

(test du 24 juin au 30 juin 2002)



# Exemples de CODIFICATION DE CAS CLINIQUES



## ***Patient amené aux urgences suite à un accident de la voie publique***



**Examen clinique :** Luxation de l'épaule droite, plaies superficielles de l'avant bras et du bras droit

**Aux urgences :** radio épaule face et profil, réduction de la luxation de l'épaule avec bloc supraclaviculaire, immobilisation secondaire avec un Dujarrier, sutures des plaies superficielles du bras et de l'avant bras

### ***Diagnostic principal***

S43.0 Luxation d'épaule

### ***Actes réalisés***

1 réduction de luxation d'épaule, 1 Rx standard  
1 anesthésie régionale, 1 orthèse d'immobilisation provisoire de membre supérieur, 1 acte de suture de plaies superficielles multiples

### ***Facteurs aggravants***

aucun

### ***Type de prise en charge***

Médico-chirurgicale



\* *Les radiologies ne sont pas décomptées par nombre de clichés mais selon le nombre de topographies différentes explorées*

\* *Tous les actes classants réalisés doivent être codés : Le groupage GPU tient en effet autant compte des actes liés à la pathologie principale que de ceux liés aux pathologies associées*





## ***Patient adressé pour douleur thoracique***

A l'entrée patient FR 30, pouls 92, t°38.1, TA 10/6

**Examen clinique** Anomalie auscultatoire pulmonaire droite

**Interrogatoire long et difficile** : patient parlant mal le français

**ECG d'entrée normal** : normal, **après 15 min** : aspect S1Q3,

**Gazométrie** : effet shunt, **Echodoppler MI** : phlébite surrurale, **Radio thorax face et profil** pas d'anomalie

**Evolution aux urgences** : aggravation de la dyspnée, tachycardie à 110, surveillance sous scope et héparinothérapie à la seringue électrique devant la très forte suspicion d'une embolie pulmonaire.



### ***Diagnostic principal***

I26.9 Embolie pulmonaire SAI

### ***Actes réalisés***

2 ECG, 1 échodoppler des MI  
1 Rx standard, 1 Gazométrie

### ***Facteurs aggravants***

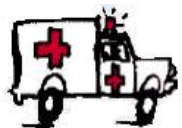
Problème de communication

### ***Type de prise en charge***

Réanimation : surveillance, soins intensifs



*Même sans preuve d'imagerie la piste de l'embolie pulmonaire est celle qui a été retenue, une attitude thérapeutique concordante a par ailleurs été initiée. Il est donc licite de coder embolie pulmonaire et non pas douleur thoracique*



## ***Patient adressé pour syncope***

**A l'entrée** patient FR 20, pouls 88, t°37.2, TA 11/8

**Examen clinique** sans anomalie, antécédents de phlébite

**ECG** : trouble diffus de la repolarisation **Gazométrie** : normale

**Evolution aux urgences** : service des urgences saturé. Décision prise d'une hospitalisation d'aval pour poursuivre les explorations afin d'éliminer une embolie pulmonaire.

**Appel du cardiologue** : le médecin est d'accord pour recevoir le patient dans son service et pour poursuivre les investigations



**Diagnostic principal**

R55 Syncope

**Actes réalisés**

1 ECG, 1 Gazométrie

**Facteurs aggravants**

aucun

**Type de prise en charge**

Médico-chirurgicale sans avis spécialisé



*\* Quand la démarche médicale n'est pas suffisamment avancée pour coder un diagnostic précis, il faut utiliser le code du symptôme décrivant au mieux la prise en charge réalisée aux urgences*



*\* L'avis du cardiologue n'est pas ici un avis spécialisé : les avis spécialisés uniquement téléphoniques ne doivent pas être renseignés*



## ***Patient de 87 ans adressé pour asthénie***

N°4



**A l'entrée** : constantes et examen clinique normal,

**Après interrogatoire de la famille** il s'avère que le problème est celui du maintien à domicile. Prise de contact avec le médecin de famille. Recherche aux urgences d'une structure d'accueil pour ce patient



***Diagnostic principal***

Z74.9 Pb de maintien au domicile

***Actes réalisés***

aucun

***Facteurs aggravants***

aucun

***Type de prise en charge***

Socio-administrative



*La prise en charge l'asthénie s'est limitée à un simple examen clinique, l'essentiel de l'effort du personnel soignant a été consacré à la recherche d'une structure d'accueil pour ce patient dépendant. Le type de prise en charge n'est donc pas médico-chirurgical*





## *Patient adressé pour pb de maintien au domicile*

N°5

A l'entrée patient FR 30, pouls 92, t°38.1, TA 10/6

**Examen clinique** Anomalie auscultatoire pulmonaire droite

**Gazométrie** : hypoxie à 58, **Radio thorax face et profil** pas d'anomalie **Scanner thoracique** permet de dédoubler une embolie pulmonaire, mise en évidence d'une pneumopathie lobaire.

**Evolution** recherche fastidieuse d'une place en moyen séjour car surveillance impossible au domicile.



### *Diagnostic principal*

J18.0 Pneumopathie lobaire

### *Actes réalisés*

1 Gazométrie, 1 Rx standard,  
1 Scanner thoracique

### *Facteurs aggravants*

Oui, socio-administratif

### *Type de prise en charge*

Médico-chirurgicale



*Si une place en moyen séjour avait pu être immédiatement trouvée pour ce patient, le pb du maintien au domicile ne devait alors plus être considéré comme un facteur aggravant*



## ***Patient amené par les forces de police pour confirmation de conduite en état d'ébriété***

**Examen clinique** normal **Alcoolémie** 1,1 g



**Evolution** : Intoxication éthylique modérée ne justifiant pas d'une surveillance aux urgences. L'agitation manifeste du patient a généré l'infirmière lors de la réalisation du prélèvement et a alourdi la surveillance du patient jusqu'à l'obtention de la biologie. Retour au domicile du patient accompagné par son épouse.



**Diagnostic principal**

Z04.0 Alcoolémie légale

**Actes réalisés**

aucun acte classant

**Facteurs aggravants**

Problème d'agitation, d'agressivité

**Type de prise en charge**

Médico-légale



*La réalisation d'un examen clinique, d'examen(s) complémentaire(s) ou d'acte(s) thérapeutique(s) mineur(s) n'interdisent pas le choix d'une prise en charge médico-légale, sociale ou psychiatrique*



## *Patient adressé pour intoxication médicamenteuse* N°7

**Examen clinique** à l'entrée glasgow 15, l'interrogatoire rapporte la prise d'une dose infra-toxique d'anxiolytiques dans les suites d'une dispute conjugale



**Appel du psychiatrique de garde** : le compte rendu de ce dernier conclue à un état dépressif réactionnel marqué avec possibilité d'un nouveau passage à l'acte. Pas de signes de nature psychotique décelés

**Evolution** : Surveillance en milieu psychiatrique



**Diagnostic principal**

F32.2 Dépression sévère non psychotique

**Actes réalisés**

aucun acte classant

**Facteurs aggravants**

aucun

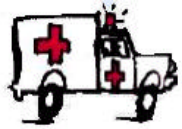
**Type de prise en charge**

Psychiatrique avec avis spécialisé



*Quand un diagnostic précis a été porté et que celui présent sur le thésaurus ne vous satisfait pas en raison de son imprécision (Ici F32.9 Dépression SAI) vous pouvez améliorer la description de la pathologie principale en ayant recours à la Classification Internationale des Maladies... (CIM10)*





## ***Patient psychiatrique adressé aux urgences pour troubles de la conscience***



**Examen clinique** à l'entrée glasgow 11, FR 16, pls 95, TA 12/5  
les pompiers ont retrouvé chez lui plusieurs boîtes vides de benzodiazépines et d'antidépresseurs tricycliques

**Surveillance sous scope** : QT allongé, ondes T applaties , **biologie** : confirme l'intoxication médicamenteuse **évolution** : sondage urinaire , dépression respiratoire => intubation & ventilation mécanique, mutation immédiate en réanimation



### ***Diagnostic principal***

T43.0 Intoxication aux tricycliques

### ***Actes réalisés***

1 Intubation, 1 ventilat° mécanique, 1 sondage urétral

### ***Facteurs aggravants***

aucun

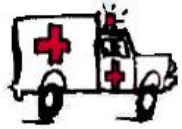
### ***Type de prise en charge***

Réanimation d'une fonction vitale



\* Bien que l'intoxication médicamenteuse soit mixte c'est ici celle aux antidépresseurs tricycliques qui domine la prise en charge.

\* Même si le groupage GPU des prises en charge de réanimation ne ne tient pas compte des actes réalisés, ceux ci doivent être quand même être renseignés (contrôle de cohérence, précision du type de défaillance supplée)



## ***Patient revenu aux urgences dans les suites d'une plaie de l'avant bras***



**Examen clinique** plaie de l'avant bras droit suturée aux urgences il y a 5 jours. Points de sutures ôtés ce jour avec contrôle de la cicatrisation de la plaie.

**Evolution** : Retour au domicile



**Diagnostic principal**

Z48.0 Surveillance de sutures

**Actes réalisés**

aucun acte classant

**Facteurs aggravants**

aucun

**Type de prise en charge**

Médico-chirurgicale

*Le diagnostic principal n'est pas celui d'une plaie mais doit préciser le caractère « de suite » de la consultation ( les soins de contrôle de plâtres, orthopédiques et chirurgicaux ont également des codes spécifiques Cf Chapitre ' traumatologie autre ' du thésaurus)*





## ***Patient venu aux urgences pour douleur abdominale***



**Examen clinique** : la palpation abdominale retrouve un empâtement de la fosse iliaque droite, le TR est sensible à droite, signe de blomberg négatif **ASP de face** : normal, pas d'anse sentinelle

**Avis du chirurgien digestif** : l'abdomen semble chirurgical, prise en charge directe pour surveillance et éventuelle intervention dans le service après passage en radiologie pour réalisation du scanner abdominal

***Diagnostic principal***

R10.3 Douleur de la fosse iliaque

***Actes réalisés***

1 Rx standard

***Facteurs aggravants***

aucun

***Type de prise en charge***

Médico-chirurgicale avec avis spécialisé



*Le scanner abdominal demandé par le chirurgien ne sera pas interprété ni utilisé pour la prise en charge aux urgences, il ne doit donc pas être codé dans le résumé de passage aux urgences*