicze	1C60-1C62.Z Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV]

2.19.3.22. Rozdział 22 Urazy, zatrucia i określone skutki działania czynników zewnętrznych

2.19.3.23. Rozdział 23 Zewnętrzne przyczyny śmiertelności i zachorowalności

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	z informacją o:	należy zakodować do:
PA00-PB6Z Niezamierzona przyczyna śmiertelności i zachorowalności	1C13 Tężec	1C13 Tężec

2.19.3.24. Kody, których nie należy używać w przypadku wyjściowej przyczyny zgonu

Kategorie określone w lewej kolumnie tej sekcji nie powinny być używane jako wyjściowa przyczyna zgonu. Należy wybrać odpowiednią kategorię w prawej kolumnie.

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	należy zakodować do:
1E1Y Inne określone choroby wirusowe & XN275 Zakażenie ludzkim syncytialnym wirusem oddechowym	CA40.11 Zapalenie płuc wywołane wirusem syncytialnym układu oddechowego

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	należy zakodować do:
2D50-2E2Z Przerzuty nowotworu złośliwego	Pierwotne umiejscowienie nowotworu złośliwego, jeśli jest znane. Jeżeli pierwotne umiejscowienie nowotworu złośliwego nie jest znane lub nie zostało wskazane, należy zakodować do kategorii 2D40-2D4Z Nowotwory złośliwe o niejasno zdefiniowanych lub nieokreślonych umiejscowieniach pierwotnych.

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	należy zakodować do:
5A20.0 - 5A2Y Ostre powikłania cukrzycy	5A10-5A13 jeśli określono typ cukrzycy lub zakoduj do 5A14 Cukrzyca, typ nieokreślony, jeśli nie wskazano typu cukrzycy
8B92.2 Cukrzycowa pleksopatia splotu lędźwiowo-krzyżowego	
8B94 Radikulopleksoneuropatia cukrzycowa	
8C03.0 Polineuropatia cukrzycowa	
8D88.1 Neuropatia autonomiczna spowodowana cukrzycą	
9B10.21 Zaćma cukrzycowa	
9B71.00 - 9B71.0Z Retinopatia cukrzycowa	
BC43.7 Kardiomiopatia cukrzycowa	
BD54 Owrzodzenie w zespole stopy cukrzycowej	
EB90.0 Zmiany skórne w przebiegu cukrzycy	
FA38.0 Artropatia cukrzycowa	
FA38.10 Artropatia cukrzycowa Charcota	
MF83 Zmiany w kłębuszkach nerkowych w przebiegu cukrzycy	

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	należy zakodować do:
5D40-5D46 Zaburzenia endokrynologiczne lub metaboliczne w wyniku zastosowanego leczenia	Patrz Sekcja Krok M4 - Instrukcje dotyczące procedur medycznych, głównych obrażeń, zatruć i zgonów matek
8E60-8E67 Pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego	

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	należy zakodować do:
9D20-9D25 Pozabiegowe uszkodzenia oka lub przydatków oka	
AB90-AB93 Pooperacyjne zaburzenia ucha i wyrostka sutkowatego	
BE10-BE1F.Z Pozabiegowe zaburzenia układu krążenia	
CB60-CB64 Pozabiegowe zaburzenia układu oddechowego	
DE10-DE12.Y Pozabiegowe zaburzenia przewodu pokarmowego	
FC01 Powikłania pooperacyjne układu mięśniowo-szkieletowego	
GC70-GC7B Pozabiegowe zaburzenia układu moczowo-płciowego	

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	należy zakodować do:
6C40.3 Upojenie alkoholem	PB30 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania alkoholi, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako choroba
	PB30 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania alkoholi, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako wypadek
	PD00 Zamierzone samouszkodzenie poprzez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania alkoholi, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako celowe samouszkodzenie się
	PE90 Napaść przez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania alkoholi, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako napaść
	PH50 Narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania alkoholi z nieokreślonym zamiarem, jeśli w karcie zgonu nie można było określić przyczyny zgonu
	PB30 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania alkoholi, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu jest w trakcie ustalania
	PB30 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania alkoholi, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu jest nieznana

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	należy zakodować do:
6C43.3 Odurzenie opioidami	PB20 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania opioidów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako choroba
	PB20 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania opioidów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako wypadek
	PC90 Zamierzone samouszkodzenie poprzez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania opioidów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako celowe samouszkodzenie się
	PE80 Napaść przez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania opioidów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako napaść
	PH40 Narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania opioidów z nieokreślonym zamiarem, jeśli w karcie zgonu nie można było określić przyczyny zgonu
	PB20 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania opioidów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu jest w trakcie ustalania
	PB20 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania opioidów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu jest nieznana

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	należy zakodować do:
6C41.3 Odurzenie cannabis 6C42.3 Odurzenie syntetycznymi kannabinoidami 6C49.3 Odurzenie halucynogenami	PB23 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania kannabinoidów lub halucynogenów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako choroba
	PB23 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania kannabinoidów lub halucynogenów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako wypadek
	PC93 Zamierzone samouszkodzenie poprzez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania kannabinoidów lub halucynogenów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako celowe samouszkodzenie się
	PE83 Napaść przez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania kannabinoidów lub halucynogenów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako napaść
	PH43 Narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania kannabinoidów lub halucynogenów z nieokreślonym zamiarem, jeśli w karcie zgonu nie można było określić przyczyny zgonu
	PB23 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania kannabinoidów lub halucynogenów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu jest w trakcie ustalania
	PB23 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania kannabinoidów lub halucynogenów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu jest nieznana
6C45.3 Odurzenie kokainą 6C46.3 Odurzenie środkami pobudzającymi, w tym amfetaminą, metamfetaminą lub metylkatynonem 6C47.3 Odurzenie syntetycznymi katynonami 6C48.2 Odurzenie kofeiną 6C4C.3 Odurzenie MDMA lub narkotykami pokrewnymi, w tym MDA	PB22 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania psychostymulantów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako choroba
	PB22 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania psychostymulantów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako wypadek
	PC92 Zamierzone samouszkodzenie poprzez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania psychostymulantów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako celowe samouszkodzenie się
	PE82 Napaść przez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania psychostymulantów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako napaść

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	należy zakodować do:
	PH42 Narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania psychostymulantów z nieokreślonym zamiarem, jeśli w karcie zgonu nie można było określić przyczyny zgonu
	PB22 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania psychostymulantów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu jest w trakcie ustalania
	PB22 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania psychostymulantów, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu jest nieznana

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	należy zakodować do:
6C44.3 Odurzenie lekami uspokajającymi, nasennymi lub przeciwbólowymi 6C4B.3 Odurzenie lotnymi środkami wziewnymi 6C4D.3 Odurzenie narkotykami dysocjacyjnymi, w tym ketaminą lub PCP	PB21 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania leków uspokajających i nasennych lub innych leków o działaniu depresyjnym na OUN, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako choroba
	PB21 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania leków o działaniu depresyjnym na OUN, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako wypadek
	PC91 Zamierzone samouszkodzenie poprzez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania leków o działaniu depresyjnym na OUN, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako celowe samouszkodzenie się
	PE81 Napaść przez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania leków o działaniu depresyjnym na OUN, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako napaść
	PH41 Narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania leków o działaniu depresyjnym na OUN z nieokreślonym zamiarem, jeśli w karcie zgonu nie można było określić przyczyny zgonu
	PB21 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania leków o działaniu depresyjnym na OUN, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu jest w trakcie ustalania
	PB21 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania leków o działaniu depresyjnym na OUN, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu jest nieznana

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	należy zakodować do:
6C44.3 Odurzenie inną określoną substancją psychoaktywną 6C4G.3 Odurzenie spowodowane nieznaną lub nieokreśloną substancją psychoaktywną	PB28 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania innych lub nieokreślonych leków, substancji leczniczych lub substancji biologicznych, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako choroba
	PB28 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania innych lub nieokreślonych leków, substancji leczniczych lub substancji biologicznych, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako wypadek
	PC98 Zamierzone samouszkodzenie poprzez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania innych lub nieokreślonych leków, substancji leczniczych lub substancji biologicznych, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako celowe samouszkodzenie się
	PE88 Napaść przez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania innych lub nieokreślonych leków, substancji leczniczych lub substancji biologicznych, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu została określona jako napaść
	PH48 Narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania innych lub nieokreślonych leków, substancji leczniczych lub substancji biologicznych, jeśli w karcie zgonu nie można było określić przyczyny zgonu
	PB28 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania innych lub nieokreślonych leków, substancji leczniczych lub substancji biologicznych, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu jest w trakcie ustalania
	PB28 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania innych lub nieokreślonych leków, substancji leczniczych lub substancji biologicznych, jeśli w karcie zgonu przyczyna zgonu jest nieznana

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	należy zakodować do:
6D80 Otępienie spowodowane chorobą Alzheimera	8A20 Choroba Alzheimera
6D81 Otępienie spowodowane chorobą naczyń mózgowych	Wyjściowa choroba naczyniowo-mózgowa z Rozdziału 08 „8B00-8B2Z Choroby naczyniowo-mózgowe”, a jeśli nie została zgłoszona, należy zakodować jako: 8B2Z Choroby naczyniowo-mózgowe, nieokreślone
6D82 Otępienie spowodowane chorobą z ciałami Lewy’ego	8A22 Choroba z ciałami Lewy’ego
6D83 Otępienie czołowo-skroniowe	8A23 Zwyrodnieniowe czołowo-skroniowe
6D84.0 Otępieniem spowodowane używaniem alkoholu	Wyjściowe zaburzenie związane z używaniem alkoholu, a jeśli nie zostało zgłoszone, należy zakodować jako: 6C40.Y Inne określone zaburzenia związane z używaniem alkoholu
6D84.1 Otępienie spowodowane używaniem leków uspokajających, nasennych lub przeciwlękowych	Wyjściowe zaburzenie związane z używaniem środków nasennych, uspokajających lub przeciwlękowych, a jeśli nie zostało zgłoszone, należy zakodować jako: 6C44.Y Inne określone zaburzenia związane z używaniem środków nasennych, uspokajających lub przeciwlękowych
6D84.2 Otępienie spowodowane używaniem lotnych środków wziewnych	Wyjściowe zaburzenie związane z używaniem lotnych środków wziewnych, a jeśli nie zostało zgłoszone, należy zakodować jako: 6C4B.Y Inne określone zaburzenia związane z używaniem lotnych środków wziewnych
6D84Y Otępienie spowodowane innymi określonymi substancjami psychoaktywnymi	Wyjściowe zaburzenie związane z używaniem innej określonej substancji psychoaktywnej, a jeśli nie zostało zgłoszone, należy zakodować jako: 6C4G.Y Inne określone zaburzenia związane z używaniem nieznanych lub nieokreślonych substancji psychoaktywnych
6D85.0 Otępienie spowodowane chorobą Parkinsona	8A00.0Z Choroba Parkinsona, nieokreślona
6D85.1 Otępienie spowodowane chorobą Huntingtona	8A01.10 Choroba Huntingtona, nieokreślona
6D85.2 Otępienie spowodowane narażeniem na metale ciężkie i inne toksyny	PB36 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki innych lub nieokreślonych substancji niewykorzystywanych w lecznictwie PB80-PD3Z Zamierzone samouszkodzenie, nieokreślone PE95 Napaść przez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki innych lub nieokreślonych substancji niewykorzystywanych w lecznictwie PH56 Narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania innych lub nieokreślonych substancji niewykorzystywanych w lecznictwie z nieokreślonym zamiarem
6D85.3 Otępienie spowodowane ludzkim wirusem niedoboru odporności	1C62.3 Choroba wywołana przez HIV w 4. stadium klinicznym bez informacji o współwystępowaniu gruźlicy lub malarii

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	należy zakodować do:
6D85.4 Otępienie spowodowane stwardnieniem rozsianym	8A40.Z Stwardnienie rozsiane, nieokreślone
6D85.5 Otępienie spowodowane chorobą prionową	Wspomniana choroba prionowa: 8E0Z Choroby prionowe człowieka, nieokreślone
6D85.6 Otępienie spowodowane wodogłowiem normotensyjnym	8D64.04 Wodogłowie normotensyjne
6D85.7 Otępienie spowodowane urazem głowy	Zewnętrzna przyczyna, która spowodowała uraz głowy, a jeśli nie została określona, należy zakodować jako: PB6Z Nieokreślona, niezamierzona przyczyna zachorowalności lub śmiertelności PD05 Zamierzone samouszkodzenie, nieokreślone PF2Z Napaść, nieokreślona PH8Y Inne określone zdarzenie urazu o nieustalonym zamiarze
6D85.8 Otępienie spowodowane pelagrą	5B5C.0 Pelagra
6D85.9 Otępienie spowodowane zespołem Downa	LD40.0 Pełna trisomia 21
6D85.Y Otępienie spowodowane innymi określonymi chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej	Określona choroba
6D8Y Otępienie, inna określona przyczyna	Określona przyczyna; jeżeli nie można zakodować określonej przyczyny, zakodować do 6D8Z Otępienie o nieznanej lub nieokreślonej przyczynie

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Należy zakodować do:
BA42 Ponowny zawał mięśnia sercowego	BA41.Z Ostry zawał mięśnia sercowego, nieokreslony
(BA60.-) Niektóre obecne powikłania występujące w przebiegu ostrego zawału mięśnia sercowego	BA41.Z Ostry zawał mięśnia sercowego, nieokreslony

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Należy zakodować do:
BA43 Zakrzepica wieńcowa nie powodująca zawału mięśnia sercowego	BA41.Z Ostry zawał mięśnia sercowego, nieokreślony. Dla celów statystyki umieralności przyjmuje się, że doszło do zawału mięśnia sercowego.

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Należy zakodować do:
BA50 Przebyty zawał mięśnia sercowego	BA5Z Przewlekła choroba niedokrwienna serca, nieokreślona, jeżeli nie podano przyczyny

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Należy zakodować do:
BD55 Bezobjawowe zwężenie tętnicy wewnątrzczaszkowej lub zewnątrzczaszkowej	(8B11,-) Udar niedokrwienny mózgu
BD56 Bezobjawowa niedrożność tętnicy śródczaszkowej lub zewnątrzczaszkowej	(8B11,-) Udar niedokrwienny mózgu

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Należy zakodować do:
JA05 Powikłania po poronieniu, ciąży ektopowej lub zaśniadzie groniastym	JA00-JA0Z Ciąża zakończona poronieniem **z wyjątkiem** JA05 Powikłania po poronieniu, ciąży ektopowej lub zaśniadzie groniastym

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Należy zakodować do:
JB65 Następstwa powikłań ciąży, porodu lub połogu	JB62.Z Śmierć z powodu następstw przyczyn położniczych, nieokreślona

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Należy zakodować do:
KB60-KB6Z Przemijające zaburzenia wydzielania wewnętrznego lub zaburzenia metaboliczne płodu lub noworodka, **z wyjątkiem** KB60.0 Zespół dziecka matki chorej na cukrzycę ciężarnych; KB60.1 Zespół dziecka matki chorej na cukrzycę, typu 1 lub 2, przedciążową, insulinozależną; KB60.2 Cukrzyca noworodkowa; lub KB62.0 Przemijająca nadczynność tarczycy u noworodka	inna przyczyna okołoporodowa. Jeśli nie zgłoszono żadnej innej przyczyny okołoporodowej, należy zakodować do: KD5Z Stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym lub noworodkowym, nieokreślone

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Należy zakodować do:
MA13.1 Stwierdzenie obecności alkoholu we krwi	Należy zakodować do: MH14 Inne niedokładnie określone lub nieznane przyczyny zgonu

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Należy zakodować do:
MA15.Y Wyniki badań mikrobiologicznych krwi, narządów krwiotwórczych lub układu odpornościowego	Należy zakodować do: Choroba zakaźna wyszczególniona w Rozdziale 01 „Niektóre choroby zakaźne lub pasożytnicze” lub do 1G40 Posocznica bez wstrząsu septycznego - 1G41 Posocznica ze wstrząsem septycznym.

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Należy zakodować do:
MG20.0 Wyniszczenie nowotworowe	Należy zakodować do: 2D4Z Nieokreślone nowotwory złośliwe o nieokreślonych umiejscowieniach

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Należy zakodować do:
MG48 Nieznane i nieokreślone przyczyny zachorowań	Należy zakodować do: MH10-MH14 Niedokładnie określone lub nieznane przyczyny zgonu

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Należy zakodować do:
MG50-MG5Z Stwierdzenie drobnoustroju opornego na leki przeciwdrobnoustrojowe	Zakażenie o nieokreślonym umiejscowieniu wywołane tym drobnoustrojem. Jeżeli drobnoustrój nie został określony, należy zakodować do 1H0Z Nieokreślone zakażenie.

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	
Rozdział 22 Urazy, zatrucia i określone skutki działania czynników zewnętrznych	Nie stosować do wyjściowej przyczyny zgonu, z wyjątkiem dodatkowego kodu do odpowiedniej kategorii w Rozdziale 23 (patrz także Krok M4).
	Jeżeli w Rozdziale 23 nie ma odpowiadającego kodu, należy zapoznać się ze wskazówkami zawartymi w punkcie 2.21.8.3 w celu uzyskania dodatkowych informacji pozwalających ustalić właściwy kod z Rozdziału 23.

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	
24 Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z systemem opieki zdrowotnej	Nie należy używać w przypadku wyjściowej przyczyny zgonu.
	Należy zakodować do: MH14 Inne niedokładnie określone lub nieznane przyczyny zgonu, jeśli nie poddano innych przyczyn w karcie zgonu

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Należy zakodować do:
Rozdział X Kody rozszerzające, z wyjątkiem czynników zakaźnych	MH14 Inne niedokładnie określone lub nieznane przyczyny zgonu

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	Należy zakodować do:
Czynniki zakaźne w Rozdziale X Kody rozszerzające	zakażenie czynnikiem zakaźnym o nieokreślonej lokalizacji. Patrz również 2.21.811

2.19.3.25. Kody, których nie należy używać, jeśli podstawowa przyczyna jest znana lub ma zastosowanie inny swoisty stan

W przypadku stanów określonych w lewej kolumnie tej sekcji, jeśli stan określony w prawej kolumnie nie ma zastosowania, wówczas należy zachować go jako wstępną wyjściową przyczyną zgonu.

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	
2D43 Nowotwory złośliwe o niezależnych, mnogich umiejscowieniach pierwotnych	Nie stosować jako wyjściowej przyczyny zgonu, jeśli nowotwory mnogie są zgłaszane oddzielnie.
	Należy zakodować do: 2A00-2A0Z Nowotwory mózgu lub ośrodkowego układu nerwowego; 2A20-2B3Z Nowotwory układu krwiotwórczego lub limfatycznego; lub 2B50-2D3Z Nowotwory złośliwe, rozpoznane jako pierwotne lub przypuszczalnie pierwotne, w określonych umiejscowieniach, z wyjątkiem nowotworów układu limfatycznego, krwiotwórczego, ośrodkowego układu nerwowego lub tkanek pokrewnych

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	
6A00 Zaburzenia rozwoju umysłowego 6A01 Zaburzenia rozwojowe mowy i języka 6A03 Zaburzenie rozwojowe uczenia się 6E60-6E6Z Wtórne zespoły psychiczne lub behawioralne związane z zaburzeniami lub chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej	Nie używać w odniesieniu do przyczyn zgonu, jeśli znany jest podstawowy stan fizyczny.
	Należy zakodować do: podstawowy stan fizyczny.

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	
6C4A Zaburzenia spowodowane używaniem nikotyny	Nie używać do przyczyn zgonu, jeśli znany jest wynikający stan fizyczny.
	Należy zakodować do: wynikający stan fizyczny.

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	
BC00 Choroba wielu zastawek	Nie używać w przypadku wyjściowej przyczyny zgonu, jeśli choroby wielu zastawek są zgłaszane oddzielnie i nie mają pochodzenia reumatycznego.
	Należy zakodować do: każda choroba zastawki określona przez narzędzie kodujące i wybrać wyjściową przyczynę zgonu, stosując reguły wyboru i modyfikacji w normalny sposób.

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC)to:	
JA80 Opieka położnicza w ciąży mnogiej	Nie używać w przypadku wyjściowej przyczyny zgonu, jeśli zgłoszono bardziej szczegółowe powikłanie.
	Należy zakodować do: bardziej szczegółowe powikłanie.
	Jeśli nie występuje określone powikłanie, należy zakodować jako JB0Z Powikłania czynności porodowej lub porodu, nieokreślone

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	
KA21 Zaburzenia związane z krótkim czasem trwania ciąży i małą masą urodzeniową, niesklasyfikowane gdzie indziej KA22 Zaburzenia związane z przedłużonym trwaniem ciąży i dużą urodzeniową masą ciała	Nie używać w przypadku wyjściowej przyczyny zgonu, jeśli zgłoszono jakąkolwiek inną przyczynę zgonu okołoporodowego lub jakiejkolwiek anomalii rozwojowej. Nie dotyczy KB2D Niewydolność oddechowa u noworodka lub KB2E Zatrzymanie oddychania u noworodka, które są niedokładnie zdefiniowanymi jednostkami i nie powinny być stosowane w celu określenia wyjściowej przyczyny zgonu.
	Należy zakodować do: inna określona przyczyna zgonu okołoporodowego lub anomalii rozwojowej. Rozdział 19 Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym z wyjątkiem KB2D Niewydolność oddechowa u noworodka lub KB2E Zatrzymanie oddychania u noworodka.

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	
KD3B Śmierć płodu, przyczyna nieokreślona	Nie używać w przypadku wyjściowej przyczyny zgonu dla urodzeń żywych.

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	
	Należy zakodować do: KD5Z Stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym lub noworodkowym, nieokreślone, jeśli dziecko urodziło się żywe, ale przyczyna zgonu jest nieznana. Patrz również: 2.21.8.4 Specjalne instrukcje dotyczące obumarcia płodu

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	
KD3B Zgon płodu, przyczyna nieokreślona	Nie używać w przypadku wyjściowej przyczyny obumarcia płodu, jeśli znana jest jakakolwiek inna przyczyna obumarcia płodu.
	Należy zakodować do: inna przyczyna obumarcia płodu.

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	
MB50-MB5Z Objawy porażenne	Nie używać w przypadku wyjściowej przyczyny zgonu, jeśli przyczyna porażenia jest znana.
	Należy zakodować do: przyczyna porażenia.

2.19.4. Specjalne instrukcje dotyczące operacji i innych procedur medycznych (Krok M4)

2.19.4.1. Przyczyna zabiegu operacyjnego lub procedury podana

W przypadku, gdy wstępna wyjściowa przyczyna zgonu wybrana przez zastosowanie kroków SP1 do SP8 i M1 do M3 to zabieg operacyjny lub inna procedura medyczna, a karta zgonu określa powód, dla którego zabieg operacyjny lub procedura została wykonana, wówczas należy wybrać zabieg operacyjny lub procedurę jako nową wstępną wyjściową przyczynę zgonu. Następnie należy ponownie zastosować instrukcje dotyczące Kroków SP7 i od M1 do M4.

2.19.4.2. Przyczyna zabiegu operacyjnego lub procedury nie podana, zgłoszone powikłanie

W przypadku, gdy przyczyna zabiegu operacyjnego lub procedury nie została podana, a powikłanie zostało zgłoszone, należy postępować zgodnie z poniższym opisem.

Zabieg operacyjny wskazuje konkretny narząd: Po pierwsze, jeśli rodzaj zabiegu operacyjnego lub procedury wskazuje na konkretny narząd lub miejsce, należy użyć kodu kategorii rezydualnej dla operowanego narządu lub miejsca jako nowej wstępnej wyjściowej przyczyny zgonu. Następnie należy ponownie zastosować instrukcje dotyczące Kroków SP7 i od M1 do M4.

W przypadku, gdy powyższe nie ma zastosowania, należy użyć odpowiedni kod z:

JB0C Powikłania znieczulenia podczas czynności porodowej lub porodu

JB0D.3 Inne powikłania operacji lub zabiegów położniczych lub

PK80-PK8Z Zabiegi chirurgiczne lub inne procedury medyczne związane z urazem lub uszkodzeniem w przebiegu procesu diagnostycznego lub leczniczego

PL11 Mechanizm urazu lub uszkodzenia związanego z zabiegiem chirurgicznym lub innym zabiegiem medycznym

Gdy mają zastosowanie zarówno PK80-PK8Z jak i PL11, wówczas należy najpierw zakodować typ urazu lub szkody (PL11), a następnie dodać rodzaj zabiegu operacyjnego lub procedury PK80-PK8Z do klastra.

2.19.4.3. Przyczyna zabiegu operacyjnego lub procedury nie podana, nie zgłoszono powikłań

W przypadku, gdy powód zabiegu operacyjnego lub procedury nie został podane i nie zgłoszono powikłań, należy postępować zgodnie z poniższym opisem:

Zabieg operacyjny wskazuje konkretny narząd: W przypadku, gdy zabieg operacyjny lub procedura wskazują na konkretny narząd lub miejsce, jako nowy punkt wyjścia należy użyć kodu kategorii rezydualnej dla narządu lub miejsca operowanego. Następnie należy ponownie zastosować instrukcje dotyczące Kroków SP7 i od M1 do M4.

Wreszcie, jeśli powyższe nie ma zastosowania, należy zakodować do MH14 Inne niedokładnie określone lub nieznane przyczyny zgonu.

Przykład 1

1) a) Krwotok pooperacyjny
   b) cesarskie cięcie

Powód zabiegu operacyjnego Przedłużenie czynności porodowej

Karta zgonu podaje powód, dla którego wykonano zabieg operacyjny. Należy zakodować przyczynę zabiegu operacyjnego, przedłużenie czynności porodowej jako wyjściową przyczynę zgonu JB03.Z Przedłużenie czynności porodowej, nieokreślone.

Przykład 2

1) a) Zatorowość płucna
   b) Usunięcie wyrostka robaczkowego

Karta zgonu nie określa powodu zabiegu operacyjnego, ale zgłaszane jest powikłanie zabiegu operacyjnego w postaci zatorowości płucnej. Termin usunięcie wyrostka robaczkowego wskazuje na wyrostek jako operowany narząd. Należy zakodować DB1Z Choroba wyrostka robaczkowego, nieokreślona jako wyjściową przyczynę zgonu.

Przykład 3

1) a) Niezamierzone nakłucie aorty
   b) Laparotomia

Karta zgonu nie określa powodu zabiegu operacyjnego, a termin laparotomia nie wskazuje konkretnego narządu. Jest jednak informacja o typie urazu w czasie zabiegu operacyjnego. Należy zakodować rodzaj urazu, niezamierzone nakłucie podczas laparotomii jako wyjściową przyczynę zgonu PL11.0 Przecięcie, przebicie lub rozdarcie, jako mechanizm urazu lub uszkodzenia.

Przykład 4

1) Laparotomia

Karta zgonu nie precyzuje, dlaczego wykonano zabieg operacyjny, a termin laparotomia nie wskazuje konkretnego narządu. Nie ma informacji o powikłaniu. Należy zakodować MH14 Inne niedokładnie określone lub nieznane przyczyny zgonu, jako wyjściową przyczynę zgonu.

2.19.4.4. Wyroby medyczne związane ze zdarzeniami niepożądanymi spowodowanymi przyczynami zewnętrznymi

Jeśli zgon jest spowodowany incydentem z udziałem wyrobu medycznego, ale incydent jest spowodowany przyczyną zewnętrzną, a nie awarią lub wadliwym działaniem samego urządzenia, należy zakodować przyczynę zewnętrzną jako wyjściową przyczynę zgonu.

W przypadku, gdy zewnętrzna przyczyna incydentu nie jest konkretnie sklasyfikowana, należy zakodować do PB6Z Nieokreślona niezamierzona przyczyna śmiertelności i zachorowalności (Patrz Przykład 3).

Przykład 1

1) a) Zachłystowe zapalenie płuc
   b) Krwotok z tchawicy
   c) Upadek z łóżka, w czasie podłączenia do respiratora
2) Leczenie układu oddechowego po przeszczepie wątroby

Nie ma wzmianki o awarii lub nieprawidłowym działaniu respiratora lub rurki dotchawiczej. Należy zakodować PL14.E Upadek w opiece zdrowotnej, czyli wypadek, który spowodował krwotok, jako wyjściową przyczynę zgonu, a w razie potrzeby dodatkowy kod XE8PK Łóżko, pościel lub akcesoria pościelowe.

Przykład 2

1) a) Obrzęk płuc
   b) Zatrzymanie pompy balonu wewnątrzaortalnego
   c) Przerwa w dostawie prądu z powodu huraganu
   d) Świeży kanał mięśnia sercowego z niewydolnością zastawki mitralnej

Pompa balonu przestała działać nie z powodu awarii lub wadliwego działania, ale z powodu przerwy w dostawie prądu. Należy zakodować przyczynę przerwy w dostawie prądu, katastrofalna burza jako wyjściową przyczynę zgonu, (PJ06).

Przykład 3

1) a) Niewydolność serca i układu oddechowego
   b) Przerwanie podawania leków inotropowych
   c) Przypadkowe usunięcie wkłucia podobojczykowego
2) Zabieg operacyjny z powodu ostrego pęknięcia pęcherzyka żółciowego

Nie ma wzmianki o wadliwym działaniu lub awarii sprzętu. Ze względu na fakt, że wypadek, który spowodował usunięcie wkłucia podobojczykowego, nie został opisany, należy zakodować PB6Z Nieokreślona niezamierzona przyczyna śmiertelności i zachorowalności.

2.19.5. Specjalne instrukcje dotyczące głównych urazów w przypadku zgonów w wyniku przyczyn zewnętrznych (Krok M4)

W przypadku, gdy wyjściowa przyczyna wybrana przez zastosowanie reguł wyboru i modyfikacji w krokach SP1 do SP8 i od M1 do M3 stanowi uraz, należy zakodować zewnętrzną przyczynę urazu jako wyjściową przyczynę zgonu.

Oprócz wyjściowej przyczyny zgonu z Rozdziału 23 „Zewnętrzne przyczyny śmiertelności i zachorowalności", należy również zakodować główny uraz. Jeżeli odnotowano uraz, ale nie wskazano przyczyny zewnętrznej, należy najpierw wywnioskować zamiar (określany również jako sposób zgonu); patrz punkt 2.21.8.8 „Zamiar zewnętrznych przyczyn", a następnie zakodować przyczynę zewnętrzną, korzystając z Tabeli. Tabela zawiera domyślne kody, które należy stosować wyłącznie w przypadku braku wystarczających informacji umożliwiających wybór bardziej szczegółowego kodu z Rozdziału 23, z uwzględnieniem treści karty zgonu (MCCD) oraz wszelkich innych źródeł informacji dostępnych zgodnie z praktyką obowiązującą w danym kraju.

Dotyczy to zarówno urazów ciała, jak i zatruć. Aby zapoznać się ze specjalnymi instrukcjami, jak rozpoznać wyjściową przyczynę zgonu i główny uraz w przypadku zgonów spowodowanych zatruciem, patrz Sekcja 2.19.6 Specjalne instrukcje dotyczące zatruć lekami i substancjami biologicznymi (Krok M4).

W przypadku, gdy w karcie zgonu zgłoszono więcej niż jeden uraz, należy zastosować się do poniższych instrukcji:

W przypadku, gdy zgłoszone urazy obejmują drobne urazy (wymienione w Załączniku 3.14.10 Lista stanów chorobowych, które rzadko prowadzą do zgonu), niezależnie od tego, czy zostały wymienione w Części 1, czy w Części 2, należy wybrać główny uraz tak, jak gdyby urazy z Listy w Załączniku 3.14.10 nie zostały zgłoszone.

Przykład 1

1) a) Stłuczenie ramienia i złamanie kości czaszki
   b) Upadek z rusztowania

Upadek z rusztowania jest wyjściową przyczyną zgonu. Należy zakodować przyczynę wyjściową PA61 Niezamierzony upadek z wysokości 1 metra lub większej i w razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu dla XE7RK Rusztowanie. Jako główny uraz należy zakodować NA02.Z Złamanie kości

czaszki lub twarzoczaszki, część nieokreślona. Należy zignorować stłuczenie ręki (Powierzchowny uraz kończyny górnej, poziom nieokreślony), jak podano w Załączniku 3.14.10 Lista stanów chorobowych, które rzadko prowadzą do zgonu.

Jeśli urazy inne niż drobne są zgłaszane zarówno w Części 1, jak i Części 2, należy wybrać główny uraz z Części 1. Ma to zastosowanie nawet wtedy, gdy urazy wymienione w Części 2 mają wyższą rangę w Załączniku 3.14.5 Hierarchia priorytetów kodów charakteru urazu, niż urazy wymienione w Części 1.

Przykład 2

1) a) Mnogie urazy wewnątrz klatki piersiowej
   b) Kierowca samochodu, kolizja z autobusem
2) Urazy mózgu

Należy zakodować do PA04 Niezamierzone zdarzenie drogowe w transporcie lądowym powodujące obrażenia osoby znajdującej się w samochodzie i w razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu dla XE5LJ Autobus lub autokar jako współuczestnik kolizji w transporcie lądowym. Jako główny uraz należy zakodować NB32.7 Mnogie obrażenia narządów klatki piersiowej. Nieokreślony uraz mózgu ma wyższą rangę w Załączniku 3.14.5 Hierarchia priorytetów kodów charakteru urazu niż mnogie urazy klatki piersiowej, ale mnogie urazy klatki piersiowej są wymienione w Części 1 i mają pierwszeństwo przed urazami wymienionymi w Części 2.

W przypadku, gdy urazy inne niż drobne są zgłaszane tylko w Części 2, należy wybrać główny uraz z Części 2.

W przypadku, gdy w odpowiedniej części karty zgonu zgłoszono więcej niż jeden poważny uraz, należy wybrać główny uraz zgodnie z Załącznikiem 3.14.5 Hierarchia priorytetów kodów charakteru urazu. Należy zauważyć, że 1 to najwyższy priorytet, a 6 najniższy.

Przykład 3

1) a) Mnogie urazy wewnątrz klatki piersiowej i urazy mózgu
   b) Kierowca samochodu, kolizja z autobusem

Należy zakodować do PA04 Niezamierzone zdarzenie drogowe w transporcie lądowym powodujące obrażenia osoby znajdującej się w samochodzie jako wyjściową przyczynę zgonu. Jako główny uraz należy zakodować uraz mózgu NA07.Z Uraz śródczaszkowy, nieokreślony, który ma wyższą pozycję na liście priorytetów niż NB32.7 Mnogie obrażenia narządów klatki piersiowej.

W przypadku, gdy więcej niż jeden z poważnych urazów zgłoszonych w odpowiedniej części karty zgonu ma tę samą i najwyższą rangę, należy wybrać pierwszy wymieniony z tych urazów. Należy jednak wybrać konkretny uraz zamiast urazu z grupy ND30-ND37 Urazy obejmujące liczne okolice ciała posiadające tę samą rangę w zakresie priorytetu.

Przykład 4

1) a) Mnogie urazy z pourazowym krwotokiem podtwardówkowym
   b) Kierowca samochodu, kolizja z autobusem

Należy zakodować do PA04 Niezamierzone zdarzenie drogowe w transporcie lądowym powodujące obrażenia osoby znajdującej się w samochodzie jako wyjściową przyczynę zgonu. Jako główny uraz należy zakodować NA07.6Z Pourazowy krwotok podtwardówkowy, nieokreślony jako ostry lub przewlekły. Mnogie urazy i pourazowy krwotok podtwardówkowy mają tę samą pozycję na liście priorytetów, ale konkretny uraz ma pierwszeństwo przed urazem z grupy Urazy obejmujące liczne okolice ciała.

2.19.6. Specjalne instrukcje dotyczące zatruć lekami i substancjami biologicznymi (Krok M4)

W przypadku, gdy zatrucie jest wstępną wyjściową przyczyną zgonu w Kroku M4 i zgłoszono wiele substancji, należy postępować zgodnie z instrukcjami w tej Sekcji.

2.19.6.1. Określono substancję, która najprawdopodobniej spowodowała zgon

W przypadku, gdy jedna z substancji jest określona jako substancja, która najprawdopodobniej spowodowała zgon, należy zakodować za pomocą kodu przyczyny zewnętrznej dla tej substancji jako wyjściową przyczynę zgonu. Należy użyć dodatkowego kodu z Rozdziału X, jeśli ma to zastosowanie, aby zidentyfikować konkretną zgłoszoną substancję i dodać główny uraz z Rozdziału 22 do klastra.

Przykład 1

1) Niezamierzone przedawkowanie heroiny
2) Obecność diazepamu i amitryptyliny

Umieszczając wyłącznie przedawkowanie heroiny w Części 1 i zgłaszając inne substancje jako przyczyny zgonu w Części 2, osoba poświadczająca stwierdziła, że heroina jest substancją, która najprawdopodobniej spowodowała zgon. Jako przyczynę wyjściową należy wybrać PB20 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania opioidów lub powiązanych środków przeciwbólowych. Należy użyć dodatkowego kodu XM05B3 Diamorfina, aby określić konkretną zgłaszaną substancję. Należy dodać główny uraz z Rozdziału 22 NE60 Szkodliwe działanie leków, środków farmakologicznych i substancji biologicznych, niesklasyfikowane gdzie indziej do klastra. Klaster obejmuje PB20&XM05B3/NE60.

Przykład 2

1) Zatrucie amfetaminą
2) Toksyczne stężenia heroiny i flunitrazepamu

Umieszczając wyłącznie zatrucie amfetaminą w Części 1 i zgłaszając inne substancje jako przyczyny zgonu w Części 2, osoba poświadczająca zidentyfikowała amfetaminę jako substancję, która najprawdopodobniej spowodowała zgon. Jako przyczynę wyjściową należy wybrać PB22 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania psychostymulantów. Należy użyć dodatkowy kod XM48Z9 Amfetamina, aby zidentyfikować konkretną zgłaszaną substancję. Należy również dodać NE60 Szkodliwe działanie leków, środków farmakologicznych i substancji biologicznych, niesklasyfikowane gdzie indziej do klastra. Klaster obejmuje PB22&XM48Z9/NE60.

Przykład 3

1) Zatrucie alkoholem
2) Toksyczne stężenia heroiny i flunitrazepamu

Umieszczając wyłącznie zatrucie alkoholem w Części 1 i zgłaszając inne substancje jako przyczyny zgonu w Części 2, osoba poświadczająca zidentyfikowała alkohol jako substancję, która najprawdopodobniej spowodowała zgon. Jako przyczynę wyjściową należy wybrać PB30 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania alkoholi. Następnie należy dodać NE61 Szkodliwe działanie lub narażenie na szkodliwe substancje, głównie nielecznicze ze względu na źródło, niesklasyfikowane gdzie indziej do klastra. Klaster obejmuje PB30/NE61.

Przykład 4

1) Zatrucie alkoholem
2) Obecność diazepamu i amitryptyliny

Umieszczając wyłącznie zatrucie alkoholem w Części 1 i zgłaszając inne substancje jako przyczyniające się do zgonu w Części 2, osoba poświadczająca zidentyfikowała alkohol jako najważniejszą substancję powodującą zgon. Jako przyczynę wyjściową należy wybrać PB30 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania alkoholi. Następnie należy dodać NE61 Szkodliwe działanie lub narażenie na szkodliwe substancje, głównie nielecznicze ze względu na źródło, niesklasyfikowane gdzie indziej do klastra. Klaster obejmuje PB30/NE61

2.19.6.2. Nie określono substancji, która najprawdopodobniej spowodowała zgon

W przypadku, gdy zgłoszono wiele substancji jako przyczyniających się do zgonu, ale żadna z nich nie została określona jako substancja, która najprawdopodobniej spowodowała zgon, należy postępować zgodnie z poniższymi instrukcjami:

Należy zakodować połączenie alkoholu z lekiem do leku

Przykład 5

1) Toksyczne stężenia alkoholu i flunitrazepamu
2) Obecność diazepamu i amitryptyliny

Umieszczając toksyczne stężenia alkoholu i flunitrazepamu w Części 1 i zgłaszając inne substancje jako przyczyniające się do zgonu w Części 2, osoba poświadczająca zidentyfikowała alkohol i flunitrazepam jako najważniejsze substancje powodujące zgon. Spośród tych dwóch substancji należy wybrać zatrucie flunitrazepamem, ponieważ połączenie alkoholu z lekiem należy kodować jako lek. Jako przyczynę wyjściową należy wybrać PB21 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania leków uspokajających i nasennych lub innych leków o działaniu depresyjnym na OUN. Należy użyć dodatkowy kod XM9W71 Flunitrazepam, aby zidentyfikować konkretną zgłaszaną substancję. Należy również dodać NE60 Szkodliwe działanie leków, środków farmakologicznych i substancji biologicznych, niesklasyfikowane gdzie indziej. Klaster obejmuje PB27&XM9W71/NE60.

Kombinacje wielu leków należy zakodować w następujący sposób:

W przypadku, gdy zewnętrzna przyczyna wielu zgłoszonych leków jest taka sama, należy wybrać ją jako wyjściową przyczynę zgonu.

W przypadku, gdy zewnętrzna przyczyna wielu zgłoszonych leków nie jest taka sama, należy zakodować PB29 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania wielu leków, substancji leczniczych lub substancji biologicznych jako wyjściową przyczynę zgonu.

W stosownych przypadkach należy użyć dodatkowego kodu z Rozdziału X, aby zidentyfikować substancję, która najprawdopodobniej spowodowała zgon, odnosząc się do Sekcji 2.19.6.3 Identyfikacja substancji, która najprawdopodobniej spowodowała zgon.

Należy zauważyć, że przy dodawaniu więcej niż jednej substancji w fakultatywnych przypadkach użycia, najpierw należy zakodować powyższą substancję, która najprawdopodobniej spowodowała zgon.

Przykład 6

1) Toksyczne stężenia heroiny i amfetaminy

Ani heroina, ani amfetamina nie zostały zidentyfikowane jako substancje, które najprawdopodobniej spowodowały zgon, a zewnętrzne przyczyny odnośnie tych narkotyków nie są takie same. Należy zakodować do PB29 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania wielu leków, substancji leczniczych lub substancji biologicznych jako wyjściową przyczynę zgonu. Należy przejść do Sekcji 2.19.6.3, aby zidentyfikować narkotyk, który najprawdopodobniej spowodował zgon.

Przykład 7

1) Niezamierzone zatrucie alkoholem, heroiną i diazepamem

Żadna z substancji nie została zidentyfikowana jako substancja, która najprawdopodobniej spowodowała zgon. Zatrucie kombinacją alkoholu i narkotyków jest zakodowane w narkotykach. Ze względu na fakt, że żaden z leków nie został zidentyfikowany jako najważniejszy, a kod przyczyny zewnętrznej jest inny, należy zakodować do PB29 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania wielu leków, substancji leczniczych lub substancji biologicznych jako wyjściową przyczynę zgonu. Następnie należy przejść do Sekcji 2.19.6.3, aby zidentyfikować substancję, która najprawdopodobniej spowodowała zgon.

2.19.6.3. Identyfikacja substancji, która najprawdopodobniej spowodowała zgon

Aby zidentyfikować substancję, która najprawdopodobniej spowodowała zgon (1 = najwyższy priorytet), należy użyć poniższej kolejności priorytetów:

Agoniści opioidowi i częściowi agoniści oraz inne i nieokreślone narkotyki. Zgony, które obejmują wiele możliwych do sklasyfikowania opioidów, powinny być traktowane priorytetowo jako:

- 1a. Heroina
- 1b. Metadon
- 1c. Opium
- 1d. Inne opioidy
- 1e. Inne narkotyki syntetyczne
- 1f. Inne i nieokreślone narkotyki

Wziewne i dożylne środki znieczulające Obejmuje: Propofol

Trójpierścieniowe i czteropierścieniowe leki przeciwdepresyjne

Barbiturany

Pochodne 4-Aminofenolowe Obejmuje: APAP, acetaminofen, paracetamol

Leki przeciwpsychotyczne i neuroleptyczne Obejmuje: Leki przeciwpsychotyczne i neuroleptyczne będące pochodnymi fenotiazyny; Leki neuroleptyczne będące pochodnymi butyrofenonu i tioksantenu; Inne i nieokreślone leki przeciwpsychotyczne i neuroleptyczne

Leki przeciwpadaczkowe, leki przeciwparkinsonowskie i nieokreślone środki uspokajające

Kokaina

Środki psychostymulujące o potencjale nadużywania Obejmuje: Amfetaminy i pochodne

Inhibitory monoaminooksydazy (ang. monoamine oxidase inhibitor, IMAO) leki przeciwdepresyjne oraz inne i nieokreślone leki przeciwdepresyjne. Obejmuje: Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (ang. selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI), wenlafaksyna

Benzodiazepiny

Leki i substancje niewymienione powyżej

W przypadku, gdy w tej samej grupie priorytetowej znajduje się więcej niż jeden lek, należy zakodować pierwszy wymieniony.

Przykład 8

1) Toksyczne stężenia kokainy, heroiny, diazepamu i amitryptyliny

Żaden z leków/narkotyków nie został zidentyfikowany jako substancja, która najprawdopodobniej spowodowała zgon, a kod przyczyny zewnętrznej nie jest taki sam dla tych substancji. Należy zakodować do PB29 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania wielu leków, substancji leczniczych lub substancji biologicznych jako wyjściową przyczynę zgonu. Na powyższej liście priorytetów kokaina należy do grupy 8, heroina do grupy 1a, diazepam do grupy 11, a amitryptylina do grupy 3. Należy użyć dodatkowy kod XM05B3 Diamorfina dla zidentyfikowanego narkotyku (PB29 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania wielu leków, substancji leczniczych lub substancji biologicznych&XM05B3). W razie potrzeby należy dodać kody z Rozdziału X, aby wymienić inne zgłaszane leki. Na koniec należy dodać do klastra NE60 Szkodliwe działanie leków, środków farmakologicznych i substancji biologicznych, niesklasyfikowane gdzie indziej (PB29&XM05B3/NE60).

Przykład 9

1) Przedawkowanie heroiny, kokainy, diazepamu i amitryptyliny

Żaden z leków/narkotyków nie został zidentyfikowany jako substancja, która najprawdopodobniej spowodowała zgon, a kod przyczyny zewnętrznej nie jest taki sam dla tych substancji. Należy zakodować do PB29 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania wielu leków, substancji leczniczych lub substancji biologicznych jako wyjściową przyczynę zgonu. Na powyższej liście priorytetów heroina należy do grupy 1a, kokaina do grupy 8, diazepam do grupy 11, a amitryptylina do grupy 3. Należy użyć dodatkowy kod XM05B3 Diamorfina dla zidentyfikowanego narkotyku. W razie potrzeby należy dodać kody z Rozdziału X, aby wymienić inne zgłaszane leki. Na koniec należy dodać NE60 Szkodliwe działanie leków, środków farmakologicznych i substancji biologicznych, niesklasyfikowane gdzie indziej do klastra. (PB29&XM05B3/NE60)

Przykład 10

1) Niezamierzone zatrucie alkoholem, heroiną i diazepamem

Zatrucie kombinacją alkoholu i narkotyków jest kodowane do leków/narkotyków, patrz instrukcja w Sekcji 2.19.6.2, powyżej. Żaden z leków/narkotyków zgłoszonych w Części 1 nie został zidentyfikowany jako substancja, która najprawdopodobniej spowodowała zgon, a kod przyczyny zewnętrznej nie jest taki sam dla tych substancji. Należy zakodować do PB29 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania wielu leków, substancji leczniczych lub substancji biologicznych jako wyjściową przyczynę zgonu. Na powyższej liście priorytetów heroina znajduje się

w grupie 1a, a diazepam w grupie 11. Należy użyć dodatkowy kod XM05B3 Diamorfina zidentyfikowanego jako najbardziej prawdopodobna przyczyna zgonu. W razie potrzeby należy dodać kod XM8P99 Diazepam. Na koniec należy dodać NE60 Szkodliwe działanie leków, środków farmakologicznych i substancji biologicznych, niesklasyfikowane gdzie indziej do klastra. (PB29&XM05B3&XM8P99/NE60).

2.19.7. Specjalne instrukcje dotyczące zgonów matek (Krok M4)

W przypadku kodowania zgonów matek należy stosować ogólne instrukcje kodowania. Po przypisaniu kodu dla każdego zgłoszonego stanu klinicznego (patrz instrukcje kodowania zgonów matek w sekcji 2.21.8.2) należy zastosować standardowe instrukcje wyboru i modyfikacji rozpoczynając od kroku SP1, tak samo jak w przypadku innych przyczyn zgonu.

Następnie należy przejść przez kroki SP1 do SP8 oraz M1 do M3 i M4 dla chirurgii, urazów, przyczyn zewnętrznych i zatruć, a następnie zastosować krok M4 dla zgonów matek.

Instrukcje należy stosować w odniesieniu do wstępnej przyczyny podstawowej zgonu (TUC).

Terminy używane w tych instrukcjach są następujące:

- Pewne choroby matki: JA00.- do JB4Z, JB60, JB6Y, 1C14
- Choroby matki sklasyfikowane gdzie indziej: JB63.- (zakażenia), JB64.- (inne)
- Urazy lub przyczyny zewnętrzne: Rozdział 22, Rozdział 23
- Inne stany: inne niż wymienione powyżej

Choroby matki

- Jeżeli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to *pewne choroby matki*, a zmarła była w ciąży w chwili śmierci, w ciągu 42 dni od zakończenia ciąży albo czas trwania jest nieznany lub nieokreślony, należy pozostawić wstępną wyjściową przyczynę zgonu bez zmian.
- Jeżeli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to *choroby matki sklasyfikowane gdzie indziej*, należy pozostawić wstępną wyjściową przyczynę zgonu i dodać kod współwystępujący (postkoordynowany) dla określonej choroby sklasyfikowanej gdzie indziej z Rozdziału 01-19.
- Jeżeli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to JB61.0, JB61.Z, JB62.0 lub JB62.Z, należy pozostawić ten kod i jego ewentualny kod współwystępujący jako wstępną wyjściową przyczynę zgonu.
- Jeżeli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to *pewne choroby matki* lub *choroby matki sklasyfikowane gdzie indziej*, a zgon nastąpił po 42 dniach, ale przed upływem jednego roku od zdarzenia położniczego, należy zakodować jako JB61.- jako wstępną wyjściową przyczynę zgonu oraz dodać kod dla konkretnej choroby matki w klastrze.

Inne stany lub pośrednie przyczyny położnicze

- Jeżeli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to JB61.1 lub JB62.1, należy pozostawić ją i jej ewentualny kod współwystępujący jako wstępną wyjściową przyczynę zgonu.

- Jeżeli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to *inne stany*, a ciąża przyczyniła się do zgonu, i zmarła była w ciąży w chwili śmierci, w ciągu 42 dni od zakończenia ciąży, albo czas trwania jest nieznany lub nieokreślony, należy zakodować jako JB63.- lub JB64.- (odpowiednio) oraz dodać kod dla konkretnego innego stanu w klastrze.
- Jeżeli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to *inne stany*, a ciąża nie przyczyniła się do zgonu, ale zmarła była w ciąży w chwili śmierci lub w ciągu 42 dni od zakończenia ciąży, należy pozostawić wstępną wyjściową przyczynę zgonu i dodać XT0S Ciąża w klastrze.
- Jeżeli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to *inne stany*, a ciąża nie przyczyniła się do zgonu, i zgon nastąpił po 42 dniach lub więcej, albo czas trwania jest nieznany lub nieokreślony, należy pozostawić wstępną wyjściową przyczynę zgonu.

Zobacz sekcję 2.21.8.2 „Ustalanie czy ciąża przyczyniła się do zgonu”, aby na podstawie informacji z aktu zgonu określić, czy ciąża była czynnikiem przyczynowym.

Uraz lub przyczyny zewnętrzne

- Jeżeli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to *uraz lub przyczyna zewnętrzna*, a zmarła była w ciąży w chwili śmierci lub w ciągu 42 dni od zakończenia ciąży, należy pozostawić wstępną wyjściową przyczynę zgonu i dodać XT0S Ciąża w klastrze.
- Jeżeli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to *uraz lub przyczyna zewnętrzna*, a zgon nastąpił po 42 dniach lub więcej, albo czas trwania jest nieznany lub nieokreślony, należy pozostawić wstępną wyjściową przyczynę zgonu.

2.20. Zasady kodowania umieralności - Baza wiedzy

W niniejszej sekcji szczegółowo wyjaśniono zasady kierujące wyborem kodów ICD-11 podczas kodowania umieralności oraz przedstawiono szczegółowe instrukcje dotyczące wybranych sytuacji i przyczyn zgonu. Zasady obejmują między innymi dozwolone sekwencje, takie jak choroba „a” spowodowana chorobą „b”, oraz przypadki, w których wybrana przyczyna może zostać zmodyfikowana w celu dostarczenia bardziej istotnych informacji dla zdrowia publicznego. Każda zasada została opisana wraz ze szczegółowymi informacjami i przykładami.

Ze względu na dużą liczbę kodów ICD-11 oraz kombinacji kodów, które mogą występować podczas kodowania umieralności, WHO opublikowała internetową Bazę Wiedzy o Umieralności, zawierającą tabele uzupełniające służące stosowaniu zasad przedstawionych w niniejszej sekcji Przewodnika referencyjnego. Takie rozwiązanie ogranicza potrzebę zamieszczania obszernych tabel kodów w Przewodniku referencyjnym oraz umożliwia wygodniejsze aktualizowanie ich treści.

Baza Wiedzy o Umieralności jest przeznaczona do wykorzystania online zarówno podczas ręcznego kodowania, jak i przez systemy informatyczne lub oprogramowanie wykorzystujące dostęp programistyczny. W każdej odpowiedniej sekcji zamieszczono odwołanie do odpowiadającej jej tabeli w Bazie Wiedzy o Umieralności.

2.21. Instrukcje dotyczące kodowania umieralności: kodowanie wielu przyczyn i inne szczegółowe instrukcje

Kodowanie wielu przyczyn (patrz również Sekcje 2.21.1 - 2.21.8) umożliwia dogłębną analizę przyczyn zgonu, na przykład poważnych, ale możliwych do uniknięcia powikłań pewnych przyczyn wyjściowych oraz wpływu współistniejących stanów na wynik procesu chorobowego. Dlatego w kodowaniu umieralności należy odnotować zarówno przyczynę wyjściową, jak i wielość przyczyn. Ponadto pełne kodowanie wielu przyczyn jest niezbędne do prawidłowego stosowania instrukcji ICD dotyczących wyboru i modyfikacji wyjściowej przyczyny zgonu (patrz Sekcje 2.17 - 2.19).

W kodowaniu wielu przyczyn zgonu należy zachować wszelkie możliwe szczegóły, ponieważ rekordy zawierające wszystkie stany chorobowe stanowiące wiele przyczyn zgonu umożliwiają bardziej szczegółową analizę niż rekordy zawierające tylko wybrane choroby zgłoszone w karcie zgonu. W szczególności:

- pozycja poszczególnych kodów w rekordzie danych powinna odzwierciedlać, gdzie na karcie zgonu odpowiednie wyrażenia diagnostyczne zostały wprowadzone przez osobę poświadczającą, ponieważ niektóre analizy mogą koncentrować się na ostatecznej przyczynie zgonu lub na stanach podanych w Części 2;
- nie należy usuwać ani pomijać kodów typowych stanów chorobowych lub stanów uważanych za objawowe lub mniej pouczające, ponieważ mogą one mieć szczególne znaczenie w analizie możliwych do uniknięcia powikłań i mogą służyć jako wskaźniki powagi innych stanów zgłaszanych na karcie zgonu.
- dane z wielu przyczyn powinny być przechowywane w dwóch formatach:
    - jeden format, który pokazuje tak wyraźnie, jak to możliwe, jakiego terminu użyła osoba poświadczająca na karcie zgonu i gdzie na karcie zgonu zgłoszono każdy termin;
    - jeden format, który uwzględnia wykazane lub domyślne współzależności pomiędzy zgłaszanymi stanami oraz w którym kody zostały ujednolicone zgodnie z instrukcjami zawartymi w tomach ICD.

Należy zauważyć, że składnia ciągu kodów służącego do zachowania kodów ICD podanych w karcie zgonu powinna różnić się od składni używanej do kodowania klastrów w ICD (tj. ukośnik (/), znak ampersand (&)), przy czym konkretna składnia może różnić się w zależności od przyjętych rozwiązań. Takim ciągiem kodów może być na przykład BD10|BA5Z*5A11/9B71.0Z, gdzie pionowa kreska (|) stanowi separator pomiędzy liniami w Części 1, gwiazdka (*) stanowi separator pomiędzy Częścią 1 i Częścią 2, a ukośnik (/) przedstawia klaster jako separator pomiędzy kodami podstawowymi zgodnie z konwencją ICD.

2.21.1. Rozpoznanie niepewne

Należy zignorować wyrażenia wskazujące na wątpliwości co do pewności rozpoznania, na przykład „najwyraźniej”, „przypuszczalnie”, „prawdopodobnie” lub „możliwie”. Wstępne rozpoznanie, choć niepewne, lepiej nadaje się do statystyk umieralności niż brak rozpoznania.

2.21.1.1. Albo… albo

Osoba poświadczająca może zgłosić alternatywne rozpoznania, „albo diagnoza A, albo diagnoza B". W takich przypadkach należy postępować w następujący sposób.

2.21.1.2. Jeden stan, w tym lub innym umiejscowieniu

W przypadku, gdy umiejscowienia znajdują się w tym samym układzie anatomicznym, należy zakodować kategorię rezydualną dla grupy lub układu anatomicznego, do którego zgłoszone umiejscowienia są sklasyfikowane.

Przykład 1

1) Rak nerki lub pęcherza moczowego

Należy zakodować jako 2C9Z Nowotwory złośliwe dróg moczowych, nieokreślone.

W przypadku, gdy zgłoszone umiejscowienia znajdują się w różnych układach anatomicznych lub jeśli nie ma kategorii rezydualnej dla grupy lub układu anatomicznego, należy zakodować kategorię rezydualną dla określonej choroby lub stanu.

Przykład 2

1) Rak nadnercza lub nerki

Należy zakodować jako 2D42 Nowotwory złośliwe w niejasno zdefiniowanych umiejscowieniach, ponieważ nadnercza i nerki znajdują się w różnych układach anatomicznych.

2.21.1.3. Jedno umiejscowienie lub układ, jeden stan lub inny stan

W przypadku, gdy zgłoszone stany można zaklasyfikować do różnych podkategorii, a ICD podaje ogólnie grupę lub kategorię choroby, należy zakodować kategorię rezydualną tej grupy/kategorii.

Przykład 1

1) Skręt esicy DB30.1 lub Zrosty jelita grubego z niedrożnością DB30.2 DB30

Ze względu na fakt, że zarówno skręt esicy (DB30.1) jak i zrost jelita grubego z niedrożnością (DB30.2) należą do tej samej grupy, kod do kategorii rezydualnej DB30.Z Niedrożność jelita grubego, nieokreślona.

Przykład 2

1) Rozwarstwienie tętnic mózgowych 8B22.0 lub zawał mózgu 8B11.5Z 8B00-8B2Z

Ze względu na fakt, że rozwarstwienie tętnic mózgowych (8B22.0) i zawał mózgu (8B11.5Z) należą do tej samej grupy, należy zakodować do kategorii rezydualnej 8B2Z Choroby naczyń mózgowych, nieokreślone.

W przypadku, gdy ogólnie nie ma grupy lub kategorii choroby, należy zakodować kategorię rezydualną choroby umiejscowienia/układu anatomicznego wspólnego dla zgłaszanych stanów.

Przykład 3

1) Gruźlica lub rak płuca

Należy zakodować jako CB40.Y Inne określone choroby układu oddechowego. Oba stany dotyczą płuc.

Przykład 4

1) Udar mózgu lub zawał serca

Należy zakodować jako BE2Z Choroby układu krążenia, nieokreślone. Chociaż udar zaliczany jest do rozdziału na temat układu nerwowego, oba stany są chorobami układu krążenia.

2.21.1.4. Albo jeden stan albo inny, różne układy anatomiczne

Gdy różne choroby w różnych układach anatomicznych są zgłaszane jako „albo… albo", należy zakodować MG6Y Inne określone wyniki badań dodatkowych materiału pobranego z innych narządów, układów lub tkanek.

Przykład 1

1) Kolka żółciowa lub zakrzepica tętnic wieńcowych

Należy zakodować jako MG6Y Inne określone wyniki badań dodatkowych materiału pobranego z innych narządów, układów lub tkanek.

2.21.1.5. Albo choroba, albo uraz

W przypadku, gdy zgon jest raportowany jako spowodowany chorobą lub urazem, zgłaszany jest kod MH14 Inne niedokładnie określone lub nieznane przyczyny zgonu.

Przykład 1

1) Niedrożność naczyń wieńcowych lub obrażenia wojenne

Należy zakodować jako MH14 Inne niedokładnie określone lub nieznane przyczyny zgonu.

2.21.2. Wpływ terminów łączących

Gdy osoba poświadczająca używa terminu łączącego, przypisane kody muszą być tak ustawione, aby odzwierciedlały intencje osoby poświadczającej. Istnieją dwa rodzaje określeń łączących: terminy sugerujące związek przyczynowy i terminy, które nie sugerują związku przyczynowego pomiędzy zgłaszanymi przyczynami zgonu.

2.21.2.1. Terminy łączące sugerujące związek przyczynowy

Związek przyczynowy można wyrazić na dwa sposoby: Termin „spowodowany" wyrażony lub domniemany przez użycie podobnego określenia lub termin „będący skutkiem" wyrażony lub domniemany przez użycie podobnego określenia. Dotyczy to innych powiązań lub znaków wskazujących na związek o charakterze „spowodowany", taki jak „wywołany przez", „z powodu" lub podobny.

Termin „spowodowany" wyrażony lub domniemany przez użycie podobnego określenia

Gdy jedna przyczyna jest poświadczona terminem łączącym sugerującym, że jest spowodowana inną przyczyną, należy wprowadzić kod pierwszej przyczyny w linii, w której ją zgłoszono, oraz kod drugiej przyczyny w następnej linii leżącej niżej. Należy zakodować wszelkie przyczyny zgłoszone w pozostałych liniach w Części 1 w następnych niższych liniach.

Przykład 1

1) a) Niewydolność serca spowodowana chorobą niedokrwienną serca
   b) Cukrzyca

Niewydolność serca jest pierwszą przyczyną podaną w linii (a), więc należy zakodować ją w linii (a). Jest zgłaszana jako spowodowana chorobą niedokrwienną serca, więc należy zakodować chorobę niedokrwienną serca w linii (b). Cukrzycę, która jest zapisana w linii (b), należy przenieść do linii (c).

Przykład 2

1) a) Niewydolność serca spowodowana rakiem wątrobowokomórkowym
   b) Choroba niedokrwienna serca
   c) Cukrzyca

Niewydolność serca jest pierwszą przyczyną w linii 1(a), więc należy zakodować to w linii (a). Odnotowano, że jest ona spowodowana rakiem wątrobowokomórkowym, więc raka wątrobowokomórkowego należy zakodować w linii 1(b). Należy przenieść chorobę niedokrwienną serca, która jest opisana w linii 1(b), do linii 1(c). Należy również przenieść cukrzycę, o której mowa w linii 1(c), do linii 1(d).

Termin „skutkujący" wyrażony lub domniemany przez użycie podobnego określenia

Gdy jedna przyczyna jest poświadczona za pomocą terminu łączącego, który sugeruje, że prowadzi do innej przyczyny, należy wprowadzić kod przyczyny następującej po terminie łączącym w linii, w którym go zgłoszono, oraz kod przyczyny poprzedzającej termin łączący w następnej linii leżącej niżej. Należy zakodować wszelkie przyczyny zgłoszone w pozostałych liniach w Części 1 w następnych niższych liniach.

Przykład 1

1) a) Choroba niedokrwienna serca powodująca niewydolność serca
   b) Cukrzyca

Należy zakodować niewydolność serca, która występuje po terminie łączącym „skutkujący”, w linii (a). Należy zakodować chorobę niedokrwienną serca, która została zgłoszona przed terminem łączącym, i przenieść do linii (b). Należy przenieść cukrzycę zgłoszoną w linii (b) o jedną linię w dół i zakodować ją w linii (c).

Przykład 2

1) a) Rak wątrobokomórkowy powodujący niewydolność serca
   b) Choroba niedokrwienna serca
   c) Cukrzyca

Należy zakodować niewydolność serca zgłoszoną po terminie łączącym „powodujący” w linii 1(a). Należy zakodować raka wątrobowokomórkowego, który jest zgłoszony przed terminem łączącym, w linii 1(b). Należy przenieść chorobę niedokrwienną serca, opisaną w linii 1 (b), do linii 1 (c), a cukrzycę, opisaną w linii 1 (c), należy przenieść do linii 1 (d). Odnosi się to do innych terminów lub znaków łączących, które wskazują na związek o charakterze „skutkujący”, taki jak „wywołujący”, „prowadzący do”, „rozwijający się w” i tym podobne.

2.21.2.2. Terminy łączące niesugerujące związku przyczynowego

„I” wyrażone lub domniemane przez użycie podobnego terminu jako pierwsze lub ostatnie w linii

Termin łączący „i” nie oznacza związku przyczynowego, ale wskazuje, że należy wyliczyć określenia znajdujące się przed nim i po nim. Dlatego, gdy linia kończy się na „i”, należy zakodować przyczynę(-y) wymienioną(-e) w linii bezpośrednio poniżej dla tej linii, tak aby kodowanie odzwierciedlało wyliczenie wynikające z terminu łączącego. Podobnie, gdy linia zaczyna się od „i”, należy potraktować to jako kontynuację wyliczenia rozpoczynającego się w linii powyżej i zakodować przyczynę lub przyczyny w tej linii jako ostatnie w linii powyżej. Należy zakodować wszelkie przyczyny zgłoszone w pozostałych liniach w Części 1, jeśli zostały zgłoszone. Dotyczy to innych określeń lub znaków łączących, które wskazują na wyliczenie, ale nie sugerują związku przyczynowego, takich jak „również”, „plus”, „poza tym”, „ponadto”, „+” lub przecinek.

Przykład 1

1) a) Niewydolność serca
   b) Choroba niedokrwienna serca
   c) Cukrzyca

Linia 1(a) kończy się na „i”, więc należy rozważyć „chorobę niedokrwienną serca”, zgłoszoną w linii (b) jako część wyliczenia „niewydolność serca i choroba niedokrwienna serca”. Należy zakodować w odpowiedni sposób i umieścić kody zarówno niewydolności serca, jak i choroby niedokrwiennej serca w linii 1(a). Należy zakodować cukrzycę w linii (c).

Przykład 2

1) a) Niewydolność serca
   b) Choroba niedokrwienna serca
   c) Cukrzyca

Linia 1(c) zaczyna się od „i”. Należy rozważyć cukrzycę, zgłaszaną w linii (c), jako część wyliczenia „choroba niedokrwienna serca i cukrzyca”. Należy zakodować w odpowiedni sposób i umieść kody zarówno choroby niedokrwiennej serca, jak i cukrzycy w linii 1(b).

„I” wyrażone lub domniemane przez użycie podobnego terminu, ale nie pierwsze ani ostatnie w linii

Jeśli określenie łączące, który nie sugeruje związku przyczynowego, jest wpisane w linii, ale nie jest pierwszym ani ostatnim, należy traktować go jako przecinek. Nie należy zmieniać formatu tekstu i nie należy przenosić żadnej części zgłaszanych przyczyn do innej linii.

Terminy diagnostyczne, które nie kończą się na końcu linii

W przypadku, gdy termin diagnostyczny zaczyna się w jednej linii w Części 1 i jest kontynuowany w następnej linii, należy zakodować tak, jakby cały termin diagnostyczny został zapisany w linii, w którym zaczyna się termin diagnostyczny. Należy zakodować wszelkie przyczyny zgłoszone w pozostałych liniach w Części 1, jeśli zostały zgłoszone.

Przykład 1

1) a) Niedokrwienna
   b) Choroba serca
   c) Cukrzyca typu 2

„Choroba niedokrwienna serca” to termin diagnostyczny opisywany w dwóch liniach. Należy zakodować w taki sposób, jakby cały termin diagnostyczny został wpisany w linii (a). Cukrzycę należy zakodować tam, gdzie została zgłoszona, w linii (c).

Przykład 2

1) a) Zapalenie płuc
   b) Przewlekła choroba nerek
   c) Choroba typu 2

„Przewlekła choroba nerek” to termin diagnostyczny opisywany w dwóch liniach. Należy zmienić formatowanie zaświadczenia i zakodować pełny termin „przewlekła choroba nerek” w linii (b). Należy również zakodować cukrzycę w linii (b), ponieważ jest kontynuacją linii, w której wpisano „przewlekła choroba nerek”.

2.21.3. Czas trwania schorzeń

2.21.3.1. Jeden czas trwania dla różnych schorzeń

Jeśli w tej samej linii zgłoszono więcej niż jedną chorobę z tylko jednym czasem trwania, należy wziąć pod uwagę, że każda zgłoszona choroba ma taki sam czas trwania.

2.21.3.2. Modyfikacja czasowości schorzeń poprzez określony czas trwania

Czas trwania zwykle nie powinien być zwykle używany do zakwalifikowania stanu jako:

- ostry;
- przewlekły;
- o wczesnym początku;
- o późnym początku;

chyba że termin sugeruje określony czas trwania (np. BA50 Przebyty zawał mięśnia sercowego) lub inaczej podano w instrukcji (np. w Sekcji 2.21.8.1 Ostre lub przewlekłe reumatyczne choroby serca). Należy pamiętać, że opis w klasyfikacji nie może być używany do kodowania (Sekcja 3.4).

2.21.4. Instrukcje „Należy również zakodować” w przypadku dotyczącym umieralności

Zasadniczo instrukcja „Należy również zakodować” (patrz również Sekcja 2.7.2.1 Instrukcje „Należy również zakodować” oraz „W razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu”) nie jest używana w kodowaniu wieloprzyczynowym, ponieważ informacje dotyczące etiologii są dostarczane jako samodzielne osobne określenie w karcie zgonu i będzie zakodowane samodzielnie lub nie zostanie podane w ogóle.

Instrukcję „Należy również zakodować” należy stosować, gdy zarówno informacje dotyczące manifestacji, jak i etiologii choroby występują w jednym terminie diagnostycznym zgłaszanym przez osobę poświadczającą, a informacje dotyczące etiologii nie są zgłaszane oddzielnie. Za każdym razem, gdy stosowana jest instrukcja „Należy również zakodować”, należy umieścić kod etiologii na początku klastra i dodać kod manifestacji.

Przykład 1: Niewydolność serca

BD10-BD1Z Niewydolność serca zawiera instrukcję „Należy również zakodować” przyczynę choroby. Jednak w terminie diagnostycznym zgłoszonym przez osobę poświadczającą nie podano informacji o takim stanie wywołującym chorobę. Nie należy stosować instrukcji „Należy również zakodować”.

Przykład 2: Kwasica w cukrzycy typu 1

[5A22 Kwasica cukrzycowa, nieokreślona] zawiera instrukcję „Należy również zakodować” przyczynę choroby. Zgłaszany jest stan wywołujący chorobę, którym w tym przypadku jest 5A10 Cukrzyca typu 1. Stan etiologiczny Cukrzyca typu 1 jest uważana za stan powodujący pierwotne zestawienie i jest kodowany jako pierwszy (5A10 Cukrzyca typu 1/[5A22 Kwasica cukrzycowa, nieokreślona]).

Przykład 3: Posocznica wywołana przez Salmonellę

Posocznica wywołana przez Salmonellę to 1G40 Posocznica bez wstrząsu septycznego, który zawiera instrukcję „Należy również zakodować” przyczynę choroby uzupełnioną notatką kodującą, aby najpierw zakodować rodzaj zakażenia. Rodzaj zakażenia w tym przypadku to 1A09 Zakażenia wywołane przez inne gatunki bakterii Salmonella i jest kodowany jako pierwszy (1A09/1G40).

2.21.5. Nowotwory złośliwe

Aby przypisać prawidłowy kod wielu przyczyn nowotworu, należy wziąć pod uwagę dwa pojęcia: czy zgłoszony nowotwór jest pierwotny czy wtórny oraz jego charakter.

Umiejscowienie pierwotne to lokalizacja anatomiczna, w której powstał nowotwór. Nowotwór złośliwy może rozprzestrzenić się na inne części ciała, a umiejscowienia te określa się jako wtórne lub przerzutowe.

Charakter nowotworu (złośliwy, in situ, łagodny, niepewny lub nieznany) oznacza sposób, w jaki rozprzestrzenia się on w organizmie:

- Złośliwy - nowotwór nacieka otaczającą tkankę lub rozsiewa się od miejsca powstania i zaczyna rosnąć w innym miejscu
- In situ - nowotwór jest złośliwy, ale nadal całkowicie ograniczony do tkanki, z której powstał
- Łagodny - nowotwór rośnie w miejscu pochodzenia bez możliwości rozsiewu
- Niepewny charakter - nowotwór wykazujący cechy morfologiczne, fenotypowe lub genotypowe, które zdecydowanie nie są łagodne, ale nie pozwalają na ustalenie ostatecznego rozpoznania złośliwości
- Nieznany charakter - nie wiadomo, czy nowotwór jest łagodny czy złośliwy.

Podany poniżej szeroki zakres Rozdziału 02 „Nowotwory” można zrozumieć na podstawie tych pojęć w następujący sposób:

Nowotwory mózgu lub ośrodkowego układu nerwowego (2A00-2A0Z)

Nowotwory układu krwiotwórczego lub limfatycznego (2A20-2B3Z)

Nowotwory in situ, z wyjątkiem nowotworów układu limfatycznego, krwiotwórczego, ośrodkowego układu nerwowego lub tkanek pokrewnych (2B50-2F9Z)

Nowotwory pochodzące z mózgu lub ośrodkowego układu nerwowego, sklasyfikowane jako 2A00-2A0Z, są dalej klasyfikowane według umiejscowienia, histopatologii lub charakteru.

Nowotwory pochodzące z tkanek krwiotwórczych lub limfoidalnych, zaklasyfikowane do 2A20-2B3Z, są dalej klasyfikowane według histopatologii.

Innymi słowy, kody 2A00-2A0Z lub 2A20-2B3Z obejmują nowotwory pierwotne, które mogą być złośliwe lub łagodne.

Nowotwory powstałe w innych umiejscowieniach są klasyfikowane do ([2B50]-2F9Z) a ta grupa jest dalej klasyfikowana według charakteru (tj. złośliwe, in situ, łagodne, niepewne lub nieznane), umiejscowienia lub histopatologii. Należy zauważyć, że nowotwory powstałe w innych umiejscowieniach i rozprzestrzeniające się w mózgu, ośrodkowym układzie nerwowym, tkankach limfatycznych, krwiotwórczych są tutaj zaliczane do bloku przerzutów nowotworów złośliwych.

W kodowaniu zgonów najważniejsze jest określenie pierwotnego umiejscowienia nowotworu. W przypadku, gdy karta zgonu jest niejednoznaczna co do umiejscowienia pierwotnego, należy dołożyć wszelkich starań, aby uzyskać wyjaśnienie od osoby poświadczającej. Poniższe instrukcje należy stosować tylko wtedy, gdy nie można uzyskać wyjaśnień.

W przykładach w tej sekcji kody ICD znajdują się po prawej stronie karty zgonu. Kody te przedstawiają kody wielu przyczyn przypisane do każdego wpisu. Te kody wielu przyczyn mogą różnić się od kodu przypisanego, gdy dany wpis diagnostyczny został zgłoszony indywidualnie na karcie zgonu (kodowanie bezpośrednie). W takich przypadkach kod służący do kodowania bezpośredniego jest podany w nawiasach klamrowych „{ }” obok terminu diagnostycznego. Wyjaśnienie dla każdego przykładu opisuje, że kody w nawiasach będą modyfikowane przez inne informacje zawarte w certyfikacie (zastosowanie kodowania wieloprzyczynowego) oraz kodowanie na kod wieloprzyczynowy wskazany po prawej stronie.

Korzystanie z narzędzia do kodowania nowotworów

Korzystając z narzędzia do kodowania ICD, należy wyszukać termin zgłoszony na karcie zgonu do opisu nowotworu. W przypadku, gdy podano zarówno wynik badania histopatologicznego, jak i umiejscowienie, należy wprowadzić obie informacje do narzędzia kodującego. W przypadku, gdy wynik badania histopatologicznego jest niezgodny z określonym umiejscowieniem nowotworu (tj. według podręczników i innej literatury referencyjnej nowotwór nie może być pierwotny w określonym umiejscowieniu), należy dla wskazanego wyniku badania histopatologicznego przypisać kod nowotworu o nieokreślonym umiejscowieniu. W przypadku, gdy nie podano wyniku badania histopatologicznego, należy zakodować według umiejscowienia i charakteru, jeśli to zgłoszono.

Nie należy przypisywać kodu 2D43 Nowotwory złośliwe o niezależnych, licznych umiejscowieniach pierwotnych, gdy wspomniano o wielu nowotworach. Należy zakodować każdy nowotwór złośliwy za pomocą narzędzia kodującego i wybrać przyczynę, stosując reguły wyboru i modyfikacji w rutynowy sposób.

2.21.5.1. Charakter: złośliwy, in situ, łagodny, niepewny lub nieznany

Aby przypisać prawidłowy kod wielu przyczyn nowotworu, należy najpierw określić charakter (złośliwy, in situ, łagodny, niepewny lub nieznany) dla każdego nowotworu zgłoszonego w karcie zgonu. W przypadku nowotworów złośliwych należy również określić czy kodować je jako pierwotne, czy wtórne. W tym celu należy postępować według poniższych instrukcji.

Sam termin wskazuje na charakter

Aby przypisać kod terminom używanym do opisu nowotworów, należy najpierw użyć narzędzia do kodowania. Do określonej grupy charakterów nowotworów można przypisać konkretny wynik badania histopatologicznego lub termin.

W przypadku nowotworów zakodowanych w następujących kategoriach należy założyć, że ich zachowanie jest złośliwe, o ile nie określono inaczej, i przejść do Sekcji 2.21.5.2 Nowotwory złośliwe: pierwotne czy wtórne

2A00-2A0Z Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego lub struktur powiązanych

2A20-2B3Z Nowotwory tkanek układu krwiotwórczego lub limfatycznego

2A02.3 Łagodny nowotwór nerwów czaszkowych

Należy zauważyć, że charakter podany przez narzędzie kodujące dla określonego terminu może ulec zmianie przez inne informacje podane na karcie zgonu. Aby zdecydować o prawidłowym charakterze w kodowaniu wielu przyczyn, należy postępować zgodnie z instrukcjami podanymi w tej sekcji.

Inne informacje podane w karcie zgonu wskazują na charakter

W przypadku, gdy termin użyty do opisu nowotworu nie wskazuje na konkretny charakter, należy poszukać innych informacji na karcie zgonu wskazujących na charakter. Należy zakodować nowotwór o nieokreślonym charakterze, nowotwór opisany jako „in situ" lub wzrost, który nie jest zakodowany w Rozdziale 02 (na przykład niektóre polipy), jako złośliwy, jeśli spełniony jest którykolwiek z poniższych warunków:

- jest zgłaszany jako przyczyna wtórnego rozsiewu (terminy takie jak naciek, przerzuty, wtórne lub podobne) lub wyniszczenia (nowotworowego), lub;
- jest zgłaszany bezpośrednio obok wzmianki o wtórnym rozsiewie lub;
- wszystkie inne zgłoszone nowotwory określa się jako wtórny rozsiew lub;
- na tej samej części karty zgonu nie ma wzmianki o innym nowotworze, ale gdziekolwiek na karcie zgonu zgłoszono inne oznaki złośliwości (np. rakotwórczość, wyniszczenie nowotworowe, transformacja nowotworowa) lub;
- jest zgłaszany jako spowodowany przez nowotwór złośliwy.

W przypadku, gdy nowotwór jest zakodowany w kategorii nowotworów łagodnych w Rozdziale 02, ale jest zgłoszony jako przyczyna przerzutów lub nacieku, należy poszukać w narzędziu kodującym i na liście tabelarycznej kodu odmiany złośliwej. W przypadku, gdy kod zostanie odnaleziony, należy zakodować

go jako nowotwór złośliwy. W przypadku, gdy nie ma kodu dla odmiany złośliwej, należy najpierw spróbować uzyskać wyjaśnienie od osoby poświadczającej. W przypadku, gdy nie ma dalszych informacji, należy zaakceptować oświadczenie na karcie zgonu i zakodować nowotwór jako łagodny.

W przypadku, gdy inne informacje na karcie zgonu wskazują, że nowotwór jest złośliwy, należy przejść do Sekcji 2.21.5.2 Nowotwory złośliwe: pierwotne czy wtórne?, aby przypisać prawidłowy kod.

W przypadku, gdy na certyfikacie nie ma innych informacji wskazujących na charakter, należy zakodować nieznany charakter.

Przykład 1

1)	a)	Przerzuty do wątroby	2D80.0
	b)	Guz okrężnicy {2F90.0}	2B90.Z

Nowotwór okrężnicy jest opisywany jako przyczyna przerzutów do wątroby, więc należy zakodować go jako Nowotwory złośliwe okrężnicy, nieokreślone (2B90.Z).

Przykład 2

1)	a)	Wyniszczenie nowotworowe	MG20.0
	b)	Guz okrężnicy {2F90.0}	2B90.Z

Nowotwór okrężnicy jest opisywany jako przyczyna wyniszczenia nowotworowego, więc należy zakodować go jako Nowotwory złośliwe okrężnicy, nieokreślone (2B90.Z).

Przykład 3

1)	a)	Przerzuty do wątroby i płuc	2D80.0, 2D70
	b)	Niewydolność oddechowa	CB41.2Z
	c)	Guz okrężnicy {2F90.0}	2B90.Z

Zarówno przerzuty, jak i niewydolność oddechowa mogą być spowodowane nowotworem okrężnicy. Zgodnie z instrukcjami dotyczącymi interpretacji związków przyczynowych z Części 1 (Krok SP3) oznacza to, że w niniejszej karcie zgonu zgłoszono dwa ważne związki przyczynowe: 1) przerzuty do wątroby i płuc z powodu guza okrężnicy oraz 2) niewydolność oddechowa z powodu guza okrężnicy. Te zależności są ważne, nawet jeśli przerzuty do wątroby i płuc nie mogą być spowodowane niewydolnością oddechową. Nowotwór okrężnicy jest zgłaszany jako przyczyna wtórnego rozsiewu, więc należy zakodować go jako Nowotwory złośliwe okrężnicy, nieokreślone (2B90.Z).

Przykład 4

1)	a)	Guz okrężnicy {2F90.0} z przerzutami do wątroby	2B90.Z, 2D80.0

Nowotwór okrężnicy jest zgłaszany w tej samej linii co przerzuty i obok przerzutów do wątroby, więc należy zakodować go jako Nowotwory złośliwe okrężnicy, nieokreślone (2B90.Z).

Przykład 5

1) a) Guz piersi, miażdżyca uogólniona rak jelita grubego z przerzutami do wątroby 2F95, BD40.Z, 2B90.Z, 2D80.0

Guz piersi jest zgłaszany w tej samej linii, ale nie obok wtórnego rozsiewu. Nie należy uznawać go za złośliwy. Należy zakodować go jako Nowotwory o nieznanym charakterze piersi (2F95).

Przykład 6

1) a)	Niewydolność oddechowa	CB41.2Z
b)	Guz okrężnicy {2F90.0}	2B90.Z
2)	Przerzuty do wątroby i płuc	2D80.0, 2D70

Wszystkie inne nowotwory są określone jako wtórne, dlatego nowotwór okrężnicy oznacza Nowotwór złośliwy okrężnicy, nieokreślony (2B90.Z).

Przykład 7

1)	Guz okrężnicy {2F90.0}	2B90.Z
2)	Wyniszczenie nowotworowe	MG20.0

Nie ma wzmianki o innym nowotworze, ale wyniszczenie nowotworowe, kolejny fakt wskazujący na nowotwór złośliwy, jest opisana w Części 2, więc guz okrężnicy należy zakodować jako Nowotwory złośliwe okrężnicy, nieokreślone (2B90.Z).

Przykład 8

2) a)	Guz pęcherza moczowego	2F98
c)	Guz płuca	2F91.1

W zaświadczeniu brak informacji wskazujących na charakter, więc guz pęcherza moczowego należy zakodować jako Nowotwory o nieznanym charakterze narządów układu moczowego (2F98) a guz płuca jako Nowotwory o nieznanym charakterze tchawicy, oskrzela lub płuca (2F91.1).

2.21.5.2. Nowotwory złośliwe: pierwotne czy wtórne?

W przypadku, gdy nowotwór został zakodowany jako złośliwy lub jego charakter został uznany za złośliwy zgodnie z Sekcją 2.21.5.1 Charakter: złośliwy, in situ, łagodny, niepewny lub nieznany powyżej, należy następnie zdecydować, czy nowotwór jest pierwotny czy wtórny.

Czasami nowotwory złośliwe są określane jako „przerzutowe", co może odnosić się albo do pierwotnego nowotworu złośliwego, który dał przerzuty do innego umiejscowienia, albo do wtórnych nowotworów złośliwych pochodzących z innego umiejscowienia. Instrukcje dotyczące kodowania nowotworów określanych jako „przerzutowe" znajdują się w Sekcji 2.21.5.6 Rak „przerzutowy".

Typowe miejsca przerzutów Wybierając kody dla pierwotnych i wtórnych nowotworów złośliwych, należy zapoznać się z poniższą listą częstych lokalizacji przerzutów:

- kość (2B5Z)

- mózg (2A00.5)
- przepona (2B5K & XA2JL0)
- niedokładnie określone umiejscowienie (2D42)
- wątroba (2C12.OZ)
- płuco (2C25.Z & XA57M6)
- węzły chłonne (2D60-2D6Z)
- śródpiersie (2C28.Z & XA7WA2)
- opony mózgowo-rdzeniowe (2A01.2)
- otrzewna (2C51.Z)
- opłucna (2C28.Z & XA5TT2)
- przestrzeń zaotrzewnowa (2C50.Z)
- rdzeń kręgowy (2A02.2)
- sieć (2C52.Z)

Uwaga: miejsca te należy traktować jako typowe lokalizacje przerzutów, chyba że została opisana określona histopatologia.

Patrz poniżej, aby zapoznać się z dalszymi instrukcjami, jak kodować nowotwory z lokalizacji podanych na tej liście.

Nowotwór złośliwy zgłaszany jako pierwotny

Nowotwór złośliwy określony jako „pierwotny", „pierwotny w", „powstały w" lub podobnymi terminami należy zakodować jak pierwotny.

Inne wskazania odnoszące się do pierwotnego nowotworu złośliwego

Nowotwór złośliwy należy zakodować jako pierwotny, choć osoba poświadczająca nie opisała go jako pierwotny, jeśli:

- wszystkie inne nowotwory złośliwe na karcie zgonu określa się jako wtórne lub przerzutowe. Dotyczy to kwestii, czy umiejscowienie, które nie zostało określone jako wtórne lub jako przerzutowe, znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów.
- znajduje się w zakresie kodów 2A20-2B3Z Nowotwory układu krwiotwórczego i tkanki limfatycznej: Wszystkie nowotwory złośliwe układu krwiotwórczego i tkanki limfatycznej należy zakodować jako pierwotne, chyba że osoba poświadczająca określi je jako wtórne;
- uwaga: Nowotwór pierwotny układu krwiotwórczego i tkanki limfatycznej może wystąpić jednocześnie z innym nowotworem pierwotnym w tym samym zakresie kodowym.

- lokalizacja nie znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów.

W przypadku, gdy lokalizacja znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów, należy zakodować nowotwór złośliwy jako pierwotny, jeżeli:

- wynik badania histopatologicznego wskazuje, że jest ona pierwotna w zgłoszonej lokalizacji;
- jest opisany jako spowodowany przez znany czynnik ryzyka wystąpienia nowotworów złośliwych w określonej lokalizacji (Aby ustalić, czy stan zgłaszany jako powodujący nowotwór jest znanym czynnikiem ryzyka, należy sprawdzić w podręcznikach lub innych wiarygodnych źródłach, czy jest wymieniony jako czynnik ryzyka w odniesieniu do zajętej lokalizacji);
- jest to jedyny nowotwór złośliwy wymieniony w karcie zgonu i nie jest określony jako „przerzutowy”:
- wyjątek: nowotwór złośliwy węzłów chłonnych należy zakodować jako wtórny, nawet jeśli jest to jedyny nowotwór zgłoszony na karcie zgonu, chyba że jest określony jako pierwotny;
- uwaga: jeśli jedynym nowotworem złośliwym zgłoszonym na karcie zgonu jest nowotwór złośliwy wątroby i nie jest on określony jako pierwotny ani wtórny, należy go zakodować jako pierwotny;
- jest to nowotwór złośliwy płuca, a wszystkie inne nowotwory złośliwe wymienione na karcie zgonu znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów;
- wyjątek: należy zakodować nowotwór płuca jako wtórny, jeśli inny nowotwór złośliwy jest zgłoszony w tej samej części karty zgonu (Część 1 lub Część 2) i ten inny nowotwór złośliwy jest kodowany jako pierwotny nowotwór złośliwy;
- jest to złośliwy nowotwór płuca określony jako nowotwór bronchogenny lub nowotwór oskrzela.

Należy zakodować nowotwór o charakterze innym niż złośliwy jako pierwotny złośliwy, jeśli zostanie zgłoszony jako powodujący rozsiew o charakterze wtórnym lub przerzutowym. Patrz „Inne informacje podane w karcie zgonu wskazują na charakter” powyżej.

- wyjątek: W przypadku, gdy podano czas trwania, nowotwory wtórne nie mogą trwać dłużej niż przypuszczalny nowotwór pierwotny;
- wyjątek: W przypadku, gdy została podana morfologia, wtórne i przypuszczalnie pierwotne nowotwory złośliwe muszą wykazywać ten sam wynik badania histopatologicznego.

Nie należy kodować nowotworu o charakterze innym niż złośliwy jako złośliwy pierwotny, jeśli został zgłoszony jako przyczyna innego nowotworu, który nie zostałby zakodowany jako złośliwy. Nie należy zakładać złośliwości ani obecności przerzutów. Należy zakodować oba nowotwory zgodnie z narzędziem kodującym.

Przykład 1

1)	a)	Przerzuty do mózgu	2D50
	b)	Guz płuca	2C25.Z

Guz płuca spowodował przerzuty do mózgu, więc jest kodowany jako złośliwy. Pozostałe nowotwory złośliwe na karcie zgonu zostały opisane jako przerzuty (2D50), czyli należy zakodować guz płuca jako pierwotne rozpoznanie 2C25.Z)].

Przykład 2

1)	a)	Rak trzustki	2C10.Z
	b)	Rak żołądka	2B72.Z

Trzustka i żołądek nie znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów, więc należy zakodować zarówno Nowotwory złośliwe trzustki, nieokreślone (2C10.Z) jak i Nowotwory złośliwe żołądka, nieokreślone (2B72.Z).

Przykład 3

1)	a)	Rak wątroby i płuca {2C25.Z}	2C12.02 2D70
	b)	Przewlekłe zapalenie wątroby	DB97.2

Przewlekłe zapalenie wątroby zwiększa ryzyko wystąpienia pierwotnego raka wątroby, więc raka wątroby należy zakodować jako nowotwór pierwotny w kategorii Rak wątrobowokomórkowy wątroby (2C12.02). Raka płuca należy zakodować jako nowotwór wtórny w kategorii Przerzut nowotworu złośliwego do płuca (2D70), ponieważ drugi nowotwór złośliwy zgłoszony w tej samej części karty zgonu jest kodowany jako pierwotny.

Przykład 4

1)	a)	Rak nerki i rak płuca {2C25.Z }	[2C90], 2D70

Raka nerki należy zakodować jako nowotwór pierwotny (2C90.Z), ponieważ nie znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów. Raka płuca należy zakodować jako nowotwór wtórny w kategorii Przerzut nowotworu złośliwego do płuca (2D70), ponieważ jest on zgłaszany w tej samej części karty zgonu, co rak nerki, a rak nerki jest uważany za pierwotny.

Przykład 5

1)	Guz wątroby {2F90.Y}	2C12.02
2)	Guz płuca, prawdopodobnie wtórny	2D70

Oba guzy należy zakodować jako złośliwe, ponieważ osoba poświadczająca określiła jeden z dwóch jako wtórny, co świadczy o złośliwym charakterze. Guz wątroby należy zakodować jako pierwotny, ponieważ drugi nowotwór złośliwy wymieniony w karcie zgonu został opisany jako wtórny. Kwalifikacja „prawdopodobnie" jest ignorowana; patrz Sekcja 2.21.1 Niepewne diagnozy.

Przykład 6

1)	a)	Przerzuty w ścianie klatki piersiowej	2E0Y
	b)	Rak in situ piersi {2E65.Z}	2C6Z

Raka in situ piersi należy zakodować jako złośliwy, ponieważ jest on zgłaszany jako przyczyna wtórnego rozsiewu i zakodować jako pierwotny w kategorii Nowotwory złośliwe piersi, nieokreślone (2C6Z), ponieważ drugi nowotwór złośliwy został określony jako wtórny.

Przykład 7

1)	a)	Wtórny nowotwór złośliwy płuca i mózgu	2D70, 2D50
	b)	Polip żołądka {DA44.Z}	2B72.Z

Polip żołądka należy zakodować jako złośliwy, ponieważ zgłoszono go jako przyczynę wtórnego rozsiewu, i zakodować jako pierwotny w kategorii Nowotwory złośliwe żołądka, nieokreślone (2B72.Z), ponieważ wszystkie inne nowotwory złośliwe są określane jako wtórne.

Przykład 8

1)	Nowotwór mózgu (glejak)	2A00.0Z
2)	Rak nerki	2C90.Z

Mózg znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów, ale glejak w badaniu histopatologicznym wskazuje, że jest on pierwotnym guzem mózgu. Nowotwór mózgu należy zakodować jako pierwotny w kategorii Glejak mózgu, nieokreślony (2A00.0Z). Nerka nie znajduje się na liście najczęstszych lokalizacji przerzutów, więc raka nerki należy zakodować jako nowotwór pierwotny w kategorii Nowotwory złośliwe nerek, oprócz miedniczek nerkowych, nieokreślone (2C90.Z).

Przykład 9

1) a) Nowotwór kości (kostniakomięsak) 2B51.Z
   b) Rak okrężnicy 2B90.Z

Kość znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów, ale wynik badania histopatologicznego w postaci kostniakomięsaka wskazuje, że jest nowotwór pierwotny kości. Nowotwór kości należy zakodować jako pierwotny w kategorii Kostniakomięsak kości lub chrząstki stawowej w nieokreślonych umiejscowieniach (2B51.Z). Okrężnica nie znajduje się na liście najczęstszych lokalizacji przerzutów, więc rak okrężnicy należy zakodować jako pierwotny w kategorii Nowotwory złośliwe okrężnicy, nieokreślone (2B90.Z).

Przykład 10

1) a) Nowotwór mózgu 2A00.5

Mózg znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów, ale jest jedynym nowotworem złośliwym wymienionym w karcie zgonu i nie został określany jako przerzutowy. Nowotwór mózgu należy zakodować jako pierwotny w kategorii Pierwotny nowotwór mózgu nieznanego lub nieokreślonego typu (2A00.5).

Przykład 11

1) a) Rak węzłów chłonnych szyjnych 2D60.0

Węzły chłonne znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów i jest to jedyny nowotwór złośliwy wymieniony w karcie zgonu, ale nie został określany jako pierwotny. Raka węzłów chłonnych szyjnych należy zakodować jako nowotwór wtórny w kategorii Przerzut nowotworu złośliwego do węzłów chłonnych głowy, twarzy lub szyi (2D60.0).

Przykład 12

1) a) Rak pierwotny gruczołu krokowego 2C82.Z

Rak jest opisany jako pierwotny rak gruczołu krokowego. Należy zakodować go w kategorii Nowotwory złośliwe gruczołu krokowego, nieokreślone (2C82.Z).

Nowotwór złośliwy zgłoszony jako wtórny

Jeśli osoba poświadczająca określi nowotwór jako wtórny, należy zakodować go jako nowotwór złośliwy wtórny w kategorii Przerzuty nowotworu złośliwego (2D50-2E2Z). Aby znaleźć odpowiedni kod, należy skorzystać z narzędzia do kodowania.

Inne wskazanie wtórnego nowotworu złośliwego

Nowotwór złośliwy nieokreślony należy zakodować jako pierwotny lub wtórny jako wtórny, jeśli:

- lokalizacja znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów:
    - wyjątek: jeśli jest wymieniony tylko jeden nowotwór złośliwy i nie jest on określony jako „przerzutowy”, nowotwór należy zakodować jako pierwotny. uwaga: nie dotyczy to nowotworów węzłów chłonnych, które są zawsze kodowane jako wtórne, nawet jeśli jest to jedyny nowotwór zgłoszony w karcie zgonu, chyba że jest określony jako pierwotny.

  - wyjątek: nowotwór płuca należy zakodować jako pierwotny, jeśli wszystkie inne lokalizacje w tej samej części karty zgonu (Część 1 lub Część 2) znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów. Nowotwór płuca należy jednak zaklasyfikować jako wtórny, jeśli jedna lokalizacja spośród najczęstszych lokalizacji przerzutów zgłoszona w tej samej części karty zgonu zostanie uznana za pierwotną na podstawie badania histopatologicznego lub nowotwór zostanie uznany za spowodowany znanym czynnikiem ryzyka wystąpienia nowotworów złośliwych w tej lokalizacji.
  - wyjątek: nowotwór złośliwy należy zakodować na liście częstych lokalizacji przerzutów jako pierwotny, jeśli wszystkie inne nowotwory złośliwe wyszczególnione w karcie zgonu zostały określone jako wtórne lub przerzutowe. Dotyczy to kwestii, czy te inne nowotwory złośliwe znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów.
  - wyjątek: nowotwór złośliwy należy zakodować na liście częstych lokalizacji przerzutów jako pierwotny, jeśli został uzyskany wynik badania histopatologicznego i jest on zgodny z lokalizacją. (Aby ustalić, czy podany wynik badania histopatologicznego jest zgodny z lokalizacją, należy zapoznać się z podręcznikami lub innymi wiarygodnymi źródłami).

- nieokreślony czy pierwotny, czy wtórny, a osoba poświadczająca stwierdza, że rak jest pierwotny w innej lokalizacji. Ma to zastosowanie niezależnie od tego, czy lokalizacja znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów:
- niezależnie od lokalizacji, nie należy kodować nowotworu jako wtórnego, jeśli ma on inny wynik badania histopatologicznego niż inny nowotwór uznany za pierwotny. Patrz również Sekcja 2.21.5.3 Więcej niż jeden pierwotny nowotwór złośliwy.
- nieokreślony, czy jest złośliwy, in situ czy łagodny i jest zgłaszany jako spowodowany nowotworem złośliwym:
  - wyjątek: jeśli podano czasy trwania, nie należy kodować nieokreślonego nowotworu jako wtórnego, jeśli ma czas trwania dłuższy niż czas trwania nowotworu złośliwego zgłoszonego jako przyczyna nieokreślonego nowotworu.
- wynik badania histopatologicznego wskazuje, że nowotwór nie może być pierwotny we wskazanej lokalizacji. W takim przypadku należy użyć zarówno kodu domyślnego dla nowotworu pierwotnego stwierdzonego w badaniu histopatologicznym, jak i kodu wtórnego nowotworu złośliwego w podanej lokalizacji.

W przypadku, gdy wszystkie lokalizacje znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów, należy zakodować wszystkie lokalizacje jako wtórne. Zaleca się dodanie kodu dla nowotworu nieznanego pierwotnego. Należy zakodować do [2D4Z Nieokreślone nowotwory złośliwe o nieokreślonych umiejscowieniach], jeśli nie podano wyniku badania histopatologicznego. W przypadku, gdy podano wynik badania histopatologicznego, należy zakodować kod oznaczający „nieokreślone umiejscowienie” w odniesieniu do podanego wyniku badania histopatologicznego. - wyjątek: W przypadku, gdy wszystkie lokalizacje znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów, ale jedna z nich to płuco, należy zakodować płuco jako lokalizacja pierwotna.

W przypadku, gdy w karcie zgonu stwierdza się, że lokalizacja pierwotna była nieznana, wszystkie lokalizacje nowotworu wymienione w karcie zgonu należy zakodować jako wtórne. (Patrz również Sekcja 2.21.5.5 Umiejscowienie pierwotne nieznane).

Nie należy stosować kolejności wpisów w celu ustalenia czy nowotwór określony jako złośliwy jest pierwotny czy wtórny. Nowotwór złośliwy zgłoszony jako powstały w wyniku innego nowotworu złośliwego należy zakodować jako wtórny tylko wtedy, gdy jest opisany jako wtórny, przerzutowy lub podobny albo jego lokalizacja znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów.

Nie należy mylić określenia „pierwotny" z określeniem „pierwotny w". Podczas gdy „pierwotny w" identyfikuje jeden z kilku nowotworów złośliwych o tej samej lub nieokreślonej histopatologii co guz pierwotny, natomiast określenie „pierwotny" oznacza po prostu, że nowotwór złośliwy nie był wtórny. Nie musi to oznaczać, że wszystkie inne nowotwory złośliwe wymienione w karcie zgonu miały charakter wtórny.

Przykład 1

1)	Rak nadnerczy {2D11.Z}	2E07
2)	Pierwotny w nerkach	2C90.Z

Nowotwór złośliwy nadnerczy jest uważany za wtórny, ponieważ w karcie zgonu stwierdza się, że rak pierwotnie był w nerce. Raka nadnerczy należy zakodować jako wtórny w kategorii Przerzut nowotworu złośliwego do nadnercza (2E07) i pierwotny w nerce jako pierwotny w kategorii Nowotwory złośliwe nerek, oprócz miedniczek nerkowych, nieokreślone (2C90.Z).

Przykład 2

1)	a)	Rak gruczołu krokowego {2C82.Z}	2E06
	b)	Umiejscowienie pierwotne nieznane	

Umiejscowienie pierwotne zostało opisane jako nieznane. Należy zakodować do Nieokreślone nowotwory złośliwe o nieokreślonych umiejscowieniach (2D4Z). Raka gruczołu krokowego należy zakodować jako wtórny w kategorii Przerzut nowotworu złośliwego do męskich narządów płciowych (2E06), ponieważ pierwotny nowotwór złośliwy wyraźnie znajdował się w innej lokalizacji.

Przykład 3

1)	a)	Nowotwór mózgu {2A00.5}	2D50
	b)	Rak piersi	2C6Z

Nowotwór mózgu należy zakodować jako złośliwy, ponieważ jest on zgłaszany jako spowodowany złośliwym nowotworem piersi. Ponadto należy go zakodować jako wtórny w kategorii 2D50, ponieważ znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów. Raka piersi należy zakodować w kategorii Nowotwory złośliwe piersi, nieokreślone (2C6Z).

Przykład 4

1)	a)	Nowotwór mózgu {2A00.5}	2D50
	b)	Rak płuca	2C25.Z

Nowotwór mózgu należy zakodować jako złośliwy, ponieważ jest on zgłaszany jako spowodowany złośliwym nowotworem płuca. Należy go również zakodować jako wtórny w kategorii Przerzut nowotworu złośliwego do mózgu (2D50), ponieważ znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów i jest zgłaszany razem z rakiem płuca. Raka płuca należy zakodować jako pierwotny w kategorii Nowotwory złośliwe oskrzela lub płuca, nieokreślone (2C25.Z), ponieważ jedyny inny zgłoszony nowotwór znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów.

Przykład 5

1)	Wzrost raka w wątrobie {2C12.02} i w węzłach chłonnych	2D80.0, 2D6Z
2)	Nowotwór złośliwy żołądka	2B72.Z

Należy zakodować wzrost nowotworu w wątrobie i węzłach chłonnych jako wtórny, odpowiednio w kategorii Przerzut nowotworu złośliwego do wątroby (2D80.0) i w kategorii Złośliwy nowotwór przerzutowy do nieokreślonego węzła chłonnego (2D6Z), ponieważ oba znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów. Należy również zakodować nowotwór żołądka jako pierwotny w kategorii Nowotwory złośliwe żołądka, nieokreślone (2B72.Z).

Przykład 6

1)	a)	Rak płuca, opłucnej {2C26.Z} i ściany klatki piersiowej {2D4Z}	2C25.Z, 2D72, 2E0Y

Raka płuca należy zakodować jako pierwotny w kategorii Nowotwory złośliwe oskrzela lub płuca, nieokreślone (2C25.Z), ponieważ pozostałe lokalizacje wymienione w karcie zgonu, opłucna i ściana klatki piersiowej, znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów. Raka opłucnej i ściany klatki piersiowej należy zakodować odpowiednio jako wtórny w kategorii 2D72 a nowotwór złośliwy w kategorii Przerzut nowotworu złośliwego do innych określonych umiejscowień (2E0Y).

Przykład 7

1)	a)	Międzybłoniak opłucnej	2C26.0, 2D60.Z

Opłucna znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów, ale wynik badania histopatologicznego stwierdzający międzybłoniaka wskazuje, że jest on pierwotny w opłucnej. Należy zakodować jako pierwotny w kategorii Międzybłoniak opłucnej (2C26.0). Należy zakodować złośliwy nowotwór węzłów chłonnych jako wtórny w kategorii 2D60.Z, ponieważ węzły chłonne znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów.

Przykład 8

1)	a)	Rak pęcherza moczowego	2C94.Z
	b)	Rak nerki	2C90.Z

Pęcherz moczowy i nerka nie znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów i nowotwór żadnego z tych narządów nie jest opisany jako pierwotny, więc należy zakodować je jako pierwotne w kategorii Nowotwory złośliwe pęcherza moczowego, nieokreślony (2C94.Z) i 2C90.Z Nowotwory złośliwe nerek, oprócz miedniczek nerkowych, nieokreślone.

Przykład 9

1)	a)	Kostniakomięsak kości krzyżowej	2B51.2
	b)	Rak jasnokomórkowy nerki	2C90.Y

Należy zakodować oba nowotwory złośliwe jako pierwotne. Kości znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów, ale wynik badania histopatologicznego stwierdzający kostniakomięsaka wskazuje, że jest to nowotwór pierwotny w kości krzyżowej. Należy zakodować jako nowotwór pierwotny w kategorii Kostniakomięsak kości lub chrząstki stawowej miednicy (2B51.2). Ponadto ma inną budowę histopatologiczną niż rak jasnokomórkowy nerki.

Przykład 10

1) a) Kostniakomięsak płuca 2B51.Z, 2D70

Wynik badania histopatologicznego (kostniakomięsak) wskazuje na pierwotny nowotwór kości, a zgłaszana lokalizacja (płuco) jest niezgodna z wynikiem badania histopatologicznego. Należy zakodować jako nowotwór pierwotny w kategorii Kostniakomięsak kości lub chrząstki stawowej w nieokreślonych umiejscowieniach (2B51.Z) i dodać kod kategorii Przerzut nowotworu złośliwego do płuca (2D70).

2.21.5.3. Więcej niż jeden pierwotny nowotwór złośliwy

W przypadku, gdy w tej samej karcie zgonu zgłoszono więcej niż jeden pierwotny nowotwór złośliwy, należy zakodować każdy pierwotny nowotwór złośliwy jako pierwotny. Elementy wskazujące na więcej niż jeden pierwotny nowotwór złośliwy to:

- różne wyniki badania histopatologicznego;
- obraz histopatologiczny swoisty dla lokalizacji zgłoszony z nowotworem złośliwym o innym umiejscowieniu, które nie znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów;
- umiejscowienia nie znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów:

W przypadku, gdy jeden termin histopatologiczny jest bardziej szczegółowy i stanowi przykład bardziej ogólnego terminu histopatologicznego, który jest również podany w karcie zgonu, należy uznać, że oba terminy odnoszą się do tego samego nowotworu.

Określenia „rak” nie należy traktować jako terminu histopatologicznego, ale jako synonim „nowotworu złośliwego”. W przeciwieństwie do tego, „rak” to termin histopatologiczny, opisujący nowotwór złośliwy pochodzenia nabłonkowego.

Przykład 1

1) Rak przejściowokomórkowy pęcherza moczowego 2C94.2
2) Kostniakomięsak, pierwotny w kolanie 2B51.1

Pęcherz moczowy w linii (a) nie znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów. Nowotwór złośliwy opisany w Części 2 określono jako pierwotny w kolanie, ale ponieważ oba nowotwory mają różną budowę histopatologiczną, należy nowotwór pierwotny zakodować odpowiednio zarówno w kategorii Rak urotelialny pęcherza moczowego (2C94.2), jak i w kategorii Kostniakomięsak kości lub chrząstki stawowej kończyn (2B51.1).

Przykład 2

1) a) Wątrobiak 2C12.02
   b) Rak piersi 2C6Z

Wątrobiaka należy zakodować jako nowotwór pierwotny w kategorii Rak wątrobowokomórkowy wątroby (2C12.02), ponieważ obraz histopatologiczny określany jako „wątrobiak” wskazuje na pierwotny nowotwór złośliwy wątroby. Raka piersi należy zakodować jako nowotwór pierwotny w kategorii Nowotwory złośliwe piersi, nieokreślone (2C6Z), ponieważ pierś nie jest na liście częstych lokalizacji przerzutów.

Przykład 3

1)	a)	Glejak wielopostaciowy mózgu	2A00.00
	b)	Rak piersi	2C6Z

Mózg znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów, ale obraz histopatologiczny glejaka wielopostaciowego wskazuje, że jest to nowotwór pierwotny w ośrodkowym układzie nerwowym, zazwyczaj w mózgu. Glejaka wielopostaciowego mózgu należy zakodować jako nowotwór pierwotny w kategorii Glejak wielopostaciowy mózgu (2A00.00). Raka piersi również należy zakodować jako nowotwór pierwotny w kategorii Nowotwory złośliwe piersi, nieokreślone (2C6Z), ponieważ pierś nie znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów.

2.21.5.4. Umiejscowienie nie jest wyraźnie wskazane

W przypadku, gdy nowotwór złośliwy jest opisany jako „obszar" lub „region" lokalizacji, lub jeśli miejsce to ma przedrostek „peri", „para", „pre", „supra", „infra" lub podobne wyrażenia, następnie najpierw należy sprawdzić, czy ten termin złożony jest ujęty w narzędziu do kodowania.

W przypadku, gdy terminu złożonego nie ma w narzędziu do kodowania, należy zakodować odpowiedni obraz histopatologiczny niedokładnie określonego umiejscowienia. Kategoria Inne określone nowotwory złośliwe o niedokładnie określonych lub nieokreślonych umiejscowieniach pierwotnych (2D4Y) jest wykorzystywana w przypadku obrazów histopatologicznych określonych, ale niemożliwych do sklasyfikowania gdzie indziej.

W przypadku, gdy żadne z powyższych nie ma zastosowania lub nie podano wyniku badania histopatologicznego, należy zakodować do kategorii 2D42 Nowotwory złośliwe w niejasno zdefiniowanych umiejscowieniach.

W przypadku, gdy nie określono lokalizacji pierwotnego nowotworu złośliwego, nie należy zakładać lokalizacji pierwotnej na podstawie lokalizacji innych zgłoszonych stanów, takich jak perforacja, niedrożność lub krwotok. Stany te mogą wystąpić w umiejscowieniach niezwiązanych z nowotworem. Na przykład niedrożność jelit może być spowodowana rozsiewem złośliwego nowotworu jajnika.

Przykład 1

1)	a)	Mięsak gładkokomórkowy w okolicy trzustki	2B58.Z

Należy zakodować w kategorii Mięsak gładkokomórkowy, nieokreślone umiejscowienie pierwotne (2B58.Z).

Przykład 2

1)	a)	Rak w okolicy płuc	2C29.Z

Należy zakodować w kategorii Nowotwory złośliwe w innych lub niejasno zdefiniowanych umiejscowieniach w układzie oddechowym lub narządach klatki piersiowej, nieokreślone (2C29.Z).

Przykład 3

1)	a)	Niedrożność jelit	DB30.Z
	b)	Rak	2D4Z

Raka należy zakodować w kategorii Nieokreślone nowotwory złośliwe o niedokładnie określonych lub nieokreślonych umiejscowieniach (2D4Z).

2.21.5.5. Umiejscowienie pierwotne nieznane

Jeśli na karcie zgonu podano, że miejsce pierwotne jest nieznane i nie wspomniano o możliwym ognisku pierwotnym ani o określonej histopatologii, należy zakodować jako (2D44). Jeśli miejsce pierwotne jest nieznane, ale podano określoną histopatologię, należy zakodować do kategorii dla nieokreślonego miejsca odpowiadającego danemu typowi histopatologicznemu. Na przykład, gruczolakoraka należy zakodować jako (2D40), a kostniakomięsaka jako ([2B51.Z Kostniakomięsak kości i chrząstki stawowej o nieokreślonej lokalizacji])

W przypadku, gdy karta zgonu wspomina o prawdopodobnym lub możliwym umiejscowieniu głównym, należy zignorować wyrażenie wskazujące na wątpliwości i zakodować do tego umiejscowienia. Patrz również Sekcja 2.21.1 Niepewne diagnozy.

W przypadku, gdy karta zgonu wymienia kilka możliwych umiejscowień głównych, należy wybrać kod zgodnie z instrukcjami w Sekcji 2.21.1.2 Jeden stan, w tym lub innym umiejscowieniu powyżej.

Przykład 1

1)	a)	Nowotwór wtórny wątroby	2D80.0
	b)	Umiejscowienie pierwotne nieznane	2D44

W karcie zgonu stwierdzono, że główne umiejscowienie jest nieznane. W odniesieniu do linii 1(b) należy zakodować w kategorii 2D44.

Przykład 2

1)	a)	Przerzuty uogólnione	2E2Z
	b)	Czerniak	2C30.Z
2)	Umiejscowienie pierwotne nieznane		2D41

W karcie zgonu stwierdzono, że główne umiejscowienie jest nieznane, należy zastosować kod 2D44 Inne i nieokreślone nowotwory mózgu lub ośrodkowego układu nerwowego.

Przykład 3

1)	a)	Nowotwór wtórny wątroby	2D80.0
	b)	Umiejscowienie pierwotne nieznane, prawdopodobnie żołądek	2B72.Z
	c)	Nowotwory złośliwe żołądka, nieokreślone	

W karcie zgonu stwierdzono, że lokalizacja pierwotna jest nieznana, ale wymieniono również żołądek jako możliwą lokalizację pierwotną. Należy zignorować słowo „prawdopodobnie” i zakodować linię 1(b) w kategorii Nowotwory złośliwe żołądka, nieokreślone (2B72.Z).

Przykład 4

1)	a)	Nowotwór wtórny wątroby	2D80.0
	b)	Umiejscowienie pierwotne nieznane, prawdopodobnie żołądek {2B72.Z} lub okrężnica {2B90.Z }2C11.Z	

W karcie zgonu stwierdzono, że lokalizacja pierwotna jest nieznana, ale wymieniono również żołądek lub okrężnicę jako możliwą lokalizację pierwotną. Należy zakodować linię 1(b) w kategorii Nowotwory złośliwe innych lub niejasno zdefiniowanych narządów przewodu pokarmowego, nieokreślone (2C11.Z).

2.21.5.6. Rak „przerzutowy”

Uwaga: Wyrażenie „przerzutowy” często stanowi problem w języku angielskim. Kraje używające języków innych niż angielski powinny tłumaczyć tylko tyle, ile potrzeba z tej sekcji.

Nowotwory sklasyfikowane jako przerzutowe są zawsze złośliwe. Przymiotnika „przerzutowy” można używać na dwa sposoby; głównie jako opisujący pierwotny guz, który się rozprzestrzenił = przerzuty do innego umiejscowienia lub narządu (np. przerzutowy rak piersi), a czasami opisujący wtórne umiejscowienie lub lokalizację, w gdzie guz pierwotny się rozprzestrzenił = przerzuty (np. rak przerzutowy w wątrobie).

W Komponencie Podstawowym ICD-11 przymiotnik „przerzutowy”, po którym następuje miejsce/narząd (bez przyimka) jest zawsze używany w znaczeniu pierwotnego nowotworu tego konkretnego umiejscowienia/narządu, który rozprzestrzenił się w inne miejsca.

W przypadku kodowania umieralności spowodowanej wieloma przyczynami należy zawsze postępować zgodnie z instrukcjami podanymi w tej sekcji. Dzieje się tak nawet w przypadku, gdy narzędzie kodujące wskazuje kod ICD dla nowotworu „przerzutowego” lub choroby „przerzutowej” inny niż kod, do którego można byłoby dotrzeć postępując zgodnie z tymi instrukcjami. Na przykład wyszukiwanie może doprowadzić do kodu w sekcji „przerzuty nowotworu złośliwego”, ale instrukcje kodowania wielu przyczyn mogą nakazać kodowanie nowotworu jako pierwotnego. W takim przypadku należy postępować zgodnie z instrukcjami i zakodować nowotwór jako pierwotny.

Nowotwór złośliwy „przerzutowy z” określonego umiejscowienia

W przypadku, gdy nowotwór złośliwy jest opisany jako „przerzutowy z” określonego umiejscowienia lub jeśli związek „spowodowany” sugeruje rozsiew z określonej lokalizacji, należy zakodować go do pierwotnego umiejscowienia. Dotyczy to również lokalizacji znajdujących się na liście częstych lokalizacji przerzutów. Patrz Sekcja 2.21.5.2 odnośnie bloków stosowanych w pierwotnych nowotworach złośliwych.

Nowotwór złośliwy „przerzutowy do” określonego umiejscowienia

W przypadku, gdy nowotwór złośliwy jest opisany jako „przerzutowy do” określonego umiejscowienia lub jeśli związek określany jako „spowodowany” sugeruje rozsiew do określonego umiejscowienia, należy zakodować umiejscowienie wtórne do tego miejsca, bez względu na to, czy umiejscowienia to znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów czy nie. W odniesieniu do tego umiejscowienia wtórnego należy użyć kodu z kategorii 2D50-2E2Z „Przerzuty nowotworu złośliwego”. Jeśli jednak zgłoszono wynik badania histopatologicznego, należy zakodować podkategorię „umiejscowienie nieokreślone” do tego typu obrazu histopatologicznego.

Nowotwór złośliwy przerzutowy z umiejscowienia A do umiejscowienia B

Nowotwór złośliwy opisany jako przerzutowy z umiejscowienia A do umiejscowienia B należy interpretować jako nowotwór pierwotny w umiejscowieniu A i wtórny w umiejscowieniu B.

Nowotwór „przerzutowy" o określonym obrazie histopatologicznym

W przypadku, gdy w karcie zgonu zgłaszany jest nowotwór złośliwy określony jako „przerzutowy" ze względu na obraz histopatologiczny, który można zaklasyfikować do kategorii nowotworu, która wymienia tylko konkretny obraz histopatologiczny, zwłaszcza w przypadku, gdy zgłoszona lokalizacja jest zgodna z typem histopatologicznym, należy ten nowotwór zakodować do kategorii nowotwór pierwotny złośliwy o określonym obrazie histopatologicznym. Należy użyć odpowiedniej podkategorii odnośnie miejsca przeznaczonego dla określonego typu histopatologicznego lub umiejscowienia.

W przypadku, gdy w karcie zgonu zgłoszono Rak „przerzutowy" i to stwierdzenie nie jest zgodne z typem histopatologicznym, należy zakodować nowotwór złośliwy wtórny do określonego umiejscowienia. Należy również dodać kod pierwotnego nowotworu złośliwego o nieokreślonym umiejscowieniu dla określonego typu histopatologicznego.

Stosując pozostałe instrukcje dotyczące nowotworu „przerzutowego", nie należy zmieniać kodów w kategorii 2A00-2A0Z Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego lub struktur powiązanych, 2B50-2B5Z Nowotwory złośliwe pochodzenia mezenchymalnego, 2C30-2C3Z Nowotwory złośliwe skóry, 2C40-2C4Z Nowotwory złośliwe nerwów obwodowych lub autonomicznego układu nerwowego, lub przypisane zgodnie z instrukcjami zawartymi w tym podrozdziale do kategorii Nowotwór „przerzutowy" o określonym obrazie histopatologicznym, do kodów wtórnych nowotworów złośliwych (2D50-2E2Z).

Przykład 1

1) a) Kostniakomięsak kości krzyżowej, przerzutowy 2B51.2

Umiejscowienie w kości krzyżowej jest zgodne z pierwotnym rakiem kości. Należy zakodować go do kategorii Kostniakomięsak kości lub chrząstki stawowej miednicy (2B51.2).

Nowotwór złośliwy „przerzutowy" na liście częstych lokalizacji przerzutów

W przypadku, gdy w zaświadczeniu jest wzmianka o pojedynczym nowotworze złośliwym, a znajduje się on na liście częstych lokalizacji przerzutów i jest określony jako „przerzutowy", należy zakodować nowotwór jako wtórny, nawet jeśli w karcie zgonu nie ma wzmianki o innym nowotworze. Należy również dodać kod z kategorii obejmującej nieokreślony pierwotny nowotwór złośliwy (2D4Z).

- wyjątek: Należy zakodować nowotwór, nawet jeśli jest opisany jako „przerzutowy", z miejsca na liście częstych lokalizacji przerzutów jako pierwotny, gdy jest zgłoszony jako spowodowany stanem, który zwiększa ryzyko wystąpienia złośliwego nowotworu w tej lokalizacji lub tkance.

- wyjątek: W przypadku, gdy jedynym nowotworem złośliwym wymienionym w zaświadczeniu jest nowotwór „przerzutowy" płuca, należy go zakodować w kategorii Nowotwory złośliwe oskrzela lub płuca, nieokreślone (2C25.Z). W przypadku, gdy wymieniany jest inny nowotwór złośliwy, który nie znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów, należy zakodować „przerzutowy" nowotwór złośliwy płuca w kategorii Przerzut nowotworu złośliwego do płuca

(2D70). Ma to zastosowanie niezależnie od tego, czy płuco jest wymienione w tej samej części w karcie zgonu, co inny nowotwór złośliwy.

- wyjątek: W przypadku nowotworów „przerzutowych” o określonym obrazie histopatologicznym i obecnych na liście częstych lokalizacji przerzutów, patrz „Nowotwór „przerzutowy” o określonym obrazie histopatologicznym” powyżej.

Należy zauważyć, że nowotwór złośliwy obecny na liście częstych lokalizacji przerzutów jest kodowany jako pierwotny, jeśli jest to jedyna wymieniona lokalizacja, a nowotwór nie jest określany jako „przerzutowy”. Patrz również „Inne wskazania odnoszące się do pierwotnego nowotworu złośliwego” powyżej.

Przykład 1

1) a) Przerzutowy rak płuca (gruczolakorak) 2C25.0

Gruczolakorak może być pierwotny w płucach. Płuco jest jedyną lokalizacją wymienioną lub sugerowaną w karcie zgonu. Należy zakodować jako pierwotny nowotwór złośliwy płuca w kategorii gruczolakorak oskrzeli lub płuc (2C25.0).

W przypadku, gdy w karcie zgonu wymieniono kilka nowotworów złośliwych, które znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów, a jeden lub więcej z nich jest określonych jako „przerzutowe”, należy zakodować je wszystkie jako wtórne nowotwory złośliwe. Należy również dodać kod nieokreślonego pierwotnego nowotworu złośliwego 2D4Z.

wyjątek: Należy zakodować „nowotwór przerzutowy płuca” jako pierwotny nowotwór złośliwy płuca w kategorii Nowotwory złośliwe oskrzela lub płuca, nieokreślone (2C25.Z), jeśli wszystkie inne nowotwory zgłoszone w karcie zgonu znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów, są opisane jako „przerzutowe” lub nie.

wyjątek: W przypadku „nowotworów „przerzutowych” o określonej histopatologii”, które znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów, patrz podrozdział „Złośliwy nowotwór „przerzutowy” o określonym obrazie histopatologicznym” powyżej.

Nowotwór złośliwy „przerzutowy” nie znajdujący się na liście częstych lokalizacji przerzutów

W przypadku, gdy w karcie zgonu jest wzmianka o pojedynczym nowotworze złośliwym, a nowotwór ten nie znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów, ale jest określony jako „przerzutowy”, należy zakodować go jako pierwotny nowotwór złośliwy pochodzący z tego konkretnego umiejscowienia.

W przypadku, gdy w karcie zgonu wymienia się kilka nowotworów złośliwych, które nie znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów i wszystkie z nich są określone jako „przerzutowe”, to wszystkie nowotwory należy zakodować jako pierwotne.

W przypadku, gdy w karcie zgonu wymieniono kilka nowotworów złośliwych, a żaden z nich nie znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów, a niektóre, ale nie wszystkie, są określone jako „przerzutowe”, to nowotwór nieokreślony jako „przerzutowy” należy zakodować jako pierwotny, a nowotwór określony jako „przerzutowy” jako wtórny.

Patrz Sekcja 2.21.5.2 Nowotwory złośliwe: pierwotne czy wtórne? odnośnie bloków obejmujących pierwotne lub wtórne nowotwory złośliwe.

Nowotwór złośliwy „przerzutowy", niektóre lokalizacje znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów, a niektóre nie

W przypadku, gdy w karcie zgonu wymieniono kilka nowotworów złośliwych, a niektóre, ale nie wszystkie znajdują się na liście częstych lokalizacji przerzutów, natomiast niektóre, ale nie wszystkie, są określone jako „przerzutowe", należy zakodować nowotwór z lokalizacją wymienioną na liście częstych lokalizacji przerzutów jako wtórny (2D50-2E2Z). Należy również zakodować nowotwór nie znajdujący się na liście częstych lokalizacji przerzutów i określony jako „przerzutowy" jako wtórny, a nowotwór spoza listy częstych lokalizacji przerzutów i nie określony jako „przerzutowy" jako pierwotny (patrz Sekcja 2.21.5.2 odnośnie bloków obejmujących pierwotne nowotwory złośliwe).

- wyjątek: Nowotwory należy zakodować jako pierwotne, nawet jeśli są opisane jako „przerzutowe" w przypadku, gdy zgłaszane są jako spowodowane stanem, który zwiększa ryzyko wystąpienia nowotworu złośliwego w tym miejscu lub w tkance, niezależnie od tego, czy miejsce to znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów, czy nie.

Przykład 1

1)	a)	Rak wątroby	2D80.0
	b)	Rak okrężnicy z przerzutami	2B90

Należy zakodować w kategorii Przerzut nowotworu złośliwego do wątroby (2D80.0) i Nowotwory złośliwe okrężnicy, nieokreślone (2B90.Z). Wątroba znajduje się na liście częstych lokalizacji przerzutów, ale okrężnica nie.

Przykład 2

1)	a)	Rak pęcherzyka żółciowego z przerzutami	2C13.Z
	b)	Rak okrężnicy z przerzutami	2B90.Z

Należy zakodować w kategorii Nowotwory złośliwe pęcherzyka żółciowego, nieokreślone (2C13.Z) i Nowotwory złośliwe okrężnicy, nieokreślone (2B90.Z) jako pierwotne. Kolejność wprowadzania nie wpływa na kodowanie.

2.21.6. Następstwa

Następstwo, to przewlekły stan chorobowy wynikający z ostrego stanu chorobowego i rozpoczynający się w trakcie tego ostrego stanu chorobowego. Sam stan ostry już nie występuje.

Klasyfikacja zapewnia pewne kategorie, które należy stosować, gdy stany są zgłaszane jako następstwa, późne skutki lub inne stany określone w tej sekcji (np. 1G80-1G8Y Następstwa chorób zakaźnych). W przypadku, gdy nie podano konkretnej kategorii dla stanu opisanego jako następstwo (np. późne skutki urazów są zakodowane w kategorii rezydualnej rozdziału, która może również obejmować stany ostre), w razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu XT9C Powodujący późne następstwa, aby zidentyfikować, że pierwszy stan został zgłoszony jako przyczyna stanu będącego następstwem (np. następstwa urazu głowy: NA0Z&XT9C Urazy głowy, nieokreślone & Powodujące późne następstwa).

Uwaga: Przy podejmowaniu decyzji, czy dane schorzenie jest następstwem lub późnym skutkiem, należy wziąć pod uwagę podany czas trwania wszystkich późniejszych stanów.

Przykład 1 Czas trwania

1	a) Zachłystowe zapalenie płuc	
	b) Dysfagia	
	c) Udar	1 rok
	d)	

Należy zakodować udar jako późny skutek udaru, ponieważ spowodował stan trwający dłużej niż wymagany czas, aby udar mógł być uznany za późny skutek.

2.21.6.1. Stany uważane za następstwa

Należy rozważyć następujące kategorie występujące rok lub dłużej po wystąpieniu poprzedniego stanu jako późny efekt:

- 1G84 Następstwa wirusowego zapalenia mózgu
- 1G85 Następstwa błonicy
- 1G8Y Następstwa innych określonych chorób zakaźnych
- 5B63 Powikłania krzywicy
- 8B25 Późne następstwa choroby naczyń mózgowych
- Późne następstwa urazów, zatruć lub niektórych innych konsekwencji przyczyn zewnętrznych
- Późne następstwa zewnętrznych przyczyn śmiertelności i zachorowalności

2.21.6.2. Następstwa gruźlicy

Gruźlicę (1B10.0-1B10-1B1Z) należy zakodować jako następstwa gruźlicy (1G80), jeśli stan określono jako taki lub jako zatrzymany, wyleczony, wygojony, nieaktywny, dawny, w okresie remisji lub opisany w podobny sposób, chyba że istnieją dowody na aktywną gruźlicę. Nie obejmuje to przewlekłej gruźlicy, która powinna być zakodowana jako aktywna choroba zakaźna.

2.21.6.3. Następstwa jaglicy

Jaglicę (1C23) należy zakodować jako następstwa jaglicy (1G81), jeśli jaglica została określona jako wygojona lub nieaktywna oraz występują określone następstwa, takie jak ślepota, bliznowaciejące podwinięcie powieki i blizny spojówki, chyba że istnieją dowody na aktywne zakażenie. Nie obejmuje przewlekłej jaglicy, która powinna być zakodowana jako aktywna choroba zakaźna.

2.21.6.4. Następstwa wirusowego zapalenia mózgu, błonicy lub innych określonych chorób zakaźnych

Schorzenie	Aktywne kody	Kod powikłania
Wirusowe zapalenie mózgu	1C80, 1C83 - 1C8D	1G84
Błonica	1C17	1G85
Inne określone choroby zakaźne, z wyłączeniem ostrej gorączki reumatycznej oraz zakażenia HIV	1A00 - 1A9Z,1B21 - 1B2Z, 1B50 - 1C16, 1C18 - 1C22, 1C2Y - 1C2Z, 1C82, 1C8E, 1C8F, 1C8Y, 1G80	1G8Y

Powyższą chorobę zakaźną należy zakodować odpowiednim kodem następstw danego zakażenia, jeśli stan został określony jako taki lub jako zatrzymany, wyleczony, wygojony, nieaktywny, dawny, w okresie remisji. Następstwa obejmują również stany występujące rok lub dłużej po wystąpieniu stanów, które można zaklasyfikować do kategorii chorób zakaźnych, chyba że istnieją dowody potwierdzające aktywną chorobę. Nie obejmuje to przewlekłych chorób zakaźnych, które należy zakodować jako aktywną chorobę zakaźną.

2.21.6.5. Powikłania niedożywienia lub innych określonych niedoborów żywieniowych

Schorzenie	Aktywne kody	Kody powikłań
Niedożywienie białkowo-energetyczne	5B50 - 5B54, 5B71	5B60
Niedobór witaminy A	5B55	5B61
Niedobór witaminy C	5B56	5B62
Krzywica	5B57.0	5B63
Inne określone niedobory żywieniowe	5B57.1 - 5B5K, 5B70, 5B7Y	5B6Y
Nieokreślone niedobory żywieniowe	5B7Z	5B6Z

Powyższe niedożywienie lub niektóre określone niedobory żywieniowe należy zakodować odpowiednim kodem następstw niedożywienia lub określonych niedoborów żywieniowych, jeśli stan został określony jako następstwo lub późny skutek albo jako przyczyna schorzeń występujących rok lub dłużej od początku choroby. Nie obejmuje to przewlekłego niedożywienia lub niedoborów pokarmowych, które powinny być zakodowane jako obecne niedożywienie lub niedobory pokarmowe.

2.21.6.6. Późne następstwa stanów opisanych w Rozdziale 22 i Rozdziale 23

Późne następstwa urazu, zatrucia lub pewnych innych konsekwencji przyczyn zewnętrznych lub późne skutki zewnętrznych przyczyn śmiertelności i zachorowalności obejmują te określone jako takie lub jako następstwa, oraz te, które występują rok lub dłużej po ostrym urazie lub zdarzeniu początkowym. Należy zakodować pierwotny stan aktywny lub przyczynę zewnętrzną i w razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu XT9C, jeżeli jest to konieczne dla klastra, aby zachować informacje, że został zgłoszony jako późny efekt.

2.21.6.7. Powikłania trądu

Trąd (1B20) należy zakodować jako następstwa trądu, jeśli trąd został określony jako następstwo lub późny skutek trądu, albo jeśli zgłoszono stan przewlekły lub stan trwający dłużej niż rok, który wystąpił w następstwie trądu.

2.21.6.8. Powikłania choroby Heinego-Medina

Chorobę Heinego-Medina (1C81) należy zakodować jako następstwa choroby Heinego-Medina (1G83):

- jeżeli choroba Heinego-Medina została określona jako taka, jako przebyta w wywiadzie, dawna lub jeżeli czas od początku choroby wynosi ponad rok,
  lub
- jeżeli zgłoszono stan przewlekły albo stan trwający dłużej niż rok, który wystąpił w następstwie choroby Heinego-Medina

2.21.7. Spójność pomiędzy płcią pacjenta i rozpoznaniem

Większość kategorii ICD-11 dotyczy wszystkich osób bez odniesienia do płci. Jednak niektóre choroby są bardziej prawdopodobne u jednej płci biologicznej. Lista tych stanów znajduje się w 3.14 Załącznik C: Załączniki dotyczące kodowania umieralności, 3.14.11 Lista kategorii ograniczonych do kobiet lub z większym prawdopodobieństwem występowania u kobiet oraz 3.14.12 Lista kategorii ograniczonych do mężczyzn lub z większym prawdopodobieństwem występowania u mężczyzn.

Rozpatrując przypadki niespójności pomiędzy płcią pacjenta a zgłoszonym rozpoznaniem, należy mieć świadomość kwestii związanych z tożsamością płciową. Ustawodawstwo krajowe może regulować uznawanie tożsamości płciowej lub korektę płci (zmianę płci), w tym ochronę prywatności. W przypadku, gdy istnieją szczególne zobowiązania do przestrzegania poufności w sprawach dotyczących korekty płci, należy je uwzględnić w decyzjach dotyczących kodowania i w dalszym rozpowszechnianiu zakodowanych danych.

Poniżej przedstawiono ogólne zalecenie postępowania w sytuacji, gdy istnieje wyraźna niezgodność pomiędzy płcią a zgłoszonym rozpoznaniem. Jest to jednak ogólna wytyczna, która nie zawsze może mieć zastosowanie, ponieważ wymagania prawne różnią się w zależności od kraju.

W przypadku, gdy może wystąpić niespójność pomiędzy płcią zmarłego a zgłoszoną przyczyną zgonu: - należy sprawdzić informacje i upewnić się, że nie wystąpił błąd w raportowaniu. Dalsze informacje można uzyskać od osoby poświadczającej lub urzędników rejestrujących. W przypadku, gdy sprawdzenie wykaże, że płeć lub rozpoznanie stanowi błąd, należy poprawić ten element, który uważa się za błędny.

W przypadku, gdy nie są dostępne dalsze informacje oraz:

- nie można rozstrzygnąć, czy istnieje błąd lub który z dwóch elementów danych (płeć i rozpoznanie) jest nieprawidłowy, należy zachować zarejestrowaną płeć i zakodować w kategorii MH14 Inne niedokładnie określone lub nieznane przyczyny zgonu.

- wydaje się, że dotyczy to przypadku zmiany płci lub podobnej sytuacji, należy zachować zarejestrowaną płeć i zakodować, jeśli to możliwe, kod zastępczy, który jest podobny do zgłoszonego rozpoznania, ale nie jest specyficzny dla żadnej płci. Na przykład nowotwór narządów płciowych specyficznych dla płci może być kodowany w kategorii 2D4Y Inne określone nowotwory złośliwe o niejasno zdefiniowanych lub nieokreślonych umiejscowieniach pierwotnych. W przypadku, gdy nie istnieje odpowiedni kod zastępczy, należy zakodować w kategorii MH14 Inne niedokładnie określone lub nieznane przyczyny zgonu.

*Należy rozważyć dodanie notatki do statystyk, określającej liczbę spraw przekodowanych z powodu widocznych niezgodności pomiędzy płcią a przyczyną, biorąc pod uwagę poufność wymaganą w każdym kraju.

2.21.8. Szczegółowe instrukcje dotyczące innych kategorii ICD

2.21.8.1. Ostre lub przewlekłe reumatyczne choroby serca

Choroby reumatyczne serca są klasyfikowane w kategorii Ostra gorączka reumatyczna z zajęciem serca (1B41) lub do stanów przewlekłych z piątym znakiem kodu „0” w kategorii BB60-BC0Z Choroby zastawek serca, lub BC20 Przewlekłe reumatyczne choroby serca, niesklasyfikowane gdzie indziej, w zależności od tego, czy opisywany proces reumatyczny jest aktywny czy nieaktywny. W przypadku, gdy nie ma stwierdzenia, że proces reumatyczny był aktywny lub nieaktywny w chwili zgonu, należy zakodować następujące choroby serca jako aktywne (1B41 Ostra gorączka reumatyczna z zajęciem serca):

- choroba serca zgłaszana jako spowodowana gorączką reumatyczną, z wyjątkiem zatrzymania akcji serca, ostrej niewydolności serca, bakteryjnego zapalenia wsierdzia;
- choroba serca określona jako reumatyczna i opisana jako ostra lub podostra;
- zapalenie serca, zapalenie wsierdzia, choroba serca, zapalenie mięśnia sercowego lub zapalenie całego serca, opisane jako reumatyczne lub zgłoszone jako spowodowane chorobą reumatyczną, a czas trwania wynosi mniej niż jeden rok;
- zapalenie serca, zapalenie wsierdzia, choroba serca, zapalenie mięśnia sercowego lub zapalenie całego serca, opisane jako reumatyczne lub zgłoszone jako spowodowane chorobą reumatyczną, a osoba zmarła ma mniej niż 15 lat.

2.21.8.2. Śmierć położnicza z nieokreślonej przyczyny, Śmierć położnicza 42 dni - 1 rok po porodzie, Śmierć z powodu następstw przyczyn położniczych

Międzynarodowy wzór karty zgonu (patrz Załącznik do statystyki zgonów 3.14) jest tak skonstruowany, aby umożliwić zgłaszanie przyczyn położniczych, czasu, jaki upłynął od zdarzenia położniczego do zgonu osoby, oraz czy ciąża przyczyniła się do zgonu. Należy wykorzystać wszystkie dostępne informacje zawarte w karcie zgonu.

Jeżeli podane informacje są niejednoznaczne, zaleca się ich weryfikację w miarę możliwości, przy czym środki weryfikacji mogą różnić się w poszczególnych krajach w zależności od odmiennych systemów prawnych lub specyfiki profili umieralności matek.

Dodatkowe informacje mogą być uzyskane z podsumowań klinicznych sporządzonych przez placówki medyczne, raportów z wywiadów słownych dotyczących przyczyn zgonu lub w ramach określonych procedur weryfikacyjnych, które mogą obejmować nie tylko zapytania kierowane do osoby wystawiającej kartę zgonu, ale także stworzenie systemu analizowania poszczególnych przypadków.

Koncepcje związane ze statystycznym zestawianiem danych dotyczących umieralności matek zostały przedstawione w sekcji 2.25.5 Standardy i wymagania dotyczące sprawozdawczości w zakresie umieralności matek.

- Zgon matki
- Późny zgon matki
- Całościowy (kompleksowy) zgon matki
- Zgony położnicze bezpośrednie i pośrednie
- Zgon występujący w okresie ciąży, porodu i połogu
- Wymagania dotyczące rejestracji zgonów matek
- Międzynarodowe raportowanie umieralności matek
- Licznik, mianownik i wskaźniki publikowanej umieralności matek

Poniżej w tabeli zestawiono w skrócie kategorie wyjściowej przyczyny zgonu dla zgonów matek.

	JB00 -JB60, JB63.-, JB64.-, JB6Y, 1C14 **Zgon matki**	JB61.- **Późny zgon matki**	JB62.- **Powikłania stanów położniczych**
Zmarła była w ciąży:	w chwili zgonu oraz w ciągu 42 dni przed zgonem	więcej niż 42 dni, ale mniej niż rok przed zgonem	Rok lub więcej przed zgonem

Na karcie zgonu okres ten jest zazwyczaj zapisywany w jednostkach dni, przy czym 42 dni włącznie zalicza się do zgonu matki, natomiast 43 dni zalicza się do późnego zgonu matki. W matematycznym ujęciu oznacza to, że dokładnie 42 dni włącznie obejmuje zgon matki, natomiast na przykład 42 dni i jedna godzina zaliczane są już do późnego zgonu matki.

Należy również zauważyć, że kategorie JB61.- i JB62.- obejmują zgony spowodowane dowolną przyczyną położniczą. Zgłoszona przyczyna położnicza, w tym przyczyna nieznana (JB60), jest kodowana w powiązaniu (postkoordynowana) z JB61.- lub JB62.- w celu zachowania informacji o przyczynie.

Instrukcje kodowania przewidują wybór wyjściowej przyczyny zgonu i uzupełniające zakodowanie szczegółów w ramach klastra.

Instrukcje kodowania zgonów matek

Przy kodowaniu zgonów matek należy stosować ogólne instrukcje kodowania.

Aby przypisać prawidłowy kod wieloprzyczynowy dla karty zgonu z adnotacją o ciąży, w pierwszej kolejności należy użyć narzędzia kodującego do przypisania konkretnego kodu dla każdego zgłoszonego stanu. Mogą być także przypisane kategorie z Rozdziału 18.

Gdy dany stan sugeruje, że jest to stan położniczy, na przykład poprzez użycie określeń takich jak „położniczy” lub „matczyny”, należy sprawdzić, czy istnieje bezpośrednie dopasowanie zgłoszonej diagnozy. Narzędzie kodujące wspiera proces kodowania, oznaczając ikoną „J” ( ) niektóre stany, dla których istnieje zgodna kategoria dotycząca stanów położniczych

Przykład 1

1)	a)	Obrzęk płuc	CB01
	b)	Niedomykalność zastawki mitralnej ciąża	JB64.4/BB61.Z

Niewydolność zastawki mitralnej, nieokreślona, należy zakodować jako BB61.Z, jednak należy przypisać JB64.4/BB61.Z, ponieważ została opisana jako związana z „ciążą”.

Przykład 2

1)	a)	Obrzęk płuc	CB01
	b)	Niedomykalność zastawki mitralnej	BB61.Z
	c)		
2)	XX ukończonych tygodni ciąży		

Należy zakodować niewydolność zastawki mitralnej jako BB61.Z. Ciąża została wymieniona w części 2 karty zgonu i uznaje się, że przyczyniła się do zgonu. Zastosuj krok M4 i zakoduj wyjściową przyczynę zgonu jako JB64.4 Choroby układu krążenia powikłane ciążą, porodem lub okresem połogu. Dla większej precyzji należy również dodać kod BB61.Z Niewydolność zastawki mitralnej, nieokreślona do klastra (JB64.4/BB61.Z).

Struktura Rozdziału 18 i inne powiązane kategorie

Następujące kategorie stosuje się w przypadku zgonów spowodowanych zdarzeniem położniczym, które wystąpiło w ciągu 42 dni po zakończeniu ciąży:

- JA00-JB4Z, 1C14: Bezpośrednie przyczyny położnicze
- JB63.-, JB64.-: Choroby matki klasyfikowane gdzie indziej, ale powikłane przez ciążę
- JB60 stosuje się w przypadku, gdy kobieta umiera w czasie ciąży, porodu lub połogu, a jedyną dostępną informacją jest określenie „zgon matczyny” lub „zgon położniczy”. Jeśli przyczyna położnicza zgonu jest określona, nie należy stosować JB60, lecz zakodować odpowiednią kategorię.
- JB6Y stosuje się w przypadku innych określonych stanów położniczych, niesklasyfikowanych gdzie indziej

Kategoria JB61.- jest stosowana w przypadku zgonu kobiety z powodu przyczyny położniczej, który nastąpił więcej niż 42 dni, ale mniej niż rok po zakończeniu ciąży.

Kategoria JB62.- jest stosowana w przypadku zgonu kobiety z powodu przyczyny położniczej, który nastąpił rok lub więcej po zakończeniu ciąży.

JB6Z stosuje się wtedy, gdy zarówno stan położniczy jest nieokreślony, jak i czas, który upłynął między zdarzeniem położniczym a zgonem, jest nieznany.

Uwaga: tego kodu nie należy używać jako wyjściowej przyczyny zgonu. (Patrz sekcja 2.19.4 Specjalne instrukcje dotyczące zabiegów chirurgicznych i innych procedur medycznych (krok M4)).

Ustalanie czy ciąża przyczyniła się do zgonu.
Należy uznać, że ciąża przyczyniła się do zgonu, gdy:

- ciąża, połóg lub poród zostały zgłoszone w części 1 lub części 2 karty zgonu, lub
- zostały odnotowane w innym miejscu, a odpowiedź na pytanie „Czy ciąża przyczyniła się do zgonu?" brzmi tak, nieznane lub jest niepodana.

Ustalanie czasu, jaki upłynął
Czas, jaki upłynął między zdarzeniem położniczym a zgonem, określa się na podstawie czasu trwania zgłoszonego dla przyczyny położniczej.
Jeśli czas trwania jest nieznany lub nieokreślony, należy korzystać z informacji w ramce B karty zgonu.
Gdy czas trwania jest nieznany lub niepodany, ale stwierdzono, że ciąża przyczyniła się do zgonu, przyjmuje się, że zgon nastąpił w ciągu 42 dni po zdarzeniu położniczym.

2.21.8.3. Zgony spowodowane przez Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym

Rozdział 19 „Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym" obejmuje stany, które mają swoje źródło w okresie okołoporodowym, mimo że zgon lub chorobowość występują później.

W przypadku zmarłych w wieku poniżej 28 dni należy założyć, że zgłoszony stan rozwinął się w okresie okołoporodowym, chyba że określono czas trwania, a początek nastąpił po pierwszym pełnym tygodniu życia.

Należy użyć kodu z Rozdziału 19, jeśli:

- stan jest zawarty w Rozdziale 19.
- stan jest określony jako wrodzony/okołoporodowy/noworodkowy.
- czas trwania stanu wskazuje, że stan rozwinął się w okresie noworodkowym lub okołoporodowym. Ma to zastosowanie nawet wtedy, gdy w karcie zgonu nie określono stanu jako noworodkowy lub okołoporodowy.

Niektóre choroby pochodzące z okresu okołoporodowego są wyłączone z Rozdziału 19, takie jak:

- Choroby zakaźne jelit (1A00-1A40.Z)
- Kiła wrodzona (1A60)
- Wrodzone zakażenie rzeżączkowe (1A70-1A70-1A7Z)
- Tężec noworodków (1C15)

- Choroba wywołana przez HIV (1C60-1C62.Z)
- Choroby zakaźne (1A00-[1H0Z]), nabyte po urodzeniu
- Nowotwory (2A00-2F9Z)
- Dziedziczna niedokrwistość hemolityczna (3A10)
- Przemijająca hipogammaglobulinemia niemowląt (4A01.03)
- Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych (5A00-5D46)
- Wybrane wrodzone choroby układu nerwowego (8A00-8E7Z)
- Fibroelastoza wsierdzia (BC43.3)
- Niedrożność jelit lub porażenna niedrożność jelit (DA93.0)
- Pęcherzyca noworodków i gronkowcowy zespół oparzonej skóry (EA50)
- Ciemieniucha (EH40.00)
- Pieluszkowe zapalenie skóry (EH40.10)
- Wady rozwojowe (LA00-LD9Z)
- Urazy, zatrucia i niektóre inne konsekwencje przyczyn zewnętrznych (NA00-NF2Z)

W przypadku niektórych stanów zdiagnozowanych w określonym wieku przyjmuje się, że stan był wrodzony. Patrz następna Sekcja „Wady rozwojowe".

Stan płodu i noworodka spowodowany czynnikami matczynymi oraz powikłaniami ciąży, czynności porodowej lub porodu

Stany matki mające wpływ na płód lub noworodka należy zgłaszać w Części 1 lub Części 2 karty zgonu i, o ile to możliwe, należy je zakodować jako KA00-KA0Z Stan płodu i noworodka spowodowany czynnikami matczynymi oraz powikłaniami ciąży, czynności porodowej lub porodu.

Gdy określony stan matki mający wpływ na płód lub noworodka jest początkowo kodowany przez narzędzie kodujące poza Rozdziałem 19, należy zakodować go w kategorii KA00-KA0Z. W razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu, aby zidentyfikować konkretny zgłaszany stan matki.

Stan należy uznać za macierzyński, jeśli jest określony jako taki lub jeśli samo określenie wskazuje, że jest to stan dotyczący matki (np. krwotok położniczy) lub dodatkowe informacje podane w Ramce B: Inne dane medyczne sugerują, że stan dotyczy matki.

Przykład 1

1) a) Wcześniactwo KA21.4Z
   b) Niewydolność szyjki macicy https://icd.who.int/browse11/l-m/en/ KA01.0

Stan matki, niewydolność szyjki macicy, wpłynął na noworodka, powodując wcześniactwo. Kod dostarczony przez narzędzie do kodowania to GA15.6, który znajduje się poza Rozdziałem 19. Należy zakodować w kategorii KA01.0 Stan płodu lub noworodka spowodowany niewydolnością szyjki macicy.

Poniższa tabela zawiera kody dla niektórych chorób matki i odpowiadające im kody dla tych chorób, które mają wpływ na płód lub noworodka. Należy pamiętać, że istnieją stany, które nie zostały wymienione, ale nadal są zakodowane jako KA00-KA0Z. Na przykład nie można przypisać kodu dla chemioterapii matki lub zabiegu operacyjnego u matki, ale nadal można je sklasyfikować odpowiednio do kategorii KA00.9 i KA00.A.

Choroby matki	Należy zakodować do:
JA20-JA2Z Obrzęki, białkomocz lub nadciśnienie tętnicze w okresie ciąży, porodu lub połogu, oprócz JA22	KA00.0 Stan płodu lub noworodka spowodowany nadciśnieniem tętniczym u matki
JA22 Obrzęki w ciąży lub białkomocz bez nadciśnienia tętniczego	KA00.1 Stan płodu lub noworodka spowodowany obrzękami u matki podczas ciąży lub białkomoczem bez nadciśnienia tętniczego
GB40-GC2Z Choroby układu moczowego	KA00.2 Stan płodu lub noworodka spowodowany chorobami nerek lub dróg moczowych matki
Rozdział 01 Choroby zakaźne i pasożytnicze	KA00.3 Stan płodu lub noworodka spowodowany chorobami zakaźnymi matki
DA0C Choroba przyzębia	KA00.4 Stan płodu lub noworodka spowodowany chorobą przyzębia matki
Rozdział 12 Choroby układu oddechowego lub LA70-LA7Z Strukturalne wady rozwojowe układu oddechowego	KA00.5 Stan płodu lub noworodka spowodowany chorobami układu oddechowego matki
5B50-5C3Z Zaburzenia odżywiania	KA00.6 Stan płodu lub noworodka spowodowany zaburzeniami odżywiania matki
Rozdział 22 Urazy, zatrucia i określone skutki działania czynników zewnętrznych	KA00.8 Stan płodu lub noworodka spowodowany urazem matki
JB64.0 Niedokrwistość wikłająca ciążę, poród lub połóg	KA00.B Stan płodu lub noworodka spowodowany niedokrwistością matczyną
GA15.6 Niewydolność szyjki macicy	KA01 Stan płodu lub noworodka spowodowany powikłaniami ciąży u matki
JA01 Ciąża ektopowa	KA01 Stan płodu lub noworodka spowodowany powikłaniami ciąży u matki
JA40-JA4Z Krwotok położniczy	KA01 Stan płodu lub noworodka spowodowany powikłaniami ciąży u matki
JA80 Opieka położnicza w ciąży mnogiej	KA01 Stan płodu lub noworodka spowodowany powikłaniami ciąży u matki
JA87 Opieka położnicza w związku z wielowodziem	KA01 Stan płodu lub noworodka spowodowany powikłaniami ciąży u matki
JA88.0 Małowodzie	KA01 Stan płodu lub noworodka spowodowany powikłaniami ciąży u matki
JA89 Opieka położnicza w związku z przedwczesnym pęknięciem błon płodowych	KA01 Stan płodu lub noworodka spowodowany powikłaniami ciąży u matki
JA8A Opieka położnicza w związku z zaburzeniami łożyska - JA8C Opieka położnicza w związku z przedwczesnym oddzieleniem łożyska	KA02 Stan płodu lub noworodka spowodowany powikłaniami ciąży związanymi z łożyskiem

Choroby matki	Należy zakodować do:
JB08 Czynność porodowa lub poród powikłany nieprawidłowościami pępowinowymi	KA03 Stan płodu lub noworodka spowodowany nieprawidłowościami pępowiny
JA88 Opieka położnicza w związku z pewnymi określonymi zaburzeniami dotyczącymi płynu owodniowego lub błon płodowych, oprócz JA88.0	KA04 Stan płodu lub noworodka spowodowany innymi nieprawidłowościami błon płodowych
JB00-JB0Z Powikłania czynności porodowej lub porodu	KA05 Stan płodu lub noworodka spowodowany powikłaniami czynności porodowej i porodu

2.21.8.4. Specjalne instrukcje dotyczące obumarcia płodu

Niektóre agencje międzynarodowe wymagają danych dotyczących zarówno urodzeń żywych, jak i obumarcia płodów, a inne nie uwzględniają obumarcia płodów w swoich statystykach umieralności. Dlatego też, jeśli obumarcia płodów są uwzględnione w krajowym rejestrze zgonów, muszą być łatwe do zidentyfikowania, tak aby dane obejmowały obumarcie płodów lub ich nie uwzględniały, zgodnie z żądaniem agencji, do której dane zostaną dostarczone.

W przypadku, gdy nie jest jasne, czy karta zgonu dotyczy obumarłego płodu, czy dziecka, które urodziło się żywe, w miarę możliwości należy zwrócić się do osoby poświadczającej. W przypadku, gdy osoba poświadczająca potwierdzi, że był to przypadek obumarcia płodu, lub jeśli inne dowody wskazują na obumarcie płodu, oznacza w statystykach umieralności ten zgon jako obumarcie płodu. W przypadku, gdy nie podano przyczyny zgonu, należy zakodować w kategorii KD3B.Z Nieokreślony czas obumarcia płodu, przyczyna nieokreślona.

W przypadku, gdy osoba poświadczająca stwierdzi, że dziecko urodziło się żywe, ale nie zgłosi przyczyny zgonu, należy zakodować w kategorii KD5Z Stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym lub noworodkowym, nieokreślone.

Patrz 2.25.4.2, aby zapoznać się z definicjami narodzin żywych i obumarcia płodu.

2.21.8.5. Wady rozwojowe

Choroby sklasyfikowane jako wady rozwojowe należy zakodować jako wrodzone, jeśli czas trwania choroby wskazuje, że istniała od urodzenia, nawet jeśli choroba ta nie jest określona jako wrodzona w karcie zgonu. Dotyczy to wszystkich stanów, dla których dostępny jest określony kod zaburzenia wrodzonego, niezależnie od tego, czy kod znajduje się w Rozdziale 20. Aby uzyskać odpowiedni kod dla stanu z modyfikatorem „wrodzony”, należy skorzystać z narzędzia do kodowania.

Co więcej, następujące stany powinny być kodowane jako wrodzone w podanym wieku, pod warunkiem, że nic nie wskazuje na to, że zostały nabyte po urodzeniu:

wiek poniżej 1 roku

- tętniak
- zwężenie aorty
- atrezja

- zanik mózgu
- torbiel mózgu
- zniekształcenie
- przemieszczenie narządu
- ektopia
- niedorozwój narządu
- wady rozwojowe
- zwężenie zastawki pnia płucnego
- choroba zastawkowa serca

wiek poniżej 4 tygodni

- choroba serca BNO
- wodogłowie BNO

2.21.8.6. Liczne urazy tej samej okolicy ciała i Urazy obejmujące liczne okolice ciała

W kodowaniu wielu przyczyn nie należy używać kodów dla licznych urazów tej samej okolicy ciała Liczne urazy określonych okolic ciała (NA00-ND1Z) lub kodów ND30-ND37 Urazy obejmujące liczne okolice ciała*, jeśli dostępne są szczegółowe informacje na temat zaistniałych urazów. Należy zakodować każdy uraz osobno i korzystać z jak najbardziej konkretnych kodów urazów. Informacje o wielu urazach uzyskuje się jako ciąg kodów wielu przyczyn jako zestaw określonych kodów urazów.

2.21.8.7. Powikłania opieki chirurgicznej i medycznej

W Rozdziale 22 istnieje krótka lista konkretnych powikłań niesklasyfikowanych, gdzie indziej (NE8Z). Tutaj kodowane są wczesne powikłania i stany wynikające z urządzeń, implantów lub przeszczepów. Późne powikłania i długotrwałe powikłania czynności narządów należy zakodować do sekcji pozabiegowej w odpowiednim rozdziale dotyczącym układu.

2.21.8.8. Intencja przyczyn zewnętrznych

Nieokreślony zamiar

Blok dotyczący nieokreślonego zamiaru (intencji) (PF40-PH8Z) obejmuje zdarzenia, w przypadku których dostępne informacje są niewystarczające, aby umożliwić organowi samorządu medycznego lub organowi prawnemu rozróżnienie pomiędzy przyczynami niezamierzonymi, umyślnym samouszkodzeniem lub napaścią „Zewnętrzne przyczyny urazów według intencji i mechanizmu”). Uwzględniono następujące przypadki:

- gdy zgłoszono przyczynę zewnętrzną, lecz nie można ustalić intencji albo została ona określona jako nieznana;

- gdy zgłoszono samouszkodzenie bez określenia intencji.

Należy pamiętać, że zatrucia z własnej winy zgłoszone bez określenia zamiaru są uważane za niezamierzone i są kodowane jako PB20-PB36 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania substancji.

Należy pamiętać, że na zgłaszanie zamiaru mogą mieć wpływ przepisy prawne w każdym kraju lub regionie - przypisanie kodów powinno być zgodne z takimi przepisami w stosownych przypadkach.

Intencja nieudokumentowana lub określona jako nieznana

Znajomość intencji jest niezbędna do kodowania przyczyn zewnętrznych (rozdział 23). Zwykle można ją ustalić na podstawie odnotowanej intencji (czasami określanej jako sposób zgonu), jeżeli nie wynika ona jednoznacznie z opisu zgłoszonej przyczyny zewnętrznej lub gdy zgłoszono uraz (rozdział 22) bez wskazania przyczyny zewnętrznej. Należy pamiętać, że określenie „nieustalona", jeżeli zostało wyraźnie podane, stanowi dopuszczalne określenie intencji dla tego celu (zob. powyżej).

Jednak w niektórych krajach intencja może nie być podawana na karcie zgonu. Jeżeli krajowe zasady na to pozwalają, podczas kodowania przyczyn zewnętrznych można uwzględnić dodatkowe informacje, takie jak raport policji lub koronera.

Jeżeli brak jest jakichkolwiek informacji o intencji, należy ją wywnioskować na podstawie głównego urazu zgodnie z następującymi zasadami:

- każde wzmiankowanie postrzału, strzelania, użycia jakiegokolwiek rodzaju broni palnej, rany kłutej, rany zadanej ostrym narzędziem, powieszenia lub zadzierzgnięcia - intencja nieustalona;
- każdy uraz lub szkoda powstałe w następstwie opieki chirurgicznej lub medycznej - intencja niezamierzona;
- każdy inny uraz lub zatrucie - intencja niezamierzona.

W przypadku wszystkich zgonów niezwiązanych z urazem domyślnie przyjmuje się, że nastąpiły one z przyczyn naturalnych.

Domyślny kod przyczyny zewnętrznej dla urazu w przypadku braku dodatkowych informacji

Ponieważ stanu z rozdziału 22 (Urazy, zatrucia lub określone inne następstwa działania czynników zewnętrznych) nie można stosować jako wyjściowej przyczyny zgonu, należy zapewnić, aby został uwzględniony kod z rozdziału 23 (Zewnętrzne przyczyny chorobowości i umieralności), wpisany w Części 1 albo Części 2 karty zgonu.

Jeżeli jednak odnotowano uraz, lecz nie podano żadnej przyczyny zewnętrznej ani nie są dostępne inne źródła informacji zgodnie z krajową praktyką, przyczynę zewnętrzną należy zakodować z wykorzystaniem domyślnych kodów przedstawionych w poniższej tabeli.

Przy stosowaniu kodu domyślnego należy uwzględnić sposób zgonu (czasami określany jako intencja), aby zastosować właściwy kod domyślny.

Uwaga: Poniższa tabela zawiera domyślne kody, które należy stosować wyłącznie wtedy, gdy dostępne informacje są niewystarczające do wyboru bardziej szczegółowego kodu z Rozdziału 23, z uwzględnieniem treści karty zgonu (MCCD) oraz wszelkich innych (dodatkowych) źródeł informacji dostępnych zgodnie z krajową praktyką.

Domyślne kody przedstawione w tabeli mogą być zmieniane w zależności od uwarunkowań krajowych. Zmiany takie powinny opierać się na danych statystycznych lub epidemiologicznych wskazujących najbardziej prawdopodobną przyczynę zewnętrzną.

Rodzaj urazu	Niezamierzona	Napaść	Zamierzone samouszkodzenie	Nieustalony zamiar
Rozdział 22 Urazy, zatrucia i określone skutki działania czynników zewnętrznych	PB6Z Nieokreślona, niezamierzona przyczyna zachorowalności lub śmiertelności	PF2Z Napaść, nieokreślona	PD3Z Zamierzone samouszkodzenie, nieokreślone	PH8Y Inne określone zdarzenie urazu o nieustalonym zamiarze
Otwarte rany kąsane	PA7Z Niezamierzony kontakt z człowiekiem, zwierzęciem lub rośliną, typ nieokreślony	PE1Z Napaść przez kontakt z człowiekiem, zwierzęciem lub rośliną, typ nieokreślony	PC4Z Zamierzone samouszkodzenie poprzez kontakt z człowiekiem, zwierzęciem lub rośliną, typ nieokreślony	PG6Z Nieokreślony rodzaj kontaktu z człowiekiem, zwierzęciem lub rośliną o nieustalonym zamiarze
Uraz typu „smagnięcie biczem” (whiplash)	PA5Z Niezamierzone zdarzenie transportowe powodujące uraz, nieokreślone	PD9Z Napaść z wykorzystaniem zdarzenia transportowego powodującego uraz, nieokreślona	PC2Z Zamierzone samouszkodzenie z wykorzystaniem zdarzenia transportowego powodującego uraz, nieokreślone	PG4Z Nieokreślone zdarzenie transportowe powodujące uraz o nieustalonym zamiarze
Urazy spowodowane wybuchem	PB55.Z Niezamierzone narażenie na wybuch, nieokreślone	PF15 Napaść przez narażenie na wybuch	PD25 Zamierzone samouszkodzenie przez wybuch lub rozerwanie materiałów albo przedmiotów pod ciśnieniem	PH75.Z Narażenie na wybuch o nieustalonym zamiarze, nieokreślone

Rodzaj urazu	Niezamierzona	Napaść	Zamierzone samouszkodzenie	Nieustalony zamiar
Ugryzienia przez zwierzęta niejadowite	PA75 Niezamierzone ugryzienie przez zwierzę	PE15 Napaść poprzez ugryzienie przez zwierzę	PC44 Zamierzone samouszkodzenie poprzez ugryzienie przez zwierzę	PG65 Ugryzienie przez zwierzę o nieustalonym zamiarze
Drzazga	PA83.2 Niezamierzone przecięcie lub przekłucie przez inny albo nieokreślony ostry przedmiot	PE4Z Napaść z użyciem nieokreślonego przedmiotu, niesklasyfikowana gdzie indziej	PC53.Z Zamierzone samouszkodzenie przez przecięcie lub przekłucie nieokreślonym ostrym przedmiotem	PH0Z Narażenie na nieokreślony przedmiot, niesklasyfikowane gdzie indziej, o nieustalonym zamiarze
Ciało obce	PB50 Niezamierzone narażenie na ciało obce w naturalnym otworze ciała	PF10 Napaść przez wprowadzenie ciała obcego do naturalnego otworu ciała lub oka	PD20 Zamierzone samouszkodzenie przez wprowadzenie ciała obcego do naturalnego otworu ciała	PH70 Narażenie na ciało obce w naturalnym otworze ciała lub oku o nieustalonym zamiarze
Oparzenia, z wyjątkiem ostrego uszkodzenia skóry wskutek kontaktu z substancją żrącą	PB1Z Niezamierzone narażenie na nieokreślony czynnik termiczny	PE7Z Napaść przez narażenie na nieokreślony czynnik termiczny	PC8Z Zamierzone samouszkodzenie przez narażenie na nieokreślony czynnik termiczny	PH3Z Narażenie na nieokreślony czynnik termiczny o nieustalonym zamiarze
Ostre uszkodzenie skóry wskutek kontaktu z substancją żrącą	PB34 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania substancji żrących	PE94 Napaść przez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania substancji żrących	PD04 Zamierzone samouszkodzenie przez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania substancji żrących	PH54 Narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania substancji żrących o nieustalonym zamiarze
Odmrożenie	PB16 Niezamierzone narażenie na nadmierne zimno	PE76 Napaść przez narażenie na nadmierne zimno	PC86 Zamierzone samouszkodzenie przez narażenie na nadmierne zimno	PH36 Narażenie na nadmierne zimno o nieustalonym zamiarze
Toksyczne działanie leków	PB28 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania innych lub nieokreślonych leków, produktów	PE8Z Napaść przez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania leków, produktów leczniczych lub	PC98 Zamierzone samouszkodzenie przez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania innych lub nieokreślonych leków, produktów	PH48 Narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania innych lub nieokreślonych leków, produktów leczniczych lub substancji

Rodzaj urazu	Niezamierzona	Napaść	Zamierzone samouszkodzenie	Nieustalony zamiar
	leczniczych lub substancji biologicznych	substancji biologicznych, nieokreślonych	leczniczych lub substancji biologicznych	biologicznych o nieustalonym zamiarze
Toksyczne działanie innych substancji	PB36 Niezamierzone narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania innych lub nieokreślonych substancji, głównie nieleczniczych	PE95 Napaść przez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania innych lub nieokreślonych substancji, głównie nieleczniczych	PD05 Zamierzone samouszkodzenie przez narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania innych lub nieokreślonych substancji, głównie nieleczniczych	PH56 Narażenie na działanie lub szkodliwe skutki działania innych lub nieokreślonych substancji, głównie nieleczniczych, o nieustalonym zamiarze
Uraz lub szkoda związane z infuzją, transfuzją lub wstrzyknięciem	PK81.7 Wstrzyknięcie lub infuzja wykonane w celach terapeutycznych lub diagnostycznych związane z urazem lub szkodą podczas stosowania terapeutycznego	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
Wybrane urazy lub szkody związane z zabiegami medycznymi i chirurgicznymi	PK8Z Zabiegi chirurgiczne lub inne procedury medyczne związane z urazem lub szkodą podczas stosowania diagnostycznego lub terapeutycznego, nieokreślone	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
Uraz lub szkoda związane z rozrusznikiem serca lub innym urządzeniem kardiologicznym	PK91.1 Urządzenia sercowo-naczyniowe związane z urazem lub szkodą - urządzenia terapeutyczne, niechirurgiczne lub rehabilitacyjne	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
Toksyczne działanie leków związane z opieką medyczną lub chirurgiczną	PL0Z Substancje związane z urazem lub szkodą podczas stosowania	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy

Rodzaj urazu	Niezamierzona	Napaść	Zamierzone samouszkodzenie	Nieustalony zamiar
	terapeutycznego, nieokreślone			
Skutki działania promieniowania	PB53 Niezamierzone narażenie na promieniowanie	PF13 Napaść przez narażenie na promieniowanie	PD23 Zamierzone samouszkodzenie przez narażenie na promieniowanie	PH73 Narażenie na promieniowanie o nieustalonym zamiarze
Skutki działania wysokiej temperatury	PB15 Niezamierzone narażenie na nadmierne ciepło	PE75 Napaść przez narażenie na nadmierne ciepło	PC85 Zamierzone samouszkodzenie przez narażenie na nadmierne ciepło	PH35 Narażenie na nadmierne ciepło o nieustalonym zamiarze
Hipotermia i wychłodzenie	PB16 Niezamierzone narażenie na nadmierne zimno	PE76 Napaść przez narażenie na nadmierne zimno	PC86 Zamierzone samouszkodzenie przez narażenie na nadmierne zimno	PH36 Narażenie na nadmierne zimno o nieustalonym zamiarze
Uduszenie	PB0Z Niezamierzone zagrożenie oddychania w sposób nieokreślony	PE6Z Napaść przez zagrożenie oddychania, nieokreślone	PC7Z Zamierzone samouszkodzenie przez zagrożenie oddychania, nieokreślone	PH2Z Zagrożenie oddychania o nieustalonym zamiarze, nieokreślone
Nadmierny wysiłek fizyczny	PB56 Niezamierzone narażenie na nadmierny wysiłek fizyczny	PF16 Napaść przez nadmierny wysiłek fizyczny	PD26 Zamierzone samouszkodzenie przez nadmierny wysiłek fizyczny	PH76 Nadmierny wysiłek fizyczny o nieustalonym zamiarze
Głód	PB57 Niezamierzony brak pożywienia	PF17 Napaść przez pozbawienie pożywienia	PD27 Zamierzone samouszkodzenie przez pozbawienie pożywienia	PH77 Brak pożywienia o nieustalonym zamiarze
Pragnienie	PB58 Niezamierzony brak wody	PF18 Napaść przez pozbawienie wody	PD28 Zamierzone samouszkodzenie przez pozbawienie wody	PH78 Brak wody o nieustalonym zamiarze
Wyczerpanie	PB59 Niezamierzone inne określone pozbawienie podstawowych potrzeb	PF19 Napaść przez inne określone pozbawienie podstawowych potrzeb	PD29 Zamierzone samouszkodzenie przez inne określone pozbawienie podstawowych potrzeb	PH79 Inne określone pozbawienie podstawowych potrzeb o nieustalonym zamiarze
Inne określone pozbawienie podstawowych potrzeb	PB59 Niezamierzone inne określone pozbawienie podstawowych potrzeb	PF19 Napaść przez inne określone pozbawienie podstawowych potrzeb	PD29 Zamierzone samouszkodzenie przez inne określone pozbawienie podstawowych potrzeb	PH79 Inne określone pozbawienie podstawowych potrzeb o nieustalonym zamiarze
Porażenie piorunem	PJ00 Ofiara porażenia piorunem	PF2Y Inna określona napaść	PD3Y Inne określone zamierzone samouszkodzenie	PH8Y Inne określone zdarzenie

Rodzaj urazu	Niezamierzona	Napaść	Zamierzone samouszkodzenie	Nieustalony zamiar
				urazu o nieustalonym zamiarze
Utonięcie	PA9Z Niezamierzone zanurzenie, podtopienie lub wpadnięcie do wody, nieokreślone	PE5Z Napaść przez zanurzenie, podtopienie lub wpadnięcie do wody, nieokreślona	PC6Z Zamierzone samouszkodzenie przez zanurzenie, podtopienie lub wpadnięcie do wody, nieokreślone	PH1Z Zanurzenie, podtopienie lub wpadnięcie do wody o nieustalonym zamiarze, nieokreślone
Drgania (wibracje)	PB6Y Inna określona niezamierzona przyczyna zachorowalności lub umieralności	PF2Y Inna określona napaść	PD3Y Inne określone zamierzone samouszkodzenie	PH8Y Inne określone zdarzenie urazu o nieustalonym zamiarze
Choroba lokomocyjna	PB6Y Inna określona niezamierzona przyczyna zachorowalności lub umieralności	PF2Y Inna określona napaść	PD3Y Inne określone zamierzone samouszkodzenie	PH8Y Inne określone zdarzenie urazu o nieustalonym zamiarze
Porażenie prądem elektrycznym	PB51 Niezamierzone narażenie na działanie prądu elektrycznego	PF11 Napaść przez narażenie na działanie prądu elektrycznego	PD21 Zamierzone samouszkodzenie przez narażenie na działanie prądu elektrycznego	PH71 Narażenie na działanie prądu elektrycznego o nieustalonym zamiarze

Jeżeli jako wstępnie wyjściową przyczynę zgonu (TUC) wybrano kod urazu, a w karcie zgonu (MCCD) nie podano przyczyny zewnętrznej, lecz wskazano okoliczności zgonu jako wojnę lub interwencję prawną, należy zastosować następujące instrukcje względem wstępnej wyjściowej przyczyny zgonu (TUC).

Jeżeli wstępnie wybraną wyjściową przyczyną zgonu (TUC) jest:	Zakoduj jako:
Rozdział 22. Urazy, zatrucia lub określone inne następstwa działania przyczyn zewnętrznych	PK6Z Nieokreślony konflikt zbrojny - jeżeli w karcie zgonu (MCCD) jako sposób zgonu wskazano wojnę.
Rozdział 22. Urazy, zatrucia lub określone inne następstwa działania przyczyn zewnętrznych	PJ4Z Interwencja prawna z użyciem nieokreślonych środków - jeżeli w karcie zgonu (MCCD) jako sposób zgonu wskazano interwencję prawną.

2.21.8.9. Kodowanie zdarzeń związanych z wypadkami komunikacyjnymi

Patrz Sekcja 2.23.19 , w którym przedstawiono opis standardu oraz instrukcje kodowania zdarzeń związanych z wypadkami komunikacyjnymi.

1. Zdarzenia urazowe w transporcie lądowym mogą być określone jako „wypadki drogowe” albo „poza drogą / niedrogowe”.
   Należy je traktować jako wypadki drogowe, chyba że spełniony jest jeden z poniższych

warunków, w którym to przypadku należy je uznać za zdarzenie urazowe poza drogą / niedrogowe:

a) Miejsce zdarzenia zostało wyraźnie wskazane jako poza drogą lub niedrogowe

b) Wskazano miejsce inne niż ulica publiczna lub droga publiczna

c) W zdarzeniu brały udział wyłącznie piesi lub zwierzęta

Pojazdy specjalne (zob. sekcja 2.23.19.1, kategorie u, v, w i x) stanowią wyjątek od tej zasady. Jeśli miejsce zdarzenia (na drodze czy poza drogą) nie jest znane i nie wiadomo, czy dany typ pojazdu specjalnego w Twoim kraju lub kontekście zazwyczaj porusza się po drogach publicznych czy poza drogami, należy zakodować do kategorii „Niezamierzony uraz w transporcie lądowym o nieznanym statusie drogowym lub niedrogowym".

2. W przypadku zgłoszenia nieumyślnego urazu związanego z więcej niż jednym rodzajem transportu, należy zastosować następującą kolejność pierwszeństwa:

   - samolot i statek kosmiczny
   - jednostka pływająca
   - inny środek transportu

3. Gdy opis zdarzenia szkody w transporcie lądowym nie określa roli osoby poszkodowanej:

   - Należy uznać osobę poszkodowaną za pieszego, jeśli osoba poszkodowana jest opisana jako zmiażdżona, wleczona, uderzona, ranna, zabita, przewrócona lub przejechana przez jakikolwiek pojazd.
   - Jeśli nie, należy potraktować osobę poszkodowaną jako pasażera lub kierowcę wspomnianego pojazdu.

4. Jeżeli wymieniono więcej niż jeden pojazd, nie należy zakładać, który pojazd był zajęty przez osobę poszkodowaną, chyba że są to pojazdy tego samego typu. Zamiast tego należy zakodować odpowiednie kategorie, biorąc pod uwagę kolejność podaną w uwadze 2 powyżej.

2.21.8.10. Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z systemem opieki zdrowotnej

Tego rozdziału nie należy używać do porównań międzynarodowych ani do kodowania pierwotnej umieralności (tj. jako wyjściowej przyczyny zgonu). Kody w rozdziale można dodawać jako kody wielu przyczyn.

2.21.8.11. Czynniki zakaźne zgłoszone osobno w karcie zgonu

W przypadku, gdy czynnik zakaźny jest zgłoszony jako jedyny w karcie zgonu i jeśli nie znaleziono terminu indeksowego dotyczącego zakażenia czynnikiem zakaźnym, należy odnieść się do Rozdziału X i zakodować zakażenie w nieokreślonym miejscu najbardziej szczegółowego kodu nadrzędnego czynnika zakaźnego.

Przykład 1

1) a) Adenowirus 1D90

Adenowirus to czynnik zakaźny zaklasyfikowany do kategorii XN000. Należy zakodować do 1D90 Zakażenie adenowirusowe o nieokreślonym umiejscowieniu.

Przykład 2

1) a) Gronkowiec złocisty [Staphylococcus aureus] 1C41&XN6BM

Staphylococcus aureus jest czynnikiem zakaźnym zaliczanym do kategorii XN6BM. Nie istnieje Termin Indeksowy dla zakażenia gronkowcem złocistym. Należy zakodować zakażenie za pomocą najbardziej szczegółowego kodu nadrzędnego dla gronkowca, 1C41 Zakażenie bakteryjne o nieokreślonym umiejscowieniu i dodać XN6BM w celu zidentyfikowania określonego zgłoszonego czynnika zakaźnego.

Przykład 3

1) a) Escherichia Coli 1C41&XN6P4

Escherichia Coli jest czynnikiem zakaźnym zaliczanym do kategorii XN6P4. Nie istnieje Termin Indeksowy dla zakażenia bakterią 'Escherichia Coli', ani dla jego kodu nadrzędnego XN4WC Escherichia i XN5PZ Bakteria Gram ujemna. Należy zakodować zakażenie za pomocą najbardziej szczegółowego kodu nadrzędnego dla bakterii w kategorii 1C41 Zakażenie bakteryjne o nieokreślonym umiejscowieniu i dodać XN6P4 w celu zidentyfikowania określonego zgłoszonego czynnika zakaźnego.

2.21.8.12. Kodowanie nagłych zgonów o niewyjaśnionej przyczynie

2.21.8.13. Specjalne instrukcje dotyczące otępienia spowodowanego chorobą Alzheimera o wczesnym lub późnym początku

Jeżeli wczesny początek lub późny początek został wyraźnie wskazany, należy odpowiednio przypisać właściwy kod ICD-11.

Jeżeli typ początku nie został wyraźnie wskazany, należy określić odpowiednią kategorię na podstawie wieku w chwili zgonu oraz czasu trwania choroby:

- Jeżeli wiek lub obliczony wiek wystąpienia choroby wynosi mniej niż 65 lat, należy zakodować jako wczesny początek (6D80.0).
- Jeżeli obliczony wiek wystąpienia choroby wynosi 65 lat lub więcej, należy zakodować jako późny początek (6D80.1).

Jeżeli wiek w chwili zgonu wynosi 65 lat lub więcej, a czas trwania choroby jest nieznany lub nie został podany, nie należy zakładać wieku wystąpienia choroby i należy zakodować zgodnie z podanym rozpoznaniem jako 6D80.Z.

Przykład

1) a) Otępienie w chorobie Alzheimera 6D80.0 — (10 lat)

Wiek w chwili zgonu wynosił 71 lat, a czas trwania choroby 10 lat (przedział czasu od wystąpienia choroby do zgonu). Ponieważ wiek wystąpienia otępienia w chorobie Alzheimera wynosił 61 lat, czyli

mniej niż 65 lat, należy zakodować jako 6D80.0 Otępienie spowodowane chorobą Alzheimera o wczesnym początku.

2.21.8.14. Złamanie patologiczne

Złamanie należy uznać za patologiczne, jeżeli:

	jest zgłoszone obok lub jako przyczyna:	należy zakodować do:
torbiel kości (FB80.6, FB80.Y)	złamanie	FB80.B
nadczynność przytarczyc 5A51		
zakażenie (*1A60 Wrodzona kiła*, 1A62.01, 1A62.21, 1A62.22, 1A62, 1B12.40, 1C1D.2)		
wrodzona łamliwość kości (LD24.K0)		
osteoliza (FB86.2)		
zapalenie kości i szpiku (FB84.Z)		
osteoporoza (FB83.1)		
nowotwory (Rozdział 02)		

2.21.8.15. Stany, które mogą mieć pochodzenie urazowe lub nieurazowe

Istnieją stany, które mogą mieć pochodzenie urazowe lub nieurazowe (zob. przykłady w tabeli 1). Niniejsza sekcja zawiera wskazówki dotyczące przypisywania kodu takim stanom.

Po pierwsze, jeżeli taki stan został określony jako „urazowy" lub „nieurazowy", należy przypisać odpowiednio kategorię urazową lub nieurazową w klasyfikacji, niezależnie od innych informacji podanych w karcie zgonu, w tym wskazanych okoliczności zgonu.

Jeżeli stan nie został określony ani jako „urazowy", ani jako „nieurazowy", należy najpierw przypisać mu kod zgodnie z Indeksem. Następnie należy wykorzystać inne informacje zawarte w karcie zgonu w celu ustalenia jego pochodzenia. Te dodatkowe informacje mają zwykle postać opisu tekstowego podanego jako: a) inne stany zgłoszone w sekwencji prowadzącej do danego stanu; b) przyczyna zewnętrzna podana w Części 1, Części 2 lub w Ramce B jako opis sposobu, w jaki doszło do zdarzenia będącego przyczyną zewnętrzną; lub c) wybrane okoliczności zgonu (zob. tabela 2).

Należy postępować zgodnie z poniższymi instrukcjami w celu ustalenia, kiedy dany stan należy zakodować do kategorii urazowej lub nieurazowej, chyba że w Przewodniku referencyjnym wskazano inaczej (np. 2.21.8.14 Złamanie patologiczne).

Tabela 1: Przykłady stanów, które mogą mieć pochodzenie urazowe lub nieurazowe

Terminy indeksowane do kategorii urazowych	Indeksowane do:	Możliwe przeciwne pochodzenie:
Krwiak podtwardówkowy	NA07.6Z Pourazowy krwotok podtwardówkowy, nieokreślony jako ostry lub przewlekły	8B02 Nieurazowy krwotok podtwardówkowy
Krwotok podtwardówkowy	NA07.6Z Pourazowy krwotok podtwardówkowy, nieokreślony jako ostry lub przewlekły	8B02 Nieurazowy krwotok podtwardówkowy

Terminy indeksowane do kategorii urazowych	Indeksowane do:	Możliwe przeciwne pochodzenie:
Rozerwanie serca	NB31.11 Rozerwanie serca bez krwi w worku osierdziowym	BC4Y Inne określone choroby mięśnia sercowego lub jam serca
Hipotermia	NF02 Hipotermia	MG28 Hipotermia niezwiązana z niską temperaturą otoczenia
Uduszenie	NF05Uduszenie	MD11.1 Asfiksja

Terminy indeksowane do kategorii nieurazowych	Indeksowane do:	Możliwe przeciwne pochodzenie:
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	1D01.Z Zakaźne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, nieokreślone	NF0A.Y Inne wczesne powikłanie urazu, niesklasyfikowane gdzie indziej
Krwotok mózgowy	8B00.Z Krwotok śródmózgowy, umiejscowienie nieokreślone	NA07.1Urazowy krwotok śródmózgowy
Rozedma	CA21.Z Rozedma, nieokreślona	NF0A.7 Urazowa rozedma podskórna, niesklasyfikowana gdzie indziej
Odma opłucnowa	CB21.Z Odma opłucnowa, nieokreślona	NB32.0 Urazowa odma opłucnowa
Asfiksja	MD11.1 Asfiksja	NB32.0 Urazowa odma opłucnowa
Wstrząs hipowolemiczny	MG40.1 Wstrząs hipowolemiczny	NF0A.4 Wstrząs urazowy, niesklasyfikowany gdzie indziej

Należy zauważyć, że sposób indeksowania może zależeć od tłumaczenia (np. uduszenie/asfiksja).

Tabela 2: Wykaz okoliczności zgonu i odpowiadającego im pochodzenia

Okoliczności zgonu	Wskazane pochodzenie
Choroba	Nieurazowe
Wypadek	Urazowe
Zamierzone samouszkodzenie	Urazowe
Napaść	Urazowe
Interwencja prawna	Urazowe
Wojna	Urazowe
Nie można było ustalić	Urazowe*
W trakcie ustalania	Nie wskazuje pochodzenia
Nieznane (nie wybrano)	Nie wskazuje pochodzenia

Uwaga*: Chociaż „nieustalona intencja” w rozdziale 23 jest rozumiana jako wskazująca na pochodzenie urazowe (zob. 2.21.8.8 Intencja przyczyn zewnętrznych), interpretacja okoliczności zgonu określonych jako „nie można było ustalić” może się różnić w zależności od praktyki krajowej, którą należy wziąć pod uwagę. Na przykład w niektórych krajach takie określenie może nie wskazywać na żadne konkretne pochodzenie.

1. Gdy stan jest zgłoszony jako spowodowany stanem nieurazowym (kodowanym do rozdziałów innych niż rozdział 22 lub 23)

Należy uznać dany stan za nieurazowy, niezależnie od zgłoszonych okoliczności zgonu, i przypisać kod nieurazowy.

Przykład 1

1) a) Rozerwanie serca {[NB31.11]} BC4Y
   b) Zwał mięśnia sercowego BA41.Z

Okoliczności zgonu: Choroba

Rozerwanie serca jest indeksowane do NB31.11, co wskazuje na pochodzenie urazowe. Zgłoszono również inny stan - „zawał mięśnia sercowego", indeksowany do kategorii nieurazowej - jako przyczynę rozerwania serca. Należy uznać ten stan za nieurazowy i zakodować jako BC4Y.

2. Gdy stan jest zgłoszony jako spowodowany stanem urazowym (kodowanym do rozdziału 22 lub 23)

Należy uznać dany stan za urazowy, niezależnie od zgłoszonych okoliczności zgonu, i przypisać kod urazowy.

Przykład 2

1) a) Krwiak podtwardówkowy NA07.6Z
   b) Upadek podczas chodzenia PA6Z

Okoliczności zgonu: Choroba

Krwiak podtwardówkowy jest indeksowany do *NA07.6Z* Pourazowy krwotok podtwardówkowy, nieokreślony jako ostry lub przewlekły, co wskazuje na pochodzenie urazowe. „Upadek podczas chodzenia", zgłoszony jako przyczyna krwiaka podtwardówkowego, wskazuje, że miał on pochodzenie urazowe. Należy zachować kod NA07.6Z zgodnie z Indeksem, mimo że jako okoliczności zgonu wybrano „Choroba".

3. Gdy żaden stan nie został zgłoszony jako jego przyczyna (wskazany jako taki lub podany w sekwencji) oraz:

3a) Jeżeli przyczyna zewnętrzna została podana w Części 1 lub Części 2 albo w Ramce B opisano, w jaki sposób doszło do zdarzenia będącego przyczyną zewnętrzną:

należy uznać dany stan za urazowy, niezależnie od zgłoszonych okoliczności zgonu i przypisać kod urazowy. Uwaga: Nie należy stosować tej instrukcji, jeżeli istnieją inne informacje wskazujące, że dany stan nie jest związany z podaną przyczyną zewnętrzną. Na przykład czas trwania danego stanu oraz data urazu mogą wskazywać, że były to odrębne zdarzenia.

Przykład 3

1) a) Ostra niewydolność serca BD1Z &XT5R
   b) Krwiak podtwardówkowy NA07.6Z
2) Upadek podczas chodzenia, otępienie PA6Z, [6D8Z]

Okoliczności zgonu: Choroba

Krwiak podtwardówkowy jest indeksowany do NA07.6Z, co wskazuje na pochodzenie urazowe. W sekwencji nie zgłoszono żadnej przyczyny, która wskazywałaby na jego pochodzenie, jednak w Części 2 zgłoszono przyczynę zewnętrzną. Należy uznać krwiak podtwardówkowy za urazowy i zachować kod zgodnie z Indeksem, mimo że jako okoliczności zgonu wybrano „Choroba".

3b) Jeżeli powyższe nie ma zastosowania, a stan został zgłoszony w Części 2:

należy zachować kod zgodnie z Indeksem, niezależnie od zgłoszonych okoliczności zgonu.

Przykład 4

1) a) Zapalenie płuc CA40.Z
2) Krwiak podtwardówkowy NA07.6Z

Okoliczności zgonu: Choroba

Krwiak podtwardówkowy jest indeksowany do NA07.6Z, co wskazuje na pochodzenie urazowe. W sekwencji nie zgłoszono żadnej przyczyny, która wskazywałaby na jego pochodzenie, ani nie zgłoszono żadnej przyczyny zewnętrznej. Należy zachować kod zgodnie z Indeksem, mimo że jako okoliczności zgonu wybrano „Choroba".

3) c) Jeżeli powyższe nie ma zastosowania:
należy zakodować zgodnie z pochodzeniem wskazanym przez okoliczności zgonu.

Jeżeli jako okoliczności zgonu wskazano „W trakcie ustalania" lub „Nieznane (nie wybrano)", należy zachować kod zgodnie z Indeksem.

Przykład 5

1) a) Krwiak podtwardówkowy {NA07.6Z} 8B02

Okoliczności zgonu: Choroba

Krwiak podtwardówkowy jest indeksowany do NA07.6Z, co wskazuje na pochodzenie urazowe. Jednak w sekwencji nie zgłoszono żadnej przyczyny, nie zgłoszono żadnej przyczyny zewnętrznej, a jedyną informacją wskazującą na jego pochodzenie są okoliczności zgonu. Należy przypisać kod zgodnie z pochodzeniem wskazanym przez okoliczności zgonu i zakodować jako 8B02 Nieurazowy krwotok podtwardówkowy.

Dodatkowe przykłady

Przykład 6

1) a) Krwiak podtwardówkowy {NA07.6Z} 8B02
b) Incydent naczyniowo-mózgowy 8B20

Okoliczności zgonu: Choroba

Krwiak podtwardówkowy jest indeksowany do NA07.6Z Pourazowy krwotok podtwardówkowy, nieokreślony jako ostry lub przewlekły, co wskazuje na pochodzenie urazowe. Zgłoszono jednak inny stan - „incydent naczyniowo-mózgowy", indeksowany do kategorii nieurazowej - jako przyczynę krwiaka podtwardówkowego. Należy uznać krwiak podtwardówkowy za nieurazowy i zakodować jako 8B02 Nieurazowy krwotok podtwardówkowy.

Przykład 7

1) a) Krwiak podtwardówkowy {NA07.6Z} 8B02
   b) Incydent naczyniowo-mózgowy 8B20

Okoliczności zgonu: Wypadek

Krwiak podtwardówkowy jest indeksowany do NA07.6Z Pourazowy krwotok podtwardówkowy, nieokreślony jako ostry lub przewlekły. Stan ten został zgłoszony jako spowodowany stanem nieurazowym z rozdziału 8. Należy uznać krwiak podtwardówkowy za nieurazowy i zakodować jako 8B02 Nieurazowy krwotok podtwardówkowy, mimo że jako okoliczności zgonu wybrano „Wypadek".

Przykład 8

1) a) Krwiak podtwardówkowy, otępienie NA07.6Z, 6D8Z

Okoliczności zgonu: Wypadek

Krwiak podtwardówkowy jest indeksowany do NA07.6Z, co wskazuje na pochodzenie urazowe. Stan nieurazowy - otępienie - został zgłoszony razem z nim, ale nie w sekwencji. Okoliczności zgonu wskazują na pochodzenie urazowe. Należy uznać krwiak podtwardówkowy za urazowy i zachować zgodnie z Indeksem kod NA07.6Z Pourazowy krwotok podtwardówkowy, nieokreślony jako ostry lub przewlekły.

Przykład 9

1) a) Krwotok śródmózgowy 8B00.Z
   b) Oponiak, krwiak podtwardówkowy {NA07.6Z} 2A01.0Z, 8B02

Okoliczności zgonu: Choroba

Krwiak podtwardówkowy jest indeksowany do NA07.6Z Pourazowy krwotok podtwardówkowy, nieokreślony jako ostry lub przewlekły, co wskazuje na pochodzenie urazowe. Nie zgłoszono żadnego stanu jako przyczyny krwiaka podtwardówkowego ani żadnej przyczyny zewnętrznej w karcie zgonu. Jedyną informacją wskazującą na jego pochodzenie są okoliczności zgonu. Należy przypisać kod zgodnie z pochodzeniem wskazanym przez okoliczności zgonu i zakodować jako 8B02 Nieurazowy krwotok podtwardówkowy.

Przykład 10

1) a) Krwiak podtwardówkowy NA07.6Z

Okoliczności zgonu: Choroba

Opis przyczyny zewnętrznej: Upadek w szpitalu

Krwiak podtwardówkowy jest indeksowany do NA07.6Z Pourazowy krwotok podtwardówkowy, nieokreślony jako ostry lub przewlekły, co wskazuje na pochodzenie urazowe. W sekwencji nie zgłoszono żadnej przyczyny, jednak przyczynę zewnętrzną zgłoszono w Ramce B. Należy uznać krwiak podtwardówkowy za urazowy i zachować kod zgodnie z Indeksem, mimo że jako okoliczności zgonu wybrano „Choroba".

Przykład 11

1) a) Ostra niewydolność serca BD1Z &XT5R
   b) Krwiak podtwardówkowy {[NA07.6Z]} 8B02

2) Tętniak mózgu, upadek podczas chodzenia [8B22.5], PA6Z Czas trwania 3 miesiące, 1 rok

Okoliczności zgonu: Choroba

Krwiak podtwardówkowy jest indeksowany do NA07.6Z, co wskazuje na pochodzenie urazowe. Nie zgłoszono żadnego stanu jako przyczyny krwiaka podtwardówkowego. Przyczyna zewnętrzna - „upadek podczas chodzenia" - została zgłoszona w Części 2, jednak podany czas trwania wskazuje, że było to zdarzenie odrębne od krwiaka podtwardówkowego. Jedyną informacją wskazującą na jego pochodzenie są zatem okoliczności zgonu. Należy przypisać kod zgodnie z pochodzeniem wskazanym przez okoliczności zgonu i zakodować jako 8B02.

Przykład 12

1) a) Krwiak podtwardówkowy NA07.6Z
2) Złamanie biodra [NC72.2Z]

Okoliczności zgonu: Choroba

Opis przyczyny zewnętrznej: Upadek w szpitalu

Krwiak podtwardówkowy jest indeksowany do *NA07.6Z* Pourazowy krwotok podtwardówkowy, nieokreślony jako ostry lub przewlekły, co wskazuje na pochodzenie urazowe. W sekwencji nie zgłoszono żadnej przyczyny, jednak przyczynę zewnętrzną zgłoszono w Ramce B. W Części 2 zgłoszono również inny uraz, ale nie musi to oznaczać, że krwiak podtwardówkowy nie był związany ze zgłoszoną przyczyną zewnętrzną. Należy uznać krwiak podtwardówkowy za urazowy i zachować kod zgodnie z Indeksem, mimo że jako okoliczności zgonu wybrano „Choroba".

2.22. Rozwiązanie cyfrowe dotyczące umieralności (formularze, narzędzia i moduły szkoleniowe)

Elektroniczna Karta Zgonu (ang. Electronic Medical Certificate of Cause of Death, eMCCD)

Karta zgonu jest podstawą do zebrania informacji o przyczynach zgonu. Formularz ma na celu zebranie wszystkich istotnych aspektów przypisania przyczyny zgonu i jest niezależny od rewizji ICD. Oprócz szablonu formularza papierowego w sekcji 3.14, udostępniane są specyfikacje techniczne formularza cyfrowego. Specyfikacje służą do standaryzacji danych wejściowych zgodnie ze standardowym formularzem i zawierają słownik danych dla nazw pól i kodowania treści, który umożliwia przetwarzanie treści za pomocą interfejsu API służącego do kodowania, a także oprogramowania do wyboru pojedynczej przyczyny zgonu.

Cyfrowe narzędzia dla przyczyny zgonu

Oprogramowanie służące do kodowania zgonu składa się z programów, które pomagają w kodowaniu, wybierając jedną wyjściową przyczynę zgonu i oceniając jakość kodowania lub jakość danych na poziomie populacyjnym.

Oprogramowanie WHO Digital Open Rule Integrated służące do selekcji przyczyny zgonu pomaga w wyborze wyjściowej przyczyny zgonów. Może być używane online i offline. Zasady ICD dotyczące umieralności opisane w Sekcji 2.20 zostały przekonwertowane na format cyfrowy służący do

przetwarzania przez to oprogramowanie. WHO dąży do zbieżności różnych wysiłków w zakresie programowania takiego oprogramowania.

Analiza umieralności i przyczyn zgonu 3 (ang. Analysing Mortality and Causes of Death 3, ANACOD-3)

Oprogramowanie to przeprowadza kompleksową i systematyczną analizę danych dotyczących umieralności i przyczyn zgonu. Oprogramowanie ANACoD3 analizuje dane na poziomie niższym niż krajowy w celu informowania o potencjalnych problemach z równością zdrowia lub wzorcach epidemii; analizuje również dane z wielu okresów w celu analizy trendów i umożliwia analizę danych o przyczynach zgonu zakodowanych w formatach ICD-10 oraz ICD-11. Jest dostępne w wielu językach. Aby uzyskać pomoc w korzystaniu z narzędzia, należy wysłać e-mail na adres mortality@who.int.

CodEdit

Oprogramowanie, które pomaga producentom statystyk dotyczących przyczyn zgonu we wzmacnianiu ich zdolności do rutynowego sprawdzania wiarygodności kodowania danych. Pozwala na analizę danych o przyczynach zgonu zakodowanych w formatach ICD-10 oraz ICD-11.

Interaktywne narzędzie WHO służące do samokształcenia

Elektroniczne narzędzie szkoleniowe WHO jest przeznaczone zarówno do samodzielnej nauki jak i do użytku w sali zajęciowej. Modułowa struktura tego szkolenia umożliwia grupom użytkowników dokładne dopasowanie kursów na poszczególnych ścieżkach, jeśli jest to konieczne. Istnieją dwa moduły narzędzia szkoleniowego dotyczącego umieralności.

Moduł samodzielnej nauki poświadczania zgonu

Moduł szkoleniowy z wykorzystaniem wersji karty zgonu dla osób wypełniających przyczyny zgonu w karcie zgonu.

Zalecenia dotyczące przeprowadzenia oględzin zewnętrznych części ciała i sposobu wypełnienia karty zgonu

Dokument zawierający zalecenia dotyczące przeprowadzenia kontroli zewnętrznej ciała i wypełnienia karty zgonu (MCCD) z wykorzystaniem międzynarodowego orzeczenia lekarskiego o przyczynie zgonu WHO 2016.

Dostęp do innego oprogramowania lub narzędzi można uzyskać za pośrednictwem strony https://www.who.int/standards/classifications lub https://icd.who.int

2.23. Główne zastosowania ICD: Zachorowalność

Dane dotyczące chorobowości są wykorzystywane do sprawozdawczości statystycznej głównie na poziomie krajowym lub lokalnym. Chociaż niektóre z tych elementów sprawozdawczości statystycznej są realizowane w kontekście badań akademickich, są one powszechnie prowadzone w odpowiednich warunkach w celu informowania systemu opieki zdrowotnej i podejmowania decyzji przez agencję zdrowia publicznego. Dane kodowane przez ICD stanowią również podstawę różnych systemów casemix, takich jak różne odmiany jednorodnych grup pacjentów (JGP). Zakodowane dane dotyczące

chorobowości mogą być również wykorzystywane do opracowywania różnych wytycznych klinicznych poprzez dostarczanie podstawowych informacji na temat obciążenia chorobą. Podane tu zasady służą przede wszystkim do celów sprawozdawczości i analiz międzynarodowych, ale są również zalecane jako standard do użytku krajowego.

2.23.1. Stosowanie ICD w opiece klinicznej

Opieka kliniczna obejmuje różne poziomy leczenia, z których wszystkie oznaczają poziom zdolności diagnostycznych wyższy niż w opiece podstawowej. ICD zajmuje się tym poziomem szczegółowości głównie poprzez kodowanie wielowymiarowe. Opieka specjalistyczna odnosi się do usług opieki zdrowotnej świadczonych przez lekarzy specjalistów i innych pracowników ochrony zdrowia, którzy na ogół nie są lekarzami pierwszego kontaktu z pacjentami, na przykład kardiologów, urologów lub dermatologów. Opieka kliniczna obejmuje opiekę doraźną, niezbędne leczenie przez krótki okres w przypadku krótkotrwałej, ale poważnej choroby, urazu lub innego stanu zdrowia, na przykład na szpitalnym oddziale ratunkowym. Obejmuje ona również wykwalifikowanych opiekunów podczas porodu, intensywnej opieki i medycznych badań obrazowych. Termin „opieka specjalistyczna" jest czasami używany jako synonim „opieki szpitalnej". Jednak wielu świadczeniodawców opieki specjalistycznej niekoniecznie pracuje w szpitalach, jak np. psychiatrzy, psychologowie kliniczni lub fizjoterapeuci, a niektóre usługi podstawowej opieki zdrowotnej są świadczone w szpitalach. W zależności od polityki i organizacji krajowego systemu opieki zdrowotnej pacjenci mogą być zobowiązani do wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, zanim uzyskają dostęp do opieki specjalistycznej. Zaawansowana opieka zdrowotna odnosi się do specjalistycznej konsultacyjnej opieki zdrowotnej, zwykle dla pacjentów hospitalizowanych i po skierowaniu od lekarza pierwszego lub drugiego stopnia, w placówce, która posiada personel i zaplecze do prowadzenia zaawansowanych badań medycznych i leczenia, na przykład w szpitalu III stopnia referencyjności.

2.23.2. Wykorzystanie ICD do celów epidemiologicznych

Epidemiologia to nauka o rozmieszczeniu i determinantach stanów lub zdarzeń związanych ze zdrowiem (w tym choroby) oraz zastosowanie tego badania do kontroli chorób i innych problemów zdrowotnych. Do prowadzenia badań epidemiologicznych można stosować różne metody - do badania rozmieszczenia wykorzystuje się badania obserwacyjne i opisowe, a do badania czynników warunkujących wykorzystuje się badania analityczne. Dane kodowane przez ICD, pochodzące ze źródeł śmiertelności i zachorowalności, przyczyniają się do zrozumienia stanu zdrowia populacji.

2.23.3. Stosowanie ICD w odniesieniu do jakości i bezpieczeństwa pacjenta

Zakodowane informacje o stanie zdrowia są wykorzystywane do mierzenia i raportowania różnych aspektów jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów (np. raportowanie umieralności wewnątrzszpitalnej lub częstości występowania zdarzeń niepożądanych w przypadku różnych chorób lub raportowanie wskaźników bezpieczeństwa pacjenta). Użytkownikami tego rodzaju informacji zdrowotnych są płatnicy systemu opieki zdrowotnej (np. ministerstwa zdrowia lub prywatnie finansowane systemy opieki zdrowotnej, firmy ubezpieczeniowe) oraz inni interesariusze, tacy jak rady ds. Jakości, administratorzy szpitali, liderzy/grupy kliniczne lub organizacje publiczne pełniące funkcję rzeczników.

2.23.3.1. Przypadek wykorzystania jakości i bezpieczeństwa na potrzeby ICD-11

Przypadek użycia ICD dotyczący jakości i bezpieczeństwa opiera się na dostępności dużej liczby narzędzi metodologicznych, które pierwotnie opierały się na ICD-10. Konkretne przykłady obejmują wskaźniki współchorobowości Charlsona i Elixhauser, wskaźniki bezpieczeństwa pacjenta AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), szpitalny standaryzowany współczynnik umieralności oraz różne inne wskaźniki jakości danych administracyjnych. Zalecenia WHO dotyczące zasad kodowania epizodów separacji szpitalnej poprawiają porównywalność zapisów w różnych szpitalach i jurysdykcjach. Konkretne przykłady reguł kodowania obejmują: a) zasady określania choroby głównej, b) liczby kodów w rekordzie, c) mechanizmy grupowania kodów oraz d) użycie systemu wyświetlania stanu, który odróżnia rozpoznania powstałe podczas pobytu w szpitalu od obecnych przy przyjęciu do szpitala. Raportowanie dotyczące jakości i bezpieczeństwa pacjentów często koncentruje się nie tylko na informacjach diagnostycznych dostępnych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, ale także na informacjach o procedurach, które są obecnie kodowane w różnych systemach kodowania procedur specyficznych dla danego kraju. W przyszłości ważna będzie harmonizacja koncepcji ontologicznych w międzynarodowych systemach kodowania procedur. Dostępne kody powikłań medycznych i chirurgicznych ICD-11 są zgodne z aktualną wiedzą w dziedzinie bezpieczeństwa i zdarzeń niepożądanych.

2.23.3.2. Raportowanie wskaźników jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta

Ten przypadek użycia dotyczy wykorzystania zakodowanych informacji o stanie zdrowia do mierzenia i raportowania różnych aspektów jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów (np. zgłaszanie umieralności wewnątrzszpitalnej lub częstości zdarzeń niepożądanych w przypadku różnych chorób lub zgłaszanie wskaźników bezpieczeństwa pacjentów). Podmiotem inicjującym może być rada ds. jakości zdrowia, administratorzy szpitali, liderzy/grupy kliniczne, płatnik systemu opieki zdrowotnej (np. ministerstwa zdrowia lub prywatnie finansowane systemy opieki zdrowotnej, towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych) lub organ nadzorujący publiczne organizacje sprawujące funkcję rzeczników. Uczestniczącymi graczami są administratorzy szpitali, klinicyści, decydenci systemu opieki zdrowotnej, przedstawiciele publiczni, pacjenci i ich rodziny, a czasem nawet media. Wymagania dotyczące raportowania danych dotyczących jakości i bezpieczeństwa to: - Dostępność danych na poziomie osoby na temat epizodów świadczenia opieki zdrowotnej (np. hospitalizacji, wizyt lekarskich) - Identyfikatory umożliwiające przypisanie świadczenia opieki zdrowotnej do świadczeniodawcy, grupy świadczeniodawców lub danej placówki zdrowia/szpitala. - Informacje kliniczne o obecnych rozpoznaniach i procedurach przeprowadzonych podczas porodu w opiece zdrowotnej. - Informacje kliniczne dotyczące istotnych wyników, takich jak umieralność, długość pobytu i określone zdarzenia

niepożądane. - Wiedza analityczna wśród inicjujących podmiotów, tak aby zwracać uwagę na kwestie dotyczące ważności danych, znajomość „najlepszych" wskaźników (np. najbardziej ważnych wskaźników bezpieczeństwa pacjentów), metodologii korekty ryzyka itp.

Wynikiem są raporty zawierające informacje o jakości systemu. Mogą one dostarczać globalnych informacji o wydajności systemu lub informacje porównawcze podzielone według jednostki dostawcy (np. raportowanie na poziomie lekarza, szpitala lub regionu).

2.23.3.3. Funkcjonalność

Idealny przebieg wydarzeń do takiego wykorzystania obejmowałby: - Podmiot inicjujący komunikuje chęć przeprowadzenia pomiaru jakości/bezpieczeństwa i raportowania odpowiednim interesariuszom. - Sporządzane są odpowiednie aplikacje w celu zabezpieczenia dostępu do danych potrzebnych do przeprowadzenia planowanego raportowania. - Pozyskano odpowiednią wiedzę metodologiczną i kliniczną, aby zapewnić, że najlepsze praktyki metodologiczne zostały uwzględniane w planowanych raportach oraz że brane są pod uwagę wiarygodność i akceptowalność kliniczna. - Podejmowana jest analiza danych i raportowanie. - Podejmowane jest szerokie rozpowszechnianie i tłumaczenie wiedzy dla interesariuszy. W odpowiedzi na raporty podejmowane są ciągłe procesy poprawy jakości (z uwzględnieniem interwencji poprawiających jakość i powtórzenia pomiaru po interwencji). - Wyjątki: Raportowanie dotyczące jakości/bezpieczeństwa, które nie jest zgodne z opisanymi powyżej krokami, może być zafałszowane. W przeszłości występowało wiele przypadków nieudanych lub nieoptymalnych raportów dotyczących jakości/bezpieczeństwa na podstawie danych administracyjnych z powodu pominiętych kroków. (np. 1. raportowanie jakości bez ważnych wskaźników lub odpowiednich metodologii korekty ryzyka, 2. raportowanie jakości bez dobrej trafności klinicznej, 3. raportowanie jakości bez nastawienia na ciągłe doskonalenie jakości (ang. Continuous Quality Improvement, CQI, itp.)). - Przykłady przypadków podrzędnych (odnoszące się do jakościowych wymiarów skuteczności, wydajności, bezpieczeństwa, dostępu) - raportowanie globalnej umieralności według placówki (np. szpitalny standaryzowany współczynnik umieralności (ang. hospital standardised mortality ratio, HSMR) - raportowanie umieralności dla specyficznej choroby - raportowanie wskaźników bezpieczeństwa pacjenta - raportowanie długości hospitalizacji całkowitej lub zależnej od stanu pacjenta - raportowanie o wskaźnikach ponownych przyjęć do szpitala po hospitalizacji - raportowanie globalnych lub związanych z chorobą kosztów opieki (np. koszt hospitalizacji) - raportowanie czasów oczekiwania - raportowanie o małym znaczeniu wykorzystania.

2.23.3.4. Informacje dodatkowe:

Wymagania:

Patrz sekcja „Wymagania" powyżej. Potrzebny jest ciągły rozwój i udoskonalanie metodologii raportowania jakości (w istocie, ciągłe badania nad rozwojem nowych wskaźników jakości danych administracyjnych i nowych metodologii korekty ryzyka w raportowaniu wyników/jakości).

Założenia:

Podstawowym założeniem w raportowaniu dotyczącym jakości i bezpieczeństwa pacjentów na podstawie danych administracyjnych jest jednolitość formatu i ważności danych w jednostkach porównawczych (tj. w różnych placówkach, szpitalach lub rejonach. Jednolitość formatu i ważności danych nie zawsze jest zachowana i było to częstym powodem krytyki raportów dotyczących jakości

i bezpieczeństwa pacjentów pochodzących z danych administracyjnych. W związku z tym WHO promuje ciągłe wysiłki na rzecz znormalizowanych zasad kodowania, które ułatwiają sprawozdawczość porównawczą poprzez zmniejszenie zmienności danych w jednostkach porównawczych (np. zasady dotyczące takich czynników, jak definicja „stanu głównego", liczba możliwych kodów na rekord i implementacja kodów diagnostycznych powiązanych z czasem). Zobacz także oddzielny opis przypadku użycia na potrzeby międzynarodowej sprawozdawczości porównawczej.

W krajach z dobrze rozwiniętymi systemami informacji zdrowotnej dość typowe jest, że opieka szpitalna jest rejestrowana z różną liczbą kodów ICD opisujących wszystkie choroby/rozpoznania medyczne, które miały wpływ na opiekę. Ponadto niektóre systemy pozwalają na rozróżnienie pomiędzy rozpoznaniami, które były obecne w momencie przyjęcia do szpitala, a rozpoznaniami, które pojawiły się de novo podczas pobytu w szpitalu. W takich systemach uzyskaną „epikryzę" można wykorzystać do kompleksowego i rutynowego raportowania chorobowości, w ramach którego koncepcje jakości i bezpieczeństwa są kluczowym elementem. To obejmuje: - związek przyczynowy zdarzenia niepożądanego z opieką medyczną - problemy w procesie opieki (np. błąd w podaniu leku), ale bez rzeczywistego zdarzenia niepożądanego - nowe rozpoznania pojawiające się podczas pobytu w szpitalu, w przypadku których związek przyczynowy z opieką medyczną jest niepewny.

Aby rejestrować i analizować występowanie takich zdarzeń, ważne jest, aby systemy informacji zdrowotnej posiadały rutynowe raportowanie chorobowości, w ramach którego koncepcje jakości i bezpieczeństwa są ważnym elementem kodowania chorobowości.

2.23.3.5. Zalecenia dotyczące wykorzystania i interpretacji zakodowanych danych

Zalecenia te dotyczą wykorzystania rekordów, w których zebrano i uporządkowano dane zgodnie z zaleceniami w poprzedniej sekcji: - Należy wybrać rekordy związane ze zdarzeniem dotyczącym jakości i bezpieczeństwa pacjenta: są to wszystkie rekordy z dowolnym kodem szkody dla jakości lub bezpieczeństwa pacjenta. - Podsumować rodzaje szkód w jakości i bezpieczeństwie pacjenta przedstawione w zestawie rekordów: wybrać rekordy z dowolnym kodem szkody w odniesieniu do jakości i bezpieczeństwa pacjenta. - Podsumować dystrybucję kodów szkód dotyczących jakości i bezpieczeństwa pacjenta obecnych w wybranym zestawie. - Podsumować przyczyny szkód związane z jakością i bezpieczeństwem pacjenta w zestawie zapisów. - Podsumować mechanizmy jakości i bezpieczeństwa pacjentów w zestawie zapisów. - Podsumować szkody związane z jakością i bezpieczeństwem pacjenta w zestawie zapisów.

2.23.3.6. Wykorzystanie ICD do celów badawczych

Przypadek użycia chorobowości dla ICD-11 obejmuje szereg sytuacji, w których głównym celem jest praca w akademickim paradygmacie badawczym w celu wyodrębnienia informacji z danych zakodowanych w ICD-11 w celu zbadania obciążenia chorobami, skupisk chorób, rozmieszczenia geograficznego chorób i wpływu na zdrowie w związku z różnymi chorobami. Paradygmat badawczy jest oczywiście najistotniejszy, gdy ma znaczenie praktyczne zarówno dla systemu ochrony zdrowia, jak i polityki zdrowia publicznego, w którym to przypadku paradygmat badawczy, oznaczony jako taki, staje się nie do odróżnienia od stosowanych analiz chorobowości prowadzonych na potrzeby planowania opieki zdrowotnej. Wyraźnie wspomina się tutaj o powszechnym wykorzystaniu danych kodowanych w ICD-11 w paradygmacie badawczym, uznając, że jest to istotny czynnik napędzający rozwój klinicznie

różnorodnego i szczegółowego systemu klasyfikacji, z nowymi cechami i zasadami kodowania, które zwiększają potencjał klasyfikacji jako narzędzia badawczego.

2.23.3.7. Stosowanie ICD w podstawowej opiece zdrowotnej

Podstawowa opieka zdrowotna została zdefiniowana jako pierwszy punkt kontaktu z opieką zdrowotną opartą na praktycznych, naukowo uzasadnionych i społecznie akceptowanych metodach i technologiach, które są powszechnie dostępne dla jednostek i ich rodzin w danym społeczeństwie, poprzez ich pełne uczestnictwo w ponoszeniu kosztów, na pokrycie których społeczność i kraj mogą sobie pozwolić. Co istotne, dla podstawowej opieki zdrowotnej, ICD-11 obejmuje wiele jednostek diagnostycznych i chorobowych, które są powszechnymi przyczynami opieki na pierwszym poziomie opieki zdrowotnej. Mogą to być lekarze rodzinni, pielęgniarki środowiskowe lub w innych sytuacjach również specjaliści, tacy jak okuliści.

ICD-11 posiada uproszczoną wersję dla placówek podstawowej opieki zdrowotnej o niskich zasobach diagnostycznych. W przypadku placówek o wysokich zasobach diagnostycznych, lista tabelaryczna statystyk umieralności i chorobowości zawiera wszystkie elementy istotne dla podstawowej opieki zdrowotnej, a zatem może być stosowana w środowiskach podstawowej opieki zdrowotnej o wysokich zasobach, jak również opieki specjalistycznej oraz III stopnia referencyjności.

Nowa wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Podstawowej Opieki Zdrowotnej WONCA (ang. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practice/Family Practitioners) oraz ICD-11 będą miały wspólny podzbiór kategorii.

2.23.3.8. Wykorzystanie ICD w grupach Casemix

W systemach grupowania casemix, takich jak system JGP (Jednorodna Grupa Pacjentów), dane oparte na ICD są wykorzystywane do refundacji i/lub alokacji zasobów. Takie systemy są stosowane w krajach w sposób systematyczny.

Przypisywanie przypadków pacjentów do grup opiera się na algorytmie wykorzystującym, oprócz zakodowanych informacji diagnostycznych, zakodowane procedury i szereg innych zmiennych. Podstawy naukowe systemów casemix są zakorzenione w ekonomii opieki zdrowotnej i teorii medycyny. Ze względu na fakt, że systemy casemix są istotną częścią administracji w krajach, które z nich korzystają, płynne przejście do nowej wersji ICD w tych systemach jest niezbędne do zatwierdzenia i wdrożenia nowej wersji.

Klasyfikacja ICD-11 została opracowana w celu uwzględnienia różnych poziomów szczegółowości, które są wymagane w jednorodnych grupach pacjentów, w ścisłej współpracy z opiekunami różnych systemów casemix. Wspólne stosowanie w konkretnym systemie casemix jest napędzane przez odpowiednie algorytmy grupujące, a częściowo również przez ustawodawstwo krajowe.

W kwestiach międzynarodowej porównywalności działalności szpitalnej zaleca się, aby kraje przyjęły nową definicję rozpoznania głównego WHO, a krajowe wdrożenia ICD-11 stosowały nowe kody rozszerzeń dla typów rozpoznań, które są dostarczane z ICD-11.

W przypadku międzynarodowych tabel, ze względu na różnice w definicjach szpitala, epizodu i hospitalizacji, powstałe rozpoznania są wymienione za pomocą międzynarodowej skróconej listy

chorób do celów statystyk szpitalnych [International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation] (patrz Sekcja 2.25).

2.23.4. Co jest kodowane: Choroby pacjenta

2.23.4.1. Stan główny

Definicja stanu głównego odnosi się do opisu opieki szpitalnej.

Pracownik ochrony zdrowia powinien odnotować i określić jako stan główny jeden stan, który zostanie uznany za powód przyjęcia do szpitala, ustalony na koniec opieki medycznej. To ustalenie jest poparte ocenami i badaniami, które mają na celu ustalenie rozpoznania będącego powodem przyjęcia do szpitala.

2.23.4.2. Stany współistniejące przyczyniające się do konieczności przyjęcia do szpitala

Gdy opieka medyczna obejmuje więcej niż jedną chorobę przyczyniającą się do konieczności przyjęcia do szpitala (np. zastoinowa niewydolność serca i zapalenie płuc; ostry krwotok mózgowy i złamanie szyjki kości udowej; liczne urazy - wstrząśnienie mózgu, złamanie żebra, złamanie prawej kości udowej po MVA; lub grypa typu A i kwasica ketonowa w przebiegu cukrzycy typu 1), lekarz powinien zarejestrować i zidentyfikować stan główny, który jest uważany za najważniejszy powód przyjęcia do szpitala z klinicznego punktu widzenia.

2.23.4.3. Inne stany

Poza stanem głównym lekarz powinien, o ile to możliwe, wymienić osobno wszystkie inne stany lub problemy, z którymi miał do czynienia podczas opieki medycznej. Inne stany (znane również jako rozpoznania dodatkowe) definiuje się jako te stany, które współistnieją w momencie przyjęcia do szpitala lub rozwijają się podczas epizodu opieki medycznej i wpływają na postępowanie z pacjentem. Stany związane z wcześniejszym epizodem, które nie mają wpływu na stan bieżący, nie powinny być rejestrowane jako inne stany. Zaleca się, gdy jest to wykonalne, przeprowadzenie kodowania i analizy wielu stanów w celu uzupełnienia danych rutynowych.

2.23.5. Wytyczne dla lekarza, dotyczące dokumentacji w zakresie kodowania chorobowości

Lekarz odpowiedzialny za leczenie pacjenta jest również odpowiedzialny za dokumentowanie stanu zdrowia pacjenta. Informacje te powinny być uporządkowane w sposób systematyczny przy użyciu standardowych metod rejestrowania. Prawidłowo wypełniona dokumentacja medyczna jest niezbędna dla właściwego postępowania z pacjentem. Jest to również niezbędny warunek wstępny do stworzenia prawidłowo zakodowanego rejestru rozpoznań u pacjentów, uzyskanego w procesie kodowania z pisemnych informacji opisujących stan zdrowia pacjenta. Gdy dostępna jest dobra pisemna dokumentacja stanu pacjenta, prawidłowe zakodowanie tych informacji w ICD i powiązanych klasyfikacjach stanowi cenne źródło danych epidemiologicznych i innych danych statystycznych dotyczących chorobowości i innych problemów zdrowotnych.

Osobą przekształcającą informacje o stwierdzonym stanie na kody („osobą odpowiedzialną za kodowanie umieralności”) może być pracownik ochrony zdrowia lub koder kliniczny, który nie jest odpowiedzialny za leczenie pacjenta, ale jest specjalnie przeszkolony w zakresie stosowania klasyfikacji do przypisywania kodów). W tej ostatniej sytuacji, dość powszechnej w krajach członkowskich, osoba

odpowiedzialna za kodowanie umieralności uzależniona jest od adekwatności dokumentacji klinicznej dotyczącej stanu pacjenta dostarczonej przez lekarzy w dokumentacji medycznej. Nie można nie docenić istotnego znaczenia dokumentacji klinicznej przygotowanej przez pracowników ochrony zdrowia jako punktu wyjścia dla zakodowanych danych dotyczących zdrowia i należy podkreślić, że ma ona kluczowe znaczenie w krajach i na arenie międzynarodowej oraz w zakresie szkoleń odnośnie informacji o zdrowiu i dokumentacji medycznej w opiece zdrowotnej w ramach programów szkoleniowych dla lekarzy.

Do celów klinicznych i alokacji zasobów w wielu przypadkach manifestacja choroby (rodzaj i nasilenie, np. wrzód 3 stopnia) może być bardziej istotna podczas konkretnego epizodu leczenia niż choroba podstawowa (np. cukrzyca). W przypadku programów profilaktycznych na szczeblu krajowym wiedza na temat podstawowej etiologii może być ważniejsza. Oceny jakości i bezpieczeństwa będą wymagały zgłoszenia dodatkowych szczegółów związanych z hospitalizacją. W celu kompleksowej analizy i wykorzystania danych dotyczących chorobowości kluczowe jest posiadanie zbioru danych z wieloma polami umożliwiającymi uchwycenie kodów odnoszących się do wszystkich powyższych aspektów.

Dane dotyczące chorobowości są coraz częściej wykorzystywane przy formułowaniu polityk i programów zdrowotnych, a także w zarządzaniu nimi, monitorowaniu i ocenie, w epidemiologii, identyfikacji populacji ryzyka oraz w badaniach klinicznych (w tym badaniach występowania chorób w różnych grupach społeczno-ekonomicznych).

W kontekście niniejszych zasad kodowania zachorowalności, termin „lekarz” jest używany we wszystkich zasadach dotyczących zachorowalności jako oznaczający lekarza lub innego wykwalifikowanego pracownika ochrony zdrowia, który jest prawnie odpowiedzialny za ustalenie diagnozy pacjenta. Informacje te powinny być uporządkowane w sposób systematyczny przy użyciu standardowych metod rejestrowania. Prawidłowo wypełniony rekord ma zasadnicze znaczenie dla właściwego leczenia pacjentów i jest cennym źródłem danych epidemiologicznych i innych danych statystycznych dotyczących chorobowości i innych problemów zdrowotnych.

Termin „epizod” jest używany w odniesieniu do wszystkich przypadków, w tym przyjęć do szpitala. Uznaje się, że definicja może być inna w każdym kraju, choć najczęściej jest to okres ciągłej opieki szpitalnej, który rozpoczyna się w pierwszym dniu przyjęcia pacjenta do placówki opieki zdrowotnej, a kończy w dniu, w którym kończy się kontakt z pacjentem w wyniku wypisania, przeniesienia lub zgonu. W niektórych krajach kolejne okresy opieki na różnych oddziałach w tym samym szpitalu są traktowane jako odrębne epizody opieki.

Lekarz odpowiedzialny za leczenie pacjenta jest również odpowiedzialny za dokumentowanie stanu zdrowia pacjenta podczas opieki medycznej. Dobra dokumentacja kliniczna ma kluczowe znaczenie dla ciągłości i jakości opieki nad pacjentem, komunikacji pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego, bezpieczeństwa pacjenta i jest prawnym dokumentem opieki nad pacjentem. Gdy dostępny jest rzetelne udokumentowanie stanu pacjenta, prawidłowe zakodowanie tych informacji przy użyciu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD) i powiązanych klasyfikacji stanowi cenne źródło danych dotyczących chorobowości, które wspierają:

- planowanie, zarządzanie, monitorowanie i ocenę opieki zdrowotnej,
- epidemiologię,

- identyfikację populacji o podwyższonym ryzyku,
- badania kliniczne,
- refundację i finansowanie opieki zdrowotnej.

Lekarz odpowiedzialny za leczenie pacjenta powinien wybrać i udokumentować stan główny, a także wszelkie inne stany, dla każdego epizodu opieki medycznej. Zaleca się, gdy jest to wykonalne, aby wszystkie stany były udokumentowane w celu wsparcia kodowania i analizy chorób mnogich w celu uzupełnienia rutynowego gromadzenia danych i raportowania.

2.23.5.1. Wytyczne dotyczące dokumentacji obejmujące termin „liczne" (mnogie) - w przypadku zgłaszania pojedynczego stanu chorobowego

W przypadkach dotyczących na przykład „licznych złamań", „liczne urazów głowy" lub „choroby wielozastawkowej" dopuszczalną praktyką dokumentacyjną jest rejestrowanie rozpoznań przy użyciu terminu „liczny", a następnie wyszczególnianie poszczególnych chorób lub urazów. Na przykład liczne złamania miednicy: złamanie kości łonowej, kości krzyżowej, kości biodrowej.

2.23.5.2. Swoistość i szczegółowość

Każde stwierdzenie diagnostyczne powinno zawierać jak najwięcej informacji, aby możliwe było zaklasyfikowanie stanu chorobowego do najbardziej szczegółowej kategorii klasyfikacji. Oto przykłady takich rozpoznań:

- rak przejściowokomórkowy trójkąta pęcherza moczowego
- ostre zapalenie wyrostka robaczkowego z ograniczonym zapaleniem otrzewnej
- meningokokowe zapalenie osierdzia
- nadciśnienie tętnicze wywołane ciążą
- podwójne widzenie wywołane reakcją alergiczną na leki przeciwhistaminowe przyjmowane według przepisu lekarza
- choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego związana ze starym złamaniem biodra
- złamanie szyjki kości udowej w następstwie upadku w domu
- oparzenie pełnej grubości skóry części dłoniowej ręki w wyniku wypadku podczas grillowania
- niezamierzone nakłucie esicy podczas kolonoskopii

2.23.5.3. Niepotwierdzone rozpoznania

Jeśli pod koniec opieki medycznej, nie ustalono ostatecznego rozpoznania, wówczas należy zapisać informację, która zapewnia najwyższy stopień dokładności i wiedzy o przyczynie przyjęcia do szpitala, która została ustalona pod koniec opieki medycznej. Może to być objaw, nieprawidłowy wynik badania lub problem zdrowotny. Zamiast zakwalifikowania rozpoznania jako „możliwego" lub

„podejrzewanego", kiedy jest ono tylko rozważane, lecz nie zostało ostatecznie ustalone, w stosownych przypadkach należy zapisać objaw, nieprawidłowy wynik badania lub problem.

2.23.5.4. Dokumentowanie stanu wykluczonego

Pracownik ochrony zdrowia powinien udokumentować chorobę „wykluczoną" jako stan główny w przypadku, gdy epizod opieki zdrowotnej obejmuje osobę, która wykazuje pewne objawy lub dowody na nieprawidłowy stan, który wymaga badania, ale która po zbadaniu i obserwacji nie wykazuje potrzeby dalszego leczenia, dalszej obserwacji lub innego rodzaju opieki medycznej.

Pracownik ochrony zdrowia nie powinien dokumentować choroby wykluczonej jako stanu głównego, jeśli zastosowano określone leczenie objawowe lub wymagane są dalsze działania w celu ustalenia przyczyny choroby lub objawu. W takim przypadku pracownik ochrony zdrowia powinien udokumentować przyczynę chorobową lub objaw, który był traktowany jako stan główny.

Przykład 1

Pacjent przyjęty z podejrzeniem zakrzepicy żył głębokich kończyny dolnej, która po zbadaniu została wykluczona i nie jest konieczna kontrola.

Stan główny: Wykluczono zakrzepicę żył głębokich.

Przykład 2

Znaleziono dziecko bawiące się pustą butelką po paracetamolu. Matka nie jest pewna, czy w butelce były jakieś tabletki. Dziecko zostaje przewiezione do szpitala i po wykonaniu badań zostaje ustalone, że dziecko nie połknęło żadnych tabletek.

Stan główny: Wykluczono niezamierzone spożycie acetaminofenu (paracetamolu)

Przykład 3

Pacjent z podwyższonym stężeniem PSA zgłosił się do biopsji gruczołu krokowego. Biopsja nie wykazała oznak złośliwości. Nie zaplanowano dalszej obserwacji pacjenta.

Stan główny: Wykluczono nowotwór złośliwy gruczołu krokowego

Aby uzyskać więcej informacji, patrz Sekcja 2.23.17 Kodowanie stanu „wykluczonego".

2.23.5.5. Kontakt z ochroną zdrowia z przyczyn innych niż choroba

Epizody opieki zdrowotnej lub kontaktu z ochroną zdrowia nie ograniczają się do identyfikacji, leczenia lub badania aktualnej choroby lub aktualnego urazu. Epizody mogą również wystąpić, gdy osoba, która obecnie nie jest chora, wymaga lub otrzymuje ograniczoną opiekę lub usługi. W takim przypadku lekarz powinien udokumentować szczegóły istotnych okoliczności jako „stan główny".

Przykłady obejmują:

- monitorowanie wcześniej leczonych chorób
- szczepienie

- postępowanie antykoncepcyjne, opieka przedporodowa i poporodowa
- obserwacja osób wysokiego ryzyka ze względu na wywiad osobisty lub rodzinny
- badania osób zdrowych, m.in. ze względów ubezpieczeniowych lub zawodowych
- zasięgnięcie porady zdrowotnej
- prośby osób z problemami społecznymi o poradę
- konsultacje w imieniu osoby trzeciej
- dawcy narządów lub tkanek
- okoliczności związane z lekami, zabiegami lub urządzeniami bez udokumentowanego urazu lub szkody dla pacjenta

Rozdział 24 „Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z systemem opieki zdrowotnej" zawiera szeroki zakres kategorii do klasyfikacji tych okoliczności. Odniesienie do tego rozdziału wskaże szczegóły wymagane do umożliwienia kodowania do najbardziej odpowiedniej kategorii.

2.23.5.6. Stany spowodowane przyczynami zewnętrznymi

Gdy odnotowany jest stan, taki jak uraz, zatrucie lub inny skutek przyczyn zewnętrznych, wówczas ważne jest, aby w pełni udokumentować zarówno charakter choroby, jak i okoliczności, które go spowodowały. Na przykład:

- „złamanie szyjki kości udowej spowodowane upadkiem z powodu poślizgnięcia się na chodniku"
- „stłuczenie mózgu spowodowane utratą kontroli nad samochodem przez pacjenta, który uderzył w drzewo"
- „nieumyślne zatrucie po wypiciu przez pacjenta środka dezynfekującego który został pomylony z napojem bezalkoholowym"
- „ciężka hipotermia po upadku pacjentki w swoim ogrodzie w chłodny dzień"

Patrz również Sekcja 2.23.20.2 Przyczynowość w kontekście jakości i bezpieczeństwa.

2.23.5.7. Dokumentowanie następstw

W przypadku, gdy opieka medyczna ma na celu leczenie lub badanie stanu rezydualnego (następstwa) choroby, która sama już nie występuje, lekarz powinien udokumentować chorobę rezydualną (następstwo) i jej pochodzenie, wraz z wyraźnym wskazaniem, że pierwotna choroba już nie występuje. Na przykład:

- „skrzywienie przegrody nosa - złamanie nosa w dzieciństwie",
- „przykurcz ścięgna Achillesa - późne następstwa urazu ścięgna",

- „niepłodność spowodowana niedrożnością jajowodów w wyniku przebytej gruźlicy”.

W przypadku występowania licznych następstw, gdy leczenie lub badanie nie jest ukierunkowane głównie na jedno z nich, dopuszczalne jest udokumentowane stwierdzenie, takie jak „następstwa incydentu naczyniowo-mózgowego” lub „następstwa złamań mnogich”.

2.23.6. Wytyczne dla osoby odpowiedzialnej za kodowanie umieralności dotyczące wyboru „stanu głównego” i „innych stanów” na potrzeby kodowania

Stan główny i inny(-e) stan(-y) istotne dla epizodu opieki medycznej powinny zostać zidentyfikowane i zarejestrowane przez lekarza odpowiedzialnego, dlatego kodowanie będzie zwykle proste. Zarejestrowany stan główny powinien zostać zaakceptowany do kodowania i raportowania, chyba że jest oczywiste, że lekarz nie postępował zgodnie z wytycznymi dotyczącymi rejestrowania informacji diagnostycznych służących do analizy danych dotyczących chorobowości. Gdy tylko jest to możliwe, dokumentacja z wyraźnie niespójnym lub nieprawidłowo zarejestrowanym stanem głównym powinna zostać zwrócona lekarzowi w celu wyjaśnienia.

W przypadku, gdy wyjaśnienie potencjalnie błędnej dokumentacji nie jest możliwe, koder kliniczny może zastosować jedną z poniższych zasad i ponownie wybrać stan główny na potrzeby raportowania. Reguły mają zastosowanie w przypadku, gdy nie jest jasne, który zarejestrowany stan należy wybrać jako stan główny na potrzeby raportowania.

- MB1 Kilka stanów zarejestrowanych jako „stan główny”; lub
- MB2 Stan zarejestrowany jako „stan główny” charakteryzuje się objawami zdiagnozowanego, leczonego stanu; lub
- MB3 Oznaki chorobowe i objawy zarejestrowane jako „stan główny” z alternatywnymi stanami zarejestrowanymi jako przyczyna.

Zasady dla osoby odpowiedzialnej za kodowanie umieralności dotyczące ponownego wyboru stanu głównego

2.23.6.1. MB1 - Klika stanów zarejestrowanych jako „stan główny”

W przypadku, gdy jest kilka różnych stanów (które nie mogą być zaklasyfikowane do jednego kodu podstawowego) jako „stan główny”, a inne szczegóły w rekordzie wskazują, że jeden z nich jest „stanem głównym” (jeden stan określony jako przyczyna przyjęcia do szpitala ustalona pod koniec opieki), należy wybrać ten stan; w przeciwnym razie należy wybrać stan zarejestrowany jako pierwszy.

W przypadku, gdy istnieje potrzeba zgłaszania również innych typów rozpoznań zgłaszanych przy wypisie, tj. stanu głównego z dokumentacji medycznej lub początkowego powodu wizyty lub przyjęcia do szpitala, należy przypisać odpowiednie kody rozszerzające z Rozdziału X „Kody rozszerzające”, aby wskazać różne rodzaje typów rozpoznań zgłaszanych przy wypisie.

Przykład 1:

Pacjent został przyjęty z dolegliwościami: gorączka, dreszcze, silny ból głowy i sztywność karku. Po przeprowadzeniu badań potwierdzono rozpoznanie gronkowcowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Podczas hospitalizacji u pacjenta doszło do zapalenia płuc.

Stan główny: Gronkowcowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Zapalenie płuc.

Zarejestrowano dwa stany jako stany główne, a zapytanie lekarza nie jest możliwe. Dane z przykładu wskazują na gronkowcowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych jako jedyną przyczynę przyjęcia do szpitala ustaloną pod koniec opieki, dlatego osoba odpowiedzialna za kodowanie umieralności powinna zakodować gronkowcowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych jako „stan główny". Zapalenie płuc jest kodowane jako „inny stan". Spełnia definicję „innego stanu", ponieważ jest to rozpoznanie, które pojawiło się w czasie opieki.

Przykład 2:

Pacjent z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) w wywiadzie został przyjęty na biopsję gruczołu krokowego. Pacjenta oceniano pod kątem POChP. Wykonano biopsję i ostatecznym rozpoznaniem na podstawie wyniku badania histopatologicznego był łagodny rozrost gruczołu krokowego.

Stan główny: Przewlekła obturacyjna choroba płuc. Łagodny rozrost gruczołu krokowego.

Zarejestrowano dwa stany jako stany główne, a zapytanie lekarza nie jest możliwe. Informacje szczegółowe w przykładzie wskazują na łagodny rozrost gruczołu krokowego jako chorobę będącą przyczyną przyjęcia do szpitala ustaloną pod koniec opieki; dlatego osoba odpowiedzialna za kodowanie umieralności powinna zakodować łagodny rozrost gruczołu krokowego jako „stan główny". POChP jest kodowana jako „inny stan", ponieważ lekarz udokumentował ją jako współistniejącą w momencie przyjęcia do szpitala i mającą wpływ na postępowanie z pacjentem.

Przykład 3:

Pacjentka zgłasza się do szpitala w 35. tygodniu ciąży z samoistnym przedwczesnym pęknięciem błon płodowych. Nie ma skurczów. Badanie wykazuje, że dziecko jest w położeniu pośladkowym; dlatego zaleca się poród przez cesarskie cięcie. Matka rodzi zdrowego wcześniaka.

Stan główny: Przedwczesne pęknięcie błon płodowych. Położenie pośladkowe płodu.

Zabieg: Poród przez cięcie cesarskie.

Zarejestrowano dwa stany jako stany główne, a zapytanie lekarza nie jest możliwe. Podane w przykładzie informacje szczegółowe wskazują na przedwczesne pęknięcie błon płodowych jako stan będący przyczyną przyjęcia do szpitala ustaloną pod koniec opieki. Dlatego osoba odpowiedzialna za kodowanie umieralności powinna zakodować przedwczesne pęknięcie błon płodowych jako „stan główny", a położenie pośladkowe płodu i poród przedwczesny jako „inny stan".

Przykład 4:

Pacjent zostaje przyjęty do szpitala z zapaleniem płuc i zastoinową niewydolnością serca.

Stan główny: Zapalenie płuc i zastoinowa niewydolność serca.

Zarejestrowano dwa stany jako stany główne, a zapytanie lekarza nie jest możliwe. Nie ma innych danych szczegółowych w rekordzie, które wskazywałyby jedną z chorób jako chorobę główną, dlatego w tym przypadku osoba odpowiedzialna za kodowanie umieralności powinna zakodować pierwszą wymienioną chorobę jako stan główny. Zapalenie płuc jest kodowane jako „stan główny", a zastoinowa niewydolność serca jest kodowana jako „inny stan".

2.23.6.2. MB2 - W chorobie zarejestrowanej jako „stan główny" występują objawy zdiagnozowanego, leczonego stanu

W przypadku, gdy objaw lub oznaka chorobowa (zazwyczaj zaklasyfikowane do Rozdziału 21 Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, niesklasyfikowane gdzie indziej) lub problem, który można zaklasyfikować do rozdziału 24 Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z systemem opieki zdrowotnej, są rejestrowane jako „stan główny", a jest to z pewnością oznaka chorobowa, objaw lub problem będący manifestacją diagnozowanego stanu odnotowaną gdzie indziej i z powodu ostatniego pacjent otrzymał opiekę zdrowotną, należy ponownie wybrać zdiagnozowany stan jako „stan główny".

Przykład 1:

Pacjent zgłasza się do szpitala z powodu krwiomoczu. Badania wykazały, że przyczyną krwiomoczu jest brodawczak w tylnej ścianie pęcherza moczowego. Brodawczak został wycięty przy pomocy diatermii.

Stan główny: Krwiomocz.

Inne stany: Brodawczak tylnej ściany pęcherza moczowego.

Jako stan główny odnotowuje się krwiomocz (fiobjaw); jednak stwierdzono, że jest on spowodowany brodawczakiem pęcherza moczowego (stan rozpoznany i leczony). Dlatego osoba odpowiedzialna za kodowanie umieralności powinna ponownie wybrać i zakodować brodawczaka tylnej ściany pęcherza jako „stan główny".

Przykład 2:

Pacjent zgłasza się do szpitala z bólem brzucha. Badania wykazują ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i pacjent przechodzi zabieg operacyjny usunięcia wyrostka robaczkowego.

Stan główny: Ból brzucha.

Inne stany: Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego.

Objaw „ból brzucha" został zarejestrowany jako stan główny; jednak ustalono, że jest on spowodowany zapaleniem wyrostka robaczkowego. Dlatego osoba odpowiedzialna za kodowanie umieralności powinna ponownie wybrać i zakodować ostre zapalenie wyrostka robaczkowego jako „stan główny".

Przykład 3:

Chory z rozpoznaną POChP zostaje przyjęty do szpitala z ostrą niewydolnością oddechową, która po zbadaniu okazuje się być spowodowana ostrym zaostrzeniem POChP.

Stan główny: Ostra niewydolność oddechowa.

Inny stan: Ostre zaostrzenie POChP.

Jako chorobę główną zarejestrowano objaw „ostra niewydolność oddechowa"; jednak ustalono, że jest on spowodowany zaostrzeniem POChP z ostrym zaostrzeniem. Dlatego osoba odpowiedzialna za kodowanie umieralności powinna ponownie wybrać i zakodować POChP jako „stan główny".

2.23.6.3. MB3 - Oznaki chorobowe i objawy zarejestrowane jako „stan główny" z alternatywnymi stanami zarejestrowanymi jako przyczyna

W przypadku, gdy objaw lub oznaka chorobowa jest zarejestrowany/a jako „stan główny" wraz z dokumentacją, że może być spowodowany/a takim lub innym stanem, należy wybrać objaw jako „stan główny".

Przykład 1:

Stan główny: Ból głowy spowodowany napięciem lub ostrym zapaleniem zatok.

Objaw „ból głowy" jest rejestrowany jako stan główny z dwiema możliwymi przyczynami; dlatego osoba odpowiedzialna za kodowanie umieralności powinna zakodować ból głowy jako „stan główny".

2.23.7. Kodowanie chorobowości z wykorzystaniem rozpoznania końcowego (postkoordynacji)

Istotną nową funkcją w ICD-11 jest wbudowana funkcjonalność służąca do późniejszej koordynacji szczegółów związanych z koncepcjami diagnostycznymi, patrz Sekcja 2.10.2 Łączenie kodów podstawowych i kodów rozszerzających oraz ich kolejność w złożonym klastrze kodów i Sekcja 2.10.1 Dodawanie szczegółów - rozpoznanie końcowe (postkoordynacja) i kodowanie klastra z wieloma kodami podstawowymi i kodami rozszerzającymi.

Kodowanie pojęć diagnostycznych opisanych przez lekarza w ramach rozpoznania końcowego (postkoordynacji) ilustrują następujące przykłady:

Przykład 1

Pacjent zostaje przyjęty do szpitala w celu przeprowadzenia laserowego leczenia retinopatii cukrzycowej z powodu cukrzycy typu 2. Leki stosowane przez pacjenta w leczeniu nadciśnienia tętniczego w trakcie przyjęcia do szpitala, wymagały kilkukrotnej korekty przed wypisem. Jako chorobę główną należy zakodować retinopatię cukrzycową, nieokreśloną, później należy przeprowadzić postkoordynację z kodem podstawowym cukrzycy typu 2 (9B71.0Z/5A11). Jako chorobę dodatkową należy zakodować Nadciśnienie samoistne (pierwotne) (BA00.Z).

W przypadku kodowania chorobowości, kolejność kodów w pierwszym klastrze w Przykładzie 1 jest następująca: retinopatia cukrzycowa uporządkowana jako pierwsza, ponieważ jest to retinopatia cukrzycowa, która spełnia definicję stanu głównego, a następnie stan będący przyczyną, cukrzycę typu 2. (Uwaga: Klasyfikacja nakazuje zakodować również rodzaj cukrzycy.)

W przypadkach, w których ustalony związek przyczynowy nie jest udokumentowany lub nie można go wywnioskować, wówczas dwa kody podstawowe nie mogą należeć do tego samego klastra.

Przykład 2

Pacjent przyjęty w celu usunięcia zaćmy po stronie prawej. Pacjent choruje również na cukrzycę typu 2 i został zbadany przez endokrynologa i dietetyka pod kątem długoterminowej diety i planu leczenia insuliną. Należy zakodować chorobę główną jako Zaćma, nieokreślona, po stronie prawej (9B10&XK9K). Należy zakodować chorobę dodatkową jako Cukrzyca typu 2 (5A11).

Przykład 2 pokazuje postkoordynację, w której związek przyczynowy między zaćmą a cukrzycą typu 2 nie został udokumentowany i nie można go wywnioskować; dlatego dwa kody podstawowe dla każdej choroby są zgłaszane oddzielnie. W tym przypadku zastosowano postkoordynację w odniesieniu do lateralizacji dla zaćmy.

2.23.7.1. Zasady dla osoby odpowiedzialnej za kodowanie umieralności odnośnie używania kodów rozszerzających

Dodawanie szczegółów do kodów podstawowych za pomocą kodów rozszerzających

Kody rozszerzające typu 2 (nowa sekcja kodów w ICD-11) zapewniają odrębne kody, które służą jako flagi modyfikujące koncepcję służące do oznaczania, w jaki sposób rozpoznanie ma być wykorzystywane i/lub interpretowane. Przykłady tych modyfikatorów kodu rozszerzającego obejmują:

- Rodzaje rozpoznania przy wypisie (stan główny; początkowy powód wizyty lub przyjęcia do szpitala);
- Pewność rozpoznania (rozpoznanie wstępne; rozpoznanie różnicowe)
- Czas rozpoznania (obecne przy przyjęciu do szpitala; rozwinęło się po przyjęciu do szpitala; niepewny czas wystąpienia w stosunku do przyjęcia do szpitala)

Więcej informacji na temat wykorzystania wszystkich dostępnych kodów rozszerzających można znaleźć w Sekcji 2.9 Kody rozszerzające.

Przykład 1

Pacjent zostaje przyjęty do szpitala z bólem w klatce piersiowej, a po badaniu zostaje rozpoznany zawał mięśnia sercowego, a następnie udar mózgu, który doprowadził do trwającej miesiąc hospitalizacji. Zawał mięśnia sercowego jest kodowany jako stan główny, ponieważ był to powód przyjęcia do szpitala ustalony na koniec hospitalizacji. Udar jest kodowany oddzielnie i może być później skoordynowany za pomocą flagi kodu rozszerzającego typu rozpoznania, który wskazuje, że rozpoznanie udaru wystąpiło po przyjęciu do szpitala.

Tego typu system rozpoznania z flagami spełnia cele krajów, które chcą zasady kodowania powodu przyjęcia do szpitala, a jednocześnie spełnia cele krajów, które chcą mieć możliwość wyciągania wniosków dotyczących powikłań w czasie opieki i zużycia zasobów (co ma znaczenie dla systemu Casemix oraz oceny bezpieczeństwa i jakości opieki w odniesieniu do pacjentów).

2.23.8. Kodowanie „związków przyczynowych” z dokumentacji lekarza

Czasami stany, które mają związek przyczynowy, są wyraźnie dokumentowane przez lekarza, używając terminów takich jak „spowodowane przez”, „wywołane przez” lub „wynikające z”. Te określenia łączące

wskazują, że pracownik ochrony zdrowia utworzył związek przyczynowy pomiędzy, na przykład, stanem A ze względu na stan B. Czasami jednak stany są dokumentowane za pomocą określeń łączących, takich jak „z", „po", „w" i „następujące po", które są niejednoznaczne dla osoby odpowiedzialnej za kodowanie umieralności. Gdy udokumentowane są niejednoznaczne określenia i nie jest jasne, czy lekarz ma na myśli związek przyczynowy, czy nie, osoba odpowiedzialna za kodowanie umieralności powinna zakodować każdy stan osobno i nie łączyć stanów w klaster.

Łączenie w klaster (rozpoznanie końcowe (postkoordynacja)) jest szczególnie godną uwagi nową funkcją w ICD-11, która umożliwiła wprowadzenie nowych, solidnych mechanizmów kodowania klinicznego służących do zapisywania informacji klinicznych w takich wymiarach jak:

- kodowanie jakości i bezpieczeństwa dotyczące urazów i szkód związanych z opieką zdrowotną (patrz trzyczęściowy model opisany w Sekcji 2.23.20.1)
- uraz i zewnętrzna przyczyna urazu
- dodanie szczegółów klinicznych za pomocą kodów rozszerzających
- określenie typu rozpoznania i czasu rozpoznania za pomocą kodów rozszerzających
- kompleksowy opis późnych skutków (następstw) wynikających z wcześniejszych chorób (patrz Sekcja 2.21.6)
- opis powiązanych ze sobą rozpoznań w postaci kodu podstawowego, w przypadku których istnieje między nimi wyraźny związek przyczynowy.
- Szerzej o wnioskowaniu przyczynowym w kontekście jakości i bezpieczeństwa patrz Sekcja 2.23.20.2 Przyczynowość w kontekście jakości i bezpieczeństwa.

2.23.9. Kodowanie podejrzewanych chorób lub objawów, nieprawidłowych wyników badań i sytuacji niezwiązanych z chorobą

W przypadku, gdy epizod opieki medycznej dotyczył pacjenta hospitalizowanego, osoba odpowiedzialna za kodowanie umieralności powinna zachować ostrożność przy klasyfikowaniu stanu głównego do Rozdziału 21 Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, niesklasyfikowane gdzie indziej, oraz Rozdziału 24 Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z systemem opieki zdrowotnej. W przypadku, gdy do końca pobytu w szpitalu nie postawiono bardziej szczegółowego rozpoznania lub jeśli rzeczywiście nie było możliwej do zakodowania aktualnej choroby lub urazu, dopuszczalne są kody z powyższych rozdziałów. Kategorie mogą być używane w rutynowy sposób dla innych epizodów kontaktu z ochroną zdrowia.

W przypadku, gdy po epizodzie opieki medycznej główny stan chorobowy jest rejestrowany jako „podejrzewany", „wątpliwy" itp. i nie ma dalszych informacji ani wyjaśnień, podejrzane rozpoznanie należy zakodować tak, jakby zostało ustalone.

Przykład 1

Stan główny: Podejrzenie ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego. Jeśli nie ma dalszych informacji wskazujących, że osiągnięto ostateczne rozpoznanie, należy zakodować w kategorii Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, nieokreślone (DC12.0Z) jako „stan główny".

Przykład 2

Stan główny: Ciężkie krwawienie z nosa. Pacjent w szpitalu przez jeden dzień. Nie zgłoszono żadnych zabiegów ani badań. Należy zakodować do kategorii Krwawienie z nosa (MD20). Chociaż krwawienie z nosa jest oznaką chorobową/objawem, kodowanie takie jest dopuszczalne, ponieważ pacjent niewątpliwie został przyjęty do szpitala wyłącznie w celu opanowania stanu nagłego.

2.23.10. Kodowanie za pomocą kategorii łączonych

ICD zapewnia pewne kategorie, w których dwa stany lub stan i powiązany proces wtórny mogą być oznaczone za pomocą jednego kodu (tj. koncepcja kodu z rozpoznaniem wstępnym "prekoordynacją"). Tego typu kategorie łączone powinny być stosowane tam, gdzie zapisywane są odpowiednie informacje.

Przykład 1:

Stan główny: Przewlekła choroba nerek (PChN), stadium 4 wtórna do nadciśnieniowej choroby nerek; Inny stan: Nadciśnienie samoistne (pierwotne); Należy zakodować w kategorii Przewlekła choroba nerek, stadium 4 (GB61.4) i dodać kategorię Choroba nadciśnieniowa nerek (BA02) do klastra. Klaster obejmujący stan główny: GB61.4/BA02 Inny stan: BA00 Nadciśnienie samoistne

Przykład 2:

Stan główny: Jaskra wtórna w stanach zapalnych oka; Należy zakodować do kategorii 9C61.24 Jaskra wtórna w stanach zapalnych oka. Jest to po rozpoznaniu wstępnym (prekoordynacji) w ICD-11.

Przykład 3:

Stan główny: Zaćma cukrzycowa. Cukrzyca typu 1; Inne stany: Należy zakodować Zaćma cukrzycowa (9B10.21) oraz należy „zakodować również" typ cukrzycy (5A10). Należy przeprowadzić rozpoznanie końcowe (postkoordynację) kodu podstawowego dla zaćmy cukrzycowej i kodu podstawowego dla cukrzycy typu 1. Klaster stanu głównego: 9B10.21/5A10. Nadciśnienie tętnicze nie jest związane z zaćmą ani cukrzycą, więc nie jest częścią klastra. Jest kodowane jako „choroba współistniejąca/dodatkowa".

Przykład 4:

Stan główny: Reumatoidalne zapalenie stawów; Inne stany: Nadciśnienie tętnicze, Cukrzyca typu 2, Zaćma; Należy zakodować do kategorii Reumatoidalne zapalenie stawów, serologia nieokreślona (FA20.Z) jako stan główny. Inne stany należy zakodować oddzielnie (nadciśnienie tętnicze (BA00.Z), cukrzyca typu 2 (5A11), zaćma (9B10.Z)). W przypadku, gdy jakiekolwiek opcjonalne kody rozszerzające zostaną dodane do dowolnego stanu, wówczas klaster jest tworzony w stosownych przypadkach, ponieważ kodów rozszerzających nie można zgłaszać samodzielnie. Należy zauważyć, że w tym

przykładzie nie można powiązać zaćmy z cukrzycą (poprzez łączenie w klastry), ponieważ zaćma nie została udokumentowana jako zaćma cukrzycowa. W takim przypadku nie ma połączenia wskazującego na możliwość stworzenia klastra.

Stan główny: FA20.Z Inny stan: BA00.Z Inny stan: 5A11 Inny stan: 9B10.Z

2.23.11. Kodowanie z wykorzystaniem zewnętrznych przyczyn chorobowości

W przypadku urazów i innych chorób spowodowanych przyczynami zewnętrznymi należy zakodować zarówno charakter choroby, jak i okoliczności przyczyny zewnętrznej. Preferowanym kodem „stanu głównego" powinien być kod opisujący charakter choroby. Często, ale nie zawsze, można to zaklasyfikować do Rozdziału 22 „Urazy, zatrucia i określone skutki działania czynników zewnętrznych". Kod z Rozdziału 23 „Zewnętrzne przyczyny śmiertelności i zachorowalności" wskazujący na przyczynę zewnętrzną jest przypisany jako kod dodatkowy i skoordynowany z charakterem stanu chorobowego, ponieważ może być traktowany jako modyfikator. Patrz również Sekcja 2.23.20.1.

Przykład 1:

Stan główny: Złamanie szyjki kości udowej spowodowane upadkiem; Inne stany: Stłuczenia łokcia i ramienia. Lekarz uznał złamanie jako stan główny, a ponieważ nie ma innych informacji, które skłoniłyby osobę odpowiedzialną za kodowanie umieralności do kwestionowania zarejestrowanego stanu głównego, osoba odpowiedzialna za kodowanie umieralności powinna zakodować Złamanie szyjki kości udowej, nieokreślone (NC72.2Z) jako „stan główny". Kod przyczyny zewnętrznej Niezamierzony upadek z nieokreślonej wysokości (PA6Z) jest używany jako dodatkowy kod powiązany z kodem złamania poprzez postkoordynację. Stłuczenie łokcia (NC30.1) i Stłuczenie ramienia (NC10.1) jest kodowane jako kolejna grupa chorób, a kod przyczyny zewnętrznej Niezamierzony upadek (PA6Z) jest powiązany z kodem stłuczenia poprzez postkoordynację.

Klaster stanu głównego: NC72.2Z/PA6Z Klaster innego stanu: NC30/NC30.1/NC10.1

Przykład 2:

Stan główny: Złamanie biodra spowodowane upadkiem; Inny stan: Ciężka hipotermia wynikająca z narażenia na zimną pogodę; Należy zakodować do kategorii NC72.2Z Złamanie szyjki kości udowej, nieokreślone jako „stan główny" i przeprowadzić postkoordynację z kodem przyczyny zewnętrznej dla kategorii PA6Z Niezamierzony upadek z nieokreślonej wysokości. Jako „inny stan" należy zakodować hipotermię (NF02) i przeprowadzić postkoordynację z kodem przyczyny zewnętrznej PB16. Klaster stanu głównego: NC72.2Z /PA6Z Klaster innego stanu: NF02/PB16

Przykład 3:

Stan główny: Podwójne widzenie w wyniku reakcji na działanie antyhistaminowe leku stosowanego zgodnie z zaleceniami należy zakodować do kategorii Podwójne widzenie 9D46, a później przeprowadzić postkoordynację kodu przyczyny zewnętrznej w kategorii PL00 Leki, substancje lecznicze lub substancje biologiczne związane z urazem lub szkodą w przebiegu procesu leczniczego oraz PL13.2 Uraz lub uszkodzenie związane z lekami w kontekście prawidłowego podania lub dawkowania, jako mechanizm urazu lub uszkodzenia. Można dodać opcjonalny kod rozszerzający w celu identyfikacji konkretnego leku, jakim był lek przeciwhistaminowy XM4J58.

Klaster stanu głównego: 9D46/PL00&XM4J58/PL13.2

2.23.12. Kodowanie stanów ostrych i przewlekłych zarejestrowanych jako stan główny

W przypadku, gdy stan główny jest zarejestrowany jako ostry (lub podostry) i przewlekły, a ICD zapewnia oddzielne kategorie lub podkategorie dla każdego z nich, ale nie dla połączenia, kod stanu ostrego należy podać jako stan główny (choroba odpowiadająca za przyczynę przyjęcia do szpitala ustaloną pod koniec opieki). W przypadku, gdy podano odpowiedni kod łączący zarówno dla stanu ostrego, jak i przewlekłego, należy przypisać kod połączony jako stan główny.

Przykład 1:

Stan główny: Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego w przebiegu przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego; Należy zakodować DC12.00 Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego w przebiegu przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego jako „stan główny". Jest to przykładowe połączenie kodu zarówno dla stanu ostrego, jak i przewlekłego w ICD-11.

Przykład 2:

Stan główny: Ostre zaostrzenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc; Należy zakodować do kategorii CA22.0 Przewlekła obturacyjna choroba płuc w okresie ostrego zaostrzenia, nieokreślona jako „stan główny", ponieważ ICD zapewnia odpowiedni pojedynczy, kod po rozpoznaniu wstępnym (prekoordynacji) dla tego połączenia.

2.23.13. Kodowanie urazów lub szkód powstałych w wyniku opieki chirurgicznej lub medycznej

Patrz Sekcja 2.23.20.1 Przegląd zestawu kodów w ICD-11 odnoszących się do jakości i bezpieczeństwa pacjenta.

2.23.14. Kodowanie niepożądanych zdarzeń i okoliczności w opiece zdrowotnej, które nie powodują rzeczywistego urazu lub szkody

Patrz Sekcja 2.23.20.1 Przegląd zestawu kodów w ICD-11 odnoszących się do jakości i bezpieczeństwa pacjenta.

2.23.15. Kodowanie przewlekłych stanów pozabiegowych

Większość rozdziałów dotyczących układów ludzkiego organizmu zawiera również kategorie dla stanów chorobowych utrwalonych (przewlekłych), które występują albo w wyniku wykonania określonych zabiegów i zastosowania technik, albo w wyniku usunięcia narządu, np. zespół obrzęku limfatycznego po mastektomii, niedoczynność tarczycy po napromienianiu. Natychmiastowe lub ostre stany, które występują w wyniku zabiegu, mogą wymagać kodowania za pomocą 3-częściowego modelu jakości i bezpieczeństwa. Patrz również Sekcja 2.23.20.1 Przegląd zestawu kodów w ICD-11 odnoszących się do jakości i bezpieczeństwa pacjenta. Kategorie stanów pozabiegowych nie mają kodów rezydualnych (tj. „inne" i „nieokreślone"). Jest to celowe, aby uniemożliwić użytkownikom przypadkowe zaklasyfikowanie stanów do tych kategorii, które w rzeczywistości powinny być sklasyfikowane gdzie indziej.

2.23.16. Kodowanie elementów „w wywiadzie” i „w wywiadzie rodzinnym”

Rozdział 24 „Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z systemem opieki zdrowotnej” w zakresie klasyfikacji zawiera szereg kodów opisujących zarówno wywiad dotyczących różnych chorób własnych, jak i wywiad rodzinny dotyczący różnych chorób. Klasyfikację tego udokumentowanego pojęcia można zakodować na dwa sposoby.

Opcja 1: Należy przypisać samodzielny odpowiedni kod podstawowy z rozdziału 24 „wywiad” (lub „wywiad rodzinny”).

Opcja 2: Należy przypisać odpowiedni kod podstawowy z Rozdziału 24 w klastrze z kodem z innego rozdziału, aby uściślić, czym była poprzednia „choroba”. Kolejność kodów podstawowych w klastrze obejmuje zawsze najpierw kod podstawowy „w wywiadzie”, po którym następują wszelkie inne kody, które można dodać w celu uzyskania szczegółów.

Przykład 1:

Pacjent ma w wywiadzie raka esicy, który został usunięty w celu wyleczenia. Kod: QC40.0 Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego w wywiadzie/2B90.3Z Nowotwór złośliwy esicy, nieokreślony.

W przykładzie 1 dopuszczalne jest zakodowanie tylko QC40.0, ponieważ kod po prostu oddaje założenie, że pacjent ma w wywiadzie raka przewodu pokarmowego. Jednak udokumentowana koncepcja kliniczna (rak esicy w wywiadzie) jest w pełni opisana za pomocą mechanizmu tworzenia klastrów i łączenia kodów podstawowych QC40.0/2B90.3Z.

Przykład 2:

Pacjent ma w wywiadzie rodzinnym zwyrodnienie plamki. Kod: QC66 Obciążenie rodzinne chorobami oczu lub uszu/9B78.3Z Zwyrodnienie plamki lub bieguna tylnego, nieokreślone.

2.23.17. Kodowanie stanu „wykluczonego”

Organizowanych jest wiele spotkań w celu oceny stanu pacjentów pod kątem podejrzeń, a następnie ustalenia, po przeprowadzeniu badań, że u pacjenta dana choroba nie występuje. W dokumentacji medycznej takie scenariusze często określane są terminem „wykluczony”. Niezbędne jest, aby systemy informacji zdrowotnej miały możliwość zgłaszania takiej diagnostyki.

ICD-11 zawiera szereg kodów, których można użyć do opisania diagnostyki, w której podejrzewany stan został „wykluczony”. Pojawiają się one w Rozdziale 24 jako kody podrzędne kategorii QA02 Obserwacja lekarska lub badanie w kierunku podejrzewanej choroby lub stanu, wykluczenie. Niektóre spośród tych kodów określają podejrzewaną chorobę, o której mowa:

Obserwacja w kierunku podejrzenia nowotworu złośliwego, wykluczenie.

Obserwacja w kierunku podejrzenia gruźlicy, wykluczenie.

Obserwacja w kierunku podejrzenia alergii lub nadwrażliwości, wykluczenie.

W wielu innych typowych scenariuszach nie ma kodu dla określonego podejrzewanego stanu i w takim przypadku stosuje się kategorię, QA02.Y Obserwacja lekarska lub badanie w kierunku innej

podejrzewanej choroby lub innego stanu, wykluczenie. W takich przypadkach można wykorzystać postkoordynację do określenia podejrzewanej choroby, która została wykluczona. Klasyfikacja udokumentowanego pojęcia „wykluczony" może być zakodowana na dwa sposoby. Opcja 1: Należy przypisać odpowiedni samodzielny kod z kategorii QA02 Obserwacja lekarska lub badanie w kierunku podejrzewanej choroby lub stanu, wykluczenie. Opcja 2: Należy przypisać odpowiedni kod z kategorii QA02 Obserwacja lekarska lub badanie w kierunku podejrzewanej choroby lub stanu, wykluczenie, w klastrze z kodem z innego rozdziału w celu uściślenia jaka była podejrzewana choroba, która została wykluczona. Kolejność kodów podstawowych w klastrze jest taka, że zawsze pierwszym kodem podstawowym jest QA02.

Przykład 1

Pacjent przyjęty z podejrzeniem zakrzepicy żył głębokich kończyny dolnej, która po zbadaniu została wykluczona i nie jest konieczna kontrola. Stan główny: Wykluczono zakrzepicę żył głębokich. Należy zakodować klaster stanu głównego: QA02.Y/BD71.4

Objaśnienie: QA02.Y wskazuje, że inna określona choroba została wykluczona, a rozpoznanie końcowe (postkoordynacja) umożliwia określenie podejrzewanego stanu (zakrzepica żył głębokich kończyny dolnej).

Przykład 2

Znaleziono dziecko bawiące się pustą butelką po paracetamolu. Matka nie jest pewna, czy w butelce były jakieś tabletki. Dziecko zostaje przewiezione do szpitala i po wykonaniu badań ustalono, że dziecko nie połknęło żadnych tabletek. Stan główny: Wykluczono niezamierzone spożycie paracetamolu. Kod: QA02.5 Obserwacja w kierunku podejrzewanego zatrucia drogą pokarmową, wykluczenie. Objaśnienie: W tym przykładzie, QA02.5 określa stan, który został wykluczony.

2.23.18. Kodowanie chorób udokumentowanych jako następstwo (późny efekt)

„Następstwa" obejmują szczątkowe skutki chorób lub zaburzeń, urazów lub zatruć określonych jako takie lub jako późne skutki, zatrzymanego, wyleczonego, wygojonego, nieaktywnego, starego lub niemego stanu, chyba że istnieją dowody na aktywną chorobę. Choroby udokumentowane jako następstwo (późny efekt) będą zazwyczaj klasyfikowane przy użyciu rozpoznania końcowego (postkoordynacji) w zależności od przypadku.

Klaster powinien zawierać:

po pierwsze, kod podstawowy identyfikujący konkretną manifestację (tj. charakter skutku) i

po drugie, kod podstawowy oznaczający „późny efekt" (albo kod z rozdziałów dotyczących układu organizmu, albo kod z rozdziału 24 Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z systemem opieki zdrowotnej)

po trzecie, jeśli jest to wymagane, kod podstawowy oznaczający wcześniejszy stan powodujący następstwa

Uwaga: Kodowanie następstw urazu ze wszystkimi szczegółami będzie wymagało czterech kodów w klastrze, przy czym czwarty kod jest kodem przyczyny zewnętrznej.

Przykład 1:

Przykurcz stawu występujący jako późny efekt wcześniejszego oparzenia. Należy zakodować klaster: FA34.3 Przykurcze w stawach QC50 Późny efekt wcześniejszego problemu zdrowotnego, niesklasyfikowany gdzie indziej NE11 Oparzenie nieokreślonego obszaru ciała PB1Z Niezamierzone narażenie na nieokreślone czynniki termiczne.

Przykład 2:

Porażenie połowicze występuje jako późny efekt przebytego udaru niedokrwiennego mózgu. Należy zakodować klaster: MB53.Z Porażenie połowicze, nieokreślone 8B25.0 Późne następstwa udaru niedokrwiennego mózgu. Uwaga: W przykładzie 2 pojęcie późnego skutku i wyjściowej przyczyny jest już po rozpoznaniu wstępnym (prekoordynacji) w kodzie podstawowym 8B25.0.

2.23.19. Standardy i instrukcje kodowania urazów

Definicja WHO określenia „uraz" brzmi: „ostre narażenie na czynniki fizyczne, takie jak energia mechaniczna, ciepło, elektryczność, substancje chemiczne i promieniowanie jonizujące oddziałujące z ciałem w ilościach lub w tempie przekraczającym próg tolerancji człowieka. W niektórych przypadkach (np. utonięcia i odmrożenia) urazy wynikają z nagłego braku niezbędnych czynników, takich jak tlen czy ciepło". Urazy można dzielić na wiele sposobów. Jednak w większości dla celów analitycznych i oceny możliwości interwencji szczególnie przydatny jest podział urazów według tego, czy zostały one zadane celowo i przez kogo. Powszechnie używany podział to:

- niezamierzone (tj. przypadkowe)
- celowe (tj. intencjonalne)
- interpersonalne (np. napaść i zabójstwo)
- samouszkodzenia (np. nadużywanie narkotyków i alkoholu, samouszkodzenie, samobójstwo)
- interwencja prawna (np. działanie policji lub innych organów ścigania)
- wojna, powstanie i rozruchy (np. demonstracje i zamieszki)
- zamiar nieokreślony

W odniesieniu do zbioru zdarzeń powodujących urazy stosuje się zestaw definicji. Patrz Sekcja „Definicja dotycząca wypadków w transporcie" poniżej.

2.23.19.1. Opisy dotyczące zdarzeń związanych z urazami w transporcie

a) „Obrażenia związane ze zdarzeniem w transporcie" to wszystkie niezamierzone obrażenia ciała związane z urządzeniem zaprojektowanym lub używanym głównie do przewożenia osób lub towarów z jednego miejsca do drugiego.

b) Droga publiczna (jezdnia) lub ulica to cała szerokość pomiędzy liniami nieruchomości (lub innymi liniami granicznymi). Obejmuje ona przestrzeń otwartego terenu publicznego wykorzystywanego do przemieszczania osób lub mienia z jednego miejsca do drugiego. Jezdnia

to ta część drogi publicznej zaprojektowana, ulepszona i zwyczajowo wykorzystywana do ruchu kołowego.

c) Obrażenia związane ze zdarzeniem drogowym to wszelkie niezamierzone obrażenia powstałe na drodze publicznej [tj. rozpoczynający się, kończący się lub obejmujący pojazd częściowo na autostradzie]. Zakłada się, że nieumyślne uszkodzenie pojazdu nastąpiło na drodze publicznej, chyba że określono inne miejsce, z wyjątkiem przypadku niezamierzonego urazu obejmującego wyłącznie poza drogowe pojazdy silnikowe, które są klasyfikowane jako nieumyślne obrażenia niespowodowane ruchem drogowym, chyba że określono inaczej.

d) Obrażenia związane ze zdarzeniem poza drogą niezwiązane z ruchem drogowym to wszystkie niezamierzone obrażenia, które powstały w całości w miejscu innym niż droga publiczna.

e) Pieszy to każda osoba, która w sposób nieumyślny doznała obrażeń, która w czasie zdarzenia nie znajdowała się w pojeździe silnikowym, pociągu, tramwaju, autobusie, pojeździe ciągniętym przez zwierzę lub innym pojeździe, ani na rowerze lub na koniu. Piesi to między innymi:

- osoby zmieniające opony w pojeździe,
- osoby wykonujące regulację silnika pojazdu,
  znajdujące się na lub w przedmiotach, które pomagają w transporcie pieszym, do których należą:
  - wózek dla dzieci
  - łyżwy
  - wózek głęboki
  - wózek spacerowy
  - łyżworolki
  - skuter
  - deskorolka
  - narty
  - sanki
  - wózek inwalidzki (z napędem)

f) Kierowca to osoba znajdująca się w pojeździe transportu lądowego, który nim kieruje lub zamierza nim kierować.

g) Pasażerem jest każdy uczestnik/uczestniczka pojazdu transportu lądowego inny niż kierowca. Nie obejmuje: osoby podróżującej poza pojazdem - patrz definicja (h) poniżej.

h) Osoba „podróżująca na” pojeździe transportowym obejmuje każdą osobę przewożoną pojazdem, ale nie zajmującą miejsca normalnie zarezerwowanego dla kierowcy lub pasażerów lub miejsca przeznaczonego do przewozu mienia
„Podróżowanie na” obejmuje:

- Karoserię
- zderzak [błotnik]
- zwisanie na zewnątrz
- dach (bagażnik)
- podest
- schodek

i) Rower na pedały to każdy pojazd transportu lądowego z napędem wyłącznie na pedały.
Obejmuje: rower trójkołowy Nie obejmuje: rower motorowy - patrz definicja (k)

j) Rowerzysta to każda osoba jadąca na rowerze z pedałami lub w przyczepce lub przyczepie przymocowanej do takiego pojazdu.

k) Motocykl to dwukołowy pojazd silnikowy z jednym lub dwoma siodłami do jazdy, a czasem z trzecim kołem do podparcia wózka bocznego. Wózek boczny jest uznawany za część motocykla.
Obejmuje:

- motorower, skuter, motocykl:
  - BNO
  - Połączenie
  - z wózkiem bocznym
  - motoryzowany rower
  - rower silnikowy z ograniczoną prędkością
    Nie obejmuje: trójkołowiec z napędem silnikowym - patrz definicja (m)

l) Motocyklista to każda osoba jadąca na motocyklu lub w wózku bocznym lub przyczepie przymocowanej do takiego pojazdu.

m) Trójkołowy pojazd silnikowy to zmotoryzowany trójkołowiec przeznaczony głównie do użytku drogowego
Obejmuje:

- trójkołowiec z napędem silnikowym
- zmotoryzowana riksza

- samochód trzykołowy

Nie obejmuje:

- motocykl z wózkiem bocznym - patrz definicja (k)
- specjalny pojazd terenowy - patrz definicja (x)

n) Samochód (automobil) to lekki pojazd transportowy z czterema lub więcej kołami przeznaczony głównie do przewozu do 10 osób. Przyczepa lub przyczepa kempingowa ciągnięta przez samochód jest uważana za część samochodu.
Obejmuje: minibus

o) Pojazd silnikowy lub pojazd może odnosić się do różnych pojazdów transportowych. Należy ustalić lokalne użycie terminów w celu określenia odpowiedniego kodu. W przypadku, gdy terminy są używane niejednoznacznie, należy użyć kodu „nieokreślony". W przypadku, gdy terminy są używane niejednoznacznie, należy użyć kodu „nieokreślony".

p) Lekki pojazd dostawczy (pick-up lub van) to pojazd silnikowy z czterema lub więcej kołami przeznaczony głównie do przewożenia ładunków po drogach, ważący mniej niż lokalna granica klasyfikacji jako pojazd ciężarowy (zwykle mniej niż 3500 kg), i nie wymaga specjalnego prawa jazdy. Przyczepa lub przyczepa kempingowa ciągnięta przez lekki samochód dostawczy jest uważana za część pojazdu.

q) Pojazd ciężarowy to pojazd silnikowy przeznaczony przede wszystkim do przewożenia ładunków po drogach, spełniający lokalne kryteria klasyfikacji jako pojazd ciężarowy pod względem masy własnej (zwykle powyżej 3500 kg) i wymagający specjalnego prawa jazdy.

r) Autobus to pojazd silnikowy zaprojektowany lub przystosowany głównie do przewozu więcej niż 10 osób i wymagający do prowadzenia specjalnego prawa jazdy.

s) Pociąg lub pojazd szynowy to każde urządzenie, z wagonami lub bez, przeznaczone do ruchu po szynach kolejowych.
Obejmuje:

- międzymiastowy:
- samochód elektryczny
- tramwaj (eksploatowany głównie na własnym pasie drogowym, nieotwartym dla innego ruchu) pociąg kolejowy dowolna moc [wysokoprężny] [elektryczny] [parowy]
- kolejka linowa
- jednoszynowy lub dwuszynowy pojazd podziemny lub poruszający się na powierzchni, inny przeznaczony do poruszania się po torze kolejowym

Nie obejmuje:

- międzymiastowe pojazdy elektryczne (tramwaje) przeznaczone do eksploatacji na pasach drogowych stanowiących część drogi publicznej lub autostrady - patrz definicja (t)

t) Tramwaj to pojazd zaprojektowany i używany głównie do przewozu osób na terenie miasta, poruszający się po szynach, zwykle podlegający przyjętym zasadom ruchu drogowego i eksploatowany głównie na pasie drogowym, który stanowi część jezdni. Przyczepa ciągnięta przez tramwaj jest uważana za część tramwaju.
Obejmuje:

- międzymiastowy pojazd elektryczny lub tramwaj, jeżeli jest przeznaczony do poruszania się po ulicy;
- tramwaj (samochód)
- wózek (samochód)

u) Pojazd specjalny używany głównie na terenach przemysłowych to pojazd silnikowy przeznaczony głównie do użytku w budynkach i na terenie zakładów przemysłowych lub handlowych.
Obejmuje:

- zasilany akumulatorem:
- lotniskowy pojazd pasażerski
- ciężarówka (bagażowa) (pocztowa)
- węglarki w kopalni
- wózek (widłowy)
- pojazd do przewozu dłużyc
- samochód ciężarowy samojezdny, przemysłowy
- wózek bagażowy stacji (zasilany)
- tramwaj, ciężarówka lub wagon (z napędem) w kopalni lub kamieniołomie

v) Specjalnym pojazdem używanym głównie w rolnictwie jest pojazd silnikowy przeznaczony specjalnie do użytku na farmie i w rolnictwie (ogrodnictwie), na przykład do pracy na roli, pielęgnacji i zbioru plonów oraz transportu materiałów w gospodarstwie.
Obejmuje:

- kombajn zbożowy
- samojezdne maszyny rolnicze
- ciągnik (i przyczepa)

w) Specjalny pojazd budowlany to pojazd silnikowy zaprojektowany specjalnie do użytku na budowie (i przy rozbiórce) dróg, budynków i innych konstrukcji.
Obejmuje:

- spychacz
- koparka
- ciężarówka wywrotka
- niwelator
- łopata mechaniczna
- walec drogowy

x) Specjalny pojazd terenowy to pojazd silnikowy o specjalnej konstrukcji, który umożliwia mu pokonywanie nierównego lub miękkiego terenu lub śniegu. Przykładami specjalnej konstrukcji jest wysoka konstrukcja, specjalne koła i opony, gąsienice oraz podparcie na poduszce powietrznej.
Obejmuje: - poduszkowiec poruszający się na lądzie lub na bagnie - skuter śnieżny
Nie obejmuje: poduszkowiec poruszający się na otwartej wodzie - patrz definicja (y)

y) Jednostka pływająca to dowolne urządzenie do przewozu pasażerów lub towarów po wodzie.
Obejmuje: poduszkowiec BNO

z) Samolot to statek powietrzny służący do transportu pasażerów lub towarów w powietrzu.

2.23.19.2. Instrukcje dotyczące klasyfikacji i kodowania niezamierzonych obrażeń spowodowanych transportem

Zdarzenia związane z wypadkami transportowymi są wliczane do oficjalnych statystyk, jeśli są niezamierzone.

1. Jeśli zdarzenie nie jest sprecyzowane, czy było to zdarzenie związane z ruchem drogowym, czy też zdarzeniem niezwiązanym z wypadkami drogowymi, należy zastosować następujące definicje:

   b) Należy klasyfikować jako obrażenie związane z wypadkiem drogowym, gdy zdarzenie można zaklasyfikować do kategorii ruchu drogowego.

   c) Należy klasyfikować jako obrażenie niezwiązane z ruchem drogowym, gdy zdarzenie można zaklasyfikować do kategorii niezwiązanych z ruchem drogowym.

W tych kategoriach ofiarą jest pieszy lub pasażer pojazdu przeznaczonego głównie do używania w terenie.

2. W przypadku zgłoszenia nieumyślnego urazu związanego z więcej niż jednym rodzajem transportu, należy zastosować następującą kolejność pierwszeństwa:

- samoloty i statki kosmiczne
- jednostka pływająca
- inne środki transportu

3. W przypadku, gdy w opisie zdarzenia związanego z urazem w transporcie nie określono ofiary jako pasażera pojazdu, a ofiara jest opisana jako zmiażdżona, wleczona, uderzona, ranna, zabita, przewrócona, przejechana przez jakikolwiek pojazd, w tym:

- jazda na koniu
- pojazd ciągnięty przez zwierzęta
- rower
- spychacz
- autobus
- samochód
- motocykl
- zmotoryzowany trójkołowiec
- pickup
- pojazd rekreacyjny
- tramwaj
- ciągnik
- pociąg
- tramwaj
- ciężarówka
- pojazd dostawczy

Ofiarę należy zaklasyfikować jako pieszego.

4. W przypadku, gdy opisy obrażeń w transporcie nie wskazują roli poszkodowanego, poszkodowanego należy zaklasyfikować jako pasażera lub kierowcę pojazdu, jeśli jest informacja o pojazdach, takich jak:

- samolot
- rower
- łódź

- spychacz
- autobus
- samochód
- motocykl
- zmotoryzowany trójkołowiec
- pickup
- pojazd rekreacyjny
- statek kosmiczny
- ciągnik
- pociąg
- tramwaj
- ciężarówka
- pojazd dostawczy
- jednostka pływająca
- wypadek
- kolizja
- zderzenie
- wrak
- BNO

Ofiarę należy zaklasyfikować jako pasażera lub kierowcę wspomnianego pojazdu. W przypadku, gdy wymieniono więcej niż jeden pojazd, nie należy zakładać, w którym z nich była ofiara, chyba że pojazdy są takie same. Zamiast tego należy zakodować odpowiednie kategorie, biorąc pod uwagę kolejność podaną w uwadze 2 powyżej.

5.W przypadku wypadku związanego z transportem, takiego jak:

- pojazd (silnikowy) (nie silnikowy): - wymknie się spod kontroli (z powodu):
- pęknięta (rozerwana) opona
- zaśnięcie kierowcy
- nieuwaga kierowcy

- nadmierna prędkość
- awaria części mechanicznej powodująca późniejszą kolizję

Niezamierzone obrażenia należy sklasyfikować jako kolizję. W przypadku, gdy doszło do nieumyślnego urazu innego niż kolizja, należy je zaklasyfikować jako obrażenia pozakolizyjne zgodnie z typem pojazdu.

6.W przypadku niezamierzonego urazu z udziałem pojazdu w ruchu, takiego jak:

- niezamierzone zatrucie spalinami powstałymi w wyniku rozbicia jakiejkolwiek części lub wybuchu jakiejkolwiek części pojazdu
- upadek, skok lub nieumyślne wyrzucenie z pojazdu
- pożar, który rozpoczął się w pojeździe
- uderzenie przez przedmiot rzucony w lub na pojazd
- zranienie przez rzucenie o jakąś część lub przedmiot w pojeździe
- uraz spowodowany ruchomą częścią pojazdu
- obiekt wpadający do pojazdu lub na pojazd w ruchu
- spowodowanie późniejszej kolizji

Należy zaklasyfikować jako kolizję.

W przypadku, gdy doszło do wypadku innego niż kolizja, należy zaklasyfikować go jako obrażenia pozakolizyjne zgodnie z typem pojazdu.

Nieumyślne obrażenia spowodowane transportem lądowym opisane jako:

- kolizja (z powodu utraty kontroli) (na autostradzie) pomiędzy pojazdem a:
- wspornikiem (mostu)(estakady)
- spadającym kamieniem
- poręczą lub ogrodzeniem granicznym
- przegrodą pomiędzy jezdniami autostrady
- osuwiskiem (nie poruszającym się)
- przedmiotem rzuconym przed pojazd mechaniczny
- wyspą bezpieczeństwa
- drzewem
- znakiem drogowym lub oznaczeniem (tymczasowym)

- słupem użytkowym
- ścianą wykopu wykonanego na drogę
- innym przedmiotem, nieruchomym, ruchomym lub w ruchu
- przewrócenie (bez kolizji)
- kolizja ze zwierzęciem (w stadach) (bez opieki)
- kolizja z pojazdem ciągnionym przez zwierzę lub zwierzęciem dosiadanym włącznie.

2.23.20. Model koncepcyjny dotyczący jakości i bezpieczeństwa pacjenta

Narażenie na zdarzenia związane z opieką zdrowotną ma czasami niezamierzone i niepożądane konsekwencje. Opieka zdrowotna, osoby, na rzecz których jest świadczona, a także powikłania, które mogą wystąpić w trakcie opieki, są bardzo zróżnicowane i złożone. Ich całościowe ujęcie w systemie informatycznym jest wyzwaniem i obecnie wykracza poza granice praktyczności rutynowych administracyjnych systemów informatycznych tego typu, które mają wykorzystywać ICD. Model koncepcyjny składa się z trzech elementów:

1) **Szkoda** wyrządzona pacjentowi: Jaka była główna konsekwencja dla zdrowia pacjenta?
2) **Przyczyna lub źródło szkody:** Co spowodowało szkodę?
3) **Sposób lub mechanizm powstania:** W jaki sposób? W jaki sposób źródło szkody faktycznie wyrządziło szkodę?

2.23.20.1. Przegląd zestawu kodów w ICD-11 odnoszących się do jakości i bezpieczeństwa pacjenta

Kluczową cechą zestawu kodów dotyczących jakości i bezpieczeństwa pacjenta w ICD-11 jest to, że do reprezentowania przypadku wymagany jest zbiór kodów. Użycie terminu „klaster" jest nowością w ICD-11, podobnie jak zakres i sformalizowanie wymogu rozpoznania końcowego (postkoordynacji). Przypadek użycia ICD dotyczący jakości i bezpieczeństwa opiera się na dostępności dużej liczby narzędzi metodologicznych, które pierwotnie opierały się na ICD-10. Konkretne przykłady obejmują wskaźniki współchorobowości Charlsona i Elixhauser, wskaźniki bezpieczeństwa pacjenta AHRQ (ang. Agency for Healthcare Research and Quality), szpitalny standaryzowany współczynnik umieralności oraz różne inne wskaźniki jakości danych administracyjnych. Zalecenia WHO dotyczące zasad kodowania epizodów izolacji szpitalnej mają na celu poprawę porównywalności zapisów w różnych szpitalach i rejonach Konkretne przykłady zasad kodowania obejmują:

- zasady określania stanu głównego,
- liczbę kodów na rekord,
- mechanizmy łączenia kodów w klastry oraz
- wykorzystanie systemu wyświetlania statusu, który odróżnia rozpoznania powstałe podczas pobytu w szpitalu od tych obecnych przy przyjęciu do szpitala.

Raportowanie dotyczące jakości i bezpieczeństwa pacjentów często koncentruje się nie tylko na informacjach diagnostycznych dostępnych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, ale także na informacjach o procedurach, które są obecnie kodowane w różnych systemach kodowania procedur specyficznych dla danego kraju. W przyszłości ważna będzie harmonizacja koncepcji ontologicznych w międzynarodowych systemach kodowania procedur. Dostępne kody powikłań medycznych i chirurgicznych ICD-11 są zgodne z aktualną wiedzą w dziedzinie bezpieczeństwa i zdarzeń niepożądanych.

Model dotyczący jakości i bezpieczeństwa składa się z trzech części. Pierwszym elementem modelu dotyczącego jakości i bezpieczeństwa pacjenta jest Szkoda. Zazwyczaj jest ona przedstawiana przez standardowy kod diagnostyczny ICD-11, z (prawie) każdego rozdziału klasyfikacji. Niektóre postacie szkód, które mogą wynikać ze zdarzeń związanych z jakością i bezpieczeństwem, nie są odpowiednio reprezentowane przez standardowy kod diagnostyczny ICD-11. Specjalny zestaw kategorii reprezentujących te formy szkody znajduje się w rozdziale dotyczącym urazów ICD-11 (Rozdział 22 „Urazy, zatrucia i określone skutki działania czynników zewnętrznych"), w kategorii zatytułowanej „Urazy lub szkodliwe działanie wynikające z opieki chirurgicznej lub medycznej, niesklasyfikowane gdzie indziej". Przyczyny (źródła szkód) w zakresie jakości i bezpieczeństwa pacjenta dzielą się na cztery rodzaje przyczyn na najwyższym poziomie, które obejmują zdarzenia spowodowane przez:

- substancje (leki i substancje farmakologiczne itp.),
- procedury,
- urządzenia
- połączenie innych rodzajów przyczyn.

Pełne kody przyczyn zewnętrznych dotyczące jakości i bezpieczeństwa znajdują się w Rozdziale 23 „Zewnętrzne przyczyny śmiertelności i zachorowalności" w kategorii „Przyczyny urazów lub uszkodzeń związanych z opieką zdrowotną".

Sposób lub Mechanizm („Sposób" to termin używany w kodach przyczyn zewnętrznych ICD-11) jest w przypadku jakości i bezpieczeństwa drugą częścią modelu i odnosi się do głównego sposobu, jakim jest Przyczyna. Przyczyna w zakresie jakości i bezpieczeństwa prowadzi do powstania Szkody. Szkoda jest reprezentowana w trzeciej koncepcji dotyczącej jakości i bezpieczeństwa. W zakresie jakości i bezpieczeństwa Sposoby są specyficzne dla typów Przyczyny. Przykłady to:

Tabela 1: Przykłady odpowiedniego sposobu lub mechanizmu w zakresie jakości i bezpieczeństwa

Przyczyna lub źródło szkody	Sposób lub mechanizm
Substancja	Przedawkowanie, zbyt mała dawka, niewłaściwa substancja lub szkody powstałe pomimo prawidłowego podania i dawkowania
Zabieg	Nieumyślna perforacja narządu podczas zabiegu
Urządzenie	Przemieszczenie, awaria
Inna przyczyna	Niezgodność przetoczonej krwi; Pacjent upuszczony podczas przenoszenia ze stołu na sali operacyjnej

Przykłady modelu kodowania jakości i bezpieczeństwa w ICD-11

Model kodowania jakości i bezpieczeństwa ICD-11 przedstawiono na przykładach w tabeli poniżej.

Tabela 2: Przedstawienie modelu jakości i bezpieczeństwa na przykładach

Przykład	Kryterium	Opis
1	Przypadek	Kobieta została przyjęta do szpitala w celu ustabilizowania cukrzycy. Błędnie przepisano trzykrotnie wyższą dawkę leku przeciwcukrzycowego niż zazwyczaj. Po podaniu nieprawidłowo zawyżonej dawki u pacjentki wystąpił epizod hipoglikemii.
	Szkoda	Hipoglikemia związana z cukrzycą, nieokreślona (5A21.Z)
1	Przyczyna	Leki, substancje lecznicze lub substancje biologiczne związane z urazem lub szkodą w przebiegu procesu leczniczego (PL00); Leki (w razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu) - Lek przeciwcukrzycowy (XM8S35)
	Sposób	Przedawkowanie substancji jako sposób urazu lub uszczerbku (PL13.0)
	Klaster	5A21.Z/PL00&XM8S35/PL13.0
2	Przypadek	Pacjent zgłosił się do szpitala, ponieważ wystąpiły u niego omamy wzrokowe z powodu profilaktyki malarii i przyjmowanej we właściwej dawce meflochiny.
	Szkoda	Omamy wzrokowe (MB27.27)
	Przyczyna	Leki, substancje lecznicze lub substancje biologiczne związane z urazem lub szkodą w przebiegu procesu leczniczego (PL00); Leki (w razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu) - Meflochina (XM50J2)
	Sposób	Uraz lub uszkodzenie związane z lekami w kontekście prawidłowego podania lub dawkowania, jako mechanizm urazu lub uszkodzenia (PL13.2)
	Klaster	MB27.27/PL00&XM50J2/PL13.2
3	Przypadek	Mężczyzna zgłasza się do lekarza POZ w celu usunięcia guzka na skórze, wykluczenia nowotworu złośliwego. Zmiana została wycięta, a rana zaszyta. Później okazuje się, że lekarz miał wirusowe zapalenie wątroby typu C, a pacjent zaraził się tą chorobą.
	Szkoda	Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu C (1E50.2)
	Przyczyna	Procedura biopsji, gdzie indziej niesklasyfikowana, związana z urazem lub uszkodzeniem w przebiegu procesu leczniczego (PK81.5)
	Sposób	Niezastosowanie środków ostrożności związanych ze sterylnością jako mechanizm urazu lub uszkodzenia (PL11.4)
	Klaster	1E50.2/PK81.5/PL11.4
4	Przypadek	Do szpitala trafia starsza kobieta z powodu złamania szyjki kości udowej. Wykonywana jest stabilizacja chirurgiczna. Dzień po zabiegu w miejscu operacji wystąpiło obfite krwawienie i pacjentka wymaga powrotu na salę operacyjną.
	Szkoda	Krwotok lub krwiak w innym lub nieokreślonym miejscu wikłający zabieg, niesklasyfikowany gdzie indziej (NE81.0Z) & XA1673 Szyjka kości udowej
	Przyczyna	Procedura w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego związana z urazem lub uszkodzeniem, z dostępu otwartego (PK80.80) (Zabiegi ortopedyczne są tutaj uwzględnione)
	Sposób	Nieokreślony mechanizm urazu lub uszkodzenia związanego z zabiegiem chirurgicznym lub innym zabiegiem medycznym (PL11.Z) (Uwaga: Należy wybrać PL11.Z, ponieważ dokumentacja przypadku nie wspomina o żadnym konkretnym sposobie ani mechanizmie, w którym doszło do krwotoku)
	Klaster	NE81.0Z & XA1673 /PK80.80/PL11.Z

Przykład	Kryterium	Opis
5	Przypadek	Niecały rok temu 63-letni mężczyzna przeszedł wymianę lewego kolana z powodu zapalenia stawu. Wszczepiony implant poluzował się, powodując ból i ograniczenie czynności.
	Szkoda	Ból stawu (ME82); Specyficzna anatomia (w razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu) Staw kolanowy (XA8RL1); Lateralizacja (w razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu) - Lewy (XK8G)
	Przyczyna	Urządzenia ortopedyczne związane z urazem lub uszkodzeniem, protezy lub inne implanty, materiały lub urządzenia dodatkowe (PK99.2)
	Sposób	Oderwanie, nieprawidłowe połączenie lub odłączenie jako mechanizm urazu lub uszkodzenia (PL12.4)
	Klaster	ME82&XA8RL1&XK8G/PK99.2/PL12.4
6	Przypadek	U mężczyzny występuje rak jelita grubego. Kilka dni temu przeprowadzono zabieg operacyjny jamy brzusznej, aby wyciąć zajętą część okrężnicy i ponownie połączyć zachowaną część okrężnicy. Zespolenie przeciekało i wymagało rewizji chirurgicznej.
	Szkoda	Wyciek pooperacyjny (NE81.3) (nieszczelność zespolenia jest terminem indeksowym)
	Przyczyna	Procedura w obrębie przewodu pokarmowego, jamy brzusznej lub powłok brzusznych związana z urazem lub uszkodzeniem w przebiegu procesu leczniczego PK80.3Z
	Sposób	Nieokreślony mechanizm urazu lub uszkodzenia związanego z zabiegiem chirurgicznym lub innym zabiegiem medycznym (PL11.Z). (Uwaga: Należy wybrać PL11.Z, ponieważ dokumentacja przypadku nie wspomina o żadnym konkretnym sposobie ani mechanizmie, w wyniku którego wystąpiła nieszczelność zespolenia).
	Klaster	NE81.3/PK80.3Z/PL11.Z
7	Przypadek	Zakażenie dróg moczowych oporne na leczenie, spowodowane na stałe założonym cewnikiem.
	Szkoda	Zakażenie dróg moczowych o nieokreślonym umiejscowieniu i czynniku zakaźnym (GC08.Z)
	Przyczyna	Urządzenia gastroenterologiczne lub urologiczne związane z urazem lub uszkodzeniem, cewnik moczowy (PK93.10)
	Sposób	Inny określony mechanizm urazu lub uszkodzenia związanego z urządzeniem chirurgicznym lub innym wyrobem medycznym, implantem lub graftem (PL12.Y) (Uwaga: Należy wybrać PL12.Y, ponieważ wydaje się, że żaden z bardziej szczegółowych typów sposobu nie prowadzi do infekcji urządzenia)
	Klaster	GC08.Z/PK93.10/PL12.Y
8	Przypadek	Starszy pacjent wypada z łóżka w szpitalu i doznaje złamania lewego biodra. W dokumentacji opisano, że pielęgniarka zapomniała założyć poręcze łóżka, co doprowadziło do upadku pacjenta.
	Szkoda	Złamanie szyjki kości udowej, nieokreślone (NC72.2Z; Lateralizacja (w razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu) - Lewy (XK8G)
	Przyczyna	Inne przyczyny urazu lub szkody związane z opieką zdrowotną (PL10)
	Sposób	Upadek w opiece zdrowotnej (PL14.E)
	Klaster	NC72.2Z & XK8G/PL10/PL14.E
9	Przypadek	Pacjentowi przetoczono krwinki czerwone i rozwinęły się u niego silne dreszcze, które ustąpiły po godzinie. Stwierdzono niezgodność krwi [dawcy i biorcy] (nie była to niezgodność w układzie ABO lub Rh).

Przykład	Kryterium	Opis
	Szkoda	Inne reakcje na surowicę (NE80.3)
	Przyczyna	Inne przyczyny urazu lub szkody związane z opieką zdrowotną (PL10)
	Sposób	Nieprawidłowo dobrana krew użyta do transfuzji (PL14.3)
	Klaster	NE80.3/PL10/PL14.3
10	Przypadek	Prawostronna odma opłucnowa spowodowana wentylacją mechaniczną na oddziale intensywnej terapii
	Szkoda	Odma opłucnowa, nieokreślona (CB21.Z); Lateralizacja (w razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu) - prawa (XK9K)
	Przyczyna	Wentylacja związana z urazem lub uszkodzeniem w przebiegu procesu leczniczego (PK81.0)
10	Sposób	Nieokreślony mechanizm urazu lub uszkodzenia związanego z zabiegiem chirurgicznym lub innym zabiegiem medycznym (PL11.Z)
	Klaster	CB21.Z&XK9K/PK81.0/PL11.Z
11	Przypadek	Pacjent z neutropenią w wyniku przewlekłego leczenia klozapiną.
	Szkoda	Neutropenia nabyta (4B00.01)
	Przyczyna	Leki, substancje lecznicze lub substancje biologiczne związane z urazem lub szkodą w przebiegu procesu leczniczego (PL00); Leki (w razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu) - XM8UG6)]
	Sposób	Uraz lub uszkodzenie związane z lekami w kontekście prawidłowego podania lub dawkowania, jako mechanizm urazu lub uszkodzenia (PL13.2)
	Klaster	4B00.01/PL00&XM8UG6/PL13.2

Należy zauważyć, że w każdym z tych przykładów sposób/mechanizm powstania szkody jest kodowany wraz z kodem przyczyny szkody we wszystkich przypadkach. Dzieje się tak, nawet jeśli nie jest widoczny sposób powstania szkody. W tych sytuacjach należy wybrać kod określający „nieokreślony tryb lub mechanizm powstania urazu" w przypadku szkody związanej z substancją, urazem związanym z zabiegiem lub urazem związanym z wyrobem. W przypadku „innych przyczyn związanych z opieką zdrowotną" szkodę należy zakodować (z dowolnego miejsca w klasyfikacji), po której następuje kod PL10 Inne przyczyny urazu lub szkody związane z opieką zdrowotną, a następnie odpowiedni kod z kategorii PL14 Mechanizm urazu lub uszkodzenia związanego z innymi przyczynami związanymi z opieką zdrowotną (jeśli istnieje kilka opcji sposobu).

Rozważania dotyczące odróżnienia zatrucia w porównaniu z przedawkowaniem leków, substancji farmakologicznych i substancji biologicznych w kontekście klinicznym

Ważne jest, aby odróżnić przedawkowanie w kontekście opieki klinicznej od zatrucia, które nie ma związku z kontekstem klinicznym. Te pierwsze byłyby kodowane za pomocą kodów w Sekcji „Przyczyny szkód lub urazów związanych z opieką zdrowotną" w Rozdziale 23, podczas gdy zatrucia byłyby kodowane w Sekcjach „Przyczyny niezamierzone" lub „Zamierzone samouszkodzenie" w Rozdziale 23.

Poniższe scenariusze pomogą zilustrować to rozróżnienie:

1) Dorosły pacjent hospitalizowany otrzymuje zawyżoną dawkę przepisanego leku, ponieważ nadmierna dawka jest nieumyślnie wstrzyknięta przez pielęgniarkę.

2) Osoba dorosła nieumyślnie zastosowała zawyżoną dawkę przepisanych dla siebie leków, ponieważ lekarz błędnie wypisał receptę.

3) Osoba dorosła nieumyślnie zastosowała zawyżoną dawkę przepisanych dla siebie leków, ponieważ otrzymała nieprawidłowe instrukcje od farmaceuty.

4) Osoba dorosła nieumyślnie zastosowała zawyżoną dawkę przepisanych dla siebie leków, ponieważ źle zrozumiała instrukcje na butelce z tabletkami oraz instrukcje ustne przekazane mu zarówno przez farmaceutę, jak i lekarza.

5) Osoba dorosła nieumyślnie zastosowała zawyżoną dawkę przepisanych dla siebie leków, a z dokumentacji lub dochodzenia w sprawie nie wynika, dlaczego popełniono błąd.

6) Osoba dorosła zastosowała zawyżoną dawkę przepisanych dla siebie leków z nieokreślonym zamiarem.

7) Osoba dorosła umyślnie zastosowała zawyżoną dawkę przepisanych dla siebie leków z zamiarem samouszkodzenia.

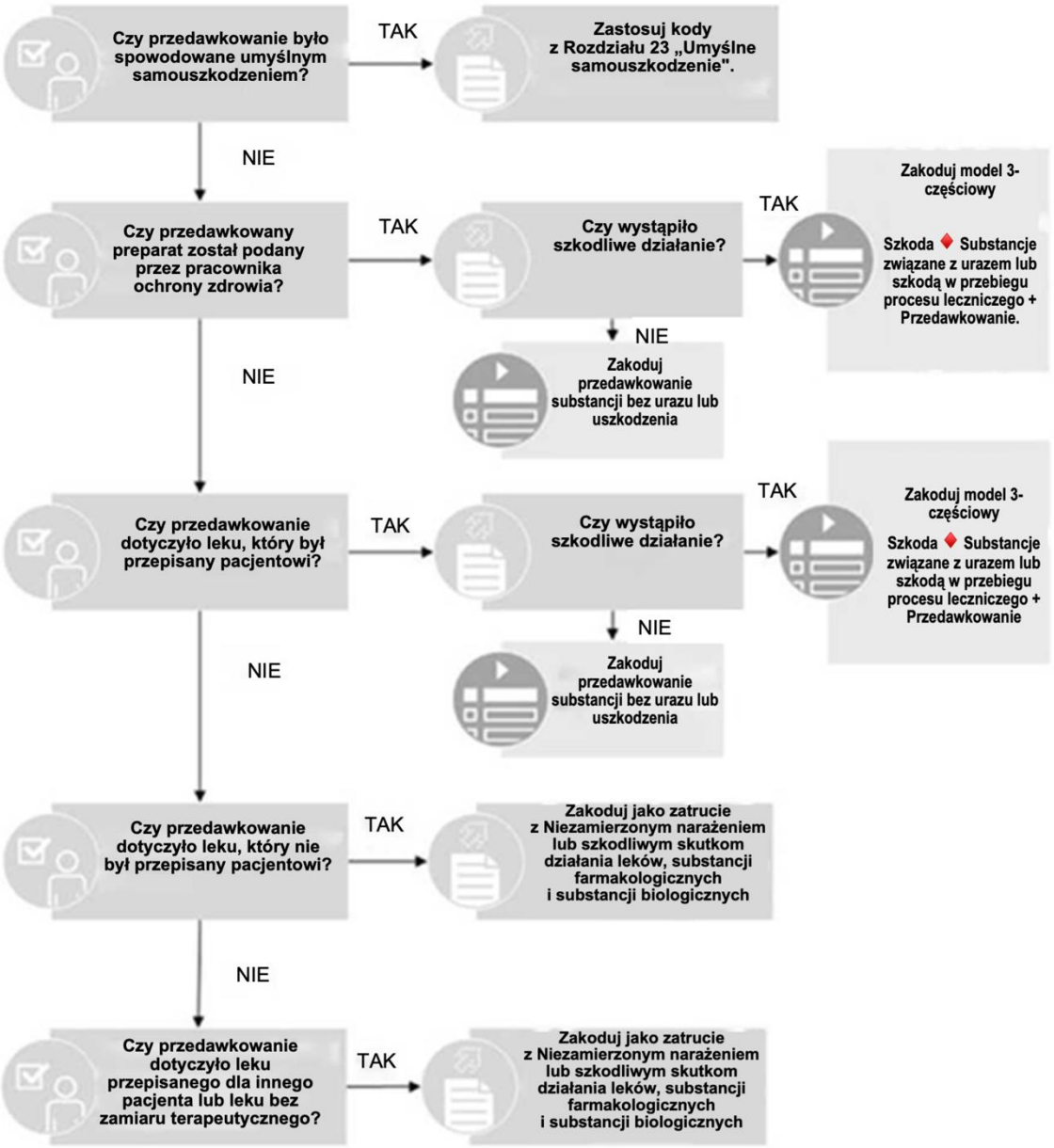
8) Dziecko połyka kilka tabletek z buteleczki z przepisanym dla matki lekiem i zaczyna zasypiać.

Scenariusz 1 jest wyraźnie przedawkowaniem wynikającym z błędu, który towarzyszy opiece zdrowotnej, podczas gdy scenariusz 8 jest wyraźnie zatruciem dziecka, które nie znajduje się pod opieką medyczną.

Scenariusz 7 należy również zakodować jako epizod zatrucia, ponieważ tabletki nie zostały zastosowane w celu terapeutycznym, ale z zamiarem samouszkodzenia (koncepcja „Zamierzonego samouszkodzenia" jest nadrzędna wobec innych rozważań).

Scenariusze 2 i 3 to przedawkowania wynikające z problemów z opieki zdrowotnej (i są kodowane za pomocą kodów „Przyczyny szkód lub urazów związanych z opieką zdrowotną"). W obu scenariuszach okolicznością jest leczenie farmakologiczne i działania świadczeniodawców.

Scenariusze 4, 5 i 6 nie są takie oczywiste, choć dość powszechne w opiece nad pacjentem. Kontekst stosowania leku jest nadal wyraźnie kontekstem leczenia choroby, a fakt, że lek został przepisany pacjentom, czyni go kontekstem zastosowania terapeutycznego W tych sytuacjach stosowanie leku nadal wyraźnie towarzyszy leczeniu choroby, a fakt, że lek został przepisany pacjentom jest okolicznością zastosowania terapeutycznego (pod warunkiem, że nie ma informacji o celowym samouszkodzeniu). Ze względu na okoliczności terapeutyczne scenariusze te powinny być kodowane przy użyciu kodów „Przyczyny szkód lub urazów związanych z opieką zdrowotną", a nie kodów dotyczących zatruć.



Schemat postępowania w przypadku przedawkowania

Rycina 1: Schemat blokowy przedstawiający kodowanie zatrucia w porównaniu z kodowaniem przedawkowania

Instrukcje dotyczące tego, kiedy trzyczęściowy model dotyczący jakości i bezpieczeństwa ma zastosowanie, a kiedy nie

Powyższe sekcje i przykłady opisują scenariusze, w których aspekt opieki (lek, procedura, urządzenie lub inny aspekt opieki) został przyczynowo powiązany z chorobą, która rozwinęła się u pacjenta. Jednak w wielu przypadkach stany, które pojawiają się w związku z opieką bez wyraźnej dokumentacji sugerują związek przyczynowy z pewnym aspektem opieki. Konkretne przykłady obejmują:

- zator płucny powstający 2 dni po zabiegu operacyjnym
- migotanie przedsionków po zabiegu operacyjnym
- niskie ciśnienie krwi jeden dzień po podaniu leku

- zapalenie płuc rozwijające się w czwartym dniu pobytu w szpitalu
- zakażenia dróg moczowych powstające w szpitalu bez wzmianki o cewnikach

W każdym z tych przykładów trzyczęściowy model dotyczący jakości i bezpieczeństwa NIE miałby zastosowania, jeśli nie ma wyraźnej dokumentacji potwierdzającej związek przyczynowy z innym aspektem opieki, niezależnie od tego, czy jest to lek, procedura, urządzenie czy inny aspekt opieki. Co ważne, sama informacja o zabiegu operacyjnym lub podaniu leku w powyższych przykładach NIE oznacza, że czynniki te odegrały rolę przyczynową, ponieważ oświadczenia kliniczne jedynie deklarują czas postawienia rozpoznania, z opisowymi słowami, takimi jak „po", „następujący po", „występujący XX dnia". W takich przypadkach prawidłowe zakodowanie chorób polegałoby na zakodowaniu choroby z dowolnego rozdziału ICD-11 wraz z kodem rozszerzającym dla czasu (w szczególności kody rozszerzające dla rozpoznań powstałych podczas pobytu w szpitalu, plus lub minus opcjonalne kody rozszerzające dla śródoperacyjnego lub pooperacyjnego czasu rozpoznania).

Powyższe przykłady zostałyby zakodowane w następujący sposób:

BB00.0 Ostra choroba zakrzepowo-zatorowa płuc &XY69 Rozwinął się po przyjęciu
&XY7V Pooperacyjna

BC81.3 Pooperacyjna &XT5R Ostre &XY69 Rozwinął się po przyjęciu &XY7V Pooperacyjne

BA2Z Niedociśnienie, nieokreślone &XY69 Rozwinął się po przyjęciu

CA40.Z Zapalenie płuc, drobnoustrój nieokreślony &XY69 Rozwinął się po przyjęciu

GC08.Z Zakażenie dróg moczowych, umiejscowienie i czynnik nieokreślony &XY69 Rozwinął się po przyjęciu

2.23.20.2. Przyczynowość w kontekście jakości i bezpieczeństwa

Tutaj znajdują się niuanse językowe w dokumentacji, które wskażą, czy istnieje związek przyczynowy pomiędzy przyczyną a szkodą.

Terminy łączące, sugerujące związek przyczynowy

Związek przyczynowy jest silnie sugerowany przez następujące terminy:

Terminy	Uwagi dodatkowe
jako powikłanie [czegoś], powikłany przez [coś], wikłający [coś], powikłanie (-a) [czegoś]	-
jako przyczyna [czegoś], przyczyna czegoś, spowodowany, spowodowany przez, powodujący [coś]	-
w wyniku [czegoś], wynikając, skutkując, z wynikającym, z rezultatem	-
z powodu	-
Spowodowany	-
Z	-

Terminy	Uwagi dodatkowe
wywołany, wywołany przez	-
prowadzi do, doprowadziło do	-
związany z	-
wytrącony przez	-
Produkujący	-
wtórny do	-
prawdopodobnie związany z	Orzeczenie w sprawie kodowania. Jednak klinicysta wyciąga wniosek przyczynowy z tym określeniem.
możliwie wtórne do, prawdopodobnie wtórne do	Orzeczenie w sprawie kodowania. Jednak klinicysta wyciąga wniosek przyczynowy z tym określeniem.
może być przyczyną	Orzeczenie w sprawie kodowania. Jednak klinicysta wyciąga wniosek przyczynowy z tym określeniem.

Terminy łączące, w których związek przyczynowy jest niejasny

Czasami mogą występować terminy łączące, które sugerują związek przyczynowy, ale bez wyraźnego stwierdzenia związku przyczynowego. Przykłady zostały przedstawione poniżej. W takich okolicznościach osoby odpowiedzialne za kodowanie umieralności muszą skontaktować się z lekarzem prowadzącym dokumentację lub poszukać dodatkowych sformułowań lub dodatkowych informacji, które sugerują związek przyczynowy.

Terminy
Związane z
Z towarzyszącym
Przypadkowe w odniesieniu do

Terminy łączące NIE sugerujące związku przyczynowego

W dokumentacji medycznej są często używane określenia do opisania związku czasowego. Wiele terminów wymienionych w powyższej tabeli (spośród „terminów łączących sugerujących związek przyczynowy”) to terminy łączące, które sugerują związek przyczynowy, który zazwyczaj jest również związkiem czasowym. W przeciwieństwie do tego, istnieje szereg określeń opisujących tylko powiązania czasowe. Przykłady takich określeń zostały wymienione poniżej:

Terminy:

- Po,
- Również,
- I,
- Podczas,
- Z,
- Powstałe w lub podczas,
- Zgodne z,

- Po którym następuje, następujące po,
- Poniesione po/w trakcie/w/kiedy,
- Występujące po/podczas/w/kiedy/w czasie,
- Pooperacyjnie, pooperacyjny, wystąpił po zabiegu operacyjnym

W przypadku, gdy określenia łączące tego rodzaju pojawiają się w dokumentacji klinicznej bez żadnego z omówionych wcześniej łączników przyczynowych, należy unikać trzyczęściowego modelu dotyczącego jakości i bezpieczeństwa.

Określenia takie jak „po zabiegu operacyjnym", „pooperacyjny", „pozabiegowy" itp. Stanowią sytuację szczególną, ponieważ w niektórych systemach kodowania uważano je historycznie za wskazujące na związek przyczynowy. Jednak, jak zauważono w konkretnych przykładach powyżej, stany takie jak zakażenie dróg moczowych, zapalenie płuc i migotanie przedsionków mogą być powiązane czasowo z zabiegiem operacyjnym, ale niekoniecznie wywołane zabiegiem operacyjnym. Z tego powodu przedstawione tutaj wytyczne instruują osoby odpowiedzialne za kodowanie umieralności, aby szukały wyraźnych związków przyczynowych. (Co ważne, stany pooperacyjne, takie jak zapalenie płuc, zakażenie dróg moczowych i migotanie przedsionków, można nadal kodować za pomocą kodów rozszerzających, które określają czas - tj. „powstają podczas pobytu w szpitalu" i/lub „po zabiegu operacyjnym" - i pozwalają na wyprowadzenie zdarzeń niepożądanych we wskaźnikach w analizie danych).

Inne szczególne sytuacje, w których kontekst kliniczny sugeruje związek przyczynowy

W praktyce klinicznej istnieją sytuacje, w których mogą nie występować określenia łączące, ewidentni wskazujące na związek przyczynowy, ale mimo to wyraźnie na to wskazują. Poniżej przedstawiono kilka przykładów:

- Sytuacje szczególne
- Niedziałające urządzenie
- Zainfekowane urządzenie
- Obluzowane śruby
- Krwawienie pozabiegowe
- Zakażenie rany pooperacyjnej
- Rozejście się rany
- krwiak

W każdym z nich jasne jest, że sytuacja nie miałaby miejsca w przypadku braku zabiegu lub problemu z urządzeniem. W związku z tym należy zastosować trzyczęściowy model dotyczący jakości i bezpieczeństwa.

W przeciwieństwie do tego stany takie jak pooperacyjne zapalenie płuc lub pooperacyjna zatorowość płucna czy pooperacyjne migotanie przedsionków różnią się od konkretnych sytuacji wymienionych w powyższej tabeli. Dzieje się tak, ponieważ problemy takie jak zapalenie płuc, zatorowość płucna lub migotanie przedsionków mogą być wywołane przez czynniki niezwiązane z zabiegiem chirurgicznym (tj. inne niż „rana", która bez wątpienia jest wynikiem zabiegu operacyjnego).

2.23.20.3. Przewlekłe stany pozabiegowe

Istnieje wiele przewlekłych stanów klinicznych, które pojawiają się albo w wyniku określonych procedur i technik, albo w wyniku usunięcia narządu, np. zespół obrzęku limfatycznego po mastektomii, niedoczynność tarczycy po napromienianiu. W wielu przypadkach kody takich przewlekłych stanów pozabiegowych znajdują się w ICD-11 w różnych rozdziałach dotyczących układu ciała.

Przykłady obejmują:

BE10 Zespół po kardiotomii

5D40.Z Niedoczynność tarczycy w wyniku zastosowanego leczenia, nieokreślona

GC72 Pozabiegowe przewężenie cewki moczowej

GC70 Pozabiegowe zrosty pochwy

Są to z natury kody rozpoznania wstępnego (prekoordynacji), które oddają zarówno stan kliniczny, jak i pojęcie, że jest on spowodowany zabiegiem. Możliwe jest używanie takich kodów samodzielnie bez tworzenia klastrów. Jednak osoby odpowiedzialne za kodowanie umieralności mogą użyć modelu trzyczęściowego z takimi kodami, aby dodać specyfikę. Model umożliwia dodanie większej precyzji w odniesieniu do konkretnego rodzaju zabiegu operacyjnego, który spowodował stan, a także sposobu, przez który procedura spowodowała stan.

Przykład 1: Przewężenie cewki moczowej spowodowane wcześniejszą radioterapią w leczeniu raka gruczołu krokowego.

Należy zakodować do kategorii GC72 Pozabiegowe przewężenie cewki moczowej; Dalsze szczegóły można dodać do kodu GC72 z dodaniem: PK81.C Radioterapia związana z urazem lub uszkodzeniem w przebiegu procesu leczniczego i PL11.Y Inny określony mechanizm urazu lub uszkodzenia związanego z zabiegiem chirurgicznym lub innym zabiegiem medycznym Klaster: GC72/PK81.C/PL11.Y

Należy jednak zauważyć, że czasami zdarzają się przypadki, w których stosowanie modelu trzyczęściowego jest całkowicie niepotrzebne, ponieważ kod przewlekłego stanu pozabiegowego zawiera już pełne szczegóły kliniczne. Na przykład:

9D21 Obecność fragmentów soczewki wewnątrzgałkowej w gałce ocznej w następstwie operacji zaćmy (w tym celu kompletnie zbędne byłoby kodowanie „zabiegu okulistycznego" i odpowiadającego jej trybu, biorąc pod uwagę wszystkie szczegóły, które są z natury osadzone w tym pojedynczym kodzie).

EL61 Przewlekłe popromienne zapalenie skóry po radioterapii (ponownie, zbędne jest kodowanie „radioterapii" jako procedury powodującej szkodę i „nieokreślonego trybu" w tym przypadku).

W odniesieniu do dwóch poprzednich przykładów, powtarzamy, że nadrzędnym zaleceniem jest stosowanie modelu trzyczęściowego, gdy tylko jest to możliwe. Osoby odpowiedzialne za kodowanie umieralności muszą po prostu ocenić każdy przypadek osobno, gdy jest dla nich oczywiste, że dodany kod procedury i kod sposobu jest zbędny.

2.23.20.4. Zdarzenia niepożądane i okoliczności w opiece zdrowotnej, które nie powodują rzeczywistych obrażeń lub szkód

W kontekście opieki zdrowotnej zdarzają się przypadki, w których pojawiają się problemy, ale nie ma faktycznych negatywnych konsekwencji dla pacjenta jako zarejestrowanego stanu zdrowia. Konkretne przykłady obejmują:

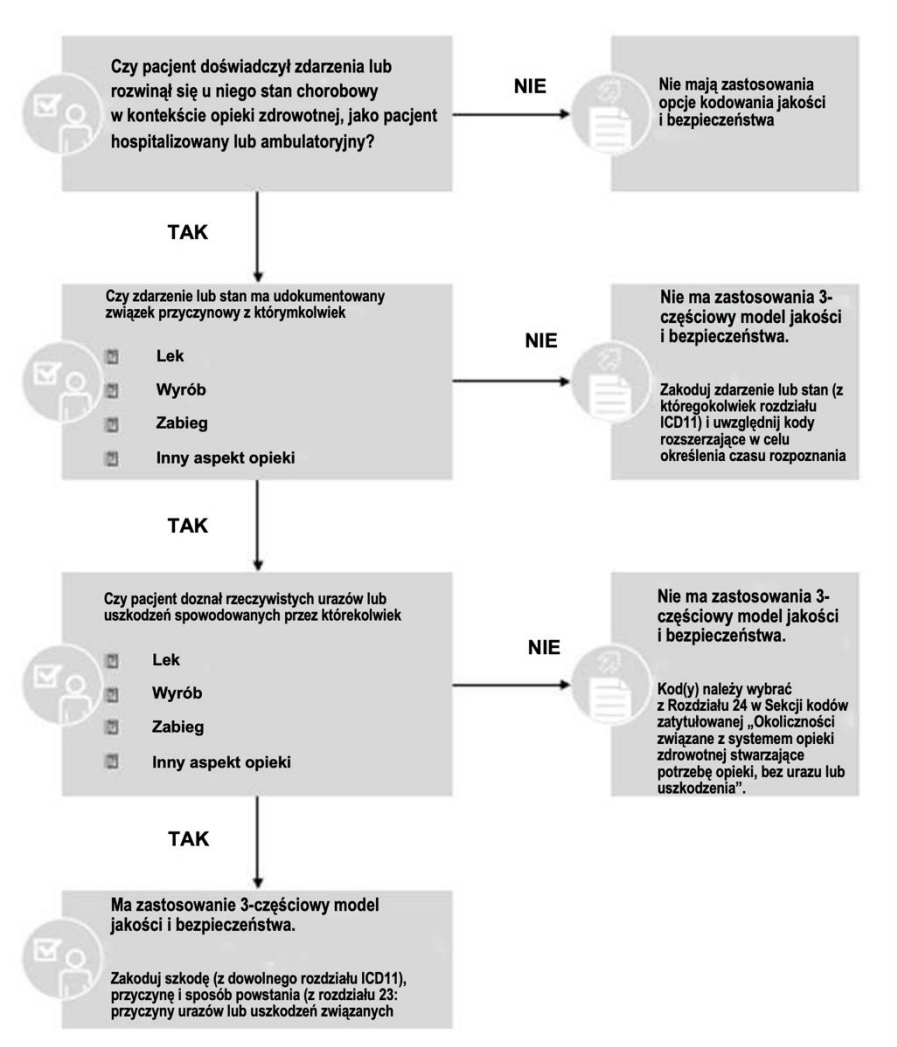
- Upadek w placówce opieki zdrowotnej bez złamań lub innych obrażeń
- Niewłaściwy lek podawany bez szkody dla pacjenta
- Lek podany niewłaściwemu pacjentowi bez szkody dla pacjenta
- Opóźnienie w podaniu leku bez negatywnego wpływu na przebieg kliniczny
- Udokumentowane niezachowanie zasad jałowości podczas zabiegu operacyjnego bez wywołania zakażenia
- Przemieszczone urządzenie ortopedyczne bez objawów i problemów
- Nieumyślne ukłucie igłą bez udokumentowanych obrażeń lub innych szkód

W takich okolicznościach kody należy wybrać z Rozdziału 24 „Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z systemem opieki zdrowotnej” w sekcji kodów zatytułowanej „Okoliczności związane z systemem opieki zdrowotnej stwarzające potrzebę opieki, bez urazu lub uszkodzenia”. Kody te są zorganizowane przy użyciu czterech kategorii szkód związanych z opieką zdrowotną, które pojawiają się w Rozdziale 23 „Zewnętrzne przyczyny śmiertelności i zachorowalności” (leki, urządzenia, procedury i inne przyczyny związane z opieką zdrowotną), ale z ważnym rozróżnieniem, że okoliczności, które są opisane za pomocą kodowania NIE wyrządziły rzeczywistej krzywdy pacjentowi.

Powyższe przykłady zostałyby zakodowane w następujący sposób:

- QA8E Upadek w opiece zdrowotnej, bez urazu lub uszkodzenia
- QA72 Podanie nieprawidłowej substancji bez urazu lub uszkodzenia
- QA8D Pacjent otrzymał badanie diagnostyczne lub leczenie przeznaczone dla innego pacjenta, bez urazu lub uszkodzenia
- QA8B Opóźnione leczenie, bez urazu lub uszkodzenia
- QA52 Nieprzestrzeganie środków ostrożności przed zakażeniem, bez urazu lub uszkodzenia
- QA62 Oderwanie, nieprawidłowe połączenie lub odłączenie narzędzia chirurgicznego lub urządzenia medycznego, bez urazu lub uszkodzenia

- QA8F Zakłucie igłą, bez urazu lub uszkodzenia



Rysunek 2 Sumaryczny algorytm kodowania zdarzeń i stanów, które pojawiają się w kontekście opieki zdrowotnej

Algorytm Q&S

2.23.20.5. Zalecenia dotyczące gromadzenia i organizowania danych

Systemy informacyjne muszą być w stanie uchwycić trzy komponenty i oznaczyć trzy kody jako należące do tego samego klastra (patrz również instrukcje dotyczące rozpoznania końcowego (postkoordynacji) i kodowania klastra).

2.23.21. Uwagi dotyczące poszczególnych rozdziałów

Wskazówki dla osób odpowiedzialnych za kodowanie umieralności podano poniżej dla konkretnych rozdziałów, w których można napotkać problemy przy wyborze preferowanych kodów „stanu głównego". Powyższe ogólne wytyczne i zasady mają zastosowanie do wszystkich rozdziałów, chyba że konkretna uwaga do rozdziału stanowi inaczej.

2.23.21.1. Rozdział 1: Choroby zakaźne i pasożytnicze

Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV]

Pacjent z upośledzonym układem odpornościowym spowodowanym chorobą wywołaną przez HIV może czasami wymagać leczenia podczas tego samego epizodu opieki z powodu więcej niż jednej choroby, na przykład zakażenia prątkami i wirusem cytomegalii. Tylko podkategorie dla choroby wywołanej przez HIV związanej z gruźlicą i malarią są po rozpoznaniu wstępnym (prekoordynacji) w tym bloku dla choroby wywołanej przez HIV. W przypadku udokumentowania przez lekarza innej określonej choroby wywołanej przez HIV, należy postawić rozpoznanie końcowe (postkoordynację) choroby wywołanej przez HIV z odpowiednią podkategorią choroby wywołanej przez HIV, zarejestrowanej przez lekarza.

Przykład 1:

Pacjent ma chorobę wywołaną przez HIV, jest zarażony wirusem HIV i został przyjęty do leczenia mięsaka Kaposiego podniebienia miękkiego.

Stan główny: Mięsak Kaposiego spowodowany chorobą wywołaną przez HIV

Mięsak Kaposiego jest udokumentowany jako choroba wywołana przez HIV. Dlatego należy przeprowadzić postkoordynację używając kodu podstawowego mięsaka Kaposiego z odpowiednim kodem podstawowym wirusa HIV.

Stan główny: 2B57.Y Mięsak Kaposiego innych określonych ogniskach pierwotnych &XA8HL5 Choroba wywołana przez HIV w 4. stadium klinicznym bez informacji o współwystępowaniu gruźlicy lub malarii.

Przykład 2:

Pacjent z chorobą wywołaną przez HIV zostaje przyjęty w celu leczenia toksoplazmozy.

Stan główny: Toksoplazmoza z powodu HIV

Stan główny: 1F57.Z Toksoplazmoza, nieokreślona/XA8HL5 Choroba wywołana przez HIV w 4. stadium klinicznym bez informacji o współwystępowaniu gruźlicy lub malarii.

Posocznica ze wstrząsem septycznym lub bez

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat pojęcie sepsy przeszło poważne zmiany, a obecny opis ustalony i szeroko zaakceptowany na arenie międzynarodowej w 2016 roku mówi, że posocznica jest zagrażającą życiu dysfunkcją narządu spowodowaną rozregulowaną reakcją gospodarza na infekcję.

Posocznica nie jest uznawana za chorobę samą w sobie, ale za reakcję na chorobę zakaźną, która może mieć etiologię bakteryjną, wirusową, grzybiczą lub pierwotniakową. Wstrząs septyczny definiuje się jako podgrupę sepsy, w której nieprawidłowości krążeniowe, komórkowe i metaboliczne są wystarczająco głębokie, aby znacząco zwiększyć umieralność.

Klaster obejmujący przypadek udokumentowanej sepsy powinien obejmować:

Po pierwsze, kod podstawowy reprezentujący przyczynę infekcji (określony lub nieokreślony) oraz, w stosownych przypadkach, opcjonalny kod rozszerzający dotyczący czynnika zakaźnego, jeśli jest znany.

Po drugie, kod podstawowy sepsy ze wstrząsem septycznym lub bez, w zależności od dokumentacji.

Uwaga: W przypadku, gdy przyczyna zakażenia jest udokumentowana jako uogólniona, a swoista infekcja nie jest udokumentowana, należy przypisać kod podstawowy dla najwyższego udokumentowanego poziomu swoistości w odniesieniu do infekcji.

Przykład 1:

Pacjent przyjęty w celu leczenia pneumokokowego zapalenia płuc powodującego sepsę

Stan główny: Pneumokokowe zapalenie płuc powodujące sepsę

Należy najpierw zakodować infekcję będącą przyczyną, CA40.07 Zapalenie płuc wywołane przez Streptococcus pneumoniae i przeprowadzić postkoordynację za pomocą kodu podstawowego dla kategorii 1G40 Posocznica bez wstrząsu septycznego

Klaster stanu głównego: CA40.07/1G40

Przykład 2:

Pacjent przyjęty w celu leczenia ciężkiej grypy typu A H1N1 powodującej sepsę.

Należy najpierw zakodować infekcję będącą przyczyną, czyli grypę 1E30 Grypa wywołana przez zidentyfikowany wirus grypy sezonowej z opcjonalnym kodem rozszerzającym dla kategorii (XN297 Wirus grypy A/H1N1) i przeprowadzić postkoordynację za pomocą kodu podstawowego dla kategorii (1G40 Posocznica bez wstrząsu septycznego).

Klaster stanu głównego: 1E30 &XN297/1G40

Przykład 3:

Pacjent przyjęty w celu leczenia sepsy z powodu E. coli.

Stan główny: Posocznica z powodu E. Coli.

Najpierw należy zakodować infekcję będącą przyczyną. W tym przykładzie swoista infekcja nie została udokumentowana; dlatego kod dla kategorii (1C41 Zakażenie bakteryjne o nieokreślonym umiejscowieniu), jest kodowany z opcjonalnym kodem rozszerzającym dla kategorii (XN6P4 Escherichia coli) i poddawany rozpoznaniu końcowym (postkoordynacji) z kodem podstawowym dla kategorii (1G40 Posocznica bez wstrząsu septycznego).

Klaster stanu głównego 1C41&XN6P4/1G40

Przykład 4:

Pacjent zgłosił się ze wstrząsem septycznym i zmarł wkrótce po przyjęciu do szpitala.

Stan główny: Wstrząs septyczny, nieznane zakażenie

Najpierw należy zakodować infekcję będącą przyczyną. W tym przykładzie swoista infekcja jest nieznana; w związku z tym należy zakodować w kategorii [1H0Z Zakażenie, nieokreślone] a następnie przeprowadzić postkoordynację z kodem (1G41) Posocznica ze wstrząsem septycznym

Klaster stanu głównego: [1H0Z] /1G41

2.23.21.2. Rozdział 2: Nowotwory

Przy kodowaniu nowotworów należy kierować się instrukcją przypisywania kodów na poziomie poszczególnych kategorii oraz stosowania dodatkowych opisów morfologicznych lub miejscowych z kodów rozszerzających. Nowotwór pierwotny lub przerzuty, które są przedmiotem opieki medycznej, które powinny zostać zarejestrowane.

Gdy „stan główny" odnotowany przez lekarza to nowotwór pierwotny, a „inny stan" to nowotwór wtórny (przerzuty), należy zakodować każdy nowotwór osobno. Nie należy stawiać rozpoznania końcowego (postkoordynacji) używając kodu podstawowego nowotworu pierwotnego z kodem podstawowym nowotworu wtórnego.

W przypadku, gdy stanem głównym stwierdzonym przez lekarza jest nowotwór wtórny (przerzut), a nowotwór pierwotny już nie występuje (został usunięty podczas poprzedniego epizodu opieki lub gdy dokumentacja wskazuje na obecność tego nowotworu w wywiadzie), należy zakodować nowotwór wtórny (przerzuty) jako stan główny i oddzielnie należy zakodować inny stan za pomocą kodu podstawowego dla elementu „w wywiadzie". Nie należy przeprowadzać postkoordynacji używając kodu podstawowego dla nowotworu wtórnego z kodem podstawowym dla elementu „w wywiadzie". (Patrz przykład poniżej). Należy również zapoznać się z Sekcją 2.23.16 Kodowanie elementów „w wywiadzie" i „w wywiadzie rodzinnym", aby uzyskać dalsze wskazówki dotyczące kodowania.

W przypadku, gdy stanem głównym odnotowanym przez lekarza jest „badanie kontrolne" (okoliczność, którą można zakodować w Rozdziale 24 „Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z systemem opieki zdrowotnej"), a zarejestrowany „inny stan" stanowi element „w wywiadzie", należy zakodować obowiązujący kod „Badanie kontrolne" jako stan główny i oddzielnie zakodować kod podstawowy dla elementu „w wywiadzie" jako inny stan. Nie należy przeprowadzać postkoordynacji używając kodu podstawowego „Badanie uzupełniające" z kodem podstawowym „w wywiadzie". Należy zapoznać się z Sekcją 2.23.16 Kodowanie elementów „w wywiadzie" i „w wywiadzie rodzinnym", aby uzyskać wskazówki dotyczące kodowania.

Przykład 1:

Pacjentka zostaje przyjęta w celu przeprowadzenia badania guzka w piersi. Badanie kończy się wykryciem nowotworu złośliwego w lewej piersi. Przeprowadzana jest mastektomia, a wynik badania histopatologicznego wskazuje na inwazyjnego raka przewodowego z przerzutami do regionalnych węzłów chłonnych (pacha lewa). Zaplanowano chemioterapię.

Stan główny: Inwazyjny rak przewodowy

Inny stan: Przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych

Zabieg: Mastektomia

Należy zakodować stan główny jako inwazyjny rak przewodowy z opcjonalnym kodem rozszerzającym „lewy” (2C61.0&XK8G). Klaster kodów dla wtórnego nowotworu złośliwego w pachowych węzłach chłonnych z opcjonalnym kodem rozszerzającym „lewy” jako inny stan (2D60.3&XK8G).

Przykład 2:

Pacjentka po amputacji piersi przed dwoma laty w wywiadzie zostaje przyjęta w celu wykonania bronchoskopii z biopsją. Badanie wykazało obecność wtórnego raka płuca.

Stan główny: Wtórny rak płuca

Inne stany: Rak piersi usunięty 2 lata temu

Zabieg: Bronchoskopia z biopsją;

Należy zakodować stan główny jako [2D70 Przerzut nowotworu złośliwego do płuca]. Należy zakodować QC40.3 Nowotwór złośliwy piersi w wywiadzie jako inny stan i przeprowadzić postkoordynację używając kodu podstawowego 2C6Z Nowotwory złośliwe piersi, nieokreślone w celu stwierdzenia, że u pacjentki w wywiadzie jest związek ze złośliwym pierwotnym rakiem sutka. Należy zapoznać się z Sekcją 2.23.16 Kodowanie elementów „w wywiadzie” i „w wywiadzie rodzinnym”. Stan główny: 2D70 Inny stan: Opcja 1: QC40.3; Opcja 2: QC40.3/2C6Z

Przykład 3:

Pacjent zostaje przyjęty na powtórne badanie raka pęcherza moczowego metodą cystoskopii. Pacjent ma w wywiadzie usuniętego raka pęcherza moczowego. Nie zaobserwowano żadnych dowodów wskazujących na nawrót.

Stan główny: Badanie kontrolne za pomocą cystoskopii

Inne stany: Rak pęcherza moczowego w wywiadzie

Zabieg: Cystoskopia;

Należy zakodować stan główny jako QA06 Badanie kontrolne po leczeniu nowotworów złośliwych. Opcja 1: Należy zakodować QC40.5 Nowotwór złośliwy układu moczowego w wywiadzie. Opcja 2: Należy zakodować QC40.5 Nowotwór złośliwy układu moczowego w wywiadzie jako inny stan i przeprowadzić postkoordynację używając kodu podstawowego 2C94.Z w celu stwierdzenia, że u pacjenta w wywiadzie jest związek ze złośliwym pierwotnym rakiem pęcherza moczowego. Patrz Sekcja 2.23.16 Kodowanie elementów „w wywiadzie” i „w wywiadzie rodzinnym”. Stan główny: QA06 Inny stan: Opcja 1: QC40.5; Opcja 2: QC40.5/2C94.Z

Nowotwory złośliwe o niezależnych, licznych umiejscowieniach pierwotnych

Kod podstawowy dla nowotworów złośliwych o niezależnych (pierwotnych) umiejscowieniach mnogich powinien być kodowany jako stan główny, gdy lekarz zarejestruje jako stan główny dwa lub więcej niezależnych pierwotnych nowotworów złośliwych, z których żaden nie dominuje. Następnie, opcjonalnie, dodatkowe kody do identyfikacji poszczególnych nowotworów mogą być kodowane jako inne stany w celu identyfikacji poszczególnych pierwotnych nowotworów złośliwych zarejestrowanych przez lekarza. Kody rozszerzające można dodać do każdego kodu podstawowego pierwotnego

nowotworu złośliwego w celu zidentyfikowania dodatkowych szczegółów w zakresie wyniku badania histopatologicznego i umiejscowienia.

Przykład 1:

Z dokumentacji wynika, że u pacjenta występuje rakowiak otrzewnej pochodzący z nieznanego nowotworu pierwotnego.

Stan główny: Rakowiak otrzewnej;

Należy zakodować stan główny jako 2D91 Przerzut nowotworu złośliwego do otrzewnej. Należy zakodować chorobę dodatkową [2D4Z Nieokreślone nowotwory złośliwe o nieokreślonych umiejscowieniach]. Stan główny: 2D91 Inny stan: 2D4Z

Przykład 2:

Stan główny: Szpiczak mnogi

Inne stany: Pierwotny gruczolakorak gruczołu krokowego;

Należy zakodować stan główny jako [2A83.1 Szpiczak plazmocytowy]. Należy zakodować inny stan jako [2C82.0 Gruczolakorak gruczołu krokowego]. Stan główny: 2A83.1 Inny stan: 2C82.0

Nieokreślone nowotwory złośliwe o nieokreślonych umiejscowieniach

Kod ten powinien być stosowany tylko w przypadku, gdy lekarz wyraźnie zarejestrował nowotwór o nieokreślonym umiejscowieniu pierwotnym lub jako nieokreślony nowotwór złośliwy, z założeniem, że jest pierwotny.

Przerzuty nowotworów złośliwych, umiejscowienie nieokreślone

Ten kod powinien być stosowany jako stan główny tylko wtedy, gdy nowotwór jest opisany jako „rozsiew przerzutów" lub „rak przerzutowy" (lub inne podobne terminy opisane na liście objętych kodów), ale konkretne umiejscowienia nie są udokumentowane.

2.23.21.3. Rozdział 3: Choroby krwi lub narządów krwiotwórczych

Pewne choroby, które można zaklasyfikować do tego rozdziału, mogą wynikać ze stosowania leków lub z powodu innych przyczyn zewnętrznych. Jako opcjonalne kody dodatkowe można używać kody z Rozdziału 23 „Zewnętrzne przyczyny śmiertelności i zachorowalności".

Przykład 1:

Pacjent długotrwale leczony trimetoprimem został przyjęty i jest leczony z powodu niedokrwistości z niedoboru kwasu foliowego wywołanego trimetoprimem. Stan główny: Niedokrwistość z niedoboru kwasu foliowego wywołana trimetoprimem Należy zakodować stan główny w kategorii [3A02.4 Polekowa niedokrwistość z niedoboru kwasu foliowego] i przeprowadzić postkoordynację z kodem przyczyny zewnętrznej [PL00 Leki, substancje lecznicze lub substancje biologiczne związane z urazem lub szkodą w przebiegu procesu leczniczego] i kodem przyczyny zewnętrznej [PL13.2 Uraz lub uszkodzenie związane z lekami w kontekście prawidłowego podania lub dawkowania, jako mechanizm

urazu lub uszkodzenia]. Kod rozszerzający [XM7NY9 Trimetoprim] można dodać opcjonalnie, aby zidentyfikować lek. Klaster stanu głównego: 3A02.4 /PL00&XM7NY9 /PL13.2

2.23.21.4. Rozdział 5: Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych

Pewne choroby, które można zaklasyfikować do tego rozdziału, mogą wynikać ze stosowania leków lub z powodu innych przyczyn zewnętrznych. Jako opcjonalne kody dodatkowe można używać kody z Rozdziału 23 „Zewnętrzne przyczyny śmiertelności i zachorowalności".

Cukrzyca

W przypadku, gdy pracownik ochrony zdrowia udokumentuje stan spowodowany cukrzycą, należy przeprowadzić postkoordynację używając kodów danej choroby i kodów podstawowych cukrzycy. W przypadku, gdy więcej niż jeden stan jest udokumentowany jako spowodowany cukrzycą, każda odrębna koncepcja kliniczna (każda choroba spowodowana cukrzycą) jest kodowana osobno i skoordynowana z kodem podstawowym cukrzycy, nawet jeśli oznacza to powtórzenie kodu cukrzycy w każdym klastrze. (Patrz Przykład 2 poniżej).

Przykład 1:

Stan główny: Przewlekła niewydolność nerek spowodowana cukrzycą typu 2. Przewlekła niewydolność nerek jest udokumentowana jako spowodowana cukrzycą; w związku z tym należy zakodować [GB61.Z Przewlekła niewydolność nerek, stadium nieokreślone] i przeprowadzić postkoordynację z kodem podstawowym 5A11 Cukrzyca typu 2. Klaster stanu głównego: GB61.Z/5A11

Przykład 2:

Stan główny: Cukrzyca typu 1 z nefropatią cukrzycową Inny stan: Zaćma cukrzycowa; Należy zakodować stan główny jako 5A10 Cukrzyca typu 1 i przeprowadzić postkoordynację z kodem podstawowym GB61.Z Przewlekła choroba nerek, stadium nieokreślone. Należy zakodować inny stan jako 9B10.21 Zaćma cukrzycowa przeprowadzić postkoordynację z kodem podstawowym 5A10 Cukrzyca typu 1.
Klaster stanu głównego: 5A10/GB61.Z Klaster innego stanu: 9B10.21/5A10

Zespół rakowiaka

Kodu tego nie należy używać jako preferowanego kodu dla choroby głównej w przypadku stwierdzenia rakowiaka, chyba że opieka była poświęcona głównie na sam zespół endokrynologiczny.

2.23.21.5. Rozdział 6: Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe

Otępienie

Należy zawsze zakodować podstawową etiologię, jeśli jest udokumentowana.

2.23.21.6. Rozdział 8: Choroby układu nerwowego

Pewne choroby, które można zaklasyfikować do tego rozdziału, mogą być spowodowane działaniem leków lub innych przyczyn zewnętrznych. Jako opcjonalne kody dodatkowe można używać kody z Rozdziału 23 „Zewnętrzne przyczyny śmiertelności i zachorowalności".

Późny efekt choroby naczyń mózgowych

Kodów tych nie należy stosować jako preferowanych kodów dla „stanu głównego", jeżeli zapisany jest charakter choroby rezydualnej. Należy zapoznać się z Sekcją 2.23.18 Kodowanie chorób udokumentowanych jako następstwo (efekt późny).

Objawy porażenia

Kodów tych nie należy używać jako preferowanych kodów dla stanu głównego, jeśli odnotowuje się obecną przyczynę, chyba że opieka dotyczył głównie samego porażenia.

Przykład 1:

Pacjent przyjęty do szpitala z porażeniem połowiczym po stronie lewej i po wykonaniu badań stwierdzono, że porażenie jest spowodowane ostrym udarem niedokrwiennym. Stan główny: Ostry udar niedokrwienny z porażeniem połowiczym. Należy zakodować stan główny jak 8B11.5Z Incydent naczyniowo-mózgowy, nieokreślony i przeprowadzić postkoordynację z kodem podstawowym MB53.Z Porażenie połowicze, nieokreślone. Można dodać opcjonalny kod rozszerzający, aby określić XK8G lewy. Klaster stanu głównego: 8B11.5Z Incydent naczyniowo-mózgowy, nieokreślony/MB53.Z&XK8G

Przykład 2:

Pacjent został przyjęty na ćwiczenia rehabilitacyjne z powodu porażenia lewej kończyny dolnej w wyniku zawału mózgu trzy lata temu. Stan główny: Porażenie kończyny dolnej; Należy zakodować stan główny jako MB55.Z Porażenie jednokończynowe (monoplegia) kończyny dolnej, nieokreślone i można dodać opcjonalny kod rozszerzający, aby określić XK8G lewy. Należy przeprowadzić postkoordynację używając kodu podstawowego 8B25.0 Późne następstwa udaru niedokrwiennego mózgu Klaster stanu głównego: MB55.Z&XK8G/8B25.0

2.23.21.7. Rozdział 9: Choroby układu wzrokowego

Upośledzenie widzenia, w tym ślepota

Kodów tych nie należy używać jako preferowanych kodów dla stanu głównego, jeśli przyczyna jest zarejestrowana, chyba że epizod opieki dotyczył głównie samej ślepoty.

2.23.21.8. Rozdział 10: Choroby ucha i wyrostka sutkowatego

Nabyte upośledzenie słuchu

Kody te nie mogą być używane samodzielnie, jeśli przyczyna jest odnotowana, chyba że epizod opieki dotyczył głównie samego upośledzenia słuchu.

2.23.21.9. Rozdział 11: Choroby układu krążenia

Nadciśnienie wtórne

Ten kod nie może być używany jako preferowany kod dla stanu głównego, jeśli przyczyna jest zarejestrowana. Podczas kodowania przyczyny, nadciśnienie tętnicze wtórne jest używane jako kod dodatkowy (w klastrze), aby wskazać, że ten objaw był istotny w kontekście leczenia.

2.23.21.10. Rozdział 15: Choroby układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanki łącznej

Wiele chorób układu mięśniowo-szkieletowego leczy się bez znajomości choroby podstawowej. W takich przypadkach kodowana jest tylko choroba układu mięśniowo-szkieletowego.

2.23.21.11. Rozdział 18: Ciąża, poród lub połóg

JA05 *Powikłania po poronieniu, ciąży ektopowej lub zaśniadzie groniastym*

Kody te nie mogą być używane do kodowania stanu głównego, z wyjątkiem przypadków, gdy opieka jest dedykowana wyłącznie do leczenia powikłań, np. aktualne powikłanie poprzedniej aborcji. Kody te mogą być używane jako opcjonalny kod dodatkowy z kodami „Ciąża zakończona poronieniem” w celu identyfikacji powiązanych powikłań i podania pełniejszych szczegółów powikłań.

Przykład 1:

Stan główny: Pęknięta ciąża jajowodowa powodująca wstrząs

Inne stany: -

Specjalność: Ginekologia;

Należy zakodować stan główny jako JA01.1 Ciąża jajowodowa a ponieważ wstrząs został udokumentowany jako powikłanie ciąży jajowodowej, należy przeprowadzić postkoordynację JA05.3 Wstrząs po poronieniu, ciąży ektopowej lub zaśniadowej. Klaster stanu głównego: JA01.1/JA05.3

Przykład 2:

U pacjentki rozpoznano zapalenie błony śluzowej macicy po poronieniu samoistnym, które zostało rozpoznane i leczone podczas poprzedniego epizodu opieki.

Stan główny: Zapalenie błony śluzowej macicy po poronieniu samoistnym;

Specjalność: Ginekologia;

Ten przykład przedstawia nowy epizod opieki mający na celu wyłącznie leczenie powikłania po poprzednim poronieniu samoistnym; dlatego należy zakodować stan główny jako JA05.0 Zakażenie dróg rodnych lub narządów miednicy w następstwie poronienia, ciąży ektopowej lub zaśniadowej. Żaden inny kod nie jest wymagany, ponieważ aborcja miała miejsce w trakcie wcześniejszej opieki.

Stan główny: JA05.0

Poród

Należy ograniczyć stosowanie tych kodów do opisania „stanu głównego" jedynie do przypadków, w których jedyną odnotowaną informacją jest oświadczenie o porodzie lub rodzaju porodu. Kody te mogą być stosowane jako kody dodatkowe do wskazania metody lub rodzaju porodu, w przypadku, gdy do tego celu nie stosuje się oddzielnej pozycji danych ani klasyfikacji zabiegu.

Przykład 3:

Pacjentka została przyjęta do porodu i rodzi zdrowego noworodka bez powikłań.

Stan główny: Poród prawidłowy

Inne stany: - Zabieg: Poród samoistny siłami natury;
Należy zakodować JB20.Z Poród samoistny pojedynczy, nieokreślony jako stan główny i przeprowadzić postkoordynację QA46.0 Pojedyncze, żywe urodzenie.

Klaster stanu głównego: JB20.Z/QA46.0

Przykład 4:

Pacjentka po cięciu cesarskim zostaje zakwalifikowana do porodu siłami natury. Próba porodu siłami natury nie powiodła się Ze względu na brak czynności skurczowej macicy przeprowadzono nieplanowane powtórne cięcie cesarskie.

Stan główny: Nieudana próba porodu, nieokreślona

Inne stany: Wtórnie niedostateczna czynność skurczowa macicy

Zabieg: Cięcie cesarskie;

Należy zakodować JB0D.8 Nieudana próba porodu, nieokreślona jako stan główny i przeprowadzić postkoordynację JB02.1 Wtórna niewydolność czynności skurczowej macicy, ponieważ lekarz udokumentował przyczynę nieudanej próby porodu. Należy zakodować JB22.1 Poród przez cięcie cesarskie w trybie nagłym jako inny stan w celu wskazania typu porodu, a także zakodować wynik porodu QA46.0 Pojedyncze urodzenie żywe.

Klaster stanu głównego: JB0D.8/JB02.1

Klaster innego stanu: JB22.1/QA46.0

Przykład 5:

Pacjentka, u której stwierdzono ciążę bliźniaczą, zostaje przyjęta do porodu i rodzi dwa zdrowe noworodki.

Stan główny: Poród mnogi, wszystkie samoistne

Inne stany: Bliźniaki, oba żywo urodzone

Procedura: Poród samoistny

Należy zakodować Poród mnogi, wszystkie samoistne/QA46.2

Klaster stanu głównego: JB24.0/QA46.2

Przykład 6:

Pacjentka zostaje przyjęta do porodu w 38. tygodniu ciąży. Podczas badania nie można było wykryć tętna płodu.

Stan główny: Opieka położnicza w przypadku obumarcia wewnątrzmacicznego

Inne stany: -

Procedura: Poród samoistny;

Należy zakodować używając JA86.3 Opieka położnicza w przypadku obumarcia wewnątrzmacicznego i przeprowadzić postkoordynację [XT6G Czas trwania ciąży powyżej 36 ukończonych tygodni]. Jako inny stan należy zakodować JB20.Z Poród samoistny pojedynczy, nieokreślony w celu wskazania typu porodu. Stan główny: JA86.3 & XT6G

Inny stan: JB20.Z

Niektóre choroby matek, które można zaklasyfikować gdzie indziej, ale które powodują powikłania ciąży, porodu lub połogu

Podane podkategorie powinny być stosowane jako kody „stanu głównego" zamiast kategorii spoza Rozdziału 18 „Ciąża, poród lub połóg", jeżeli klasyfikowane choroby zostały wskazane przez lekarza jako powikłanie ciąży, nasilenie w związku z ciążą lub jako powód opieki położniczej. Odpowiednie kody z innych rozdziałów mogą być użyte jako opcjonalne kody dodatkowe, aby umożliwić określenie stanu. Rozpoznanie końcowe (postkoordynacja) ma zastosowanie, gdy zakodowany jest dodatkowy kod określający stan.

Przykład 7:

Pacjentka zostaje przyjęta w 28. tygodniu ciąży z toksoplazmozą.

Stan główny: Toksoplazmoza

Inne stany: Ciąża niezakończona porodem

Należy zakodować JB63.6Z Choroby pierwotniakowe powodujące powikłania ciąży, porodu lub połogu jako stan główny i opcjonalnie zakodować 1F57.Z Toksoplazmoza, nieokreślona w celu identyfikacji swoistej choroby pierwotniakowej, która powikłała ciążę. W przypadku zakodowania dodatkowego kodu identyfikującego konkretne powikłanie, zastosowanie ma rozpoznanie końcowe

(postkoordynacja), ponieważ 1F57.Z dodaje dodatkowe szczegóły/specyficzność do kodu podstawowego JB63.6Z.

Klaster stanu głównego: JB63.6Z/1F57.Z

2.23.21.12. Rozdział 21: Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, niesklasyfikowane gdzie indziej

Kategorie z tego rozdziału nie powinny być używane jako kody „stanu głównego", chyba że objaw, oznaka chorobowa lub objaw kliniczny były wyraźnie głównym stanem leczonym lub badanym podczas leczenia. Kody z tego rozdziału nie powinny być przydzielane w przypadku ustalenia rozpoznania wstępnego podczas leczenia.

2.23.21.13. Rozdział 22: Urazy, zatrucia i określone skutki działania czynników zewnętrznych

W przypadku odnotowania wielokrotnych urazów, a żaden z nich nie został wybrany jako „stan główny", należy zakodować jedną z kategorii przewidzianych dla stwierdzenia licznych urazów:

- tego samego typu w tej samej okolicy ciała;
- różnego typu w tej samej okolicy ciała; oraz
- tego samego typu w różnych okolicach ciała

przeprowadzić postkoordynację kodów podstawowych, które opisują każdy indywidualny uraz.

Należy zwrócić uwagę na następujące wyjątki:

- w przypadku urazów wewnętrznych odnotowanych wyłącznie jako urazy powierzchowne i/lub rany otwarte, należy zakodować urazy wewnętrzne jako „stan główny";
- w przypadku urazów wewnętrznych odnotowanych wyłącznie jako urazy powierzchowne i/lub rany otwarte, należy zakodować urazy wewnętrzne jako „stan główny";
- w przypadku krwotoku śródczaszkowego zarejestrowanego tylko z innymi urazami głowy, należy zakodować krwotok śródczaszkowy jako „stan główny";
- w przypadku złamań zarejestrowanych tylko z otwartymi ranami w tej samej lokalizacji, należy zakodować złamanie jako „stan główny".

Gdy stosuje się wiele kategorii urazów, kody dla wszystkich wymienionych urazów indywidualnych są używane jako kody dodatkowe w tym samym klastrze.

Przykład 1:

Pacjentka doznała urazu pęcherza moczowego i cewki moczowej w wyniku użycia przemocy fizycznej. Stan główny: Uraz pęcherza moczowego i cewki moczowej Inne stany: - Jako stan główny należy zakodować NB92.8 Uraz licznych narządów miednicy i przeprowadzić postkoordynację używając kodów podstawowych w kategorii NB92.2Z Uraz pęcherza moczowego, nieokreślony i NB92.3Z Uraz cewki moczowej, nieokreślony, ponieważ te kody dodają dodatkowe informacje szczegółowe/specyficzne do kategorii NB92.8. Klaster stanu głównego: NB92.8/NB92.2Z

Przykład 2:

Pacjent, który był kierowcą motocykla, stracił kontrolę na autostradzie i rozbił się. Badania wykazały otwartą ranę śródczaszkową z krwotokiem do móżdżku. Stan główny: Otwarta rana śródczaszkowa z krwotokiem do móżdżku Inne stany: - Jako stan główny należy zakodować NA07.82 Urazowy krwotok do móżdżku. Kod innych stanów NA07.Y Inne określone urazy śródczaszkowe.

2.23.21.14. Rozdział 23: Zewnętrzne przyczyny śmiertelności i zachorowalności

Kody te nie mogą być używane jako kody „stanu głównego". Są one przeznaczone do użycia jako dodatkowe kody do identyfikacji zewnętrznej przyczyny stanów sklasyfikowanych w Rozdziale 22 i mogą być również używane jako opcjonalne dodatkowe kody ze stanami sklasyfikowanymi w dowolnym innym rozdziale, ale które mają przyczynę zewnętrzną.

2.23.21.15. Rozdział 24: Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z systemem opieki zdrowotnej

Istnieją pewne epizody opieki zdrowotnej, które nie są związane z leczeniem lub badaniem aktualnej choroby lub aktualnego urazu (np. monitorowanie wcześniej leczonych chorób, wizyty w celu wykonania szczepienia, zasięgnięcie porady zdrowotnej). W takich okolicznościach kod stanu głównego można potencjalnie znaleźć w Rozdziale 24 „Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z systemem opieki zdrowotnej".

2.23.22. Stany w medycynie tradycyjnej - Moduł 1 (TM1)

Medycyna tradycyjna (Traditional Medicine, TM) jest integralną częścią świadczeń zdrowotnych udzielanych w wielu krajach. Międzynarodowa standaryzacja poprzez włączenie chorób z zakresu medycyny tradycyjnej do ICD pozwala na mierzenie, liczenie, porównywanie, formułowanie pytań i monitorowanie jej stosowania w czasie. Dodatkowy rozdział ICD-11 dotyczący zaburzeń i przykładów z medycyny tradycyjnej (TM1) jest przeznaczony do stosowania w połączeniu z koncepcjami medycyny opartej na dowodach naukowych zawartymi w rozdziałach ICD 01-25.

Podobnie jak inne rozdziały ICD, rozdział TM1 jest narzędziem służącym do klasyfikowania, diagnozowania, zliczania, komunikowania i porównywania chorób w ramach medycyny tradycyjnej, pomaga również w badaniach i ocenie bezpieczeństwa i skuteczności medycyny tradycyjnej. Niniejszy rozdział nie ocenia ani nie popiera praktyki medycyny tradycyjnej, ani skuteczności jakiejkolwiek interwencji w ramach medycyny tradycyjnej.

2.23.23. Zastosowanie w medycynie tradycyjnej

Raportowanie na poziomie regionalnym, krajowym i międzynarodowym:

- Liczenie epizodów opieki w przypadku zaburzeń i/lub przykładów z zakresu medycyny tradycyjnej w taki sam sposób, jak w przypadku chorób z zakresu medycyny opartej na dowodach naukowych na potrzeby raportowania danych dotyczących chorobowości
- Liczenie epizodów opieki świadczonej przez praktyków medycyny tradycyjnej, którzy mogą używać kombinacji terminologii medycyny opartej na dowodach naukowych i medycyny tradycyjnej

- Opisywanie i określanie ilościowe korzystania z usług medycyny tradycyjnej oraz przyczyny wizyty
- Monitorowanie wykorzystania zasobów na potrzeby usług świadczonych w ramach medycyny tradycyjnej
- Standaryzacja opisów zaburzeń i wzorców wśród klinicystów, praktyków i osób odpowiedzialnych za kodowanie umieralności działających w ramach medycyny tradycyjnej

Badania:

- Ułatwienie w zakresie badań opartych na dowodach dotyczących bezpieczeństwa i skuteczności interwencji medycyny tradycyjnej
- Umożliwienie prowadzenia badań klinicznych w ramach medycyny tradycyjnej i integracja medycyny opartej na dowodach naukowych z medycyną tradycyjną
- Zrozumienie wzajemnych powiązań pomiędzy chorobami z zakresu medycyny opartej na dowodach naukowych, a zaburzeniami i przykładami z zakresu medycyny tradycyjnej
- Badanie wzorców leczenia i wyników dla określonych zaburzeń i wzorców za pomocą ICD-11 w połączeniu z klasyfikacjami procedur specyficznych dla kraju i komponentem medycyny tradycyjnej w ramach Międzynarodowej Klasyfikacji Interwencji Medycznych (ICHI)

Refundacja i ubezpieczenie Casemix:

- W Chinach, Japonii i Korei istnieją precedensy dotyczące stosowania istniejących klasyfikacji medycyny tradycyjnej (z koncepcjami medycyny opartej na dowodach naukowych lub bez nich) w przypadku refundacji dla szpitali, roszczeń ubezpieczeniowych oraz miar kosztów klinicznych.
- Włączenie medycyny tradycyjnej jako rozdziału do ICD-11 daje znacznie większy zakres opisu chorób pacjenta (choroby, zaburzenia (TM1) i przykłady (TM1) w rozdziałach dotyczących medycyny opartej na dowodach naukowych i TM1), a także powikłań i chorób współistniejących.

Jakość i bezpieczeństwo opieki:

- Standaryzacja stosowania kodów odzwierciedlających jakość i bezpieczeństwo opieki pomiędzy chorobami z zakresu medycyny opartej na dowodach naukowych zaburzeniami z zakresu TM1 umożliwi praktykom medycyny tradycyjnej interpretację danych z ICD-11 dotyczących jakości, bezpieczeństwa i skuteczności opieki.

Edukacja:

- Kształcenie praktyków medycyny tradycyjnej w zakresie standaryzacji rozpoznania.
- Kształcenie klinicystów i specjalistów medycyny tradycyjnej w zakresie stosowania i interpretacji danych ICD-11.

Standaryzacja terminologii stosowanej w elektronicznej dokumentacji medycznej:

- Umożliwi bardziej spójne i wydajne rejestrowanie i ekstrakcję danych
- Umożliwi wspomagane komputerowo kodowanie zaburzeń i przykładów z TM1

2.23.24. Instrukcje dotyczące kodowania chorób w medycynie tradycyjnej - moduł 1 (TM1)

Kody z rozdziału „Medycyna tradycyjna" mogą być używane w różnych warunkach (opieka szpitalna lub ambulatoryjna w szpitalu oraz w gminie), ale nie wolno ich używać do zgłaszania przyczyn zgonu. Podczas kodowania w podstawowej opiece zdrowotnej zaburzenia i wzorce mogą nie być w pełni rozwinięte, tak że łatwiej jest zidentyfikować powód wizyty niż stan główny i związane z nim zaburzenia.

Zasady ogólne:

- Należy zapoznać się ze wszystkimi częściami dokumentacji pacjenta, w tym z podsumowaniem wypisu, wywiadem, badaniem fizykalnym, badaniami, danymi z badań laboratoryjnych, leczeniem oraz ostatecznymi rozpoznaniami.
- Kodowanie powinno odnosić się do powodów leczenia podczas tego epizodu i nie musi opisywać całej historii życia pacjenta, chyba że choroba przebyta wpływa na obecną opiekę.
- Należy wyrażać się w sposób zrozumiały i wyraźny, jak to możliwe, używając kodów oznaczających etiologię, patologię i objawy choroby z zakresu medycyny tradycyjnej.
- Należy używać kodów z odpowiednich rozdziałów ICD, aby dopasować zaburzenia kliniczne odnotowane w dokumentacji pacjenta.
- Kodowanie może być nieprecyzyjne dla chorób, którymi zajmuje się medycyna tradycyjna (tj. takim, które nie są dobrze zdefiniowane lub nie wykazują objawów).

Włączenie dodatkowego rozdziału dotyczącego chorób medycyny tradycyjnej w ICD-11 ma na celu wspieranie integracji medycyny tradycyjnej z systemem opieki zdrowotnej. W związku z tym zaleca się, aby wszędzie tam, gdzie to możliwe, kody TM1 były używane w połączeniu z kodami z innych rozdziałów ICD-11 (Rozdział 01-25), aby umożliwić porównanie rozpoznania postawionego w ramach medycyny opartej na dowodach naukowych i rozpoznania w ramach medycyny tradycyjnej.

Można zastosować następujący ogólny schemat kodowania i alternatywne opcje kodowania:

1) Należy przeczytać podsumowanie dotyczące pacjenta i jego dokumentację medyczną.
2) Do zakodowania należy wybrać rozpoznanie(a) w ramach medycyny opartej na dowodach naukowych, zaburzenie(a) w ramach medycyny tradycyjnej (TM1) i/lub wzorzec(ce) (TM1).

	Opcje	Przykłady	Przykłady kodowania ICD-11
a.	Rozpoznanie wyłącznie według medycyny opartej na dowodach naukowych	Astma	CA23.32
b.	Rozpoznanie według medycyny opartej na dowodach naukowych ze wzorcem według TM1	Astma	CA23.32
		Nagromadzenie mętnego śluzu w płucach (TM1)	SF86

	Opcje	Przykłady	Przykłady kodowania ICD-11
c.	Rozpoznanie według medycyny opartej na dowodach naukowych z zaburzeniem według TM1	Astma	CA23.32
		Świszczący oddech (TM1)	SF81

Z rozdziału o medycynie tradycyjnej można wybrać więcej niż jedno zaburzenie (TM1) i więcej niż jeden wzorzec (TM1).

1) Odnośnie wpisów w ramach medycyny tradycyjnej i TM1 należy przeprowadzić konsultację z elektronicznym narzędziem do kodowania lub odpowiednimi indeksami alfabetycznymi.

2) Aby uzyskać odpowiedni kod, należy przejść do listy tabelarycznej. Należy zwrócić uwagę na wtrącenia i uwagi dotyczące wykluczeń oraz opisy tekstowe.

3) Należy przypisać odpowiedni kod i postępować zgodnie z określonymi wytycznymi dotyczącymi tego kodu.

Stosowanie wymienionego powyżej ogólnego schematu kodowania i alternatywnych opcji kodowania dla danego obrazu klinicznego musi uwzględniać kontekst prawny, praktykę kodowania i ustalenie szczegółowych wymagań na poziomie krajowym. Dodatkowe konwencje kodowania mogą zostać opracowane w odpowiedzi na potrzeby informacyjne specyficzne dla danego kraju (np. kodowanie choroby głównej, stosowanie kodów rozszerzających, kodowanie nowotworów i urazów, chorób przewlekłych i powikłanych, dolegliwości subklinicznych lub konstytucyjnych oraz zewnętrznych przyczyn urazu i działań niepożądanych).

2.24. Ogólne zalecenia statystyczne

2.24.1. Jakość danych

Aby zapewnić wysoką jakość, należy wdrożyć procesy monitorowania jakości zakodowanych danych. Proces ten odnosi się do Zapewnienia Jakości. Na kolejnych stronach można znaleźć kilka sugestii dotyczących stosowania procesu zapewniania jakości w statystykach umieralności i chorobowości. Zasadniczo osoby odpowiedzialne za zbieranie i analizę danych powinny być zaangażowane w opracowywanie protokołów przetwarzania i kodowania danych oraz w określanie innych elementów danych, które należy z nimi zestawić. Zbieranie danych dotyczących jakości wymaga jasno zaprojektowanego toku pracy (od raportowania przez kodowanie po analizę) oraz odpowiedniego przeszkolenia wszystkich zaangażowanych stron. W szczególności wszyscy uczestnicy muszą zrozumieć proces i swoją w nim rolę. Podstawowe etapy toku pracy obejmują następujące elementy:

1) Dokumentacja - tu zaczyna się informacja. Zidentyfikowanie stanu chorobowego, a następnie udokumentowanie go w karcie zgonu, w dokumentacji medycznej lub innym formularzu medycznym musi być przeprowadzone całkowicie i dokładnie, z wykorzystaniem najlepszych możliwych dowodów. Z tego powodu ta część procedury powinna być z reguły wykonywana przez dobrze wyszkolonego lekarza.

2) Sprawozdawczość - Udokumentowane informacje należy zgłaszać w formacie określonym przez odpowiedzialne agencje. Mogą występować różnice w wymaganej strukturze

raportowania, ramach czasowych i obowiązkach, w zależności od kraju i/lub okoliczności gromadzenia danych.

3) Weryfikacja - W przypadku, gdy zgłaszane są niejasne informacje, niekompletne lub nielogiczne stwierdzenia, należy zastosować pętlę informacji zwrotnych i zwrot zapytań do osób poświadczających i dokumentujących.

4) Grupowanie i analiza - oba elementy służą do agregowania danych w sposób określony przez różne przypadki użycia. Zasady i ograniczenia powinny być dobrze zrozumiane i w sposób jasny przekazywane, gdy przeprowadzana jest analiza, a wyniki są przedstawiane i wykorzystywane.

2.24.2. Swoistość a niedokładnie określone kody

Zgłaszane informacje powinny być zakodowane na najwyższym możliwym poziomie szczegółowości. W niektórych przypadkach dostępne dane są nieliczne, niekompletnie udokumentowane lub zgłaszane są tylko błahe szczegóły. Chociaż ICD podaje kategorie dla tych przypadków, takie niedokładne informacje nie pozwalają na zrozumienie wzorców epidemiologicznych i/lub wykorzystania systemów opieki zdrowotnej ani nie wspierają profilaktyki chorób.

2.24.3. Problemy małej populacji

Wielkość populacji jest jednym z czynników, które należy wziąć pod uwagę przy ocenie stanu zdrowia populacji za pomocą danych dotyczących umieralności lub chorobowości. W krajach o małej populacji roczna liczba zdarzeń w wielu kategoriach będzie bardzo mała i może się zmieniać z roku na rok, zwłaszcza po rozbiciu na zalecany wiek i płeć. Problemy te można złagodzić za pomocą jednego lub więcej z następujących środków:

- wykorzystanie lub prezentacja szerokich grup rubryk ICD, takich jak rozdziały
- agregacja danych w dłuższym okresie czasu, np. zebrać dane z poprzednich dwóch lat razem z danymi za rok bieżący i uzyskać „średnią kroczącą”;
- korzystanie z możliwie najszerszych grup wiekowych

Zalecenia, które mają zastosowanie do małych populacji krajowych, generalnie sprawdzają się również w przypadku raportowania danych odnoszących się do subnarodowych segmentów większych populacji. Badania problemów zdrowotnych w podgrupach populacji muszą uwzględniać wpływ wielkości każdej z podgrup na rodzaj zastosowanej analizy. Potrzeba ta jest powszechnie uznawana w przypadku badań na próbach, ale często jest pomijana, gdy badanie dotyczy problemów zdrowotnych określonych grup w populacji krajowej.

2.24.4. „Puste komórki" i komórki o niskich częstotliwościach

Niezależnie od użytej listy przyczyn, może okazać się, że w niektórych komórkach tabeli statystycznej nie występują żadne przypadki dla jednej lub więcej wymienionych przyczyn. W miejscach, gdzie w tabeli jest wiele pustych linii, warto rozważyć pominięcie takich linii w publikowanej tabeli. W przypadku, gdy w danym kraju występuje tylko sporadyczny przypadek choroby, linię można regularnie pomijać w publikowanej tabeli statystycznej i dodawać przypis, aby wskazać, że w raportowanym okresie nie było żadnych przypadków choroby lub gdy występują sporadyczne przypadki, w których komórka mogłaby się pojawiać. W przypadku komórek o bardzo niskich częstotliwościach, szczególnie tych związanych z chorobami, których nie oczekuje się, ważne jest ustalenie, że przypadki istniały i nie wynikały z błędu kodowania lub przetwarzania. Powinno się to odbywać w ramach ogólnej kontroli jakości danych.

2.24.5. Wymagane środki ostrożności, gdy listy tabelaryczne zawierają sumy częściowe

Dla osób przetwarzających dane nie zawsze może być oczywiste, że niektóre pozycje na listach tabelarycznych są w rzeczywistości sumami częściowymi lub wcześniej zgłoszonymi kategoriami. Pozycje te mogą obejmować tytuły bloków i tytuły kategorii czteroznakowych lub pozycje tytułów rozdziałów (w skróconych wersjach zestawień umieralności). Wpisy te należy zignorować podczas obliczania sum, w przeciwnym razie przypadki mogą być liczone więcej niż raz.

2.24.6. Aspekty etyczne

Poufność odnosi się do obowiązku nieujawniania informacji (danych) osobom trzecim, w przypadku, gdy informacje te zostały pierwotnie przekazane jako poufne. Obowiązek ten został skodyfikowany w Przysiędze Hipokratesa w IV wieku p.n.e. i nadal jest jedną z podstawowych zasad etyki lekarskiej. Wszelkie informacje, które mogą pozwolić na identyfikację konkretnej osoby, powinny być przeglądane wyłącznie przez osoby do tego upoważnione. Autoryzacja oznacza, że dana osoba jest prawnie upoważniona do dostępu do informacji. np. personel medyczny, koronerzy i osoby odpowiedzialne za kodowanie umieralności to wszystkie osoby, które mogą być upoważnione do przeglądania poufnych informacji.

Zasadniczo jedynym sposobem, aby informacje poufne stały się publicznie dostępne, są przepisy, statuty i regulacje. Czasami informacje poufne mogą po pewnym czasie stać się informacjami publicznymi. Na przykład w niektórych regionach świata upływ czasu może spowodować, że akty zgonu staną się przedmiotem publicznego rejestru, a zatem wymóg zachowania ich poufności nie ma już zastosowania.

Osoba upoważniona do dostarczania informacji poufnych musi zweryfikować, czy osoba wnioskująca jest uprawnionym użytkownikiem i określić jej poziom autoryzacji. Osoba dostarczająca informację musi być świadoma poziomu informacji, które mogą być udostępnione upoważnionemu użytkownikowi i podjąć odpowiednie kroki w celu ochrony przed nieuprawnionym ujawnieniem. Osoba, która jest upoważnionym użytkownikiem nie może próbować uzyskać dostępu do informacji, do których nie jest upoważniona. Dodatkowo osoba, która jest użytkownikiem musi również chronić się przed nieuprawnionym dostępem do dostarczonych mu informacji. Oznacza to, że użytkownicy muszą zabezpieczyć poufne informacje i wszelkie rejestracje tych informacji w sposób uniemożliwiający nieautoryzowany dostęp. Informacje mogą być wykorzystywane wyłącznie do odpowiednich celów i w

razie potrzeby muszą zostać zwrócone. Krajowe ramy prawne, przepisy lokalne oraz wytyczne instytucjonalne zawierają szczegółowe zasady i informacje dotyczące zachowania poufności.

2.24.7. Unikanie potencjalnej szkody

Naruszenie poufności może spowodować bezpośrednią i poważną szkodę. Na przykład ujawnienie poufnych informacji może potencjalnie prowadzić do napiętnowania i dyskryminacji osoby. Z drugiej strony zachowanie poufności może wyrządzić większą szkodę niż jej nieprzestrzeganie. Niektóre okoliczności mogą wymagać oceny, która obejmuje wyważenie szkód lub ujawnienie poufnych informacji w stosunku do interesów pacjenta, osoby zmarłej i innych odpowiednich stron. W wyniku naruszenia poufności dana osoba może doznać „szkody" fizycznej, społecznej lub psychicznej. Naruszona poufność rozpoznania powoduje, że pacjent traci wiarę lub zaufanie do lekarza. Ponadto pacjent może wtedy cierpieć z powodu przemocy ze strony innej osoby lub stygmatyzacji związanej z określonymi chorobami. W innych okolicznościach nieujawnienie poufnych informacji danej osoby może skutkować narażeniem innej osoby lub społeczeństwa na wystąpienie lub narażenie na szkodliwą sytuację.

To trudna koncepcja, do której należy podejść w sposób przemyślany. Jak wspomniano powyżej, zdarzają się sytuacje, w których uzasadnione jest przekazanie innym poufnych informacji, na przykład podczas zgłaszania przypadków chorób zakaźnych. W takich przypadkach zazwyczaj dopuszcza się zgłaszanie informacji poufnych. Jest to przykład sytuacji, w której nieujawnienie choroby może spowodować poważne szkody dla innych.

Jeśli konieczne jest ujawnienie informacji, najlepiej skontaktować się z odpowiednią osobą i poinformować ją o takiej konieczności. W niektórych przypadkach może to być niemożliwe lub nieodpowiednie, a użytkownicy powinni kierować się wytycznymi prawnymi i instytucjonalnymi. Należy wziąć pod uwagę szkody, jakie może spowodować ujawnienie niektórych informacji. Niektóre informacje, które mogą być szczególnie wrażliwe, obejmują testy dotyczące zaburzeń i chorób genetycznych, częstości występowania chorób zakaźnych oraz wyniki testu na HIV. Czasami pojawiają się specjalne prośby o zachowanie poufności, które mogą wymagać podwyższonych poziomów gwarancji poufności. Te specjalne prośby nie mogą zastępować wymogów prawnych dotyczących ujawnienia informacji, ale powinny być przestrzegane, gdy tylko jest to możliwe.

2.24.8. Bezpieczeństwo prywatności - poufność

Prywatność odnosi się do ochrony kontroli jednostki nad tym, jakie dane osobowe i decyzje mogą lub nie mogą być udostępniane innym. Na przykład, kiedy lekarz bada lub rozmawia z pacjentem, zwykle odbywa się to w miejscu niepublicznym, tak aby informacja udzielona lekarzowi przez pacjenta nie była słyszana przez nikogo innego. Umożliwia to także lekarzowi postawienie pacjentowi rozpoznania na osobności. Dane są udostępniane za zgodą pacjenta lub gdy wymagają tego przepisy prawa. Bezpieczeństwo prywatności i poufność danych dotyczących zdrowia (i innych) są zwykle przedmiotem krajowych przepisów ustawowych i wykonawczych.

2.25. Zalecenia dotyczące tabel statystycznych służących do porównań międzynarodowych

Poniższe zalecenia mają na celu standaryzację prezentacji zakodowanych danych, aby umożliwić krajowe i międzynarodowe porównania między różnymi krajami lub regionami.

2.25.1. Zalecane specjalne listy tabelaryczne

Istnieją standardowe sposoby sporządzania list przyczyn, zakodowane zgodnie z ICD oraz istnieją formalne zalecenia dotyczące list tabelarycznych, które pozwalają na porównania krajowe i międzynarodowe. Hierarchiczna struktura ICD pozwala na znaczną elastyczność dla innych możliwych tabel. Jeśli chodzi o umieralność, ICD zawiera specjalne listy tabelaryczne, które są przeznaczone do wykorzystania w sytuacjach, w których czteroznakowa lista jest zbyt szczegółowa i są zaprojektowane tak, aby międzynarodowe porównanie istotnych chorób i grup chorób nie było obarczone błędem przez stosowanie innych grup w różnych krajach.

Należy zauważyć, że specjalne listy tabelaryczne są przeznaczone do agregacji i raportowania zakodowanych danych. Nie służą do kodowania.

Specjalne listy tabelaryczne to:

- Lista 1 Lista tabelaryczna umieralności
- Lista 2 Lista tabelaryczna chorobowości
- Lista 3 Międzynarodowa skrócona lista tabelaryczna chorobowości szpitalnej (International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation, ISHMT)
- Lista 4 Skrócona lista chorób zakaźnych według czynników
- Lista 5 Cele Zrównoważonego Rozwoju (Sustainable Development Goals, SDGs)
- Lista 6 Lista autopsji ustnej WHO
  Lista umieralności oparta jest na kodach przypisanych do wyjściowej przyczyny zgonu.
  Lista chorobowości nie zawiera kodów chorób z zakresu medycyny tradycyjnej.

Stosowanie przedrostków do identyfikacji specjalnych list tabelarycznych

Użycie przedrostków numerycznych zapobiega pomyleniu pomiędzy specjalnymi listami tabelarycznymi, ponieważ czteroznakowe kody ICD posiadają literę na drugiej pozycji. W przypadku, gdy dostosowana lista jest wykorzystywana do celów krajowych lub na poziomie niższym niż krajowy, należy zastosować alternatywny przedrostek identyfikacyjny.

Specjalna lista tabelaryczna dla umieralności

Lista tabelaryczna umieralności zawiera pozycje dla każdego rozdziału ICD, a także, w większości rozdziałów, identyfikuje pozycje z pozostałymi pozycjami zatytułowanymi „Pozostała część…”, które uzupełniają zakres odpowiedniego rozdziału. Lista obejmuje pełny zakres czteroznakowych kodów ICD mających zastosowanie do umieralności, wymaganych do celów raportowania i publikacji.

Lokalnie zaprojektowane listy dotyczące umieralności

W przypadku większości krajów tabelaryczna lista umieralności dostarcza wystarczających informacji na temat najważniejszych chorób i zewnętrznych przyczyn zgonów. Ułatwia także porównywanie w czasie i obserwację zmian względnych częstotliwości w miarę wprowadzania programów zdrowotnych, m.in. choroby zakaźne i choroby zwyrodnieniowe. Pozwala na porównanie obszarów ponadnarodowych i podgrup populacyjnych. Ponadto umożliwia przeprowadzanie miarodajnych międzynarodowych porównań przyczyn zgonów.

Listy podobne do specjalnej listy tabelarycznej można również zaprojektować do użytku lokalnego. Rubryki ICD w takich listach mogą być wybierane i grupowane w dowolny sposób. Specjalne listy mogą być potrzebne na przykład do monitorowania postępów wielu lokalnych programów zdrowotnych pod względem umieralności, a także chorobowości. Przy dostosowywaniu specjalnych zestawień do wymogów krajowych lub przy opracowywaniu zestawienia dla nowego lub specjalnego projektu pomocne jest przeprowadzenie próbnego przebiegu, polegające na zliczeniu liczby przypadków dla każdej czteroznakowej kategorii. W ten sposób można określić, jakie warunki są odpowiednie dla szerokiego grupowania, a gdzie potrzebne są podkategorie.

W przypadku tworzenia listy lokalnej klucz do skróconych kategorii powinien zawierać te same cztero- (lub pięcioznakowe) kody klasyfikacji podstawowej.

Specjalna lista tabelaryczna dla chorobowości

Specjalna lista dotycząca chorobowości ma służyć jako podstawa do sporządzania list krajowych oraz do porównań wewnątrz- i międzypaństwowych. Listy krajowe można konstruować odpowiednio kondensując lub rozszerzając klasyfikację podstawową. Lista jest odpowiednia dla danych dotyczących opieki szpitalnej oraz, z odpowiednią adaptacją (w szczególności poprzez agregację niektórych pozycji i rozszerzenie pozycji odnoszących się do Rozdziału 21 „Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, niesklasyfikowane gdzie indziej” oraz Rozdziału 24 „Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z systemem opieki zdrowotnej”) w celu uzyskania informacji z innych źródeł, takich jak opieka ambulatoryjna i ankiety.

Kiedy tworzona jest lista lokalna, klucz do skondensowanych kategorii powinien zawierać cztero- (lub pięcioznakowe) kody klasyfikacji podstawowej. Lista została zaprojektowana do międzynarodowych porównań statystyk chorobowości szpitalnej. Ta zwięzła lista pozwala na porównanie działalności szpitali, niezależnie od systemów opieki zdrowotnej. Choroby zostały dobrane w taki sposób, że zawsze można je leczyć przy przyjęciu do szpitala na co najmniej 24 godziny. W przypadku, gdy po zbadaniu częstości czteroznakowych rubryk ICD konieczne jest rozszerzenie listy, niektóre pozycje w ramach kategorii ICD można podzielić według klasyfikacji podstawowej lub nawet do poziomu pięcioznakowego. Jeśli zalecana lista jest zbyt szczegółowa lub jeśli wymagana jest krótsza lista, wyboru można dokonać na podstawie krajowych lub lokalnych problemów zdrowotnych. W zależności od „profilu epidemiologicznego” kraju kategorie można łączyć, aby skrócić listę.

2.25.2. Międzynarodowe raportowanie chorobowości

Międzynarodowe raportowanie chorobowości i porównywanie danych pomiędzy różnymi krajami wymaga uzgodnionych na szczeblu międzynarodowym definicji:

- szpitalny, rejestrowanie czasu hospitalizacji danego pacjenta, ambulatoryjny
- szpital
- epizod leczenia
- powód wizyty użyty zamiast rozpoznania

Aby uzyskać więcej informacji, patrz Sekcja 1.4.

2.25.2.1. Minimalny zestaw danych i znaczniki dla rozpoznania końcowego (postkoordynacji)

Minimalny zestaw danych nadający się do porównania międzynarodowego obejmowałby wiek, płeć, główne rozpoznanie (powód przyjęcia do szpitala po ocenie pod koniec hospitalizacji) oraz sektor zdrowia (szpital, lekarz, inny), najlepiej, gdyby towarzyszyły mu obowiązujące definicje dla wyżej wymienionych zmiennych oraz główną interwencję. W rozszerzonym zestawie danych najlepiej byłoby, gdyby dodatkowe rozpoznania i interwencje były zgłaszane w oddzielnych polach danych. Znacznik dla międzynarodowego raportowania kodów po rozpoznaniu końcowym (postkoordynacji) w klastrach będzie zgodny z poniższymi specyfikacjami:

- ukośnik „/” oddziela 2 kody podstawowe
- znak ampersand „&” łączy kody podstawowe z kodami rozszerzającymi
- klaster może składać się z jednego kodu lub jednego stanu z dodatkowymi szczegółami w jednym klastrze
- kod podstawowy & kod rozszerzający & kod rozszerzający

Dwa niepowiązane stany będą miały dwa klastry:

- kod podstawowy - kod podstawowy

Dwa klastry z kodami mnogimi:

- kod podstawowy & kod rozszerzający / kod podstawowy & kod rozszerzający & kod rozszerzający

Przykład 1:

Cukrzyca / Retinopatia cukrzycowa

Przykład 2:

Liczne złamania przedramienia / Złamanie trzonu kości łokciowej & Złamanie otwarte / Złamanie trzonu kości promieniowej & Złamanie otwarte / kod przyczyny zewnętrznej.

2.25.3. Prezentacja tabel statystycznych

Stopień szczegółowości klasyfikacji krzyżowej według przyczyny, płci, wieku i obszaru geograficznego będzie zależał zarówno od celu i zakresu sprawozdawczości statystycznej, jak i praktycznych ograniczeń ich zestawienia. Poniższe wzorce, zaprojektowane w celu wspomagania zgodności międzynarodowej, przedstawiają standardowe sposoby wyrażania różnych cech. W przypadku, gdy w opublikowanych tabelach stosowana jest inna klasyfikacja (np. w przypadku grup wiekowych), należy ją sprowadzić do jednego z zalecanych grupowań.

a) Analiza według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób powinna, w stosownych przypadkach, być zgodna z:

   - szczegółową listą czteroznakowych kategorii, z pięcio- lub sześcioznakowymi podkategoriami lub bez nich;
   - jedną spośród specjalnych list tabelarycznych dotyczących umieralności;
   - specjalną listą tabelaryczną dotyczącą chorobowości.

b) Klasyfikacja wiekowa do celów ogólnych:

   - poniżej 1 roku, 1 do 4 lat, 5-letnie grupy od 5 do 84 lat, 85 lat i więcej, 95 lat i więcej;
   - poniżej 1 roku, 1-4 lat, 5-14 lat, 15-24 lata, 25-34 lata, 35-44 lata, 45-54 lata, 55-64 lata, 65-74 lata, 75 lat i powyżej.
   - poniżej 1 roku, 1-14 lat, 15-44 lata, 45-64 lata, 65 lat i więcej.

c) Klasyfikacja według obszaru powinna, w stosownych przypadkach, być zgodna z:

   - każdym głównym rejonem;
   - każdym miastem lub aglomeracją liczącą co najmniej 1 000 000 mieszkańców, w przeciwnym razie największe miasto o liczbie mieszkańców co najmniej 100 000;
   - krajową sumą obszarów miejskich liczących 100 000 mieszkańców lub więcej;
   - krajową sumą obszarów miejskich poniżej 100 000 mieszkańców;
   - krajową agregacją obszarów wiejskich.

Uwaga 1. Statystyki odnoszące się do lit. (c) powinny zawierać definicje stosowane do określania obszarów miejskich i wiejskich.

Uwaga 2. W krajach, w których orzeczenie lekarskie o przyczynie zgonu jest niekompletne lub ograniczone do pewnych obszarów, dane liczbowe dotyczące zgonów bez orzeczenia lekarskiego należy publikować oddzielnie.

2.25.3.1. Tabela przyczyn zgonu

Statystyka przyczyn zgonów dla określonego obszaru powinna być zgodna z zaleceniem „Tabele statystyczne" (a)(1) powyżej lub, jeśli nie jest to możliwe, z zaleceniem „Tabele statystyczne" (a)(2).

Zgony najlepiej klasyfikować według płci i grupy wiekowej, jak w zaleceniu „Tabele statystyczne" (b)(3).

Statystyka przyczyn zgonów dla obszarów w zaleceniu „Tabele statystyczne" (c) powinna być zgodna z zaleceniem „Tabele statystyczne" (a)(2), a jeśli nie jest to możliwe, z zaleceniem „Tabele statystyczne" (a)(3). Powinny być one najlepiej zestawione według płci i grupy wiekowej, jak w zaleceniu „Tabele statystyczne" (b)(2).

2.25.3.2. Umieralność z powodu urazów

Umieralność z powodu urazów tradycyjnie rozróżnia urazy spowodowane przez:

- Przemoc międzyludzka i nadużycia seksualne
- Przemoc zbiorowa, w tym wojny, powstania i zamieszki
- Zdarzenia drogowe
- Wypadki w domu, w pracy, podczas uprawiania sportu i innych zajęć rekreacyjnych

W kontekście umieralności WHO zaleca zachowanie kodów dotyczących zarówno głównych urazów, jak i przyczyn zewnętrznych. W miejscach, w których nie jest to możliwe, należy zachować kod przyczyny zewnętrznej. W przypadku zgonów związanych z obrażeniami, w ICD-11 kod przyczyny zewnętrznej jest pojedynczą wyjściową przyczyną zgonu i zawiera intencję, mechanizm i cel zmarłego w jednym kodzie. Miejsce występowania i aktywność są kodowane oddzielnie.

2.25.4. Standardy i wymagania sprawozdawcze dotyczące umieralności w okresie okołoporodowym i noworodkowym

2.25.4.1. Terminy stosowane w odniesieniu do umieralności okołoporodowej i noworodkowej

Okres okołoporodowy rozpoczyna się po 22 pełnych tygodniach ciąży i kończy w 7 pełnych dni po porodzie, tj. obejmuje dni 0-6 po porodzie.

Okres noworodkowy rozpoczyna się w momencie narodzin i kończy 28 pełnych dni po porodzie, czyli obejmuje dni 0-27 po porodzie.

Wiek ciąży to czas trwania ciąży oszacowany na podstawie najlepszego położniczego oszacowania ciąży, który zwykle jest wyrażany w pełnych tygodniach z dodatkowymi dniami lub w pełnych dniach.

Najlepsze położnicze oszacowanie ciąży opiera się na ostatecznym oszacowaniu ciąży przez osobę prowadzącą ciążę, obliczoną na podstawie czasu, jaki upłynął od daty ostatniej miesiączki. Pierwszy dzień ciąży jest zwykle określany przez:

1) pierwszy dzień ostatniej miesiączki (ang. last menstrual period, LMP) 1, jeśli potwierdzą to wyniki wczesnego badania USG

2) wczesne badanie USG, gdzie pierwszy dzień ostatniej miesiączki i wyniki wczesnego badania USG różnią się

3) pierwszy dzień ostatniej miesiączki i/lub kliniczną ocenę wieku ciążowego po urodzeniu, jeśli nie jest dostępne wczesne badanie ultrasonograficzne.

W przypadkach wspomaganego rozrodu, gdy znana jest data transferu zarodków, do obliczenia wieku ciąży należy dodać 14-dniowe przesunięcie.

Wiek ciąży jest liczony według dni kalendarzowych, gdzie dzień zerowy (dzień 0) odnosi się do pierwszego dnia kalendarzowego ciąży, a dzień 1 do drugiego dnia kalendarzowego. Pierwszy dzień ciąży, tj. dzień 0, odpowiada wiekowi ciąży „zero ukończonych tygodni" z zerem dodatkowych dni (wiek ciążowy 0+0 ukończonych tygodni), a 6 dni później będzie to wiek ciążowy 0+6 pełnych tygodni.

Liczba wypełnionych tygodni jest obliczana jako liczba dni od pierwszego dnia ciąży podzielona przez 7, przedstawiona jako liczba całkowita plus reszta. Na przykład dzień 8 po ciąży to 1+1 ukończonych tygodni, dzień 252 odpowiada 36+0 ukończonym tygodniom, a 6 dni później (258 dni) będzie to 36+6.

Urodzeniowa masa ciała to pierwsza waga płodu lub noworodka uzyskana po urodzeniu. W przypadku urodzeń żywych najlepiej jest mierzyć urodzeniową masę ciała w ciągu pierwszej godziny życia, zanim nastąpi znaczna utrata masy ciała po urodzeniu.

Wiek chronologiczny stosowany do rejestrowania zgonów w okresie noworodkowym jest liczony w następujący sposób: Dzień 0 odnosi się do pierwszych 24 godzin po urodzeniu. Dzień 1 to pozostała część drugiego dnia kalendarzowego (data zgonu=data urodzenia+1), ale poza pierwszymi 24 godzinami. Dzień 2 to 3 dzień kalendarzowy (data zgonu=data urodzenia+2).

Gdy nie jest możliwe zebranie informacji o godzinach w chwili zgonu, za dzień 0 należy uznać kalendarzowy dzień urodzenia (data urodzenia jest równa dacie zgonu), a następnie: Dzień zgonu = Data zgonu - data urodzenia.

2.25.4.2. Definicje dotyczące umieralności okołoporodowej i noworodkowej

Śmierć płodu, poronienie samoistne, urodzenie martwe, urodzenie żywe, śmierć noworodka

Zgon w okresie okołoporodowym lub noworodkowym należy liczyć na podstawie czasu porodu (tj. całkowitego wydalenia płodu lub usunięcia płodu z ciała kobiety), chociaż może być zdiagnozowany wcześniej w macicy. Poród zarodka lub płodu może nastąpić w sposób samoistny, wspomagany lub przez cesarskie cięcie (tj. obejmuje celowe przerwanie trwającej ciąży środkami medycznymi lub chirurgicznymi mającymi na celu poród żywy), przy czym należy go wyraźnie odróżnić od wywołanej aborcji.

- **Śmierć płodu** obumarcie płodu przed jego całkowitym wydaleniem lub usunięciem z ciała kobiety, niezależnie od czasu trwania ciąży.

- **Poronienie samoistne** to samoistna utrata ciąży (tj. zarodka lub płodu) przed ukończeniem 22. tygodnia ciąży.

- **Urodzenie martwe** to całkowite wydalenie lub usunięcie płodu z ciała kobiety po jego śmierci przed całkowitym wydaleniem lub usunięciem, po co najmniej 22 pełnych tygodniach ciąży.

- **Urodzenie żywe** to całkowite wydalenie lub usunięcie płodu z ciała kobiety, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim rozdzieleniu wykazuje oznaki życia.

- **Śmierć noworodka** to zgon po urodzeniu żywym, która ma miejsce w okresie noworodkowym.

Śmierć zarodka lub płodu może być zdiagnozowana w macicy na podstawie braku tonów serca, może być potwierdzona za pomocą technik obrazowania, o ile są one dostępne, lub po całkowitym wydaleniu lub usunięciu z ciała kobiety na podstawie braku oznak życia. Oznaki życia po urodzeniu obejmują oddychanie, bicie serca, pulsację pępowiny i zdecydowane ruchy dobrowolnych mięśni, niezależnie od tego, czy pępowina została przecięta, czy łożysko jest przyczepione. Ulotna aktywność odruchowa obserwowana tylko w pierwszej minucie po urodzeniu nie daje podstaw do zaklasyfikowania jako oznaka życia.

Uwagi dotyczące sprawozdawczości krajowej i międzynarodowej (Patrz również 2.25.4.5):

- Definicje i kryteria zgłaszania dotyczące dolnego limitu zgonów płodów lub poronień samoistnych mogą się różnić w zależności od różnych przepisów krajowych (ogólnie uznawany medycznie okres embrionalny ciąży trwa do 12. pełnego tygodnia, jednak inny krajowy limit wyznaczony przepisami prawa może być ustalony na przykład na 11 lub 13 tygodni). Każda dolna granica powinna być określona w tworzonych statystykach.

- Zaleca się tworzenie statystyk dla wszystkich zgonów płodów i wszystkich zgonów po urodzeniach żywych, podczas gdy kryteria raportowania mogą różnić się w zależności od różnych przepisów krajowych.

- W przypadku zgłoszeń międzynarodowych zaleca się zgłaszanie urodzeń martwych w ciągu 28 lub więcej pełnych tygodni ciąży (późne urodzenie martwe) oraz wszystkich zgonów po urodzeniu żywym. Zaleca się, aby kraje, w których istnieje możliwość zgłaszania urodzeń martwych w ciągu 22 lub więcej pełnych tygodni ciąży (wczesne urodzenie martwe), to zrobiły.

- W przypadku, gdy informacje o wieku ciąży nie są dostępne w przypadku poronienia samoistnego lub urodzenia martwego, jako kryterium należy przyjąć masę urodzeniową poniżej 500 gramów.

Sztuczne rozwiązanie ciąży

- **Sztuczne rozwiązanie ciąży** to całkowite wydalenie lub wydobycie z organizmu kobiety zarodka lub płodu (niezależnie od czasu trwania ciąży), w następstwie celowego przerwania trwającej ciąży środkami medycznymi lub chirurgicznymi, które nie ma na celu doprowadzenia do żywego urodzenia.

Sztuczne rozwiązanie trwającej ciąży jest regulowane przez prawo i może być określane jako legalna aborcja, aborcja indukowana, redukcja płodu lub za pomocą innej terminologii. Dopóki spełnia definicję sztucznego przerwania ciąży, należy ją rozpatrywać oddzielnie od poronienia samoistnego lub urodzenia martwego i wyraźnie odróżniać w statystykach.

Chociaż przemijające oznaki życia mogą być widoczne po niektórych przypadkach sztucznego przerwania ciąży w późniejszych tygodniach ciąży, nigdy nie powinny być one kodowane jako poronienie samoistne lub urodzenia żywe.

2.25.4.3. Inna terminologia stosowana w rejestrowaniu i przedstawianiu umieralności okołoporodowej lub noworodkowej

Śmierć płodu (tj. niezależnie od wieku ciążowego; należy podać dolną granicę, jeśli taka istnieje)

- **Przedporodowa śmierć płodu** to obumarcie płodu przed porodem. W przypadku, gdy stan życia płodu na początku porodu nie jest znany, należy uznać, że obumarcie miało miejsce przed porodem, jeśli w momencie porodu widoczne są oznaki maceracji.
- **Śródporodowa śmierć płodu** to obumarcie płodu podczas porodu. W przypadku, gdy stan życia płodu na początku porodu nie jest znany, należy uznać, że obumarcie miało miejsce w trakcie porodu, w przypadku świeżego wyglądu skóry lub braku oznak maceracji w momencie porodu.

Urodzenie martwe (tj. po co najmniej 22 pełnych tygodniach ciąży)

- **Wczesne urodzenie martwe** to urodzenie martwego dziecka po upływie 22-27 ukończonych tygodniach ciąży.
- **Późne urodzenie martwe** to urodzenie martwego dziecka po upływie co najmniej 28 pełnych tygodniach ciąży.
- **Przedporodowe urodzenie martwe** to urodzenie martwego dziecka po obumarciu płodu w okresie przedporodowym (tj. przed wystąpieniem czynności porodowej).
- **Śródporodowe urodzenie martwe** to urodzenie martwego dziecka po śródporodowym obumarciu płodu (tj. podczas czynności porodowej).
- **Urodzenie obumarłego płodu z maceracją** to urodzenie martwego dziecka z objawami maceracji w momencie porodu.
- **Urodzenie obumarłego płodu bez maceracji** to poród płodu ze świeżym wyglądem skóry i bez oznak maceracji w momencie porodu.

Okres ciąży

- **Wcześniactwo** po upływie mniej niż 37 pełnych tygodni (mniej niż 259 dni) ciąży.
- **Ciąża donoszona** od 37 pełnych tygodni do mniej niż 42 pełnych tygodni (259 do 293 dni) ciąży.
- **Ciąża przenoszona** co najmniej 42 ukończone tygodnie (294 dni lub więcej) ciąży.

Masa urodzeniowa

- **Skrajnie niska masa urodzeniowa** to masa urodzeniowa poniżej 1000 g (do 999 g włącznie).
- **Bardzo niska masa urodzeniowa** to masa urodzeniowa poniżej 1500 g (do 1499 g włącznie).

- **Niska masa urodzeniowa** to masa urodzeniowa poniżej 2500 g (do 2499 g włącznie)
- **Wysoka masa urodzeniowa** to masa urodzeniowa 4000 g lub więcej i mniej niż 4500 g (do 4499 g włącznie).
- **Skrajnie wysoka masa urodzeniow**a to masa urodzeniowa 4500 g lub więcej.

Śmierć noworodka

- **Wczesna śmierć noworodka** to zgon w ciągu pierwszych 7 pełnych dni po urodzeniu żywym (dni 0-6)
- **Śmierć noworodka** to zgon w ciągu pierwszych 28 pełnych dni po żywym urodzeniu (dni 0-27)

Całkowita liczba urodzeń

- **Całkowita liczba urodzeń** to suma urodzeń martwych i urodzeń żywych. Jeżeli dolna granica urodzeń martwych jest inna niż 22 tygodnie, na przykład 28 tygodni w przypadku zgłoszeń międzynarodowych, należy to wyraźnie zaznaczyć.

2.25.4.4. Poświadczanie urodzeń martwych i żywych w okresie noworodkowym

Wiarygodność szacunkowych danych dotyczących umieralności w odniesieniu do dzieci zależy od dokładności i kompletności ewidencji i raportowania urodzeń i zgonów. Akt zgonu powinien być wystawiony w przypadku wszystkich zgonów płodów, niezależnie od tego, czy nastąpiły one samoistnie czy celowo, a także w przypadku wszystkich zgonów noworodków po urodzeniu żywym.

Zaniżanie liczby zgłoszeń i błędna klasyfikacja są powszechne, szczególnie w przypadku urodzeń martwych i wczesnych zgonów noworodków. Kraje powinny zorganizować procedury rejestracji i raportowania tak, aby zdarzenia i kryteria ich włączenia do statystyk można było łatwo zidentyfikować.

Dane dotyczące zgonów płodów spełniających wymogi rejestracji urodzeń martwych powinny być uwzględnione w statystykach umieralności, ale powinny być wyraźnie odróżnialne od zgonów noworodków po urodzeniu żywym. Należy postępować zgodnie z instrukcjami zawartymi w 2.25.4.5, aby uzyskać szczegółowe informacje, jeśli nie jest jasne, czy zaświadczenie dotyczy urodzenia martwego dziecka, czy śmierci noworodka po urodzeniu żywego dziecka.

Sztuczne przerwanie ciąży powinno być również uwzględnione w statystykach umieralności, ale powinno być wyraźnie odróżnialne od poronień samoistnych lub urodzeń martwych.

Międzynarodowy formularz karty zgonu i dodatkowych danych

Wraz z aktualizacją międzynarodowego formularza karty zgonu w 2016 r., tylko jedna karta zgonu jest używana dla wszystkich przypadków, w tym urodzeń martwych (patrz Sekcja 2.15. Należy zadbać o prawidłowe wypełnienie w karcie zgonu stosownej sekcji dotyczącej zgonów okołoporodowych. Zalecaną wcześniej kartę zgonu okołoporodowego należy zastąpić formularzem z Sekcji 2.15, a zgony okołoporodowe należy zakodować zgodnie z ogólnymi instrukcjami kodowania zgonów.

Chociaż nie jest to wymagane do kodowania ICD-11, dodatkowe informacje wymienione w Sekcji 2.15 mogą być pomocne w monitorowaniu zgonów okołoporodowych i niemowląt w kraju lub regionie.

Poziom szczegółowości w rejestracji

Wiek ciąży i masę urodzeniową należy odnotowywać dla wszystkich urodzeń żywych i urodzeń martwych ze stopniem dokładności, z jakim są mierzone.

Wiek ciąży powinien być odnotowany jako minimalna liczba pełnych tygodni, a tam, gdzie to możliwe, należy również uwzględnić dodatkową zmienną obejmującą liczbę dni.

Chociaż tabele statystyczne obejmują grupy co 500 g dla masy urodzeniowej, masy nie należy odnotowywać w tych grupach. Rzeczywistą masę należy rejestrować z taką dokładnością, z jaką jest mierzona.

Wiek chronologiczny w chwili zgonu w ciągu pierwszych 24 godzin życia (dzień 0) należy odnotowywać w jednostkach pełnych minut lub godzin życia. Dla drugiego (dzień 1), trzeciego (dzień 2) i do 27 pełnych dni życia, wiek w momencie zgonu należy odnotować w dniach. Zaleca się, aby te dane były gromadzone jako część minimalnego zbioru danych okołoporodowych.

2.25.4.5. Kryteria zgłaszania obumarcia płodów, urodzeń martwych i urodzeń żywych

Jako minimum należy uwzględnić w statystykach wszystkie urodzenia martwe i zgony po urodzeniu żywego dziecka po 22 lub więcej pełnych tygodniach ciąży (≥ 154 dni), chociaż wymogi prawne dotyczące rejestracji mogą się różnić w zależności od zróżnicowanych przepisów krajowych.

W przypadku, gdy informacje dotyczące wieku ciąży nie są dostępne, należy zastosować odpowiednie kryteria masy urodzeniowej (500g lub więcej).

W przypadku gdy wiek ciąży i masa urodzeniowa nie są znane, na przykład gdy dostępna jest tylko długość ciemieniowo-piętowa lub szacowany wiek ciąży na podstawie badania fizykalnego, lub gdy takie informacje nie są dostępne, zdarzenie należy uwzględnić w statystykach umieralności, a nie wykluczyć z nich okresu okołoporodowego.

W przypadku, gdy zgony płodów i/lub zgony noworodków w <22 ukończonych tygodniach ciąży (lub <500g) są uwzględnione w statystykach okołoporodowych, należy je przedstawić oddzielnie od urodzeń martwych i/lub zgonów noworodków w 22 lub więcej pełnych tygodniach ciąży oraz dolny limit należy podać włączenie do statystyk okołoporodowych w placówce, na przykład „20 pełnych tygodni ciąży" lub „brak dolnej granicy wieku ciążowego".

Należy pamiętać, że powyższe kryteria zgłaszania nie mają zastosowania do sztucznego przerywania ciąży, która jest definiowana niezależnie od czasu trwania ciąży i powinna być przedstawiana oddzielnie od śmierci płodu, urodzenia martwego lub urodzenia żywego.

Kryteria sprawozdawczości międzynarodowej

W statystykach do porównań międzynarodowych uwzględnienie zgonów płodów i urodzeń żywych urodzonych w skrajnie niskim wieku ciążowym zaburza wiarygodność porównań i nie jest zalecane. W związku z tym kryteria międzynarodowego zgłaszania martwych urodzeń i/lub zgonów noworodków

ustala się na co najmniej 28 pełnych tygodni, podczas gdy kraje zachęca się do dostarczania, w miarę możliwości, danych również z 22 pełnych tygodni lub więcej.

Tabela 1

Wiek ciąży (ukończone tygodnie)	Masa urodzeniowa (gramy)	Zalecenia dotyczące rejestracji danych
<22 (bardzo wczesna ciąża)	<500	Wymagane tylko w krajowych statystykach dotyczących umieralności noworodków. W przypadku stosowania w odniesieniu do aborcji samoistnych (poronień), należy je zgłaszać oddzielnie od statystyk okołoporodowych i podawać dolną granicę wieku ciążowego na potrzeby zbierania danych.
22-27 (wczesna ciąża)	500 lub powyżej	Na potrzeby statystyk krajowych i międzynarodowych statystyk krajów, w których można zgłaszać przypadki zgonów we wczesnej ciąży (urodzeń martwych i umieralności noworodków) 28 lub więcej (późna ciąża)
28 lub więcej (późna ciąża)	1000 lub powyżej	Na potrzeby statystyk międzynarodowych (urodzenia martwe i umieralność noworodków)
Nieznany wiek ciąży	Nieznana masa urodzeniowa	Należy uwzględnić w statystykach tylko w przypadku, gdy istnieje duże prawdopodobieństwo, że urodzenie martwe lub zgon noworodka nastąpił przy zadanych kryteriach, np. 28 lub więcej tygodni dla statystyk międzynarodowych.

2.25.4.6. Prezentacja statystyczna umieralności okołoporodowej, noworodkowej, niemowlęcej lub poniżej piątego roku życia

W przypadku statystyk umieralności okołoporodowej największą wartość będzie miała analiza wieloprzyczynowa na pełną skalę wszystkich zgłoszonych stanów chorobowych.

Kraje powinny podać wartości wymienione poniżej dla porównań międzynarodowych:

- **Wskaźnik późnych urodzeń martwyc**h = (urodzenia martwe ≥ 28 tygodni ciąży / całkowitą liczbę urodzeń (urodzenia martwe ≥ 28 tygodni ciąży i urodzenia żywe) x 1000
- **Wskaźnik wczesnej umieralności noworodków** = (wczesne zgony noworodków (dzień 0-6) ≥ 28 tygodni ciąży / urodzenia żywe ≥ 28 tygodni ciąży) x 1000
- **Wskaźnik umieralności okołoporodowe**j = (urodzenia martwe ≥ 28 tygodni ciąży i wczesne zgony noworodków (dzień 0-6) ≥ 28 tygodni ciąży) / całkowitą liczbę urodzeń (urodzenia martwe ≥ 28 tygodni ciąży i urodzenia żywe) x 1000

Pogrupowanie ciążowych grup wiekowych dla zgonów płodów poniżej 22. tygodnia, statystyki dotyczące urodzeń martwych i umieralności noworodków

<22 ukończone tygodnie (<154 dni) Uwaga, w przypadku zastosowania kategorii poniżej 22 tygodnia życia, należy określić dolny limit włączony do statystyki

22 - 27 ukończonych tygodni (154 - <196 dni)

28 - 31 ukończonych tygodni (196 - 223 dni)

32 - 36 ukończonych tygodni (224 - 258 dni)

37 - 41 ukończonych tygodni (259 - 293 dni)

42 ukończone tygodnie i ponad (294 dni lub więcej)

Grupowanie masy urodzeniowej dla zgonów płodów w wieku poniżej 22 tygodni, statystyki urodzeń martwych i umieralności noworodków

W przedziałach wagowych co 500 gramów, tj. 1000-1499 gramów itp.

499 gramów lub mniej niż 500 - 999 gramów 1000 - 1499 gramów 1500 - 1999 gramów 2000 - 2499 gramów 2500 - 2999 gramów 3000 - 3499 gramów 3500 - 3999 gramów 4000 - 4499 gramów 4500 - 4999 gramów 5000 gramów lub więcej

Grupowanie w statystykach umieralności noworodków według wieku chronologicznego

Preferowane grupowanie:
Pojedynczo dni przez pierwszy tydzień życia (poniżej 24 godzin (dzień 0), 1, 2, 3, 4, 5, 6 dni), 7-13 dni, 14-20 dni, 21-27 dni

Alternatywy, jeśli preferowane grupy nie są dostępne:
Poniżej 24 godzin, 1-6 dni, 7-27 dni,
Poniżej 7 dni, 7-27 dni

Dodatkowe chronologiczne grupy wiekowe dla zgonów noworodków w dniu 0:
Poniżej 1 godziny, 1-11 godzin, 12-23 godziny

2.25.4.7. Umieralność poniżej piątego roku życia

Umieralność dzieci poniżej 5 roku życia (wskaźnik umieralności dzieci poniżej 5 lat - prawdopodobieństwo zgonu między narodzinami a dokładnie 5 rokiem życia, wyrażone na 1000 urodzeń żywych) jest wiodącym wskaźnikiem poziomu zdrowia dzieci, jakości życia, infrastruktury zdrowotnej i ogólnego rozwój w krajach. Jest to również wskaźnik SDG (Sustainable Development Goals).

2.25.4.8. Umieralność niemowląt

Umieralność niemowląt (wskaźnik umieralności niemowląt - prawdopodobieństwo zgonu między urodzeniem a dokładnie 1 rokiem życia, wyrażone na 1000 żywych urodzeń) jest wskaźnikiem jakości życia i infrastruktury zdrowia.

2.25.5. Normy i wymogi sprawozdawcze dotyczące umieralności matek

Umieralność matek jest częścią oceny Celów Zrównoważonego Rozwoju (Sustainable Development Goals, SDG), które służą monitorowaniu wpływu wspólnej pracy społeczności międzynarodowej w tej dziedzinie.

2.25.5.1. Śmierć matki

Śmierć matki jest definiowana jako zgon kobiety w czasie ciąży lub w ciągu 42 dni od jej ukończenia, niezależnie od czasu trwania i miejsca ciąży, z jakiejkolwiek przyczyny związanej z ciążą lub jej zaostrzeniem, ale nie z powodu wypadku lub przypadku.

2.25.5.2. Późna śmierć matki

Późna śmierć matki jest definiowana jako: zgon kobiety z przyczyn położniczych bezpośrednich lub pośrednich, po upływie 42 dni, ale mniej niż rok po zakończeniu ciąży.

2.25.5.3. Śmierć matek ogółem

Grupa, która łączy śmierci matki i późne śmierci matki.

2.25.5.4. Bezpośrednie i pośrednie zgony położnicze

Zgony matek, późne zgony matek i całkowita liczba zgonów matek dzielą się na dwie grupy:

- Bezpośrednie zgony położnicze: te wynikające z powikłań położniczych stanu ciąży (ciąża, poród i połóg) oraz z interwencji, zaniechań, nieprawidłowego leczenia lub łańcucha zdarzeń wynikających z któregokolwiek z powyższych.

- Pośrednie śmierci położnicze: zgony wynikające z wcześniej istniejącej choroby albo choroby, która rozwinęła się w czasie ciąży, i które nie były spowodowane bezpośrednimi przyczynami położniczymi, ale uległy zaostrzeniu w wyniku fizjologicznych skutków ciąży.

2.25.5.5. Śmierć podczas ciąży, porodu i połogu

Za śmierć podczas ciąży, porodu i połogu rozumie się: zgon kobiety w czasie ciąży lub w ciągu 42 dni od jej zakończenia, niezależnie od przyczyny zgonu (śmierć położnicza bezpośrednia i pośrednia oraz śmierć niepołożnicza).

2.25.5.6. Wymagania dotyczące rejestrowania umieralności matek

W celu poprawy jakości danych dotyczących umieralności matek i zapewnienia alternatywnych metod gromadzenia danych dotyczących zgonów w czasie ciąży lub związanych z ciążą, a także zachęcania do rejestrowania zgonów z przyczyn położniczych, które nastąpiły po upływie 42 dni od jej zakończenia, czterdzieste trzecie Światowe Zgromadzenie Zdrowia, które odbyło się w 1990 r. przyjęło zalecenie, aby kraje rozważyły uwzględnienie w aktach zgonu pytań dotyczących aktualnej ciąży oraz ciąży w okresie jednego roku poprzedzającego zgon.

Klasyfikacja umożliwia również rejestrację zgonów, które występują rok lub dłużej po zakończeniu ciąży (JB62) Śmierć z powodu następstw przyczyn położniczych).

2.25.5.7. Międzynarodowe raportowanie dotyczące umieralności matek

Na potrzeby międzynarodowego raportowania dotyczącego umieralności matek tylko te zgony matek, które wystąpiły przed końcem 42-dniowego okresu odniesienia, powinny być uwzględnione w obliczeniach różnych współczynników i wskaźników, chociaż rejestrowanie późniejszych zgonów jest przydatne do krajowych celów analitycznych.

2.25.5.8. Licznik, mianownik i współczynniki publikowanej umieralności matek

Opublikowane współczynniki umieralności matek zawsze powinny zawierać licznik, który można podać jako liczbę zarejestrowanych zgonów położniczych bezpośrednich lub liczbę zarejestrowanych zgonów położniczych (bezpośrednich i pośrednich). Należy zauważyć, że w liczniku należy również uwzględnić przypadki niekodowane w Rozdziale 18. Należą do nich kategorie przedstawione w „Uwagach o wyłączeniu" na początku Rozdziału 18, pod warunkiem, że zostały zaostrzone przez ciążę lub odwrotnie.

Mianownik stosowany do obliczenia umieralności matek należy określić jako liczbę urodzeń żywych lub liczbę urodzeń ogółem (urodzenia żywe plus zgony płodów). W przypadku, gdy dostępne są oba mianowniki, należy opublikować obliczenia dla każdego z nich.

Wyniki należy wyrazić jako stosunek licznika do mianownika pomnożony przez k (gdzie k może wynosić 1000, 10 000 lub 100 000, zgodnie z preferencjami i wskazaniami kraju). Wskaźniki i współczynniki umieralności matek można zatem wyrazić w następujący sposób:

1. Wskaźnik umieralności matek: (Zgony matek/urodzenia żywe lub urodzenia ogółem) x k
2. Wskaźnik umieralności położniczej bezpośredniej: (Tylko bezpośredni zgon położniczy/Żywe urodzenia lub całkowita liczba urodzeń) x k
3. Wskaźnik zgonów podczas ciąży, porodu i połogu: (Zgony podczas ciąży, porodu i połogu/urodzenia żywe) x k

3. Część 3 - Nowość w ICD-11

3.1. Nowe konwencje i terminologia w ICD-11

Tabela 1: Główne zmiany w ICD-11 w porównaniu do ICD-10, włącznie z uzasadnieniem

ICD-10	ICD-11
Schemat kodowania	
Numeracja rozdziałów to cyfry rzymskie.	Numeracja rozdziałów jest zapisywana za pomocą cyfr arabskich.
Trzyznakowe kategorie, z których każdą można podzielić na maksymalnie 10 czteroznakowych podkategorii.	Kod podstawowy (kategoria) składa się z czterech znaków i istnieją dwa poziomy podkategorii.
Kod alfanumeryczny z literą na pierwszej pozycji i cyfrą na drugiej, trzeciej i czwartej pozycji. Czwarty znak następuje po kropce.	Kod alfanumeryczny z literą na drugiej pozycji i cyfrą na trzeciej pozycji znaku w celu odróżnienia od kodów ICD-10. Włączenie wymuszonej liczby na trzeciej pozycji znaku zapobiega pisowni „niepożądanych słów”. Litera na drugiej pozycji znakowej pozwala na wyraźne rozróżnienie pomiędzy kodem z ICD-11 a kodem z ICD-10. Kody alfanumeryczne obejmują zakres od 1A00.00 do ZZ9Z.ZZ. Kody zaczynające się od „X” oznaczają kod rozszerzający (patrz rozdział Kody rozszerzające). Litery „O” i „I” zostały pominięte, aby uniknąć pomyłki z liczbami „0” i „1”.
Pierwszy znak kodu jest literą i nie odnosi się do numeru rozdziału. Litera mogła być taka sama w dwóch krótkich rozdziałach (np. Rozdział VII (H00-H5) i Rozdział VIII (H60-H95) lub dwie litery mogły zostać użyte w jednym długim rozdziale (np. Rozdział XIX (S00-T98)).	Pierwszy znak kodu zawsze odnosi się do rozdziału. Pierwszy znak od 1 do 9 jest używany w rozdziałach od 01 do 09, a w rozdziałach od 10 do 26 pierwszym znakiem jest litera. Zakres kodu pojedynczego rozdziału ma zawsze ten sam znak na pierwszej pozycji. Na przykład, 1A00 to kod w Rozdziale 01, a BA00 to kod w Rozdziale 11.
Kategoria rezydualna identyfikowana za pomocą znaku numerycznego. 8 oraz kategoria nieokreślona identyfikowana za pomocą znaku numerycznego. 9.	Litera końcowa „Y” jest zarezerwowana dla kategorii rezydualnej „inne określone”, a litera końcowa „Z” jest zarezerwowana dla kategorii rezydualnej „nieokreślone”.
Koncepcja klastra kodów nie istnieje w ICD-10.	ICD-11 obejmuje rozpoznanie końcowe (postkoordynację) i kody łączące w klastrze kodów.
Terminologia	
szereg wyrażeń służących do opisania związku przyczynowego pomiędzy chorobami w tytule kodu	Preferowanym terminem jest „spowodowany” dla kategorii, w których wymienione są dwa stany i istnieje sekwencja przyczynowa. Inne terminy, takie jak „wywołane przez”; lub „przypisane do” mogą być dozwolone jako synonimy. Wyrażenie „wtórne do” jest równoważne i może być również uwzględnione jako synonim.
zakres wyrażeń wskazujących na zbieżność dwóch stanów w tytule kodu (np. „w” lub „z”).	Preferowanym terminem jest „powiązany z” dla kategorii, w których wymieniono dwa stany i nie ma sugerowanej sekwencji przyczynowej.

System krzyżyk-gwiazdka i dodatkowe podklasyfikacje

	ICD-10	ICD-11
System krzyżyk-gwiazdka	Klasyfikacje ICD-10 (i ICD-9) używały systemu gwiazdki i krzyżyka do opisania stanu etiologicznego dla tabeli pierwotnej (kod krzyżykowy) oraz manifestacji klinicznej, odpowiedniego umiejscowienia i/lub innych aspektów (kod gwiazdkowy). Ponadto istniały zestawy kodów, których można było użyć, aby dodać więcej szczegółów (np. B95-B97) lub listy podklasyfikacji w celu dodania szczegółów anatomicznych do kategorii.	Ekwiwalenty kodów gwiazdkowych (tj. kody manifestacji) i inne kody służące do dodawania szczegółów można znaleźć w ICD-11 w Rozdziale 21 „Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, niesklasyfikowane gdzie indziej”, w Rozdziale X „Kody rozszerzające” lub w odpowiednim rozdziale dotyczącym układu ciała. Kody rozszerzające obejmują anatomię grup w rozdziałach, czynniki, wyniki badania histopatologicznego i inne aspekty, które można wykorzystać do dodania szczegółów do kodu.
Stosowanie wielu kodów dla jednej choroby / dodatkowych podklasyfikacji	Można użyć więcej niż jednej kategorii, aby określić więcej szczegółów dla innej kategorii. Na przykład czynniki zakaźne (B95-B97) lub kody gwiazdkowe.	Rozpoznanie końcowe (postkoordynacja) - stosowanie wielu kodów (tj. kodów podstawowych i/lub kodów rozszerzających) razem w celu pełnego opisania udokumentowanej koncepcji klinicznej.
Instrukcja „Należy również zakodować”	„W razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu w celu identyfikacji” znajdowały się notatki sugerujące opcjonalne kodowanie.	Instrukcje „Należy również zakodować” informują o tym, że należy zakodować informacje dodatkowe w połączeniu z określonymi kategoriami, ponieważ te dodatkowe informacje są istotne dla podstawowej listy tabelarycznej.

System krzyżyka i gwiazdki został usunięty w ICD-11, ale funkcjonalność kodowania etiologii i manifestacji pozostaje. Szereg dawnych kodów gwiazdkowych, które były wcześniej używane do identyfikacji objawów chorób, jest obecnie wymienionych w Rozdziale 21 „Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, niesklasyfikowane gdzie indziej”. Część poprzednich kodów gwiazdkowych znajduje się również w odpowiednim rozdziale dotyczącym układów ciała. Kody gwiazdkowe, które były powtórzeniami kodu krzyżykowego, zostały usunięte. Listy do kodowania opcjonalnych szczegółów anatomicznych zostały zgrupowane w jednej sekcji w rozdziale X „Kody rozszerzające”.

Inne różnice ogólne

	ICD-11
Opis kategorii	Wszystkie kategorie ICD-11 mają krótki i długi opis. Krótki opis podaje znaczenie kategorii w maksymalnie 100 słowach i pojawia się w drukowanej wersji klasyfikacji. Długi opis nie ma ograniczeń długości, zawiera szczegółowe informacje, które pojawiają się w modelu treści.
Model treści	Wszystkie kategorie ICD-11 zawierają oddzielne informacje na temat anatomii, etiologii i innych aspektów, do których można uzyskać dostęp w celach wyszukiwania lub podczas przeglądania tabelarycznej listy MMS (ang. Mortality and Morbidity Statistics) ICD-11.

Nadal istnieją specjalne listy tabelaryczne ICD-10, ale są jeszcze dwie dodatkowe, Lista Umieralności Początkowej (SMoL) i lista na potrzeby autopsji ustnej. Dodatkowe specjalne tabele można wyprowadzić z nowej techniki wielokrotnych kodów nadrzędnych, m.in. wszystkie choroby podlegające obowiązkowi zgłoszenia do WHO, z listą wszystkich stanów przypisanych do odpowiedniej sekcji rozdziału o chorobach zakaźnych.

W przypadku chorobowości zmieniono definicję rozpoznania głównego na „powód przyjęcia do szpitala, po ocenie pod koniec hospitalizacji". Definicja ta jest mniej podatna na interpretację, a kraje, które przeszły z definicji „najbardziej zasobochłonne" na „powód przyjęcia do szpitala na koniec hospitalizacji" za pomocą ICD-10, odnotowały jedynie niewielkie zmiany w swoich statystykach aktywności.

3.1.1. Krótki opis

Opis to krótka charakterystyka (maksymalnie 100 słów) jednostki, która określa rzeczy, które zawsze są prawdziwe w odniesieniu do choroby lub stanu i są niezbędne do zrozumienia zakresu rubryki. Opisy nie zawierają elementów przeznaczonych do wykorzystania na poziomie 3 (powszechna epidemiologia) ani rzeczy, które mogą być prawdziwe dla poziomu 4 (kryteria kliniczne). Opisy były dawniej nazywane „krótkimi definicjami". Więcej informacji można znaleźć w sekcji 3.4 Model treści.

3.1.2. Informacje dodatkowe

Jest to pole tekstowe, które nie jest obowiązkowe, ale może zawierać dodatkowe informacje lub objawy chorób lub stanów zawartych w jednostce. To pole tekstowe zapewnia więcej kontekstu dla jednostki. Na przykład najczęstsze okoliczności epidemiologiczne, domniemane lub wysoce podejrzane czynniki etiologiczne albo inne informacje, które nie zawsze są prawdziwe, ale mogą być powszechne, typowe lub oczekiwane. Informacje dodatkowe zostały formalnie nazwane „definicją długą".

3.1.3. Struktura kodu

Kody ICD-11 są alfanumeryczne i obejmują zakres od 1A00.00 do ZZ9Z.ZZ. Kody zaczynające się od „X" wskazują na kod rozszerzający (patrz Kody rozszerzające). Włączenie wymuszonej liczby na trzeciej pozycji znaku zapobiega pisowni „niepożądanych słów". Litera na drugiej pozycji znakowej pozwala na wyraźne rozróżnienie pomiędzy kodem z ICD-11 a kodem z ICD-10. Aby uzyskać więcej informacji, patrz Sekcja bookmark://_struktura_kodu/. 1.2.4.1. Struktura kodu

3.2. Struktura rozdziałów w ICD-11

Statystyka umieralności i chorobowości ICD-11 (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, ICD-11MMS) jest międzynarodową podstawową linearyzacją referencyjną. Służy do kodowania i zgłaszania chorób lub przyczyn zgonu w celu porównania międzynarodowego. Nazewnictwo tej linearyzacji podkreśla jej dwa główne przypadki użycia. Linearyzacja główna podzielona jest na 28 rozdziałów, z których 25 odnosi się do chorób podobnych do wcześniejszych wersji ICD, podczas gdy jeden służy do identyfikacji zewnętrznych przyczyn chorobowości i umieralności, a inny obejmuje koncepcje medycyny tradycyjnej. Wreszcie, istnieją dwie dodatkowe sekcje przeznaczone do opcjonalnego dodatkowego wykorzystania, jedna dla kodów rozszerzających, aby dodać więcej szczegółów dla różnych wymiarów choroby, takich jak anatomia, oznaczenie stanu, który ma być obecny przy przyjęciu lub choroba, która ma znaczenie w wywiadzie rodzinnym (patrz Sekcja [Kody Rozszerzające]), a druga do oceny funkcjonowania, aby dostarczyć zestaw kodów do oceny i punktacji w ICD z wykorzystaniem domen funkcjonowania ICF o dużej mocy wyjaśniającej (patrz Sekcja 3.2.27 Rozdział V - Sekcja uzupełniająca ocenę funkcjonowania).

ICD-11 posiada pięć nowych rozdziałów. W rezultacie zmieniła się numeracja rozdziałów.

Nowe rozdziały to:

- Rozdział 03 „Choroby krwi lub narządów krwiotwórczych” oraz Rozdział 04 „Choroby układu odpornościowego”. Stany wpływające na układ odpornościowy i stany wpływające na krew znajdują się teraz w dwóch oddzielnych rozdziałach.
- Rozdział 07 „Zaburzenia snu i czuwania”. Zaburzenia snu i czuwania zostały zebrane razem w tym nowym rozdziale.
- Rozdział 17 „Stany związane ze zdrowiem seksualnym”. Choroby seksualne zostały zgrupowane w tym nowym rozdziale.
- Rozdział 26 „Rozdział dodatkowy: Zaburzenia w ujęciu medycyny tradycyjnej, moduł 1”. Dodano rozdział poświęcony medycynie tradycyjnej.

Poniżej znajduje się przegląd zasad organizacyjnych i struktury klasyfikacji (hierarchii) dla każdego z 26 rozdziałów. Zmieniona struktura i nowe zestawy funkcji w ICD-11 były wynikiem włączenia aktualizacji naukowych i uczynienia klasyfikacji bardziej adekwatną do komputeryzacji.

3.2.1. Rozdział 01 - Choroby zakaźne i pasożytnicze

Struktura Rozdziału 01

3.2.1.1. Rozdział 01 - Struktura rozdziału 01

Rozdział najpierw wymienia grupy chorób zakaźnych według zespołów klinicznych, następnie grupuje inne zakażenia według sposobu przenoszenia, a następnie wymienia pozostałe zakażenia według czynnika zakaźnego. Niektóre stany stanowiące poważne zagrożenie zdrowia publicznego są wymienione na tym samym poziomie. Warianty stanów opisanych w rozdziale, które sporadycznie mogą wystąpić jako zlokalizowane infekcje, są głównie zakodowane w tym rozdziale. Infekcje, które są głównie zlokalizowane i gdzie czynnik jest zwykle nieznany lub nieistotny, lub mają mieszaną etiologię,

znajdują się w rozdziałach dotyczących narządów. Częste czynniki zakaźne mogą być wymienione jako indywidualne kategorie kodów podrzędnych w ramach zlokalizowanej infekcji. W niektórych przypadkach infekcje mogą być zlokalizowane w rozdziale dotyczącym chorób zakaźnych oraz w rozdziale dotyczącym układu narządów. W takich przypadkach podjęto decyzję, która powoduje najmniej zmian (dziedzictwo ICD-10). Niektóre grupy mają również na celu umożliwienie kodowania często zgłaszanych nieprecyzyjnych informacji, tak jak w przypadku zapalenia opon mózgowych i mózgu oraz infekcji dróg oddechowych.

Specjalna lista tabelaryczna grupuje infekcje według czynników i jest przeznaczona wyłącznie do specjalnej tabeli i raportowania.

3.2.1.2. Rozdział 01 - Uzasadnienie rozdziału 01

Celem struktury rozdziału 01 jest zminimalizowanie wpływu na długoterminowe statystyki głównych zakażeń, aby umożliwić zgłaszanie głównych zakażeń, które mają wspólny główny objaw (np. biegunka) bez informacji o swoistym czynniku. Grypa, chociaż w widoczny sposób wpływa na drogi oddechowe, atakuje wiele części ciała i stanowi również ważny problem dla zdrowia publicznego. Z tego powodu została przeniesiona do rozdziału zakaźnego. Choroby prionowe mogą być przenoszone, genetyczne lub powstawać samoistnie. Są to rzadkie choroby, które wpływają tylko na układ nerwowy. Wiele z nich jest dziedziczonych. Obecność określonego genu jest warunkiem wstępnym rozwoju choroby prionowej. Mając na uwadze te fakty, zdecydowano się na grupowanie chorób prionowych i przeniesienie całej grupy do działu neurologii.

3.2.1.3. Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe

Części ICD dotyczące oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe (AMR) zostały zaprojektowane w celu obsługi globalnego systemu monitorowania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe [Global Antimicrobial Resistance Surveillance System]. Patogeny priorytetowe są identyfikowane w połączeniu z aktualnie istotnymi substancjami przeciwdrobnoustrojowymi. Sekcja została zaprojektowana tak, aby umożliwić postkoordynację innych kombinacji substancji i środków w klastrze. Sekcja poświęcona oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe znajduje się w Rozdziale 21 „Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, niesklasyfikowane gdzie indziej”, tak aby stan podstawowy lub czynnik były zawsze kodowane w połączeniu z kategorią oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe. ICD i system nadzoru skupiają się na określonych kombinacjach patogen-substancja znacznika. Jednak konstrukcja ICD umożliwia w razie potrzeby zakodowanie pełnego wzorca wrażliwości na antybiotyki. W przypadku zestawienia kody AMR należy podawać w połączeniu z chorobą zakaźną. W przypadku, gdy można zgłosić tylko jedną chorobę, należy pozostawić chorobę zakaźną. Jednak na poziomie krajowym należy zestawić grupę chorób zakaźnych i liczbę przypadków oporności na zakażenia wśród przypadków infekcji.

3.2.2. Rozdział 02 - Nowotwory

3.2.2.1. Rozdział 02 - Struktura rozdziału 02

Ogólna hierarchia Rozdziału 02 składa się z następujących elementów:

1) Poziom 1 - Charakter

2) Poziom 2 - Szerokie umiejscowienia lub układy

3) Poziom 3 - Swoiste umiejscowienie

4) Poziom 4 - Typ morfologiczny (histologiczny)

Wyjątkiem od powyższej hierarchii są trzy grupy. Należą do nich:

1) Nowotwory mózgu i ośrodkowego układu nerwowego

    a. Poziom 1 - Szerokie umiejscowienie

    b. Poziom 2 - Charakter - typ morfologiczny (histologiczny)

2) Nowotwory tkanek układu krwiotwórczego i limfatycznego

    a. Poziom 1 - Szeroki typ morfologiczny (histologiczny)

    b. Poziom 2 - Swoisty typ morfologiczny (histologiczny)

3) Złośliwe nowotwory mezenchymalne

    a. Poziom 1 - Swoisty typ morfologiczny (histologiczny)

    b. Poziom 2 - Umiejscowienie

3.2.2.2. Rozdział 02 - Uzasadnienie rozdziału 02

Postęp w onkologii wyraźnie wykazał, że kategoryzacja nowotworów złośliwych i łagodnych oparta wyłącznie na lokalizacji zapewnia ograniczone informacje dotyczące zapobiegania, leczenia i prognozowania dla osób dotkniętych nowotworem. Klasyfikacja ICD-10 obejmowała ograniczoną liczbę kategorii opartych na histopatologii (np. niektóre nowotwory limfoidalne, czerniak).

W klasyfikacji ICD-11 główne lokalizacje guza mają najpierw podkategorie histopatologiczne. Wybrane grupy oparto na analizie międzynarodowych raportów dotyczących umieralności i chorobowości, rejestrów nowotworów i raportów klinicznych. Przeprojektowane sekcje zostały sprawdzone pod kątem brakujących szczegółów w odniesieniu do przypadków użycia ICD.

Zachowanie klasyfikacji ze względu na lokalizację anatomiczną umożliwia porównywalność z wcześniejszą wersją. Jednak struktura została w kilku miejscach dostosowana do anatomicznych podkategorii klasyfikacji TNM (https://www.uicc.org/resources/tnm).

W przypadku nowotworów ośrodkowego układu nerwowego rozróżnienie na podstawie budowy histopatologicznej i charakteru na nowotwory łagodne i złośliwe stanowi szarą strefę. W związku z tym postanowiono przenieść wszystkie nowotwory ośrodkowego układu nerwowego do osobnej grupy i nie klasyfikować ich ze względu na charakter.

Dziedzina markerów genetycznych ulega szybkim zmianom. Podczas gdy w przypadku niektórych nowotworów takie markery są stosowane od wielu lat, w przypadku innych tak nie jest. W związku z tym, z wyjątkiem guzów hematologicznych, markery genetyczne nie zostały uwzględnione i nie zostały użyte do klasyfikacji. Są one jednak zawarte w rozdziale X „Kody rozszerzające” i można je dodać

w ramach rozpoznania końcowego (postkoordynacji) do odpowiedniego kodu z rozdziału o nowotworach, aby w pełni opisać odpowiednią jednostkę nowotworu.

3.2.3. Rozdział 03 - Choroby krwi lub narządów krwiotwórczych

3.2.3.1. Rozdział 03 - Struktura rozdziału 03

Ten nowy rozdział (poprzednio część Rozdziału III w ICD-10) składa się z trzech głównych sekcji:

- Niedokrwistości lub inne zaburzenia erytrocytów
- Zaburzenia krzepnięcia, plamica lub inne choroby krwotoczne lub pokrewne
- Choroby śledziony

Nowotwory układu krwiotwórczego i limfatycznego znajdują się przede wszystkim w Rozdziale 02 „Nowotwory", natomiast Objawy, oznaki chorobowe lub wyniki badań klinicznych układu krwiotwórczego lub narządów krwiotwórczych lub układu odpornościowego znajdują się przede wszystkim w Rozdziale 21.

1) Pierwsze dwie główne sekcje składają się z następującej hierarchii:
    a. Poziom 1 - Niedokrwistości i zaburzenia krzepnięcia
    b. Poziom 2 - Szeroka kategoria typu choroby/zaburzenia
    c. Poziom 3 - Wrodzony w porównaniu z nabyty
    d. Poziom 4 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia
2) Trzecia główna sekcja składa się z następującej hierarchii:
    a. Poziom 1 - Choroby śledziony
    b. Poziom 2 - Wrodzony w porównaniu z nabyty
    c. Poziom 3 - Swoisty typ choroby / zaburzenia

3.2.3.2. Rozdział 03 - Uzasadnienie do rozdziału 03

W Rozdziale 03 dokonano reorganizacji rozdziału w kierunku klinicznego spojrzenia na choroby krwi, etiologicznego spojrzenia na choroby krwi i choroby śledziony. Wszystkie niedokrwistości znajdują się teraz w jednej grupie z oddzielną grupą dla „Zaburzeń krzepnięcia, plamicy lub innych skorelowanych chorób krwotocznych".

3.2.4. Rozdział 04 - Choroby układu odpornościowego

3.2.4.1. Rozdział 04 - Struktura rozdziału 04

Ten nowy rozdział (poprzednio część Rozdziału III w ICD-10) składa się z następujących sekcji:

Niedobory odporności

Nieorganiczne swoiste zaburzenia ogólnoustrojowe

1) Poziom 1 - Stanowiący główne grupy
2) Poziom 2 - Ogólna kategoria typu choroby/zaburzenia
3) Poziom 3 - Swoisty typ choroby/zaburzenia
4) Poziom 4 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

1) Poziom 1 - Zaburzenia autozapalne
2) Poziom 2 - Swoisty zespół

1) Poziom 1 - Stany alergiczne lub nadwrażliwości
2) Poziom 2 - Szeroka kategoria dla układów ciała

1) Poziom 1 - Wybrane choroby związane z układem odpornościowym
2) Poziom 2 - Swoisty typ choroby/zaburzenia
3) Poziom 3 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

Choroby grasicy

Poziom 2 - Swoisty typ choroby/zaburzenia

3.2.4.2. Rozdział 04 - Uzasadnienie do rozdziału 04

W Rozdziale 04 znajdują się nowe sekcje dotyczące zaburzeń immunologicznych, które różnią się od sekcji znajdującej się wcześniej w Rozdziale III ICD-10. W przypadku układu odpornościowego klasyfikuje się je głównie według zespołu klinicznego, a w innym ujęciu stan układu odpornościowego przedstawia linia komórkowa. W tym rozdziale zawarto część dotyczącą stanów alergicznych lub nadwrażliwości. Ogólnie rzecz biorąc, do rozdziału dodano więcej szczegółów.

3.2.5. Rozdział 05 - Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych

3.2.5.1. Rozdział 05 - Struktura rozdziału 05

Rozdział 05 posiada cztery główne sekcje:

1) Zaburzenia wydzielania wewnętrznego
    a. Poziom 2 - Swoisty gruczoł lub układ hormonalny
    b. Poziom 3 - Swoiste choroby/zaburzenia
2) Zaburzenia stanu odżywienia
    a. Poziom 2 - Szerokie kategorie chorób/zaburzeń

b. Poziom 3 - Swoiste choroby/zaburzenia

3) Zaburzenia metaboliczne

a. Poziom 2 - Szerokie kategorie chorób/zaburzeń

b. Poziom 3 - Swoiste choroby/zaburzenia

4) Pozabiegowe zaburzenia endokrynologiczne lub metaboliczne

a. Poziom 2 - Swoiste choroby/zaburzenia

Nowotwory układu wydzielania wewnętrznego znajdują się głównie w Rozdziale 02 „Nowotwory", a Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych w zaburzeniach wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia lub przemian metabolicznych znajdują się głównie w Rozdziale 21.

3.2.5.2. Rozdział 05 - Uzasadnienie do rozdziału 05

Do opisu złożonej natury chorób endokrynologicznych stosuje się coraz większą międzynarodową standaryzację terminologii dotyczącej chorób wydzielania wewnętrznego. Intencją jest uwzględnienie wszystkich dysfunkcji, które prowadzą do konkretnego zaburzenia endokrynologicznego.

Kategoria „Cukrzyca i pośrednia hiperglikemia" została rozszerzona w celu odzwierciedlenia aktualnej terminologii międzynarodowej. Powikłania często związane z cukrzycą nadal są uwzględniane w klasyfikacji w odpowiednim rozdziale dotyczącym układu organizmu, zgodnie z różnymi modyfikacjami klinicznymi. Zamieszczono uwagi „Należy również zakodować" i „Należy użyć dodatkowego kodu", aby powiązać rodzaje cukrzycy i różne powikłania, aby umożliwić dodanie kodów w celu uzyskania dalszego uszczegółowienia.

Źródła zmian w tym rozdziale oparto na aktualnej Klasyfikacji Cukrzycy i Pośredniej Hiperglikemii WHO 2011 oraz Departamentu Chorób Przewlekłych, Promocji Zdrowia WHO.

Departament Żywienia dla Zdrowia i Rozwoju WHO zaproponował zmiany w części dotyczącej Zaburzeń Żywienia z poradami Grupy Doradczej Ekspertów ds. Wytycznych Żywienia (ang. Nutrition Guidance Expert Advisory Group, NUGAG) w celu aktualizacji tej części klasyfikacji. Zaburzenia metaboliczne są obecnie oparte na etiologii i zostały podzielone na trzy odrębne obszary; „Wrodzone zaburzenia metabolizmu", „Zaburzenia wchłaniania lub transportu metabolitów" oraz „Zaburzenia równowagi wodno-elektrolitowej lub kwasowo-zasadowej" zgodnie z zaleceniami klinicznymi otrzymanymi od odpowiednich międzynarodowych towarzystw zajmujących się chorobami metabolicznymi.

3.2.6. Rozdział 06 - Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe

3.2.6.1. Rozdział 06 - Struktura rozdziału 06

Hierarchia Rozdziału 06 składa się z:

1. Poziom 1 - Szeroka kategoria typu choroby/zaburzenia
2. Poziom 2 - Swoisty typ choroby/zaburzenia
3. Poziom 3 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

3.2.6.2. Rozdział 06 - Uzasadnienie do rozdziału 06

Ogólna liniowa struktura proponowanego rozdziału „Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe" dla ICD-11 była tematem merytorycznych i wszechstronnych dyskusji prowadzonych przez Topic Disorders Advisory Group for Mental Health, jak również szeroko zakrojonych interakcji z Amerykańskim Towarzystwem Psychiatrycznym w odniesieniu do właśnie opublikowanego piątego wydania podręcznika diagnostycznego i statystycznego zaburzeń psychicznych (ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) (1), od czasu pierwszego powołania grupy doradczej w 2007 r.

Właściwa architektura klasyfikacji diagnostycznej zaburzeń psychicznych i behawioralnych to kwestia, której poświęcono znaczną uwagę w trakcie rewizji (np. 2-4Jedną z głównych zasad klasyfikacji ICD-11 jest fakt, że powinna odzwierciedlać aktualne dowody naukowe dotyczące związków pomiędzy zaburzeniami (5), a nie przestarzałe koncepcje, takie jak „nerwica", które mają słabą konstrukcję i trafność predykcyjną. Ponadto, głównym celem Departamentu Zdrowia Psychicznego i Nadużywania Substancji i Leków WHO dla obecnej wersji jest poprawa użyteczności klinicznej tej części ICD-11 (6, 7). Ze względu na fakt, że ICD-11 używa innej struktury kodowania, która nie jest oparta na systemie dziesiętnym, co umożliwia, że w rozdziale można umieścić większą liczbę bloków lub zgrupowań, pojawiła się ważna okazja, aby bardziej dostosować klasyfikację do obecnych badań i praktyki klinicznej w zakresie reprezentacji grup zaburzeń.

Trzy nurty prac dostarczają uzasadnienia i dowodów na liniową strukturę zaburzeń psychicznych i behawioralnych w ICD-11.

Przeglądy dowodów dokonywane przez grupy robocze ds. ICD-11 Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe.

Pierwszy strumień pracy dotyczy wyników przeglądu dowodów przeprowadzonych przez 14 Grup Roboczych podlegających Grupie Doradczej, z których każda odbyła wiele bezpośrednich spotkań przez okres co najmniej 2 lat. Grupy Robocze zostały poproszone o dokonanie przeglądu dostępnych dowodów naukowych i innych informacji na temat klinicznego zastosowania klasyfikacji w różnych środowiskach na całym świecie oraz o przedstawienie dowodów i uzasadnienia dla ich grupowania, a także treści i układu kategorii w ich obrębie. Prace te zaowocowały manuskryptami opisującymi uzasadnienie większości grup zaburzeń, które zostały opublikowane lub przesłane do recenzowanych czasopism (np. 8-15). Przestrzeń nie pozwala na szczegółowe uzasadnienie i podstawę dowodową dla każdej zmiany strukturalnej w tym miejscu, ale te informacje, które odnoszą się do każdej konkretnej decyzji, mogą być dostarczone na żądanie w oparciu o materiał wygenerowany przez Grupy Robocze.

Formatywne badania terenowe nad kliniczną użytecznością struktury liniowej

Drugi strumień prac związany z liniową strukturą zaburzeń psychicznych i behawioralnych koncentrował się na użyteczności klinicznej i jest reprezentowany przez dwa formatywne badania terenowe podjęte przez WHO i Grupę Koordynacyjną Badań Terenowych podlegającą Grupie Doradczej (16, 17). Celem tych badań było zbadanie konceptualizacji posiadanych przez specjalistów ds. zdrowia psychicznego na całym świecie, które dotyczyły związków pomiędzy zaburzeniami psychicznymi w celu podjęcia decyzji o strukturze klasyfikacji. Z perspektywy użyteczności klinicznej, szczególnie w zakresie poprawy interfejsu pomiędzy informacjami zdrowotnymi a praktyką kliniczną, najważniejszymi i pożądanymi cechami organizacji klasyfikacji jest to, że (a) pomaga klinicystom znaleźć kategorie, które

najdokładniej opisują pacjentów, z którymi się spotykają szybko, łatwo i intuicyjnie, jak to możliwe oraz (b) tak uzyskane kategorie diagnostyczne dostarczyłyby im klinicznie użytecznych informacji na temat leczenia i zarządzania. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych, która jest trudna i nieporęczna do wdrożenia w praktyce klinicznej i nie dostarcza informacji, które mają natychmiastową wartość dla klinicysty, nie ma nadziei na dokładne wdrożenie na poziomie spotkania w warunkach rzeczywistej opieki zdrowotnej. W takim przypadku praktyka kliniczna nie będzie kierować się standaryzacją i operacjonalizacją pojęć i kategorii, które są nieodłącznie związane z klasyfikacją, a ważne możliwości doskonalenia praktyki i oceny wyników zostaną utracone. Z kolei system diagnostyczny, który charakteryzuje się słabą użytecznością kliniczną na poziomie spotkań, nie może generować danych na podstawie tych spotkań, które będą ważną podstawą programów i polityk zdrowotnych lub globalnych statystyk dotyczących zdrowia. Uzasadnieniem tych dwóch badań był fakt, że jeśli okaże się, że metody, za pomocą których klinicyści określają organizację zaburzeń psychicznych spotykanych w ich codziennej praktyce klinicznej, są (a) spójne we wszystkich krajach, językach i dyscyplinach oraz (b) w odróżnieniu od organizacji ICD-10, informacje te można wykorzystać do stworzenia klasyfikacji zaburzeń psychicznych, która bardziej odpowiada poznawczej organizacji kategorii przez klinicystów, a zatem byłaby bardziej intuicyjna i skuteczna do wykorzystania w warunkach rzeczywistej opieki zdrowotnej.

Pierwsze formatywne badanie terenowe (17) było badaniem internetowym prowadzonym w języku angielskim i hiszpańskim, w którym wzięło udział 1371 psychiatrów i psychologów z 64 krajów. Drugie formatywne badanie terenowe (16) obejmowało bezpośrednie administrowanie standardowym zadaniem sortowania i hierarchizacji 517 specjalistom ds. zdrowia psychicznego w ośmiu krajach i pięciu językach. Oba badania wykazały, że pojęciowa mapa zaburzeń psychicznych klinicystów była racjonalna i wysoce stabilna na poziomie zawodu, języka i dochodu w kraju. Co więcej, oba badania wykazały, że proponowana struktura zaburzeń psychicznych i behawioralnych w ICD-11 była bardziej spójna z modelami koncepcyjnymi klinicystów niż struktura ICD-10 lub DSM-IV. Drugie badanie również wyraźnie wykazało, że klinicyści preferowali „płaską” strukturę z większą liczbą grup w porównaniu z bardziej hierarchiczną strukturą z mniejszą liczbą grup, jak stwierdzono w ICD-10.

Harmonizacja z DSM-5

Trzeci strumień prac dotyczy wysiłków zmierzających do zharmonizowania struktury rozdziału ICD-11 dotyczącego zaburzeń psychicznych i behawioralnych ze strukturą DSM-5, tam, gdzie jest to możliwe. Ogólnie rzecz biorąc, wysoki stopień podobieństwa pomiędzy ogólną strukturą DSM-5 (1) a proponowaną strukturą liniową ICD-11 dla zaburzeń psychicznych i behawioralnych stanowi duży sukces wysiłków na rzecz harmonizacji ICD - DSM. Stosunkowo niewielkie różnice dotyczą przede wszystkim:

propozycji łączenia klasyfikacji „organicznych” i „nieorganicznych” chorób, takich jak zaburzenia snu i dysfunkcje seksualne w ICD-11, w osobnych rozdziałach w sposób bardziej zgodny z aktualnymi dowodami i praktyką kliniczną, co nie było możliwe dla DSM-5, biorąc pod uwagę, że z definicji jest to klasyfikacja zaburzeń psychicznych; oraz

różnice w konwencjach dotyczących kategorii rezydualnych i zaburzeń psychicznych związanych z innymi chorobami podstawowymi w ramach ICD-11 od decyzji o organizacji takich kategorii w DSM-5. Informacje dodatkowe na temat uzasadnienia kilku pozostałych istotnych różnic w ogólnej strukturze między dwiema klasyfikacjami są dostępne na żądanie. Należy podkreślić, że powstałe podobieństwo w organizacji obu systemów jest efektem kilkuletnich skomplikowanych negocjacji. Biorąc pod uwagę,

że klasyfikacja DSM-5 została już opublikowana, dalsze zmiany w strukturze ICD-11 prawie na pewno skierowałyby ICD-11 w kierunku zmniejszonego podobieństwa i harmonizacji z DSM-5.

Piśmiennictwo

1) American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder, Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

2) Andrews, G., Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Carpenter, W. T. Jr., Hyman, S. E., Sachdev, P., & Pine, D. S. (2009). Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: Could it improve utility and validity? Psychological Medicine, 39, 1993-2000.

3) Jablensky, A. (2009). A meta-commentary on the proposal for a meta-structure for DSM-V and ICD-11. Psychological Medicine, 39, 2099-2103.

4) Wittchen, H.-U., Beesdo, K., & Gloster, A. T. (2009). A new meta-structure of mental disorders: A helpful step into the future or a harmful step back to the past? Psychological Medicine, 39, 2083-2089.

5) Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. Annual Review of Clinical Psychology, 6, 155-179.

6) Reed, G.M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. Professional Psychology: Research and Practice, 41, 457-464.

7) International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Charakteral Disorders. (2011). A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Psychiatry, 10, 86-92.

8) Al-Adawi, S., Baks, B., Bryant-Waugh, R., Claudino, A.M., Hay, P., Monteleone, P., et al. (2013). Revision of ICD- status update on feeding and eating disorders. Advances in Eating Disorders, 1, 10-20.

9) Creed, F., & Gureje, O. (2012). Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. International Review of Psychiatry, 24, 556-567.

10) Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. International Review of Psychiatry, 24, 568-577.

11) Gaebel, W. (2012). The status of psychotic disorders in ICD-11. Schizophrenia Bulletin, 38, 895-898.

12) Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L.M., et al. (2013). Diagnosis off classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. World Psychiatry, 12, 198-206.

13) Maj M., & Reed, G.M. (Eds.) (2012). The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options. World Psychiatry, 11(Suppl. 1).

14) Poznyak, V., Reed, G.M., & Clark, N. (2011). Applying an international public health perspective to proposed changes for DSM-5. Addiction, 106, 868-870.

15) Rutter, M.C. (2011). Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52, 647-660.

16) Reed, G.M., Roberts, M.C., Keeley, J., Hooppell, C., Matsumoto, C., Sharan, P., et al. (2013). Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: Implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. Journal of Clinical Psychology, 69, 1191-1212.

17) Roberts, M.C., Reed, G.M., Medina-Mora, M.E., Keeley, J.W., Sharan, P., Johnson, D.K., et al. (2012). A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: Analysing meta-structure to enhance clinical utility. International Review of Psychiatry, 24, 578-590.

3.2.7. Rozdział 07 - Zaburzenia snu i czuwania

3.2.7.1. Rozdział 07 - Struktura rozdziału 07

Rozdział 07 to nowy rozdział w ICD-11. Zawiera zaburzenia snu i czuwania, które wcześniej znajdowały się w rozdziałach dotyczących układu oddechowego, neurologii lub zdrowia psychicznego. Łącząc te zaburzenia w jeden rozdział, można zawrzeć więcej szczegółów dotyczących wielu zaburzeń związanych ze snem. Hierarchia składa się z:

1) Poziom 1 - Szeroka kategoria typu choroby/zaburzenia

2) Poziom 2 - Swoisty typ choroby/zaburzenia

3) Poziom 3 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

3.2.7.2. Rozdział 07 - Uzasadnienie do rozdziału 07

Ze względu na fakt, że zaburzenia snu i czuwania dotyczą obszaru nakładania się zdrowia psychicznego, zaburzeń neurologicznych i chorób płuc, podjęto decyzję o umieszczeniu ich razem w jednym rozdziale.

3.2.8. Rozdział 08 - Choroby układu nerwowego

3.2.8.1. Rozdział 08 - Struktura rozdziału 08

Poziom 1 - Mieszanka chorób, zaburzeń i umiejscowień oraz ich kombinacje.

Poziom 2 - Mieszanka stanowiąca podkategorię określonego typu choroby lub zaburzenia, a czasem umiejscowienia.

3.2.8.2. Rozdział 08 - Uzasadnienie do rozdziału 08

W ICD-11 dokonano gruntownych zmian w organizacji bloków tworzących rozdział dotyczący neurologii. Restrykcyjny system kodowania ICD-10, który mógł zawierać tylko 11 bloków zaburzeń w każdym rozdziale, spowodował, że bloki zawierały różne jednostki neurologiczne, które nie pasowały do siebie logicznie, takimi jak blok zaburzeń epizodycznych i napadowych, zawierający zaburzenia bólu głowy, padaczkę, przemijające napady niedokrwienne i zaburzenia snu. ICD-11 obecnie umieszcza bóle głowy, padaczkę i zaburzenia naczyniowo-mózgowe na poziomie bloku, a zaburzenia snu na poziomie rozdziału (rozdział 07).

Zmieniła się nie tylko struktura rozdziałów neurologicznych, ale także podejście do klasyfikacji, które uwzględnia aktualną praktykę kliniczną i postępy w rozumieniu chorób neurologicznych. Od czasu opublikowania ICD-10 poczyniono ogromne postępy w dziedzinie genetyki, biologii molekularnej i technologii medycznych. Wzrost liczby kodów jest nieunikniony, gdy weźmie się pod uwagę niedawny postęp wiedzy w neurologii, dlatego celem jest zachowanie równowagi między kompleksowością, użytecznością kliniczną i utrzymaniem podejścia do zdrowia publicznego. Grupy robocze zajęły się tym problemem, rozważając częstsze zaburzenia pojawiające się w tym rozdziale, przy czym mniej powszechne odmiany etiologiczne tych zaburzeń zostały objęte techniką „podwójnego kodowania". Istotną zmianą ilustrującą postęp wiedzy jest dodanie bloku pt. „Zaburzenia paranowotworowe i autoimmunologiczne układu nerwowego". Blok ten obejmuje choroby neurologiczne o podłożu immunologicznym, dziedzinę, w której nastąpił duży postęp w ostatnich latach. Drugim przykładem tego, w jaki sposób nowa wersja odzwierciedla postęp biologii molekularnej, jest ujęcie chorób prionowych w postaci bloku pomimo ich rzadkiego występowania. Wcześniej były przedstawiane jako część bloku dotyczącego zakażeń ośrodkowego układu nerwowego, ale po poważnym problemie w zakresie zdrowia publicznego, który miał miejsce w Europie w latach 90. XX wieku, zainteresowanie badaniami wzrosło, co doprowadziło do odkrycia nowych wariantów chorób prionowych.

Od lat 90. na świecie obserwuje się duży wzrost populacji osób w podeszłym wieku. Zaburzenia neuropoznawcze zostały uznane za poważny problem zdrowia publicznego, a badania nad ich etiologią i neurofarmakologią nabrały tempa. Blok ICD-11 obejmujący zaburzenia neuropoznawcze odzwierciedla postęp w tym obszarze.

Ostatnia, szczególnie godna uwagi zmiana dotyczy bloku „Inne zaburzenia układu nerwowego". Blok ten służy do uchwycenia „rozlewających się" stanów z innych bloków neurologicznych oraz tych zaburzeń, które są uważane za niemożliwe do sklasyfikowania gdzie indziej. W ICD-10, ze względu na wspomniany system kodowania dziesiętnego, ten blok był niespójnym zbiorem chorób. Blok ten został obecnie znacznie zmniejszony ze względu na nową, uproszczoną strukturę rozdziału dotyczącego neurologii, która obejmuje nowe bloki zaburzeń wcześniej zawarte w sekcji „Inne zaburzenia układu nerwowego" ICD-10. Obejmują one "Zaburzenia świadomości", "Zaburzenia ciśnienia lub przepływu płynu mózgowo-rdzeniowego", "Zaburzenia autonomicznego układu nerwowego", "Zaburzenia układu nerwowego spowodowane zaburzeniami odżywienia lub zatruciem" oraz "Zaburzenia rdzenia kręgowego z wyłączeniem urazów". Można mieć nadzieję, że ich awans do statusu bloku będzie miał pozytywny wpływ na praktyki kodowania.

Jedną z bardziej skomplikowanych kwestii, przed którymi stanęła Grupa Doradcza ds. Neurologii była potrzeba powiązania zaburzeń, które mają neurologiczny obraz lub fenotyp, z ich etiologicznymi korzeniami w innych rozdziałach lub blokach rozdziału dotyczącego neurologii. Jednym z niezliczonych

przykładów tego rodzaju zależności mogą być mitochondrialne zaburzenia złącza nerwowo-mięśniowego. Muszą być one powiązane zarówno z rozdziałem dotyczącym neurologii, jak i z rozdziałem „Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych".

3.2.9. Rozdział 09 - Choroby układu wzrokowego

3.2.9.1. Rozdział 09 - Struktura rozdziału 09

Ogólna hierarchia Rozdziału 09 składa się z następujących elementów:

1) Poziom 1 - Szeroka kategoria anatomii
2) Poziom 2 - Szczegółowa kategoria anatomii
3) Poziom 3 - Szeroka kategoria typu choroby/zaburzenia
4) Poziom 4 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

3.2.10. Rozdział 10 - Choroby ucha i wyrostka sutkowatego

3.2.10.1. Rozdział 10 - Struktura rozdziału 10

Ogólna hierarchia Rozdziału 10 składa się z następujących elementów:

1) Poziom 1 - Szeroka kategoria anatomii
2) Poziom 2 - Swoisty typ choroby/zaburzenia
3) Poziom 3 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

3.2.11. Rozdział 11 - Choroby układu krążenia

3.2.11.1. Rozdział 11 - Struktura rozdziału 11

W rozdziale 11 istnieją dwie główne hierarchie.

1) Poziom 1 - Szeroka kategoria typu choroby/zaburzenia
2) Poziom 2 - Swoisty typ choroby/zaburzenia
3) Poziom 3 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

Lub

1) Poziom 1 - Szeroka kategoria anatomii
2) Poziom 2 - Swoisty typ anatomii
3) Poziom 3 - Swoisty typ choroby/zaburzenia

3.2.11.2. Rozdział 11 - Uzasadnienie do rozdziału 11

Od czasu opublikowania ICD-10 ponad 20 lat temu w praktyce klinicznej w zakresie chorób sercowo-naczyniowych i ich leczeniu zaszły duże zmiany. Zmiany wprowadzone w ICD-11 w tym rozdziale są odzwierciedleniem tych zmian oraz zmiany w profilach chorób i zwiększoną przeżywalność po zabiegach. W rezultacie nastąpił znaczny wzrost liczby jednostek chorobowych w ICD-11, z nowymi hierarchiami klasyfikacji i zaktualizowaną nomenklaturą. Na przykład w społeczeństwach rozwiniętych częstość występowania choroby zastawek serca nie jest już zdominowana przez gorączkę reumatyczną, chociaż pozostaje ona istotna w krajach rozwijających się, w związku z czym nastąpiła zmiana paradygmatów diagnostycznych w kierunku typu zastawki, następnie patologii zastawki, a następnie etiologii.

Wiele pozycji wcześniej sklasyfikowanych w ICD-10 jako „Inne choroby serca" (I30-I52) stało się głównymi problemami klinicznymi w dzisiejszej kardiologii, uzasadniając stworzenie nowych, odrębnych kategorii wyższego poziomu. Oto dwa przykłady:

Choroby mięśnia sercowego, w tym rozległe podrozdziały dotyczące zapalenia mięśnia sercowego i kardiomiopatii.

Zaburzenia rytmu serca, w tym duży nowy podrozdział „Zaburzenia rytmu serca związane z zaburzeniem genetycznym" oraz „Dysfunkcja stymulatora serca lub wszczepialnego kardiowertera lub defibrylatora lub dysfunkcja elektrody", które są obecnie istotnymi obszarami praktyki klinicznej. Zmiany w tej sekcji miały duży wkład i poparcie ze strony Towarzystwa Elektrofizjologii Dziecięcej i Wrodzonej (ang. Paediatric & Congenital Electrophysiology Society, PACES) oraz Międzynarodowego Towarzystwa Nomenklatury Dziecięcej i Wrodzonych Wad Serca (ang. International Society for Nomenclature of Paediatric and Congenital Heart Disease, ISNPCHD).

Zmiana w procesie rewizji ICD, tak aby miała ona podłoże kliniczne, oznaczała, że obszary, którymi zajmują się głównie osoby niebędące kardiologami, zostały przeniesione do bardziej odpowiednich rozdziałów. W ten sposób choroby naczyń mózgowych zostały przeklasyfikowane do Rozdziału 08 „Choroby układu nerwowego", a żylaki przełyku zostały przeniesione do „Choroby układu pokarmowego" (Rozdział 13).

Nowy podrozdział dotyczący nadciśnienia płucnego w sekcji dotyczącej chorób płucnych serca i chorób krążenia płucnego oparty jest na pracy pt. „Zaktualizowana klasyfikacja kliniczna nadciśnienia płucnego", po V Światowym Sympozjum, które odbyło się w Nicei we Francji w 2013 roku.

Sekcja dotycząca zaburzeń pozabiegowych została znacznie powiększona, ponieważ odzwierciedla wzrost przeżycia po zabiegach sercowo-naczyniowych jaki nastąpił w ciągu ostatnich dwudziestu lat, wraz z rosnącą liczbą pacjentów z powikłaniami pozabiegowymi i powikłaniami swoistymi dla choroby.

Część rozdziału dotycząca wrodzonych wad serca i wielkich naczyń oraz związanych z nimi zaburzeń nabytych sklasyfikowanych w Rozdziale 20 „Wady rozwojowe" została oparta na Międzynarodowym Kodeksie Pediatrii i Wrodzonych Wad Serca (ang. International Paediatric and Congenital Cardiac Code, IPCCC), który został stworzony w ciągu ostatnich dziesięciu lat przez Międzynarodowe Towarzystwo Nomenklatury Pediatrycznej i Wrodzonych Chorób Serca (aISNPCHD, http://www.ipccc.net). W rezultacie 73 wrodzone jednostki kardiologiczne ICD-10 w Q20-Q29 zostały rozszerzone do 316 rozpoznań, co stanowi dokładne podsumowanie heterogeniczności wad rozwojowych serca

obserwowanych w praktyce klinicznej. Odniesiono się również do Anatomiczno-klinicznej klasyfikacji wrodzonych wad serca (ang. Anatomic and clinical classification of congenital heart defects, ACC-CHD) z odpowiednimi kodami IPCCC i ICD-10.

3.2.12. Rozdział 12 - Choroby układu oddechowego

3.2.12.1. Rozdział 12 - Struktura rozdziału 12

W Rozdziale 12 znajdują się dwie główne hierarchie:

1) Poziom 1 - Szeroka kategoria typu choroby/zaburzenia
2) Poziom 2 - Swoisty typ choroby/zaburzenia włącznie z anatomią
3) Poziom 3 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

Lub

1) Poziom 1 - Szeroka kategoria anatomii
2) Poziom 2 - Swoisty typ choroby/zaburzenia
3) Poziom 3 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

3.2.12.2. Rozdział 12 - Uzasadnienie do rozdziału 12

Zmiany w Rozdziale 12 zostały wprowadzone głównie w celu zapewnienia aktualnej terminologii klinicznej i klasyfikacji chorób mających wpływ głównie na układ oddechowy i zostały oparte na informacjach otrzymanych od członków towarzystw międzynarodowych. Zakaźne choroby płuc zostały przeniesione do Rozdziału 01, aby lepiej odzwierciedlić zakaźny charakter tych stanów chorobowych. Nowotwory układu oddechowego znajdują się teraz w Rozdziale 02 „Nowotwory", a rozwojowe choroby układu oddechowego znajdują się obecnie w Rozdziale 20 „Wady rozwojowe".

Blok „Zaburzenia górnych dróg oddechowych" obejmuje choroby górnych dróg oddechowych z wyjątkiem chorób, które zostały przeniesione do rozdziału o chorobach zakaźnych.

Choroby dolnych dróg oddechowych, które w ICD-10 znajdowały się w kategorii Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych zostały przesunięte, ale przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) w oparciu o koncepcję międzynarodową została uznana za kategorię niezależną.

Mukowiscydoza została przeniesiona do kategorii Wybrane choroby dolnych dróg oddechowych, a z powodu posiadania mnogich kodów nadrzędnych, również do zaburzeń metabolicznych w rozdziale dotyczącym wydzielania wewnętrznego, ponieważ: „Reprezentatywnymi stanami klinicznymi mukowiscydozy są nieuleczalne zakażenia dróg oddechowych, schyłkowa niewydolność oddechowa, niewydolność zewnątrzwydzielnicza trzustki i zmiany w narządach trawiennych, takie jak niedrożność smółki. Mukowiscydoza jest chorobą spowodowaną zaburzeniem kanału jonowego Cl z udziałem błonowego regulatora przewodnictwa związanego z mukowiscydozą (ang. cystic fibrosis transmembrane conductance regulator, CFTR), a manifestacja objawów ze strony układu oddechowego jest rozpoznawana prawie u wszystkich pacjentów. Przyczyną zgonu są głównie zaburzenia oddechowe, a jedynym leczeniem jest przeszczep płuc". Tego typu opis mukowiscydozy znajduje się w uznanych

podręcznikach (Rozdział pt. „Choroby dróg oddechowych” w podręczniku „Choroby klatki piersiowej Frasera i Pare’a”).

„CHOROBY OBTURACYJNE” w podręczniku „Murray and Nadel’s Textbook of Respiratory Medicine”

„OBTRUCYJNE CHOROBY PŁUC” w podręczniku „Fishermanna choroby i zaburzenia płuc”

„Choroba dróg oddechowych” w podręczniku „Choroba klatki piersiowej Frasera i Pare” „Choroby płuc” w podręczniku „Washington Manual of Medical Therapeutics, The, 34ed.”

Część dotycząca chorób płuc wywołanych przez czynniki wziewne, zawodowe i środowiskowe została opracowana na podstawie informacji uzyskanych od Ośrodka Medycyny Pracy (Occupational Health Division) WHO.

Część pt. „Wybrane określone choroby układu oddechowego dotyczące przede wszystkim śródmiąższu płuc” została przesunięta z kategorii „Choroby układu oddechowego dotyczące przede wszystkim śródmiąższu płuc”. W oparciu o koncepcję międzynarodową kategoria „Idiopatyczne śródmiąższowe zapalenie płuc” została ujęta jako niezależna kategoria, a na podstawie propozycji Grupy Doradczej ds. Pediatrii (ang. Pediatric Topic Advisory Group, PTAG) stworzono niezależną kategorię pt. „Pierwotne śródmiąższowe choroby płuc charakterystyczne dla okresu niemowlęcego i dziecięcego”.

Sekcję Wybrane choroby układu oddechowego oraz sekcję Pozabiegowe zaburzenia układu oddechowego przesunięto z sekcji Inne choroby układu oddechowego ICD-10, oprócz kategorii Choroby śródpiersia i przepony, która została przeniesiona to sekcji Choroby opłucnej, przepony i śródpiersia.

3.2.13. Rozdział 13 - Choroby układu pokarmowego

3.2.13.1. Rozdział 13 - Struktura rozdziału 13

Ogólna hierarchia Rozdziału 13 składa się z następujących elementów:

1) Poziom 1 - Szczegółowa anatomia

2) Poziom 2 - Swoisty typ choroby/zaburzenia

3) Poziom 3 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

3.2.13.2. Rozdział 13 - Uzasadnienie do rozdziału 13

Struktura i treść klasyfikacji ICD-11 została zmieniona w taki sposób, aby uwzględnić choroby i zaburzenia kompleksu ustno-twarzowego. Istnieje kilka innych tkanek, które jako niezbędne składniki kompleksu ustno-twarzowego pełnią ważną funkcję, a ich uszkodzenie będzie miało bezpośredni wpływ na stan zdrowia jamy ustnej. Ważne jest, aby zdawać sobie sprawę, że zdrowie jamy ustnej to coś więcej niż posiadanie zdrowych zębów; zdrowie jamy ustnej polega na braku chorób związanych z przewlekłym bólem ust i twarzy, takich jak rak jamy ustnej i gardła, uszkodzenia tkanek miękkich jamy ustnej, choroby przyzębia (dziąseł), próchnica i utrata zębów oraz utrata powierzchni zębów, wad wrodzonych, takich jak rozszczep wargi i podniebienia, oraz dziesiątki innych chorób i zaburzeń, które wpływają na tkanki jamy ustnej, zębów i twarzoczaszki (kompleks ustno-twarzowy), a także powiązania ze zdrowiem i chorobami ogólnoustrojowymi. Dlatego duże znaczenie ma zapewnienie spójnego

systemu kodowania i klasyfikowania danych o złożonych chorobach i zaburzeniach kompleksu ustno-twarzowego, tak aby stomatolog mógł rejestrować i gromadzić dane od każdego pacjenta w gabinecie, niezależnie od tego, czy taka placówka jest częścią dużych szpitali, lub małych poradni. Przewiduje się, że możliwość rejestrowania i interpretowania takich danych umożliwi pracownikom ochrony zdrowia przyczynienie się do poprawy zdrowia jamy ustnej jako istotnego elementu ogólnego stanu zdrowia i będzie stymulować stosowanie ICD-11 przez personel zajmujący się zdrowiem jamy ustnej.

W tym rozdziale dokonano znacznych zmian, dodając do hierarchii bardzo szczegółowe grupy anatomiczne przewodu pokarmowego, zgodnie z uporządkowaniem głowowo-ogonowym, z wyjątkiem kategorii przepukliny, zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego i nieswoiste zapalenia jelit.

Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego są opisane niezależnie, ponieważ ich patofizjologia rozpatrywana jest z punktu widzenia „osi jelitowo-mózgowej", a nie tylko ich wpływu na przewód pokarmowy. Nieswoiste zapalenia jelit są również niezależnie opisywane, głównie dlatego, że choroba Leśniowskiego i Crohna obejmuje kilka narządów. W każdej grupie anatomicznej (grupie narządów) do podklasyfikacji zaburzeń stosuje się klasyfikacje oparte na etiologii. W szczególności zaburzenia przewodu pokarmowego są podzielone na następujące kategorie:

1) Nabyte zmiany anatomiczne lub morfologiczne
2) Zaburzenia motoryki
3) Stan zapalny, w tym wrzód
4) Zaburzenia naczyniowe
5) Polipy nienowotworowe

Ponadto wymieniono dwie inne kategorie, chociaż Rozdział 13 nie jest głównym miejscem tych zaburzeń.

1) Strukturalne wady rozwojowe (zlokalizowane w Rozdziale 20. Wady rozwojowe)
2) Nowotwory (znajdujące się w Rozdziale 02 Nowotwory)

Własną kategorię posiadają ważne lub powszechnie występujące choroby przewodu pokarmowego, na przykład refluks żołądkowo-przełykowy, metaplastyczny nabłonek kolumnowy, zaburzenia wchłaniania jelitowego i enteropatia z utratą białka, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby i choroba uchyłkowa. Polipy są teraz klasyfikowane niezależnie, a nie w sekcji „inne choroby" odnoszącej się do umiejscowienia anatomicznego.

Powszechne choroby przewodu pokarmowego obejmujące kilka narządów zostały zaklasyfikowane głównie do kategorii chorób narządu o położeniu dogłowowym. Na przykład „zapalenie żołądka i jelit" jest klasyfikowane jako „zapalenie żołądka", a „wrzód żołądka i dwunastnicy" jest klasyfikowany jako „wrzód żołądka". Pozycja „Wrzód trawienny o nieokreślonej lokalizacji" nie powinna być używana ze względu na postęp w technologii medycznej. Powinna być zaklasyfikowana do kategorii „Wrzód przełyku, Wrzód żołądka, Wrzód dwunastnicy lub Wrzód zespolenia", w zależności od umiejscowienia choroby.

Choroby naczyniowe narządów przewodu pokarmowego otrzymały własną kategorię. Żylaki przełyku, żylaki żołądka i hemoroidy są obecnie klasyfikowane w Rozdziale 13. W części „Choroby wątroby" pojawiły się nowe niezależne kategorie, w tym „Zaburzenia metaboliczne lub transporterowe wątroby", „Autoimmunologiczne choroby wątroby", „Niealkoholowe stłuszczenie wątroby" i „Choroby naczyniowe wątroby".

Do sklasyfikowania Przewlekłej choroby wątroby z marskością stosuje się „Marskość wątroby", pozycję w kategorii „Zwłóknienie wątroby i marskość wątroby". Na przykład „Przewlekłe zapalenie wątroby typu B" i „Marskość wątroby", „Przewlekłe zapalenie wątroby typu C" i „Marskość wątroby", „Autoimmunologiczne zapalenie wątroby" i „Marskość wątroby", „Pierwotna cholangiopatia dróg żółciowych" i „Marskość wątroby" itp. Nowe niezależne działy dla „Choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych" oraz „Choroby trzustki". W tych nowych sekcjach znajdują się nowe niezależne kategorie, w tym Strukturalne wady rozwojowe, Wady wrodzone, Nabyte zmiany anatomiczne, Zapalenie dróg żółciowych, Choroby torbielowate trzustki, Przewlekłe zapalenie trzustki i Autoimmunologiczne zapalenie trzustki.

3.2.14. Rozdział 14 - Choroby skóry

3.2.14.1. Rozdział 14 - Struktura rozdziału 14

Ogólna hierarchia Rozdziału 14 składa się z następujących elementów:

1) Poziom 1 - Szeroka kategoria typu choroby/zaburzenia
2) Poziom 2 - Swoisty typ choroby/zaburzenia włącznie z lokalizacją anatomiczną
3) Poziom 3 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

3.2.14.2. Rozdział 14 - Uzasadnienie do rozdziału 14

W tym rozdziale wprowadzono duże zmiany, dodając szczegóły wynikające z połączenia terminologii dermatologicznej amerykańskiej, brytyjskiej i niemieckiej.

3.2.15. Rozdział 15 - Choroby układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanki łącznej

3.2.15.1. Rozdział 15 - Struktura rozdziału 15

Ogólna hierarchia Rozdziału 15 składa się z następujących elementów:

1) Poziom 1 - Szeroka kategoria typu choroby/zaburzenia
2) Poziom 2 - Swoisty typ choroby/zaburzenia włącznie z lokalizacją anatomiczną
3) Poziom 3 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

3.2.15.2. Rozdział 15 - Uzasadnienie do rozdziału 15

Kryteria diagnostyczne dla reumatoidalnego zapalenia stawów (w trakcie opracowania) przygotowywane przez American College of Rheumatology i European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) zostały wykorzystane do określenia hierarchii kodów i atrybutów modelu treści dla reumatoidalnego zapalenia stawów. Aktualna literatura informowała o zmianie tytułu „układowe choroby tkanki łącznej" na „nieswoiste narządowo-układowe zaburzenia autoimmunologiczne". Zmiany w zapaleniu naczyń oparto na klasyfikacji Międzynarodowej Konferencji Konsensusowej Chapel Hill w sprawie Nomenklatury Układowego Zapalenia Naczyń [Chapel Hill International Consensus Conference on the Nomenclature of Systemic Vasculitis].

Kategoria „Zapalenie skórno-mięśniowe" została zmieniona na „Idiopatyczne miopatie zapalne" ze zmianą osi i wprowadzeniem dalszego rozdrobnienia.

Zmiany w klasyfikacji spondyloartropatii odzwierciedlają aktualną opinię ekspertów z komentarzami dr Roberta Landewé, z podziałem na spondyloartropatię osiową i obwodową. Łącznie kryteria spondyloartropatii osiowej i obwodowej obejmują całe spektrum tego, co wcześniej nazywano (niezróżnicowaną) spondyloartropatią i (zesztywniającym) zapaleniem stawów kręgosłupa. Dokonano zmiany klasyfikacji w zakresie spondyloartropatii w przebiegu infekcji, z dodatkową osią dla głównych typów zakażenia, tj. bakteryjnego, grzybiczego itp. oraz z dodatkowymi kodami, które należy stosować w przypadku zakażenia swoistego.

Nowa kategoria zespołów autozapalnych jest wynikiem prac Międzynarodowego Towarzystwa Układowych Chorób Autozapalnych (International Society of Systemic Auto-inflammatory Disease, ISSAID).

3.2.16. Rozdział 16 - Choroby układu moczowo-płciowego

3.2.16.1. Rozdział 16 - Struktura rozdziału 16

Rozdział 16 zawiera szczegółowe sekcje: Choroby żeńskiego układu moczowo-płciowego, Choroby męskiego układu moczowo-płciowego, Choroby piersi, Choroby układu moczowego i Zaburzenia pozabiegowe układu moczowo-płciowego.

Ogólna hierarchia Rozdziału 16 składa się z następujących elementów:

1) Poziom 1 - Szeroka kategoria układu ciała

2) Poziom 2 - Szeroki typ choroby/zaburzenia (włącznie z anatomią)

3) Poziom 3 - Swoisty typ choroby/zaburzenia (włącznie z anatomią)

3.2.16.2. Rozdział 16 - Uzasadnienie do rozdziału 16

Zmiany w Rozdziale 16 mają na celu zwiększenie użyteczności klasyfikacji klinicznej poprzez zapewnienie bardziej przyjaznej dla użytkownika struktury hierarchicznej, zwiększenie międzynarodowej porównywalności i standaryzację chorób układu moczowo-płciowego. Osiąga się to poprzez uwzględnienie najdokładniejszych naukowo i uzgodnionych na forum międzynarodowym terminów i definicji dostarczonych przez różne strony zainteresowane na forum międzynarodowym,

w tym Departament ds. Zdrowia i Badań Reprodukcyjnych WHO, Międzynarodową Federację Ginekologii i Położnictwa (ang. International Federation of Gynaecology and Obstetrics, FIGO), Narodową Fundację Nefrologiczną (ang. National Kidney Foundation, NKF) i Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO).

Hierarchia rozdziałów jest podzielona na Choroby żeńskiego układu płciowego, Choroby męskiego układu płciowego i Choroby układu moczowego. Ta architektura żeńskiego układu płciowego i męskiego układu płciowego została zaprojektowana w taki sposób, aby poprawić możliwości wyboru dla użytkownika końcowego. Hierarchia żeńskiego układu płciowego jest podzielona na zaburzenia niezapalne i zapalne, a następnie podzielona na grupy anatomiczne w kolejności badania ginekologicznego (i położniczego) (od zewnętrznych do wewnętrznych narządów płciowych), jeśli ma to zastosowanie. (srom, pochwa, szyjka macicy, macica, jajowód, jajnik, jama miednicy).

Te grupy mają dalsze podgrupy dla nieprawidłowości wrodzonych i nabytych, stosownie do potrzeb.

Aby odzwierciedlić obecną wiedzę naukową dotyczącą pewnych chorób układu moczowo-płciowego, dodano dodatkowe szczegóły dla następujących obszarów:

- Brak menstruacji
- Dysfunkcja jajników
- Ból w obrębie miednicy u kobiet
- Endometrioza
- Adenomioza
- Niepłodność kobieca
- Niepłodność męska
- Wczesna utrata ciąży
- Wyniki ciąży

Sekcja dotycząca niewydolności nerek została w klasyfikacji zmieniona, aby odzwierciedlić aktualne, oparte na dowodach definicje ostrej choroby nerek w porównaniu z przewlekłą chorobą nerek oraz nowe definicje i system oceny ostrej niewydolności nerek opracowane przez Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO).

3.2.17. Rozdział 17 - Stany związane ze zdrowiem seksualnym

3.2.17.1. Rozdział 17 - Struktura rozdziału 17

Nowy rozdział w ICD-11 podzielony na główne sekcje obejmujące:

- Dysfunkcje seksualne
- Seksualne zaburzenia bólowe

- Niezgodność płciową

1) Poziom 1 - Szeroka kategoria chorób

2) Poziom 2 - Swoisty typ chorób

3) Poziom 3 - Swoiste choroby/zaburzenia

3.2.17.2. Rozdział 17 - Uzasadnienie do rozdziału 17

Rozdział został sformułowany w celu pogrupowania chorób związanych z seksualnością. Pozwala to również na kategoryzację uwarunkowań związanych z tożsamością płciową bez stygmatyzacji, przy jednoczesnym zachowaniu uznania tych jednostek za stan rzeczywisty, tak aby związane z nimi interwencje zdrowotne mogły zostać uwzględnione w systemie ochrony zdrowia.

3.2.18. Rozdział 18 - Ciąża, poród lub połóg

3.2.18.1. Rozdział 18 - Struktura rozdziału 18

Ogólna hierarchia Rozdziału 18 składa się z następujących elementów:

1) Poziom 1 - Szeroka kategoria związana z etapami ciąży, porodu lub połogu

2) Poziom 2 - Swoisty typ choroby/zaburzenia

3) Poziom 3 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

3.2.18.2. Rozdział 18 - Uzasadnienie do rozdziału 18

Zmiany w tym rozdziale mają na celu zwiększenie użyteczności klasyfikacji klinicznej poprzez zapewnienie bardziej przyjaznej dla użytkownika struktury hierarchicznej. Zwiększenie międzynarodowej porównywalności i standaryzacji stanów związanych z ciążą, porodem i połogiem poprzez uwzględnienie najbardziej dokładnych naukowo i uzgodnionych na szczeblu międzynarodowym terminów i definicji dostarczonych przez różne strony zainteresowane na forum międzynarodowym, takich jak departament ds. Zdrowia Reprodukcyjnego i Badań (ang. Reproductive Health and Research, RHR) WHO, Międzynarodowa Federacja Ginekologii i Położnictwa (FIGO), było również bardzo ważnym aspektem modyfikacji. Szczególną uwagę zwrócono na prawidłowe zintegrowanie pojęć i definicji Międzynarodowego Komitetu Monitorowania Technologii Wspomaganego Rozrodu (ang. International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies, ICMART).

Zmiany odzwierciedlają obecne postrzeganie niektórych stanów związanych z ciążą, porodem i połogiem. Dołączono dodatkowe specyfikacje dotyczące wczesnej utraty ciąży.

3.2.19. Rozdział 19 - Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym

3.2.19.1. Rozdział 19 - Struktura rozdziału 19

Ogólna hierarchia Rozdziału 19 składa się z następujących elementów:

1) Poziom 1 - Szeroka kategoria typu choroby/zaburzenia i anatomia

2) Poziom 2 - Swoisty typ choroby/zaburzenia

3) Poziom 3 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

3.2.20. Rozdział 20 - Wady rozwojowe

3.2.20.1. Rozdział 20 - Struktura rozdziału 20

Rozdział 20 przeszedł gruntowną restrukturyzację i ma teraz cztery główne sekcje

Strukturalne wady rozwojowe mające wpływ głównie na jeden układ organizmu

1) Poziom 1 - Szeroka kategoria anatomii

2) Poziom 2 - Swoisty typ choroby/zaburzenia

3) Poziom 3 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

Mnogie wady lub zespoły rozwojowe

1) Poziom 1 - Szeroka kategoria anatomii

2) Poziom 2 - Swoisty typ choroby/zaburzenia

3) Poziom 3 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

Zaburzenia chromosomalne, z wyłączeniem mutacji genów

1) Poziom 1 - Swoisty typ choroby/zaburzenia

2) Poziom 2 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

Choroby przebiegające z zaburzeniami rozwoju umysłowego jako istotną cechą kliniczną

1) Poziom 1 - Zaburzenia nietworzące zespołów a zaburzenia tworzące zespoły

2) Poziom 2 - Dalsze uszczegółowienie typu choroby/zaburzenia

3.2.20.2. Rozdział 20 - Uzasadnienie do rozdziału 20

Klasyfikacja wad rozwojowych ICD-10 została omówiona w Rozdziale XVII: Q00-Q99 Wady wrodzone, deformacje i nieprawidłowości chromosomalne.

Jest to bardzo niejednorodny rozdział, obejmujący wady rozwojowe, zespoły genetyczne (z wadami rozwojowymi lub bez) oraz zaburzenia chromosomalne. Prowadzi to do pomylenia genetycznego pochodzenia choroby z wadą rozwojową. Dlatego wszystkie zespoły genetyczne bez strukturalnych wad rozwojowych są wyłączone z tego rozdziału i przeniesione do odpowiednich rozdziałów ICD-11, zgodnie z zajętym(-i) systemem(-ami) organizmu.

Nowy rozdział 20 posiada trzy główne działy:

Strukturalne wady rozwojowe/malformacje

Mnogie anomalie rozwojowe lub zespoły wad

Wady chromosomalne i zaburzenia genetyczne

Pierwszy dział „Strukturalne wady rozwojowe/malformacje” obejmuje izolowane choroby dotyczące tylko jednego układu organizmu. Rozdział jest uporządkowany w sekcje odpowiadające tym układom ciała, które są również sklasyfikowane w innych odpowiednich rozdziałach ICD-11.

Drugi dział „Mnogie anomalie rozwojowe lub zespoły wad” obejmuje stany dotykające kilka miejsc w obrębie jednego układu ciała lub kilka układów ciała jednocześnie. Zespoły, o których można powiedzieć, że dotyczą głównie jednego układu ciała, są w ramach tego podziału przypisane do odpowiednich sekcji. Zespoły, które dotyczą kilku układów ciała, bez wyraźnej przewagi jednego, są zebrane na końcu podziału w określonej sekcji. Istnieje również sekcja „Zespoły dysplastyczne” spowodowane wrodzonymi wadami przemiany materii, wszystkie sklasyfikowane przede wszystkim w rozdziale dotyczącym chorób metabolicznych.

Trzeci dział „Wady chromosomalne i zaburzenia genetyczne” odbiega od podejścia klinicznego ogólnie stosowanego w ICD i klasyfikuje wady rozwojowe zdefiniowane genetycznie lub cytogenetycznie, ponieważ nie ma wyraźnego rozróżnienia pomiędzy genetyką a cytogenetyką. Zaczęto uwzględniać konkretne delecje i duplikacje odpowiadające wyraźnemu fenotypowi, wiedząc, że wiele innych zostanie opisanych w nadchodzących latach. Opisane w przyszłości będą dodawane w razie potrzeby, podczas popublikacyjnych rewizji ICD-11.

Szczególnym problemem jest to, jak radzić sobie z chorobami historycznie zdefiniowanymi klinicznie, ale uwzględniając zaburzenie chromosomalne/genetyczne jako etiologię. W niektórych przypadkach istnieje kilka etiologii jednostki klinicznej i nie wszystkie z nich są zaburzeniami chromosomalnymi: na przykład zespół Silvera-Russella może być spowodowany duplikacją 11p15, 7p11.2p13, ale także jednorodzicielską disomią matczyną chromosomu 7 lub 11 i defektu imprintingu 11p15. W innych przypadkach istnieje przytłaczająca zgodność pomiędzy jednostką kliniczną a etiologią cytogenetyczną: na przykład zespół Williamsa-Beurena odpowiada delecji 7q11.23.

W ramach tego rozdziału polihierarchia jest używana w ograniczonym zakresie: gdy choroba zostanie przypisana do sekcji, na ogół nie jest klasyfikowana wtórnie w innym miejscu tego rozdziału. W przeciwnym razie struktura stałaby się zbyt skomplikowana. Z drugiej strony, wszystkie jednostki w tym rozdziale należy w stosownych przypadkach sklasyfikować w innych rozdziałach ICD-11.

3.2.21. Rozdział 21 - Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, niesklasyfikowane gdzie indziej

3.2.21.1. Rozdział 21 - Struktura rozdziału 21

Rozdział 21 jest podzielony na główne sekcje w oparciu o układy ciała. Każda z tych sekcji ma odpowiednio następujące kategorie:

Objawy podmiotowe i przedmiotowe

Wyniki badań dodatkowych

Na końcu tego rozdziału znajduje się dodatkowa sekcja Niedokładnie określone lub nieznane przyczyny zgonu.

3.2.21.2. Rozdział 21 - Uzasadnienie do rozdziału 21

Różne rozdziały ICD-10 zawierały kilka kategorii objawów klinicznych, niektóre z nich jako kody gwiazdkowe. Aby uprościć strukturę, poprawić wykorzystanie rozpoznania końcowego (postkoordynacji), a także usunąć stany „niedokładnie określone" z rozdziałów poświęconych narządom, przeniesiono tutaj kilka poprzednich kodów gwiazdkowych, dodatkowe szczegóły dotyczące różnych chorób i wspomniane stany niedokładnie określone. Wszystkie podążają za głównym uporządkowaniem według anatomii, a grupy anatomiczne posiadają wtórny kod nadrzędny do odpowiedniego rozdziału narządu, co poprawia użyteczność klasyfikacji.

3.2.22. Rozdział 22 - Urazy, zatrucia i określone skutki działania czynników zewnętrznych

3.2.22.1. Rozdział 22 - Struktura rozdziału 22

Ogólna hierarchia Rozdziału 22 składa się z następujących elementów:

1) Poziom 1 - Szeroka kategoria anatomiczna (np. głowa; biodro i udo)
2) Poziom 2 - Szeroka kategoria typu urazu (np. złamanie; rana otwarta)
3) Poziom 3 - Dalsze uszczegółowienie

Lub

1) Poziom 1 - Szeroka kategoria przyczyny urazu
2) Poziom 2 - Swoisty typ urazu
3) Poziom 3 - Dalsze uszczegółowienie typu urazu

3.2.22.2. Rozdział 22 - Uzasadnienie do rozdziału 22

Zasady rewizji były następujące:

Zachowanie dobrej porównywalności z ICD-10, w szczególności minimalizując zmiany na poprzednim poziomie trzyznakowym. Zmiana na poprzednim poziomie czteroznakowym jest bardziej rozległa, ale również została dokonana z myślą o tej zasadzie.

Uwzględnienie rozszerzenia tego rozdziału w klinicznych modyfikacjach ICD-10, ponieważ:

Są dowodem na szersze wymagania dla celów klinicznych w zidentyfikowanych sytuacjach.

Zaleca się zminimalizowanie niezgodności z tymi klasyfikacjami.

Należy wziąć pod uwagę klasyfikacje inne niż ICD, które znajdują szerokie zastosowanie kliniczne w zakresie tego rozdziału.

Uwzględnienie porad, o które poproszono i które zaproponowano.

Zwrócenie uwagi na rozróżnienia związane z wyborem leczenia i jego wynikami, w tym niepełnosprawnością.

Obejmują one umożliwienie identyfikacji klinicznie i prognostycznie ważnych aspektów złamań (zwłaszcza tego, czy obejmują one staw) oraz urazów narządu/naczynia (stopień). Niektóre stany mają większe znaczenie w przypadku występowania obustronnego i w takich przypadkach strona została zaproponowana jako jednostka z góry skoordynowana (np. uraz oczu). Szczególnie cenna pod tym względem była amerykańska modyfikacja kliniczna ICD-10 (ICD-10-CM), ponieważ rozdział dotyczący urazów zawiera wiele rozróżnień, poza ICD-10, które są spójne lub zgodne z wiarygodnymi i szeroko stosowanymi klasyfikacjami klinicznymi istotnymi dla leczenia urazów i jego wyników.

Większą uwagę zwrócono na stany urazowe charakterystyczne dla wieku dziecięcego (np. złamania podokostnowe [złamanie typu zielonej gałązki] i uszkodzenie wzrostu nasady kości długiej) oraz stany urazowe, które wskazują na możliwy uraz umyślny (np. złamania tylnych odcinków żeber, złamania przynasady typu „rączka od wiadra” i złamania w narożnej części przynasady).

Praca nad rewizją została wykonana ze świadomością, że ten rozdział nie służy przede wszystkim do kodowania Wyjściowej Przyczyny Zgonu.

W tym rozdziale szczególnie ważny jest przypadek wykorzystania w zakresie chorobowości.

3.2.23. Rozdział 23 - Zewnętrzne przyczyny śmiertelności i zachorowalności

3.2.23.1. Rozdział 23 - Struktura rozdziału 23

Ogólna hierarchia Rozdziału 23 składa się z następujących sekcji:

1) Poziom 1 - Zamiar dotyczący przyczyny zewnętrznej (nieumyślne, celowe samouszkodzenie, napaść, nieustalony zamiar i zamiar w toku).

2) Poziom 2 - Szeroka kategoria mechanizmu powstania przyczyny zewnętrznej

3) Poziom 3 - Bardziej szczegółowy mechanizm i przedmioty/substancje zaangażowane w powodowanie obrażeń

4) Poziom 4 - Dalsza charakterystyka przyczyny zewnętrznej

Inne sekcje to Narażenie na działanie sił ekstremalnych, Maltretowanie, Interwencja prawna, Konflikt zbrojny i Przyczyny szkód związanych z opieką zdrowotną.

3.2.23.2. Rozdział 23 - Uzasadnienie do rozdziału 23

Głównym celem zmian było zapewnienie bardziej jednolitej struktury kodowania przy jednoczesnym zachowaniu wysokiej porównywalności z ICD-10. Zmiany w kategoriach obrażeń spowodowanych wypadkami drogowymi mają na celu uproszczenie wyboru kodu, podczas gdy sekcja Operacje wojenne i konflikty zbrojne została zrewidowana, aby uchwycić bardziej aktualne sytuacje konfliktów zbrojnych. Kolejnym ulepszeniem było stworzenie pojedynczej, hierarchicznej listy szkodliwych substancji, która służyłaby w rozdziałach „Urazy” i „Przyczyny zewnętrzne”.

Wszystkie mechanizmy/przedmioty dające się zakodować we wszystkich przypadkach:

- Bardziej jednolita struktura kodu
- Zmieniony wymiar zakresu pojęcia „Zamiar” (Uwaga: zamiar w toku; zamierzone samouszkodzenie [ang. intentional self-harm, ISH]: samobójczy/nie samobójczy)
- Zachowanie kodów transportowych, ale rozszerzenie zakresu typu pojazdów
- Rozszerzone kody miejsca wystąpienia
- Rozszerzony i zaktualizowany wymiar zakresu Aktywność (uwaga: związek z pracą)
- Rewizja powikłań opieki medycznej i chirurgicznej
- Rozszerzone kody prawne/wojenne
- Lepsze wyposażenie w zespoły maltretowania
- Wprowadzenie dodatkowych wymiarów (opcjonalnych)
- Rewizja indeksu przyczyn zewnętrznych, zasad i wytycznych
- Zapewnienie kodowania umieralności, chorobowości, placówek o niższych zasobach, badań

We wszystkich tych punktach osiągnięto postęp, choć pod pewnymi względami ograniczony, szczególnie w przypadku umieralności (ze względu na ścisłe ograniczenia przestrzeni kodowej w połączeniu z brakiem możliwości rozpoznania końcowego (postkoordynacji) / kodowania klastrowego). Sekcja dotycząca ograniczeń znajduje się na końcu tych uwag.

Zamieszczone tutaj uwagi skupiają się na kilku punktach; na życzenie zostaną dostarczone dodatkowe materiały dotyczące innych aspektów. Przedstawiono tu również komentarze dotyczące dwóch głównych kwestii, które odnoszą się zarówno do rozdziału dotyczącego przyczyn zewnętrznych, jak i rozdziału dotyczącego urazów (oba dotyczą również rozdziału X „Kody rozszerzające”): substancje; powikłania dotyczące opieki (bezpieczeństwo i jakość).

Transport

Zakres V01-V89 w ramach ICD-10 obejmuje cztery wymiary: środek transportu osoby poszkodowanej (np. motocykl), czy zdarzenie powodujące uraz miało miejsce w ruchu drogowym (jeśli tak, to powstały uraz jest urazem drogowym), rola osoby poszkodowanej (np. pasażer) i jaki inny rodzaj pojazdu był zaangażowany, jeśli w ogóle (druga strona). Wszystkie cztery wymiary są wymagane dla zmienionej struktury, która na poziomie czterech znaków jest koncepcyjnie równoważna modułowi ICD-10 „Wypadki transportowe”.

Wszystkie cztery wymiary są po rozpoznaniu wstępnym (prekoordynacji) w module „Niezamierzone urazy transportowe". Daje to strukturę o wysokiej kompatybilności wstecznej z ICD-10 na poziomie czterech znaków. Zachowuje wszystkie główne kategorie rodzaju transportu (niektóre obecnie są podzielone) oraz cztery wymiary pojęciowe (rodzaj; oraz dla rodzajów transportu lądowego: czy to w ruchu, rola użytkownika transportu i druga strona).

W uznaniu ograniczeń przestrzeni kodowej oraz faktu, że większość przypadków związanych z urazami transportowymi jest niezamierzona, rozpoznanie wstępne (prekoordynacja) przypadków transportowych w innych głównych blokach obejmujących zamiar (zamierzone samouszkodzenie, napaść, nieokreślony zamiar i zamiar w toku) jest ograniczona do zamiaru według sposobu transportu. Jednak do opcjonalnego wykorzystania dostępne są również inne wymiary.

Blok dotyczący transportu po rewizji zawiera zmiany wprowadzone w celu rozwiązania problemów zidentyfikowanych w sekcji transportowej ICD-10.

Podział na kilka rodzajów transportu, aby umożliwić identyfikację ważnych i pojawiających się typów, których nie można zidentyfikować w ICD-10.

Udoskonalone i zmienione terminy i definicje (dla jasności, w celu uzupełnienia braków w zestawie przedstawionym w ICD-10 oraz w celu poprawy porównywalności z terminami używanymi na arenie międzynarodowej w zakresie bezpieczeństwa drogowego).

Różne inne rewizje (np. typy statków w sekcji transportu wodnego). Należy zauważyć, że kolejność koordynacji została zmieniona z odpowiednika w ICD-10, z: tryb, druga strona, następnie rola użytkownika i stan ruchu w połączeniu z: tryb, stan ruchu, rola użytkownika, druga strona.

Głównym powodem tej zmiany było uproszczenie wyboru kategorii „wypadków drogowych", które są często wymagane przy zgłaszaniu obrażeń drogowych.

Wojna i konflikt zbrojny

Zmieniona klasyfikacja uwzględnia Konflikt zbrojny (Operacje wojenne w ICD-10) jako rozszerzenie kategorii „Zamiar". Klasyfikacja w dużej mierze podąża za rozszerzeniem Y36 w amerykańskiej modyfikacji klinicznej ICD-10 (ICD-10-CM). Jest to zgodne z czteroznakowymi kategoriami w ICD-10 i zawiera podpodziały, które są zgodne z uwagami dotyczącymi włączenia podanymi w ICD-10. Ponadto przewidziano podkategorie w celu rozróżnienia, czy osoba poszkodowana należała do wojska, czy była cywilem.

Rubryka została zmieniona przez dodanie „…i konfliktu zbrojnego" do „Operacji wojennych", a termin włączenia został odpowiednio zmieniony. „Wojna" i „powstanie" (które również stanowiły część terminu włączenia) nie zostały zdefiniowane w ICD-10. Użycie terminu szerszego niż „wojna" jest pożądane, ponieważ wojna jako formalnie deklarowany konflikt zbrojny między państwami (lub podmiotami na poziomie niższym niż państwo) stała się rzadkością. Konflikty zbrojne różnego rodzaju i intensywności, choć stają się mniej powszechne, są znacznie liczniejsze niż wojny. Ograniczenie użycia tej kategorii do wypowiadanych wojen i/lub konfliktów zbrojnych spełniających powszechnie stosowane kryterium intensywności (1000 lub więcej zgonów związanych z walkami w roku kalendarzowym = wojna) uznano za nadmiernie restrykcyjne. Zaproponowaną tutaj alternatywą jest również uwzględnienie obrażeń spowodowanych „drobnymi" konfliktami zbrojnymi, zdefiniowanymi jako te, które powodują od 25 do < 1000 zgonów związanych z walkami w roku kalendarzowym. W stosowaniu tych definicji pomaga istnienie publicznie dostępnej bazy danych, w której znajdują się listy konfliktów, które spełniają te kryteria.

Problemy łączące kilka zagadnień

Są to kwestie, które dotyczą zarówno rozdziałów dotyczących urazów, jak i przyczyn zewnętrznych oraz innych części ICD.

Toksyczne działanie substancji

Toksyczne efekty działania szkodliwych substancji pojawiają się w ICD-10 w kilku punktach, w rozdziałach Urazy i Przyczyny zewnętrzne oraz w innych rozdziałach. Listy kodów w tych punktach różnią się szczegółowością i nie są całkowicie spójne. Celem projektu ICD-11 jest stworzenie pojedynczej, hierarchicznej listy szkodliwych substancji, która spełni wszystkie cele wymagane w rozdziałach „Urazy i Przyczyny zewnętrzne". Korzyści z tego są następujące: źródła zewnętrzne mogą zdefiniować na przykładach elementy listy ICD-11; a jeśli źródła zewnętrzne są aktywnie aktualizowane, umożliwia to utrzymanie aktualnego zakresu substancji w ICD-11.

Termin „Szkodliwe skutki" jest używany dla wszystkich rodzajów szkód wynikających ze szkodliwego działania substancji chemicznych wszelkiego rodzaju. Uznaje się, że w kontekście poszczególnych substancji czasami używane są inne terminy, takie jak „działanie toksyczne", „zatrucie", „korozja chemiczna" i „wprowadzenie jadu poprzez ukąszenie lub użądlenie". Terminy te będą w powszechnym użyciu traktowane jako synonimy i terminy podrzędne. Skonsultowano szereg źródeł, w tym ICECI odnośnie wymiaru przedmiotów i substancji; System klasyfikacji anatomicznej, terapeutycznej i chemicznej (ang. Anatomical Therapeutic Chemical, ATC); grupy doradcze TAG-IEG ds. narkotyków i trucizn; TAG ds. jakości i bezpieczeństwa; SNOMED; INOX.

Lista ma dwa główne poziomy hierarchiczne.

Pierwszy, zawierający 16 kategorii, jest koncepcyjnie powiązany z listą kodów, która jest obecna w ICD-10 w X40-X49 (przypadkowe zatrucie przez i narażenie na szkodliwe substancje) i równoważnymi punktami w blokach kodów obejmujących zamierzone samouszkodzenie i nieokreślony zamiar. Lista wynika z zastosowania tych zasad:

Powinna mieć tylko kilka kategorii. Jest to konieczne ze względu na praktyczność, zwłaszcza w kontekście kodowania przyczyny zgonu i ponieważ obejmująca bloki struktura rozdziału o przyczynach zewnętrznych pozwala na to, że każda dodatkowa kategoria zyskuje kilka linii.

Kategorie powinny odnosić się do substancji lub klas substancji, które są ważnymi przyczynami umieralności lub chorobowości.

Jak najwięcej kategorii powinno być wystarczająco szczegółowych, o takim znaczeniu, jak grupy sprawozdawcze. (Dla porównania, kilka kategorii w blokach ICD-10, takich jak X40-X49, jest tak obszernych, że trudno je zinterpretować).

Podczas określania kategorii wzięto pod uwagę kilka głównych kontekstów narażenia (tj. użytkowanie rekreacyjne/uliczne; zastosowanie kliniczne; samouszkodzenie; narażenia przemysłowe i inne).

16 kategorii, pojedynczo lub w połączeniu z innymi, umożliwia porównywanie wsteczne z ośmioma z dziesięciu kategorii w ICD-10 X40-X49 (oraz równoważnymi grupami w blokach ISH i Zamiar nieokreślony). Jedynymi wyjątkami są dwie grupy rezydualne: „…inne gazy i pary" oraz „…inne i nieokreślone substancje chemiczne i substancje szkodliwe". Drugi poziom zawiera kategorie (n=381), z mniej więcej taką samą liczbą i swoistością substancji, które są przewidziane w rozdziałach ICD-10

dotyczących urazów i przyczyn zewnętrznych. Obejmuje wszystkie kategorie substancji określone w części „Przyczyna szkody" w klasyfikacji Tematycznej Grupy Doradczej ds. Jakości i Bezpieczeństwa [ang. Quality and Safety Topic Advisory Group, Quality and Safety TAG, QS-TAG].

Dodano kilka kategorii: aby umożliwić innowacje farmakologiczne i zmiany w stosowaniu narkotyków (np. syntetyczne kannabinoidy); w celu odzwierciedlenia uzupełnień do ICD-10 dokonanych w jego modyfikacjach klinicznych (np. większa swoistość dotycząca antykoagulantów); aby umożliwić bardziej szczegółową identyfikację znanych leków (np. paracetamol); w celu zapewnienia dodatkowych powszechnie stosowanych narkotyków rekreacyjnych (np. katynon, główny składnik aktywny w khacie); oraz na podstawie porad innych TAG (np. rodzajów substancji dodanych przez TAG w zakresie Jakości i Bezpieczeństwa). Przewidujemy, że w przyszłych aktualizacjach zostanie dodanych więcej kategorii, aby odzwierciedlić zmiany w dostępności i w stosowaniu leków.

Wszechstronna lub obszerna lista substancji (nadzbiór listy hierarchicznej) wraz z synonimami wielu pozycji zostanie przedstawiona w Rozdziale X „Kody rozszerzające". Lista ta ma tę samą strukturę hierarchiczną, jaką mają kody skoordynowane. Uwzględnia również uzupełniającą klasyfikację alergenów kontaktowych ICD-11 opracowaną przez TAG w zakresie dermatologii. Pozycje w wykazie substancji z kodami rozszerzającymi zostaną określone w terminach równoważnych w SNOMED-CT.

Powikłania związane z opieką (jakość i bezpieczeństwo)

W tej części skrótowo opisano model kodowania powikłań związanych z opieką, który został opracowany przez Tematyczną Grupę Doradczą (ang. TAG) ds. Jakości i Bezpieczeństwa.

Model składa się z trzech części, z których każda musi być zakodowana. Kody po rozpoznaniu końcowym (postkoordynacji) dla wszystkich części muszą być oznaczone jako należące do klastra. Te trzy koncepcje to:

- Powstałe w rezultacie urazu lub szkody;
- Przyczyna szkody; oraz
- „Sposób/Mechanizm" powstania szkody. Klasyfikacje i zestawy kodów zostały opracowane dla (2) i (3) przez TAG ds. Jakości i Bezpieczeństwa. Kategorie zostały wprowadzone do rozdziału „Przyczyny zewnętrzne". Wynikające z tego szkody (1) należy zakodować przy użyciu najbardziej odpowiedniego kodu choroby lub urazu z dowolnej części ICD-11.
- W zasadzie konstrukcja pasowałaby dobrze do ICD-11 w następujący sposób:
- Powstałe w rezultacie urazu lub szkody. Kod wybrany z dowolnego miejsca w ICD-11.
- Przyczyna lub „Sposób" powstania szkody: Kod wybrany z odpowiedniego bloku w rozdziale „Przyczyny zewnętrzne"
- „Sposób/mechanizm" powstania szkody
- Zasady ograniczające prowadzą osoby odpowiedzialne za kodowanie umieralności do podzbioru kodów „Sposób", które są istotne ze względu na wybraną „Przyczynę" (np. jeśli

„Przyczyna” jest lekiem, odpowiednie „Sposoby” to kategorie takie jak przedawkowanie i zbyt niska dawka).

3.2.24. Rozdział 24 - Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z systemem opieki zdrowotnej

Tego rozdziału nie należy wykorzystywać do porównań międzynarodowych ani do pierwotnego kodowania śmiertelności.

3.2.24.1. Rozdział 24 - Struktura rozdziału 24

Ten rozdział posiada dwie główne sekcje:

- Powody kontaktu z ochroną zdrowia
- Czynniki wpływające na stan zdrowia

Ogólna hierarchia Rozdziału 24 składa się z następującej osi:

Poziom 1 - Szeroka kategoria określonego stanu zdrowia lub usługi

Poziom 2 - Specyficzne choroby

3.2.24.2. Rozdział 24 - Uzasadnienie do rozdziału 24

Początkowo Funkcjonująca Grupa Doradcza ds. Tematów ICD-11 (ang. Functioning Topic Advisory Group, fTAG) miała za zadanie dokonać przeglądu Rozdziału „Czynniki”. Miała ocenić konieczność każdego z 801 kodów i zaproponować zrewidowaną strukturę hierarchiczną dla podstawowych treści, które pozostaną. Treść ta miała być zarówno istotna klinicznie, jak i przyjazna w użyciu, a także zapewniać niezbędną przestrzeń do rozbudowy za pomocą kodów rozszerzających, jeśli to konieczne. Grupa fTAG zorganizowała przegląd, który zidentyfikował główne „typy” kodów jako „diagnostyczne”, „interwencyjne”, „czynniki kontekstowe” i „inne/dyskusyjne”. Przegląd ten został połączony z ogólną strukturą sekcji klasyfikacji ICPC2 dotyczącej „problemów społecznych” i zaprojektowano nową strukturę, która połączyła hierarchię ICPC2 z kodami ICD-11. W przypadku ICD-11 MMS (ang. Mortality and Morbidity Statistics) przeprowadzono próbę ograniczenia nowej struktury, aby zmniejszyć niepotrzebną szczegółowość.

3.2.25. Rozdział 25 - Kody przeznaczone do celów specjalnych

3.2.25.1. Rozdział 25 - Struktura rozdziału 25

Ten rozdział składa się z dwóch bloków:

Międzynarodowej tymczasowej klasyfikacji nowych chorób o niejasnej etiologii oraz klasyfikacji stosowanej w nagłych przypadkach

Krajowej tymczasowej klasyfikacji nowych chorób o niejasnej etiologii, zawierającej kody do użytku przez poszczególne kraje

3.2.26. Rozdział 26 - Rozdział dodatkowy: Zaburzenia w ujęciu medycyny tradycyjnej, moduł 1

Rozdział „Medycyna tradycyjna Moduł 1” (TM1) to nowy rozdział dodatkowy do opcjonalnego wykorzystania w ICD i jako taki jest określany jako „Rozdział TM1”. Uzasadnieniem włączenia tego rozdziału do ICD-11 jest umożliwienie liczenia i zliczania usług zdrowotnych i wizyt w ramach medycyny tradycyjnej na poziomie krajowym i międzynarodowym. Moduł w tym rozdziale w swojej obecnej formie odnosi się do zaburzeń i wzorców, które powstały w starożytnej medycynie chińskiej i rozwijały się na przestrzeni dziejów w celu włączenia współczesnej nauki i technologii. Te zaburzenia i wzorce są powszechnie stosowane w Chinach, Japonii, Korei, Stanach Zjednoczonych, Australii, Europie i na całym świecie. Rubryki klasyfikacji reprezentują ujednolicony zestaw zharmonizowanych zaburzeń i przykładów z medycyny tradycyjnej z krajowych klasyfikacji z Chin, Japonii i Korei. Przyszłe moduły mogą zostać opracowane dla innych form praktyk medycyny tradycyjnej.

Zakres:

Ten rozdział jest obecnie przeznaczony do rejestrowania i raportowania chorobowości. Nie wolno go używać do kodowania i raportowania umieralności.

Treść i struktura:

Treść i struktura Rozdziału TM1 stanowią wspólny język opracowany wspólnie przez międzynarodową współpracę klinicystów medycyny tradycyjnej, badaczy, naukowców i ekspertów ds. klasyfikacji, aby umożliwić międzynarodową porównywalność praktyki i raportowania chorobowości w medycynie tradycyjnej. Standaryzacja klasyfikacji TM1 umożliwi w różnych krajach włączenie do dokumentacji medycznej tych samych pojęć i umożliwi osobom odpowiedzialnym za kodowanie umieralności i użytkownikom wyodrębnienie z tej dokumentacji porównywalnych danych dotyczących chorobowości. Osoby odpowiedzialne za kodowanie umieralności muszą również kierować się zasadami, które odzwierciedlają proces podejmowania decyzji w diagnostyce klinicznej. Zasady są jednak dość elastyczne, co pozwala na ujęcie krajowych adaptacji i pytań badawczych dotyczących związków pomiędzy chorobami, zaburzeniami i wzorcami z wielu różnych punktów widzenia.

Terminy angielskie niekoniecznie odzwierciedlają tłumaczenie terminów medycyny tradycyjnej [TM] w języku chińskim, koreańskim lub japońskim. Tam, gdzie najlepiej dopasowane angielskie tłumaczenie TM skutkowało tym samym terminem, który jest używany w medycynie opartej na dowodach naukowych [WM], konieczne było wskazanie różnicy pomiędzy pojęciem medycyny opartej na dowodach naukowych a pojęciem medycyny tradycyjnej w tych przypadkach, w którym ten sam termin miał różne definicje w TM i WM. Na tę różnicę w definicji wskazuje użycie (TM1) dla zaburzeń i wzorców w całym rozdziale TM.

Terminologia:

W „Rozdziale dodatkowym: Zaburzenia w ujęciu medycyny tradycyjnej, moduł 1” do opisu pojęć wykorzystano terminy zaburzenie i wzorzec. Różni się to od opisów koncepcji w rozdziałach dotyczących medycyny opartej na dowodach naukowych, które odnoszą się do chorób (obrazy kliniczne) i zespołów (manifestacje kliniczne). Rozdział TM1 podzielony jest na oddzielne sekcje dotyczące zaburzeń i wzorców, aby podkreślić niezależność tych pojęć.

Definicje

Zaburzenie w medycynie tradycyjnej (zaburzenie (TM1)) odnosi się do zestawu dysfunkcji w dowolnym układzie organizmu, które ocenia się na podstawie powiązanych oznak chorobowych, objawów lub wyników badań. Każde zaburzenie (TM1) można zdefiniować na podstawie jego symptomatologii, wyjaśnienia etiologicznego opartego na medycynie tradycyjnej, przebiegu i wyniku, odpowiedzi na leczenie lub powiązania z oddziałującymi czynnikami środowiskowymi. Zaburzenie (TM1) jest obrazem klinicznym, który jest stosunkowo stabilny i odzwierciedla lokalną patologię i związane z nią specyficzne objawy powszechnie występujące w anatomii i funkcjonowaniu osób dotkniętych chorobą.

Wzorzec w medycynie tradycyjnej (wzorzec (TM1)) odnosi się do manifestacji stanu zdrowia pacjenta w danym momencie, w tym wszystkich ustaleń, które mogą obejmować:

Symptomatologię: wzorzec specyficznych i niespecyficznych oznak chorobowych, objawów lub unikalnych ustaleń metodami diagnostycznymi medycyny tradycyjnej, w tym pomiarem tętna, badaniem języka, badaniem jamy brzusznej i innymi metodami, które odzwierciedlają odpowiedź ogólnoustrojową pacjenta w stanie dysfunkcyjnym.

Kondycja zdrowotna: cechy jednostki, w tym cechy strukturalne i funkcjonalne, temperament, zdolność adaptacji do zmian środowiska czy podatność na różne stany zdrowia.

Wzorzec (TM1) to obraz kliniczny, który jest względnie tymczasowy, odzwierciedla ogólnoustrojową odpowiedź pacjenta i połączony wzór specyficznych i niespecyficznych manifestacji, które zwykle mają wieloczynnikowy związek z miejscową patologią i konstytucjonalnymi cechami pacjenta. Wzorzec może wykazywać indywidualną różnicę nawet u osób dotkniętych tą samą patologią, co może być dalej analizowane przez teoretyczne ramy medycyny tradycyjnej.

Zaburzenie i wzorzec w zakresie medycyny tradycyjnej są nazwane według części ciała, wyjaśnień przyczynowych, właściwości i stopnia ciężkości, które są obecne w badaniach klinicznych i w rozpoznaniu. Wzorzec w rozumieniu medycyny tradycyjnej TM1 może oznaczać indywidualnie odmienny wzorzec (TM1) odpowiedzi ogólnoustrojowych na chorobę zdefiniowaną w medycynie opartej na dowodach naukowych (ang. Evidence Based Medicine, EBM; Western Medicine, WM) lub zaburzenie TM1. Wzorzec jest pojęciem unikalnym dla TM1 i może różnić się od zaburzenia TM1 w następujący sposób:

Tabela 1: Charakterystyka zaburzeń i wzorców medycyny tradycyjnej

Cecha wyróżniająca	Zaburzenia w medycynie tradycyjnej	Wzorzec w medycynie tradycyjnej
Charakter stały / tymczasowy	Obraz kliniczny, który jest stosunkowo stały przez cały czas trwania tego zaburzenia	Obraz kliniczny, który jest tymczasowy
Stała patologia / Tymczasowa odpowiedź	Zazwyczaj dostarcza informacji odzwierciedlających stałą patologię	Zazwyczaj dostarcza informacji odzwierciedlających tymczasową ogólną manifestację lub reakcję pacjenta
Charakter swoisty / nieswoisty	Pojęcie, które podsumowuje wyniki badań, które są swoiste dla badanego procesu patologicznego	Kombinacja objawów, która obejmuje zarówno swoiste objawy / oznaki chorobowe, jak i nieswoiste wyniki badań

Cecha wyróżniająca	Zaburzenia w medycynie tradycyjnej	Wzorzec w medycynie tradycyjnej
Charakter liniowy / wieloczynnikowy	Może być stosowany przez pewien czas. Kodowanie zaburzenia może opierać się na głównym procesie patologicznym, który może wykazywać związek przyczynowy z głównymi objawami u pacjenta	Wzorzec może być również zastosowany na określony czas. Jednak kod wzorca opiera się na podsumowaniu całego obrazu, który można zaobserwować u pacjenta w oparciu o perspektywy teorii medycyny tradycyjnej. Wzorzec jest rozpoznawany na podstawie analizy objawów ogólnoustrojowych w ciele i umyśle pacjenta, które odzwierciedlają procesy patologiczne, reakcje na procesy patologiczne, inne współistniejące objawy oraz wrodzone lub nabyte cechy konstytucyjne pacjenta
Charakter wspólny / indywidualny	Używane do opisania ogólnych cech uważanych za stosunkowo powszechne w populacji cierpiącej na jedno konkretne zaburzenie	Używane do opisania indywidualnych cech uznanych za stosunkowo swoiste dla pacjenta w tym czasie
Charakter ogólny / teoretyczny	Zazwyczaj opisywane za pomocą ogólnych terminów anatomicznych i fizjologicznych wraz z terminami dotyczącymi oznak chorobowych i objawów	Zazwyczaj opisywane za pomocą terminów teorii medycyny tradycyjnej, które są używane do podsumowania podstawowych mechanizmów u pacjenta, takich jak równowaga yin i yang, zimno i ciepło, meridian lub konstytucja

3.2.27. Rozdział V - Sekcja uzupełniająca ocenę funkcjonowania

Ta sekcja jest nowa. Lista 47 jednostek w tej sekcji jest przeznaczona do oceny i punktacji w kontekście ICD. Wykorzystuje działające domeny ICF o dużej mocy wyjaśniającej (ICF Załącznik 9). Kategorie mają być używane jako zestaw. Zestaw został zdefiniowany w taki sposób, że ogólne i specyficzne dla danej dziedziny wyniki sumaryczne mogą być obliczane przy użyciu Kwestionariusza Oceny Niepełnosprawności WHO 2.0 (WHO DAS 2.0) lub Modelową Ankietę dotyczącą Niepełnosprawności (ang. Model Disability Survey, MDS).

3.2.28. Rozdział X - Kody rozszerzające

Ten rozdział jest nowy. Przewiduje się, że kody rozszerzające stanowią podstawę do późniejszej koordynacji kodów ICD-11, będąc repozytorium wszystkich kodów linearyzacji, które nie kwalifikują się do wykorzystania jako kody podstawowe.

Różne listy zawierają dodatkowe kody do użytku klinicznego, a także do badań nad urazami, bezpieczeństwa urządzeń, bezpieczeństwa leków, bezpieczeństwa pacjentów i rejestracji nowotworów.

Kody te służą do opcjonalnego użytku i z większym prawdopodobieństwem będą stosowane w przypadku chorobowości niż umieralności.

3.3. Kody nadrzędne o różnym umiejscowieniu

Jednostka może być poprawnie sklasyfikowana w dwóch różnych miejscach, np. według lokalizacji lub etiologii. W przypadku choroby takiej jak rak przełyku oznaczałoby to, że można ją zaklasyfikować do nowotworów (nowotwory złośliwe) lub chorób układu pokarmowego. W ten sam sposób stany niedokrwienia mózgu można zaklasyfikować do układu naczyniowego - gdzie pojawia się problem - lub do układu nerwowego - gdzie niedokrwienie ma wpływ i manifestuje się objawami.

Wskazania mnogich kodów nadrzędnych:

- Uwaga „Nie obejmuje” lub „sklasyfikowany gdzie indziej”
- Wyświetlanie mnogich kodów nadrzędnych w widoku Komponentu Podstawowego
- Wyświetlanie mnogich kodów nadrzędnych w liście tabelarycznej. Przykład dla raka przełyku: kod podstawowy „nowotwór złośliwy” pojawi się na czarno, a „układ pokarmowy” dla raka przełyku na szaro

W Komponencie Podstawowym uwagi „Nie obejmuje” dla tych przykładów będą wymieniać możliwe kody nadrzędne (liczne kody nadrzędne). Jednak w przypadku zestawienia wyników statystycznych z dowolnej listy tabelarycznej może istnieć tylko jeden kod nadrzędny dla tabeli pierwotnej. W przypadku, gdy istnieje wiele kodów nadrzędnych, w widoku Komponentu Podstawowego oba kody nadrzędne będą wyświetlane w ten sam sposób. Jednak na liście tabelarycznej miejsce pierwotnego kodu nadrzędnego wskaże jednostkę i jej kody nadrzędne w kolorze czarnym, a możliwy wtórny kod nadrzędny w kolorze szarym.

Za każdym razem, gdy jednostka jest nadrzędna w innym miejscu, nadal będzie pokazywać kod pochodzący z pierwotnego kodu nadrzędnego. Pierwotny kod nadrzędny jest czasami określany jako „kod nadrzędny z listy tabelarycznej”.

3.4. Model treści

Model treści to rama strukturalna, która w standardowy sposób definiuje każdą jednostkę znalezioną w ICD. Celem modelu treści jest przedstawienie podstawowej wiedzy, która stanowi podstawę opisu każdej jednostki ICD w sposób systematyczny, aby umożliwić komputeryzację. ICD-11 przechowuje całą swoją zawartość w Komponencie Podstawowym. Tutaj każda jednostka jest określona przez opis, właściwości możliwe do odczytania maszynowego, które mają wartości, oraz jedną lub więcej relacji o charakterze nadrzędny - podrzędny. Dodatkowe linki dostarczają informacji na temat rozpoznania końcowego (postkoordynacji). Wszystkie te wielowymiarowe informacje są następnie łączone w listę z wzajemnie wykluczającymi się kategoriami - listy tabelaryczne. Komponent Podstawowy zawiera informacje o tym, gdzie i jak dana jednostka jest przedstawiana na liście tabelarycznej. Jednostka może stać się grupą, kategorią lub po prostu terminem, który jest na przykład wymieniony w indeksie.

Każda jednostka ICD może być widziana z różnych wymiarów. Model treści przedstawia każdy z tych wymiarów jako „właściwość”.

Kluczowe elementy opisów choroby są uwzględnione jako różne właściwości w modelu treści. Główne właściwości modelu treści to:

- Tytuł koncepcji ICD
- Hierarchia, typ i zastosowanie
- Kod nadrzędny
- Rodzaj
- Używanie
- Definicje tekstowe
- Opis (krótki)
- Definicja (długa)
- Określenia
- Terminy indeksowane
- Synonimy terminów „Obejmuje”
- Terminy „Nie obejmuje”
- Opisy kliniczne
- Układ(y) ciała
- Części ciała (umiejscowienia anatomiczne)
- Właściwości manifestacji
- Oznaki chorobowe i objawy
- Wyniki badań
- Właściwości przyczynowe
- Rodzaj etiologii
- Zakażenie (czynniki zakażenia))
- Uraz (mechanizmy)
- Czynniki ryzyka
- Charakterystyka genomowa
- Właściwości czasowe
- Właściwości stopnia ciężkości
- Właściwości funkcjonalne

- Właściwości swoistych chorób
- Właściwości lecznicze
- Kryteria diagnostyczne

Dla każdej jednostki ICD można w razie potrzeby podać różne właściwości, aby uzyskać prawidłowy wynik kodowania. Osoba odpowiedzialna za kodowanie umieralności może wykorzystać właściwości, aby lepiej zrozumieć chorobę i sposób jej kodowania, a właściwości pozwalają osobie odpowiedzialnej za kodowanie umieralności na określenie, gdzie znajduje się choroba. Zdefiniowano tylko te właściwości, które są absolutnie niezbędne, aby uniknąć konieczności częstych aktualizacji. Dodawanie właściwościom wartości na poziomie międzynarodowym jest zarządzane w ramach regularnego cyklu aktualizacji, ilekroć problemy z kodowaniem wskazują na taką konieczność. Poniżej przedstawiono przykład podstawowych właściwości:

Jednostka ICD: Inwazyjny rak przewodowy piersi

Właściwości	Wartość
Anatomia	Pierś
Morfologia	Inwazyjny rak przewodowy

Pełny zakres różnych wartości dla każdej danej właściwości jest wstępnie zdefiniowany przy użyciu standardowej terminologii i ontologii. Ten zakres wartości określany jest mianem „zestawu wartości”.

Opisy jednostek ICD-11 informują analityków i tłumaczy o znaczeniu jednostki i jej opisowych cechach. Istnieją dwa różne typy opisów: krótki opis (maksymalnie 100 słów), który jest dostępny zarówno w modelu treści, jak i na liście tabelarycznej, oraz szczegółowy opis z obszernymi szczegółami na poziomie wymaganym dla każdej jednostki. Szczegółowy opis jest oznaczony jako „informacje dodatkowe” i pojawia się tylko w elektronicznych wersjach online. Osoby odpowiedzialne za kodowanie umieralności ostrzega się, aby nie używały opisów do kodowania. Osoby odpowiedzialne za kodowanie umieralności muszą przypisywać kody na podstawie rozpoznania (rozpoznań) udokumentowanego przez klinicystę. Jednak informacje deskryptorowe zawarte dla poszczególnych jednostek ICD-11 zapewniają użytkownikom ICD jasny wgląd w zamierzone znaczenie i zakres rubryk lub terminów w wykazie tabelarycznym oraz w Komponencie Podstawowym. Deskryptory prowadzą tłumaczy, osoby odpowiedzialne za kodowanie umieralności i użytkowników zakodowanych danych. Celem jest poprawa porównywalności, spójności i interpretacji zakodowanych informacji dla wszystkich i wszędzie. W modelu treści ICD-11 istnieją cztery poziomy informacji deskryptorowych:

W pełni określony termin - jest to jednoznaczny tytuł, który nie zakłada kontekstu. Na przykład „choroba ogólnoustrojowa z dominującymi objawami biegunki żołądkowo-jelitowej, które można przypisać przecinkowcowi cholery”, w przeciwieństwie do „cholery” lub „innych” (gdzie znaczenie „inne” byłoby jasne z kontekstu hierarchicznego).

Krótki opis - krótki opis to charakterystyka jednostki (maksymalnie 100 słów), która określa fakty, które zawsze są prawdziwe w odniesieniu do choroby lub stanu i które są niezbędne do zrozumienia zakresu rubryki. Opisy niekoniecznie zawierają elementy przeznaczone do użytku w powszechnej epidemiologii lub elementy, które są kryteriami klinicznymi.

Informacja dodatkowa - to pole tekstowe, które nie jest obowiązkowe, ale może zawierać dodatkowe informacje lub oznaki chorób lub stanów, które obejmuje jednostka. To pole tekstowe zapewnia więcej kontekstu dla jednostki. Na przykład najczęstsze okoliczności epidemiologiczne, przypuszczalne lub wysoce podejrzewane czynniki etiologiczne lub inne informacje, które nie zawsze są prawdziwe, ale mogą być powszechne, typowe lub oczekiwane.

Kryteria kliniczne lub diagnostyczne - ma zawierać co najmniej jeden scenariusz kryteriów klinicznych i oznak, które byłyby wystarczające do zdiagnozowania stanu(ów) lub zespołu(ów) danej klasy lub pojęcia.

Takie scenariusze będą zawierać wiele wariantów lub wbudowaną logikę, aby pomieścić „x z n" wariantów, które są niezbędne lub przydatne do postawienia rozpoznania. Na przykład zawał mięśnia sercowego (MI) w warunkach diagnostycznych wymagających dużych zasobów zazwyczaj obejmuje schemat zmian wyników badań enzymów sercowych w czasie, specyficzne zmiany w elektrokardiogramie oraz objawy stereotypowe. Jednak tylko dwa z tych trzech elementów muszą być obecne, ponieważ istnieją takie jednostki, jak „niemy zawał mięśnia sercowego" (bez objawów) i podobne odmiany.

Oczekuje się, że te scenariusze zostaną podzielone według możliwości technologicznych. Na przykład diagnozowanie zawału mięśnia sercowego w placówkach diagnostycznych o wysokich możliwościach prawdopodobnie wiązałoby się z inną technologią i innymi kryteriami niż w placówce o niskich zasobach. Kryteria diagnostyczne ICD opierają się na różnych wytycznych WHO, które określiły zasady diagnostyczne. Rozszerzenia ICD jako linearyzacje specjalistyczne, mogą wykorzystywać takie reguły diagnostyczne.

Architektura ICD-11 i przyszła ewolucja tego komponentu informacji może ostatecznie służyć algorytmom decyzyjnym opartym na tych kryteriach. Przypisanie rozpoznań i chorób mogłoby być automatycznie proponowane na podstawie danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej.

Kryteria diagnostyczne opisują metodologię diagnostyczną, która określa, w jaki sposób dostawcy usług zdrowotnych diagnozują przypadki zaklasyfikowane do jednostki. Zawiera podstawowe informacje diagnostyczne niezbędne i wystarczające do opisania kategorii oraz umożliwia cyfrowe przedstawienie algorytmów diagnostycznych przy użyciu znormalizowanej terminologii i innych stosownych elementów. Mogą istnieć różne zestawy kryteriów diagnostycznych dla różnych placówek. Kryteria diagnostyczne związane będą ze specyfiką tych placówek.

3.5. Jednostki ICD niezależne od języka

Jednostki klasyfikowane w ICD-11 są niezależne od języka. Wszystkie jednostki posiadają unikalny identyfikator lub ujednolicony identyfikator zasobów (URI) i zajmują określone miejsce w hierarchii grup, kategorii i węższych terminów. Użytkowanie ICD-11 na poziomie międzynarodowym odbywa się w języku angielskim, ale model treści ICD-11 jest niezależny językowo i umożliwia powiązanie dowolnego pożądanego języka z elementami klasyfikacji. W ten sposób międzynarodowa baza tłumaczeń ułatwia tłumaczenia i wielojęzyczne przeglądanie. Ujednolicony identyfikator zasobów (URI) pozostaje ważny niezależnie od tego, czy jednostka klasyfikowana w ICD jest nadal ważna, czy została wycofana. Hierarchiczna struktura grup, kategorii, podkategorii i włączenia (kody nadrzędne, kody

podrzędne i węższe terminy) służy również jako niezależny od języka szkielet dla tłumaczeń ICD. Ta struktura jest niezbędna podczas budowania indeksu w lokalnym języku. Pomaga (w połączeniu z platformą tłumaczeniową ICD) w identyfikowaniu elementów, które należy przetłumaczyć, aby móc odnieść się do kategorii ICD za pomocą terminów zgłaszanych w lokalnym języku.

3.6. Innowacje w kodowaniu umieralności w ICD-11

Instrukcje dotyczące kodowania umieralności w ICD z czasem dojrzewały i zasadniczo zostały utrzymane dla ICD-11, podczas gdy tekst został sformatowany za pomocą łatwiejszych sformułowań, aby zwiększyć powszechne zrozumienie i wystandaryzowane wdrożenie. Główne zmiany w klasyfikacji zostały włączone do instrukcji kodowania umieralności.

Nowe koncepcje lub terminologia ICD-11, na przykład rozpoznanie końcowe (postkoordynacja) lub kodowanie klastrowe, instrukcje „należy również zakodować" i „w razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu" będą działać w celu przechwytywania dalszych informacji zgłoszonych w akcie zgonu. W kodowaniu zgonów w ICD-10, kodowanie wielu przyczyn, kilka reguł modyfikacji w kroku M4 lub pewne flagi używane w automatycznych systemach kodowania zostały użyte do przechwytywania szczegółów zgłoszonych w karcie zgonu i ułatwienia dokładnego wyboru wyjściowej przyczyny. W tym sensie uważa się, że funkcja rozpoznania końcowego (postkoordynacji) itp. została wbudowana w praktykę kodowania umieralności ICD-10, podczas gdy w ICD-11 koncepcje są bardziej oczywiste i dodano kilka nowych instrukcji, aby poinformować, jak stosować te nowe koncepcje (patrz Część 2 niniejszej Instrukcji).

Poniższa tabela wykorzystana w kroku M1 do kodowania powikłań cukrzycy została dostarczona do opcjonalnego wykorzystania. Ta lista nie jest pełną listą możliwych powikłań cukrzycy i nie ma być aktualizowana, ale przechowywana dla użytkowników zainteresowanych spójnością kodowania ICD-10 i ICD-11.

Powikłanie cukrzycowe jako wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) w ICD-11	W razie potrzeby w celu określenia powikłań cukrzycy można wykorzystać rozpoznanie końcowe (postkoordynację)
	z informacją o:
(kwasica ketonowa)	5C73 Kwasica
	5C50.G Trimetyloaminuria
	MA18.Y Inne określone nieprawidłowe wyniki badań chemicznych krwi
(powikłania nerkowe)	GB40-GB4Z Choroby kłębuszków nerkowych
	GB61 Przewlekła choroba nerek
	GB6Z Niewydolność nerek, nieokreślona
	MF54.0 Zmniejszona nerka o gładkich zarysach
	GB90.4Z Zaburzenia czynności cewek nerkowych, nieokreślone
(powikłania okulistyczne)	9A96.Z Zapalenie przedniego odcinka błony naczyniowej, nieokreślone
	9B10.Z Zaćma, nieokreślona
	9B65.Z Zapalenie tylnego odcinka błony naczyniowej oka, nieokreślone

Powikłanie cukrzycowe jako wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) w ICD-11	W razie potrzeby w celu określenia powikłań cukrzycy można wykorzystać rozpoznanie końcowe (postkoordynację)
	9B78.1 Retinopatia nieproliferacyjna i zmiany naczyniowe siatkówki
(powikłania okulistyczne)	9B78.2 Inne zmiany rozrostowe siatkówki
	9B7Z Zaburzenia siatkówki, nieokreślone
(powikłania neurologiczne)	8C12 Wybrane określone mononeuropatie
	8C1Z Mononeuropatia o nieokreślonym umiejscowieniu
	8C0Z Polineuropatia, nieokreślona
	8C4Y Inne określone zaburzenia korzenia nerwowego, splotu nerwowego lub nerwów obwodowych
	8C7Y Inne określone pierwotne zaburzenia mięśni
	8D8Z Zaburzenia autonomicznego układu nerwowego, nieokreślone
(powikłania krążenia obwodowego)	BD40.0 Miażdżyca kończyn dolnych
	BD4Z Przewlekła zarostowa choroba tętnic, nieokreślona
	EE80.1 Nekrobioza [martwica] tłuszczowa
	MC85 Zgorzel
(Inne określone powikłania)	ME60.2 Owrzodzenie skóry o niepewnym charakterze, określane jako kończyna dolna
	FA2Z Artropatie zapalne, nieokreślone
	MG30.5Z Przewlekły ból neuropatyczny, nieokreślony
	w przypadku zgłoszenia jako przyczyna:
(śpiączka)	MB20.1 Śpiączka
(powikłania okulistyczne)	9C81.Z Porażenie nieokreślonego nerwu okoruchowego
	9D90 Upośledzenie widzenia, w tym ślepota
(powikłania neurologiczne)	8E7Y Inne określone choroby układu nerwowego
	DA7Z Choroby żołądka lub dwunastnicy, nieokreślone
(powikłania krążenia obwodowego)	
(inne określone powikłania)	1A40 Zapalenie żołądka i jelit lub zapalenie okrężnicy bez określenia czynnika zakaźnego
	1G40-1G41 Posocznica
	1C41 Zakażenie bakteryjne o nieokreślonym umiejscowieniu
	1F28 Grzybica skóry
	1F2D Grzybice powierzchowne skóry nie wywołane przez dermatofity
	1F23 Kandydoza
	3B20 Rozsiane wykrzepianie wewnątrznaczyniowe
	5A41 Hipoglikemia bez towarzyszącej cukrzycy
	5C80.00 Pierwotna hipercholesterolemia
	5C80.1 Hipertriglicerydemia
	5C80.2 Hiperlipidemia mieszana
	5C80.Z Hiperlipoproteinemia, nieokreślona
	5C76 Hiperkalemia
	5D2Z Zaburzenia metabolizmu, nieokreślone
	8A42.Y Inne określone ostre rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego
	8A42.Z Ostre rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia, nieokreślone

Powikłanie cukrzycowe jako wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) w ICD-11	W razie potrzeby w celu określenia powikłań cukrzycy można wykorzystać rozpoznanie końcowe (postkoordynację)
	BA00.Z Nadciśnienie samoistne, nieokreślone
	BA01 Nadciśnieniowa choroba serca
(inne określone powikłania)	BA40-BA6Z Choroba niedokrwienna serca
	BB40-BB4Z Ostre lub podostre zapalenie wsierdzia
	BC0Z Choroby zastawek serca, nieokreślone
	BC43.0Z Kardiomiopatia rozstrzeniowa, nieokreślona
	BC43.Z Kardiomiopatia, nieokreślona
	BC81.3 Migotanie przedsionków
	BC81.20 Częstoskurcz typu makroreentry zależny od cieśni trójdzielno-żylnej
	BC81.2Z Częstoskurcz przedsionkowy typu makroreentry, nieokreślony
	BC60 Przedwczesna depolaryzacja przedsionków
	BC61 Przedwczesna depolaryzacja z łącza przedsionkowo-komorowego
	BC70 Przedwczesna depolaryzacja komorowa
	BC71.1 Migotanie komór
	BC80.20 Zespół chorego węzła zatokowo-przedsionkowego
	BC9Y Inne określone zaburzenia rytmu serca
	BC9Z Zaburzenia rytmu serca, nieokreślone
	BD10-BD1Z Niewydolność serca
	BE2Z Choroby układu krążenia, nieokreślone
	8B00 Krwotok śródmózgowy
	8B02 Nieurazowy krwotok podtwardówkowy
	8B03 Nieurazowy krwotok zewnątrzoponowy
	8B0Z Krwotok śródczaszkowy, nieokreślony
	8B11 Udar niedokrwienny mózgu
	8B20 Udar, o którym nie wiadomo, czy jest niedokrwienny czy krwotoczny
	8B22.Y Inna określona choroba naczyń mózgowych
	8B2Z Choroby naczyń mózgowych, nieokreślone
	8B25.1 Późne następstwa krwotoku śródmózgowego
	8B25.3 Późne następstwa innych nieurazowych krwotoków wewnątrzczaszkowych
	8B25.0 Późne następstwa udaru niedokrwiennego mózgu
	8B25.4 Późne następstwa udaru, o którym nie wiadomo, czy jest niedokrwienny czy krwotoczny
	8B25 Późne następstwa choroby naczyń mózgowych
	8D40.1 Neuropatia spowodowana niedoborem składników odżywczych
	8D40.2 Miopatia spowodowana niedoborem składników odżywczych
	8D40.Y Inne określone zaburzenia neurologiczne spowodowane niedoborem składników odżywczych
	8D40.Z Zaburzenia neurologiczne spowodowane niedoborem składników odżywczych, nieokreślone

Powikłanie cukrzycowe jako wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) w ICD-11	W razie potrzeby w celu określenia powikłań cukrzycy można wykorzystać rozpoznanie końcowe (postkoordynację)
	BD30.20 Ostra zakrzepowo-zatorowa niedrożność tętnicy kończyny dolnej
	BD30.0 Ostra niedrożność tętnicy kończyny górnej
(inne określone powikłania)	BD30.2 Ostra niedrożność tętnic kończyny dolnej
	BD70 Zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych
	BD72 Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa
	CA40.1 Wirusowe zapalenie płuc
	CA40 Zapalenie płuc
	DA60-DA63.Z Wrzód żołądka lub dwunastnicy
	ME24.Y Inne określone objawy kliniczne z układu pokarmowego
	1B70.3 Wstępujące bakteryjne zapalenie naczyń chłonnych
	1B70.Y Bakteryjne zapalenie tkanki łącznej lub zapalenie naczyń chłonnych wywołane przez inną określoną bakterię
	1B70.Z Bakteryjne zapalenie tkanki łącznej lub zapalenie naczyń chłonnych wywołane przez nieokreśloną bakterię
	EB21 Piodermia zgorzelinowa
	EA3Z Nieokreślone zaburzenie skóry związane z zakażeniem wirusowym
	EA89 Uogólnione wypryskowe zapalenie skóry nieokreślonego typu
	EH90 Odleżyna
	FA26.2 Chondrokalcynoza
	1B71 Martwicze zapalenie powięzi
	GC08.Z Zakażenie dróg moczowych, umiejscowienie i czynnik nieokreślony

3.7. Innowacje w kodowaniu chorobowości w ICD-11

„Obecne przy przyjęciu do szpitala”

Włączenie nowych kodów rozszerzających do ICD-11 zapewnia możliwość kodowania informacji kwalifikujących dla powiązanych kodów podstawowych. Wśród nowych funkcji kwalifikacyjnych szczególnie ważna jest funkcja wyświetlania statusu, która pozwala na odróżnienie rozpoznania obecnego przy przyjęciu do szpitala od rozpoznania postawionego po rozpoczęciu hospitalizacji.

3.8. Sekcja uzupełniająca ocenę funkcjonowania

W ICD-11 wbudowano opcjonalną sekcję dotyczącą funkcjonowania, aby umożliwić klasyfikację i pomiar wpływu chorób na funkcjonowanie. Aby uzyskać więcej informacji, patrz Sekcja 1.1.6.2.

Ogólnie rzecz biorąc, powiązanie pomiędzy ICD-11 a ICF może pomóc w następujących przypadkach użycia:

- ocena na potrzeby ogólnej praktyki medycznej (np. praca w ocenie zdolności)
- ocena na potrzeby świadczeń społecznych (np. renta inwalidzka)

- na potrzeby płatności lub zwrotu kosztów
- oceny potrzeb (np. rehabilitacji, pomocy zawodowej, opieki długoterminowej)
- ocena wyników interwencji

Wszędzie tam, gdzie pożądane i wymagane jest pełne raportowanie w zakresie funkcji, należy stosować ICF.

3.9. Ogólne cechy ICD-11

Główną innowacją strukturalną ICD-11 jest fakt, że klasyfikacja ta jest zbudowana na Komponencie Podstawowym, z którego można wyprowadzić listę tabelaryczną. Międzynarodowa referencyjna lista tabelaryczna to statystyczna klasyfikacja chorobowości i umieralności. W związku z dodaniem Komponentu Podstawowego i elektronicznego projektu ICD-11, trzeba było wprowadzić nową terminologię, która nie była używana w poprzednich wersjach ICD. (Aby uzyskać więcej informacji, patrz Sekcja 2.13.)

Aby uzyskać więcej informacji odnośnie terminologii ICD-11, patrz Sekcja 1.1.6.1 Zintegrowane użycie z Terminologiami

3.10. Zaburzenia w ujęciu medycyny tradycyjnej, moduł 1 (TM1)

Duży procent światowej populacji korzysta z jakiejś formy medycyny tradycyjnej. Jednak znormalizowane dane i informacje na temat stanu zdrowia tych użytkowników pozostają w dużej mierze nieobecne w krajowych i międzynarodowych zbiorach danych dotyczących zdrowia. Stosowanie terapii medycyny komplementarnej i alternatywnej (CAM) stało się ogromnym przemysłem i oczekuje się, że w przyszłości będzie się rozwijał. W wyniku tej luki w informacjach na temat TM i wielkości branży zainwestowano środki w stworzenie narzędzia klasyfikacji umożliwiającego gromadzenie i analizę danych.

Dodatkowy rozdział ICD-11 dotyczący zaburzeń i wzorców medycyny tradycyjnej został zaprojektowany tak, aby był zintegrowany z kodowaniem przypadków w połączeniu z koncepcjami medycyny opartej na dowodach naukowych opisanymi w rozdziałach ICD 1-25.

Podobnie jak inne rozdziały ICD, rozdział TM1 jest narzędziem służącym do klasyfikowania, diagnozowania, zliczania, komunikowania i porównywania chorób w ramach medycyny tradycyjnej, pomaga również w badaniach i ocenie bezpieczeństwa i skuteczności medycyny tradycyjnej. Ten rozdział nie ocenia praktyki TM ani skuteczności jakiejkolwiek interwencji TM.

Ten rozdział nie może być używany w kodowaniu umieralności.

3.11. Przygotowania do Jedenastej Rewizji

W 2003 r. stało się jasne dla WHO i Ośrodków Współpracujących, że nie można długo opóźniać kolejnej rewizji ICD. Zakres, w jakim aktualizacja ICD może obejmować pojawiające się zmiany, był ograniczony przez strukturę ICD-10, a niektóre kwestie wymagały szerszego opracowania i dyskusji z grupami ekspertów. Na specjalnym spotkaniu Ośrodków Współpracujących w Helsinkach w 2004 roku omówiono potrzebę rewizji i kwestie, które należy uwzględnić w ramach procesu rewizji. Następnie na

spotkaniu WHO-FIC w 2004 roku przyjęto plan pracy dotyczący procesu rewizji, który był stopniowo rozwijany na kolejnych spotkaniach.

W 2007 roku WHO formalnie rozpoczęła proces rewizji. Nadzór został zapewniony przez szeroko zakrojoną Grupę Sterującą Rewizją. Prace techniczne zostały podjęte przez szereg Technicznych Grup Doradczych, z grupami przekrojowymi badającymi umieralność, chorobowość oraz kwestie jakości i bezpieczeństwa. Po raz pierwszy został zamieszczony rozdział poświęcony opisowi chorób i ich wzorców z punktu widzenia medycyny tradycyjnej.

Opracowano model treści, obejmujący szereg komponentów dla każdej jednostki ICD, co daje bogatą podstawę dla ICD. Inne klasyfikacje i terminologie są połączone lub włączone tam, gdzie to możliwe, aby zapewnić zgodność ICD z nimi, a elementy używane w innych członach Rodziny Klasyfikacji WHO zostały dostosowane tam, gdzie to możliwe. Bardziej tradycyjna klasyfikacja statystyczna umieralności i chorobowości została uzyskana z Komponentu Podstawowego ICD-11 w postaci Listy Tabelarycznej. Kody rozszerzające służą do ograniczania objętości zawartości, ale nadal umożliwiają szczegółową klasyfikację jednostek chorobowych. Dodatkowe rozdziały i sekcje pozwalają na dobrowolne uchwycenie informacji o rozpoznaniach i funkcjonowaniu medycyny tradycyjnej. W oparciu o doświadczenia z ICD-9 i ICD-10 zaprojektowano mechanizm aktualizacji, który umożliwia poprawę wskazówek dla użytkownika i aktualizacje naukowe bez uszczerbku dla statystycznego wykorzystania klasyfikacji.

Rewizja ICD-11 przebiegała w kilku fazach. W pierwszej kolejności sporządzono listę problemów, które były znane z użytkowania ICD-10, a których nie można było rozwiązać w jego strukturze klasyfikacyjnej oraz sformułowano możliwe rozwiązania.

Po drugie, opinie otrzymano od wielu grup naukowych w kluczowych obszarach tematycznych, z naciskiem na perspektywy kliniczne.

Wreszcie, dokonano scentralizowanej edycji, której celem było skorygowanie dysproporcji treści wygenerowanych przez wiele niezależnie działających grup ekspertów w poprzedniej fazie przeglądu oraz zapewnienie spójnej i praktycznej struktury ogólnej dla użytkowników statystyk umieralności i chorobowości. Do ostatecznej wersji wpłynęły również dane z testów terenowych, uwagi państw członkowskich oraz bieżące składanie i przetwarzanie wniosków.

3.12. Załącznik A: Aktualizacja i użytkowanie ICD-11

W niniejszym Załączniku opisano proces przeglądu, cykle wydawnicze i przepływ wniosków dotyczących aktualizacji ICD-11.Oficjalne publikacje klasyfikacji ICD-11 są wydawane corocznie do użytku międzynarodowego w zakresie umieralności i chorobowości (jest to znane jako „niebieska przeglądarka”). W przeciwieństwie do tego, Komponent Podstawowy ICD-11 jest stale aktualizowany. Aktualizacja odbywa się na różnych poziomach z odpowiednimi różnymi częstotliwościami. Klasyfikacja ICD-11 jest publikowana w pięcioletnich „niezmiennych” wersjach do użytku międzynarodowego (zawiera aktualizacje, które wpływają na cztero- i pięcioznakową strukturę), chyba że pilne potrzeby w zakresie zdrowia publicznego wymagają inaczej. Wydania uzupełnione są o identyfikatory wersji, które służą do raportowania w połączeniu z kodami. Tabele przejściowe i materiały pokazujące różnice są dostarczane z każdą wersją. Aktualizacje na poziomie bardziej szczegółowym niż cztero- i pięcioznakowe mogą być publikowane raz w roku. Drobne poprawki błędów, które służą wyjaśnieniu

znaczenia, indeksowania lub błędów, mogą być przekazywane raz w roku. Uzupełnienia do indeksu można dokonywać na bieżąco. Zasady dotyczące umieralności i chorobowości będą aktualizowane w dłuższych cyklach co 10 lat. Zachęca się wszystkie kraje, które wdrożyły ICD-11 do przyjęcia aktualizacji w celu zapewnienia możliwie największej standaryzacji wyników kodowania. W przypadku, gdy kraj z jakiegokolwiek powodu nie może wprowadzić aktualizacji z określonego roku, powinien przynajmniej zapewnić, aby zgłoszone dane były zgodne z najnowszą wersją ICD-11.

WHO podjęła wszelkie uzasadnione środki ostrożności, aby zweryfikować informacje zawarte w ICD oraz jego różnych wersjach i wydaniach. Jednak ICD jest rozpowszechniany bez jakiejkolwiek gwarancji, wyrażonej lub dorozumianej. Odpowiedzialność za interpretację i wykorzystanie ICD spoczywa na użytkowniku. W żadnym wypadku WHO nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikające z jego użytkowania.
Wydawca informacji zakodowanych w ICD jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwego wykorzystania ICD i jasne przedstawienie metodologii zbierania danych oraz mechanizmów, które zostały użyte do modyfikacji oryginalnych danych w celu wskazania porównywalności prezentowanych wyników. W przypadku danych dotyczących umieralności nie jest dozwolone żadne odstępstwo od metodologii wskazanej w ICD.

Aby uzyskać informacje na temat taksonomii i strukturyzacji, patrz Sekcja 1.2.

3.12.1. Tło

Aktualizacja ICD-11 zapewnia, że ICD spełnia potrzeby użytkowników w zakresie treści i terminologii.

Aktualizacje i decyzje są zgodne z zasadami określonymi w Sekcji 1.2.1 Taksonomia.

Aktualizacje zawierają zmiany w rozdziałach 01-24 ICD, rozdział dodatkowy obejmujący zaburzenia w ujęciu medycyny tradycyjnej (w tym opracowanie dodatkowych modułów), sekcja uzupełniająca ocenę funkcjonowania, kody rozszerzające, specjalne środowisko do przeglądania i specjalne listy tabelaryczne, elementy podstawy projektu ICD, a także zmiany w instrukcji.

Wszystkie propozycje są wprowadzane na internetową platformę serwisową w celu weryfikacji kompletności, dyskusji i edycji. Platforma zapewnia infrastrukturę do kierowania propozycji do recenzentów i ekspertów oraz do przekazywania informacji zwrotnych pierwotnym autorom. Platforma konserwacyjna pokazuje również ostateczny wynik wniosku, który został wprowadzony do platformy autorskiej i stał się częścią ICD. Każdy indywidualny użytkownik klasyfikacji może złożyć propozycję aktualizacji ICD. Tego typu aktualizacje mogą odnosić się do jednego lub więcej jednostek ICD. Mogą odnosić się do pozycji jednostek na wykazie tabelarycznym, w Komponencie Podstawowym i dowolnym elemencie modelu treści. Do propozycji i komentarzy służy platforma serwisowa ICD-11 (znana jako „pomarańczowa przeglądarka”). Wszelkie dane wejściowe do ICD-11 i jego komponentów wymagają odpowiedniego odniesienia do źródeł, szczegółów dowodów naukowych oraz zgody właściciela wszelkich materiałów objętych prawami autorskimi (jeśli dotyczy).

Propozycje zostaną zweryfikowane przez ekspertów naukowych i ekspertów ds. klasyfikacji. Decyzja dotycząca wyniku konkretnego wniosku będzie oparta na zaleceniach tych ekspertów.

Tok pracy pomiędzy Grupą Referencyjną ds. Umieralności (ang. Mortality Reference Group, MRG) a Grupą Referencyjną ds. Chorobowości (ang. Morbidity Reference Group, MbRG), Medycznym

i Naukowym Komitetem Doradczym (ang. Medical and Scientific Advisory Committee, MSAC) oraz ogólnym Komitetem Doradczym ds. Klasyfikacji i Statystyki (ang. Classification and Statistics Advisory Committee, CSAC) zapewni, że wszystkie aspekty dotyczące wniosku zostaną uwzględnione. Przeglądy syntezy przeprowadzone przez ekspertów ds. klasyfikacji zapewniają przydatność proponowanych zmian do różnych przypadków użycia ICD.

Proces opiera się na konsensusie członków CSAC co do proponowanej zmiany. Wszystkie rundy edycji będą obsługiwane przez platformy elektroniczne. Tam, gdzie nie można osiągnąć konsensusu, wniosek może zostać odroczony do kolejnych cykli redagowania w toku arbitrażu przez WHO lub zostać rozstrzygnięty podczas bezpośredniego spotkania ekspertów ds. klasyfikacji i treści. We wszystkich innych przypadkach WHO otrzymuje zalecenie konsensusu w celu podjęcia ostatecznej decyzji.

Wszystkie propozycje zmian muszą być składane za pośrednictwem mechanizmu propozycji, aby zapewnić jasny i przejrzysty przegląd proponowanej treści. Różne typy propozycji, które mogą przechodzić przez tok pracy w celu zapewnienia spójności, integralności strukturalnej i naukowej poprawności klasyfikacji. Różne toki pracy gwarantują właściwe wykorzystanie dostępnych zasobów Rodziny Międzynarodowych Klasyfikacji WHO Sieci WHO-FIC i WHO. Wszystkie zmiany są zgłaszane. Weryfikacja aktualizacji może wymagać kilku kroków.

3.12.2. Cykl aktualizacji

Aktualizacja odbywa się na różnych poziomach z różnymi częstotliwościami. To utrzymuje stabilność w zakresie umieralności i pozwoli na szybsze aktualizacje do wykorzystania w zakresie chorobowości.

Aktualizacje mające wpływ na sprawozdawczość międzynarodową (cztero- i pięcioznakowa struktura kodów podstawowych) będą publikowane co pięć lat.

Aktualizacje na bardziej szczegółowym poziomie mogą być publikowane raz w roku, a w oczekiwaniu na modyfikacje kliniczne również dwa razy w roku.

Uzupełnienia do indeksu można dokonywać na bieżąco.

Zasady dotyczące umieralności i chorobowości będą aktualizowane w cyklu 10-letnim.

Inne aktualizacje instrukcji mogą być publikowane raz w roku.

3.12.2.1. Rodzaje propozycji w zakresie użytkowania ICD-11-MMS

Po przejrzeniu ustalonych typów propozycji i kryteriów ICD-10 oraz tych stosowanych do tej pory podczas rewizji ICD-11, biorąc pod uwagę potrzeby ICD-11, zaproponowano następujące typy propozycji dla ICD-11 (patrz Tabela poniżej przedstawiająca wpływ na Statystyki Chorobowości i Umieralności (MMS)).

Dodawanie nowej jednostki:

- należy dodać jednostkę „poniżej linii brzegowej” (aby stała się wpisem indeksowym w MMS)
- należy dodać jednostkę „powyżej linii brzegowej” (aby stała się kategorią w MMS)

Usuwanie jednostki:

- dotyczy jednostki znajdującej się poniżej linii brzegowej (usunięcie terminu indeksowego z MMS)
- dotyczy jednostki powyżej linii brzegowej (usunięcie kategorii z MMS)

Zmiana statusu kodowania:

- przeniesienie jednostki z indeksu do MMS (np. nadanie mu indywidualnego kodu) lub jednostki z MMS do indeksu (np. usunięcie pojedynczego kodu i skierowanie go w inne miejsce)

Ulepszanie treści, w tym następujące podtypy:

- Zmiana Preferowanego Terminu (tytułu) (Zmiany kodu, który wpływa na znaczenie tego kodu, są niedozwolone i nie będą akceptowane. W przypadku, gdy koncepcja jest nieaktualna i musi zostać zaktualizowana lub konieczna jest nowa koncepcja, należy użyć odpowiedniej jednostki do usunięcia lub dodać nowe typy propozycji jednostek albo oba te typy).
- Dodanie/usunięcie synonimu
- Dodanie/usunięcie elementu „nie obejmuje”
- Zmiana opisu (Definicji)
- Zmiana Informacji dodatkowej (Definicji długiej)
- Korekta pisowni lub gramatyki (w dowolnym polu)
- Dodanie/usunięcie obowiązkowej kombinacji kodów podstawowych po rozpoznaniu końcowym (postkoordynacji)
- Dodanie/usunięcie treści rubryki jednostki (nie pozwala na zmianę znaczenia)

Zmiana strukturalna obejmująca następujące podtypy:

- Zmiana powiązania pierwotnego kodu nadrzędnego
- Zmiana powiązania wtórnego kodu nadrzędnego
- Zmiana instrukcji mająca zastosowanie do dowolnego tekstu Instrukcji ICD-11, w tym zasad i ustawień domyślnych kodowania itp.

Podtypy obejmują:

- Korekta pisowni lub gramatyki
- Wyjaśnienie zasady
- Zmiana reguły (która wpływa na integralność danych), w tym zmiana wskazówki dotyczącej kodowania
- Propozycje wyjaśnień, które nie wymagają zmiany klasyfikacji

- Korekta niespójności pomiędzy tomami

Najlepiej byłoby, gdyby każdy wniosek określał, czy odnosi się do podstawy, czy do klasyfikacji, w tym, czy dotyczy krajowej modyfikacji klinicznej lub linearyzacji specjalizacji. Zaznaczenie pola wyboru w propozycjach pozwolą wskazać zakres.

Nie wszyscy autorzy będą zaznajomieni z tymi rozróżnieniami. Wartość domyślna może zakładać, że propozycja dotyczy ICD-11 MMS, chyba że określono inaczej. Niezależnie od tego CSAC musi ustalić, czy przedmiot, po zaakceptowaniu, będzie znajdować się „powyżej czy poniżej linii brzegowej" w ICD-11 MMS.

Nie wszystkie wnioski będą wymagały tego samego poziomu analizy, ponieważ każdy z nich może być rozpatrywany w kontekście jego wpływu na klasyfikację statystyczną oraz pożądanej poprawności z naukowego punktu widzenia i aktualności klasyfikacji. W razie potrzeby zostanie wprowadzona „szybka ścieżka" przeglądu pilnie potrzebnych aktualizacji, takich jak krajowe modyfikacje kliniczne. Dla każdej „ścieżki" wykorzystanej w przypadku ofert istnieją kryteria i określony tok pracy.

Tabela 1: Przegląd typów propozycji w zakresie użytkowania ICD-11 i ich potencjalnego wpływu na dane zebrane przez MMS. Lista nie oznacza hierarchii priorytetów. 'X' oznacza, że element ma zastosowanie.

Typ propozycji	Poważna	Drobna	Brak
Dodawanie nowej jednostki	X	X	
Usuwanie jednostki (+)	X		
Zmiana statusu kodowania		X	
Ulepszanie treści			
Zmiana preferowanego terminu (tytułu)	X	X	X
Dodanie / Usunięcie synonimu		X	
Dodanie / Usunięcie elementu „nie obejmuje"		X	
Zmiana opisu	X	X	X
Zmiana Informacji dodatkowej (Opisu długiego - poza WHO)			X
Korekta literówki (w dowolnym polu)			X
Dodanie / usunięcie obowiązkowej kombinacji kodów podstawowych po rozpoznaniu końcowego (postkoordynacji)	X		
Dodanie / usunięcie treści rubryki jednostki - brak zmiany znaczenia			X
Zmiana strukturalna			
Zmiana pierwotnego kodu nadrzędnego	X		
Zmiana wtórnego kodu nadrzędnego			X
Zmiana Instrukcji			
Korekta literówki			X
Wyjaśnienie zasady			X
Zmiana reguły (która wpływa na integralność danych), w tym zmiana wskazówki dotyczącej kodowania	X		

(+) Błędy są usuwane; przestarzałe terminy i jednostki nie są usuwane, ponieważ pomagają w mapowaniu i kodowaniu, gdyż mogą być nadal używane

Tabela 2: Grupy odpowiedzialne za obsługę potencjalnych zmian.

Typ propozycji	CSAC	MSAC	MRG	MbRG	FDGRG lub TM
Dodawanie nowej jednostki	X	X	X	X	X+
Usuwanie jednostki (+)	X	X	X	X	X+
Zmiana statusu kodowania	X	X	X	X	
Ulepszanie treści					
Zmiana preferowanego terminu (tytułu)	X	(X)			X+
Dodanie / Usunięcie synonimu**					X+
Dodanie / Usunięcie elementu „nie obejmuje” **					
Zmiana opisu	X	X	X	X	X+
Zmiana Informacji dodatkowej (Opisu długiego - poza WHO)		(X)			X+
Korekta literówki (w dowolnym polu) **					
Dodanie / usunięcie obowiązkowej kombinacji kodów podstawowych po rozpoznaniu końcowym (postkoordynacji)	X		X	X	
Zmiana strukturalna					
Zmiana pierwotnego kodu nadrzędnego	X	(X)	X	X	X+
Zmiana wtórnego kodu nadrzędnego	X	X			
Zmiana Instrukcji					
Korekta literówki**					
Wyjaśnienie zasady	X		X	X	X+
Zmiana reguły (która wpływa na integralność danych), w tym zmiana wskazówki dotyczącej kodowania	X	(X)	X+	X+	X+

(+) Błędy są usuwane; przestarzałe terminy i jednostki nie są usuwane, ponieważ pomagają w mapowaniu i kodowaniu, gdyż mogą być nadal używane. (X) ma zastosowanie tylko w szczególnych sytuacjach. X+ dotyczy tylko konkretnego przypadku użycia. ** zespół WHO

3.12.3. Kompletność propozycji

Każda osoba może złożyć propozycję aktualizacji ICD. Propozycje powinny być dostarczone w formie krótkiego wyjaśnienia (około 500 słów) z piśmiennictwem obejmującym literaturę i dowodami leżącymi u ich podstaw (publikacje w recenzowanych czasopismach naukowych lub na oficjalnych spotkaniach WHO, jej CC lub organizacji pozarządowej w oficjalnych stosunkach). Propozycja powinna również wizualizować zmiany w pozycji i uwzględniać potencjalny wpływ na podmioty spoza propozycji.

Autor musi zarejestrować się z pełnym imieniem i nazwiskiem oraz przynależnością i zgłosić ewentualny konflikt interesów.

Wszystkie wnioski muszą mieć jasno napisane i przekonujące uzasadnienie, z cytatami w celu ustalenia bazy dowodowej dla propozycji.

Propozycje sugerujące dodanie jednostki muszą posiadać opis oraz opis jednostki. Zapewnia to prawidłowe umieszczenie w podstawie. Uzasadnienie musi mieć podstawy naukowe, z odniesieniami do publikacji w recenzowanych czasopismach naukowych lub na oficjalnych spotkaniach WHO, jej CC lub organizacji pozarządowej w oficjalnych stosunkach.

Propozycje nowych kodów powinny zawierać informacje o tym, jak przypadek zostałby zakodowany, gdyby proponowany nowy kod nie został zaakceptowany.

Propozycje mające wpływ na statystyki muszą zawierać opis lub analizę powstałego wpływu, np. częstotliwość.

Propozycje sugerujące zmiany przepisów muszą zawierać analizę wpływu.

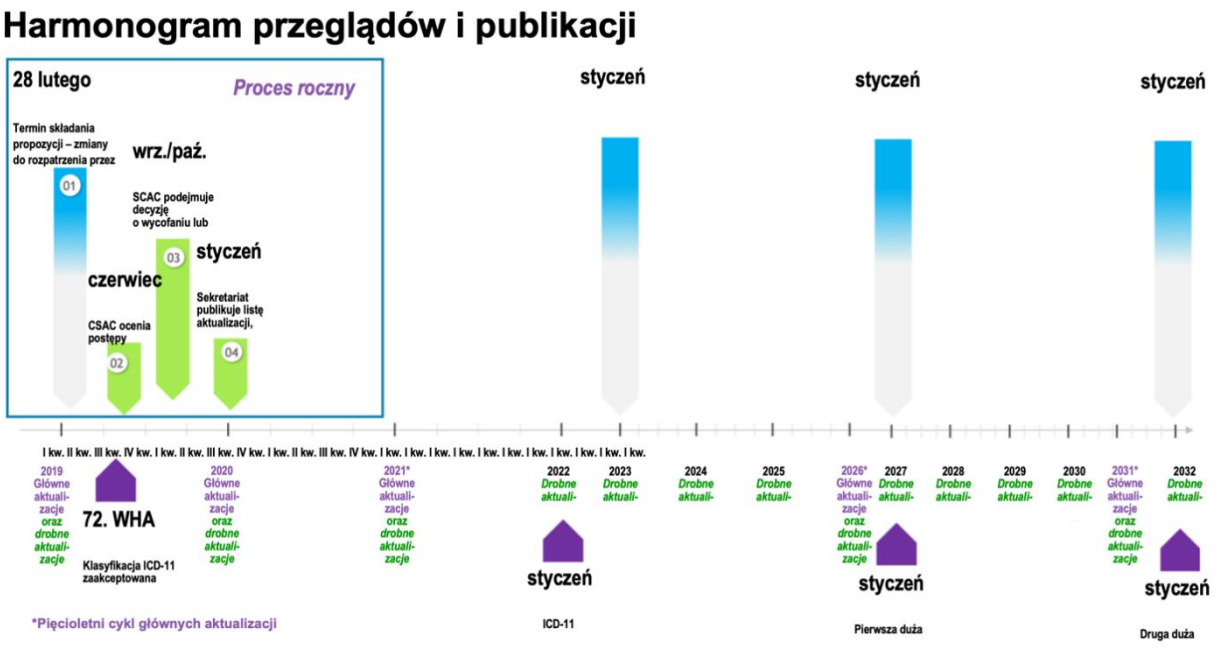
Niekompletna propozycja zostanie zwrócona autorowi.

Mechanizm propozycji nie pozwoli na składanie propozycji bez uzasadnienia lub z brakującym opisem lub definicją adekwatną do rozpatrzenia propozycji.

3.12.4. Terminy propozycji

Propozycje można składać w dowolnym momencie. Żadne wnioski dotyczące wpływu nie są przetwarzane na bieżąco, wnioski wymagające przeglądu przez którąkolwiek z grup i komitetów zaangażowanych w tok pracy, są grupowane w dniu 28 lutego każdego roku i kierowane zgodnie z niezbędnym tokiem pracy.

Wnioski są rozpatrywane równolegle przez odpowiednie grupy. Komentarze formalne są dostarczane w dwóch turach (dwa miesiące, jeden miesiąc) - oferując możliwość edycji pomiędzy nimi. Ostateczna decyzja o akceptacji, odrzuceniu lub „dalszej dyskusji" jest podejmowana na telekonferencji CSAC na dorocznym spotkaniu WHO-FIC w październiku każdego roku. Oficjalne komunikaty są publikowane pod koniec września w celu zachowania ważności zgodnie z cyklem aktualizacji danego rodzaju wniosku, przy czym najwcześniejsze są propozycje do przyjęcia w styczniu następnego roku (co najmniej sześć miesięcy na tłumaczenie, trzy miesiące na formalne rozpowszechnienie, np. w przypadku szczegółów klinicznych, wtórnych kodów nadrzędnych lub synonimów).



Rysunek 3 Terminy składnia wniosków i publikacji

3.12.5. Proces pracy nad propozycjami

Użytkowanie ICD to proces, który wymaga szerokiej wiedzy w zakresie statystyki i nauk medycznych, a także w różnych przypadkach użycia. Ustalono już, że struktura związana z aktualizacją i użytkowanie ICD zostanie zrewidowana zgodnie z nowymi wymaganiami i efektywnym wykorzystaniem ograniczonych zasobów. Poniższa rycina przedstawia tok pracy, w którym propozycje otrzymane za pośrednictwem platformy aktualizacji mogą przechodzić przez grupy ekspertów w celu przeglądu i rekomendacji do WHO. „Segregacja propozycji" wstępnie przeanalizuje wszystkie otrzymane propozycje, aby upewnić się, że są one kompletne i zostały poprawnie złożone. Propozycje zostaną następnie przekazane do odpowiedniego następnego kroku. Ta segregacja może wykryć propozycje, które mogą lub muszą zostać przetworzone w przyspieszonym procesie, na przykład ze względu na rodzaj wniosku lub w przypadkach wyjątkowo pilnych. Proponowana typologia wniosków może pomóc w określeniu wpływu na klasyfikację, która z kolei poinformuje, czy propozycja jest ulepszeniem lub wyjaśnieniem, które można wdrażać na bieżąco, czy też zmiana musi czekać w kolejce do wdrożenia w ramach cyklu aktualizacji. Próg rozpatrywania propozycji składanych w odniesieniu do podstawy jest niski, co pozwala na proste zasady identyfikowania tego, co jest „możliwe do uzyskania / wymagające działania", a mianowicie, jeśli jest kompletne i poprawne, można to rozważyć. Rozpatrzenie nie gwarantuje akceptacji.

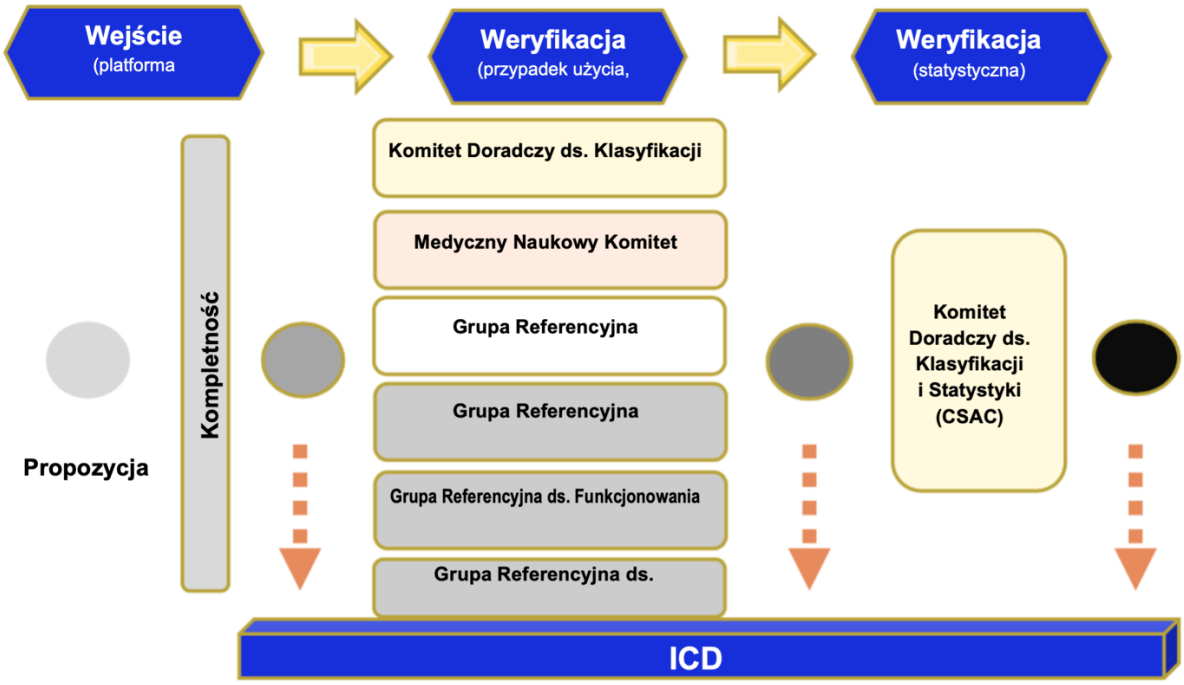
CSAC składa się z:

Współpracujące Ośrodki WHO-FIC i oficjalnie mianowani przedstawiciele techniczni z państw członkowskich WHO. Uczestnicy i obserwatorzy posiadają konkretną wiedzę i doświadczenie w zakresie klasyfikacji.

Dwóch współprzewodniczących z każdej Grupy Referencyjnej (Grupa Referencyjna ds. Umieralności (ang. Mortality Reference Group, MRG), Grupa Referencyjna ds. Chorobowości (ang. Morbidity Reference Group, MbRG) oraz Grupa Referencyjna ds. Funkcjonowania i Niepełnosprawności (ang. Functioning and Disability Reference Group, FDRG), Grupa ds. Medycyny Tradycyjnej (ang. Traditional Medicine Group, TMRG)) oraz dwóch współprzewodniczących Medycznego i Naukowego Komitetu Doradczego (ang. Medical and Scientific Advisory Committee, MSAC) jest również włączonych z urzędu, z prawem do komentowania, ale bez prawa do głosowania.

Do udziału w spotkaniach CSAC mogą być zapraszani dodatkowi eksperci w celu skomentowania określonych punktów.

Wszystkie decyzje są oparte na konsensusie. Zakres zadań grup roboczych znajduje się w dokumencie opisującym działanie sieci Rodzin Międzynarodowych Klasyfikacji WHO [WHO Family of International Classification Network].



Proces pracy w propozycji

Etapy pracy dotyczący propozycji, patrz Postępowanie sieci WHOFIC, aby uzyskać informacje na temat zakresu zadań i zarządzania różnymi grupami.

Mała Grupa CSAC

Grupa ta składa się ze współprzewodniczących i sekretariatów CSAC, personelu WHO oraz ekspertów wybranych przez WHO.

Mała Grupa CSAC dokonuje przeglądu każdej propozycji i określa, czy propozycja jest gotowa do przeglądu przez pełny skład CSAC. Mała Grupa wydaje również zalecenie w drodze konsensusu, czy propozycja powinna zostać przyjęta, czy odrzucona. W przypadku, gdy propozycja wymaga więcej informacji lub jest niekompletna, Mała Grupa CSAC może poprosić MSAC lub inne komisje i grupy referencyjne (C&RG) o dalszą poradę lub odesłać propozycję autorowi. Czasami Mała Grupa CSAC, MSAC i/lub C&RG wydaje zalecenia dotyczące modyfikacji pierwotnej propozycji, co jest odnotowywane w sekcji komentarzy publicznych propozycji przez sekretariat grupy. Te uwagi i proponowane modyfikacje są następnie rozpatrywane przez pełny skład CSAC.

Gdy propozycja jest gotowa do przeglądu przez szerszy skład CSAC, Sekretariat CSAC zapisuje rekomendację Małej Grupy CSAC oraz wszelkie sugerowane modyfikacje i ich przyczyny w sekcji komentarzy publicznych propozycji i nadaje propozycji status „Głosowanie CSAC". Członkowie CSAC mogą następnie wyrazić swoją zgodę i/lub skomentować propozycję, odpowiednio zmodyfikowaną przez Małą Grupę CSAC.

3.12.6. Zmiany, których nie można wprowadzić w ramach rutynowego procesu aktualizacji

Zmiany, które tworzą nowe struktury, które są w konflikcie z istniejącą strukturą lub kodowaniem bieżącej wersji, mogą być przeprowadzone tylko w nowej wersji ICD i obejmują:

1) Zmianę istniejącego kodu kategorii

2) Zmianę istniejącego grupowania na kategorie, jeśli posiada kody podrzędne w linearyzacji (zezwolenie na to wymusiłoby dokonać zmiany kodów podrzędnych, dlatego jest niedozwolone)

3) Zmianę istniejącej kategorii na grupowanie, jeśli posiada kody podrzędne w linearyzacji (tak samo jak powyżej)

4) Wstawienie kategorii pomiędzy dwie istniejące kategorie kodów równorzędnych. Kategorie do istniejących kodów równorzędnych należy wpisać na końcu przed określeniem rezydualnym.

5) Ponowne uporządkowanie jakiegokolwiek rodzaju nie będzie możliwe, ponieważ porządkowanie będzie oparte na kodach, które nie ulegną zmianie.

6) Wycofanie jednostki zawierającej kody podrzędne, które nie zostały wycofane, i zastąpienie jej inną jednostką zawierającą stare kody podrzędne. (Nie jest to możliwe, ponieważ nowa jednostka nie może zachować tego samego kodu, co wycofana, a jeśli zostanie dodany nowy kod, jego kod nie będzie kompatybilny z kodami podrzędnymi.)

7) Przenoszenie istniejącej kategorii w sposób, który oznaczałby zmianę jej kodu. Np. kategoria 2B01.2 nie może zostać przeniesiona, która jest poniżej 2B01 jako kod podrzędny 2B00.

W przypadku Rozdziału X „Kody rozszerzające" jedynym ograniczeniem jest numer 1 powyżej. Można dokonać wszelkich innych zmian, ponieważ kody Rozdziału X nie są oparte na ich hierarchicznej lokalizacji.

3.12.7. Zastosowanie i własność intelektualna

Poniższy paragraf zawiera wyciąg z niektórych przepisów prawnych dotyczących ICD. Należy zauważyć, że tekst ten w żaden sposób nie przesądza o brzmieniu jakichkolwiek ustaleń prawnych zawartych pomiędzy WHO, a innymi właściwymi stronami. Wiążąca oficjalna wersja licencji ICD jest dostępna pod adresem https://icd.who.int/en.

ICD jest własnością intelektualną WHO, a zmiany w ICD podlegają uzgodnieniom umownym i zatwierdzeniu poprzez mechanizm aktualizacji.

Klasyfikacja ICD-11 jest objęta licencją Creative Commons Attribution-NoDerivs 3.0 IGO (CC BY-ND 3.0 IGO lub „Licencja ICD-11", dostępną pod adresem https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/igo/). Zgodnie z warunkami Licencji NIE wolno dokonywać „adaptacji" ICD-11 zgodnie z definicją zawartą w Licencji. W związku z tym i nie ograniczając w inny sposób warunków licencji ICD-11, WHO udziela następujących wyjaśnień:

Aby zapobiec rozmyciu celu ICD, jakim jest zapewnienie decydującego standardu identyfikacji informacji zdrowotnych ani Materiały Licencjonowane, ani żadna ich część nie mogą być wykorzystywane do celów opracowywania lub rozpowszechniania innego standardu.

WHO nie uważa włączenia ICD-11 do oprogramowania za „adaptację", pod warunkiem, że nie została wykonana żadna z poniższych czynności:

- Powielanie ICD-11 w części lub w całości i rozpowszechnienie pod inną nazwą lub bez przypisania;
- Powielanie i rozpowszechnianie ICD-11 w części lub w całości bez kodów ICD-11;
- Reprodukowanie części lub całości ICD-11 bez identyfikatorów URI ICD-11; lub
- Reprodukowanie i dystrybucja ICD-11, w części lub w całości, z dowolną kombinacją a-c powyżej.

Mapowania lub przechodzenie pomiędzy innymi klasyfikacjami i terminologiami, a ICD-11 nie są objęte Licencją ICD-11 i podlegają odrębnej pisemnej umowie z WHO

Dodawanie pól danych do pojęć ICD-11 jest dozwolone, jeśli takie uzupełnienia są wyraźnie zidentyfikowane jako dodatki, które nie pochodzą od WHO.

Usługi sieciowe służące do kodowania i przeglądania ICD oraz inne oprogramowanie są dostępne na podstawie niewyłącznej, niezbywalnej i niepodlegającej cesji bezpłatnej licencji na używanie i przyłączanie Oprogramowania ICD-11 do aplikacji lub systemów komputerowych („Licencja na oprogramowanie"). Tego typu aplikacje komputerowe lub systemy zawierające Oprogramowanie ICD-11 mogą być licencjonowane dla użytkowników do celów komercyjnych i niekomercyjnych. Użytkownikom nie przysługuje prawo do sprzedaży lub licencjonowania Oprogramowania ICD-11 jako samodzielnego produktu. Aby uniknąć jakichkolwiek wątpliwości, oprogramowanie ICD-11 nie jest objęte licencją Creative Commons dla ICD-11 opisanej w Sekcji 1 powyżej.

Klasyfikacja ICD może być tłumaczona na dowolny język. W przypadku tłumaczenia zainteresowane strony (Tłumacz) proszone są o kontakt z WHO i przestrzeganie odpowiednich przepisów oraz otrzymanie pisemnej zgody w postaci formalnej umowy. Zazwyczaj prawa do tłumaczenia są przyznawane tylko ministerstwom zdrowia.

Tłumaczenia na języki ONZ są produktem WHO i wszelkie prawa przysługują WHO. Tłumaczenia na inne języki są produktem Tłumacza.

Tłumacz będzie korzystał z platformy tłumaczeniowej WHO, umożliwiając WHO weryfikację poprawności i kompletności tłumaczenia.

WHO automatycznie otrzymuje wieczyste i nieodwołalne, niewyłączne, ogólnoświatowe, nieodpłatne prawo do używania, zmiany, adaptacji, tłumaczenia, publikowania i rozpowszechniania takiego produktu pracy w dowolny sposób i w dowolnym formacie w połączeniu z pracą WHO.

W niektórych przypadkach użytkownicy określają potrzebę zmiany części ICD w celu wyprodukowania specjalnej wersji ICD. Produkcja wersji specjalnych wymaga specjalnego porozumienia umownego z WHO.
Takie wersje będą produkowane z platformy produkcyjnej WHO przez WHO.

Wszystkie zmiany lub sugestie dotyczące zmian w ICD należy przesyłać do platformy serwisowej WHO-ICD (aby uzyskać więcej informacji, patrz 3.12 Załącznik A: Aktualizacja i użytkowanie ICD-11).

Prośby o wyprodukowanie wersji specjalnej będą uzależnione od udostępnienia zasobów niezbędnych WHO do wygenerowania wersji specjalnej.

Na stronach kodowania lub przeglądania nie mogą być wyświetlane żadne oferty ani reklamy. W przypadku osadzenia klasyfikacji na lokalnej stronie internetowej lub uruchomienia wersji lokalnej należy zamieścić link do strony głównej ICD w WHO.

W wersji drukowanej ICD nie wolno umieszczać żadnych ofert ani reklam.

Najlepiej byłoby, gdyby użytkownicy uzyskali dostęp do ICD online lub za pośrednictwem usług internetowych dostarczanych przez WHO. Zapewni to właściwe wspólne korzystanie z indeksu, modelu treści i list tabelarycznych oraz ułatwi rozpowszechnianie aktualizacji, w stosownych przypadkach. Każdy mechanizm kodowania stworzony przez osoby trzecie musi zapewniać takie same wyniki kodowania, jak referencyjne narzędzie do kodowania online.

W przypadku rejestracji i sprawozdawczości krajowej i międzynarodowej należy stosować najbardziej aktualną wersję ICD, zgodnie z przepisami dotyczącymi terminologii Nomenclature Regulations (1967).

Modyfikacje kodowania chorobowości

Korzystanie z ICD w specyficznym kontekście systemu opieki zdrowotnej danego kraju może wymagać szczegółów, które nie są obecnie częścią ICD-11, na przykład ze względu na specyficzne ustawienia lub wymagania systemu refundacji. Tego typu zmiany będą podlegać temu samemu międzynarodowemu procesowi, jakiemu podlegają wszystkie inne zmiany w ICD, a następnie staną się częścią Komponentu Podstawowego i ostatecznie Statystyk Umieralności i Chorobowości (MMS), najlepiej przed ich wdrożeniem w kraju wnioskującym.

Może zaistnieć sytuacja, w której rząd krajowy lub powiązana z nim instytucja krajowa będzie potrzebować natychmiastowej modyfikacji. W takich okolicznościach należy unikać konfliktów z obecnym Komponentem Podstawowym, a odpowiednie zmiany będą podlegać specjalnym mechanizmom międzynarodowego procesu aktualizacji. Wszystkie kraje planujące wprowadzenie modyfikacji muszą dokonać odpowiednich ustaleń umownych z WHO. Obejmuje to regulacje dotyczące dystrybucji w danym kraju i poza nim oraz zasoby niezbędne WHO do wprowadzenia takich zmian do Podstawy.

W celu opracowania krajowej modyfikacji ICD-11 należy przestrzegać następujących zasad: 1. Modyfikacje zostaną uzgodnione przez organy obsługi technicznej ICD-11 przed ich wdrożeniem na szczeblu krajowym. 2. Modyfikacje nie mogą wpływać na statystyki chorobowości i umieralności i nie mogą kolidować z Podstawą. 3. Zatwierdzenie wszystkich zmian będzie uzależnione od tego, czy w Podstawie istnieją już odpowiednie dodatkowe szczegóły. 4. W przypadku wprowadzenia zmiany do międzynarodowej wersji ICD-11, odpowiednia modyfikacja musi uwzględniać zmianę tak szybko, jak to możliwe.

Przykład

„Cukrzyca typu 1” w wersji ICD-11 WHO jest sklasyfikowana jako 5A10. Modyfikacja krajowa może wymagać dodania dodatkowych szczegółów do kodów ICD-11. Na przykład „Cukrzyca typu 1, niekontrolowana” może zostać dodana jako podkategoria do 5A10, jako 5A10.1 Cukrzyca typu 1,

niekontrolowana. Jeśli jednak mechanizm rozpoznania końcowego (postkoordynacji) zapewnia niezbędne szczegóły, dodanie nowej podkategorii może nie być konieczne.

3.13. Załącznik B: Historia rozwoju ICD

3.13.1. Wczesna historia

Sir George Knibbs, wybitny statystyk australijski, przypisał François Bossier de Lacroix (1706-1777), bardziej znanemu jako Sauvages, pierwszą próbę systematycznego sklasyfikowania chorób (1). Jego obszerna rozprawa została wydana pod tytułem Nosologia methodica. Współczesny Sauvagesowi był wielki metodolog Karol Linneusz (1707-1778), autor katalogu chorób pod tytułem Genera morborum. Niedawno Moriyama i wsp. (2) odnieśli się do XVI-wiecznych i XVII-wiecznych poprzedników Fernela i Sydenhama. Na początku XIX wieku najczęściej posługiwano się klasyfikacją chorób opracowaną przez Williama Cullena (1710-1790), pochodzącego z Edynburga, która została wydana pod tytułem Synopsis nosologiae methodicae.

Statystyczne badania przeprowadzane dla celów praktycznych rozpoczęły się jednak już w poprzednim stuleciu od analizy Johna Graunta na podstawie Londyńskiego Rejestru Zgonów opublikowanego w 1662 roku. Rozważany przez niego pionierski sposób klasyfikacji znajduje odzwierciedlenie w podjętej próbie oszacowania odsetka żywo urodzonych dzieci, które zmarły przed ukończeniem szóstego roku życia, w sytuacji, gdy nie były dostępne dane na temat wieku w chwili zgonu. Zebrał on wszystkie zgony pogrupowane jako pleśniawki, drgawki, krzywica, zęby i robaczyce, poronienia, zgony niemowląt oraz powiększenie wątroby. Dodał do nich połowę zgonów z powodu ospy prawdziwej, ospy świńskiej, odry i robaczyc bez drgawek. Pomimo prymitywności tej klasyfikacji, stwierdzenie 36-procentowej umieralności poniżej 6 roku życia wydaje się - na podstawie przeprowadzonych w późniejszym czasie badań - oceną prawidłową. Na przestrzeni następnych trzech stuleci klasyfikacja chorób osiągnęła dokładność naukową, lecz wciąż wiele osób wątpiło w celowość tworzenia statystyk chorób lub nawet przyczyn zgonów, właśnie z powodu trudności w ich klasyfikowaniu. Osobom tym można zacytować zdanie Majora Greenwooda: „Naukowy purysta, który będzie czekał, aż statystyki medyczne staną się nozologicznie dokładne, nie jest mądrzejszy niż wieśniak Horacego czekający, aż przepłynie rzeka” (3).

Na szczęście dla postępu w medycynie zapobiegawczej w Generalnym Biurze Statystycznym Anglii i Walii, założonym w 1837 roku, pojawił się William Farr (1807-1883) - pierwszy statystyk medyczny. Farr był człowiekiem, który nie tylko wykorzystał w najlepszy możliwie sposób niedoskonałą klasyfikację chorób dostępną w tym czasie, ale także pracował nad opracowaniem jej udoskonalonej postaci, jak również na wprowadzeniem jednolitych międzynarodowych zasad jej stosowania.

W czasach Farra stosowano klasyfikację Cullena. Nie była ona modyfikowana wraz z postępami w medycynie i Farr uznał, że nie jest wystarczająca dla celów statystycznych. Farr doszedł do wniosku, że małe liczby, które wynikałyby ze szczegółowej klasyfikacji, nie pozwolą na wnioskowanie statystyczne. W pierwszym sprawozdaniu rocznym Głównego Biura Statystycznego (4) Farr omówił zasady, które powinny rządzić statystyczną klasyfikacją chorób, podkreślając potrzebę istnienia jednolitej klasyfikacji w sposób następujący:

Korzyści z jednolitego mianownictwa statystycznego, jakkolwiek niedoskonałego, są tak oczywiste, że aż zadziwia fakt, iż nikt nie zwrócił uwagi na ich przestrzeganie w aktach zgonu. W wielu przypadkach

te same choroby bywały opisywane przez trzy lub cztery terminy, a te same terminy stosowano do wielu różnych chorób: tworzono niejednoznaczne, niewygodne nazwy lub też wpisywano powikłania zamiast stanów głównych. Mianownictwo w tej dziedzinie wiedzy jest tak samo ważne, jak waga i miara w naukach fizycznych; powinno ono zostać ustalone bez zwłoki.

Zarówno mianownictwo, jak i klasyfikacja statystyczna stały się przedmiotem rozważań Farra w jego roczniku „Listy" (adresowane do Głównego Biura), publikowanym w sprawozdaniach rocznych Biura. Farr zrobił wiele, aby promować swoją klasyfikację, ale nie znalazł powszechnej akceptacji (4). Jednak potrzeba istnienia jednolitej klasyfikacji przyczyn zgonów została tak silnie podkreślona podczas pierwszego Międzynarodowego Kongresu Statystycznego, który miał miejsce w Brukseli w 1853, że Kongres poprosił Farra i Marca d'Espine z Genewy o opracowanie jednolitej klasyfikacji przyczyn zgonów przeznaczonej do międzynarodowego stosowania.

Na następnym Kongresie, który odbył się w Paryżu w 1855 roku, Farr i d'Espine przedstawili dwie osobne listy, które były oparte na bardzo różnych założeniach. Klasyfikacja Farra została podzielona na 5 grup: choroby epidemiczne, choroby konstytucjonalne (ogólne), choroby miejscowe ułożone według lokalizacji anatomicznej, choroby rozwojowe oraz choroby będące bezpośrednim wynikiem użycia przemocy. D'Espine sklasyfikował choroby według ich charakteru (gośćcowe, opryszczkowe, choroby krwi itp.). Kongres przyjął listę kompromisową, zawierającą 139 pozycji. W1864 roku w Paryżu klasyfikacja ta została poddana rewizji w oparciu o model Farra, a następnie była aktualizowana jeszcze kilkakrotnie w latach 1874, 1880 i 1886. Chociaż nie została ona nigdy powszechnie przyjęta, to jednak ogólny podział zaproponowany przez Farra, łącznie z zasadą klasyfikowania chorób według umiejscowienia anatomicznego, przetrwał jako podstawa Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów.

Co ważne, Kongres z 1855 r. zalecił również, aby każdy kraj zwracał się o informacje o przyczynach zgonu od lekarza, który opiekował się zmarłym, oraz aby każdy kraj podjął działania w celu zapewnienia, że wszystkie zgony zostały zweryfikowane przez lekarzy (4).

3.13.2. Przyjęcie Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów

Na konferencji w Wiedniu w 1891 r. Międzynarodowy Instytut Statystyczny, będący sukcesorem Międzynarodowego Kongresu Statystycznego, zlecił komisji pod przewodnictwem Jacquesa Bertillona (1851-1922), dyrektora Służb Statystycznych Miasta Paryża, przygotowanie klasyfikacji przyczyn zgonów. Raport tego komitetu został zaprezentowany podczas konferencji Międzynarodowego Instytutu Statystycznego w Chicago w 1893 r. i został przez niego przyjęty.

W przypadku głównych grup chorób Bertillon oparł się na przyjętej przez Farra zasadzie umiejscowienia anatomicznego, a nie charakterze choroby. Lista Bertillona zawierała zdefiniowane choroby, które były najbardziej warte zbadania ze względu na ich zakaźny charakter lub częstotliwość występowania. Zgodnie z instrukcją Kongresu w Wiedniu, Bertillon przedstawił trzy klasyfikacje: pierwszą, skróconą klasyfikację składającą się z 44 tytułów; drugą klasyfikację zawierającą 99 tytułów i wreszcie trzecią, obejmującą 161 pozycji, w której Bertillon przygotował również pewne zasady lub wytyczne dotyczące rozwiązywania problemów; na przykład, w jaki sposób urzędnicy zajmujący się statystyką powinni klasyfikować to, co zostało napisane, bez przypisywania tego, co lekarz mógł mieć na myśli (5). Klasyfikacja Bertillona Przyczyn Zgonów, jak początkowo ją nazywano, zyskała ogólną aprobatę i została przyjęta przez wiele krajów oraz miast. Klasyfikacja ta została w pierwszej kolejności zastosowana w Ameryce Północnej przez Jesusa E. Monjarasa do statystyk w San Luis de Potosi, w Meksyku (5).

W 1898 roku Amerykańskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego, podczas konferencji w Ottawie (Kanada), zaleciło przyjęcie Klasyfikacji Bertillona przez biura statystyczne w Kanadzie, Meksyku i Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Towarzystwo zaleciło także, aby klasyfikacja była uaktualniania co dziesięć lat.

Podczas konferencji Międzynarodowego Instytutu Statystycznego w Christianii w 1899 roku Bertillon przedstawił raport o rozwoju klasyfikacji, uwzględniając zalecenia Amerykańskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego co do dziesięcioletniego okresu uaktualniania. Międzynarodowy Instytut Statystyczny przyjął wówczas następującą rezolucję (6): Międzynarodowy Instytut Statystyczny, przekonany o konieczności stosowania w różnych krajach porównywalnego mianownictwa:

Dowiaduje się z przyjemnością o przyjęciu przez wszystkie biura statystyczne Ameryki Północnej oraz przez niektóre biura Ameryki Południowej i Europy systemu mianownictwa przyczyn zgonów przedstawionego w 1893 roku; Zdecydowanie zaleca, aby ten system mianownictwa został przyjęty jako podstawowy i bez zmian przez wszystkie instytucje statystyczne Europy; Zatwierdza, przynajmniej w ogólnych zarysach, system dziesięcioletnich poprawek, zaproponowany przez Amerykańskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego na konferencji w Ottawie (1898); Wzywa biura statystyczne, które nie stosują jeszcze tego mianownictwa, aby uczyniły to niezwłocznie i przyczyniły się tym do udoskonalenia porównywalności mianownictwa przyczyn zgonów.

W sierpniu 1900 roku, rząd francuski zwołał w Paryżu I Międzynarodową Konferencję ds. Rewizji Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów zwanej Klasyfikacją Bertillona. Na konferencję przybyli delegaci z 26 krajów. 21 sierpnia 1900 roku przyjęto szczegółową klasyfikację przyczyn zgonów, obejmującą 179 grup, a także klasyfikację skróconą, złożoną z 35 grup. Uznano konieczność dziesięcioletnich rewizji i poproszono rząd francuski o zwołanie następnego spotkania w 1910 roku. W rzeczywistości następna konferencja odbyła się w 1909 roku, a rząd Francji kolejne konferencje zwoływał w latach 1920, 1929 i 1938. Bertillon był w dalszym ciągu główną osobą promującą Międzynarodowa Listę Przyczyn Zgonów, a rewizje 1900, 1910 i 1920 były opracowywane pod jego przewodnictwem. Jako Sekretarz Generalny Międzynarodowej Konferencji przesłał on tymczasową rewizję z roku 1920 do ponad 500 osób, prosząc o komentarze. Jego śmierć w 1922 roku pozostawiła Międzynarodową Konferencję bez siły wiodącej.

Podczas sesji Międzynarodowego Instytutu Statystycznego w 1923 roku Michel Huber, następca Bertillona we Francji, zauważając brak przewodnictwa w prowadzeniu prac, wystąpił do Międzynarodowego Instytutu Statystycznego z rezolucją postulującą odnowienie jego ustaleń z 1893 roku odnoszących się do Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów, a także rozpoczęcie współpracy z innymi międzynarodowymi organizacjami w opracowywaniu kolejnych rewizji. Organizacja Zdrowia Ligi Narodów także była zainteresowana statystyką demograficzną i powołała Komisję Ekspertów Statystycznych do badań nad klasyfikacją chorób i przyczyn zgonów oraz innymi problemami z dziedziny statystyki medycznej. E. Roesle, dyrektor Medycznych Służb Statystycznych w niemieckim Biurze ds. Zdrowia i członek Komisji Ekspertów Statystycznych, przygotował monografię, w której przedstawił poszerzenie rubryk Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów z 1920 roku, które byłoby konieczne, jeżeli klasyfikacja ta miałaby być używana do statystyk chorobowości. To szczegółowe studium zostało opublikowane przez Organizację Zdrowia Ligi Narodów w 1928 roku (7). Aby skoordynować pracę obu instytucji, powołano międzynarodową komisję, znaną jako Komisja Mieszana, składającą się z równej liczby przedstawicieli Międzynarodowego Instytutu Statystycznego i Organizacji Zdrowia Ligi Narodów.

Komisja ta opracowała wstępne propozycje dotyczące Czwartej (1929) i Piątej (1938) Rewizji Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów.

3.13.3. Piąta Dziesięcioletnia Konferencja Rewizyjna

Piąta Międzynarodowa Konferencja ds. Rewizji Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów, podobnie jak poprzedzające konferencje, została zwołana przez rząd francuski i odbyła się w Paryżu w październiku 1938 roku. Konferencja przyjęła trzy listy: szczegółową listę 200 tytułów, pośrednią listę 87 tytułów oraz listę skróconą zawierającą 44 tytuły. Oprócz uaktualnienia listy zgodnie z rozwojem nauki, szczególnie w rozdziałach dotyczących chorób zakaźnych i pasożytniczych, a także zmian w rozdziałach o stanach połogowych i wypadkach, Konferencja dokonała minimalnych, na ile było to możliwe, zmian w treści, liczbie, a nawet w numerowaniu pozycji. Naszkicowano i przyjęto także listę przyczyn porodów martwych.

W zakresie klasyfikacji chorób przeznaczonych dla statystyk chorobowości, Konferencja uznała rosnącą potrzebę opracowania listy chorób odpowiadającej wymaganiom statystycznym znacznie różniących się organizacji, takich jak organizacje ubezpieczeń zdrowotnych, szpitale, placówki opieki zdrowotnej dla wojska, administracja szpitalna itp. Uchwalono następującą rezolucję (8):

3.13.3.1. Międzynarodowa Lista Chorób

Uznając znaczenie opracowania **międzynarodowej listy chorób** zgodnej z Międzynarodową Listą Przyczyn Zgonów, Konferencja zaleciła, aby **Połączony Komitet**, wyznaczony przez Międzynarodowy Instytut Statystyczny i Organizację Zdrowia Ligi Narodów, wraz z ekspertami oraz przedstawicielami organizacji szczególnie zainteresowanych tym zagadnieniem, przygotował - analogicznie jak w 1929 roku - **międzynarodową listę chorób**.

W oczekiwaniu na opracowanie tej listy, Konferencja zalecała, aby **narodowe listy chorób były dostosowywane w możliwie jak największym stopniu** do szczegółowej Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów, z zachowaniem numeracji rozdziałów, nagłówków i podnagłówków (w nawiasach).

Ponadto, Konferencja zaleciła, aby **Rząd Stanów Zjednoczonych kontynuował badania** nad znaczeniem statystycznym tzw. „łączonych przyczyn zgonów", czyli przypadków, w których na karcie zgonu podano więcej niż jedną przyczynę zgonu w następującej rezolucji (9):

Karta zgonu i wybór przyczyny zgonu w przypadku, gdy podano więcej niż jedną przyczynę (przyczyny łączone)

Zważywszy, że w 1929 roku rząd Stanów Zjednoczonych podjął badania nad ujednoliceniem metod wyboru głównej przyczyny zgonu, która powinna być umieszczana w tabelach statystycznych, gdy na karcie zgonu wymienione są co najmniej dwie przyczyny,

Oraz że liczne analizy przeprowadzone lub przygotowywane w różnych krajach wykazały znaczenie tego problemu, który nie został dotąd rozwiązany,

Oraz że według tych analiz międzynarodowa porównywalność wskaźników zgonów z powodu różnych chorób wymaga nie tylko rozwiązania problemu wyboru głównej przyczyny zgonu, ale także odpowiedzi na wiele innych pytań;

Konferencja wyraża serdeczne podziękowania rządowi Stanów Zjednoczonych za wykonaną pracę i wsparcie w tym obszarze;

Zwraca się do rządu Stanów Zjednoczonych o kontynuowanie badań przez kolejne dziesięć lat, w rozszerzonym zakresie, we współpracy z innymi krajami i organizacjami, oraz

Sugeruje, aby do dalszych badań rząd Stanów Zjednoczonych powołał podkomitet złożony z przedstawicieli krajów i organizacji uczestniczących w badaniach podjętych w ramach tej współpracy.

3.13.4. Poprzednie klasyfikacje chorób dla statystyk chorobowości

W prowadzonej do tego czasu dyskusji klasyfikacja chorób była przedstawiana niemal w całości w odniesieniu do statystyk przyczyn zgonu. Farr uznał jednak, że byłoby wskazane „rozszerzenie tego samego systemu nazewnictwa na choroby, które - chociaż nie wiodą do śmierci - powodują występowanie niepełnosprawności w populacji, a obecnie pojawiają się w tablicach chorób wojska, marynarki, szpitali ogólnych, więzień, szpitali dla psychicznie chorych, różnego rodzaju instytucji publicznych, społeczności chorych, jak również na arkuszu spisowym krajów takich jak Irlandia, gdzie obliczone są choroby wszystkich ludzi" (10). W swoim „Raporcie o mianownictwie i statystycznej klasyfikacji chorób", przedstawionym II Międzynarodowemu Kongresowi Statystycznemu, Farr włączył do ogólnej listy większość z tych chorób, które wpływają na stan zdrowia, jak również te, które są śmiertelne. Podczas IV Międzynarodowego Kongresu Statystycznego, który miał miejsce w Londynie w 1860 roku, Florence Nightingale zaapelowała o przyjęcie klasyfikacji chorób Farra przeznaczonej dla tabulacji chorobowości szpitalnej w pracy pt. „Proposals for a uniform plan of hospital statistics".

Podczas Pierwszej Międzynarodowej Konferencji ds. Rewizji Klasyfikacji Bertillona Przyczyn Zgonów, która miała miejsce w Paryżu w 1900 r., przyjęto równoległą klasyfikację chorób przeznaczoną do stosowania w statystykach chorobowości. Analogiczną listę przyjęto również podczas drugiej konferencji w 1909 roku. Przez podzielenie niektórych rubryk klasyfikacji przyczyn zgonu na dwie lub trzy grupy chorób, z których każda została oznaczona literą, utworzono dodatkowe kategorie dla chorób, które nie prowadzą do zgonu. Angielskie tłumaczenie II Dziesięcioletniej Rewizji, opublikowane w 1910 r. przez Departament Handlu i Pracy Stanów Zjednoczonych, otrzymało tytuł Międzynarodowa Klasyfikacja Przyczyn Chorób i Zgonów. Późniejsze rewizje włączyły niektóre z tych grup do szczegółowej Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów. IV Międzynarodowa Konferencja przyjęła klasyfikację chorób, która różniła się od szczegółowej Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów tylko dodaniem kolejnych podziałów w 12 tytułach. Niestety - te międzynarodowe klasyfikacje chorób nie zostały powszechnie zaakceptowane, ponieważ ich zakres był ograniczony, co wynikało z faktu, iż były one oparte na liście przyczyn zgonów.

Z powodu braku jednolitej klasyfikacji chorób, której można byłoby w satysfakcjonujący sposób używać do statystyk chorobowości, wiele krajów uznało za konieczne opracowanie własnych list. Rada Zdrowia Dominium Kanady przygotowała standardowy kod chorobowości i opublikowała go w 1936 roku. Główne podrozdziały tego kodu reprezentowały 18 rozdziałów pochodzącej z 1929 roku Rewizji Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów i zostały podzielone na około 380 szczegółowych kategorii chorób. Podczas V Międzynarodowej Konferencji w 1938 roku, delegat kanadyjski przedstawił modyfikację tej listy jako ewentualną podstawę dla Międzynarodowej Listy Przyczyn Chorób. Chociaż po tej propozycji nie zostały podjęte żadne dalsze kroki, Konferencja przyjęła rezolucję cytowaną powyżej.

W 1944 roku w Zjednoczonym Królestwie i Stanach Zjednoczonych Ameryki opublikowano tymczasową klasyfikację chorób i urazów, przeznaczoną do stosowania w tabulacji statystyk chorobowości. Obie klasyfikacje były bardziej wyczerpujące niż lista kanadyjska, ale podobnie jak ona powielały ogólny porządek chorób zaczerpnięty z Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów. Klasyfikacja angielska została opracowana przez Komitet ds. Statystyki Chorobowości Szpitalnej Medycznej Rady Badawczej, która powstała w 1942 roku. Była ona zatytułowana „Tymczasowa klasyfikacja chorób i urazów przeznaczona do stosowania w statystykach chorobowości" (8). Celem jej opracowania było utworzenie schematu dla gromadzenia i rejestrowania danych pacjentów przyjmowanych do szpitali w Wielkiej Brytanii przy użyciu standardowej klasyfikacji chorób i urazów oraz była stosowana w całym kraju przez agencje rządowe i inne instytucje.

Kilka lat wcześniej, w sierpniu 1940 roku, Chirurg Naczelny Ochrony zdrowia Stanów Zjednoczonych i dyrektor Biura Spisu Ludnościowego Stanów Zjednoczonych opublikowali listę chorób i urazów dla celów tabulacji statystyk chorobowości (9). Kod ten został opracowany przez Dział Metodyki Publicznej Ochrony zdrowia we współpracy z komitetem konsultantów zwołanym przez Chirurga Naczelnego. W 1944 roku opublikowano „Podręcznik do kodowania przyczyn chorób według kodu diagnozy dla tabulacji statystyki chorobowości", składający się z kodu rozpoznania, listy tabulacyjnej terminów włączonych oraz indeksu alfabetycznego. Kod ten stosowano w kilku szpitalach, w wielu programach dobrowolnych ubezpieczeń szpitalnych oraz opieki medycznej, a także w specjalnych badaniach prowadzonych przez inne ośrodki w Stanach Zjednoczonych.

3.13.5. Komitet ds. Łączonych Przyczyn Zgonów w Stanach Zjednoczonych

Zgodnie z rezolucją V Międzynarodowej Konferencji, Amerykański Sekretarz Stanu w 1945 roku powołał Komitet ds. Łączonych Przyczyn Zgonów pod przewodnictwem Lowella J. Reeda, profesora biostatystyki na Uniwersytecie Johna Hopkinsa. Członkami i konsultantami tego komitetu byli przedstawiciele rządów Kanady i Wielkiej Brytanii oraz Sekcji Zdrowia Ligi Narodów. Dostrzegając trend Komitet zdecydował, że korzystne byłoby rozważenie klasyfikacji z punktu widzenia chorobowości i umieralności, ponieważ problem łączonych przyczyn dotyczy obu typów statystyk.

Komitet wziął także pod uwagę część rezolucji poprzedniej Międzynarodowej Konferencji, dotyczącą Międzynarodowych List Chorób, która zawierała następujące zalecenie, że „różne stosowane do tej pory listy chorób powinny zostać połączone w jedną szczegółową Międzynarodową Listę Przyczyn Zgonów". Komitet uznał, że klasyfikacja chorób i urazów jest blisko związana z klasyfikacją przyczyn zgonów. Pogląd, iż taka lista jest zasadniczo różna, wynikał z błędnego założenia, że Lista Międzynarodowa jest klasyfikacją przyczyn śmiertelnych, podczas gdy jest ona oparta na stanie chorobowym rozpoczynającym łańcuch wydarzeń, które mogą, lecz nie muszą doprowadzić do zgonu. Komitet uważał, że aby w pełni wykorzystać zarówno statystyki chorobowości, jak i umieralności, klasyfikacje chorób dla obu celów nie tylko powinny być porównywalne, ale powinny one w miarę możliwości stanowić jedną listę.

Ponadto, coraz więcej organizacji statystycznych zaczynało używać dokumentacji medycznej obejmującej zarówno chorobę, jak i zgon. Nawet w organizacjach, które zajmowały się tylko statystyką chorobowości, konieczne było kodowanie zarówno przypadków śmiertelnych, jak i niezakończonych zgonem. A zatem istnienie pojedynczej listy w znacznym stopniu ułatwiłoby procedury ich kodowania. Mogłaby ona także stanowić wspólną bazę dla porównywania statystyk chorobowości i umieralności.

Utworzono zatem podkomitet, który opracował wstępną wersję proponowanej statystycznej klasyfikacji chorób, urazów i przyczyn zgonu. Ostateczna wersja została przyjęta przez komitet po wprowadzeniu modyfikacji opartych na testach przeprowadzonych przez różne ośrodki w Kanadzie, Wielkiej Brytanii oraz Stanach Zjednoczonych.

Tabela 1: Rewizje ICD pod auspicjami WHO

Rewizja	Data wejścia w życie	Rok przyjęcia WHA
Rewizja 6	1948	1948 (WHA1.36)
Rewizja 7	1 stycznia 1958	maj 1956 (WHA9.29)
Rewizja 8	1 stycznia 1968	maj 1966 (WHA19.44)
Rewizja 9	1 stycznia 1979	maj 1976 (WHA29.34)
Rewizja 10	1 stycznia 1993	maj 1990 (WHA43.24)
Rewizja 11	1 stycznia 2022	maj 2019 (WHA72.15)

3.13.6. Szósta Rewizja List Międzynarodowych

Międzynarodowa Konferencja Zdrowia, która miała miejsce w Nowym Jorku w czerwcu i lipcu 1946 roku (11) uczyniła Tymczasową Komisję Światowej Organizacji Zdrowia odpowiedzialną za „przegląd istniejącego zaplecza i podjęcie takich prac przygotowawczych, które mogą być konieczne z uwagi na: (i) następną dziesięcioletnią rewizję „Międzynarodowych List Przyczyn Zgonów" (włączając listę przyjętą na Międzynarodowym Porozumieniu z 1934 roku, odnoszącą się do Statystyki Przyczyn Zgonów) oraz (ii) utworzenie Międzynarodowych List Przyczyn Chorobowości."

Aby wykonać te zadania, Komisja Tymczasowa powołała Komitet Ekspertów w celu przygotowania Szóstej Dziesięcioletniej Rewizji Międzynarodowych List Chorób i Przyczyn Zgonów. Komitet ten, biorąc pod uwagę przeważające opinie dotyczące klasyfikacji chorobowości i umieralności, dokonał przeglądu i uaktualnienia wyżej wymienionej proponowanej klasyfikacji, która została opracowana przez Komitet ds. Łączonych Przyczyn Zgonu w Stanach Zjednoczonych.

Powstała klasyfikacja, zatytułowana Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów, została rozesłana do krajowych urzędów przygotowujących statystyki chorobowości i umieralności z prośbą o komentarze i sugestie. Komitet Ekspertów wziął pod uwagę nadesłane odpowiedzi i przygotował wersję poprawioną, uwzględniając takie zmiany, które wydawały się ułatwiać użytkowanie i zwiększać akceptowalność klasyfikacji. Komitet opracował także listę terminów diagnostycznych, które pojawiły się pod każdym tytułem klasyfikacji. Ponadto powołano podkomitet, którego celem było opracowanie ogólnego indeksu alfabetycznego oraz indeksu określeń diagnostycznych sklasyfikowanych według właściwej kategorii klasyfikacji. Komitet rozważył także strukturę i wykorzystanie specjalnych list przyczyn do tabulacji i publikacji statystyk chorobowości i umieralności, jak również przeanalizował inne problemy związane z międzynarodową porównywalnością statystyk umieralności, takie jak formularze karty zgonu i zasady klasyfikowania. Międzynarodowa Konferencja ds. Szóstej Rewizji Międzynarodowych List Przyczyn Zgonów została zwołana w Paryżu przez rząd francuski na podstawie umowy podpisanej podczas Piątej Konferencji Rewizyjnej w 1938 roku i trwała od 26 do 30 kwietnia 1948 roku. Jej sekretariatowi wspieranemu przez odpowiednie władze francuskie i Światowej Organizacji Zdrowia powierzono prace przygotowawcze na warunkach umowy podpisanej przez rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia w 1946 roku (12).

Konferencja przyjęła klasyfikację przygotowaną przez Komitet Ekspertów jako Szóstą Rewizję Międzynarodowych List (13). Rozważyła również inne propozycje Komitetu Ekspertów dotyczące opracowywania, tabulacji i publikowania statystyk chorobowości i umieralności. Konferencja przyjęła Międzynarodowy Formularz Karty Zgonu, w którym przyjęto wyjściową przyczynę zgonu za przyczynę główną, która ma służyć do celów tabulacji, a także podano zasady wyboru wyjściowej przyczyny zgonu oraz przedstawiono specjalne listy do tabulacji danych na temat chorobowości i umieralności. Konferencja zaleciła także, aby Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło regulacje jako artykuł 21(b) Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, określając zasady przewodniczenia Krajom Członkowskim w opracowywaniu statystyk chorobowości i umieralności zgodnych z Międzynarodową Klasyfikacją Statystyczną. W 1948 roku Pierwsze Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło raport Szóstej Konferencji Rewizyjnej oraz Regulację Światowej Organizacji Zdrowia Nr 1, przygotowaną na podstawie zaleceń Konferencji. Międzynarodowa Klasyfikacja (z listą tabelaryczną terminów włączonych, określającą zawartość kategorii) została zawarta, wraz z formularzem karty zgonu, zasadami klasyfikowania i specjalnymi listami do tabulacji, w Podręczniku Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (22). Podręcznik ten składał się z dwóch tomów, przy czym Tom II był indeksem alfabetycznym terminów diagnostycznych kodowanych do odpowiednich kategorii. W Szóstej Rewizji stany chorobowe wynikające z urazów, zatruć i innych przyczyn zewnętrznych zostały sklasyfikowane zarówno według okoliczności zewnętrznych powodujących uraz, jak i rodzaju urazu.

Przyjęcie tej podwójnej klasyfikacji było wówczas uważane za odważny krok w radzeniu sobie z jednoczesnym zainteresowaniem więcej niż jednym aspektem urazu. Szósta Dziesięcioletnia Konferencja Rewizyjna ogłosiła początek nowej ery w międzynarodowej statystyce zdrowotnej i demograficznej. Oprócz przyjęcia ogólnej listy, dotyczącej zarówno umieralności, jak i chorobowości, a także aprobaty dla międzynarodowych zasad wybierania wyjściowej przyczyny zgonu, Konferencja zaleciła wdrożenie kompleksowego programu współpracy międzynarodowej na polu statystyki zdrowotnej i demograficznej. Ważną pozycją tego programu było zalecenie, aby rządy ustanowiły narodowe komitety do spraw statystyki zdrowotnej i demograficznej w celu koordynowania czynności statystycznych w kraju, jak również, aby służyły jako pomost pomiędzy narodowymi instytucjami statystycznymi, a Światową Organizacją Zdrowia. Uznano wreszcie, że takie komitety narodowe mogłyby samodzielnie lub we współpracy z innymi komitetami narodowymi prowadzić badania nad problemami statystycznymi ważnymi z punktu widzenia zdrowia publicznego i przekazywać ich wyniki Światowej Organizacji Zdrowia.

3.13.7. Siódma i Ósma Rewizja

Międzynarodowa Konferencja ds. Siódmej Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób odbyła się w Paryżu pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia w lutym 1955 roku (14). Zgodnie z zaleceniem Komitetu Ekspertów ds. Statystyki Zdrowotnej Światowej Organizacji Zdrowia, rewizja ta została ograniczona do podstawowych zmian oraz korekt błędów i nieścisłości (15). Ósma Konferencja Rewizyjna, zwołana przez Światową Organizację Zdrowia, obradowała w Genewie w dniach 6-12 lipca 1965 roku (16). Rewizja ta była bardziej radykalna niż Siódma, ale pozostawiła niezmienioną podstawową strukturę klasyfikacji oraz ogólną filozofię klasyfikowania chorób - raczej według etiologii niż według poszczególnych objawów. W latach, kiedy aktualna była Siódma i Ósma Rewizja, gwałtownie zwiększyła się intensywność korzystania z klasyfikacji w indeksowaniu szpitalnych zapisów medycznych,

a niektóre kraje opracowały narodowe adaptacje, które poszerzyły klasyfikację ICD o dalsze szczegóły niezbędne do jej skutecznego stosowania.

3.13.8. Dziewiąta Rewizja

Międzynarodowa Konferencja ds. Dziewiątej Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, zwołana przez Światową Organizacje Zdrowia, miała miejsce w Genewie w dniach od 30 września do 6 października 1975 roku (17). W dyskusji przed konferencją początkowo przyjęto założenie, że poza uaktualnieniem klasyfikacji należy ograniczyć wprowadzane w niej zmiany. Główną przyczyną takiej opinii były znaczne wydatki związane z adaptacją systemów przetwarzania danych za każdym razem po rewizji klasyfikacji. Pojawiło się olbrzymie zainteresowanie klasyfikacją, należało więc rozwiązać te problemy, częściowo modyfikując strukturę samej klasyfikacji oraz wprowadzając specjalne zasady kodowania.

Organizacje specjalistyczne delegowały na konferencję swoich przedstawicieli, którzy byli zainteresowani w stosowaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób do swoich własnych statystyk. Niektóre obszary w klasyfikacji zostały uznane za zorganizowane niewłaściwie i pojawił się istotny nacisk na zwiększenie szczegółowości oraz na przystosowanie klasyfikacji do oceniania opieki medycznej poprzez klasyfikowanie chorób raczej do rozdziałów związanych z układem organizmu objętym procesem chorobowym niż do rozdziałów dotyczących wyjściowej uogólnionej choroby. Z drugiej strony, w konferencji uczestniczyły też reprezentacje z krajów, gdzie szczegółowa i drobiazgowa klasyfikacja była nieprzydatna, ale które mimo wszystko potrzebowały klasyfikacji opartej na Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, by osiągnąć postęp w opiece zdrowotnej i zwalczaniu chorób. Ostateczne propozycje przedstawione i przyjęte przez Konferencję pozostawiły podstawową strukturę ICD, chociaż ze znacznie większą ilością szczegółów na poziomie podkategorii czteroznakowych i niektórych pięcioznakowych. Dla wygody użytkowników, którzy nie wymagają takiego poziomu szczegółowości, dokonano szczególnych starań, by kategorie na poziomie trzyznakowym były właściwe.

Dla wygody użytkowników życzących sobie opracowywania statystyk i indeksów zorientowanych na opiekę medyczną, w Dziewiątej Rewizji wprowadzono opcjonalną alternatywną metodę klasyfikowania stwierdzeń diagnostycznych, obejmującą informacje na temat zarówno wyjściowej przyczyny choroby, jak i objawów ze strony poszczególnych narządów lub umiejscowienia. System ten stał się znany jako system gwiazdek i krzyżyków i został on zachowany w Dziesiątej Rewizji. 29. Światowe Zgromadzenie Zdrowia, biorąc pod uwagę zalecenia Międzynarodowej Konferencji ds. Dziewiątej Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, zaleciło wydanie dla celów próbnych dodatkowych klasyfikacji niepełnosprawności i inwalidztwa oraz procedur medycznych jako suplementów, a nie jako integralnej części Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób.

3.13.9. Dziesiąta Rewizja

Światowa Organizacja Zdrowia przygotowywała się do Dziesiątej Rewizji już przed Konferencją ds. Dziewiątej Rewizji. Uświadomiono sobie bowiem, że olbrzymie rozpowszechnienie stosowania klasyfikacji spowodowało konieczność kolejnego przemyślenia struktury w celu utworzenia stabilnej i elastycznej klasyfikacji, która nie powinna wymagać fundamentalnych zmian przez wiele kolejnych lat. Ośrodki Światowej Organizacji Zdrowia współpracujące w ramach Klasyfikacji Chorób (patrz www.who.int/classification) zachęcono do testowania modeli alternatywnych struktur dla ICD-10.

Stało się także jasne, że ustanowiona 10-letnia przerwa pomiędzy rewizjami jest zbyt krótka. Praca nad procesem rewizyjnym musiałaby rozpocząć się, zanim obecna wersja Klasyfikacji byłaby w użyciu wystarczająco długo do jej gruntownego przetestowania, głównie z powodu konieczności prowadzenia konsultacji z tak wieloma krajami i organizacjami, co wydłuża ten proces. Dyrektor Generalny WHO zaproponował zatem państwom członkowskim i otrzymał ich zgodę na odłożenie procesu do 1989 r. Dziesiątej Konferencji Rewizyjnej, która początkowo była zaplanowana na 1985 rok, a także na opóźnienie wprowadzenia Dziesiątej Rewizji zaplanowanej na 1989 rok. Dało to możliwość przetestowania alternatywnych modeli struktur ICD, a także oceny Dziewiątej Rewizji dzięki spotkaniom organizowanym przez niektóre Biura Regionalne WHO oraz poprzez badania organizowane w tych ośrodkach.

W dniach 26 września - 2 października 1989 r. Światowa Organizacja Zdrowia zwołała w Genewie Międzynarodową Konferencję ds. Dziesiątej Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, w której wzięli udział delegaci z 43 państw członkowskich. Przedstawicieli do udziału w Konferencji wysłały ONZ, Międzynarodowa Organizacja Pracy oraz Biura Regionalne WHO, a także Rada ds. Międzynarodowych Organizacji Nauk Medycznych. Zaproszono także 12 innych organizacji pozarządowych zajmujących się rejestracją nowotworów, głuchoniemych, epidemiologią, medycyną rodzinną, ginekologią i położnictwem, nadciśnieniem tętniczym, dokumentacją medyczną, profilaktyką i medycyną społeczną, neurologią, psychiatrią, rehabilitacją i chorobami przenoszonymi drogą płciową.

Szeroko zakrojone działania przygotowawcze zostały poświęcone radykalnemu przeglądowi przydatności struktury ICD, głównie statystycznej klasyfikacji chorób i innych problemów zdrowotnych, do zaspokojenia szerokiej skali potrzeb w zakresie danych dotyczących umieralności i opieki zdrowotnej. Zbadano sposoby stabilizacji systemu kodowania w celu zminimalizowania zakłóceń przy kolejnych rewizjach, a także możliwość zapewnienia lepszej równowagi pomiędzy treścią różnych rozdziałów ICD. Nawet w przypadku nowej konstrukcji było jasne, że jedna klasyfikacja nie jest w stanie sprostać ekstremalnym wymaganiom. W związku z tym opracowano koncepcję „rodziny" klasyfikacji, która obejmowałaby ICD dla tradycyjnych statystyk umieralności i chorobowości, podczas gdy zapotrzebowanie na bardziej szczegółowe, mniej szczegółowe lub różne klasyfikacje i związane z nimi kwestie byłyby załatwiane przez innych członków "rodziny". Rozpoznano potencjał różnych członków „rodziny" w ocenie medyczno-społecznej i wielowymiarowej w odniesieniu nie tylko do zdrowia, ale także do czynności życia codziennego, a także środowiska społecznego i fizycznego. Wykazano, że skuteczne informacje można uzyskać przy użyciu ICD i Międzynarodowej Klasyfikacji Upośledzenia, Niepełnosprawności i Inwalidztwa (ang. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps, ICIDH) (18) oraz przy użyciu kodów z Rozdziału XXI Dziesiątej Rewizji.

Główną innowacją w Dziesiątej Rewizji było zastosowanie schematu kodowania alfanumerycznego składającego się z jednej litery, po której następują trzy cyfry na poziomie czterech znaków. Pozwoliło to na więcej niż podwojenie rozmiaru ram kodowania w porównaniu z Dziewiątą Rewizją i umożliwiło przypisanie unikalnej litery lub grupy liter dla ogromnej większości rozdziałów, z których każda mogła zapewnić 100 trzyznakowych kategorii. Spośród 26 dostępnych liter wykorzystano 25, przy czym litera U pozostała pusta na potrzeby przyszłych uzupełnień i zmian oraz ewentualnych klasyfikacji tymczasowych w celu rozwiązania trudności pojawiających się na poziomie krajowym i międzynarodowym pomiędzy rewizjami.

Kolejną ważną innowacją było stworzenie pod koniec niektórych rozdziałów kategorii zaburzeń pozabiegowych. Zostały zidentyfikowane ważne stany, które same w sobie stanowiły problem opieki medycznej. Zaburzenia pozabiegowe, które nie były swoiste dla konkretnego układu organizmu, nadal klasyfikowano w rozdziale „Urazy, zatrucia i niektóre inne konsekwencje przyczyn zewnętrznych". Rewizja zawierała definicje, standardy i wymogi sprawozdawcze dotyczące umieralności matek oraz umieralności płodowej, okołoporodowej, noworodkowej i niemowlęcej. Rewizja została opublikowana w trzech tomach: jeden zawierający Listę Tabelaryczną, drugi zawierający wszystkie powiązane definicje, normy, zasady i instrukcje, a trzeci zawierający Indeks Alfabetyczny.

Podczas Konferencji ds. Dziesiątej Rewizji omówiono trudności napotkane podczas przedłużonego okresu użytkowania Dziewiątej Rewizji, które były związane z pojawieniem się nowych chorób i brakiem mechanizmu aktualizacji, który by je uwzględniał. Uznano, że nie byłoby możliwe organizowanie konferencji ds. rewizji częściej niż raz na 10 lat. Uznano również, że wszelkie zmiany wprowadzone w okresie obowiązywania Dziesiątej Rewizji wymagają starannego rozważenia pod kątem ich wpływu na analizy i trendy.

3.13.10. Rodzina Klasyfikacji Międzynarodowych WHO

Chociaż ICD ma wielu różnych zastosowań, nie zaspokaja wszystkich potrzeb różnych użytkowników. Dal niektórych specjalności nie zawiera wystarczających szczegółów i czasami mogą być potrzebne informacje na temat różnych atrybutów chorób. Ponadto Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób nie jest przydatna do opisywania funkcjonowania i niepełnosprawności jako aspektów zdrowia i nie obejmuje pełnego zakresu interwencji medycznych ani powodów wizyt. Podstawy ustanowione przez Międzynarodową Konferencję ICD-10 w 1989 r. dały bazę do opracowania „rodziny" klasyfikacji dotyczących zdrowia. W latach dziewięćdziesiątych XX wieku nadano temu przyspieszenia, dzięki opracowaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) (19), zatwierdzonej przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia w 2001 roku.

W 2001 roku utworzono Rodzinę Klasyfikacji Międzynarodowych WHO (WHO-FIC). U podstaw Rodziny znajdują się jej klasyfikacje referencyjne, obecnie ICD i ICF; natomiast obecnie opracowywana Międzynarodowa Klasyfikacja Interwencji Medycznych (ICHI), jest trzecią klasyfikacją referencyjną. WHO-FIC zawiera również klasyfikacje pochodne, które dostarczają dodatkowych szczegółów do klasyfikacji podstawowych lub są wynikiem przegrupowań lub agregacji terminów w podstawowych klasyfikacjach; WHO udzieliła kilku krajom licencji na opracowanie krajowych modyfikacji ICD jako klasyfikacji pochodnych. Ponadto WHO-FIC zawiera powiązane klasyfikacje obejmujące funkcje zdrowotne, które nie są (lub są tylko częściowo) ujęte przez innych członków WHO-FIC. WHO-FIC jest wspierana przez sieć Ośrodków Współpracujących, opartych na dawnych Ośrodkach Współpracujących dla ICD i ICF, ale stale rozbudowywaną przez dodawanie nowych ośrodków.

Tabela 2: Ewolucja ICD

Iteracja	Rok	Dokument	Uwaga
0	1891	Klasyfikacja Bertillona Przyczyn Zgonów	Przygotowana przez Międzynarodowy Instytut Statystyczny
1	1900	Bertillon/Międzynarodowa Lista Przyczyn Zgonów	I Międzynarodowa Konferencja ds. Rewizji Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów

Iteracja	Rok	Dokument	Uwaga
2	1910	Międzynarodowa Lista Przyczyn Zgonów	179 grup, konieczność rewizji co 10 lat
3	1920	Międzynarodowa Lista Przyczyn Zgonów	
4	1929	Międzynarodowa Lista Przyczyn Zgonów	Przygotowana wspólnie przez Międzynarodowy Instytut Statystyczny i Organizację Zdrowia Ligi Narodów
5	1938	Międzynarodowa Lista Przyczyn Zgonów	200 tytułów, dodano w rozdziałach dotyczących chorób zakaźnych i pasożytniczych
6	1948	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów	Uznanie klasyfikacji chorób i urazów oprócz przyczyn zgonów
7	1955	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów	
8	1965	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów	
9	1976	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów	Próbne dodatkowe klasyfikacje niepełnosprawności i inwalidztwa oraz procedur medycznych jako suplementów
10	1990	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych	Wprowadzenie schematu kodowania alfanumerycznego, zaburzenia pozabiegowe; regularne aktualizacje okresowe
11	2019	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych	Rozpoznanie końcowe (postkoordynacja) (kodowanie klastrowe); dodanie Medycyny Tradycyjnej, kodowanie zdarzeń niepożądanych

3.13.11. Aktualizacja ICD pomiędzy rewizjami

Na Konferencji ds. Dziesiątej Rewizji, zapowiedziano, że aktualizacja dziesiątej rewizji ICD rozpocznie się w 2000 roku. Propozycje aktualizacji pochodziły od WHO i Ośrodków Współpracujących i zostały przez nie starannie rozważone, włącznie z wpływem na trendy. Proces aktualizacji pozwolił wydłużyć czas życia Dziesiątej Rewizji przy jednoczesnym zachowaniu jej klinicznej i naukowej aktualności.

3.13.12. Główne kroki w Rewizji ICD-11

Rewizja ICD-11 przebiegała w kilku fazach. Po pierwsze, sporządzono listę problemów, które były znane z użytkowania ICD-10, a których nie można było rozwiązać w jego strukturze klasyfikacyjnej, oraz sformułowano możliwe rozwiązania. Po drugie, otrzymano dane od wielu grup naukowych w kluczowych obszarach tematycznych, z naciskiem na perspektywy kliniczne. Na koniec nastąpiła scentralizowana edycja, mająca na celu skorygowanie dysproporcji treści wygenerowanych przez wiele niezależnie działających grup ekspertów w poprzedniej fazie rewizji oraz zapewnienie spójności i praktyczności ogólnej struktury statystyk umieralności i chorobowości.

Ostateczna wersja uwzględnia również dane z testów terenowych, uwagi państw członkowskich oraz trwający proces składnia i przetwarzania wniosków.

3.13.13. Przygotowania do Jedenastej Rewizji

Do roku 2003 stało się jasne dla WHO i Ośrodków Współpracujących, że nie można już dłużej opóźniać kolejnej rewizji ICD. Zakres, w jakim aktualizacja ICD może obejmować pojawiające się zmiany, był ograniczony przez strukturę ICD-10, a niektóre kwestie wymagały szerszego opracowania i dyskusji z grupami ekspertów. Na specjalnym spotkaniu Ośrodków Współpracujących w Helsinkach w 2004 roku omówiono potrzebę rewizji i kwestie, które należy uwzględnić w ramach procesu rewizji. Następnie na spotkaniu WHO-FIC w 2004 roku przyjęto plan pracy dotyczący procesu rewizji, który był stopniowo rozwijany na kolejnych spotkaniach.

W 2007 roku WHO formalnie rozpoczęła proces rewizji. Nadzór został zapewniony przez szeroko zakrojoną Grupę Sterującą Rewizją. Prace techniczne zostały podjęte przez szereg Technicznych Grup Doradczych, z grupami przekrojowymi badającymi umieralność, chorobowość oraz kwestie jakości i bezpieczeństwa. Po raz pierwszy został zamieszczony rozdział poświęcony opisowi chorób i ich schematom z punktu widzenia medycyny tradycyjnej.

Opracowano model treści, obejmujący szereg komponentów dla każdej jednostki ICD, co daje bogatą podstawę dla ICD. Tam, gdzie było to możliwe, połączono lub włączono inne klasyfikacje i terminologie, aby zapewnić ich zgodność z ICD, a w miarę możliwości dostosowano też elementy należące do innych części Rodziny Klasyfikacji WHO. Bardziej tradycyjna klasyfikacja statystyczna umieralności i chorobowości została uzyskana z Komponentu Podstawowego ICD-11 w postaci Listy Tabelarycznej. Kody rozszerzające służą do ograniczania objętości zawartości, ale nadal umożliwiają szczegółową klasyfikację jednostek chorobowych. Dodatkowe rozdziały i sekcje pozwalają na dobrowolne uchwycenie informacji o rozpoznaniach i funkcjonowaniu medycyny tradycyjnej. W oparciu o doświadczenia z ICD-9 i ICD-10 zaprojektowano mechanizm aktualizacji, który umożliwia poprawę wskazówek dla użytkownika i aktualizacje naukowe bez uszczerbku dla statystycznego wykorzystania klasyfikacji.

3.13.14. Piśmiennictwo dotyczące historii ICD

Knibbs G.H. The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. Medical journal of Australia, 1929, 1:2-12.

Moriyama IM, Loy RM, Robb-Smith AHT. History of the statistical classification of diseases and causes of death. Rosenberg HM, Hoyert DL, eds. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2011.

Greenwood M. Medical statistics from Graunt to Farr. Cambridge, Cambridge University Press, 1948.

First annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1839, p. 99.

Bertillon J. Classification of the causes of death (abstract). In: Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography. Washington, 1912.

International list of causes of death. The Hague, International Statistical Institute, 1940.

Roesle E. Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité. Geneva, League of Nations Health organisation, 1928 (document C.H. 730)

Medical Research Council, Committee on Hospital Morbidity Statistics. A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics. London, Her Majesty's Stationery Office, 1944 (Special Report Series No. 248).

US Public Health Service, Division of Public Health Methods. Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics. Washington, Government Publishing Office, 1944 (Miscellaneous Publication No. 32).

Sixteenth annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1856, App. p.73.

Official Records of the World Health Organisation, 1948, 11, 23.

Official Records of the World Health Organisation, 1948, 2, 110.

Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision. Geneva, World Health Organisation, 1949.

Report of the International Conference for the Seventh Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death. Geneva, World Health Organisation, 1955 (unpublished document WHO/HA/7 Rev. Conf./17 Rev. 1.

Third Report of the Expert Committee on Health Statistics. Geneva, World Health organisation, 1952 (WHO Technical Report Series, No. 53).

Report of the International Conference for the Eighth Revision of the International Classification of Diseases. Geneva, World Health Organisation, 1965 (unpublished document WHO/ICD9/74.4.

Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death, Volume 1. Geneva, World Health Organisation, 1977.

International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Geneva, World Health Organisation, 1980.

International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, World Health organisation, 2001

Eleventh revision of the International Classification of Diseases, Report by the Director-General, 2019, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_29Add1-en.pdf

3.14. Załącznik C: Załączniki dotyczące kodowania umieralności

3.14.1. Międzynarodowy Formularz Karty Zgonu

Dane administracyjne (można je dokładniej określić według kraju)																	
Płeć	Kobieta								Mężczyzna		Nie wiadomo						
Data urodzenia	D	D	M	M	R	R	R	R	Data zgonu		D	D	M	M	R	R	R	R

Ramka A: Dane medyczne: Część 1 i 2				
1 Zgłoszenie choroby lub stanu bezpośrednio prowadzącego do zgonu w linii a Zgłoszenie łańcucha zdarzeń w odpowiedniej kolejności (jeśli dotyczy) Podanie wyjściowej przyczyny w najniższej wypełnionej linii			Przyczyna zgonu	Przedział czasu od początku choroby do zgonu
		A		
		B	Z powodu:	
		C	Z powodu:	
		D	Z powodu:	
2 Inne istotne stany, które przyczyniły się do wystąpienia zgonu (w nawiasie po podaniu stanu można podać przedziały czasowe)				

Ramka B: Inne dane medyczne										
Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przeprowadzono zabieg operacyjny?	Tak	Nie	Nie wiadomo							
Jeśli tak, proszę podać datę zabiegu			D	D	M	M	R	R	R	R
Jeśli tak, proszę podać powód operacji (choroba lub stan)										
Czy zażądano sekcji zwłok?	Tak	Nie	Nie wiadomo							
Jeśli tak, czy ustalenia zostały podane w karcie zgonu?	Tak	Nie	Nie wiadomo							

Przyczyna zgonu:									
Choroba	Napaść	Nie można określić							
Wypadek	Interwencja prawna	Dochodzenie w toku							
Celowe samouszkodzenie	Wojna	Nie wiadomo							
W przypadku przyczyny zewnętrznej lub zatrucia:	Data urazu	D	D	M	M	R	R	R	R
Proszę opisać, w jaki sposób zadziałała przyczyna zewnętrzna (w przypadku zatrucia proszę podać nazwę substancji trującej)									

Miejsce wystąpienia przyczyny zewnętrznej:			
Dom	Instytucja mieszkaniowa	Szkoła, inna instytucja, obszar adm. publicznej	Teren sportowo-rekreacyjny

Ulica i autostrada	Teren handlowo-usługowy	Teren przemysłowo-budowlany	Gospodarstwo rolne
Inne miejsce (proszę określić):			Nie wiadomo

Śmierć płodu lub niemowlęcia								
Ciąża mnoga			Tak	Nie	Nie wiadomo			
Urodzenie martwe?			Tak	Nie	Nie wiadomo			
Jeśli zgon nastąpił w ciągu 24 godzin, należy podać liczbę przeżytych godzin			Waga urodzeniowa (w gramach)					
Liczba ukończonych tygodni ciąży			Wiek matki (w latach)					
W przypadku, gdy zgon nastąpił w okresie okołoporodowym, proszę podać zaburzenia u matki, które miały wpływ na płód i noworodka								

W przypadku kobiet, czy zmarła była w ciąży?	Tak	Nie	Nie wiadomo
W chwili zgonu	W ciągu 42 dni przed zgonem		
Od 43 dni do 1 roku przed zgonem	Nie wiadomo		
Czy ciąża przyczyniła się do wystąpienia zgonu?	Tak	Nie	Nie wiadomo

Międzynarodowy Formularz Karty Zgonu

Do karty zgonu można dodać dodatkowe dane, które mogą być niezbędne dla systemu raportowania krajów. Formularz posiada ramkę A, która służy do zgłaszania przyczyny (przyczyn) zgonu, sekwencji przyczyn, czasu trwania choroby do zgonu i innych stanów przyczyniających się do zgonu. Przyczyny zgonu należy zgłaszać z możliwie najdokładniejszymi szczegółami. Na przykład „depresja urodzeniowa", w przypadku zahamowania czynności układów u noworodka, powinna zostać uzupełniona o przyczynę depresji urodzeniowej taką jak zamartwica śródporodowa lub hipoksemia przedporodowa.

Ramka B została zaprojektowana w taki sposób, aby pomóc w zgłaszaniu szczegółów, które są istotne dla kodowania i analiz epidemiologicznych dla zgonów z przyczyn zewnętrznych, zgonów matek, zgonów okołoporodowych i zgonów z powodu zaburzeń pozabiegowych. Uzupełnia informacje w ramce A. Pełne raportowanie przyczyn zgonu opiera się na dokładnym zbadaniu zwłok, ocenie lokalnych okoliczności i wglądzie w dokumentację medyczną. Prawidłowe ustalenie przyczyny zgonu i sporządzenie karty zgonu wymaga szkolenia, które powinno rozpocząć się w szkole medycznej i być odświeżane w regularnych programach edukacyjnych. Ważne jest również praktyczne doświadczenie w poświadczaniu zgonu, które zdobywa się pod okiem bardziej doświadczonych współpracowników. Należy zauważyć, że osoby poświadczające, które ustalają przyczynę zgonu, mogą nie zawsze być dostępne. Poświadczanie przez osoby niebędące lekarzami może spowodować zmianę schematu zgłaszanych przyczyn zgonu.

W przypadku, gdy martwe ciało nie jest już dostępne do badania, na przykład z powodu małej liczby personelu medycznego lub tradycyjnych procedur szybkiego pochówku, autopsja ustna może dostarczyć pewnych ograniczonych informacji na temat przyczyny zgonu. W takim przypadku sekwencja przyczyn, które doprowadziły do zgonu, będzie rzadko identyfikowana, a przyczyny zidentyfikowane podczas autopsji ustnej powinny być zgłaszane oddzielnie od tych dostępnych w formalnym procesie poświadczania zgonu.

3.14.2. Skrócony przewodnik po Międzynarodowym Formularzu Karty Zgonu (ulotka MCCD)

Informacje o przyczynie zgonu służą

- epidemiologii i profilaktyce
- zarządzaniu opieką zdrowotną
- porównywaniu stanu zdrowia w różnych populacjach.

Stwierdzenie zgonu jest jednym z pierwszych kroków w uzyskaniu przeglądu stanu zdrowia ludzi. Choroby lub stany zapisane w karcie zgonu stanowią najlepszą opinię lekarską. Prawidłowo wypełniona karta zgonu zawiera opis kolejności, rodzaju i związku zdarzeń, które doprowadziły do zgonu. Rozpoznania zgłoszone na certyfikacie są zakodowane w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób. Wypełnienie karty zgonu jest niezależne od rewizji ICD. Te zakodowane dane są analizowane i wykorzystywane zarówno w kraju, jak i za granicą, bez względu na język użyty do wypełnienia karty zgonu.

Przyczyna zgonu na karcie zgonu - jak wypełnić?

Ramka A: W większości krajów karty zgonu mogą być różne. Jednak sekcja dotycząca przyczyny zgonu jest identyczna na całym świecie. Ramka A składa się z dwóch części, nazwanych Część 1 i Część 2, oraz sekcję do rejestrowania odstępu czasu pomiędzy wystąpieniem każdego stanu a datą zgonu.

Część 1 - jest stosowana w przypadku chorób lub stanów, które stanowią część sekwencji zdarzeń prowadzących bezpośrednio do zgonu. Bezpośrednia przyczyna zgonu jest wpisywana w pierwszej linii 1(a). W linii 1(a) zawsze musi znajdować się wpis. Wpis w linii 1a może być jedynym stanem zgłaszanym w Części 1 karty zgonu. W przypadku co najmniej dwóch stanów, które stanowią część sekwencji zdarzeń prowadzących bezpośrednio do zgonu, każde zdarzenie w sekwencji należy odnotować w osobnej linii. W każdym przypadku należy odnotować chorobę, uraz lub przyczynę zewnętrzną, która doprowadziła do zgonu. Nie należy rejestrować tylko sposobu umierania, takiego jak zatrzymanie akcji serca, niewydolność oddechowa lub niewydolność serca. Należy postarać się być jak najbardziej konkretnym. „Nieznaną" przyczynę zgonu należy odnotować w przypadkach, gdy dokładne badanie lub sekcja zwłok nie pozwala ustalić przyczyny zgonu. Stwierdzenie, że przyczyna jest „Nieznana" jest lepsze niż jakiekolwiek spekulacje na temat możliwej przyczyny zgonu. Należy zawsze dokładnie sprecyzować wszystkie terminy. Skróty można interpretować na różne sposoby. Terminy takie jak „podejrzenie" lub „możliwy" są ignorowane podczas oceny wpisów. Na przykład „podejrzenie cukrzycy" będzie interpretowane jako „cukrzyca". Cztery linie mogą nie zapewniać wystarczającej ilości miejsca na łańcuch wydarzeń. Nie należy marnować miejsca na niepotrzebne słowa. Niektóre terminy kliniczne są bardzo niejasne. Na przykład „guz" nie określa charakteru (patrz też ostatnia strona tej ulotki).

Czas trwania - to odstęp czasu pomiędzy wystąpieniem każdej choroby, która jest wpisana na karcie zgonu (ale nie momentem rozpoznania choroby) a datą zgonu. Informacje o czasie trwania są przydatne w kodowaniu niektórych chorób, a także zapewniają przydatne sprawdzenie kolejności zgłaszanych chorób.

Część 2 - jest stosowana w przypadku chorób, które nie należą do Części 1, ale ich obecność przyczyniła się do zgonu.

Ramka B: W Części 1 i 2 (Ramka A) często zapomina się o pewnych szczegółach. Oddzielne szczegółowe pytania dotyczą detali, takich jak przebyty zabieg operacyjny, sposobu umierania lub miejsce zdarzenia. Ramka B nie jest pokazana w tym arkuszu informacyjnym. To nie wymaga wyjaśnień.

Przyczyna zgonu na karcie zgonu - krok po kroku

Należy zacząć od linii 1(a) podając bezpośrednią przyczynę, a następnie cofnąć się w czasie do poprzednich chorób, aż dojdzie się do tego, które rozpoczęło sekwencję zdarzeń. Będzie można zbliżyć się bardzo do czasu, kiedy pacjent był zdrowy.

Teraz, należy zgłosić przyczynę wyjściową, czyli początkową w najniższej używanej linii, a sekwencja zdarzeń będzie prowadzić od przyczyny wyjściowej do przyczyny bezpośredniej w pierwszej linii 1(a).

Na koniec, należy zanotować odstęp czasu pomiędzy wystąpieniem każdej choroby wpisanej na karcie zgonu a datą zgonu. W przypadku, gdy czas lub data wystąpienia nie jest znana, należy odnotować najlepsze dane szacunkowe. Należy wprowadzić jednostkę czasu (minuty, godziny, dni, tygodnie, miesiące, lata).

Przykład

Ramka A: Dane medyczne: Część 1 i 2

1		Przyczyna zgonu	Przedział czasu od początku choroby do zgonu
Zgłoszenie choroby lub stanu bezpośrednio prowadzącego do zgonu w linii a	a	Krwotok mózgowy	4 godziny
Zgłoszenie łańcucha zdarzeń w odpowiedniej kolejności (jeśli dotyczy)	b	Z powodu: Przerzut do mózgu	4 miesiące
	c	Z powodu: Rak piersi	5 lat
Podanie podstawowej przyczyny w najniższej wypełnionej linii	d	Z powodu:	
2 Inne istotne stany, które przyczyniły się do wystąpienia zgonu (w nawiasie po podaniu stanu można podać przedziały czasowe)			

Przykład

Należy pisać wyraźnie i nie używać skrótów.

Należy upewnić się, że informacje są kompletne.

Nie należy spekulować na temat przyczyny zgonu.

Nie należy wpisywać wyników badań laboratoryjnych ani stwierdzeń typu „znalezione przez partnera" (na formularzu mogą być osobne pola na tego typu informacje).

Jedna choroba w jednej linii powinna wystarczyć.

Często używane niedokładnie określone terminy

Termin	Instrukcja
Wypadek	Należy określić okoliczności. Należy określić intencję jako wypadek samochodowy, samobójstwo lub napaść. Należy określić miejsce wystąpienia.
Alkohol, narkotyki/leki	Należy określić używanie: długotrwałe lub jednorazowe, uzależnienie
Powikłanie operacji	Należy określić chorobę, która była przyczyną zabiegu operacyjnego
Otępienie	Należy określić przyczynę: np. z powodu choroby Alzheimera, naczyń mózgowych, ciał Lewy'ego
Zapalenie wątroby	Należy określić przebieg, etiologię: ostre lub przewlekłe, alkoholowe. W przypadku wirusowego (należy określić typ A, B, C…)
Zawał	Należy określić umiejscowienie: serce, mózg… Należy określić przyczynę: miażdżycowa, zakrzepowa, zatorowa
Zakażenie	Należy określić: pierwotne czy wtórne, czynnik wywołujący. W przypadku zakażenia pierwotnego: należy określić, czy jest to zakażenie bakteryjne, wirusowe, grzybicze lub pasożytnicze. W przypadku zakażenia wtórnego: należy określić zakażenie pierwotne
Białaczka	Należy określić: typ np. mieloidalna, monocytowa, limfoidalna, również ostra lub przewlekła
Zapalenie płuc	Należy określić: charakter pierwotny czy wtórny, aspiracyjny, czynnik wywołujący. W przypadku, gdy przyczyną jest unieruchomienie: należy podać przyczynę unieruchomienia
Zatorowość płucna	Należy określić: przyczynę zatorowości. W przypadku zaburzenia pooperacyjnego lub z powodu unieruchomienia, należy wskazać chorobę, która była przyczyną zabiegu operacyjnego lub unieruchomienia
Niewydolność nerek	Należy określić: charakter ostry, przewlekły lub terminalny, oraz wyjściową przyczynę niewydolności, taką jak miażdżyca lub infekcja. W przypadku unieruchomienia: należy podać przyczynę unieruchomienia
Zakrzepica	Należy określić: tętnicza czy żylna. Należy określić: naczynie krwionośne. W przypadku zaburzenia pooperacyjnego lub z powodu unieruchomienia, należy wskazać chorobę, która była przyczyną zabiegu operacyjnego lub unieruchomienia
Nowotwór	Należy określić: charakter, umiejscowienie, przerzuty
Zakażenie dróg moczowych	Należy określić: umiejscowienie w drogach moczowych, wywołujący drobnoustrój, wyjściową przyczynę infekcji. W przypadku unieruchomienia: należy podać przyczynę unieruchomienia

3.14.3. Sugerowane dodatkowe szczegóły dotyczące zgonów okołoporodowych

Dane identyfikacyjne								
Dziecko urodziło się żywe dnia	D	D	M	M	R	R	o godz.	gg:mm
Dziecko urodziło się martwe dnia	D	D	M	M	R	R	o godz.	gg:mm
Śmierć przed akcją porodową	Podczas akcji porodowej						Nie wiadomo	

Matka							
Data urodzenia	D	D	M	M	R	R	

Liczba poprzednich ciąż	Data ostatniej ciąży	D	D	M	M	R	R
	Wynik ostatniej ciąży						
Urodzenie żywe _ Urodzenie martwe _ Aborcja _	Urodzenie żywe _ Urodzenie martwe _ Aborcja _						

1. dzień ostatniej miesiączki	D	D	M	M	R	R	

Poród	Opieka przedporodowa, dwie lub więcej wizyt
Poród samoistny pojedynczy w położeniu główkowym	Tak
Inne (określić)	Nie
	Nie wiadomo

Asysta przy porodzie	
Lekarz	Inna przeszkolona osoba (określić)
Przeszkolona położna	Inne (określić)

Dziecko	
Poród pojedynczy	Drugi bliźniaczy
Pierwszy bliźniaczy	Inny mnogi (określić)

Sugerowane dodatkowe szczegóły dotyczące zgonów okołoporodowych

3.14.4. Schemat przebiegu etapów od SP1 do SP8 oraz etapów od M1 do M4 dotyczących kodowania umieralności

Przebieg postępowania

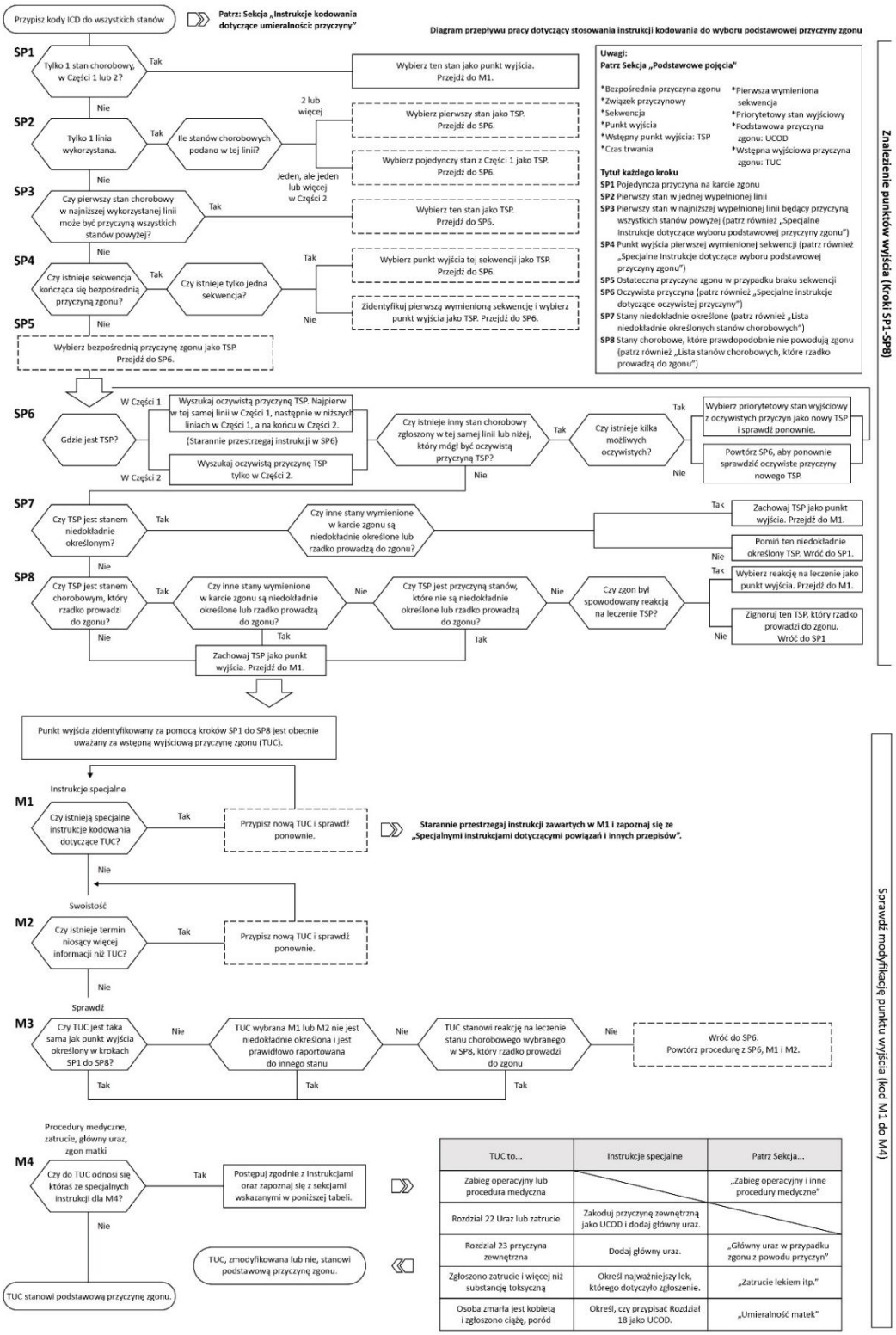
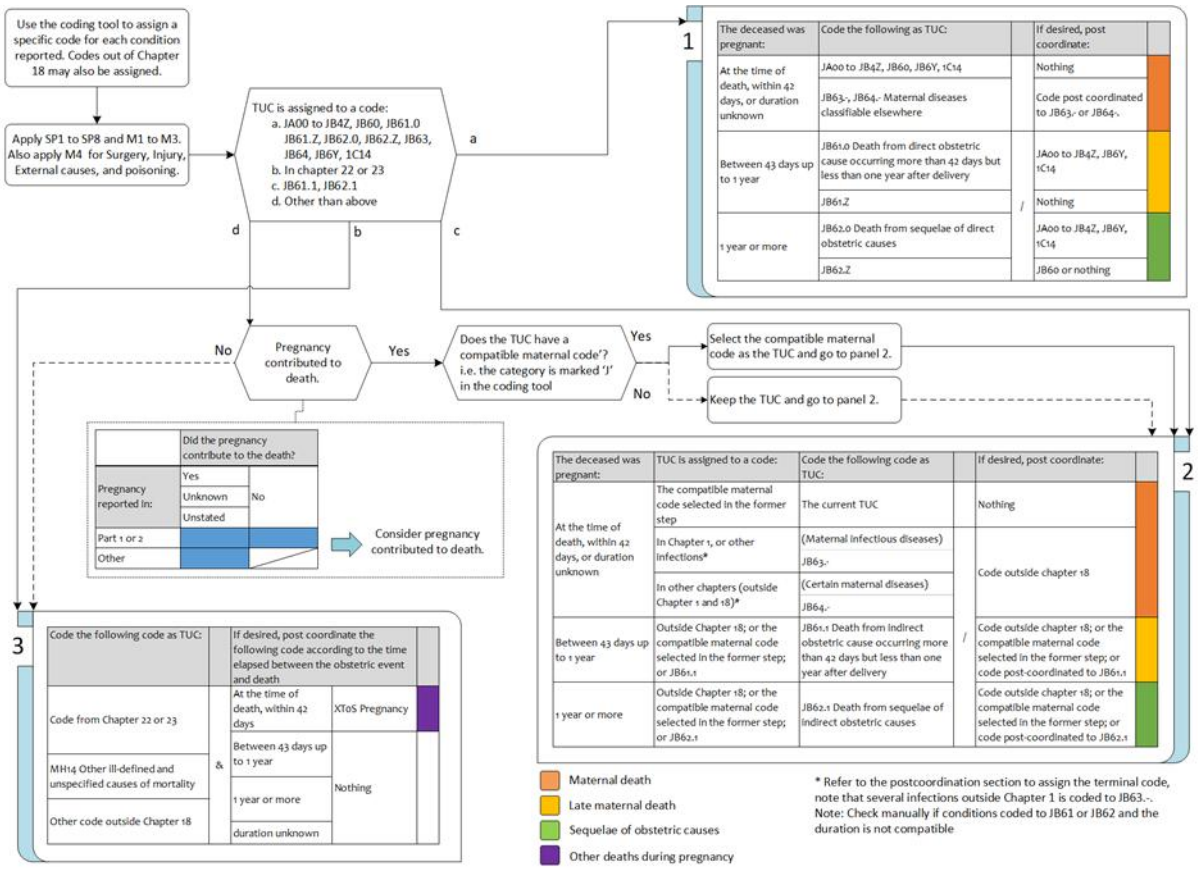


Diagram przepływu pracy dotyczące kodowania umieralności matek



Schemat przebiegu postępowania w kodowaniu umieralności matek

3.14.5. Hierarchia priorytetów kodów charakteru urazu

Priorytetowy ranking rodzaju kodów urazów jest tworzony w celu standaryzacji i ułatwienia kodowania głównego urazu. Lista została stworzona przy znacznym udziale International Collaborative Effort (ICE) w zakresie statystyk urazów. Wstępna lista została wprowadzona w 2011 r. po testach w kilku krajach i dokonanych aktualizacjach w celu poprawienia błędów na początkowej liście.

(1 = ranga o najwyższym priorytecie)

Kod	Tytuł	Ranga
NA00	[Powierzchowny uraz głowy]	6
NA01	[Otwarta rana głowy]	6
NA02	[Złamanie kości czaszki lub twarzoczaszki]	
NA02.0	[Złamanie kości sklepienia czaszki]	3
NA02.1	[Złamanie kości podstawy czaszki]	4
NA02.2	[Złamanie oczodołu]	6
NA02.3	[Złamanie kości nosowych]	6
NA02.4	[Złamanie kości szczęki]	6
NA02.5	[Złamanie kości jarzmowej]	6
NA0D.02	[Złamanie w obrębie szkliwa lub zębiny]	6
NA02.7	[Złamanie kości żuchwy]	6
NA02.8	[Liczne złamania kości czaszki lub twarzoczaszki]	3
NA02.Y	[Złamanie innych określonych kości czaszki lub twarzoczaszki]	4

Kod	Tytuł	Ranga
NA02.Z	[Złamanie kości czaszki lub twarzoczaszki, część nieokreślona]	3
NA03	[Zwichnięcie, skręcenie lub naderwanie stawów i więzadeł głowy]	
NA03.0	[Zwichnięcie żuchwy]	5
NA03.1	[Zwichnięcie części chrzęstnej przegrody nosa]	6
NA0D.12	[Zwichnięcie zęba z ekstruzją]	6
NA03.3	[Skręcenie lub naderwanie żuchwy]	6
NA03.Y	[Zwichnięcie lub naderwanie innych określonych stawów lub więzadeł głowy]	6
NA03.Z	[Zwichnięcie, skręcenie lub naderwanie stawów lub więzadeł głowy, nieokreślone]	6
NA04	[Uraz nerwów czaszkowych]	6
NA05	[Uraz naczyń krwionośnych głowy]	5
NA06	[Uraz oka i oczodołu]	
NA06.0	[Uraz powieki]	6
NA06.1	[Rana drążąca oczodołu z ciałem obcym lub bez ciała obcego]	6
NA06.2	[Ciało obce w następstwie rany drążącej oczodołu]	6
NA06.3	[Urazowy krwotok oczodołowy]	6
NA06.4	[Uraz spojówki lub otarcie rogówki bez informacji o ciele obcym]	6
NA06.5	[Uraz mięśnia zwieracza źrenicy]	6
NA06.6	[Urazowe uszkodzenie siatkówki]	6
NA06.7	[Urazowy krwotok siatkówkowy]	6
NA06.80	[Magnetyczne wewnątrzgałkowe ciało obce, jednostronne]	6
NA06.81	[Niemagnetyczne wewnątrzgałkowe ciało obce, jednostronne]	6
NA06.82	[Zamknięty uraz gałki ocznej, jednostronny]	6
NA06.83	[Zamknięty uraz gałki ocznej, obustronny]	6
NA06.84	[Rana drążąca gałki ocznej bez ciała obcego, jednostronna]	6
NA06.85	[Wyrwanie oka, jednostronne]	5
NA06.86	[Wyrwanie oka, obustronne]	5
NA06.87	[Zranienie lub pęknięcie gałki ocznej z wypadaniem lub utratą tkanki wewnątrzgałkowej, jednostronne]	6
NA06.88	[Zranienie lub pęknięcie gałki ocznej z wypadaniem lub utratą tkanki wewnątrzgałkowej, obustronne]	6
NA06.89	[Uraz drążący gałki ocznej, obustronny]	6
NA06.8A	[Uraz perforujący gałki ocznej, obustronny]	6
NA06.8B	[Magnetyczne wewnątrzgałkowe ciało obce, obustronne]	6
NA06.8C	[Niemagnetyczne wewnątrzgałkowe ciało obce, obustronne]	6
NA06.8D	[Zranienie gałki ocznej bez wypadania lub utraty tkanki wewnątrzgałkowej, jednostronne]	6
NA06.8E	[Zranienie gałki ocznej bez wypadania lub utraty tkanki wewnątrzgałkowej, obustronne]	6
NA06.8Y	[Inne określone urazowe uszkodzenie gałki ocznej]	6
NA06.8Z	[Urazowe uszkodzenie gałki ocznej, nieokreślone]	6
NA06.9	[Stłuczenie gałki ocznej lub tkanek oczodołu]	6
NA06.A	[Uraz soczewki]	6
NA06.Y	[Inny określony uraz oka lub oczodołu]	6
NA06.Z	[Uraz oka lub oczodołu, nieokreślony]	6
NA07	[Uraz śródczaszkowy]	

Kod	Tytuł	Ranga
NA07.0	[Wstrząśnienie mózgu]	6
NA07.1	[Urazowy krwotok śródmózgowy]	2
NA07.2	[Urazowy obrzęk mózgu]	1
NA07.3	[Rozlane uszkodzenie mózgu]	1
NA07.4	[Ogniskowe uszkodzenie mózgu]	2
NA07.5	[Pourazowy krwotok nadtwardówkowy]	2
NA07.6	[Pourazowy krwotok podtwardówkowy]	2
NA07.7	[Urazowy krwotok podpajęczynówkowy]	2
NA07.8	[Krwotok pourazowy do tkanki mózgowej]	2
NA07.Y	[Inny określony uraz śródczaszkowy]	2
NA07.Z	[Uraz śródczaszkowy, nieokreślony]	2
NA08	[Uraz zmiażdżeniowy głowy]	
NA08.0	[Uraz zmiażdżeniowy mózgu]	1
NA08.1	[Uraz zmiażdżeniowy twarzy]	5
NA08.2	[Uraz zmiażdżeniowy czaszki]	1
NA08.3	[Uraz zmiażdżeniowy owłosionej skóry głowy]	1
NA08.Y	[Inny określony uraz zmiażdżeniowy głowy]	1
NA08.Z	Uraz zmiażdżeniowy głowy, nieokreślony]	1
NA09	[Amputacja urazowa części głowy]	
NA09.0	[Oderwanie powłok głowy]	6
NA09.1	[Amputacja urazowa ucha]	6
NA09.2	[Amputacja urazowa nosa]	4
NA09.3	[Amputacja urazowa wargi]	4
NA09.Y	[Inna określona amputacja urazowa części głowy]	4
NA09.Z	[Amputacja urazowa części głowy, nieokreślona]	4
NA0A	[Wybrane określone urazy głowy]	
NA0A.0	[Złożone rany głowy]	2
NA0A.1	[Uraz mięśni, powięzi lub ścięgien głowy]	6
NA0A.2	[Urazowe pęknięcie błony bębenkowej]	6
NA0A.3	[Liczne urazy głowy]	4
NA0A.Y	[Inne określone urazy głowy]	6
NA0B	[Uraz małżowiny usznej]	3
NA0C	[Uraz ucha środkowego lub wewnętrznego]	3
NA0D.0	[Uraz tkanek twardych tkanek zęba i miazgi]	6
NA0Z	[Urazy głowy, nieokreślone]	3
NA20	[Powierzchowny uraz szyi]	6
NA21	[Otwarta rana szyi]	
NA21.0	[Zranienie szyi bez ciała obcego]	5
NA21.1	[Zranienie szyi z ciałem obcym]	5
NA21.2	[Rana kłuta szyi bez ciała obcego]	5
NA21.3	[Rana kłuta szyi z ciałem obcym]	5
NA21.4	[Ugryzienie szyi]	5
NA21.5	[Liczne otwarte rany szyi]	5
NA21.Y	[Inna określona otwarta rana szyi]	6
NA21.Z	[Otwarta rana szyi, nieokreślona]	6
NA22	[Złamanie w obrębie szyi]	3

Kod	Tytuł	Ranga
NA23	[Zwichnięcie, skręcenie lub naderwanie stawów lub więzadeł w odcinku szyjnym]	
NA23.0	[Urazowe pęknięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym kręgosłupa]	6
NA23.1	[Zwichnięcie kręgu odcinka szyjnego kręgosłupa]	3
NA23.2	[Zwichnięcie innych lub nieokreślonych części odcinka szyjnego kręgosłupa]	3
NA23.3	[Liczne zwichnięcia odcinka szyjnego kręgosłupa]	3
NA23.4	[Skręcenie lub naderwanie odcinka szyjnego kręgosłupa]	5
NA23.5	[Skręcenie lub naderwanie okolicy tarczycy]	6
NA23.Y	[Inne określone zwichnięcie, skręcenie lub naderwanie stawów lub więzadeł w odcinku szyjnym]	3
NA23.Z	[Zwichnięcie, skręcenie lub naderwanie stawów lub więzadeł w odcinku szyjnym, nieokreślone]	3
NA30	[Wstrząśnienie lub obrzęk odcinka szyjnego rdzenia kręgowego]	5
NA31	[Inne określone urazy odcinka szyjnego rdzenia kręgowego]	3
NA3Z	[Uraz rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym, nieokreślony]	3
NA40	[Uraz korzeni nerwowych nerwów odcinka szyjnego rdzenia kręgowego]	6
NA41	[Uraz splotu ramiennego]	6
NA42	[Uraz nerwów obwodowych szyi]	6
NA43	[Uraz nerwów współczulnych w odcinku szyjnym]	6
NA44	[Uraz nerwu przeponowego]	5
NA4Y	[Uraz innych określonych nerwów w odcinku szyjnym kręgosłupa]	5
NA4Z	[Uraz nerwów w odcinku szyjnym kręgosłupa, nieokreślony]	5
NA60	[Uraz naczyń krwionośnych na poziomie szyi]	
NA60.0	[Uraz tętnicy szyjnej]	1
NA60.1	[Uraz tętnicy kręgowej]	2
NA60.2	[Uraz żyły szyjnej zewnętrznej]	3
NA60.3	[Uraz żyły szyjnej wewnętrznej]	3
NA60.4	[Uraz licznych naczyń krwionośnych na poziomie szyi]	1
NA60.Y	[Uraz innych określonych naczyń krwionośnych na poziomie szyi]	1
NA60.Z	[Uraz naczyń krwionośnych na poziomie szyi, nieokreślony]	1
NA61	[Urazy mięśnia, powięzi lub ścięgna na poziomie szyi]	6
NA62	[Uraz zmiażdżeniowy szyi]	3
NA63	[Amputacja urazowa na poziomie szyi]	1
NA64	[Liczne urazy szyi]	3
NA6Y	[Inne określone urazy szyi]	4
NA6Z	[Urazy szyi, nieokreślone]	5
NA80	[Powierzchowny uraz klatki piersiowej]	6
NA81	[Otwarta rana klatki piersiowej]	5
NA82	[Złamanie żeber, mostka lub kręgosłupa piersiowego]	
NA82.0	[Złamanie kręgów odcinka piersiowego kręgosłupa]	5
NA82.1	[Liczne złamania odcinka piersiowego kręgosłupa]	5
NA82.2	[Złamanie mostka]	6
NA82.3	[Złamanie żebra]	6
NA82.4	[Liczne złamania żeber]	5
NA82.5	[Klatka piersiowa cepowata]	2

Kod	Tytuł	Ranga
NA82.Y	[Inne określone złamanie żeber, mostka lub kręgosłupa piersiowego]	5
NA82.Z	[Złamanie żebra, mostka lub kręgosłupa piersiowego, nieokreślone]	5
NA83	[Zwichnięcie, skręcenie lub naderwanie stawów lub więzadeł klatki piersiowej]	
NA83.0	[Urazowe pęknięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym kręgosłupa]	6
NA83.1	[Zwichnięcie kręgu odcinka piersiowego kręgosłupa]	5
NA83.2	[Zwichnięcie innych lub nieokreślonych części klatki piersiowej]	5
NA83.3	[Nadwyrężenie lub naderwanie więzadeł odcinka piersiowego kręgosłupa]	6
NA83.4	[Nadwyrężenie lub naderwanie żeber i mostka]	6
NA83.Y	[Inne określone zwichnięcie, skręcenie lub naderwanie stawów lub więzadeł klatki piersiowej]	6
NA83.Z	[Zwichnięcie, skręcenie lub naderwanie stawów lub więzadeł klatki piersiowej, nieokreślone]	6
NA90	[Wstrząśnienie lub obrzęk odcinka piersiowego rdzenia kręgowego]	4
NA91	[Wybrane określone urazy odcinka piersiowego rdzenia kręgowego]	4
NA9Z	[Uraz odcinka piersiowego rdzenia kręgowego, nieokreślony]	5
NB00	[Uraz korzeni nerwowych odcinka piersiowego rdzenia kręgowego]	5
NB01	[Uraz nerwów obwodowych klatki piersiowej]	5
NB02	[Uraz nerwów współczulnych w odcinku piersiowym]	5
NB0Y	[Uraz innych określonych nerwów w odcinku piersiowym kręgosłupa]	5
NB2Y	[Inny określony uraz nerwów lub rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym kręgosłupa]	5
NB2Z	[Uraz nerwów lub rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym kręgosłupa, nieokreślony]	5
NB30	[Uraz naczyń krwionośnych klatki piersiowej]	
NB30.0	[Uraz odcinka piersiowego aorty]	1
NB30.1	[Uraz pnia ramienno-głowowego lub tętnicy podobojczykowej]	5
NB30.2	[Uraz żyły głównej górnej]	1
NB30.3	[Uraz żyły ramienno-głowowej lub podobojczykowej]	3
NB30.4	[Uraz naczyń płucnych]	1
NB30.5	[Uraz naczyń krwionośnych międzyżebrowych]	4
NB30.6	[Uraz licznych naczyń krwionośnych klatki piersiowej]	3
NB30.Y	[Uraz innych określonych naczyń krwionośnych klatki piersiowej]	4
NB30.Z	[Uraz nieokreślonych naczyń krwionośnych klatki piersiowej]	4
NB31	[Uraz serca]	2
NB32	[Uraz innych lub nieokreślonych narządów klatki piersiowej]	
NB32.0	[Urazowa odma opłucnowa]	3
NB32.1	[Urazowy krwiak opłucnej]	3
NB32.2	[Urazowa odma z krwiakiem opłucnej]	3
NB32.3	[Inne urazy płuc]	2
NB32.4	[Uraz oskrzela]	2
NB32.5	[Uraz tchawicy piersiowej]	2
NB32.6	[Uraz opłucnej]	4
NB32.7	[Liczne obrażenia narządów klatki piersiowej]	1
NB32.Y	[Uraz innych określonych narządów wewnątrz klatki piersiowej]	2

Kod	Tytuł	Ranga
NB32.Z	[Uraz nieokreślonych narządów wewnątrz klatki piersiowej]	2
NB33	[Uraz zmiażdżeniowy klatki piersiowej i amputacja urazowa fragmentu klatki piersiowej]	3
NB34	[Uraz mięśnia, powięzi lub ścięgna na poziomie klatki piersiowej]	6
NB35	[Liczne urazy klatki piersiowej]	3
NB3Y	[Inne określone urazy klatki piersiowej]	6
NB3Z	[Urazy klatki piersiowej, nieokreślone]	3
NB50	[Powierzchowny uraz brzucha, dolnej części grzbietu lub miednicy]	6
NB51	[Otwarta rana brzucha, dolnej części grzbietu lub miednicy]	6
NB52	[Złamanie odcinka lędźwiowego kręgosłupa lub miednicy]	
NB52.0	[Złamanie kręgów odcinka lędźwiowego kręgosłupa]	6
NB52.10	[Złamanie kości krzyżowej bez przerwania pierścienia miednicy]	6
NB52.11	[Złamanie kości guzicznej]	6
NB52.12	[Złamanie kości biodrowej bez przerwania pierścienia miednicy]	6
NB52.13	[Złamanie panewki stawu biodrowego bez przerwania pierścienia miednicy]	5
NB52.14	[Złamanie kości łonowej bez przerwania pierścienia miednicy]	6
NB52.15	[Złamanie kości kulszowej bez przerwania pierścienia miednicy]	5
NB52.1Y	[Złamanie innej określonej kości miednicy bez przerwania tylnego odcinka pierścienia miednicy]	5
NB52.1Z	[Złamanie nieokreślonej kości miednicy bez przerwania tylnego odcinka pierścienia miednicy]	5
NB52.2	[Złamanie pierścienia miednicy z niecałkowitym przerwaniem odcinka tylnego]	5
NB52.3	[Złamanie pierścienia miednicy z całkowitym przerwaniem odcinka tylnego]	5
NB52.4	[Liczne złamania odcinka lędźwiowego kręgosłupa lub miednicy]	5
NB52.Y	[Inne określone złamanie odcinka lędźwiowego kręgosłupa lub miednicy]	5
NB52.Z	[Złamanie odcinka lędźwiowego kręgosłupa lub miednicy, nieokreślone]	5
NB53	[Zwichnięcie, skręcenie lub naderwanie stawów lub więzadeł odcinka lędźwiowego kręgosłupa lub miednicy]	
NB53.0	[Urazowe pęknięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym kręgosłupa]	6
NB53.1	[Zwichnięcie kręgu odcinka lędźwiowego kręgosłupa]	6
NB53.2	[Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego lub krzyżowo-guzicznego bez przerwania pierścienia miednicy]	6
NB53.3	[Zwichnięcie innych lub nieokreślonych części odcinka lędźwiowego kręgosłupa lub miednicy bez przerwania pierścienia miednicy]	5
NB53.4	[Urazowe rozerwanie spojenia łonowego bez przerwania pierścienia miednicy]	6
NB53.5	[Nadwyrężenie lub naderwanie odcinka lędźwiowego kręgosłupa]	6
NB53.6	[Nadwyrężenie lub naderwanie stawu krzyżowo-biodrowego]	6
NB53.Y	[Inne określone zwichnięcie, nadwyrężenie lub skręcenie stawów albo więzadeł odcinka lędźwiowego kręgosłupa lub miednicy]	6
NB53.Z	[Zwichnięcie, nadwyrężenie lub skręcenie stawów albo więzadeł odcinka lędźwiowego kręgosłupa lub miednicy, nieokreślone]	6
NB60	[Wstrząśnienie lub obrzęk odcinka lędźwiowego rdzenia kręgowego]	6
NB61	[Wstrząśnienie lub obrzęk odcinka krzyżowego rdzenia kręgowego]	6

Kod	Tytuł	Ranga
NB62	[Wybrane określone urazy odcinka lędźwiowego rdzenia kręgowego]	6
NB63	[Wybrane określone urazy odcinka krzyżowego rdzenia kręgowego]	6
NB6Z	[Uraz rdzenia kręgowego odcinka lędźwiowego kręgosłupa na poziomie brzucha, dolnej części grzbietu lub miednicy, nieokreślony]	6
NB70	[Uraz korzeni nerwowych w odcinku lędźwiowym kręgosłupa]	6
NB71	[Uraz korzeni nerwowych w odcinku krzyżowym kręgosłupa]	6
NB72	[Uraz ogona końskiego]	6
NB73	[Uraz splotu lędźwiowo-krzyżowego]	6
NB74	[Uraz nerwów współczulnych odcinka lędźwiowego, krzyżowego lub miednicy]	6
NB75	[Uraz nerwu obwodowego brzucha, dolnej części grzbietu lub miednicy]	6
NB7Y	[Inny określony uraz nerwów odcinka lędźwiowego kręgosłupa na poziomie brzucha, dolnej części grzbietu lub miednicy]	5
NB7Z	[Uraz nerwów odcinka lędźwiowego kręgosłupa na poziomie brzucha, dolnej części grzbietu lub miednicy, nieokreślony]	5
NB90	[Uraz naczyń krwionośnych na poziomie brzucha, dolnej części grzbietu lub miednicy]	
NB90.0	[Uraz części brzusznej aorty]	1
NB90.1	[Uraz żyły głównej dolnej]	1
NB90.2	[Uraz pnia trzewnego]	3
NB90.3	[Uraz tętnicy krezkowej]	
NB90.4	[Uraz żyły wrotnej lub śledzionowej]	2
NB90.5	[Uraz naczyń krwionośnych nerki]	5
NB90.6	[Uraz naczyń krwionośnych biodrowych]	3
NB90.7	[Uraz licznych naczyń krwionośnych na poziomie brzucha, dolnej części grzbietu lub miednicy]	2
NB90.Y	[Uraz innych określonych naczyń krwionośnych na poziomie brzucha, dolnej części grzbietu lub miednicy]	5
NB90.Z	[Uraz nieokreślonego naczynia krwionośnego na poziomie brzucha, dolnej części grzbietu lub miednicy]	5
NB91	[Uraz narządów jamy brzusznej]	3
NB92	[Uraz narządów miednicy lub układu moczowego]	5
NB93	[Uraz zmiażdżeniowy i amputacja urazowa części brzucha, dolnej części pleców lub miednicy]	
NB93.0	[Uraz zmiażdżeniowy narządów płciowych zewnętrznych]	6
NB93.1	[Uraz zmiażdżeniowy innych lub nieokreślonych części brzucha, dolnej części pleców lub miednicy]	5
NB93.2	[Amputacja urazowa zewnętrznych narządów płciowych]	4
NB93.3	[Amputacja urazowa innych lub nieokreślonych części brzucha, dolnej części pleców lub miednicy]	3
NB94	[Uraz mięśni, powięzi lub ścięgien brzucha, dolnej części pleców lub miednicy]	6
NB95	[Uraz narządu jamy brzusznej wraz z urazem narządu miednicy]	3
NB96	[Inne liczne urazy brzucha, dolnej części pleców lub miednicy]	4
NB97	[Wybrane określone urazy brzucha, dolnej części pleców lub miednicy]	6
NB98	[Uraz żeńskich narządów płciowych bez specyfikacji rodzaju urazu]	5
NB99	[Uraz męskiego narządu płciowego bez specyfikacji rodzaju urazu]	5

Kod	Tytuł	Ranga
NB9Y	[Inne określone urazy brzucha, dolnej części grzbietu, kręgosłupa lędźwiowego lub miednicy]	4
NB9Z	[Urazy brzucha, dolnej części grzbietu, kręgosłupa lędźwiowego lub miednicy, nieokreślone]	4
NC10	[Powierzchowny uraz barku lub ramienia]	6
NC11	[Otwarta rana barku lub ramienia]	
NC11.0	[Rana szarpana barku lub ramienia bez ciała obcego]	6
NC11.1	[Rana szarpana barku lub ramienia z ciałem obcym]	6
NC11.2	[Rana kłuta barku lub ramienia bez ciała obcego]	6
NC11.3	[Rana kłuta barku lub ramienia z ciałem obcym]	6
NC11.4	[Rana otwarta barku lub ramienia]	6
NC11.5	[Liczne otwarte rany barku lub ramienia]	6
NC11.Y	[Inna określona rana otwarta barku lub ramienia]	5
NC11.Z	[Rana otwarta barku lub ramienia, nieokreślona]	5
NC12	[Złamanie barku lub ramienia]	
NC12.0	[Złamanie obojczyka]	6
NC12.1	[Złamanie łopatki]	5
NC12.2	[Złamanie nasady bliższej kości ramiennej]	5
NC12.3	[Złamanie trzonu kości ramiennej]	5
NC12.4	[Złamanie nasady dalszej kości ramiennej]	6
NC12.5	[Liczne złamania obojczyka, łopatki lub kości ramiennej]	5
NC12.Y	[Inne określone złamanie barku i ramienia]	5
NC12.Z	[Złamanie barku lub ramienia, nieokreślone]	5
NC13	[Zwichnięcie, skręcenie lub naderwanie stawów lub więzadeł obręczy barkowej]	6
NC14	[Uraz nerwów barku lub ramienia]	6
NC15	[Uraz naczyń krwionośnych na poziomie barku lub ramienia]	
NC15.0	[Uraz tętnicy pachowej]	3
NC15.1	[Uraz tętnicy ramiennej]	3
NC15.2	[Uraz żyły pachowej lub ramiennej]	5
NC15.3	[Uraz żyły powierzchownej na poziomie barku lub ramienia]	5
NC15.4	[Uraz licznych naczyń krwionośnych na poziomie barku lub ramienia]	5
NC15.Y	[Uraz innych określonych naczyń krwionośnych na poziomie barku lub ramienia]	5
NC15.Z	[Uraz nieokreślonego naczynia krwionośnego na poziomie barku lub ramienia]	5
NC16	[Uraz mięśni, powięzi lub ścięgien na poziomie barku i ramienia]	6
NC17	[Uraz zmiażdżeniowy barku lub ramienia]	5
NC18	[Amputacja urazowa barku lub ramienia]	3
NC19	[Mnogie urazy barku lub ramienia]	5
NC1Y	[Inne określone urazy barku lub ramienia]	6
NC1Z	[Urazy barku lub ramienia, nieokreślone]	6
NC30	[Powierzchowny uraz przedramienia]	6
NC31	[Otwarta rana przedramienia]	6
NC32	[Złamanie przedramienia]	5
NC33	[Zwichnięcie, skręcenie lub naderwanie stawów lub więzadeł stawu łokciowego]	6

Kod	Tytuł	Ranga
NC34	[Uraz nerwów na poziomie przedramienia]	6
NC35	[Uraz naczyń krwionośnych na poziomie przedramienia]	
NC35.0	[Uraz tętnicy łokciowej na poziomie przedramienia]	6
NC35.1	[Uraz tętnicy promieniowej na poziomie przedramienia]	5
NC35.2	[Uraz żyły na poziomie przedramienia]	5
NC35.3	[Uraz licznych naczyń krwionośnych na poziomie przedramienia]	5
NC35.Y	[Uraz innych określonych naczyń krwionośnych na poziomie przedramienia]	6
NC35.Z	[Uraz nieokreślonego naczynia krwionośnego na poziomie przedramienia]	6
NC36	[Uraz mięśni, powięzi, ścięgien lub kaletki na poziomie przedramienia]	6
NC37	[Uraz zmiażdżeniowy przedramienia]	6
NC38	[Amputacja urazowa przedramienia]	4
NC39	[Liczne urazy przedramienia]	4
NC3Y	[Inne określone urazy łokcia i przedramienia]	6
NC3Z	[Urazy łokcia i przedramienia, nieokreślone]	5
NC50	[Uraz paznokcia]	5
NC51	[Powierzchowny uraz nadgarstka lub ręki]	6
NC52	[Otwarta rana nadgarstka lub ręki]	6
NC53	[Złamanie na poziomie nadgarstka lub ręki]	
NC53.0	[Złamanie kości łódeczkowatej]	6
NC53.1	[Złamanie innej kości nadgarstka]	6
NC53.2	[Złamanie pierwszej kości śródręcza]	6
NC53.3	[Złamanie innej kości śródręcza]	6
NC53.4	[Liczne złamania kości śródręcza]	6
NC53.5	[Złamanie kciuka]	6
NC53.6	[Złamanie innego palca]	6
NC53.7	[Liczne złamania palców]	6
NC53.Y	[Złamanie innej określonej części na poziomie nadgarstka lub ręki]	5
NC53.Z	[Złamanie na poziomie nadgarstka lub ręki, nieokreślone]	5
NC54	[Zwichnięcie, skręcenie lub naderwanie stawów lub więzadeł na poziomie nadgarstka i ręki]	6
NC55	[Uraz nerwów na poziomie nadgarstka lub ręki]	6
NC56	[Uraz naczyń krwionośnych na poziomie nadgarstka lub ręki]	
NC56.0	[Uraz tętnicy łokciowej na poziomie nadgarstka lub ręki]	6
NC56.1	[Uraz tętnicy promieniowej na poziomie nadgarstka lub ręki]	5
NC56.2	[Uraz naczyń łuku dłoniowego powierzchownego]	6
NC56.3	[Uraz naczyń łuku dłoniowego głębokiego]	6
NC56.4	[Uraz naczynia krwionośnego kciuka]	6
NC56.5	[Uraz naczynia krwionośnego innego palca]	6
NC56.6	[Uraz licznych naczyń krwionośnych na poziomie nadgarstka lub ręki]	6
NC56.Y	[Uraz innych określonych naczyń krwionośnych na poziomie nadgarstka lub ręki]	5
NC56.Z	[Uraz nieokreślonego naczynia krwionośnego na poziomie nadgarstka lub ręki]	5
NC57	[Uraz mięśnia, powięzi lub ścięgna na poziomie nadgarstka i ręki]	6
NC58	[Uraz zmiażdżeniowy nadgarstka lub ręki]	6

Kod	Tytuł	Ranga
NC59	[Amputacja urazowa nadgarstka lub ręki]	
NC59.0	[Amputacja urazowa kciuka]	6
NC59.1	[Amputacja urazowa innego pojedynczego palca]	6
NC59.2	[Amputacja urazowa dwóch lub więcej palców]	6
NC59.3	[Złożona amputacja urazowa palca ręki wraz z inną częścią nadgarstka lub ręki]	6
NC59.4	[Amputacja urazowa ręki na poziomie nadgarstka]	6
NC59.Z	[Amputacja urazowa nadgarstka lub ręki, nieokreślona]	4
NC5A	[Liczne urazy nadgarstka lub ręki]	5
NC5Y	[Inne określone urazy nadgarstka lub ręki]	5
NC5Z	[Urazy nadgarstka lub ręki, nieokreślone]	6
NC70	[Powierzchowny uraz biodra lub uda]	6
NC71	[Otwarta rana biodra lub uda]	6
NC72	[Złamanie kości udowej]	
NC72.0	[Złamanie głowy kości udowej]	3
NC72.1	[Złamanie nasady bliższej kości udowej]	3
NC72.2	[Złamanie szyjki kości udowej]	3
NC72.3	[Złamanie krętarzowego odcinka kości udowej]	3
NC72.4	[Złamanie podkrętarzowe kości udowej]	3
NC72.5	[Złamanie trzonu kości udowej]	4
NC72.6	[Złamanie nasady dalszej kości udowej]	4
NC72.7	[Liczne złamania kości udowej]	4
NC72.8	[Złamanie innych części kości udowej]	4
NC72.Y	[Inne określone złamanie kości udowej]	4
NC72.Z	[Złamanie kości udowej, nieokreślone]	4
NC73	[Zwichnięcie, skręcenie lub naderwanie stawu biodrowego lub więzadeł biodrowych]	6
NC74	[Uraz nerwów na poziomie biodra lub uda]	
NC74.0	[Uraz nerwu kulszowego na poziomie biodra lub uda]	6
NC74.1	[Uraz nerwu udowego na poziomie biodra lub uda]	6
NC74.2	[Uraz nerwu skórnego czuciowego na poziomie biodra lub uda]	5
NC74.3	[Uraz licznych nerwów na poziomie biodra lub uda]	5
NC74.Y	[Uraz innych określonych nerwów na poziomie biodra lub uda]	6
NC74.Z	[Uraz nieokreślonego nerwu na poziomie biodra lub uda]	6
NC75	[Uraz naczyń krwionośnych na poziomie biodra lub uda]	
NC75.0	[Uraz tętnicy udowej]	4
NC75.1	[Uraz żyły udowej na poziomie biodra lub uda]	5
NC75.2	[Uraz żyły odpiszczelowej na poziomie biodra lub uda]	6
NC75.3	[Uraz licznych naczyń krwionośnych na poziomie biodra lub uda]	5
NC75.Y	[Uraz innych określonych naczyń krwionośnych na poziomie biodra lub uda]	6
NC75.Z	[Uraz nieokreślonego naczynia krwionośnego na poziomie biodra lub uda]	6
NC76	[Uraz mięśnia, powięzi lub ścięgna na poziomie biodra lub uda]	6
NC77	[Uraz zmiażdżeniowy biodra lub uda]	5
NC78	[Amputacja urazowa biodra lub uda]	3
NC79	[Liczne urazy biodra lub uda]	5

Kod	Tytuł	Ranga
NC7Y	[Inne określone urazy biodra lub uda]	5
NC7Z	[Urazy biodra lub uda, nieokreślone]	5
NC90	[Powierzchowny uraz kolana lub podudzia]	6
NC91	[Otwarta rana kolana lub podudzia]	6
NC92	[Złamanie podudzia, łącznie ze stawem skokowym]	5
NC93	[Zwichnięcie, skręcenie lub naderwanie stawów lub więzadeł kolana]	6
NC94	[Uraz nerwów na poziomie podudzia]	6
NC95	[Uraz naczyń krwionośnych na poziomie podudzia]	
NC95.0	[Uraz tętnicy podkolanowej]	5
NC95.1	[Uraz tętnicy piszczelowej przedniej]	6
NC95.2	[Uraz tętnicy piszczelowej tylnej]	6
NC95.3	[Uraz tętnicy strzałkowej]	6
NC95.4	[Uraz żyły odpiszczelowej na poziomie podudzia]	5
NC95.5	[Uraz żyły odstrzałkowej na poziomie podudzia]	6
NC95.6	[Uraz żyły podkolanowej]	6
NC95.7	[Uraz licznych naczyń krwionośnych na poziomie podudzia]	5
NC95.Y	[Uraz innych określonych naczyń krwionośnych na poziomie podudzia]	6
NC95.Z	[Uraz nieokreślonego naczynia krwionośnego na poziomie podudzia]	5
NC96	[Uraz mięśnia, powięzi, ścięgna lub kaletki na poziomie podudzia]	
NC96.0	[Uraz ścięgna Achillesa]	6
NC96.1	[Uraz innego mięśnia, powięzi lub ścięgna tylnej grupy mięśni podudzia]	6
NC96.2	[Uraz mięśnia, powięzi lub ścięgna przedniej grupy mięśni podudzia]	6
NC96.3	[Uraz mięśnia, powięzi lub ścięgna grupy mięśni strzałkowych na poziomie podudzia]	6
NC96.4	[Uraz licznych mięśni, powięzi lub ścięgien na poziomie podudzia]	6
NC96.5	[Uraz kaletki kolana]	5
NC96.Y	[Uraz innego określonego mięśnia, powięzi, ścięgna lub kaletki na poziomie podudzia]	5
NC96.Z	[Uraz nieokreślonego mięśnia, powięzi, ścięgna lub kaletki na poziomie podudzia]	6
NC97	[Uraz zmiażdżeniowy podudzia]	
NC97.0	[Uraz zmiażdżeniowy kolana]	6
NC97.Y	[Uraz zmiażdżeniowy innej określonej części podudzia]	5
NC97.Z	[Uraz zmiażdżeniowy podudzia, nieokreślony]	5
NC98	[Amputacja urazowa podudzia]	
NC98.0	[Amputacja urazowa prawego podudzia na poziomie kolana]	3
NC98.1	[Amputacja urazowa lewego podudzia na poziomie kolana]	3
NC98.2	[Amputacja urazowa na poziomie kolana, obustronna]	3
NC98.3	[Amputacja urazowa na poziomie między prawym kolanem i stawem skokowym]	3
NC98.4	[Amputacja urazowa na poziomie między lewym kolanem i stawem skokowym]	3
NC98.5	[Amputacja urazowa na poziomie między kolanem i stawem skokowym, obustronna]	3
NC98.Y	[Inna określona amputacja urazowa podudzia]	4
NC98.Z	[Amputacja urazowa podudzia, nieokreślona]	4
NC99	[Liczne urazy podudzia]	5

Kod	Tytuł	Ranga
NC9Y	[Inne określone urazy kolana lub podudzia]	5
NC9Z	[Urazy kolana lub podudzia, nieokreślone]	5
ND10	[Uraz paznokcia stopy]	6
ND11	[Powierzchowny uraz stawu skokowego lub stopy]	6
ND12	[Otwarta rana stawu skokowego lub stopy]	6
ND13	[Złamanie stopy z wyjątkiem stawu skokowego]	6
ND14	[Zwichnięcie, skręcenie lub naderwanie stawów lub więzadeł na poziomie stawu skokowego lub stopy]	6
ND15	[Urazy nerwów na poziomie stawu skokowego lub stopy]	6
ND16	[Uraz naczyń krwionośnych na poziomie stawu skokowego lub stopy]	
ND16.0	[Uraz tętnicy grzbietowej stopy]	6
ND16.1	[Uraz tętnicy podeszwowej stopy]	5
ND16.2	[Uraz żyły grzbietowej stopy]	6
ND16.3	[Uraz licznych naczyń krwionośnych na poziomie stawu skokowego lub stopy]	6
ND16.Y	[Uraz innych określonych naczyń krwionośnych na poziomie stawu skokowego lub stopy]	6
ND16.Z	[Uraz nieokreślonego naczynia krwionośnego na poziomie stawu skokowego lub stopy]	6
ND17	[Uraz mięśnia, powięzi lub ścięgna na poziomie stawu skokowego lub stopy]	
ND18	[Uraz zmiażdżeniowy stawu skokowego lub stopy]	
ND18.0	[Uraz zmiażdżeniowy stawu skokowego]	6
ND18.1	[Uraz zmiażdżeniowy palca stopy]	5
ND18.2	[Uraz zmiażdżeniowy innych części stopy]	6
ND18.Z	[Uraz zmiażdżeniowy stopy, nieokreślony]	6
ND19	[Amputacja urazowa stawu skokowego lub stopy]	
ND19.0	[Amputacja urazowa na poziomie prawego stawu skokowego]	4
ND19.1	[Amputacja urazowa na poziomie lewego stawu skokowego]	4
ND19.2	[Amputacja urazowa na poziomie stawu skokowego, obustronna]	4
ND19.3	[Amputacja urazowa prawej stopy na poziomie śródstopia]	6
ND19.4	[Amputacja urazowa lewej stopy na poziomie śródstopia]	6
ND19.5	[Amputacja urazowa stopy na poziomie śródstopia, obustronna]	6
ND19.6	[Amputacja urazowa jednego palca stopy]	6
ND19.7	[Amputacja urazowa dwóch lub więcej palców stopy]	6
ND19.8	[Amputacja urazowa innych części stopy]	6
ND19.Z	[Amputacja urazowa stawu skokowego lub stopy, nieokreślona]	6
ND1A	[Liczne urazy stawu skokowego lub stopy]	5
ND1Y	[Inne określone urazy stawu skokowego i stopy]	5
ND1Z	[Urazy stawu skokowego i stopy, nieokreślone]	5
ND30	[Powierzchowne urazy obejmujące liczne okolice ciała]	6
ND31	[Otwarte rany obejmujące liczne okolice ciała]	5
ND32	[Złamania obejmujące liczne okolice ciała]	3
ND33	[Zwichnięcia, skręcenia lub naderwania obejmujące liczne okolice ciała]	5
ND34	[Urazy zmiażdżeniowe obejmujące liczne okolice ciała]	5
ND35	[Amputacje urazowe obejmujące liczne okolice ciała]	5

Kod	Tytuł	Ranga
ND36	[Inne urazy obejmujące liczne okolice ciała, niesklasyfikowane gdzie indziej]	3
ND37	[Liczne nieokreślone urazy]	2
ND50	[Złamanie kręgosłupa, poziom nieokreślony]	5
ND51	[Inne urazy kręgosłupa i tułowia, poziom nieokreślony]	
ND51.0	[Zwichnięcie, skręcenie lub naderwanie nieokreślonego stawu lub więzadła tułowia]	6
ND51.1	[Uraz nieokreślonego nerwu, korzenia nerwu rdzeniowego lub splotu w obrębie tułowia]	4
ND51.2	[Uraz rdzenia kręgowego, poziom nieokreślony]	3
ND51.3	[Uraz nieokreślonego mięśnia, powięzi lub ścięgna tułowia]	6
ND51.4	[Uraz zmiażdżeniowy kręgosłupa lub tułowia, poziom nieokreślony]	5
ND51.Y	[Inne określone urazy kręgosłupa lub tułowia, poziom nieokreślony]	5
ND51.Z	[Nieokreślone urazy kręgosłupa i tułowia, poziom nieokreślony]	5
ND52	[Złamanie kończyny górnej, poziom nieokreślony]	5
ND53	[Inny uraz kończyny górnej, poziom nieokreślony]	6
ND54	[Złamanie kończyny dolnej, poziom nieokreślony]	5
ND55	[Inny uraz kończyny dolnej, poziom nieokreślony]	6
ND56	[Uraz nieokreślonej okolicy ciała]	
ND56.0	[Powierzchowny uraz nieokreślonej okolicy ciała]	6
ND56.1	[Otwarta rana nieokreślonej okolicy ciała]	5
ND56.2	[Złamanie nieokreślonej okolicy ciała]	5
ND56.3	[Zwichnięcie, skręcenie lub naderwanie nieokreślonej okolicy ciała]	6
ND56.4	[Uraz nerwu nieokreślonej okolicy ciała]	6
ND56.5	[Uraz naczynia krwionośnego nieokreślonej okolicy ciała]	5
ND56.6	[Uraz mięśni lub ścięgien nieokreślonej okolicy ciała]	6
ND56.7	[Uraz zmiażdżeniowy nieokreślonej okolicy ciała]	2
ND56.8	[Amputacja urazowa nieokreślonej okolicy ciała]	2
ND56.9	[Uraz wikłający ciążę]	6
ND56.Y	[Inny określony uraz nieokreślonej okolicy ciała]	6
ND56.Z	[Nieokreślony uraz nieokreślonej okolicy ciała]	6
ND57	[Wtórny skutek urazu]	6
ND70	[Ciało obce w zewnętrznej części oka]	
ND70.0	[Ciało obce w rogówce]	6
ND70.1	[Ciało obce w worku spojówkowym]	6
ND70.2	[Ciało obce w licznych zewnętrznych częściach oka]	6
ND70.Y	[Ciało obce w innej określonej zewnętrznej części oka]	6
ND70.Z	[Ciało obce w zewnętrznej części oka, nieokreślone]	5
ND71	[Ciało obce w uchu]	6
ND72	[Ciało obce w drogach oddechowych]	5
ND73	[Ciało obce w przewodzie pokarmowym]	
ND73.0	[Ciało obce w jamie ustnej]	6
ND73.1	[Ciało obce w przełyku]	6
ND73.2	[Ciało obce w żołądku]	6
ND73.3	[Ciało obce w jelicie cienkim]	5
ND73.4	[Ciało obce w okrężnicy]	5
ND73.5	[Ciało obce w odbycie lub odbytnicy]	6

Kod	Tytuł	Ranga
ND73.Y	[Ciało obce w innej określonej części przewodu pokarmowego]	6
ND73.Z	[Ciało obce w przewodzie pokarmowym, nieokreślone]	6
ND74	[Ciało obce w układzie moczowo-płciowym]	
ND74.0	[Ciało obce w cewce moczowej]	6
ND74.1	[Ciało obce w pęcherzu moczowym]	6
ND74.2	[Ciało obce w obrębie sromu lub pochwy]	5
ND74.3	[Ciało obce w macicy, dowolna część]	6
ND74.Y	[Ciało obce w innej określonej części układu moczowo-płciowego]	6
ND74.Z	[Ciało obce w układzie moczowo-płciowym, nieokreślone]	5
ND7Z	[Skutki działania ciała obcego wnikającego przez naturalny otwór ciała, nieokreślone]	6
ND90	[Oparzenie głowy lub szyi z wyjątkiem twarzy]	
ND90.0	[Oparzenie głowy lub szyi z wyjątkiem twarzy, oparzenie naskórka]	6
ND90.1	[Oparzenie głowy lub szyi z wyjątkiem twarzy, powierzchowne oparzenie niepełnej grubości skóry]	6
ND90.2	[Oparzenie głowy lub szyi z wyjątkiem twarzy, głębokie oparzenie niepełnej grubości skóry]	6
ND90.3	[Oparzenie głowy lub szyi z wyjątkiem twarzy, oparzenie pełnej grubości skóry]	3
ND90.4	[Oparzenie głowy lub szyi z wyjątkiem twarzy, głębokie oparzenie pełnej grubości skóry lub oparzenie powikłane]	3
ND90.Z	[Oparzenie głowy lub szyi z wyjątkiem twarzy, głębokość oparzenia nieokreślona]	6
ND91	[Oparzenie twarzy z wyjątkiem oka lub przydatków oka]	
ND91.0	[Oparzenie twarzy z wyjątkiem oka lub przydatków oka, oparzenie naskórka]	6
ND91.1	[Oparzenie twarzy z wyjątkiem oka lub przydatków oka, powierzchowne oparzenie niepełnej grubości skóry]	6
ND91.2	[Oparzenie twarzy z wyjątkiem oka lub przydatków oka, głębokie oparzenie niepełnej grubości skóry]	6
ND91.3	[Oparzenie twarzy z wyjątkiem oka lub przydatków oka, oparzenie pełnej grubości skóry]	3
ND91.4	[Oparzenie twarzy z wyjątkiem oka lub przydatków oka, głębokie oparzenia pełnej grubości skóry lub oparzenie powikłane]	3
ND91.Z	[Oparzenie twarzy z wyjątkiem oka, głębokość oparzenia nieokreślona]	6
ND92	[Oparzenie tułowia z wyjątkiem krocza lub narządów płciowych]	
ND92.0	[Oparzenie tułowia z wyjątkiem krocza lub narządów płciowych, oparzenie naskórka]	6
ND92.1	[Oparzenie tułowia z wyjątkiem krocza lub narządów płciowych, powierzchowne oparzenie niepełnej grubości skóry]	6
ND92.2	[Oparzenie tułowia z wyjątkiem krocza lub narządów płciowych, głębokie oparzenie niepełnej grubości]	6
ND92.3	[Oparzenie tułowia z wyjątkiem krocza lub narządów płciowych, oparzenie pełnej grubości skóry]	3
ND92.4	[Oparzenie tułowia z wyjątkiem krocza lub narządów płciowych, głębokie oparzenia pełnej grubości skóry lub oparzenie powikłane]	3
ND92.Z	[Oparzenie tułowia z wyjątkiem krocza lub narządów płciowych, głębokość oparzenia nieokreślona]	6

Kod	Tytuł	Ranga
ND93	[Oparzenie krocza lub narządów płciowych]	
ND93.0	[Oparzenie krocza lub narządów płciowych, oparzenie naskórka]	6
ND93.1	[Oparzenie krocza lub narządów płciowych, powierzchowne oparzenie niepełnej grubości skóry]	6
ND93.2	[Oparzenie krocza lub narządów płciowych, głębokie oparzenie niepełnej grubości skóry]	6
ND93.3	[Oparzenie krocza lub narządów płciowych, oparzenie pełnej grubości skóry]	3
ND93.4	[Oparzenie krocza lub narządów płciowych, głębokie oparzenie pełnej grubości skóry lub oparzenie powikłane]	3
ND93.Z	[Oparzenie krocza lub narządów płciowych, głębokość oparzenia nieokreślona]	6
ND94	[Oparzenie barku lub ramienia, z wyjątkiem nadgarstka lub ręki]	
ND94.0	[Oparzenie barku lub ramienia, z wyjątkiem nadgarstka lub ręki, oparzenie naskórka]	6
ND94.1	[Oparzenie barku lub ramienia, z wyjątkiem nadgarstka lub ręki, powierzchowne oparzenie niepełnej grubości skóry]	6
ND94.2	[Oparzenie barku lub ramienia, z wyjątkiem nadgarstka lub ręki, głębokie oparzenie niepełnej grubości skóry]	6
ND94.3	[Oparzenie barku lub ramienia, z wyjątkiem nadgarstka lub ręki, oparzenie pełnej grubości skóry]	5
ND94.4	[Oparzenie barku lub ramienia, z wyjątkiem nadgarstka lub ręki, głębokie oparzenie pełnej grubości skóry lub oparzenie powikłane]	5
ND94.Z	[Oparzenie barku lub ramienia, z wyjątkiem nadgarstka lub ręki, głębokość oparzenia nieokreślona]	6
ND95	[Oparzenie nadgarstka lub ręki]	
ND95.0	[Oparzenie nadgarstka lub ręki, oparzenie naskórka]	6
ND95.1	[Oparzenie nadgarstka lub ręki, powierzchowne oparzenie niepełnej grubości skóry]	6
ND95.2	[Oparzenie nadgarstka lub ręki, głębokie oparzenie niepełnej grubości skóry]	6
ND95.3	[Oparzenie nadgarstka lub ręki, oparzenie pełnej grubości skóry]	5
ND95.4	[Oparzenie nadgarstka lub ręki, głębokie oparzenia pełnej grubości skóry lub oparzenie powikłane]	5
ND95.Z	[Oparzenie nadgarstka lub ręki, głębokość oparzenia nieokreślona]	6
ND96	[Oparzenie biodra lub kończyny dolnej, z wyjątkiem kostki lub stopy]	
ND96.0	[Oparzenie biodra lub kończyny dolnej, z wyjątkiem kostki lub stopy, oparzenie naskórka]	6
ND96.1	[Oparzenie biodra lub kończyny dolnej, z wyjątkiem kostki lub stopy, powierzchowne oparzenie niepełnej grubości skóry]	6
ND96.2	[Oparzenie biodra lub kończyny dolnej, z wyjątkiem kostki lub stopy, głębokie oparzenie niepełnej grubości skóry]	6
ND96.3	[Oparzenie biodra lub kończyny dolnej, z wyjątkiem kostki lub stopy, oparzenie pełnej grubości skóry]	5
ND96.4	[Oparzenie biodra lub kończyny dolnej, z wyjątkiem kostki lub stopy, głębokie oparzenie pełnej grubości skóry lub oparzenie powikłane]	5
ND96.Z	[Oparzenie biodra lub kończyny dolnej, z wyjątkiem kostki lub stopy, głębokość oparzenia nieokreślona]	6

Kod	Tytuł	Ranga
ND97	[Oparzenie kostki lub stopy]	
ND97.0	[Oparzenie kostki lub stopy, oparzenie naskórka]	6
ND97.1	[Oparzenie kostki lub stopy, powierzchowne oparzenie niepełnej grubości skóry]	6
ND97.2	[Oparzenie kostki lub stopy, głębokie oparzenie niepełnej grubości skóry]	6
ND97.3	[Oparzenie kostki lub stopy, oparzenie pełnej grubości skóry]	5
ND97.4	[Oparzenie kostki lub stopy, głębokie oparzenie pełnej grubości skóry lub oparzenie powikłane]	5
ND97.Z	[Oparzenie kostki lub stopy, głębokość oparzenia nieokreślona]	6
ND99.1	[Oparzenia chemiczne w wyniku kontaktu z substancją żrącą]	6
ND99	[Ostre uszkodzenie skóry w wyniku kontaktu z substancją żrącą]	6
ND9Y	[Oparzenia zewnętrznej powierzchni ciała, inne określone umiejscowienie]	6
ND9Z	[Oparzenia zewnętrznej powierzchni ciała, umiejscowienie nieokreślone]	6
NE00	[Oparzenie oka lub przydatków oka]	6
NE01	[Oparzenie dróg oddechowych]	3
NE02	[Oparzenie innych narządów wewnętrznych]	3
NE0Z	[Oparzenia nieokreślonego narządu wewnętrznego]	6
NE10	[Oparzenia licznych obszarów ciała]	6
NE11	[Oparzenie nieokreślonego obszaru ciała]	6
NE2Z	[Oparzenia, nieokreślone]	3
NE40	[Powierzchowne odmrożenie]	6
NE41	[Odmrożenie z martwicą tkanki]	6
NE42	[Odmrożenie obejmujące wiele obszarów ciała]	6
NE4Z	[Odmrożenie, nieokreślone]	5
NF00	[Skutki promieniowania, niesklasyfikowane gdzie indziej]	6
NF01	[Skutki działania ciepła]	
NF01.0	[Udar cieplny]	3
NF01.1	[Omdlenie na skutek działania ciepła]	6
NF01.2	[Wyczerpanie ciepłem spowodowane niedoborem płynów]	6
NF01.3	[Wyczerpanie cieplne, przejściowe]	6
NF01.Y	[Inne określone skutki działania ciepła]	6
NF01.Z	[Skutki działania ciepła, nieokreślone]	5
NF02	[Hipotermia]	3
NF03	[Inne skutki działania niskiej temperatury]	
NF03.0	[Odmroziny]	5
NF03.1	[Zespół dłoni lub stopy namokłej]	6
NF03.Y	[Inne określone skutki działania niskiej temperatury]	4
NF03.Z	[Nieokreślone skutki działania niskiej temperatury]	4
NF04	[Wpływ ciśnienia powietrza lub ciśnienia wody]	
NF04.0	[Barotrauma ucha]	5
NF04.1	[Barotrauma zatok]	4
NF04.2	[Choroba kesonowa]	5
NF04.3	[Wpływ sprężonych płynów]	6
NF04.Y	[Inny określony wpływ ciśnienia powietrza lub ciśnienia wody]	6
NF04.Z	[Wpływ ciśnienia powietrza lub ciśnienia wody, nieokreślony]	5
NF05	[Duszenie się (asfiksja)]	1

Kod	Tytuł	Ranga
NF06	[Skutki forsownych ćwiczeń fizycznych]	
NF06.0	[Udar cieplny spowodowany wysiłkiem]	3
NF06.1	[Niedociśnienie ortostatyczne po wysiłku]	6
NF06.2	[Odwodnienie powysiłkowe]	6
NF06.3	[Skurcz mięśni spowodowany ćwiczeniami fizycznymi]	6
NF06.Y	[Inne określone skutki forsownych ćwiczeń fizycznych]	6
NF06.Z	[Skutki forsownych ćwiczeń fizycznych, nieokreślone]	6
NF07	[Skutki innej deprywacji]	
NF07.0	[Skutki głodu]	3
NF07.1	[Skutki pragnienia]	5
NF07.2	[Wyczerpanie z powodu narażenia]	6
NF07.Y	[Inne określone skutki deprywacji]	6
NF07.Z	[Skutki innej deprywacji, nieokreślone]	6
NF08	[Skutki wywołane określonymi przyczynami zewnętrznymi]	
NF08.0	[Skutki porażenia piorunem]	4
NF08.1	[Utonięcie lub podtopienie bez skutku śmiertelnego]	2
NF08.2	[Skutki działania wibracji]	6
NF08.3	[Choroba lokomocyjna]	6
NF08.4	[Skutki działania prądu elektrycznego]	3
NF0Y	[Inne określone skutki spowodowane przyczynami zewnętrznymi]	6
NF0Z	[Nieokreślone skutki spowodowane przyczynami zewnętrznymi]	6
NF2Y	[Inne określone urazy, zatrucia lub określone skutki działania czynników zewnętrznych]	6
NF2Z	[Nieokreślone urazy, zatrucia lub określone skutki działania czynników zewnętrznych]	6

3.14.6. Lista niedokładnie określonych stanów chorobowych

Tę tabelę należy wykorzystać w Kroku SP7. Stany wymienione w tej tabeli są uważane za niedokładnie określone i nie można ich wykorzystywać jako wyjściowej przyczyny zgonu.

Kod lub Rozdział	Tytuł kategorii
8E20-8E2Z	Zaburzenia świadomości
BD10-BD1Z	Niewydolność serca w BD10 określona jako ostra (XT5R)
BA2Z	Niedociśnienie, nieokreślone
BE2Y	Inne określone choroby układu krążenia
BE2Z	Choroby układu krążenia, nieokreślone
CB41.0	Ostra niewydolność oddechowa
CB41.2	Niewydolność oddechowa, nieokreślona czy ostra czy przewlekła
KB2D	Niewydolność oddechowa u noworodka
KB2E	Zatrzymanie oddychania u noworodka
Rozdział 21, z wyjątkiem	

Kod lub Rozdział	Tytuł kategorii
poniższych stanów:	
MA15	Wyniki badań mikrobiologicznych krwi, narządów krwiotwórczych lub układu odpornościowego
MG20.0	Wyniszczenie nowotworowe
MG50-MG5Z	Stwierdzenie drobnoustroju opornego na leki przeciwdrobnoustrojowe
MH11	Zespół nagłej śmierci niemowlęcia
MH15	Nagły niespodziewany zgon w padaczce

3.14.7. Lista stanów chorobowych, które mogą powodować chorobę wywołaną przez HIV

Niniejsza lista powinna być wykorzystywana jako wsparcie instrukcji specjalnych dotyczących akceptowanych i odrzucanych sekwencji Kroki SP3-SP4 w celu oceny sekwencji zgonów, w których w karcie zgonu zgłoszono HIV. Należy zauważyć, że niniejsza lista nie jest kompletna i należy ją traktować jako orientacyjną. Należy zaakceptować HIV z powodu:

Kod	Kategoria
Nowotwory złośliwe	
2B50-2E2Z	Nowotwory złośliwe, z wyjątkiem pierwotnych nowotworów układu limfatycznego, krwiotwórczego, ośrodkowego układu nerwowego lub tkanek pokrewnych nerwowego lub tkanek pokrewnych
Wybrane niedokrwistości lub inne zaburzenia erytrocytów	
3A00-3A03	Niedokrwistości z niedoborów pokarmowych lub metabolicznych
3A10-3A4Z	Niedokrwistości hemolityczne
3A60-3A6Z	Aplazja czysto czerwonokrwinkowa
3A50	Talasemie
3A51	Zaburzenia sierpowatokrwinkowe lub inne hemoglobinopatie
3A70	Niedokrwistość aplastyczna
3A71	Niedokrwistość spowodowana chorobą przewlekłą
3A72	Niedokrwistość syderoblastyczna
3A73	Wrodzona niedokrwistość dyserytropoetyczna
3A90	Niedokrwistość spowodowana ostrą chorobą
3A9Y	Inne określone niedokrwistości lub inne zaburzenia erytrocytów
3A9Z	Niedokrwistości lub inne zaburzenia erytrocytów, nieokreślone
3B10-3B6Z	Wady krzepnięcia, plamice lub inne skazy krwotoczne lub pokrewne

Wybrane zaburzenia spowodowane używaniem substancji lub zachowaniami nałogowymi	
6C43	Zaburzenia związane z używaniem opioidów
6C44	Zaburzenia związane z używaniem leków uspokajających, nasennych lub przeciwlękowych
6C45	Zaburzenia związane z używaniem kokainy
6C46	Zaburzenia związane z używaniem środków pobudzających, w tym amfetaminy, metamfetaminy lub metylkatynonu
6C48	Zaburzenia spowodowane używaniem kofeiny
6C49	Zaburzenia spowodowane używaniem halucynogenów
6C4C	Zaburzenia spowodowane używaniem MDMA lub narkotyków pokrewnych, w tym MDA
6C4D	Zaburzenia spowodowane używaniem narkotyków dysocjacyjnych, w tym ketaminy i fencyklidyny [PCP]
6C4E	Zaburzenia spowodowane używaniem innych określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków
6C4F	Zaburzenia spowodowane używaniem wielu określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków
6C4G	Zaburzenia spowodowane używaniem nieznanych lub nieokreślonych substancji psychoaktywnych
6C4Y	Inne określone zaburzenia spowodowane używaniem substancji
6C4Z	Zaburzenia spowodowane używaniem substancji, nieokreślone
Laboratoryjne dowody na zakażenie HIV	
MA14.0	Wyniki badań laboratoryjnych świadczące o zarażeniu ludzkim wirusem upośledzenia odporności

Wybrane urazy	Głowa	Szyja	Klatka piersiowa	Brzuch	Ramię	Przedramię	Nadgarstek Ręka	Biodro	Podudzie	Kostka Stopa
Otwarta rana	NA01	NA21	NA81	NB51	NC11	NC31		NC71	NC91	
Złamanie	NA02	NA22	NA82	NB52	NC12	NC32		NC72	NC92	
Uraz naczyń krwionośnych	NA05	NA60		NB90	NC15	NC35	NC56	NC75	NC95	ND16
Uraz narządów				NB91 NB92						
Uraz zmiażdżeniowy	NA08	NA62	NB33	NB93	NC17	NC37	NC58	NC77	NC97	ND18
Amputacja urazowa	NA09	NA63	NC18	NC38	NC59	NC78	NC98	ND19		
Rana szarpana mięśnia, powięzi	NA0A.11	NA61.1	NB34.1	NB94.3 NB94.4 NB94.5	NC16.01 NC16.11 NC16.21 NC	NC36.01 NC36.11 NC36.21 NC		NC76.01 NC76.11 NC76.	NC96.01 NC96.11 NC96.	

Wybrane urazy	Głowa	Szyja	Klatka piersiowa	Brzuch	Ramię	Przedramię	Nadgarstek Ręka	Biodro	Podudzie	Kostka Stopa
lub ścięgna					16.31 NC16.41	36.31 NC36.41 NC36.51		21 NC76.31	21 NC96.31	
Liczne urazy	NA0A.3	NA64	NB35	NB95 NB96	NC19	NC39	NC5A	NC79	NC99	ND1A
Inne lub wybrane określone urazy	NA0A.0 NA0A.Y	NA6Y	NB3Y	NB97 NB98 NB99 NB9Y	NC1Y	NC3Y	NC5Y	NC7Y	NC9Y	ND1Y
Urazy, nieokreślone	NA0Z	NA6Z	NB3Z	NB9Z	NC1Z	NC3Z	NC5Z	NC7Z	NC9Z	ND1Z

	Liczne urazy ciała	Nieokreślona część tułowia, kończyny itp.	Kończyna górna	Kończyna dolna	Nieokreślona okolica ciała
Uraz powierzchowny			ND53.Y	ND55	
Otwarta rana	ND31	ND51.Y	ND53.Y	ND55	ND56.1
Złamanie	ND32	ND50 (kręgosłup)	ND52	ND54	ND56.2
Zwichnięcia, skręcenia lub naderwania	ND33		ND53.Y	ND55	
Uraz zmiażdżeniowy	ND34			ND55	ND56.7
Amputacja urazowa	ND35	ND51.Y	ND53.Y	ND55	ND56.8
Inne określone urazy	ND36	ND51.Y	ND53.Y	ND55	ND56.5 (naczynie krwionośne) ND56.Y
Urazy, nieokreślone	ND37	ND51.Z	ND53.Z	ND55	ND56.Z

Wybrane urazy (ciąg dalszy)	
ND70-ND7Z	Skutki działania ciała obcego wnikającego drogą naturalnych otworów ciała
ND90-NE2Z	Oparzenia
NE80	Urazy lub szkodliwe działanie spowodowane infuzją, transfuzją lub wstrzyknięciem terapeutycznym, niesklasyfikowane gdzie indziej

Wybrane urazy (ciąg dalszy)	
Wybrane przyczyny urazów lub uszkodzeń związanych z opieką zdrowotną	
PK80-PK8Z	Zabiegi chirurgiczne lub inne procedury medyczne związane z urazem lub uszkodzeniem w przebiegu procesu diagnostycznego lub leczniczego
PL11.0	Przecięcie, przebicie lub rozdarcie, jako mechanizm urazu lub uszkodzenia
PL11.4	Niezastosowanie środków ostrożności związanych ze sterylnością jako mechanizm urazu lub uszkodzenia
PL14.4	Inny problem związany z transfuzją

3.14.8. Lista stanów chorobowych, które mogą powodować cukrzycę

Ta lista ma być wykorzystywana jako wsparcie specjalnych instrukcji dotyczących zaakceptowanych i odrzuconych sekwencji Kroków SP3-SP4 w celu oceny sekwencji prowadzących do zgonów, w których cukrzyca jest odnotowana w karcie zgonu.

Kod	Kategoria
5A10 Cukrzyca typu 1	
1D82.1	Zapalenie trzustki wywołane przez wirus cytomegalii
5B52	Ostre niedożywienie niemowląt, dzieci lub młodzieży
5B71	Niedobór białka
5B7Z	Nieokreślone niedożywienie
5A11 Cukrzyca typu 2	
5A70	Zespół Cushinga
5B52	Ostre niedożywienie niemowląt, dzieci lub młodzieży
5B71	Niedobór białka
5B7Z	Nieokreślone niedożywienie
5A12 Cukrzyca związana z niedożywieniem	
5B52	Ostre niedożywienie niemowląt, dzieci lub młodzieży
5B71	Niedobór białka
5B7Z	Nieokreślone niedożywienie
5A13 Cukrzyca, inny określony typ lub 5A14 Cukrzyca, typ nieokreślony	
1D82.1	Zapalenie trzustki wywołane przez wirus cytomegalii
1D80.4	Zapalenie trzustki wywołane przez wirus świnki
2C10	Nowotwory złośliwe trzustki
2D81	Przerzut nowotworu złośliwego do trzustki
2E92.8	Łagodny nowotwór trzustki
2E92.9	Łagodny nowotwór wewnątrzwydzielniczej części trzustki
4A40-4A4Z	Narządowo nieswoiste układowe choroby autoimmunologiczne
5A02	Tyreotoksykoza
5A03	Zapalenie tarczycy
5A60.0	Akromegalia lub gigantyzm przysadkowy

Kod	Kategoria
5A70	Zespół Cushinga
5B52	Ostre niedożywienie niemowląt, dzieci lub młodzieży (tylko w przypadku 5A14)
5B71	Niedobór białka (tylko w przypadku 5A14)
5B7Z	Nieokreślone niedożywienie (tylko w przypadku 5A14)
5C58.1	Porfirie
5C64.1	Zaburzenia metabolizmu żelaza
5A10 Cukrzyca typu 1	
5D41	Hipoinsulinemia w wyniku zastosowanego leczenia
6C40.1	Szkodliwy wzorzec używania alkoholu
6C40.2	Uzależnienie od alkoholu
8A01.10	Choroba Huntingtona
8A03	Zaburzenia ataktyczne
8A0Z	Zaburzenia ruchowe, nieokreślone
8C71	Zaburzenia miotoniczne
CA25	Zwłóknienie torbielowate (mukowiscydoza)
DC31	Ostre zapalenie trzustki
DC32	Przewlekłe zapalenie trzustki
DC3Z	Choroby trzustki, nieokreślone
JA63.2	Cukrzyca ciążowa
KA62.8	Zespół różyczki wrodzonej
LD20-LD2Z	Mnogie anomalie rozwojowe lub zespoły wad
LD40.0	Trisomia chromosomu 21
LD50.0	Zespół Turnera
LD50.3	Zespół Klinefeltera
LD52.1	Mężczyzna z podwójnym lub wielokrotnym [chromosomem] Y
LD53	Aberracje strukturalne chromosomu Y
LD54	Mężczyzna z mozaikowością chromosomów płciowych
LD5Y	Inne określone aberracje (anomalie) chromosomów płciowych
LD7Y	Inne określone wady chromosomowe, z wyłączeniem mutacji genów
NB91.4	Uraz trzustki
NE60	Szkodliwe działanie leków, środków farmakologicznych i substancji biologicznych, niesklasyfikowane gdzie indziej
PL00	Leki, substancje lecznicze lub substancje biologiczne związane z urazem lub szkodą w przebiegu procesu leczniczego

3.14.9. Lista stanów chorobowych, które należy uznać za oczywiste konsekwencje zbiegu operacyjnego i innych inwazyjnych procedur medycznych

Lista w tej sekcji zawiera stany chorobowe, które mogą rozwinąć się jako powikłania zabiegu operacyjnego lub innych inwazyjnych procedur medycznych. Nie oznacza to, że stany chorobowe wymienione na liście należy zawsze traktować jako powikłania i obowiązują następujące ograniczenia:

Stanu chorobowego wymienionego na liście nie należy traktować jako powikłania zabiegu operacyjnego lub inwazyjnej procedury medycznej, jeśli zabieg lub procedura zostały przeprowadzone wcześniej niż cztery tygodnie przed zgonem.

Stanu znajdującego się na liście nie należy traktować jako powikłania zabiegu operacyjnego lub procedury inwazyjnej, jeśli istnieją dowody na to, że stan występował przed zabiegiem lub procedurą inwazyjną.

Nie należy traktować stanu chorobowego oznaczonego jako „OCPR" (ang. Other Cause of Procedure Required, wymagana inna przyczyna zabiegu) jako powikłanie zabiegu operacyjnego lub procedury inwazyjnej, chyba że karta zgonu wskazuje inny stan chorobowy w tym samym miejscu, który był leczony chirurgicznie lub za pomocą innej procedury inwazyjnej.

Nie należy traktować stanu chorobowego oznaczonego jako „DSAP" (ang. Duration Stated, developed After Procedure - określony czas trwania, wystąpienie po zabiegu) jako powikłanie, chyba że istnieją wyraźne dowody na to, że stan rozwinął się po przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego lub procedury inwazyjnej.

Należy pamiętać, że zrosty należy traktować jako powikłania zabiegu operacyjnego lub procedury inwazyjnej w tym samym umiejscowieniu lub tej samej okolicy, nawet po upływie ponad czterech tygodni od daty zabiegu operacyjnego lub procedury inwazyjnej. Jeśli zabieg został wykonany więcej niż rok przed zgonem, należy użyć kodów dla następstw opieki medycznej.

3.14.9.1. Lista stanów chorobowych, które należy uznać za bezpośrednie konsekwencje zabiegu operacyjnego

Zakażenia	Flaga
Ropień	OCPR
Bakteriemia	
Przetoka	OCPR i tylko w odniesieniu do procedury w tym samym umiejscowieniu lub tej samej okolicy
Zgorzel gazowa	
Zakażenie, hemolityczne	
Zakażenie BNO	DSAP
Zakażenie rany chirurgicznej	
Posocznica	
Septyczny	
Krwotok, hemoliza	Flaga
Koagulopatia, zużycie	
Rozsiane wykrzepianie wewnątrznaczyniowe (DIC)	
Krwotok BNO	
Krwotok, przewód pokarmowy	OCPR
Krwotok, jama brzuszna	OCPR
Krwotok, odbytnica	OCPR
Krwotok, rana pooperacyjna	
Krwotok, określone umiejscowienie	Tylko dla procedury w tym samym umiejscowieniu lub tej samej okolicy
Krwawe wymioty	OCPR
Krwiak	OCPR
Krwiak opłucnej	OCPR
Hemoliza	
Stolec smolisty	OCPR

Zakażenia	Flaga
Powikłania kardiologiczne	Flaga
Zatrzymanie akcji serca	
Zaburzenie rytmu serca BNO	DSAP
Asystolia	
Blok serca	DSAP
Niewydolność serca	
Migotanie przedsionków	DSAP
Migotanie komór	
Zawał (mięśnia sercowego)	
Niedokrwienie mięśnia sercowego (ostre)	
Pęknięcie mięśnia sercowego	
Powikłania naczyniowo-mózgowe i inne powikłania mózgowe	Flaga
Apopleksja	DSAP
Uszkodzenie mózgu (niedotlenienie)	DSAP
Zator mózgowy	DSAP
Krwotok mózgowy/śródczaszkowy	DSAP
Zawał mózgu	DSAP
Niedokrwienie mózgu/naczyniowo-mózgowe	DSAP
Zmiana w mózgu/naczyniowo-mózgowa	DSAP
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	DSAP
Obrzęk mózgu	DSAP
Udar mózgu	DSAP
Zakrzepica mózgowa	DSAP
Inne powikłania naczyniowe	Flaga
Zatrzymanie krążenia	
Zator (tętniczy)	
Zator tłuszczowy/powietrzny	
Zator powietrzny	
Zator płucny	
Zator żylny	
Niewydolność krążenia	
Niedociśnienie	
Zawał płucny	
Zawał (dowolne umiejscowienie)	
Niedrożność (dowolne umiejscowienie)	
Zapalenie żył (dowolne umiejscowienie)	
Zakrzepowe zapalenie żył (dowolne umiejscowienie)	
Zakrzepowe zapalenie żył (dowolne umiejscowienie)	
Zakrzepica tętnic	
Zakrzepica żył	
Zakrzepica BNO (dowolne umiejscowienie)	
Powikłania oddechowe	Flaga
Zespół ciężkiej niewydolności oddechowej dorosłych (ARDS)	

Zakażenia	Flaga
Zasadowica i kwasica oddechowa	
Zatrzymanie oddychania	
Aspiracja	
Niedodma	
Zapalenie oskrzeli	DSAP
Wysięk, opłucna	
Ropniak	OCPR
Przetoka, oskrzelowo-opłucnowa lub przełykowa	OCPR
Niewydolność płuc	
Niewydolność oddechowa	
Zapalenie śródpiersia	
Niedrożność górnych dróg oddechowych	OCPR
Obrzęk krtani	OCPR
Obrzęk płuc/zastój płucny	
Zapalenie płuc	
Odma opłucnowa	OCPR
Powikłania żołądkowo-jelitowe	Flaga
Ropień w jamie brzusznej	OCPR
Zaparcie	OCPR
Poszerzenie żołądka	OCPR
Zaburzenia krążenia, przewodu pokarmowego	OCPR
Zator krezkowy	OCPR
Niewydolność wątroby	DSAP
Przetoka, drogi żółciowe/jelitowe/odbytniczo-pochwowe	OCPR
Niedrożność jelit	OCPR
Niedokrwienie jelit	OCPR
Martwica przewodu pokarmowego	OCPR
Niedrożność jelit (mechaniczna)	OCPR
Zapalenie otrzewnej	OCPR
Wrzód przewodu pokarmowego (stresowy)	OCPR
Skręt jelit	OCPR
Powikłania dotyczące nerek i dróg moczowych	Flaga
Bezmocz	
Niewydolność nerek	
Przetoka moczowa	OCPR
Zakażenie dróg moczowych	
Odmiedniczkowe zapalenie nerek	DSAP
Zastój moczu	
Zwężenie cewki moczowej	OCPR
Mocznica	
Uroposocznica	
Inne powikłania	Flaga
Zrosty	Tylko dla procedury w tym samym umiejscowieniu lub tej samej okolicy

Zakażenia	Flaga
Zespół ciasnoty przedziałów powięziowych	OCPR
Powikłanie(-a) BNO	
Przełom tarczycowy	DSAP
Przemieszczenie protezy	
Niewydolność (wielo)narządowa	
Zgorzel	
Niewydolność zespolenia	OCPR
Martwica, tłuszcz/rana	OCPR
Napady (padaczkowe)	DSAP
Wstrząs BNO	
Wstrząs anafilaktyczny	
Odleżyna	

3.14.9.2. Lista stanów chorobowych, które należy uznać za bezpośrednie konsekwencje innych inwazyjnych procedur medycznych

Oczywiste konsekwencje cewnikowania serca PK80.11 Kardiochirurgiczny zabieg naprawczy wrodzonej anomalii związany z urazem lub uszkodzeniem, z dostępu przezskórnego PK80.15 Inna procedura kardiologiczna związana z urazem lub uszkodzeniem, z dostępu przezskórnego	
Posocznica, wstrząs septyczny	
Bakteriemia	
Gronkowiec złocisty oporny na metycylinę, MRSA	
Posocznica grzybicza	
Fungemia	
Zakażenie cewnika lub portu naczyniowego	
Septyczne zakrzepowe zapalenie żył	
Infekcyjne zapalenie wsierdzia	
Zawał mięśnia sercowego	Tylko jeśli wskazano, że jest to skutek cewnikowania
Zakrzepica naczyń wieńcowych	Tylko jeśli wskazano, że jest to skutek cewnikowania
Zator tętnicy wieńcowej	Tylko jeśli wskazano, że jest to skutek cewnikowania
Pęknięcie tętnicy wieńcowej	Tylko jeśli wskazano, że jest to skutek cewnikowania
Zatrzymanie krążenia	
Zatorowość sercopochodna	
Cholesterolowy zespół zatorowy	
Zatorowość płucna	
Krwotok	
Utrata krwi	
Krwiak otrzewnej	
Wstrząs kardiogenny	Tylko jeśli wskazano, że jest to skutek cewnikowania
Wstrząs hipotensyjny	Tylko jeśli wskazano, że jest to skutek cewnikowania

Oczywiste konsekwencje aspiracji płynu PK81.2 Aspiracja lub drenaż jamy ciała lub odprowadzenie płynów związane z urazem lub uszkodzeniem w przebiegu procesu leczniczego	
Krwiak opłucnej	W przypadku aspiracji lub przebicia tego samego miejsca
Krwotok	W przypadku aspiracji lub przebicia tego samego miejsca

Oczywiste konsekwencje biopsji PK81.4 Biopsja aspiracyjna szpiku kostnego lub biopsja związana z urazem lub uszkodzeniem w przebiegu procesu leczniczego PK81.5 Procedura biopsji, gdzie indziej niesklasyfikowana, związana z urazem lub uszkodzeniem w przebiegu procesu leczniczego	
Krwotok	W przypadku tego samego umiejscowienia
Odma opłucnowa	W przypadku tego samego umiejscowienia
Zrosty	W przypadku tego samego umiejscowienia

Oczywiste konsekwencje dializy nerek PK81.6 Dializa związana z urazem lub uszkodzeniem w przebiegu procesu leczniczego	
Posocznica, wstrząs septyczny	
Bakteriemia	
Gronkowiec złocisty oporny na metycylinę, MRSA	
Infekcyjne zapalenie wsierdzia	
Posocznica grzybicza	
Fungemia	
Zakażenie cewnika lub portu naczyniowego	
Septyczne zakrzepowe zapalenie żył	
Zapalenie otrzewnej	
Zapalenie płuc	
Niedociśnienie (podczas dializy)	
Wstrząs hipowolemiczny	
Krwotok	

Oczywiste konsekwencje karmienia rurką, PEG PK81.8 Wprowadzenie rurki związane z urazem lub uszkodzeniem w przebiegu procesu leczniczego	
Zachłystowe zapalenie płuc	
Zakażenie rany jamy brzusznej	
Zakażenie ściany jamy brzusznej	

Oczywiste konsekwencje resuscytacji PK81.E Resuscytacja krążeniowo-oddechowa związana z urazem lub uszkodzeniem w przebiegu procesu leczniczego	
Złamanie(-a) żeber	

Inne zabiegi chirurgiczne lub procedury medyczne PK8Y Inne określone zabiegi chirurgiczne lub inne procedury medyczne związane z urazem lub uszkodzeniem w przebiegu procesu diagnostycznego lub leczniczego	
Oczywiste konsekwencje cewnika dożylnego/tętniczego	
Posocznica, wstrząs septyczny	
Bakteriemia	
Gronkowiec złocisty oporny na metycylinę, MRSA	
Posocznica grzybicza	
Fungemia	
Zakażenie cewnika lub portu naczyniowego	
Septyczne zakrzepowe zapalenie żył	W przypadku zakażenia miejsca wprowadzenia cewnika/portu
Infekcyjne zapalenie wsierdzia	W przypadku zakażenia miejsca wprowadzenia cewnika/portu
Zapalenie tkanki łącznej	W przypadku zakażenia miejsca wprowadzenia cewnika/portu
Ropień	W przypadku zakażenia miejsca wprowadzenia cewnika/portu
Krwiak	W przypadku zakażenia miejsca wprowadzenia cewnika/portu
Krwotok	W przypadku zakażenia miejsca wprowadzenia cewnika/portu
Krwiak opłucnej	W przypadku zakażenia miejsca wprowadzenia cewnika/portu
Oczywiste konsekwencje przeszczepu szpiku kostnego	
Posocznica, wstrząs septyczny	
Bakteriemia	
Gronkowiec złocisty oporny na metycylinę, MRSA	
Posocznica grzybicza	
Fungemia	
Martwicze zapalenie powięzi	
Małopłytkowość	
Choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi	
Oczywiste konsekwencje procedur i terapii radiologicznych	
Zapalenie osierdzia	W przypadku naświetlania tego samego miejsca
Restrykcyjna choroba płuc	W przypadku naświetlania tego samego miejsca
Niedrożność jelita cienkiego	W przypadku naświetlania tego samego miejsca
Zapalenie szyjnego odcinka rdzenia kręgowego	W przypadku naświetlania tego samego miejsca
(Śródmiąższowe) włóknienie	W przypadku naświetlania tego samego miejsca
Martwica kości (Osteonekroza)	W przypadku naświetlania tego samego miejsca
Zapalenie błony śluzowej	W przypadku naświetlania tego samego miejsca

Przetoka	W przypadku naświetlania tego samego miejsca
Zwężenie lub bliznowacenie	W przypadku naświetlania tego samego miejsca
Oczywiste konsekwencje cewnikowania dróg moczowych PK93.10 Urządzenia gastroenterologiczne lub urologiczne związane z urazem lub uszkodzeniem, cewnik moczowy	
Zakażenie dróg moczowych	
Uroposocznica	

3.14.10. Lista stanów chorobowych, które rzadko prowadzą do zgonu

Tę tabelę należy wykorzystać w Kroku SP8 Lista stanów chorobowych, które rzadko prowadzą do zgonu.

Kod	Tytuł
1A94.0	Opryszczkowe zakażenie zewnętrznych narządów płciowych lub układu moczowo-płciowego
1B21.2	Zakażenie skóry wywołane przez prątki niegruźlicze
1B72	Liszajec
1C10.Y	Inne określone postacie promienicy
1C20	Zapalenie spojówek wywołane przez Chlamydia
1C23	Jaglica
1D84	Wirusowe zapalenie spojówek
1E76	Mięczak zakaźny
1E80	Brodawki pospolite
1F00.0	Zakażenia skóry lub błon śluzowych wirusem opryszczki pospolitej
1F00.1	Zakażenie oka wirusem opryszczki pospolitej
1F00.Y	Inne określone zakażenia wirusem opryszczki pospolitej
1F0Y	Inne określone zakażenia wirusowe charakteryzujące się uszkodzeniem skóry i błon śluzowych
1F28	Grzybica skóry
1F2D	Grzybice powierzchowne skóry nie wywołane przez dermatofity
1G00	Wszawica
1G03	Wszawica łonowa
6A00	Zaburzenia rozwoju umysłowego
6A01	Zaburzenia rozwojowe mowy i języka
6A02	Zaburzenie ze spektrum autyzmu
6A03	Zaburzenie rozwojowe uczenia się
6A04	Zaburzenie rozwojowe koordynacji motorycznej/ruchowej
6A06	Stereotypowe zaburzenie ruchowe
6A0Y	Inne określone zaburzenia neurorozwojowe
6A0Z	Zaburzenia neurorozwojowe, nieokreślone
6B84	Pica
6B8Y	Inne określone zaburzenia odżywiania i jedzenia
6B8Z	Zaburzenia odżywiania i jedzenia, nieokreślone
6C00	Moczenie mimowolne
6C01	Zanieczyszczanie się kałem
6C20	Zaburzenie związane z cierpieniem fizycznym
6C50-6C5Z	Zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi
6C70-6C7Z	Zaburzenia kontroli impulsów

Kod	Tytuł
6D10-6D11	Zaburzenia osobowości i cechy pokrewne
6D30-6D3Z	Zaburzenia parafiliczne
6D50-6D5Z	Zaburzenia pozorowane
7A00-7A0Z	Zaburzenia z bezsennością
7A25	Hipersomnia związana z zaburzeniem psychicznym
7A26	Zespół niedoboru snu
7A82	Nocne kurcze mięśni nóg
7A83	Bruksizm związany ze snem
7A85	Łagodna mioklonia senna u niemowląt
7A86	Mioklonia propriospinalna podczas zasypiania
7A88	Zaburzenie ruchowe związane ze snem wywołane lekiem lub inną substancją
7A8Y	Inne określone zaburzenia ruchowe związane ze snem
7A8Z	Zaburzenia ruchowe związane ze snem, nieokreślone
7B00.1	Sennowłóctwo
7B00.2	Lęki nocne
7B01.2	Koszmary senne
7B01.Y	Inne określone parasomnie związane ze snem REM
7B01.Z	Parasomnie związane ze snem REM, nieokreślone
7B2Y	Inne określone zaburzenia snu i czuwania
7B2Z	Zaburzenia snu i czuwania, nieokreślone
8A05	Zaburzenia tikowe
8A80	Migrena
8A81	Napięciowy ból głowy
8A82	Trójdzielno-autonomiczne bóle głowy
8B10	Przemijający napad niedokrwienny
8B82	Zaburzenia nerwu trójdzielnego
8B88	Zaburzenia nerwu twarzowego
8B90-8B9Z	Zaburzenia korzenia nerwowego, splotu nerwowego lub nerwów obwodowych
8C10	Mononeuropatie kończyny górnej
8C11	Mononeuropatie kończyny dolnej
8C12.1	Mnogie zapalenie pojedynczych nerwów
8E43.00	Zespół kończyny fantomowej
9A00-9A0Z	Zaburzenia powiek lub okolicy oczodołowej
9A10-9A1Z	Zaburzenia układu łzowego
9A60-9B3Z	Zaburzenia przedniego odcinka gałki ocznej
9B50-9C0Z	Zaburzenia tylnego odcinka gałki ocznej
9C40-9C4Z	Zaburzenia drogi wzrokowej lub ośrodka wzroku
9C60-9C6Z	Jaskra lub podejrzenie jaskry
9C80-9C8Z	Zez lub zaburzenia motoryki oka
9D00-9D0Z	Zaburzenia refrakcji lub akomodacji
9D50-9D7Z	Zaburzenia funkcji wzrokowych
9D90-9D9Z	Upośledzenie widzenia
9E1Y	Inne określone choroby układu wzrokowego
9E1Z	Choroby układu wzrokowego, nieokreślone
AA10-AA6Z	Choroby ucha zewnętrznego
AB33	Otoskleroza
AB37	Zaburzenia ucha wewnętrznego spowodowane przez hałas
AB3Y	Inne określone choroby ucha wewnętrznego

Kod	Tytuł
AB3Z	Choroby ucha wewnętrznego, nieokreślone
AB50-AB5Z	Zaburzenia z upośledzeniem słuchu
AB70-AB7Y	Zaburzenia ucha, niesklasyfikowane gdzie indziej
AC0Y	Inne określone choroby ucha i wyrostka sutkowatego
AC0Z	Choroby ucha i wyrostka sutkowatego, nieokreślone
BD90.0	Ostre zapalenie węzłów chłonnych
CA00	Ostre zapalenie jamy nosowej i gardła
CA04	Ostre zapalenie krtani i gardła
CA07	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim i nieokreślonym
CA08	Naczynioruchowy lub alergiczny nieżyt nosa
CA0D	Skrzywienie przegrody nosa
CA0F	Przewlekłe choroby migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego
CA0J	Polip nosa
DA03	Choroby języka
DA04	Choroby gruczołów ślinowych
DA05	Torbiele okolicy jamy ustnej oraz twarzy i szyi
DA06	Wybrane określone choroby szczęki i żuchwy
DA07	Zaburzenia rozwoju i wyrzynania się zębów
DA08	Choroby tkanek twardych zębów
DA09	Choroby miazgi i tkanek okołowierzchołkowych
DA0A	Wybrane określone zaburzenia zębów i struktur podtrzymujących
DA0B	Choroby dziąseł
DA0C	Choroba przyzębia
DA0D	Wybrane określone zaburzenia dziąseł i bezzębnego wyrostka zębodołowego
DA0E	Zaburzenia w zakresie zębów i twarzy
DA0F	Zaburzenia czucia wpływające na kompleks ustno-twarzowy
DA0F.0	Zespół piekących ust
DA0Y	Inne określone choroby lub zaburzenia kompleksu ustno-twarzowego
DA0Z	Choroby lub zaburzenia kompleksu ustno-twarzowego, nieokreślone
EA10	Łupież różowy (Giberta)
EA12	Dziecięce grudkowe zapalenie skóry
EA80-EA8Z	Zapalenie skóry i wyprysk
EA91	Liszaj płaski
EA92	Inne liszajopodobne dermatozy
EA93	Przyłuszczyca
EA94	Łupież czerwony mieszkowy
EA95	Przyłuszczyca plackowata drobnoogniskowa
EB20-EB2Y	Dermatozy neutrofilowe
EB30	Eozynofilowe zapalenie tkanki łącznej
EB60-EB61	Bliznowaciejące lub stwardniające dermatozy zapalne
EB90.1	Mucynoza skóry [zwyrodnienie śluzowate skóry]
EC10-EC7Y	Zaburzenia genetyczne i rozwojowe wpływające na skórę, z wyjątkiem EC31 Postaci łączącej pęcherzowego oddzielania się naskórka
EC90-EC9Y	Zaburzenia czucia skórnego
ED00-ED2Z	Psychodermatozy
ED50-EE21	Zaburzenia skóry obejmujące określone struktury skóry
EE40-EE7Y	Choroby skóry i tkanki łącznej

Kod	Tytuł
EE60-EE6Y	Fibromatozy i keloidy [bliznowce]
EE80-EE8Y	Zaburzenia histiocytarno-ziarniniakowe skóry
EF40.0	Zapalenie naczyń włosowatych
EG40-EG9Z	Zaburzenia skóry obejmujące określone obszary ciała
EH40.0	Niemowlęce łojotokowe zapalenie skóry
EH40.1	Niemowlęce dermatozy pieluszkowe
EH75	Polekowa nadwrażliwość na światło
EH92	Dermatozy wywołane tarciem lub drażnieniem mechanicznym
EH93	Dermatozy spowodowane ciałami obcymi
EJ0Y	Dermatozy wywołane lub zaostrzone przez narażenie na zimno
EJ10-EJ1Y	Dermatozy wywołane ciepłem lub elektrycznością
EJ20-EJ2Y	Przewlekły wpływ promieniowania ultrafioletowego na skórę
EJ30	Autoimmunologiczne lub inne fotodermatozy
EJ40-EJ4Z	Ostre skutki promieniowania ultrafioletowego na zdrowej skórze
EJ6Y	Inne określone dermatozy wywołane światłem lub promieniowaniem UV
EJ71-EJ7Z	Dermatozy wywołane promieniowaniem jonizującym
EK00	Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry
EK01	Fotoalergiczne kontaktowe zapalenie skóry
EK02	Kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia
EK11	Kontaktowe zapalenie skóry, skaza białkowa
EK12	Alergiczne uczulenie kontaktowe
EK20-EK2Z	Reakcje fototoksyczne skóry
EK5Y	Inne określone zaburzenia skóry wywołane czynnikami zewnętrznymi
EK70	Torbiele skórne
EK90.0	Rogowacenie słoneczne
EK91.0	Przyłuszczyca plackowata wielkoogniskowa
EM0Y	Inne określone choroby skóry
EM0Z	Choroba skóry o nieokreślonym charakterze
FA22	Polimialgia reumatyczna
FA30	Nabyte deformacje palców rąk i nóg
FA31	Inne nabyte deformacje kończyn
FA32	Choroby rzepki
FA33	Przewlekłe wewnętrzne uszkodzenie stawu kolanowego
FA34	Niektóre określone choroby stawów
FA35	Zużycie powierzchni nośnej protezy stawu
FA36	Wysięk stawowy
FA37	Niektóre choroby stawów, niesklasyfikowane gdzie indziej
FA5Y	Inne określone artropatie
FA5Z	Artropatie, nieokreślone
FA70.0	Kifoza
FA70.2	Lordoza
FA71	Kręcz szyi
FA82	Stenoza kanału kręgowego
FB10	Niestabilność kręgosłupa
FB1Y	Inne określone choroby kręgosłupa
FB1Z	Choroby kręgosłupa, nieokreślone
FB30	Infekcyjne zapalenie mięśni
FB40	Zapalenie pochewek ścięgnistych

Kod	Tytuł
FB41	Spontaniczne pęknięcie torbieli błony maziowej lub ścięgna
FB42	Niektóre określone zaburzenia błony maziowej lub ścięgien
FB50	Zapalenie kaletki (bursitis)
FB52	Choroby tkanek miękkich w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
FB53	Zaburzenia stawu barkowego
FB54	Entezopatie kończyny dolnej
FB55	Niektóre określone entezopatie
FB56	Określone choroby tkanek miękkich, niesklasyfikowane gdzie indziej
FB6Z	Choroby tkanek miękkich, nieokreślone
FC00	Niektóre określone nabyte deformacje układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanki łącznej, niesklasyfikowane gdzie indziej
GA12	Dyspareunia
GA13	Nabyte nieprawidłowości sromu lub krocza
GA14	Nabyte nieprawidłowości pochwy
GA15	Nabyte nieprawidłowości szyjki macicy
GA16	Nabyte nieprawidłowości macicy, z wyłączeniem szyjki macicy
GA1Y	Inne określone niezapalne choroby żeńskiego układu rozrodczego
GA1Z	Niezapalne choroby żeńskiego układu rozrodczego, nieokreślone
GA20-GA2Z	Nieprawidłowe krwawienie z macicy lub pochwy
GA30.02	Obfite krwawienie w okresie przedmenopauzalnym
GA31	Niepłodność kobieca
GA33	Poronienia nawykowe
GA34	Ból w obrębie miednicy u kobiet związany z narządami rozrodczymi lub cyklem miesiączkowym
GB04	Niepłodność męska
GB05	Nadmiar napletka, stulejka i zadzierzgnięcie napletka
GB20	Łagodna choroba sutka
GB23.0	Rozdęcie przewodu mlekowego
HA00-HA8Z	Rozdział 17 Stany związane ze zdrowiem seksualnym
LA10-LA1Z	Strukturalne wady rozwojowe oka, powieki lub narządu łzowego
LA20-LA2Z	Strukturalne wady rozwojowe ucha
LA30-LA5Z	Strukturalne wady rozwojowe twarzy, jamy ustnej lub zębów
LA60-LA6Z	Strukturalne wady rozwojowe szyi
LB60-LB6Z	Strukturalne wady rozwojowe piersi
LB70.00	Skośnogłowie
LB74	Strukturalne wady rozwojowe obręczy miednicznej
LB75	Brachydaktylia [krótkopalczastość]
LB76	Kciuk trójpaliczkowy
LB77	Hiperfalangia [zwielokrotnienia liczby paliczków]
LB78	Polidaktylia [palce dodatkowe]
LB79	Syndaktylia
LB80	Wrodzone zniekształcenia palców rąk lub nóg
LB90	Wady tworzenia się stawów
LB91	Wrodzone zwichnięcie barku
LB92	Wrodzone zwichnięcie łokcia
LB93	Wrodzone zwichnięcie kolana
LB94	Wrodzone zwichnięcie rzepki
LB95	Niewykształcenie lub niedorozwój rzepki

Kod	Tytuł
LB96	Wrodzone wygięcie kości długich
LB98	Wrodzone zniekształcenia stóp
LB99	Wrodzone wady ubytkowe / zmniejszające kończyny górnej
LB9A	Wady ubytkowe / zmniejszające kończyny dolnej
LB9B	Zniekształcenia ubytkowe / zmniejszające kończyn górnych i dolnych
LB9Y	Inne określone strukturalne wady rozwojowe szkieletu
LB9Z	Strukturalne wady rozwojowe szkieletu, nieokreślone
LC00-LC7Z	Strukturalne anomalie rozwojowe skóry
NA00	Powierzchowny uraz głowy
NA06.4	Uraz spojówki lub otarcie rogówki bez informacji o ciele obcym
NA06.9	Stłuczenie gałki ocznej lub tkanek oczodołu
NA06.Y	Inny określony uraz oka i oczodołu
NA20	Powierzchowny uraz szyi
NA80	Powierzchowny uraz klatki piersiowej
NB50	Powierzchowny uraz brzucha, dolnej części grzbietu i miednicy
NC10	Powierzchowny uraz barku lub ramienia
NC30	Powierzchowny uraz przedramienia
NC51	Powierzchowny uraz nadgarstka i ręki
NC70	Powierzchowny uraz biodra lub uda
NC90	Powierzchowny uraz kolana lub podudzia
ND11	Powierzchowny uraz stawu skokowego i stopy
ND56.0	Powierzchowny uraz nieokreślonej okolicy ciała
ND90.0	Oparzenie głowy lub szyi z wyjątkiem twarzy, oparzenie naskórka
ND92.0	Oparzenie tułowia z wyjątkiem krocza i narządów płciowych, oparzenie naskórka
ND94.0	Oparzenie barku lub ramienia, z wyjątkiem nadgarstka i ręki, oparzenie naskórka
ND95.0	Oparzenie nadgarstka lub ręki, oparzenie naskórka
ND96.0	Oparzenie biodra lub kończyny dolnej, z wyjątkiem kostki i stopy, oparzenie naskórka
ND97.0	Oparzenie kostki lub stopy, oparzenie naskórka

3.14.11. Lista kategorii ograniczonych do płci żeńskiej lub które z większym prawdopodobieństwem występują u płci żeńskiej

Kod	Tytuł
1C14	Tężec położnicy
1F23.10	Kandydoza sromu i pochwy
2B58.1	Mięsak gładkokomórkowy macicy
2B5C	Mięsak podścieliskowy błony śluzowej trzonu macicy, umiejscowienie pierwotne
2B5D.0	Złośliwy nowotwór mieszany nabłonkowo-mezenchymalny jajnika
2B5D.1	Złośliwy nowotwór mieszany nabłonkowo-mezenchymalny trzonu macicy
2B5F.0	Mięsak macicy, niesklasyfikowany gdzie indziej
2B5G	Mięśniakomięsak macicy, część nieokreślona
2C65	Zespół dziedzicznego raka piersi i jajnika
2C70-2C7Z	Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych
2E05	Przerzut nowotworu złośliwego do żeńskiego układu rozrodczego
2E66	Rak in situ szyjki macicy
2E67.0	Rak in situ błony śluzowej trzony macicy
2E67.1	Rak in situ sromu
2E67.2	Rak in situ pochwy

Kod	Tytuł
2E67.3	Rak in situ innych lub nieokreślonych żeńskich narządów płciowych
2E86.0	Mięśniak gładkokomórkowy macicy
2E88	Łagodny guz podścieliska błony śluzowej trzonu macicy
2F31	Łagodne nowotwory niemezenchymalne macicy
2F32	Łagodny nowotwór jajnika
2F33	Łagodny nowotwór innych lub nieokreślonych żeńskich narządów płciowych
2F76	Nowotwory o niepewnym charakterze żeńskich narządów płciowych
2F96	Nowotwory o nieznanym charakterze żeńskich narządów płciowych
4A45.2	Zespół antyfosfolipidowy w ciąży
5A71.0	Zaburzenia rozwoju płci z kariotypem 46,XX wywołane przez androgeny pochodzenia płodowego
5A71.1	Zaburzenia rozwoju płci z kariotypem 46,XX wywołane przez androgeny pochodzenia matczynego
5A80	Dysfunkcja jajników
5D44	Niewydolność jajników w wyniku zastosowanego leczenia
6E20	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem bez objawów psychotycznych
6E21	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem, z objawami psychotycznymi
6E2Z	Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem, nieokreślone
BD75.2	Żylaki sromu
EA83.00	Liszaj prosty przewlekły sromu
EA87.1	Zapalenie skóry lub wyprysk żeńskich zewnętrznych narządów płciowych
EB60.0	Liszaj twardzinowy sromu
ED61.11	Plamka melanotyczna sromu
ED70.1	Wypadanie włosów typu żeńskiego
ED70.31	Poporodowe telogenowe wypadanie włosów
EE40.10	Rozstępy ciążowe
EK02.13	Kontaktowe zapalenie skóry sromu z podrażnienia
FB83.10	Osteoporoza przedmenopauzalna idiopatyczna
FB83.11	Osteoporoza pomenopauzalna
FC01.9	Osteoporoza po usunięciu jajników
GA00-GA6Z	Choroby żeńskich narządów płciowych
GB23.4	Mlekotok niezwiązany z porodem
GC04.1	Przetoki obejmujące żeński układ rozrodczy
GC04.2	Przetoka moczowodu
GC40-GC4Z	Dysfunkcja dna miednicy u kobiet
GC50.10	Brak lub osłabienie czucia w pęcherzu moczowym związane z obniżeniem narządów miednicy
GC51	Okaleczenie żeńskich narządów płciowych
GC70	Pozabiegowe zrosty pochwy
GC71	Obniżenie sklepienia pochwy po histerektomii
GC77	Pozabiegowe niemiesiączkowe krwawienie z macicy
GC78	Pozabiegowa ostra choroba zapalna narządów miednicy mniejszej u kobiet
HA01.0	Zaburzenia podniecenia seksualnego u kobiet
HA20	Zaburzenie penetracji związane z bólem
JA00-JB6Z	Ciąża, poród lub połóg

Kod	Tytuł
KA83.9	Krwotok z pochwy lub macicy u noworodka
LA90.32	Malformacje tętniczo-żylne macicy
LB40-LB4Z	Strukturalne wady rozwojowe żeńskich narządów płciowych
LD2A.1	Dysgenezja gonad z kariotypem 46,XY [46,XX GD]
LD2A.4	Zaburzenie rozwoju płci z kariotypem 46,XY spowodowane niewrażliwością na androgeny
LD50.0	Zespół Turnera
LD50.1	Kariotyp 47,XXX
LD50.2	Mozaikowość, obecność linii komórkowych z różną liczbą chromosomów X
LD50.Y	Inne określone aberracje liczbowe chromosomu X
LD50.Z	Aberracje liczbowe chromosomu X, nieokreślone
LD90.4	Zespół Retta
MF30-MF3Y	Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych dotyczące żeńskich narządów płciowych
MF60-MF6Z	Wyniki badań dodatkowych materiału pobranego z żeńskich narządów płciowych
MG24.01	Lęk przed zachorowaniem na raka piersi u kobiety
MG24.D	Lęk przed powikłaniami ciąży
MG24.E	Lęk przed chorobą przenoszoną drogą płciową u kobiety
MG24.F	Lęk przed chorobą narządów płciowych lub piersi u kobiety
NB92.4	Uraz jajnika
NB92.5	Uraz jajowodu
NB92.6	Uraz macicy
NB93.02	Uraz zmiażdżeniowy sromu
NB93.24	Amputacja urazowa całego sromu
NB93.25	Amputacja urazowa części sromu
NB98	Uraz żeńskich narządów płciowych bez bliższego określenia
ND56.9	Uraz wikłający ciążę
ND74.2	Ciało obce w obrębie sromu lub pochwy
ND74.3	Ciało obce w macicy, dowolna część
PK80.5	Procedura ginekologiczna lub w obrębie piersi związana z urazem lub uszkodzeniem w przebiegu procesu leczniczego
PK80.7	Procedura położnicza związana z urazem lub uszkodzeniem w przebiegu procesu leczniczego
PK96	Urządzenia położnicze lub ginekologiczne, implanty lub grafty związane z urazem lub uszkodzeniem
QA00.9	Badanie ginekologiczne
QA09.4	Specjalne badanie przesiewowe w kierunku nowotworu szyjki macicy
QA21.0	Kontakt z systemem opieki zdrowotnej w celu zastosowania antykoncepcji po stosunku
QA21.2	Kontakt z systemem opieki zdrowotnej w celu założenia wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej
QA21.4	Kontakt z systemem opieki zdrowotnej w celu wywołania miesiączki
QA21.6	Nadzór nad stosowaniem wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej
QA30.00	Kontakt z systemem opieki zdrowotnej w celu wykonania dojajowodowego transferu gamet
QA30.01	Postępowanie prokreacyjne związane z inseminacją
QA30.02	Kontakt z systemem opieki zdrowotnej w celu wykonania sztucznego unasieniania

Kod	Tytuł
QA30.0Y	Kontakt z systemem opieki zdrowotnej w celu wykonania innego określonego wspomaganego unasienienia
QA30.0Z	Kontakt z systemem opieki zdrowotnej w celu wykonania nieokreślonego wspomaganego unasienienia
QA30.1	Kontakt z systemem opieki zdrowotnej w celu wykonania procedury wspomagania rozrodu
QA30.2	Kontakt z systemem opieki zdrowotnej w celu wykonania innych zabiegów wspomaganego zapłodnienia
QA30.Y	Inny określony rozród wspomagany medycznie
QA40	Badanie przedmiotowe lub testy w celu rozpoznania ciąży
QA41	Ciąża
QA42	Nadzór nad ciążą o prawidłowym przebiegu
QA43	Nadzór nad ciążą wysokiego ryzyka
QA45	Przedporodowe badanie przesiewowe
QA46	Wynik porodu
QA48	Opieka lub badanie poporodowe
QA49	Problemy związane z niechcianą ciążą
QA4A	Problemy związane z wielorództwem
QA4B	Kontakt z systemem opieki zdrowotnej w celu uzyskania porady dotyczącej menopauzy
QB51.C	Obecność antykoncepcyjnej wkładki (wewnątrzmacicznej)
QB62.5	Kontrola pacjentki ze sztuczną pochwą
QD31	Kontakt z systemem opieki zdrowotnej w związku z obawami dotyczącymi wyglądu ciała związanego z ciążą
QF01.10	Nabyty brak żeńskich narządów płciowych

3.14.12. Lista kategorii ograniczonych do płci męskiej lub które z większym prawdopodobieństwem występują u płci męskiej

Kod	Tytuł
1A70.00	Rzeżączka prącia
1D80.1	Zapalenie jądra wywołane przez wirus świnki
1F23.11	Zapalenie żołędzi prącia wywołane przez Candida
2B55.2	Mięśniakomięsak prążkowanokomórkowy męskich narządów płciowych
2B59.2	Tłuszczakomięsak męskich narządów płciowych
2C80-2C8Z	Nowotwory złośliwe męskich narządów płciowych
2E06	Przerzut nowotworu złośliwego do męskich narządów płciowych
2E67.4	Rak in situ prącia
2E67.5	Rak in situ gruczołu krokowego
2E67.6	Rak in situ innych lub nieokreślonych męskich narządów płciowych
2F34	Łagodny nowotwór męskich narządów płciowych
2F77	Nowotwory o niepewnym charakterze męskich narządów płciowych
2F97	Nowotwory o nieznanym charakterze męskich narządów płciowych
5A81	Dysfunkcja jąder lub zaburzenia związane z testosteronem
5D45	Niedoczynność jąder w wyniku zastosowanego leczenia
BD75.1	Żylaki moszny
EA83.01	Liszaj prosty przewlekły narządów płciowych męskich
EA87.0	Zapalenie skóry lub wyprysk męskich zewnętrznych narządów płciowych

Kod	Tytuł
EB60.1	Liszaj twardzinowy męskich narządów płciowych
EC92.0	Penoskrotodynia
ED61.10	Zmiana melanocytarna prącia
GA80-GB0Z	Choroby męskich narządów płciowych
HA01.1	Zaburzenia erekcji u mężczyzn
HA03	Zaburzenia wytrysku
LB50-LB5Z	Strukturalne wady rozwojowe męskiego układu rozrodczego
LD2A.0	Zaburzenie jajnikowo-jądrowe rozwoju płci
LD2A.2	Agenezja (brak rozwoju) jąder
LD2A.3	Zaburzenie rozwoju płci z kariotypem 46,XY spowodowane wadą metabolizmu testosteronu
LD50.3	Zespół Klinefeltera
LD52	Aberracje liczbowe chromosomu Y
LD53	Aberracje strukturalne chromosomu Y
LD54	Mężczyzna z mozaikowością chromosomów płciowych
MA14.1B	Dodatni wynik w kierunku swoistego antygenu sterczowego
MF40-MF4Y	Objawy podmiotowe, przedmiotowe lub wyniki badań dotyczące męskich narządów płciowych
MF70-MF7Z	Wyniki badań dodatkowych materiału pobranego z męskich narządów płciowych
MG24.02	Lęk przez zachorowaniem na raka narządów płciowych u mężczyzny
MG24.G	Lęk przed chorobą przenoszoną drogą płciową u mężczyzny
MG24.H	Lek przed chorobą narządów płciowych u mężczyzny
NB93.00	Uraz zmiażdżeniowy prącia
NB93.01	Uraz zmiażdżeniowy jąder lub moszny
NB93.20	Amputacja urazowa całego prącia
NB93.21	Amputacja urazowa części prącia
NB93.22	Amputacja urazowa całych jąder lub moszny
NB93.23	Amputacja urazowa części jąder lub moszny
NB97.1	Złamanie prącia
NB99	Uraz męskiego narządu płciowego bez bliższego określenia
QA09.5	Specjalne badanie przesiewowe w kierunku nowotworu gruczołu krokowego
QB82	Kontakt z systemem opieki zdrowotnej w celu wykonania rutynowego lub rytualnego obrzezania
QF01.11	Nabyty brak męskich narządów płciowych

3.14.13. Zbiór instrukcji z przykładami kodowania dotyczącymi umieralności matek

Przegląd (zob. sekcja 2.21.8.2)

Międzynarodowy formularz aktu zgonu (zob. Aneks 3.14 Śmiertelność) jest skonstruowany w sposób umożliwiający odnotowanie przyczyn położniczych, czasu jaki upłynął od zdarzenia położniczego do śmierci kobiety oraz informacji o tym, czy ciąża przyczyniła się do zgonu. Należy wykorzystać wszystkie dostępne informacje zawarte w karcie zgonu. Jeżeli podane informacje są niejednoznaczne, zaleca się ich weryfikację w miarę możliwości, przy czym metody weryfikacji mogą różnić się w zależności od kraju, w związku z odmiennym systemem prawnym czy specyfiką umieralności matek. Dodatkowe informacje można uzyskać z podsumowań klinicznych instytucji medycznych, raportów z werbalnej autopsji lub w drodze procedur weryfikacyjnych, które mogą obejmować nie tylko zapytania do wystawcy karty zgonu, lecz również ustanowienie systemu analizowania poszczególnych przypadków.

Pojęcia związane z tabulacją statystyczną zgonów matek przedstawiono w sekcji 2.25.5 Standardy i wymagania sprawozdawcze dotyczące umieralności matek:

- 2.25.5.1 Zgon matki
- 2.25.5.2 Późny zgon matki
- 2.25.5.3 Złożony zgon matki
- 2.25.5.4 Zgony położnicze bezpośrednie i pośrednie
- 2.25.5.5 Zgon występujący w czasie ciąży, porodu i połogu
- 2.25.5.6 Wymogi rejestracyjne dotyczące zgonów matek
- 2.25.5.7 Międzynarodowe raportowanie zgonów matek
- 2.25.5.8 Licznik, mianownik i wskaźniki publikowanej umieralności matek

Kategorie wstępnej wyjściowej przyczyny zgonu dla zgonów matek podsumowuje poniższa tabela:

	JB00-JB60, JB63.-, JB64.-, JB6Y, 1C14 Zgon matki	JB61.- Późny zgon matki	JB62.- Powikłania stanów położniczych
Kobieta była w ciąży:	w chwili śmierci oraz w ciągu 42 dni przed zgonem	ponad 42 dni, ale mniej niż rok przed zgonem	rok lub więcej przed zgonem

Na karcie zgonu czas trwania zwykle podawany jest w dniach, gdzie 42 dni wlicza się do zgonu matek, a 43 dni do późnego zgonu matek. Matematycznie oznacza to, że dokładnie 42 dni przypisuje się do zgonu matek, natomiast np. 42 dni i 1 godzina wlicza się już do późnego zgonu matek. Należy również zauważyć, że JB61.- i JB62.- obejmują zgony z jakiejkolwiek przyczyny położniczej. Zgłoszona przyczyna położnicza, w tym nieokreślona (JB60), powinna być postkoordynowana z JB61.- lub JB62.-, aby zachować informację o przyczynie. W instrukcjach kodowania podano, jak wybrać wyjściową przyczynę zgonu i ująć dodatkowe szczegóły w klastrze.

Instrukcje kodowania zgonów matki

W przypadku kodowania zgonów matek należy stosować ogólne instrukcje kodowania.

Aby przypisać właściwy kod wieloprzyczynowy do karty zgonu, w której wspomniano o ciąży, należy w pierwszej kolejności za pomocą narzędzia kodującego przypisać specyficzny kod dla każdej zgłoszonej choroby. Mogą być także przypisane kategorie spoza Rozdziału 18. Jeśli stan sugeruje, że jest to stan położniczy, na przykład użyto określeń takich jak *„położniczy”* czy *„matczyny”*, należy sprawdzić, czy istnieje bezpośrednie dopasowanie rozpoznania. Narzędzie kodujące wspiera również kodowanie poprzez ikonę „J” ( ) dla stanów, które mają kategorię odpowiadającą stanom położniczym.

Przykład 1

1)	a)	Obrzęk płuc	CB01
	b)	Niedomykalność zastawki mitralnej, ciąża	JB64.4/BB61.Z
	c)		
	d)		
2)			

Niedomykalność zastawki mitralnej nieokreślona jest kodowana do BB61.Z, jednak należy przypisać JB64.4/BB61.Z, ponieważ opisano ją jako *„w ciąży”*.

Przykład 2

1)	a)	Obrzęk płuc	CB01
	b)	Niedomykalność zastawki mitralnej, ciąża	BB61.Z
	c)		
	d)		
2)		XX ukończonych tygodni ciąży	

Niedomykalność zastawki mitralnej należy zakodować do BB61.Z. Ciąża jest wymieniona w Części 2 karty zgonu i uznaje się, że przyczyniła się do zgonu. Zastosuj krok M4 i zakoduj wyjściową przyczynę zgonu jako JB64.4 - Choroby układu krążenia komplikujące przebieg ciąży, porodu lub połogu. Dla większej specyficzności należy dodać kod BB61.Z Niedomykalność zastawki mitralnej, nieokreślona w klastrze (JB64.4/BB61.Z).

Struktura Rozdziału 18 i powiązanych kategorii

Następujące kategorie stosuje się w przypadku zgonów z powodu zdarzenia położniczego, które wystąpiło w ciągu 42 dni od zakończenia ciąży:

- JA00-JB4Z, 1C14 - Bezpośrednie przyczyny położnicze
- JB63.-, JB64.- - Choroby matki klasyfikowane gdzie indziej, ale komplikujące przebieg ciąży
- JB60 - Używany, gdy kobieta zmarła w czasie ciąży, porodu, połogu, a jedyna dostępna informacja to *„zgon matki”* lub *„zgon położniczy”*. Jeżeli przyczyna położnicza jest określona, nie stosuje się JB60, tylko odpowiednią kategorię.
- JB6Y - Inne określone stany położnicze, niesklasyfikowane gdzie indziej

Kategoria JB61.- służy do kodowania zgonów kobiet z powodu przyczyn położniczych, jeżeli zgon nastąpił ponad 42 dni, ale mniej niż rok od zakończenia ciąży.

Kategoria JB62.- stosowana jest w przypadku zgonu kobiety z powodu przyczyny położniczej, jeżeli zgon nastąpił po upływie roku lub więcej od zakończenia ciąży.

JB6Z używa się, gdy zarówno przyczyna położnicza jest nieokreślona, jak i czas, jaki upłynął od zdarzenia położniczego do zgonu, jest nieznany. Należy pamiętać, że tego kodu nie używa się jako wyjściowej przyczyny zgonu (zob. sekcja 2.19.4 Specjalne instrukcje dotyczące zabiegów chirurgicznych i innych procedur medycznych (krok M4))

Określenie czy ciąża przyczyniła się do zgonu

Należy uznać, że ciąża przyczyniła się do zgonu, jeżeli:

- w części 1 lub części 2 karty zgonu wskazano ciążę, połóg lub poród,
  lub
- wskazano to w innym miejscu, a na pytanie „Czy ciąża przyczyniła się do zgonu?" odpowiedź brzmi: *tak*, *nieznane* lub brak odpowiedzi.

Określenie czasu, jaki upłynął od zdarzenia położniczego do zgonu

Czas ten określa się na podstawie informacji o czasie trwania przyczyny położniczej. Jeśli czas trwania jest nieznany lub nieokreślony, należy wykorzystać informacje zawarte w Ramce B karty zgonu. Jeżeli czas jest nieznany lub niewskazany, ale ciąża przyczyniła się do zgonu, przyjmuje się, że zgon nastąpił w ciągu 42 dni od zdarzenia położniczego.

Wybór wyjściowej przyczyny zgonu w przypadku zgonu matki
(Zobacz sekcja 2.19.7)

Przy kodowaniu zgonu matki należy stosować ogólne instrukcje kodowania. Po przypisaniu kodu dla każdego zgłoszonego stanu (zob. instrukcje kodowania zgonów matek w sekcji 2.21.8.2), należy stosować instrukcje wyboru i modyfikacji w standardowy sposób, rozpoczynając od kroku SP1, tak samo jak w przypadku innych przyczyn zgonów. Następnie należy zastosować kroki SP1-SP8 i M1-M3, a dla zabiegów chirurgicznych, urazów, przyczyn zewnętrznych i zatruć - krok M4, a na końcu M4 w kontekście zgonu matki (zob. także sekcja 2.19.7).

Typowe przypadki zgonów matek

Zwykle kolejność wskazana w karcie zgonu jest akceptowana (zob. sekcja 2.16.2), jednak niektóre powiązania mogą być odrzucane, a w określonych sytuacjach obowiązują szczególne instrukcje, jak podano poniżej.

Przykład 3

1) a) Wstrząs hipowolemiczny - czas trwania: 1 godzina
   b) Krwotok po cesarskim cięciu - czas trwania: 2 godziny
   c) Uraz naczyń macicy podczas cesarskiego cięcia - czas trwania: 2 godziny
   d)
2)

Zmarła kobieta była w ciąży: *Tak, w ciągu 42 dni przed zgonem*. Ciąża przyczyniła się do zgonu: *Tak*. Zarówno wstrząs hipowolemiczny, jak i krwotok po cesarskim cięciu mogą być spowodowane urazem naczyń macicy podczas cesarskiego cięcia, kodowanym do JB0D.3 - Inne powikłania zabiegu położniczego. Jest to wstępna przyczyna wyjściowa (krok SP3). Ponieważ nie mają zastosowania inne instrukcje szczególne, a zgon nastąpił w ciągu 42 dni od zdarzenia położniczego, JB0D.3 jest wyjściową przyczyną zgonu.

Przykład 4

1)	a)	Obrzęk płuc	CB01
	b)	Niedomykalność zastawki mitralnej, ciąża	JB64.4/BB61.Z
	c)		
	d)		
2)			

Obrzęk płuc może być spowodowany niedomykalnością zastawki mitralnej w ciąży, co jest wstępnym punktem kodowania (krok SP3).
Ponieważ nie mają zastosowania inne instrukcje szczególne, a zgon nastąpił w ciągu 42 dni od zdarzenia położniczego, JB64.4 jest wyjściową przyczyną zgonu.
Dla większej specyficzności należy dodać kod BB61.Z Niedomykalność zastawki mitralnej, nieokreślona w klastrze (JB64.4/BB61.Z).

Przykład 5

1)	a)	Krwotok	MG27
	b)	Rak szyjki macicy	2C77.Z
	c)		
	d)		
2)		Opóźnienie leczenia z powodu ciąży	

Zmarła kobieta była w ciąży: *Tak, w momencie zgonu*. Ciąża przyczyniła się do zgonu: *nieustalone*.
Rak szyjki macicy to wstępny punkt kodowania (krok SP3).
Ciąża wymieniona w części 2 - uznaje się, że przyczyniła się do zgonu.
Zastosuj krok M4 i zakoduj wyjściową przyczynę zgonu do JB64.Y - Inne określone choroby matki klasyfikowane gdzie indziej, ale komplikujące ciążę, poród lub połóg.
Dla większej specyficzności dodaj kod 2C77.Z - Nowotwory złośliwe szyjki macicy, nieokreślone w klastrze (JB64.Y/2C77.Z).

Przykład 6

1	a) Niewydolność wątroby	DB99.7 Niewydolność wątroby bez określenia, czy ostra, czy przewlekła
	b) Gorączka krwotoczna denga	1D2Z Denga, nieokreślona
	c)	
	d)	
2	Informacja dodatkowa: 40 dni po porodzie	

Zmarła kobieta była w ciąży: *Tak, w ciągu 42 dni przed zgonem. Ciąża przyczyniła się do zgonu: nieustalone.*

Denga jest wstępnym punktem kodowania (krok SP3).

Ciąża wymieniona w części 2 - uznaje się, że przyczyniła się do zgonu.

Zastosuj krok M4 i zakoduj wyjściową przyczynę do JB63.5 - Inne wirusowe choroby komplikujące ciążę, poród lub połóg.

Dla większej specyficzności dodaj kod 1D2Z - Denga, nieokreślona. Denga z objawami ostrzegawczymi w klastrze (JB63.5 /1D2Z).

Przykład 7

1	a) Rozsiane wykrzepianie wewnątrznaczyniowe - 3B20	
	b) Krwotok położniczy - JA4Z	
	c) Atonia macicy w połogu - JA43.1	
	d) Przedwczesne odklejenie łożyska - JA8C.Z	
2		

Zmarła kobieta była w ciąży: *Tak, w ciągu 42 dni przed zgonem*. Ciąża przyczyniła się do zgonu: *Tak*.

Rozsiane wykrzepianie wewnątrznaczyniowe (DIC), krwotok położniczy i atonia macicy mogą być spowodowane przedwczesnym odklejeniem łożyska - JA8C.Z (punkt startowy).

Ponieważ podano DIC, co daje większą specyficzność, zastosuj krok M2 i zakoduj do JA8C.0 - Przedwczesne oddzielenie łożyska z zaburzeniem krzepnięcia.

Ponieważ nie mają zastosowania inne instrukcje szczególne, a zgon nastąpił w ciągu 42 dni od zdarzenia położniczego, JA8C.0 jest wyjściową przyczyną zgonu.

Wydzielenie i przykłady szczególnych instrukcji dotyczących zgonu matki

Poniżej przedstawiono szczególne instrukcje dotyczące kategorii z Rozdziału 18. Dla szczegółowych instrukcji każdego kroku należy odwołać się do odpowiednich sekcji.

SP3 i SP4 - Akceptowane i odrzucane sekwencje przy kodowaniu zgonu matki

(zob. sekcje 2.17.6, 2.17.7 oraz 2.19.1.14)

Nie należy akceptować ciąży ektopowej (*JA01.-*) ani ciąży zaśniadowej (*JA02.-*) jako spowodowanych przez inne przyczyny.

Stan będący następstwem	Stan przyczynowy
JA01.- Ciąża ektopowa	Nie akceptować innych przyczyn
JA02.- Ciąża zaśniadowa	Nie akceptować innych przyczyn

Nie należy akceptować nadciśnieniowych zaburzeń w przebiegu ciąży, porodu lub połogu (*JA20-JA21*, *JA23-JA25*) jako spowodowanych przez inne przyczyny.

Stan będący następstwem	Stan przyczynowy
JA20-JA21, JA23- JA25 Nadciśnieniowe zaburzenia w ciąży, porodzie lub połogu	Nie akceptować innych przyczyn

Nie należy akceptować opieki nad matką związanej z łożyskiem przodującym lub nisko usytuowanym łożyskiem (*JA8B.-*) jako spowodowanej przez inne przyczyny.

Stan będący następstwem	Stan przyczynowy
JA8B.- Opieka nad matką związana z łożyskiem przodującym lub nisko usytuowanym łożyskiem	Nie akceptować innych przyczyn

Przykład 8

1	a) Wstrząs hipowolemiczny - czas trwania: 1 dzień - *MG40.1*	
	b) Krwotok położniczy - czas trwania: 1 dzień - *JA4Z*	
	c) Łożysko przodujące - czas trwania: 1 dzień - *JA8B.1*	
	d) Zapalenie płuc - czas trwania: 4 dni - *CA40.Z*	
2		

Zmarła kobieta była w ciąży: *Tak, w chwili zgonu*. Ciąża przyczyniła się do zgonu: *Tak*.

Łożysko przodujące nie może być spowodowane zapaleniem płuc - taka sekwencja jest odrzucana zgodnie ze szczególnymi instrukcjami dotyczącymi akceptowanych i odrzucanych sekwencji. Istnieje, jednak akceptowana sekwencja: wstrząs hipowolemiczny spowodowany krwotokiem położniczym, który z kolei został spowodowany łożyskiem przodującym - JA8B.1 jest wstępnym punktem kodowania (krok SP4).

Ponieważ nie mają zastosowania inne instrukcje szczególne, a zgon nastąpił w ciągu 42 dni od zdarzenia położniczego, JA8B.1 jest wyjściową przyczyną zgonu.

SP5 - Końcowa przyczyna zgonu, jeśli nie podano sekwencji (zob. sekcja 2.17.8)

Przykład 9

1	a) Zator płynem owodniowym - *JB42.1*	
	b)	
	c)	
	d)	
2		

W części 1 nie wskazano żadnej sekwencji kończącej się terminalną przyczyną zgonu.
Zator płynem owodniowym JB42.1 jest wstępnym punktem kodowania (krok SP5) i - ponieważ nie mają zastosowania inne instrukcje szczególne - stanowi również wyjściową przyczynę zgonu.

SP8 - Stany zasadniczo niepowodujące zgonu w kontekście śmiertelności matek (zob. sekcje 2.17.11 i Aneks 3.14 Śmiertelność)

Kod	Termin
JA65.3	Niski przyrost masy ciała w ciąży
JA65.4	Opieka nad ciężarną po wielokrotnych poronieniach
JA66	Wyniki badań wykonanych u ciężarnych
JA8D	Opieka położnicza w związku z fałszywym porodem
JB00.0	Przedwczesna czynność skurczowa macicy bez porodu
JB46.0	Wciągnięta brodawka sutkowa związana z porodem
JB46.2	Inne lub nieokreślone zaburzenia piersi związane z porodem
JB46.3	Bezmleczność
JB46.4	Niedostateczna ilość pokarmu
JB46.5	Zahamowana laktacja
JB46.6	Mlekotok
JB46.7	Inne lub nieokreślone zaburzenia laktacji

Przykład 10

1)	a)	Wydzielanie mleka (mlekotok) w połogu - 10 dni	JB46.6
	b)		
	c)		
	d)		
2)	Poporodowe zakażenie połogowe po cięciu cesarskim - 6 dni		JB40.0

Mlekotok w połogu (*JB46.6*) jest wstępną wyjściową przyczyną zgonu (krok SP5), jednak znajduje się w „Liście stanów uważanych za mało prawdopodobne jako przyczyna zgonu". Na karcie zgonu występuje również inny stan - poporodowe zakażenie połogowe po cięciu cesarskim, który **nie** jest na tej liście. Zgodnie z krokiem SP8 należy pominąć mlekotok w połogu i ponownie rozpocząć procedurę wyboru od kroku SP1. Poporodowe zakażenie połogowe po cięciu cesarskim jest wybierane jako wyjściowa przyczyna zgonu.

M1 - W przypadku, gdy zastosowanie mają warunki określone w prawej kolumnie, należy zastosować kod pogrubiony jako nową wstępną wyjściową przyczynę zgonu
(*Patrz sekcje 2.18.1 i 2.19.3*)

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Jeżeli odnotowano:	Zakodować jako:
JA24.- Stan przedrzucawkowy	JA25.- Rzucawka	**JA25.-**

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JA61.0 Żylaki kończyn dolnych w ciąży	JB42.2 Zator płucny pochodzenia położniczego	**JB42.2**
JA61.1 Żylaki narządów płciowych w ciąży		
JA61.2 Powierzchowne zakrzepowe zapalenie żył w ciąży		
JA61.4 Guzki krwawnicze (hemoroidy) w ciąży		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JA65.2 Nadmierny przyrost masy ciała w ciąży	JA20 - JA20-JA2Z Obrzęki, białkomocz lub nadciśnienie indukowane ciążą	**JA20-JA2Z**

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Jeżeli odnotowano:	Zakodować jako:
JA65.3 Niski przyrost masy ciała w ciąży	JB64.2 Choroby endokrynne, żywieniowe lub metaboliczne wikłające ciążę, poród lub połóg	**JB64.2**

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JA65.4 Opieka nad kobietą z nawracającymi poronieniami	JA00- JA0Z Poronienie	**JA00-JA0Z**
JA65.5 Pozostawiona wkładka wewnątrzmaciczna w ciąży		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Jeżeli odnotowano:	Zakodować jako:
JA65.7 Rozejście spojenia łonowego w ciąży, porodzie lub połogu	JB04 - JB06 Utrudniony poród z powodu nieprawidłowego ułożenia płodu lub nieprawidłowości miednicy	**JB04-JB06**

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JA67.4 Ból głowy po znieczuleniu podpajęczynówkowym lub zewnątrzoponowym w ciąży	JA67.2 Powikłania ośrodkowego układu nerwowego w przebiegu znieczulenia w ciąży	**JA67.2**

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Jeżeli odnotowano:	Zakodować jako:
JA80.- Opieka położnicza w ciąży mnogiej	JB04-JB06 Utrudniony poród z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu, nieprawidłowości miednicy lub innych przyczyn	**JB04-JB06**
JA81.- Opieka położnicza w związku z powikłaniami specyficznymi dla ciąży mnogiej	JB0D.3 Inne powikłania operacji lub zabiegów położniczych	**JB0D.3**

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JA82.- Opieka położnicza z powodu znanego lub podejrzewanego nieprawidłowego położenia, ustawienia i ułożenia płodu	JA43 Krwotok poporodowy	**JA43.-**
JA83.- Opieka położnicza z powodu znanej lub przewidywanej niewspółmierności porodowej	JB04-JB06 Utrudniony poród z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu, nieprawidłowości miednicy lub innych przyczyn	**JB04-JB06**
JA84.- Opieka położnicza z powodu znanej lub podejrzewanej nieprawidłowości narządów miednicy	JB09 - JB0A Uszkodzenie krocza i inne urazy położnicze	**JB09-JB0A**
JA85.- Opieka położnicza w przypadku znanej lub podejrzewanej nieprawidłowości lub uszkodzenia płodu	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane	**JB0D.-**
JA86.- Opieka położnicza w przypadku innych znanych lub podejrzewanych problemów płodowych	JB40 Zakażenia w połogu	**JB40.-**

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Jeżeli odnotowano:	Zakodować jako:
JA82 Opieka położnicza z powodu znanego lub podejrzewanego nieprawidłowego położenia, ustawienia i ułożenia płodu	JA83 Opieka położnicza z powodu znanej lub przewidywanej niewspółmierności porodowej	JA83

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Jeżeli odnotowano:	Zakodować jako:
JA83.Z Opieka położnicza z powodu znanej lub podejrzewanej niewspółmierności porodowej, nieokreślona	JA83.0 Opieka położnicza z powodu niewspółmierności porodowej spowodowanej zniekształceniem kości miednicy	JA83.0

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Jeżeli odnotowano:	Zakodować jako:
	JA83.1 Opieka położnicza z powodu niewspółmierności porodowej spowodowanej ogólnym zwężeniem miednicy	JA83.1
	JA83.2 Opieka położnicza z powodu niewspółmierności porodowej spowodowanej zwężeniem wchodu miednicy	JA83.2
	JA83.3 Opieka położnicza z powodu niewspółmierności porodowej spowodowanej zwężeniem wychodu miednicy	JA83.3

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JA87 Opieka położnicza w związku z wielowodziem	JA8C Opieka położnicza w związku z przedwczesnym oddzieleniem łożyska	JA8C
	JB03 Poród przedłużony	JB03
	JB04 - JB06 Brak postępu porodu z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu, nieprawidłowości w obrębie miednicy matki lub innych przyczyn	JB04 - JB06
	JA43 Krwotok poporodowy	JA43
	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane	JB0D
	JB40 Zakażenia w połogu	JB40
	JB42.1 Zator płynem owodniowym	JB42.1

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JA88.0 Małowodzie	JA43 Krwotok poporodowy	JA43
JA88.Y Inne określone zaburzenia dotyczące płynu owodniowego i błon płodowych	JA88.1 Zakażenie worka owodniowego lub błon płodowych	JA88.1
JA88.Z Zaburzenia płynu owodniowego i błon płodowych, nieokreślone	JB03 Poród przedłużony	JB03
	JB40 Zakażenia w połogu	JB40
	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane	JBOD

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Jeżeli odnotowano:	Zakodować jako:
JA89.3 Przedwczesne pęknięcie błon płodowych przed 37 tygodniem ciąży	JA88.1 Zakażenie worka owodniowego lub błon płodowych	JA88.1
	JB03 Poród przedłużony	JB03
	JA43 Krwotok poporodowy	JA43
	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane	JB0D
	JB40 Zakażenia w połogu	JB40
	JB42.1 Zator płynem owodniowym	JB42.1

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JA8A.0 Zespoły przetoczenia łożyskowego	JA8C Opieka położnicza w związku z przedwczesnym oddzieleniem łożyska	JA8C
JA8A.1 Malformacja łożyska	JA42 Krwotok śródporodowy	JA42
JA8A.Y Inna określona opieka położnicza związana z zaburzeniami łożyska	JA43 Krwotok poporodowy	JA43
JA8A.Z Opieka położnicza związana z zaburzeniami łożyska, nieokreślona	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane	JB0D
	JB40 Zakażenia w połogu	JB40

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JA8A.2 Patologicznie przyrośnięte łożysko	JA8B.1 Łożysko przodujące z krwotokiem	JA8B.1
	JA8B.0 Łożysko przodujące bez krwotoku	JA8B.0
	JA8B.Z Opieka położnicza związana z łożyskiem przodującym lub nisko usadowionym, nieokreślona	JA8B.Z

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JA8E Opieka położnicza w związku z przedłużającą się ciążą	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane	JB0D

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JB00 Przedwczesna czynność skurczowa macicy lub poród	JA8C Opieka położnicza w związku z przedwczesnym oddzieleniem łożyska	JA8C
JB01 Nieudana indukcja porodu	JA42 Krwotok śródporodowy	JA42

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JB02 Nieprawidłowa czynność skurczowa macicy	JA43 Krwotok poporodowy	JA43
JB03 Poród przedłużony	JB04 - JB06 Brak postępu porodu z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu, nieprawidłowości w obrębie miednicy matki lub innych przyczyn	JB04 - JB06
JB07 Czynność porodowa lub poród powikłany zaburzeniami płodu	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane	JB0D
JB08 Czynność porodowa lub poród powikłany nieprawidłowościami pępowinowymi	JB40 Zakażenia w połogu	JB40

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Jeśli odnotowano:	Zakodować jako:
JB04 Brak postępu porodu z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu	JB05 Niewspółmierność porodowa z powodu nieprawidłowości w obrębie miednicy matki	JB05

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JB09.2, JB09.3, JB09.Z Uszkodzenie krocza trzeciego, czwartego lub nieokreślonego stopnia podczas porodu	JA43 Krwotok poporodowy	JA43
	JB40 Zakażenia w połogu	JB40

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JB0C.5 Ból głowy spowodowany znieczuleniem podpajęczynówkowym lub zewnątrzoponowym podczas czynności porodowej lub porodu	JB0C.3 Powikłania znieczulenia podczas czynności porodowej lub porodu ze strony ośrodkowego układu nerwowego	JB0C.3

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JB0D.0 Niepokój matki podczas czynności porodowej lub porodu	JA43 Krwotok poporodowy	JA43
JB0D.1 Wstrząs podczas lub w następstwie czynności porodowej lub porodu	JB40 Zakażenia w połogu	JB40

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JB0D.2 Gorączka podczas porodu, gdzie indziej niesklasyfikowana	JB40 Zakażenia w połogu	JB40

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JB0D.4 Opóźniony poród po przebiciu błon płodowych	JA43 Krwotok poporodowy	JA43
JB0D.5 Opóźniony poród po samoistnym lub nieokreślonym pęknięciu błon płodowych	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane	JB0D
	JB40 Zakażenia w połogu	JB40

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JB0D.6 Poród drogą pochwową po uprzednim cięciu cesarskim	JA8A.2 Patologicznie przyrośnięte łożysko	JA8A.2
	JB0A.1 Pęknięcie macicy podczas czynności porodowej	JB0A.1
	JB0A.2 Poporodowe wynicowanie macicy	JB0A.2
	JA43 Krwotok poporodowy	JA43
	JB0D Pewne określone powikłania czynności porodowej lub porodu, gdzie indziej niesklasyfikowane	JB0D
	JB40 Zakażenia w połogu	JB40

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JB41.0 Powierzchowne zakrzepowe zapalenie żył w połogu	JB42.2 Zatorowość położnicza spowodowana skrzepem krwi	JB42.2
JB41.2 Guzki krwawnicze w połogu		
JB41.Y Inne określone powikłania żylne w połogu		
JB41.Z Powikłania żylne w połogu, nieokreślone		

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu	Gdy zgłoszono jako przyczynę:	Zakodować jako:
JB43.3 Ból głowy spowodowany znieczuleniem podpajęczynówkowym lub zewnątrzoponowym w okresie połogu	JB43.2 Powikłania znieczulenia w połogu ze strony ośrodkowego układu nerwowego	JB40 JB43.2

M1 - Stany związane ze śmiertelnością matek, które nie powinny być stosowane jako wyjściowa przyczyna zgonu (szczegółowe informacje zawiera sekcja 2.19.3.24)

Jeśli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu jest:
JA05.- Powikłania po poronieniu, ciąży ektopowej lub zaśniadzie groniastym
Należy zakodować jako:
JA00-JA04 - Poronne zakończenie ciąży

Wstępna wyjściowa przyczyna zgonu (TUC) to:	
JB65 Następstwa powikłań ciąży, porodu lub połogu	**Należy zakodować do:** JB62.- Śmierć z powodu następstw przyczyn położniczych

M1 - Stany związane ze śmiertelnością matek, które nie powinny być stosowane jako wyjściowa przyczyna zgonu w określonych sytuacjach
(patrz Sekcja 2.18.1 i 2.19.3.18)

Jeśli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu jest:
JA80 - Opieka położnicza w ciąży wielopłodowej
Nie należy używać jako wyjściowej przyczyny zgonu, jeżeli zgłoszono bardziej szczegółowe powikłanie.
Należy zakodować jako bardziej szczegółowe powikłanie.
Jeśli nie podano konkretnego powikłania, należy zakodować jako:
JB0Z - Zakończenie ciąży przez poronienie, nieokreślone.

Jeśli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu jest:
JB20-JB2Z - Poród
Nie należy używać jako wyjściowej przyczyny zgonu, jeżeli zgłoszono bardziej szczegółowe powikłanie.
Należy zakodować jako bardziej szczegółowe powikłanie z zakresu JB0C.- do JB0D.- Jeśli nie podano powikłania, należy zakodować jako JB0Z.

Przykład 11

1)	a)	Krwotok podpajęczynówkowy - 9 dni	8B01.2
	b)	Rzucawka w ciąży - 10 dni	JA25.0
	c)	Ciężki stan przedrzucawkowy - 11 dni	JA24.1
	d)		
2)			

Zmarła była w ciąży: Tak, w chwili zgonu; Ciąża przyczyniła się do zgonu: Tak

Ciężki stan przedrzucawkowy został wstępnie wybrany jako wyjściowa przyczyna zgonu zgodnie z krokiem SP3. Jednak istnieje specjalna instrukcja dotycząca sytuacji, gdy „stan przedrzucawkowy" zgłoszono łącznie z „rzucawką". Należy zastosować tę instrukcję i wybrać JA25.0 jako wstępną wyjściową przyczynę zgonu. Ponieważ nie mają zastosowania inne instrukcje szczególne, a zgon nastąpił w ciągu 42 dni od zdarzenia położniczego, JA25.0 pozostaje wyjściową przyczyną zgonu.

M2 - Szczegółowość (patrz Sekcja 2.18.2)

Przykład 12

1)	a)	Niewydolność serca - 1 dzień	BZ1Z
	b)	Wstrząs hipowolemiczny - 2 dni	MG40.1
	c)	Czwartego stopnia pęknięcie krocza - 2 dni	JB09.3
	d)	Uszkodzenie krocza w czasie porodu - 2 dni	JB09.Z
2)			

Zmarła była w ciąży: Tak, w ciągu 42 dni od zgonu; Ciąża przyczyniła się do zgonu: Tak

Uszkodzenie krocza w czasie porodu (JB09.Z) zostało wstępnie wybrane jako przyczyna zgonu zgodnie z krokiem SP3. Jednak istnieje kategoria zapewniająca większą szczegółowość, czyli uszkodzenie krocza czwartego stopnia (JB09.3). Należy zastosować krok M2 i wybrać JB09.3 jako wyjściową przyczynę zgonu.

M4 - Szczególne instrukcje dotyczące zabiegów chirurgicznych i innych procedur medycznych (patrz Sekcje 2.18.4 i 2.19.4)

Przykład 13

1)	a)	Krwotok pooperacyjny	NE81.0Z
	b)	Cięcie cesarskie	JB22.Z
	c)		
	d)		
2)			

Zmarła była w ciąży: Tak, w chwili zgonu
Ciąża przyczyniła się do zgonu: Tak
Przyczyna wykonania zabiegu: przedłużający się poród

Cięcie cesarskie JB22.Z zostało wstępnie wybrane jako przyczyna zgonu (krok SP3). Jednak wskazano, że przyczyną wykonania zabiegu był przedłużający się poród. Należy zakodować JB03.Z - Poród przedłużony, nieokreślony jako wyjściową przyczynę zgonu.

Przykład 14

1)	a)	Wstrząs septyczny - 1 dzień	1G41
	b)	Kardiomiopatia poporodowa - 1 miesiąc	JB44.3
	c)	Nagłe cięcie cesarskie - 1 miesiąc	JB22.1
	d)		
2)			

Zmarła była w ciąży: Tak, w ciągu 42 dni od zgonu
Ciąża przyczyniła się do zgonu: Tak

Nagłe cięcie cesarskie JB22.1 zostało wstępnie wybrane jako przyczyna zgonu (krok SP3). Przyczyna wykonania zabiegu nie została podana, ale zgłoszono powikłanie. Należy zakodować powikłanie - kardiomiopatię poporodową JB44.3 - jako wyjściową przyczynę zgonu.

M4 - Szczególne instrukcje dotyczące śmiertelności matek
(patrz Sekcja 2.19.7)

Pojęcia używane w niniejszych instrukcjach:

- Określone choroby matczyne: JA00.- do JB4Z, JB60, JB6Y, 1C14
- Choroby matczyne sklasyfikowane gdzie indziej: JB63.- (zakażenia), JB64.- (inne)
- Urazy lub przyczyny zewnętrzne: Rozdział 22 lub Rozdział 23
- Inne stany: inne niż powyższe

Choroby matczyne

- Jeśli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to „określone choroby matczyne" i zmarła była w ciąży w chwili zgonu, w ciągu 42 dni przed zgonem lub czas trwania jest nieznany lub nieokreślony - należy utrzymać tę przyczynę jako wyjściową.
- Jeśli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to „choroby matczyne sklasyfikowane gdzie indziej", należy ją utrzymać oraz dodać kod dla konkretnej choroby sklasyfikowanej w Rozdziale 01-19.
- Jeśli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to JB61.0, JB61.Z, JB62.0 lub JB62.Z - należy ją utrzymać wraz z kodem dodatkowym, jeśli taki nadano.
- Jeśli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to „określone choroby matczyne" lub „choroby matczyne sklasyfikowane gdzie indziej", ale zmarła była w ciąży ponad 42 dni i mniej niż rok przed zgonem - należy zakodować JB61.- jako wyjściową przyczynę zgonu i dodać kod dla konkretnej choroby matczynej do klastra.

Inne stany lub pośrednie przyczyny położnicze

- Jeśli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to JB61.1 lub JB62.1 - należy ją utrzymać wraz z kodem dodatkowym, jeśli taki nadano.
- Jeśli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to „inne stany", a ciąża przyczyniła się do zgonu i zmarła była w ciąży w chwili zgonu, w ciągu 42 dni przed zgonem lub czas trwania jest nieznany lub nieokreślony - należy zakodować JB63.- lub JB64.-, w zależności od przypadku, i dodać kod dla konkretnego stanu do klastra.
- Jeśli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to „inne stany", ciąża nie przyczyniła się do zgonu, ale zmarła była w ciąży w chwili zgonu lub w ciągu 42 dni przed zgonem - należy utrzymać tę przyczynę i dodać XT0S (Ciąża) do klastra.
- Jeśli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to „inne stany", ciąża nie przyczyniła się do zgonu, a zmarła była w ciąży ponad 42 dni przed zgonem lub czas trwania jest nieznany lub nieokreślony - należy utrzymać tę przyczynę.

Aby ocenić, czy ciąża przyczyniła się do zgonu, należy odnieść się do informacji zawartych w karcie zgonu i procedury opisanej w Sekcji 2.21.8.2

Urazy lub przyczyny zewnętrzne

- Jeśli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to „uraz lub przyczyna zewnętrzna” i zmarła była w ciąży w chwili zgonu lub w ciągu 42 dni przed zgonem - należy utrzymać tę przyczynę i dodać XT03 (Ciąża) do klastra.
- Jeśli wstępna wyjściowa przyczyna zgonu to „uraz lub przyczyna zewnętrzna”, a zmarła była w ciąży ponad 42 dni przed zgonem lub czas trwania jest nieznany lub nieokreślony - należy utrzymać tę przyczynę.

Schemat przebiegu postępowania w kodowaniu umieralności matek (zob. sekcja 3.14.4)

3.14.14. Lista docelowa przyczyn zgonu do wykorzystania w werbalnej autopsji

Zastosowanie tej listy ma charakter dwutorowy. W przypadku algorytmów komputerowego kodowania werbalnej autopsji (*Computer-Coding Verbal Autopsy*, CCVA), które przypisują szerokie etykiety tekstowe dla przyczyn zgonu, lista ta może pełnić rolę listy kodującej, tak aby program CCVA mógł bezpośrednio zakodować zgon do jednej z tych etykiet, a niniejsza tabela wskazuje powiązane kody ICD-11.

Alternatywnie lista może służyć jako lista tabulacyjna dla innych metod przypisywania przyczyn zgonu na podstawie werbalnej autopsji, takich jak kodowanie przez lekarzy lub algorytmy eksperckie, które mogą bezpośrednio przypisywać szczegółowe etykiety tekstowe dla przyczyn zgonu wraz z odpowiadającymi im indywidualnymi kodami ICD-11.

W takich sytuacjach szczegółowo zakodowane dane uzyskane tymi metodami mogą być następnie agregowane w celu tabulacji według grup kodów, co umożliwia porównanie z diagnozą generowaną komputerowo.

W innych przypadkach dane zakodowane według ICD-11 na podstawie werbalnej autopsji ocenianej przez lekarzy lub algorytmów eksperckich mogą być agregowane i analizowane przy użyciu innych list tabulacyjnych, takich jak listy umieralności WHO (*WHO Mortality Lists*) lub kategorie *Global Health Estimates* / *Global Burden of Disease*.

We wszystkich przypadkach dane zakodowane na podstawie werbalnej autopsji powinny być jednoznacznie oznaczone według źródła danych i zastosowanej metody kodowania, a następnie odrębnie tabulowane dla każdego źródła danych i metody kodowania.

Kolumna 1 zawiera kod jednostki werbalnej autopsji. Kolumna 2 przedstawia odpowiadające tytuły hiperłączone do kodów ICD-11, które byłyby stosowane, jeśli stan wymieniony w kolumnie 2 byłby kodowany w ICD-11.

Kod werbalnej autopsji	Tytuł werbalnej autopsji
VAs-01 Choroby zakaźne i pasożytnicze	
VAs-01.01	Posocznica
VAs-01.02	Ostra infekcja dróg oddechowych, w tym zapalenie płuc
VAs-01.03	Zgon związany z HIV/AIDS
VAs-01.04	Choroby biegunkowe
VAs-01.05	Malaria

Kod werbalnej autopsji	Tytuł werbalnej autopsji
VAs-01.06	Odra
VAs-01.07	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenie mózgu
VAs-01.08	Tężec
VAs-01.09	Gruźlica płuc
VAs-01.10	Krztusiec
VAs-01.11	Gorączka krwotoczna
VAs-01.12	Gorączka denga
VAs-01.13	Choroba koronawirusowa (COVID-19)
VAs-01.99	Nieokreślona choroba zakaźna
Choroby niezakaźne	
VAs-98	Inne i nieokreślone choroby niezakaźne
VAs-02 Nowotwory	
VAs-02.01	Nowotwory jamy ustnej
VAs-02.02	Nowotwory układu pokarmowego
VAs-02.03	Nowotwory układu oddechowego
VAs-02.04	Nowotwory piersi
VAs-02.05	Nowotwory żeńskich narządów rozrodczych
VAs-02.06	Nowotwory męskich narządów rozrodczych
VAs-02.99	Inne i nieokreślone nowotwory
VAs-03 Zaburzenia odżywiania i endokrynologiczne	
VAs-03.01	Ciężka niedokrwistość
VAs-03.02	Ciężkie niedożywienie
VAs-03.03	Cukrzyca
VAs-04 Choroby układu krążenia	
VAs-04.01	Ostra choroba serca
VAs-04.02	Udar mózgu
VAs-04.03	Przełom w przebiegu anemii sierpowatokrwinkowej
VAs-04.99	Inne i nieokreślone choroby serca
VAs-05 Zaburzenia układu oddechowego	
VAs-05.01	Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)
VAs-05.02	Astma
VAs-06 Zaburzenia układu pokarmowego	
VAs-06.01	Ostry brzuch
VAs-06.02	Marskość wątroby
VAs-07 Zaburzenia funkcji nerek	
VAs-07.01	Niewydolność nerek
VAs-08 Zaburzenia psychiczne i układu nerwowego	
VAs-08.01	Padaczka
VAs-09 Zaburzenia związane z ciążą, porodem i połogiem	
VAs-09.01	Ciąża pozamaciczna
VAs-09.02	Zgon związany z poronieniem
VAs-09.03	Nadciśnienie indukowane ciążą
VAs-09.04	Krwotok położniczy

Kod werbalnej autopsji	Tytuł werbalnej autopsji
VAs-09.05	Poród z utrudnionym postępem
VAs-09.06	Sepsa związana z ciążą
VAs-09.07	Niedokrwistość w ciąży
VAs-09.08	Pęknięcie macicy
VAs-09.99	Inna i nieokreślona przyczyna matczyna
VAs-10 Noworodkowe przyczyny zgonu	
VAs-10.01	Przedwczesny poród lub niska masa urodzeniowa
VAs-10.02	Zamartwica okołoporodowa
VAs-10.03	Noworodkowe zapalenie płuc
VAs-10.04	Noworodkowa posocznica
VAs-10.05	Noworodkowy tężec
VAs-10.06	Wrodzona wada rozwojowa
VAs-10.99	Inna i nieokreślona okołoporodowa przyczyna zgonu
VAs-11 Martwe urodzenia	
VAs-11.01	Świeże martwe urodzenie
VAs-11.02	Zmacerowane martwe urodzenie
VAs-12 Zewnętrzne przyczyny zgonu	
VAs-12.01	Wypadek drogowy
VAs-12.02	Inny wypadek komunikacyjny
VAs-12.03	Przypadkowy upadek
VAs-12.04	Przypadkowe utonięcie i zanurzenie
VAs-12.05	Przypadkowe narażenie na dym, ogień i płomienie
VAs-12.06	Kontakt z jadowitymi zwierzętami i roślinami
VAs-12.07	Przypadkowe zatrucie i narażenie na szkodliwe substancje
VAs-12.08	Zamierzone samouszkodzenie
VAs-12.09	Napaść
VAs-12.10	Narażenie na siły przyrody
VAs-12.99	Inne i nieokreślone zewnętrzne przyczyny zgonu
VAs-99	Nieznana i niedokładnie określona przyczyna zgonu

3.15. Załącznik D: Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11

3.15.1. Rozdział 01 - Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 01

Rozdział zawiera więcej pozycji dotyczących chorób zakaźnych niż w przeszłości. Również grypa została przeniesiona z rozdziału dotyczącego układu oddechowego do rozdziału dotyczącego chorób zakaźnych. Gruźlica i trąd zostały zgrupowane jako „Choroby wywołane przez prątki", ponieważ identyfikacja, przebieg i leczenie są podobne. Choroby prionowe zostały przeniesione do rozdziału Układ nerwowy.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
A00-A09 Choroby zakaźne jelit	Zapalenie żołądka i jelit lub zapalenie okrężnicy o etiologii zakaźnej
A15-A19 Gruźlica	Część grupy - Choroby wywołane przez prątki
A20-28 Wybrane bakteryjne choroby odzwierzęce	Wybrane bakteryjne choroby odzwierzęce
A30-A49 Inne choroby bakteryjne	Inne choroby wywołane przez bakterie
A50-A64 Zakażenia przenoszone głównie drogą płciową	Zakażenia przenoszone głównie drogą płciową
A65-A69 Inne choroby wywołane przez krętki	Część grupy - Inne określone choroby wywołane przez bakterie
A70-A74 Inne choroby wywołane przez Chlamydia	Część grupy - Inne choroby wywołane przez bakterie
A75-A79 Choroby wywołane przez Rickettsia	Część grupy - Inne choroby wywołane przez bakterie
A80-A89 Wirusowe zakażenia ośrodkowego układu nerwowego	Wirusowe zakażenia ośrodkowego układu nerwowego
A92-A99 Gorączki wirusowe przenoszone przez stawonogi i wirusowe gorączki krwotoczne	Podzielone na dwie grupy - Inne gorączki wirusowe przenoszone przez stawonogi i Wybrane wirusowe choroby odzwierzęce
B00-B09 Zakażenia wirusowe charakteryzujące się uszkodzeniem skóry i błon śluzowych	Zakażenia wirusowe charakteryzujące się uszkodzeniem skóry i błon śluzowych
B15-B19 Wirusowe zapalenie wątroby	Wirusowe zapalenie wątroby
B20-B24 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV]	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV]
B25-B34 Inne choroby wirusowe	Inne wybrane choroby wirusowe
B35-B49 Grzybice	Grzybice
B50-B64 Choroby wywołane przez pierwotniaki	Część grupy - Choroby pasożytnicze
B65-B83 Robaczyce	Część grupy - Choroby pasożytnicze
B85-B89 Wszawica, akarioza i inne infestacje pasożytnicze	Część grupy - Choroby pasożytnicze
B90-B94 Następstwa chorób zakaźnych i pasożytniczych	Następstwa chorób zakaźnych
B95-B98 Bakteryjne, wirusowe i inne czynniki zakaźne	Teraz część kodów rozszerzających dla organizmów
B99-B99 Inne choroby zakaźne	Inne wybrane zaburzenia o podłożu zakaźnym

3.15.2. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 02

Najważniejszą zmianą w hierarchii Rozdziału 02 jest włączenie pewnych typów morfologii do rozdziału (wcześniej znajdujących się w ICD-10, Załącznik A). Obecnie istnieją kody po rozpoznaniu wstępnym (prekoordynacji) składające się zarówno z morfologii, jak i umiejscowienia. Inne typy morfologii i większa swoistość umiejscowienia, które nie zostały ujęte w Rozdziale 02, znajdują się w Rozdziale X, Kody rozszerzające, i mogą być wykorzystane do rozpoznania końcowego (postkoordynacji).

Inne zmiany obejmują: grupowanie wszystkich nowotworów mózgu i ośrodkowego układu nerwowego niezależnie od charakteru; grupowanie wszystkich tkanek układu krwiotwórczego i limfatycznego; oraz dodanie nowej grupy Nowotwory złośliwe pochodzenia mezenchymalnego. Poprzednia grupa ICD-10

Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze została podzielona na dwie oddzielne grupy - Nowotwory o niepewnym charakterze i Nowotwory o nieznanym charakterze.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
C00-C97 Nowotwory złośliwe	Nowotwory mózgu lub ośrodkowego układu nerwowego
	Nowotwory układu krwiotwórczego lub limfatycznego
	Nowotwory złośliwe, z wyjątkiem pierwotnych nowotworów układu limfatycznego, krwiotwórczego, ośrodkowego układu nerwowego lub tkanek pokrewnych
D00-D09 Nowotwory in situ	Nowotwory in situ, z wyjątkiem nowotworów układu limfatycznego, krwiotwórczego, ośrodkowego układu nerwowego lub tkanek pokrewnych
D10-D36 Nowotwory niezłośliwe	Nowotwory łagodne, z wyjątkiem nowotworów układu limfatycznego, krwiotwórczego, ośrodkowego układu nerwowego lub tkanek pokrewnych
D37-D48 Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze	Nowotwory o niepewnym charakterze, z wyjątkiem nowotworów układu limfatycznego, krwiotwórczego, ośrodkowego układu nerwowego lub tkanek pokrewnych
	Nowotwory o nieznanym charakterze, z wyjątkiem nowotworów układu limfatycznego, krwiotwórczego, ośrodkowego układu nerwowego lub tkanek pokrewnych

3.15.3. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 03

ICD-10, Rozdział 03 Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz wybrane choroby dotyczące mechanizmów immunologicznych został podzielony na dwa rozdziały: jeden dotyczący chorób krwi lub narządów krwiotwórczych (Rozdział 03) a drugi dotyczący zaburzeń układu odpornościowego (Rozdział 04). W ICD-10 było pięć głównych sekcji dotyczących zaburzeń krwi, które teraz zostały przeklasyfikowane na trzy sekcje w ICD-11.

Szeroka grupa Niedokrwistości i inne zaburzenia erytrocytów obejmuje obecnie Niedokrwistości z niedoborów pokarmowych, Niedokrwistości hemolityczne oraz Niedokrwistości aplastyczne i inne z podziałem na nabyte i wrodzone.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
D50-D53 Niedokrwistości z niedoborów pokarmowych	Część grupy - Niedokrwistości lub inne zaburzenia erytrocytów
D55-D59 Niedokrwistości hemolityczne	Część grupy - Niedokrwistości lub inne zaburzenia erytrocytów
D60-D64 Niedokrwistości aplastyczne i inne	Część grupy - Niedokrwistości lub inne zaburzenia erytrocytów
D65-D69 Zaburzenia krzepnięcia, plamice i inne skazy krwotoczne	Wady krzepnięcia, plamice lub inne skazy krwotoczne lub pokrewne
D70-D77 Inne choroby krwi i narządów krwiotwórczych	Pojęcia przeniesione do jednej z następujących grup: Niedokrwistości lub inne zaburzenia erytrocytów Wady

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
	krzepnięcia, plamice lub inne skazy krwotoczne lub pokrewne lub Choroby śledziony
D80-D89 Wybrane choroby dotyczące mechanizmów immunologicznych	Zostały przeniesione do Rozdziału 04 „Choroby układu odpornościowego”

3.15.4. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 04

ICD-10, Rozdział 03 „Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz wybrane choroby przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych” został podzielony na dwa rozdziały: jeden dotyczący chorób krwi lub narządów krwiotwórczych (Rozdział 03) i drugi dotyczący zaburzeń układu odpornościowego (Rozdział 04). Ten nowy rozdział (Rozdział 04) został stworzony, aby lepiej uchwycić złożoność procesów chorobowych układu odpornościowego.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
D80-D89 Wybrane choroby dotyczące mechanizmów immunologicznych	Pierwotne niedobory odporności
	Nabyte niedobory odporności
	Choroby autozapalne
	Choroby alergiczne lub reakcje nadwrażliwości
	Zaburzenia układu odpornościowego obejmujące linie komórkowe krwinek białych
	Niektóre choroby z udziałem układu odpornościowego
	Choroby grasicy

3.15.5. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 05

Wprowadzono zmiany i uzupełnienia w sekcji Cukrzyca, włączając kategorie Hiperglikemia pośrednia (w tym Zaburzenia regulacji glukozy) i Zespoły oporności na insulinę. Sekcja Zaburzenia odżywiania zawiera aktualną terminologię i szczegółową klasyfikację niedoborów witamin i minerałów oraz otyłości. Sekcja Zaburzenia metaboliczne zawiera również więcej szczegółów, a organizacja różnych rodzajów zaburzeń metabolicznych została poprawiona.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11 w Rozdziale 5

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
E00-E07 Choroby tarczycy	Zaburzenia tarczycy lub układu hormonalnego tarczycy. Struktura tej sekcji nie uległa zmianie, ale została poprawiona, aby lepiej odzwierciedlać obecne procesy chorobowe.
E10-E14 Cukrzyca	Cukrzyca (określa „typ” cukrzycy, tj. Typ 1, Typ 2, inny i nieokreślony. Powikłania „cukrzycowe” są przede wszystkim uwzględniane w odpowiednim rozdziale dotyczącym układu organizmu).
E15-E16 Inne zaburzenia regulacji poziomu glukozy oraz zaburzenia wydzielania wewnętrznego trzustki	Inne zaburzenia regulacji glikemii lub części wewnątrzwydzielniczej trzustki - pozostał bez zmian.

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
E20-E35 Zaburzenia innych gruczołów wydzielania wewnętrznego	Ta grupa klasyfikacyjna została rozdzielona, a nazwy sekcji zmieniono, aby lepiej odzwierciedlały stany sklasyfikowane w ramach każdej jednostki: Zaburzenia przytarczyc lub parathormonu Zaburzenia układu hormonalnego przysadki Zaburzenia nadnerczy lub nadnerczowego układu hormonalnego Zaburzenia układu hormonalnego gonad Niektóre zaburzenia dojrzewania Dysfunkcja wielogruczołowa Zaburzenia metabolizmu lipoprotein lub określone lipidemie
E40-E46 Niedożywienie	Niedożywienie — dodano dwa nowe podrozdziały Niedożywienie na podstawie kryteriów antropometrycznych lub klinicznych oraz Niedożywienia z powodu niedoborów określonych składników odżywczych
E50-E64 Inne niedobory pokarmowe	Część grupy - Niedożywienie
E65-E68 Otyłość i inne zespoły z hiperalimentacji	Nadwaga, otyłość lub nadmiar określonych składników odżywczych
E70-E90 Choroby metaboliczne	Zaburzenia metabolizmu z podrozdziałami opartymi na etiologii

3.15.6. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 06

Zmiany w tym rozdziale obejmują restrukturyzację hierarchii, włączenie bardziej aktualnej terminologii oraz specyficzne grupowanie pojedynczych epizodów szkodliwego zażywania, szkodliwego wzorca zażywania, uzależnienia, zatrucia i odwyku według rodzaju substancji.

W ICD-10 liczba dużych grup lub „bloków" zaburzeń była sztucznie ograniczana przez system kodowania dziesiętnego stosowany w klasyfikacji, tak że możliwe było posiadanie maksymalnie dziesięciu głównych grup zaburzeń w obrębie rozdziału dotyczącego zaburzeń psychicznych i behawioralnych (odpowiadającego cyfrom od 0 do 9). Oznaczało to, że utworzono pewne grupy, które nie były oparte na użyteczności klinicznej ani dowodach naukowych. Na przykład w ICD-10 jeden blok (F30-F39) poświęcony jest zaburzeniom nastroju (afektywnym), podczas gdy zaburzenia lękowe stanowią tylko część szerokiego i niejednorodnego bloku (F40-F49) zatytułowanego „Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną". Kolejny blok „Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi" łączy zaburzenia, które nie są powiązane pod względem objawów klinicznych i symptomatologii, z wyjątkiem tego, że mają coś wspólnego z ciałem.

Mając na uwadze ograniczone parametry strukturalne ICD-10, twórcy klasyfikacji wskazali rozsądny zestaw grup diagnostycznych. Jednak cechy strukturalne ICD-11 są bardziej elastyczne i umożliwiają uwzględnienie kluczowych cech w oparciu o dostępne dowody naukowe i aktualną praktykę w celu uzyskania bardziej optymalnej nozologii.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
F00-F09 Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi	Zaburzenia neuropoznawcze
F10-F19 Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	Część grupy - Zaburzenia spowodowane używaniem substancji lub zachowaniami nałogowymi
F20-F29 Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe	Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne
F30-F39 Zaburzenia nastroju [afektywne]	Zaburzenia nastroju
F40-F48 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną	Zaburzenia związane z lękiem lub strachem
F50-F59 Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	Przeniesiono pomiędzy Zaburzenia odżywiania i jedzenia, Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub połogiem i nowymi rozdziałami pt. Zaburzenia snu oraz Zdrowie seksualne
F60-F69 Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	Zaburzenia osobowości i cechy pokrewne
F70-F79 Upośledzenie umysłowe	Część grupy - Zaburzenia neurorozwojowe
F80-F89 Zaburzenia rozwoju psychologicznego	Część grupy - Zaburzenia neurorozwojowe
F90-F98 Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym	Część grupy - Zaburzenia neurorozwojowe
F99-F99 Nieokreślone zaburzenia psychiczne	Nieokreślona pozostała treść dla rozdziału

3.15.7. Rozdział 07 jest nowym dodatkiem do ICD-11, którego nie było w poprzednich wydaniach

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Poprzednia lokalizacja w ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
Kody z rozdziałów Zdrowie psychiczne i Układ nerwowy	Zaburzenia z bezsennością
Koncepcja nieobecna w ICD-10	Zaburzenia ruchowe związane ze snem
Kody z rozdziałów Zdrowie psychiczne i Układ nerwowy	Zaburzenia z nadmierną sennością
Kody z rozdziałów Neurologia i Endokrynologia	Zaburzenia oddychania związane ze snem
Kody z rozdziału Zdrowie psychiczne	Parasomnie
Kody z rozdziału Neurologia	Zaburzenia rytmu snu i czuwania
Kody z rozdziału Neurologia	Wybrane określone zaburzenia snu

3.15.8. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 08

W tym rozdziale nastąpiła poważna restrukturyzacja i zmiana poprzednich koncepcji z ICD-10. Dodano również szereg nowych koncepcji. Choroby naczyniowo-mózgowe zostały przeniesione do rozdziału Neurologia a elementy o mnogich kodach nadrzędnych do rozdziału Układ krążenia. Przemijający atak niedokrwienny (TIA) znajduje się teraz również w rozdziale Choroby naczyń mózgowych i pojawia się w rozdziale Choroby układu nerwowego.

ICD-11 dostrzega gruntowne zmiany w organizacji bloków, które składają się na rozdział dotyczący neurologii. Restrykcyjny system kodowania dziesiętnego ICD-10, który może zawierać tylko 11 bloków zaburzeń na rozdział, skutkował blokami zawierającymi różne jednostki neurologiczne, które logicznie nie pasowały do siebie, takie jak blok zaburzeń epizodycznych i napadowych, zawierający zaburzenia bólu głowy, padaczkę, przemijające napady niedokrwienne i zaburzenia snu. Obecnie w ICD-11 bóle głowy, epilepsję i zaburzenia naczyniowo-mózgowe umieszczono na poziomie bloku, a zaburzenia snu na poziomie rozdziału (Rozdział 07).

Zmieniła się nie tylko struktura rozdziału neurologicznego, ale podejście do klasyfikacji również integruje obecną praktykę kliniczną i postępy w zrozumieniu chorób neurologicznych. Od czasu opublikowania ICD-10 dokonano ogromnego postępu w dziedzinie genetyki, biologii molekularnej i technologii medycznych. Wzrost liczby kodów jest nieunikniony, gdy zastanowimy się nad ostatnim przyrostem wiedzy w neurologii, dlatego celem jest równowaga między kompleksowością, użytecznością kliniczną i utrzymaniem podejścia do zdrowia publicznego. Grupy robocze zajęły się tym problemem poprzez rozważenie częstszych zaburzeń pojawiających się w rozdziale, przy czym mniej powszechne wariacje etiologiczne tych zaburzeń podlegają technice „podwójnego kodowania". Istotną zmianą ilustrującą postęp wiedzy jest dodanie bloku zatytułowanego „Zaburzenia paraneoplastyczne i autoimmunologiczne układu nerwowego". Blok ten zawiera choroby neurologiczne o podłożu immunologicznym, dziedzinę, w której wiedza eksplodowała w ostatnich latach. Drugim przykładem tego, jak nowa wersja odzwierciedla postęp w biologii molekularnej, jest przyznawanie statusu blokowania chorób prionowych pomimo ich rzadkości. Wcześniej były one częścią infekcji bloku ośrodkowego układu nerwowego, ale zainteresowanie badawcze po istotnym problemie dla zdrowia publicznego w Europie, który był w latach 90. doprowadziło do odkrycia nowych wariantów chorób prionowych.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
G00-G09 Choroby zapalne ośrodkowego układu nerwowego	Ta sekcja znajduje się teraz w Rozdziale 1 w nowym bloku o nazwie Inne niż wirusowe zakażenia ośrodkowego układu nerwowego
G10-G14 Układowe zaniki pierwotnie zajmujące ośrodkowy układ nerwowy	Podział pomiędzy sekcjami Zaburzenia ruchowe i Choroby neuronu ruchowego lub zaburzenia pokrewne
G20-G26 Zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych	Zaburzenia ruchowe
G30-G32 Inne choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego	Zaburzenia neuropoznawcze

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
G40-G47 Zaburzenia okresowe i napadowe	Padaczka lub napady padaczkowe, Zaburzenia z bólem głowy i niedrożność naczyń mózgowych. Sekcja Zaburzenia snu tworzy teraz samodzielny rozdział (Rozdział 07)
G50-G59 Zaburzenia obejmujące nerwy, korzenie nerwów rdzeniowych i sploty nerwowe	Zaburzenia korzenia nerwowego, splotu nerwowego lub nerwów obwodowych
G60-G64 Polineuropatie i inne zaburzenia obwodowego układu nerwowego	Polineuropatia, Mononeuropatia i Neuropatia dziedziczna
G70-G73 Choroby połączeń nerwowo-mięśniowych i mięśni	Choroby złącza nerwowo-mięśniowego lub mięśni
G80-G83 Mózgowe porażenie dziecięce i inne zespoły porażenne	Porażenie mózgowe
G90-G99 Inne zaburzenia układu nerwowego	Inne zaburzenia układu nerwowego - następujące elementy przeniesiono do własnej grupy: Choroby autonomicznego układu nerwowego, Zaburzenia ciśnienia lub przepływu płynu mózgowo-rdzeniowego, Zaburzenia rdzenia kręgowego z wyłączeniem urazów
A81 Atypowe wirusowe zakażenia ośrodkowego układu nerwowego	Choroby prionowe

3.15.9. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 09

W przypadku ICD-11 nastąpiły poważne zmiany w strukturze i hierarchii tego rozdziału. Konwencja etiologii/manifestacji (krzyżyk/gwiazdka) z ICD-10 nie została zachowana w ICD-11.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
H00-H06 Zaburzenia powiek, narządu łzowego i oczodołu	Zaburzenia przydatków oka lub oczodołu
H10-H13 Zaburzenia spojówek	Zaburzenia spojówek
H15-H22 Zaburzenia twardówki, rogówki, tęczówki i ciała rzęskowego	Nowy podział pomiędzy grupami Zaburzenia przedniego odcinka gałki ocznej i Zaburzenia tylnego odcinka gałki ocznej
H25-H28 Zaburzenia soczewki	Zaburzenia soczewki
H30-H36 Zaburzenia błony naczyniowej i siatkówki	Osobne kategorie w sekcji Zaburzenia tylnego odcinka gałki ocznej
H40-H42 Jaskra	Jaskra lub podejrzenie jaskry
H43-H45 Zaburzenia ciała szklistego i gałki ocznej	Nowy podział pomiędzy grupami Zaburzenia tylnego odcinka gałki ocznej i Zaburzenia wywierające wpływ na odcinek przedni oraz odcinek tylny gałki ocznej
H46-H48 Zaburzenia nerwu wzrokowego i drogi wzrokowej	Zaburzenia drogi wzrokowej lub ośrodka wzroku
H49-H52 Zaburzenia mięśni gałki ocznej, obuocznej motoryki, akomodacji i refrakcji	Nowy podział pomiędzy grupami Zez lub zaburzenia motoryki oka i Zaburzenia refrakcji lub akomodacji
H53-H54 Upośledzenie widzenia i ślepota	Upośledzenie widzenia

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
H55-H59 Inne zaburzenia oka i przydatków oka	Nowy podział pomiędzy grupami Oczopląs i Pozabiegowe uszkodzenia oka lub przydatków oka

3.15.10. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 10

Rozdział ten zachował podobną strukturę jak w ICD-10, z niewielkimi zmianami.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
H60-H62 Choroby ucha zewnętrznego	Choroby ucha zewnętrznego
H65-H75 Choroby ucha środkowego i wyrostka sutkowatego	Choroby ucha środkowego i wyrostka sutkowatego
H80-H83 Choroby ucha wewnętrznego	Choroby ucha wewnętrznego
H90-H95 Inne choroby ucha	Przeniesienie do grup Zaburzenia z upośledzeniem słuchu, Zaburzenia ucha, niesklasyfikowane gdzie indziej oraz Pooperacyjne zaburzenia ucha i wyrostka sutkowatego

3.15.11. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 11

W tym rozdziale dokonano pewnej restrukturyzacji i przegrupowania, dodając nowe koncepcje oparte na postępach medycznych ostatnich 20 lat. Zaktualizowano terminologię medyczną. Poszerzono sekcje dotyczące nadciśnienia tętniczego i chorób zastawek serca. Choroby zastawek serca przeszły z klasyfikacji opartej na etiologii (reumatyczna/niereumatyczna), a następnie na typie zastawki i fizjologii choroby; zgodnie z obecną praktyką kliniczną w hierarchii opartej na typie zastawki, następnie fizjologii choroby, a następnie etiologii. W związku z tym niereumatyczna choroba zastawkowa została przeniesiona z sekcji „Inne postacie chorób serca” do sekcji Choroby zastawek serca. Ostra gorączka reumatyczna została przeniesiona do Rozdziału 1.

Choroby naczyń mózgowych zostały przeniesione do rozdziału Neurologia (08) jako ich główny kod nadrzędny, a Rozdział Krążenie jest wtórnym kodem nadrzędnym.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11 w Rozdziale 11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
I00-I02 Ostra choroba reumatyczna	Przeniesiono do Rozdziału 01 Choroby zakaźne
I05-I09 Przewlekła choroba reumatyczna serca	Choroby zastawek serca - Zmiana hierarchii w klasyfikacji chorób zastawek serca na typ zastawki, a następnie na etiologię
I10-I15 Nadciśnienie tętnicze	Nadciśnienie tętnicze - Pozostaje względnie bez zmian z rozszerzeniem niektórych kategorii, nadciśnienie samoistne obejmuje teraz podkategorie dla nadciśnienia rozkurczowego/skurczowego
I20-I25 Choroba niedokrwienna serca	Choroba niedokrwienna serca - Zmiana terminologii dla AMI w celu odzwierciedlenia tylko STEMI/NSTEMI.

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
	Włączenie ram czasowych dla starego AMI. Rozbudowa powikłań po AMI. Nowa sekcja „Choroby tętnic wieńcowych" obejmująca miażdżycę tętnic wieńcowych, tętniaka tętnicy wieńcowej, rozwarstwienie, przetokę
I26-I28 Zespół sercowo-płucny i choroby krążenia płucnego	Zespół sercowo-płucny i choroby krążenia płucnego - Rozszerzenie niektórych kategorii (np. nadciśnienie płucne) o nowe pojęcia, w szczególności nadciśnienie płucne.
I30-I52 Inne choroby serca	Ten tytuł kategorii bloku już nie istnieje w ICD-11, a pojęcia w nim zawarte zostały wyodrębnione i rozszerzone o nową terminologię i procesy chorobowe
I60-I69 Choroby naczyń mózgowych	Przeklasyfikowano do Rozdziału 08 Choroby układu nerwowego
I70-I79 Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych	Choroby naczyń włosowatych przeniesiono do rozdziału Choroby skóry
I80-I89 Choroby żył, naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych, niesklasyfikowane gdzie indziej	Ta sekcja została podzielona na dwa główne bloki: Choroby żył i Choroby naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych. Żylaki przełyku i Żylaki odbytu zostały przeklasyfikowane do Rozdziału 13 Choroby układu pokarmowego - odpowiednio do Choroby naczyniowe przełyku i Choroby naczyniowe odbytu i kanału odbytu
I95-I99 Inne i nieokreślone zaburzenia układu krążenia	Wyraźne rozszerzenie sekcji dotyczącej zaburzeń pozabiegowych o nowe kody zaburzeń pozabiegowych po naprawie wad wrodzonych.

3.15.12. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 12

Dokonano pewnej restrukturyzacji i przegrupowania tego rozdziału, dodano nowe koncepcje i uwzględniono zaktualizowaną i aktualną terminologię.

Dodano nową sekcję, Inhalacyjne, zawodowe i środowiskowe choroby płuc, aby poprawić klasyfikację chorób układu oddechowego według ich etiologii.

Zaburzenia oddychania i kontroli oddechu w czasie snu zostały przeniesione do nowego rozdziału Zaburzenia snu (Rozdział 7) i wtórnie umieszczone w rozdziale Układ oddechowy.

Mukowiscydoza została przeniesiona do Rozdziału Układ oddechowy i przeniesiona do Rozdziału 05 „Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych".

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11 w Rozdziale 12

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
J00-J06 Ostre zakażenia górnych dróg oddechowych	Część Zaburzenia górnych dróg oddechowych, Choroby zakaźne według czynnika zakaźnego
J09-J18 Grypa i zapalenie płuc	Zakażenia układu oddechowego
J20-J22 Inne ostre zakażenia dolnych dróg oddechowych	Włączone do grupy - Zakażenia układu oddechowego
J30-J39 Inne choroby górnych dróg oddechowych	Włączone do grupy - Zaburzenia górnych dróg oddechowych

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
J40-J47 Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych	Wybrane choroby dolnych dróg oddechowych
J60-J70 Choroby płuc wywołane przez czynniki zewnętrzne	Choroby płuc wywołane przez czynniki zewnętrzne
J80-J84 Inne choroby układu oddechowego dotyczące przede wszystkim tkanki śródmiąższowej	Choroby układu oddechowego dotyczące przede wszystkim śródmiąższu płuc
J85-J86 Stany ropne i martwicze dolnych dróg oddechowych	Włączone do grupy - Zakażenia układu oddechowego
J90-J94 Inne choroby opłucnej	Zaburzenia opłucnej, przepony lub śródpiersia
J95-J99 Inne choroby układu oddechowego	Wybrane choroby układu oddechowego Pozabiegowe zaburzenia układu oddechowego przeniesiono do własnej grupy. Zaburzenia dotyczące śródpiersia i przepony przeniesiono do sekcji Zaburzenia opłucnej, przepony lub śródpiersia

3.15.13. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 13

W tym rozdziale nastąpiła poważna restrukturyzacja i zmiana poprzednich koncepcji z ICD-10. Do hierarchii dodano szczegółowe grupy anatomiczne, takie jak „Choroby dwunastnicy", „Choroby kanału odbytu" czy „Choroby trzustki". Włączono również niezależne kategorie zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego i chorób zapalnych jelit, aby ująć szerokie obszary anatomiczne. Dodatkowe wymiary są dostępne w sekcji wyników badań klinicznych w Rozdziale 21 i w Rozdziale X „Kody rozszerzające" do wykorzystania w rozpoznaniu końcowym (postkoordynacji). Na przykład z krwotokiem i bez krwotoku, z niedrożnością i bez, z wodobrzuszem i bez, z lateralizacją i większą swoistością miejsca itp.

Chociaż klasyfikacja ICD-10 obejmowała choroby jamy ustnej, gruczołów ślinowych oraz szczęki i żuchwy, odpowiednia część rozdziału 13 w ICD-11 została ulepszona pod względem struktury i treści, aby uwzględnić choroby i zaburzenia kompleksu ustno-twarzowego.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
K00-K14 Choroby jamy ustnej, gruczołów ślinowych, żuchwy i szczęki	Choroby lub zaburzenia kompleksu ustno-twarzowego
K20-K31 Choroby przełyku, żołądka i dwunastnicy	Teraz w dwóch grupach - Choroby przełyku i Choroby żołądka i dwunastnicy
K35-K38 Choroby wyrostka robaczkowego	Choroby wyrostka robaczkowego
K40-K46 Przepuklina	Przepuklina
K50-K52 Niezakaźne zapalenie jelita cienkiego i grubego	Teraz w dwóch grupach - Zapalenie żołądka, w Choroby żołądka i Wybrane niezakaźne zapalenie okrężnicy lub odbytnicy
K55-K64 Inne choroby jelit	Przeniesiono do różnych nowych grup na podstawie lokalizacji anatomicznej
K65-K67 Choroby otrzewnej	Choroby otrzewnej

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
K70-K77 Choroby wątroby	Choroby wątroby
K80-K87 Choroby pęcherzyka żółciowego, dróg żółciowych i trzustki	Teraz w dwóch grupach - Choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych oraz Choroby trzustki
K90-K93 Inne choroby układu pokarmowego	Przeniesiono do różnych grup w tym Pozabiegowe zaburzenia przewodu pokarmowego i Wyniki badań dodatkowych układu pokarmowego

3.15.14. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 14

Rozdział 14 przeszedł gruntowną restrukturyzację, w której dodano bardziej szczegółowe jednostki. Zaktualizowano terminologię, aby była bardziej aktualna. Szczegóły pochodzą z połączenia terminologii dermatologicznej amerykańskiej, brytyjskiej i niemieckiej.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
L00-L08 Zakażenia skóry i tkanki podskórnej	Niektóre zaburzenia skóry związane z zakażeniem lub infestacją
L10-L14 Choroby pęcherzowe	Zmieniono nazwę Immunologiczne choroby pęcherzowe skóry i włączono do dermatoz zapalnych
L20-L30 Zapalenie skóry i wyprysk	Zapalenie skóry i wyprysk
L40-L45 Choroby grudkowo-złuszczające	Zapalenia skóry grudkowo-złuszczające (włączono do dermatoz zapalnych)
L50-L54 Pokrzywka i rumień	Część grupy - Pokrzywka, obrzęk naczynioruchowy i inne zaburzenia pokrzywkowe oraz Rumienie zapalne i inne odczynowe dermatozy zapalne
L55-L59 Choroby skóry i tkanki podskórnej związane z promieniowaniem	Dermatozy wywołane światłem lub promieniowaniem UV
L60-L75 Choroby przydatków skóry	Zaburzenia naskórka i przydatków naskórka
L80-L99 Inne choroby skóry i tkanki podskórnej	Przeniesiono do różnych grup w zrestrukturyzowanym rozdziale o chorobach skóry

3.15.15. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 15

Bloki w tym rozdziale zostały uporządkowane, a nowy blok - Zespoły autozapalne został dodany do rozdziału Immunologia i wtórnie tu umieszczony. Obszar chorób kręgosłupa został zrestrukturyzowany i przemianowany na Choroby związane z kręgosłupem.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
M00-M25 Artropatie	Artropatie
M30-M36 Układowe choroby tkanki łącznej	Przeniesiono do Rozdziału 04 „Choroby układu odpornościowego”
M40-M54 Choroby grzbietu	Choroby kręgosłupa
M60-M79 Choroby tkanek miękkich	Choroby tkanek miękkich
M80-M94 Choroby tkanki kostnej i chrzęstnej	Osteopatie lub chondropatie
M95-M99 Inne choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	Przeniesiono do różnych grup, w tym Niektóre określone nabyte deformacje układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanki łącznej, niesklasyfikowane gdzie indziej oraz Pozabiegowe zaburzenia mięśniowo-szkieletowe, niesklasyfikowane gdzie indziej

3.15.16. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 16

Rozdział 16 został zmieniony w celu rozróżnienia chorób żeńskiego układu płciowego, męskiego układu płciowego i układu moczowego. Obecną wiedze naukową odzwierciedla więcej szczegółów w obszarach związanych z brakiem miesiączki, dysfunkcji jajników, bólu miednicy u kobiet, endometriozy, adenomiozy, niepłodnością u kobiet, niepłodnością u mężczyzn, wczesną utratą ciąży i zakończeniem ciąży, Hierarchia została teraz podzielona na zaburzenia niezapalne i zaburzenia zapalne, które są dalej podzielone według grup anatomicznych. Te grupy są w takiej kolejności, w której następuje badania ginekologiczne i położnicze, tj. od zewnętrznych do wewnętrznych narządów płciowych. Nowotwory układu moczowego znajdują się przede wszystkim w Rozdziale 02 „Nowotwory”, strukturalne wady rozwojowe układu moczowego znajdują się głównie w Rozdziale 20, a Objawy, oznaki chorobowe lub wyniki badań klinicznych dotyczące układu moczowego znajdują się przede wszystkim w Rozdziale 21.

Wszystkie choroby związane z nerkami są obecnie klasyfikowane w głównej kategorii „Choroby układu moczowego”. Ostra niewydolność nerek i przewlekła choroba nerek uwzględniają obecnie stosowaną klasyfikację stopnia zaawansowania zaproponowaną przez Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO).

Klasyfikacja Choroby kłębuszków nerkowych uległa zmianie i jest obecnie podzielona na cechy/zespoły kliniczne. Dodano nowy blok Torbielowata i dysplastyczna choroba nerek, pierwotnie sklasyfikowana w ICD-10 w Rozdziale 17 „Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe”, z odpowiednimi jednostkami pogrupowanymi razem i opartymi na wytycznych KDIGO z 2015 roku.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
N00-N08 Choroby kłębuszków nerkowych	Choroby kłębuszków nerkowych - zaklasyfikowano do Choroby układu moczowego. Ta sekcja została teraz sklasyfikowana zgodnie z cechami lub zespołami klinicznymi. Nadal obejmuje: Zespół nerytyczny, Zespół nerczycowy, Izolowany białkomocz i albuminuria. Podpodziały opisujące morfologię typowo określaną przez biopsję zostały przeniesione do Rozdziału 21 Wyniki badań klinicznych układu moczowego. Z białkomoczu ze zmianami morfologicznymi usunięto podpodziały na podstawie wyników badań za pomocą mikroskopii elektronowej i immunofluorescencji. Jest to obecnie klasyfikowane jako Izolowany białkomocz i albuminuria.
N10-N16 Choroby cewkowo-śródmiąższowe nerek	Choroby cewkowo-śródmiąższowe nerek - zaklasyfikowano do Choroby układu moczowego. Sekcja pozostaje względnie taka sama. Martwica kanalików i kory została oddzielona od ostrej niewydolności nerek jako odrębna jednostka kodowana, zaklasyfikowana do tej sekcji.
N17-N19 Niewydolność nerek	Niewydolność nerek - zaklasyfikowano do Choroby układu moczowego. Ostra niewydolność nerek nie jest już pojęciem zbiorczym, które wcześniej identyfikowało ostre uszkodzenie nerek, tj. ostrą martwicę cewek nerkowych.
N20-N23 Kamica moczowa	Kamica moczowa - zaklasyfikowano do Choroby układu moczowego. Wtórnie podzielono na górne drogi moczowe (obejmujące nerki i moczowód) i dolne drogi moczowe (obejmujące pęcherz i cewkę moczową). Kolka nerkowa została przeklasyfikowana do Rozdziału 21 Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych dotyczące układu moczowego
N25-N29 Inne zaburzenia nerki i moczowodu	Wybrane określone choroby nerki i moczowodu - zaklasyfikowano do Choroby układu moczowego. Ponowna klasyfikacja zaburzeń związanych z rozmiarem nerek do Rozdziału 21 Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych dotyczące układu moczowego - Makroskopowe zmiany wielkości nerki
N30-N39 Inne choroby układu moczowego	Wybrane określone choroby układu moczowego - pozostaje podobnie jak ICD-10
N40-N51 Choroby męskich narządów płciowych	Choroby męskich narządów płciowych - pozostaje podobnie jak ICD-10
N60-N64 Choroby piersi	Choroby piersi - pozostaje podobnie jak ICD-10
N70-N77 Choroby zapalne narządów miednicy u kobiet	Zaburzenia zapalne żeńskich narządów płciowych - zaklasyfikowano do Choroby żeńskich narządów płciowych.
N80-N98 Niezapalne choroby żeńskiego układu rozrodczego	Niezapalne choroby żeńskiego układu rozrodczego - zaklasyfikowano do Choroby żeńskich narządów płciowych.
N99 Inne zaburzenia układu moczowo-płciowego	Inne zaburzenia układu moczowo-płciowego - Pozabiegowe zaburzenia układu moczowo-płciowego przeniesiono poza tę sekcję tworząc własną grupę

3.15.17. Rozdział 17 jest nowym dodatkiem do ICD-11, którego nie było w poprzednich wydaniach

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Poprzednia lokalizacja w ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
Kody z kategorii Zdrowie psychiczne F52 Zaburzenia seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną	Dysfunkcje seksualne
Kody z kategorii Zdrowie psychiczne F52 Zaburzenia seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną oraz z kategorii Układ moczowo-płciowy N94 Ból i inne stany związane z żeńskimi narządami rozrodczymi i cyklem miesiączkowym	Zaburzenia związane z bólem podczas aktywności seksualnej
Kody z kategorii Zdrowie psychiczne F64 Zaburzenia identyfikacji płciowej	Niezgodność płciowa

3.15.18. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 18

Rozdział został uporządkowany, ale treść pozostaje podobna do tej w ICD-10. Wprowadzono pewne zmiany i uzupełnienia w sekcjach Opieka położnicza dotycząca płodu, owodni i potencjalnych powikłań porodowych oraz Powikłania czynności porodowej i porodu. Dołączono dodatkowe specyfikacje do „Ciąża zakończona poronieniem". Dodano nową sekcję Krwotok położniczy, aby umożliwić grupowanie wszystkich rodzajów krwotoków.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
O00-O08 Ciąża zakończona poronieniem	Ciąża zakończona poronieniem
O10-O16 Obrzęk, białkomocz i nadciśnienie podczas ciąży, porodu i połogu	Obrzęki, białkomocz lub nadciśnienie tętnicze w okresie ciąży, porodu lub połogu
O20-O29 Inne zaburzenia u ciężarnej związane głównie z ciążą	Niektóre określone zaburzenia matczyne związane głównie z ciążą
O30-O48 Opieka położnicza dotycząca płodu, owodni i potencjalnych powikłań porodowych	Opieka położnicza związana z płodem, jamą owodniową lub ewentualnymi problemami z porodem
O60-O75 Powikłania czynności porodowej i porodu	Powikłania czynności porodowej lub porodu
O80-O84 Poród	Poród
O85-O92 Powikłania związane głównie z połogiem	Powikłania związane głównie z okresem połogu

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
O94-O99 Inne stany położnicze, niesklasyfikowane gdzie indziej	Niektóre schorzenia położnicze, niesklasyfikowane gdzie indziej

3.15.19. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 19

Nastąpiła pewna zmiana kolejności tego rozdziału, ale pozostaje on podobny do tego w ICD-10. Pojawiła się nowa grupa zaburzeń neurologicznych specyficznych dla okresu okołoporodowego lub noworodkowego oraz kody rozszerzające dla wieku ciążowego noworodka.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
P00-P04 Stan płodu i noworodka spowodowany czynnikami matczynymi oraz powikłaniami ciąży, czynności porodowej i porodu	Stan płodu i noworodka spowodowany czynnikami matczynymi oraz powikłaniami ciąży, czynności porodowej lub porodu
P05-P08 Zaburzenia związane z czasem trwania ciąży i rozwojem płodu	Zaburzenia związane z czasem trwania ciąży i rozwojem płodu
P10-P15 Uraz okołoporodowy	Uraz okołoporodowy
P20-P29 Zaburzenia oddechowe i sercowo-naczyniowe swoiste dla okresu okołoporodowego	Podzielono na dwie grupy: Zaburzenia oddechowe okresu okołoporodowego lub noworodkowego; Zaburzenia sercowo-naczyniowe obecne w okresie okołoporodowym lub noworodkowym
P35-P39 Zakażenia swoiste dla okresu okołoporodowego	Zakażenia płodu lub noworodka
P50-P61 Zaburzenia krwotoczne i choroby krwi u płodu i noworodka	Zaburzenia krwotoczne i choroby krwi u płodu i noworodka
P70-P74 Przemijające zaburzenia wydzielania wewnętrznego oraz metaboliczne swoiste dla płodu i noworodka	Przemijające zaburzenia wydzielania wewnętrznego lub zaburzenia metaboliczne płodu lub noworodka
P75-P78 Zaburzenia układu pokarmowego u płodu i noworodka	Zaburzenia przewodu pokarmowego u płodu lub noworodka
P80-P83 Stany dotyczące powłok ciała i termoregulacji u płodu i noworodka	Podzielono na dwie grupy: Stany dotyczące powłok ciała płodu i noworodka; Zaburzenia termoregulacji u noworodka
P90-P96 Inne zaburzenia rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	Wybrane zaburzenia rozpoczynające się w okresie okołoporodowym - Blok 91 Inne zaburzenia mózgowe noworodka przeniesiono do nowej grupy Zaburzenia neurologiczne okresu okołoporodowego lub noworodkowego

3.15.20. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 20

Ten rozdział przeszedł gruntowną ewolucję, w tym zmianę tytułu z Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe na Wady rozwojowe. Wszystkie zespoły genetyczne bez

strukturalnych wad rozwojowych zostały przeniesione do odpowiednich rozdziałów ICD, zgodnie z zajętym układem(-ami) ciała.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Poprzednia lokalizacja w ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
Q00-Q07 Wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego	Strukturalne wady rozwojowe układu nerwowego - grupa w Strukturalne wady rozwojowe pierwotnie dotyczące jednego układu organizmu
Q10-Q18 Wrodzone wady rozwojowe oka, ucha, twarzy i szyi	Podzielono na cztery oddzielne grupy w Strukturalne wady rozwojowe pierwotnie dotyczące jednego układu organizmu: Strukturalne wady rozwojowe oka, powieki lub narządu łzowego Strukturalne wady rozwojowe ucha Strukturalne wady rozwojowe twarzy, jamy ustnej lub zębów Strukturalne wady rozwojowe szyi
Q20-Q28 Wrodzone wady rozwojowe układu krążenia	Strukturalne wady wrodzone układu krążenia - grupa w Strukturalne wady rozwojowe pierwotnie dotyczące jednego układu organizmu
Q30-Q34 Wrodzone wady rozwojowe układu oddechowego	Strukturalne wady rozwojowe układu oddechowego - grupa w Strukturalne wady rozwojowe pierwotnie dotyczące jednego układu organizmu
Q35-Q37 Rozszczep wargi i podniebienia	Rozszczep wargi, wyrostka zębodołowego lub podniebienia stanowi podsekcję w grupie Strukturalne wady rozwojowe twarzy, jamy ustnej lub zębów
Q38-Q45 Inne wrodzone wady rozwojowe układu pokarmowego	Strukturalne wady rozwojowe przewodu pokarmowego - grupa w Strukturalne wady rozwojowe pierwotnie dotyczące jednego układu organizmu
Q50-Q56 Wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych	Podzielono na dwie odrębne grupy w Strukturalne wady rozwojowe pierwotnie dotyczące jednego układu organizmu: Strukturalne wady rozwojowe żeńskich narządów płciowych; Strukturalne wady rozwojowe męskiego układu rozrodczego
Q60-Q64 Wrodzone wady rozwojowe układu moczowego	Strukturalne wady rozwojowe układu moczowego - grupa w Strukturalne wady rozwojowe pierwotnie dotyczące jednego układu organizmu
Q65-Q79 Wrodzone wady rozwojowe i zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego	Strukturalne wady rozwojowe szkieletu
Q80-Q89 Inne wrodzone wady rozwojowe	Przeniesiono do różnych grup w obrębie nowej struktury rozdziału
Q90-Q99 Aberracje chromosomowe, niesklasyfikowane gdzie indziej	Wady chromosomowe, z wyłączeniem mutacji genów

3.15.21. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 21

Rozdział ten przeszedł gruntowną ewolucję, a hierarchia wysokiego szczebla jest obecnie zgodna z rozdziałami ICD. Niektóre postacie kliniczne, które poprzednio znajdowały się w innych rozdziałach

jako kody z gwiazdką, teraz znajdują się tutaj. Dodano nową kategorię Wyniki badań dotyczące oporności mikroorganizmów na leki przeciwdrobnoustrojowe.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
R00-R09 Objawy i cechy chorobowe dotyczące układu krążenia i układu oddechowego	Podzielono na dwie grupy: Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych dotyczące układu krążenia; Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych dotyczące układu oddechowego
R10-R19 Objawy i cechy chorobowe dotyczące układu pokarmowego i jamy brzusznej	Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych dotyczące układu pokarmowego i jamy brzusznej
R20-R23 Objawy i cechy chorobowe dotyczące skóry i tkanki podskórnej	Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych dotyczące skóry
R25-R29 Objawy i cechy chorobowe dotyczące układu nerwowego i układu mięśniowo-szkieletowego	Podzielono na dwie grupy: Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych dotyczące układu nerwowego; Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych dotyczące układu mięśniowo-szkieletowego
R30-R39 Objawy i cechy chorobowe dotyczące układu moczowego	Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych dotyczące układu moczowo-płciowego - część grupy Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych dotyczące układu moczowo-płciowego
R40-R46 Objawy i cechy chorobowe dotyczące poznawania, postrzegania, stanu emocjonalnego i zachowania	Przeorganizowano w różne podsekcje w ramach Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych dotyczące stanu psychicznego lub zachowania
R47-R49 Objawy i cechy chorobowe dotyczące mowy i głosu	Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych dotyczące mowy lub głosu
R50-R69 Objawy i cechy chorobowe ogólne	Ogólne objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych
R70-R79 Nieprawidłowe wyniki badań krwi, bez rozpoznania	Ujęte w grupie Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych dotyczące krwi, narządów krwiotwórczych lub układu odpornościowego
R80-R82 Nieprawidłowe wyniki badań moczu, bez rozpoznania	Wyniki badań dodatkowych moczu bez rozpoznania w ramach grupy Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych dotyczące układu moczowego
R83-R89 Nieprawidłowe wyniki badań innych płynów ustrojowych, substancji i tkanek, bez rozpoznania	Wyniki badań dodatkowych badań materiału pobranego z innych określonych narządów, układów i tkanek w ramach grupy Ogólne objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych
R90-R94 Nieprawidłowe wyniki diagnostycznych badań obrazowych i czynnościowych, bez rozpoznania	Podzielono na dwie podsekcje: Nieprawidłowe wyniki diagnostycznych badań obrazowych niesklasyfikowane gdzie indziej; Nieprawidłowe wyniki badań funkcji innych narządów i układów w ramach grupy Nieprawidłowe wyniki, niesklasyfikowane gdzie indziej
R95-R99 Niedokładnie określone lub nieznane przyczyny zgonu	Niedokładnie określone lub nieznane przyczyny zgonu

3.15.22. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 22

Kategorie wysokiego poziomu mają tylko kilka zmian. Zmiany dotyczą głównie niższego poziomu kodowania i obejmują dodanie bardziej szczegółowych kategorii typów urazów oraz lokalizacji urazów na ciele. Nie ma już odrębnych kodów dla oparzeń i oparzeń chemicznych. Wszystkie są razem w kategorii Oparzenia. Dodatkowe wymiary są dostępne w Rozdziale X Kody rozszerzające, dla późniejszej koordynacji w celu dodania dalszych szczegółów, takich jak lateralizacja lub głębokość oparzenia. Główne zmiany zostały wprowadzone w sekcji dotyczącej powikłań opieki medycznej i chirurgicznej. Tematyczna Grupa Doradcza ds. Jakości i Bezpieczeństwa zmieniła kodowanie urazów i zdarzeń związanych z opieką zdrowotną. Pojęcie mechaniczne powikłanie dotyczące urządzenia jest obecnie klasyfikowane jako Zewnętrzna przyczyna szkody.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
S00-S09 Urazy głowy	Urazy głowy
S10-S19 Urazy szyi	Urazy szyi
S20-S29 Urazy klatki piersiowej	Urazy klatki piersiowej
S30-S39 Urazy brzucha, dolnej części grzbietu, kręgosłupa lędźwiowego i miednicy	Urazy brzucha, dolnej części grzbietu, kręgosłupa lędźwiowego i miednicy
S40-S49 Urazy barku i ramienia	Urazy barku i ramienia
S50-S59 Urazy łokcia i przedramienia	Urazy łokcia i przedramienia
S60-S69 Urazy nadgarstka i ręki	Urazy nadgarstka i ręki
S70-S79 Urazy biodra i uda	Urazy biodra i uda
S80-S89 Urazy kolana i podudzia	Urazy kolana i podudzia
S90-S99 Urazy stawu skokowego i stopy	Urazy stawu skokowego i stopy
T00-T07 Urazy obejmujące liczne okolice ciała	Urazy obejmujące liczne okolice ciała
T08-T14 Urazy nieokreślonych części tułowia, kończyn i okolicy ciała	Urazy nieokreślonych części tułowia, kończyn i okolicy ciała
T15-T19 Skutki działania ciała obcego wnikającego drogą naturalnych otworów ciała	Skutki działania ciała obcego wnikającego drogą naturalnych otworów ciała
T20-T32 Oparzenia termiczne i chemiczne	Oparzenia
T33-T35 Odmrożenie	Odmrożenie
T36-T50 Zatrucie lekami, środkami farmakologicznymi i substancjami biologicznymi	Teraz ujęte w głównej grupie Szkodliwe działanie substancji
T51-T65 Toksyczne skutki działania substancji zazwyczaj niestosowanych w celach leczniczych	Teraz ujęte w głównej grupie Szkodliwe działanie substancji
T66-T78 Inne i nieokreślone skutki działania czynników zewnętrznych	Inne lub nieokreślone skutki spowodowane przyczynami zewnętrznymi
T79 Określone wczesne powikłania urazu	Inne lub nieokreślone skutki spowodowane przyczynami zewnętrznymi

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
T80-T88 Powikłania opieki chirurgicznej i medycznej, niesklasyfikowane gdzie indziej	Urazy lub szkodliwe działanie wynikające z opieki chirurgicznej lub medycznej, niesklasyfikowane gdzie indziej
T90-T98 Następstwa urazów, zatruć i innych skutków działania czynników zewnętrznych	Przeniesiono do określonej grupy umiejscowienia na ciele jako terminy indeksowane. Następstwa będą teraz wskazywane przez klaster identyfikujący stan, który jest następstwem, kod z Rozdziału 24 QC50 Późny skutek wcześniejszego problemu zdrowotnego, niesklasyfikowany gdzie indziej - oraz pierwotny uraz. Instrukcje szczególne dotyczące umieralności - zob. sekcja 2.21.6.6.

3.15.23. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 23

Główna oś wszystkich przyczyn zewnętrznych, z wyjątkiem narażenia na ekstremalne siły natury, maltretowanie, interwencje prawne, konflikty zbrojne i szkody lub obrażenia związane z opieką zdrowotną, opiera się teraz na „intencjach". Kody stanowią kombinację intencji, po której następuje mechanizm i przedmiot lub substancja zaangażowana w wystąpienie urazu. Nastąpiła istotny postęp w zakresie typów pojazdów, miejsc występowania, rodzajów działalności, kodeksów prawnych/wojennych i substancji. Zrewidowano i poprawiono obszary Powikłania opieki medycznej i chirurgicznej oraz Zespoły maltretowania. Dodatkowe wymiary są dostępne w rozdziale X Kody rozszerzające, do wykorzystania w rozpoznaniu końcowym (postkoordynacji). Co więcej, kategorie następstw przyczyn zewnętrznych zostały usunięte i takie przypadki są przede wszystkim kodowane do odpowiednich kategorii opisujących zdarzenie, co skutkuje wzrostem częstotliwości występowania określonych kategorii. Kod rozszerzający może być użyty w rozpoznaniu końcowym (postkoordynacji), gdy takie następstwa muszą być zidentyfikowane oddzielnie.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
V01-X59 Wypadki	Przeniesiono do głównych grup: Przyczyny niezamierzone, Zamierzone samouszkodzenie, Napaść i Nieokreślony zamiar
X60-X84 Zamierzone samouszkodzenie	Zamierzone samouszkodzenie
X85-Y09 Napaść	Napaść
Y10-Y34 Zdarzenie o nieokreślonym zamiarze	Nieokreślony zamiar
Y35-Y36 Uznana interwencja prawna i działania wojenne	Podzielono na dwie grupy: Interwencja prawna; Konflikt zbrojny
Y40-Y84 Powikłania opieki medycznej i chirurgicznej	Przyczyny urazów lub uszkodzeń związanych z opieką zdrowotną
Y85-Y89 Następstwa zewnętrznych przyczyn zachorowania i zgonu	Przeniesiono do określonej grupy przyczyn zewnętrznych jako terminy indeksowane. Następstwa będą teraz wskazywane przez klaster identyfikujący stan, który jest następstwem, kod z Rozdziału 24 QC50 Późny skutek wcześniejszego problemu zdrowotnego, niesklasyfikowany gdzie indziej - oraz pierwotny kod przyczyny zewnętrznej.

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
	Instrukcje szczególne dotyczące umieralności - zob. sekcja 2.21.6.6.
Y90-Y98 Dodatkowe czynniki związane z przyczynami zachorowania i zgonu sklasyfikowanymi gdzie indziej	Jednostki z tego bloku znajdują się teraz w Rozdziale 21 Objawy podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych (np. wyniki badania stężenia alkoholu we krwi) zostały dodane do sekcji X „Kody rozszerzające” (np. zaburzenia związane z pobytem w szpitalu)

3.15.24. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 24

Ten rozdział przeszedł reorganizację i jest podzielony na dwie główne sekcje: Przyczyny kontaktu z ochroną zdrowia oraz Czynniki wpływające na stan zdrowia. Rozszerzono sekcję dotyczącą rozrodu dodając nową sekcję Kontakt z ochroną zdrowia w okolicznościach związanych z rozrodem. Istnieje również nowa sekcja dotycząca zdarzeń niepożądanych związanych z opieką zdrowotną, które występują, ale nie powodują żadnych szkód dla pacjenta.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
Z00-Z13 Osoby stykające się z ochroną zdrowia w związku z badaniami lekarskimi i dodatkowymi	Badanie lekarskie lub badania dodatkowe - sekcja w grupie Przyczyny kontaktu z ochroną zdrowia
Z20-Z29 Osoby z potencjalnym zagrożeniem zdrowia związanym z chorobami zakaźnymi	Styczność lub ekspozycja na choroby zakaźne - sekcja w grupie Przyczyny kontaktu z ochroną zdrowia
Z30-Z39 Osoby wymagające opieki zdrowotnej w okolicznościach związanych z rozrodem	Opieka zdrowotna związana z reprodukcją - dział w grupie Przyczyny kontaktu z ochroną zdrowia
Z40-Z54 Osoby stykające się z ochroną zdrowia w celu zabiegów specjalnych oraz pielęgnacji	Podzielono na dwie nowe sekcje w Przyczyny kontaktu z ochroną zdrowia: Kontakt z systemem opieki zdrowotnej w celu wykonania określonych zabiegów chirurgicznych; Kontakt z systemem opieki zdrowotnej w celu wykonania zabiegów niechirurgicznych, bez użycia urządzeń
Z55-Z65 Osoby z potencjalnym zagrożeniem zdrowia związanym z warunkami społeczno-ekonomicznymi i psychospołecznymi	Zreorganizowano i teraz pojawiają się w grupie głównej Czynniki wpływające na stan zdrowia
Z70-Z76 Osoby stykające się z ochroną zdrowia w innych okolicznościach	Zreorganizowano i teraz pojawiają się w grupie głównej Czynniki wpływające na stan zdrowia
Z80-Z99 Osoby z potencjalnym zagrożeniem zdrowia związanym z wywiadem medycznym lub rodzinnym oraz określonymi problemami wpływającymi na stan zdrowia	Zreorganizowano i teraz pojawiają się w grupie głównej Czynniki wpływające na stan zdrowia

3.15.25. Różnice pomiędzy ICD-10 i ICD-11 w Rozdziale 25

Choroby wcześniej kodowane tutaj zostały przeniesione do swoich pierwotnych miejsc w ICD-11. Dodano nowe kody do użytku jako międzynarodowe kody tymczasowe.

Tabela 1: Porównanie struktury blokowej ICD-10 z równoważną strukturą ICD-11

Nagłówek blokowy ICD-10	Struktura równoważna ICD-11
U00-U49 Tymczasowe określenie nowych chorób o niepewnej etiologii	Podzielono na dwie nowe sekcje: Międzynarodowa tymczasowa klasyfikacja nowych chorób o niejasnej etiologii; Krajowa tymczasowa klasyfikacja nowych chorób o niejasnej etiologii
U82-U85 Oporność na leki przeciwdrobnoustrojowe i przeciwnowotworowe	Przeniesiono do Rozdziału 21 pod nowym tytułem „Stwierdzenie drobnoustroju opornego na leki przeciwbakteryjne”

3.16. Załącznik E: Powiązane zbiory wartości

Sekcja 2.19.1.8 Nadciśnienie tętnicze spowodowane innymi stanami odnosi się do 3 zbiorów wartości:

- Nowotwory endokrynne
- Nowotwory nerek
- Guzy rakowiaka

Sekcja 2.19.2.3 Posocznica odnosi się do 6 zbiorów wartości:

- Stany upośledzające układ odpornościowy
- Choroby wyniszczające
- Choroby powodujące porażenie - sepsa
- Poważne choroby układu oddechowego
- Ciężkie urazy
- Choroby o pochodzeniu zakaźnym

Sekcja 2.19.2.6 Otępienie odwołuje się do 1 zbioru wartości:

- Nieodwracalne uszkodzenie mózgu

Sekcja 2.19.2.8 Niewydolność serca i nieokreślona choroba serca, odwołuje się do 1 zestawu wartości:

- Inne choroby serca

Sekcja 2.19.2.9 Zatorowość odnosi się do 6 zbiorów wartości:

- Zakrzepica żylna
- Zapalenie żył lub zakrzepowe zapalenie żył
- Choroby zastawek serca
- Poród
- Zabieg operacyjny
- Zatorowość

Sekcja 2.19.2.11 Zapalenie płuc odnosi się do 6 zbiorów wartości:

- Stany upośledzające układ odpornościowy
- Choroby wyniszczające
- Choroby powodujące porażenie
- Poważne choroby układu oddechowego
- Stany wpływające na proces połykania
- Ciężkie urazy

Sekcja 2.19.2.21 Częste stany wtórne odnosi się do 3 zbiorów wartości:

- Choroby wyniszczające
- Choroby powodujące porażenie
- Ciężkie urazy

Sekcja 2.19.2.22 Wtórne zapalenie otrzewnej odnosi się do 1 zbioru wartości:

- Wtórne zapalenie otrzewnej i nieokreślone zapalenie otrzewnej

Sekcja 2.19.2.23 Neutropenia odwołuje się do 1 zbioru wartości:

- Zestaw wartości dla wybranych kategorii nowotworów

Sekcja Nieustalony zamiar odwołuje się do 1 zbioru wartości:

- Przyczyny zewnętrzne urazów według zamiaru i mechanizmu

Sekcja Domyślny kod przyczyny zewnętrznej urazu w przypadku braku dodatkowych informacji odnosi się do 29 zbiorów wartości:

- Otwarte rany kąsane
- Uraz typu „smagnięcie biczem” (whiplash)
- Obrażenia spowodowane wybuchem
- Ugryzienia przez zwierzęta niejadowite
- Drzazga
- Ciało obce
- Oparzenia, z wyjątkiem ostrego uszkodzenia skóry wskutek kontaktu z substancją żrącą
- Ostre uszkodzenie skóry wskutek kontaktu z substancją żrącą
- Odmrożenie
- Toksyczne działanie leków
- Toksyczne działanie innych substancji
- Uraz lub szkoda związane z infuzją, transfuzją lub wstrzyknięciem
- Wybrane urazy lub szkody związane z zabiegami medycznymi i chirurgicznymi
- Uraz lub szkoda związane z rozrusznikiem serca lub innym urządzeniem kardiologicznym

- Toksyczne działanie leków związane z opieką medyczną lub chirurgiczną
- Skutki działania promieniowania
- Skutki działania wysokiej temperatury
- Hipotermia i wychłodzenie
- Uduszenie
- Nadmierny wysiłek fizyczny
- Głód
- Pragnienie
- Wyczerpanie
- Inne określone pozbawienie podstawowych potrzeb
- Porażenie piorunem
- Utonięcie
- Drgania (wibracje)
- Choroba lokomocyjna
- Porażenie prądem elektrycznym

Sekcja 2.21.8.14 Złamanie patologiczne odwołuje się do 1 zbioru wartości:

- Kody złamań

Sekcja 3.14.10 Lista stanów mało prawdopodobnych jako przyczyna zgonu odnosi się do 1 zbioru wartości:

- Mało prawdopodobne jako przyczyna zgonu

Sekcja 3.14.14 Lista docelowa przyczyn zgonów dla werbalnej autopsji odnosi się do 65 zbiorów wartości:

- Posocznica
- Ostra infekcja dróg oddechowych, w tym zapalenie płuc
- Zgon związany z HIV/AIDS
- Choroby biegunkowe
- Malaria
- Odra
- Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenie mózgu
- Tężec
- Gruźlica płuc
- Krztusiec

- Gorączka krwotoczna
- Gorączka denga
- Choroba koronawirusowa (COVID-19)
- Nieokreślona choroba zakaźna
- Inna i nieokreślona choroba niezakaźna
- Nowotwory jamy ustnej
- Nowotwory przewodu pokarmowego
- Nowotwory układu oddechowego
- Nowotwory piersi
- Nowotwory żeńskiego układu rozrodczego
- Nowotwory męskiego układu rozrodczego
- Inne i nieokreślone nowotwory
- Ciężka niedokrwistość
- Ciężkie niedożywienie
- Cukrzyca
- Ostra choroba serca
- Udar mózgu
- Przełom w przebiegu niedokrwistości sierpowatej
- Inna i nieokreślona choroba serca
- Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)
- Astma
- Ostry brzuch
- Marskość wątroby
- Niewydolność nerek
- Padaczka
- Ciąża pozamaciczna
- Zgon związany z poronieniem
- Nadciśnienie indukowane ciążą
- Krwotok położniczy
- Poród utrudniony

- Sepsa związana z ciążą
- Niedokrwistość w ciąży
- Pęknięcie macicy
- Inna i nieokreślona przyczyna matczyna
- Przedwczesne urodzenie lub niska masa urodzeniowa
- Asfiksja okołoporodowa
- Noworodkowe zapalenie płuc
- Noworodkowa sepsa
- Noworodkowy tężec
- Wada wrodzona
- Inna i nieokreślona okołoporodowa przyczyna zgonu
- Świeży martwy poród
- Zmacerowany martwy poród
- Wypadek drogowy
- Inny wypadek transportowy
- Przypadkowe upadki
- Przypadkowe utonięcie i zanurzenie
- Przypadkowe narażenie na dym, ogień i płomienie
- Kontakt z jadowitymi zwierzętami i roślinami
- Przypadkowe zatrucie i narażenie na szkodliwe substancje
- Zamierzone samouszkodzenie
- Napaść
- Narażenie na siły natury
- Inna i nieokreślona zewnętrzna przyczyna zgonu
- Nieznana i niedokładnie określona przyczyna zgonu