

ICD-10

Międzynarodowa
Statystyczna
Klasyfikacja
Chorób i Problemów
Zdrowotnych

Rewizja dziesiąta

Tom II

Wydanie 2008



World Health Organization



Centrum Systemów Informacyjnych
Ochrony Zdrowia

Wydane przez Światową Organizację Zdrowia w 2009 r.

Tytuł oryginału: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume II, 2009*

© **World Health Organization 2009**

Dyrektor Generalny Światowej Organizacji Zdrowia udzielił praw do wydania przekładu w języku polskim dla Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, które jest w całości odpowiedzialne za wydanie polskie.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja, Tom II, wydanie 2008.

© **Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012**

3 t.

Spis treści: t. 1. Lista tabelaryczna – t. 2. Zasady kodowania – t. 3. Indeks alfabetyczny.

1. Choroby – klasyfikacja. 2. Klasyfikacja. 3. Instrukcje. I. Światowa Organizacja Zdrowia. II. ICD-10

Szczególne podziękowania należą się osobom uczestniczącym w pracach Rady do Spraw Weryfikacji i Utrzymania Słowników ICD-9 i ICD-10. Rada została powołana zarządzeniem nr 49/2010 dnia 26 maja 2010 r. przez Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, dr n. med. Leszka Sikorskiego.

Spis treści

1. Wprowadzenie	1
2. Opis Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych	3
2.1 Cel i zastosowanie	3
2.2 Koncepcja „rodziny” klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych	3
2.2.1 Klasyfikacje związane z rozpoznaniem	6
2.2.2 Klasyfikacje niediagnostyczne	8
2.2.3 Baza informacyjna dla podstawowej opieki zdrowotnej	9
2.2.4 Międzynarodowa nomenklatura chorób	11
2.2.5 Rola WHO	12
2.3 Ogólne zasady klasyfikacji chorób	13
2.4 Podstawowa struktura i zasady klasyfikacji ICD	13
2.4.1 Tomy	14
2.4.2 Rozdziały	15
2.4.3 Bloki kategorii	16
2.4.4 Kategorie trzyznakowe	16
2.4.5 Podkategorie czteroznakowe	16
2.4.6 Podziały uzupełniające do stosowania na piątym lub dalszym poziomie kodu	17
2.4.7 Niewykorzystany kod „U”	17
3. Jak korzystać z Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych	19
3.1 Jak korzystać z Tomu I	19
3.1.1 Wprowadzenie	19
3.1.2 Zastosowanie listy tabelarycznej i podkategorii czteroznakowych	19
3.1.3 Dwa kody dla niektórych stanów	20
3.1.4 Konwencje zastosowane w liście tabelarycznej	23
3.1.5 Kategorie o cechach wspólnych	26
3.2 Jak korzystać z Tomu III	27
3.2.1 Układ indeksu alfabetycznego	27
3.2.2 Struktura	27
3.2.3 Numery kodów	27
3.2.4 Umowne zasady	28

3.3	Podstawowe uwagi dotyczące kodowania	28
4.	Zasady i wskazówki dotyczące kodowania umieralności i chorobowości	31
4.1	Umieralność: wskazówki dotyczące karty zgonu i zasady kodowania	31
4.1.1	Przyczyny zgonu	31
4.1.2	Wyjściowa przyczyna zgonu	31
4.1.3	Międzynarodowa karta zgonu	32
4.1.4	Procedury wyboru wyjściowej przyczyny zgonu dla kodowania umieralności	33
4.1.5	Zasady dotyczące wyboru pierwotnej poprzedzającej przyczyny	34
4.1.6	Rozważania dotyczące zasad wyboru	35
4.1.7	Przykłady do zasady ogólnej i zasad wyboru	36
4.1.8	Modyfikacje wybranej przyczyny	43
4.1.9	Zasady modyfikacji	43
4.1.10	Przykłady stosowania zasad modyfikacji	45
4.1.11	Uwagi dotyczące kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu	51
4.1.12	Podsumowanie powiązań numerów kodowych	64
4.2	Uwagi o interpretacji haseł odnoszących się do przyczyny zgonu	70
4.2.1	Założenie występowania przyczyny pośredniej	70
4.2.2	Interpretacja określenia „wysoce nieprawdopodobne”	70
4.2.3	Wpływ czasu trwania choroby na sposób klasyfikacji	73
4.2.4	Następstwa	74
4.2.5	Zgodność pomiędzy płcią pacjenta a rozpoznaniem	75
4.2.6	Zabiegi	75
4.2.7	Nowotwory złośliwe	75
4.2.8	Choroba reumatyczna z zajęciem serca	87
4.2.9	Wrodzone wady rozwojowe, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	88
4.2.10	Rodzaj urazu	88
4.2.11	Zatrucie lekami, środkami farmakologicznymi i substancjami biologicznymi	89
4.2.12	Przyczyny zewnętrzne	91
4.2.13	Wyrażenia wskazujące na wątpliwości w rozpoznaniu	91
4.2.14	Zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności [HIV]	91
4.3	Umieralność okołoporodowa: wskazówki dotyczące kart zgonu i zasady kodowania	92
4.3.1	Karta zgonu okołoporodowego	92
4.3.2	Określenie przyczyny zgonu	93
4.3.3	Kodowanie umieralności okołoporodowej według przyczyny	95
4.3.4	Kodowanie przyczyn zgonu	96
4.3.5	Zasady kodowania	96

4.4 Chorobowość	99
4.4.1 Wskazówki dotyczące kodowania informacji diagnostycznych dla celów analizy pojedynczej przyczyny (jednoczynnikowej) danych o chorobowości	99
4.4.2 Wskazówki dotyczące kodowania „stanu głównego” i „innych stanów”	101
4.4.3 Zasady ponownego wyboru w przypadku nieprawidłowo wpisanego stanu głównego	107
4.4.4 Uwagi dotyczące poszczególnych rozdziałów	112
5. Prezentacje statystyczne	123
5.1 Wprowadzenie	123
5.2 Źródła danych	123
5.3 Poziom szczegółowości w tabulacjach	123
5.4 Zalecane specjalne listy tabelaryczne umieralności	124
5.4.1 Listy zbiorcze	124
5.4.2 Listy wybrane	124
5.4.3 Używanie przedrostków dla identyfikacji list umieralności	124
5.4.4 Listy projektowane lokalnie	124
5.5 Specjalna lista tabelaryczna chorobowości	125
5.5.1 Opis	125
5.5.2 Modyfikacja specjalnej listy tabelarycznej chorobowości według wymagań narodowych	125
5.6 Zalecenia dotyczące tabeli statystycznych w celu tworzenia porównań międzynarodowych	126
5.6.1 Tablice statystyczne	126
5.6.2 Tabulacja przyczyn zgonu	126
5.7 Standardy i wymagania dotyczące tworzenia sprawozdań na temat umieralności płodów, okołoporodowej, noworodków i niemowląt	127
5.7.1 Definicje	127
5.7.2 Kryteria dla tworzenia raportów	128
5.7.3 Statystyki dla celów porównań międzynarodowych	129
5.7.4 Prezentowanie przyczyn umieralności okołoporodowej	130
5.8 Standardy i wymagania dotyczące tworzenia raportów w odniesieniu do umieralności matek	131
5.8.1 Definicje	131
5.8.2 Tworzenie raportów międzynarodowych	132
5.8.3 Publikowane współczynniki umieralności matek	132
5.8.4 Mianowniki dla umieralności matek (położniczej)	132

5.9	Odsetek zgonów sklasyfikowanych do przyczyn niedokładnie określonych	133
5.10	Chorobowość	133
5.11	Środki ostrożności w przypadku gdy listy kodowe (tabulacje) zawierają sumy cząstkowe	133
5.12	Problemy małej populacji	133
5.13	„Puste rubryki” i rubryki o niskich wartościach	134
5.14	Zalecenia	134
6.	Historia rozwoju klasyfikacji ICD	137
6.1	Wczesna historia	137
6.2	Przyjęcie Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów	138
6.3	Piąta Dziesięcioletnia Konferencja Rewizyjna	140
6.4	Poprzednie klasyfikacje chorób dla statystyk chorobowości	141
6.5	Komitet ds. Łączonych Przyczyn Zgonów w Stanach Zjednoczonych	142
6.6	Szósta Rewizja List Międzynarodowych	143
6.7	Siódma i Ósma Rewizja	144
6.8	Dziewiąta Rewizja	145
6.9	Przygotowania do Dziesiątej Rewizji	146
7.	Załączniki	147
7.1	Lista stanów chorobowych, które rzadko prowadzą do zgonu	147
	Bibliografia	153
	Indeks	155

1. Wprowadzenie

Niniejszy tom, wchodzący w skład Dziesiątej Rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), zawiera wytyczne na temat sposobu zapisywania i kodowania stanów chorobowych, obszerne nowe informacje dotyczące praktycznych aspektów stosowania klasyfikacji, jak również zarys jej tła historycznego. Materiał ten przedstawiono w postaci osobnego tomu w celu ułatwienia równoczesnego korzystania z samej klasyfikacji (zawartej w Tomie I), jak i z instrukcji jej stosowania. Szczegółowe wskazówki dotyczące sposobu używania indeksu alfabetycznego przedstawiono we wstępie do Tomu III.

Niniejszy podręcznik zawiera podstawowy opis klasyfikacji ICD, a także praktyczne wskazówki dla osób kodujących umieralność i chorobowość oraz wytyczne na temat sposobu prezentowania i interpretowania danych. Zapoznanie się z jego treścią nie jest równoznaczne ze szczegółowym przeszkoleniem w zakresie stosowania klasyfikacji ICD. Zawarty w nim materiał powinien zostać uzupełniony podczas formalnych kursów szkoleniowych, obejmujących praktyczne ćwiczenia oparte na przykładowych danych, jak również omówienie potencjalnych problemów.

Jeżeli podczas pracy z klasyfikacją ICD pojawią się problemy, których nie uda się rozwiązać na poziomie lokalnym ani we współpracy z krajowymi instytucjami statystycznymi, wówczas należy zwrócić się do Ośrodków Światowej Organizacji Zdrowia współpracujących w ramach Międzynarodowej Rodziny Klasyfikacji (patrz Tom I) w celu uzyskania porady.

2. Opis Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych

2.1 Cel i zastosowanie

Klasyfikację chorób można zdefiniować jako system kategorii, do których przypisane są stany chorobowe według ustalonych kryteriów. Celem klasyfikacji ICD jest umożliwienie systematycznego rejestrowania, analizowania, interpretacji i porównywania danych dotyczących umieralności i chorobowości, gromadzonych w różnych krajach lub na różnych obszarach w różnych okresach czasu. Klasyfikację ICD wykorzystuje się do zapisywania rozpoznanych chorób i innych problemów zdrowotnych przy użyciu kodu alfanumerycznego, co pozwala na łatwe przechowywanie, odtwarzanie i analizowanie danych.

W praktyce klasyfikacja ICD stała się międzynarodową standardową klasyfikacją diagnostyczną wykorzystywaną do wszystkich ogólnych celów epidemiologicznych, jak również do wielu innych celów związanych z zarządzaniem w opiece zdrowotnej. Zastosowania te obejmują analizowanie ogólnej sytuacji zdrowotnej grup populacyjnych, jak również monitorowanie zapadalności, chorobowości i innych problemów zdrowotnych w odniesieniu do innych zmiennych, takich jak cechy pacjentów oraz okoliczności zachorowań. Celem klasyfikacji ICD nie jest indeksowanie różnych stanów klinicznych, ani też nie jest ona odpowiednim narzędziem do tego celu. Istnieją także pewne ograniczenia w możliwościach wykorzystania klasyfikacji ICD podczas badań dotyczących aspektów finansowych, takich jak kalkulacja kosztów i przydzielanie zasobów.

Klasyfikację ICD można wykorzystywać do klasyfikowania chorób i innych problemów zdrowotnych rejestrowanych w postaci różnego rodzaju danych medycznych i demograficznych. Początkowo miała ona służyć do klasyfikowania przyczyn zgonów określanych w chwili stwierdzenia śmierci. W późniejszym czasie zakres klasyfikacji rozszerzono o rozpoznania stanów chorobowych. Należy zauważyć, że – choć klasyfikacja ICD ma służyć głównie do klasyfikowania chorób i urazów, w przypadku których postawiono formalne rozpoznanie – to jednak nie każdy problem lub przyczynę kontaktu z opieką zdrowotną można w ten sposób skategoryzować. Dlatego też klasyfikacja ICD zawiera wiele różnych objawów, cech chorobowych, nieprawidłowych wyników badań, dolegliwości i sytuacji socjalnych pacjenta, które mogą pojawiać się w miejscu rozpoznania w dokumentacji medycznej (patrz Tom I, rozdziały XVIII i XXI). Można zatem używać jej do klasyfikowania danych rejestrowanych pod nagłówkami takimi jak „rozpoznanie”, „przyczyna przyjęcia”, „leczone choroby”, a także „przyczyna konsultacji”, występujące w wielu różnych dokumentach medycznych, na których oparte są statystyki i inne informacje dotyczące sytuacji zdrowotnej.

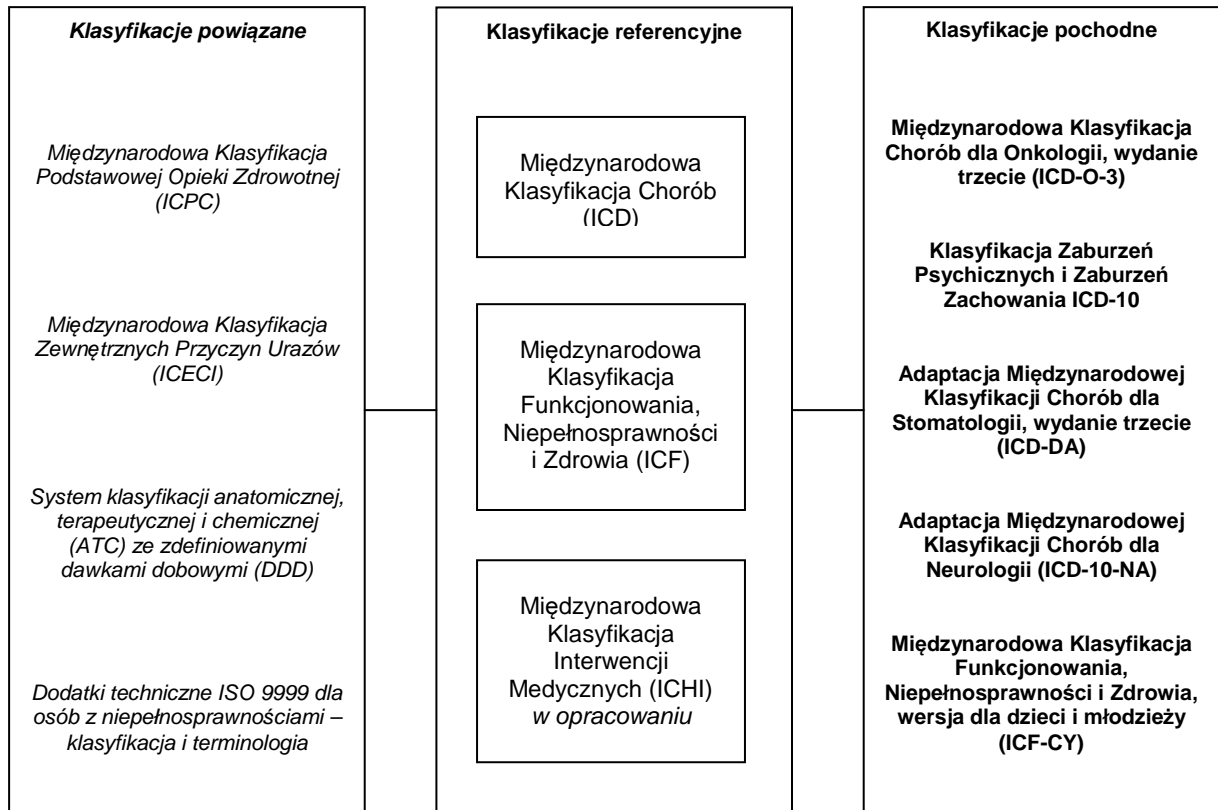
2.2 Koncepcja „rodziny” klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych

Choć klasyfikacja ICD jest odpowiednia do wielu różnych zastosowań, to jednak nie jest ona w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb zróżnicowanych grup jej użytkowników. Nie zapewnia ona wystarczającej szczegółowości w niektórych specjalizacjach, gdyż czasem mogą być potrzebne informacje dotyczące różnych szczegółowych cech stanu chorobowego. Klasyfikacja ICD nie jest też przydatna do opisywania funkcjonowania i niepełnosprawności

w aspektach stanu zdrowia, ani nie zawiera pełnego zestawienia interwencji medycznych czy też przyczyn kontaktów z opieką zdrowotną.

Ogólne ramy wyznaczone podczas Międzynarodowej Konferencji na temat klasyfikacji ICD-10 w 1989 roku stały się podstawą do opracowania „rodziny” klasyfikacji dotyczących stanu zdrowia (patrz Tom I, „Sprawozdanie z Międzynarodowej Konferencji dotyczącej Dziesiątej Rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób”, punkt 6). Na przestrzeni ostatnich lat, w wyniku stosowania klasyfikacji ICD oraz opracowania powiązanych z nią klasyfikacji WHO dotyczących stanu zdrowia, ugruntowała się koncepcja „rodziny” klasyfikacji. Obecnie pod tym pojęciem należy rozumieć zestaw gotowych, zintegrowanych klasyfikacji, które mają zbliżone cechy i których można używać osobno lub łącznie w celu przekazywania informacji o różnych aspektach stanu zdrowia i systemu opieki zdrowotnej. Na przykład ICD jako klasyfikacja referencyjna jest wykorzystywana głównie do rejestrowania informacji na temat umieralności i chorobowości. Dodatkowe aspekty domeny opieki zdrowotnej, funkcjonowania i niepełnosprawności zostały obecnie sklasyfikowane łącznie w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Ogólnie rzecz biorąc, celem opracowania rodziny międzynarodowych klasyfikacji WHO jest utworzenie konceptualnego szkieletu dla wymiarów informacyjnych, które są związane ze stanem zdrowia i zarządzaniem w opiece zdrowotnej. Klasyfikacje te stanowią „wspólny język” ułatwiający komunikację i pozwalający na porównywanie danych dotyczących poszczególnych dyscyplin opieki zdrowotnej, usług medycznych oraz ich ram czasowych w poszczególnych krajach. Światowa Organizacja Zdrowia i Sieć WHO-FIC dążą do utworzenia rodziny klasyfikacji opartej na solidnych podstawach naukowych i taksonomicznych, odpowiednio dostosowanej kulturowo i możliwej do stosowania na poziomie międzynarodowym, uwzględniającej wielowymiarowe aspekty opieki zdrowotnej i wreszcie odpowiadającej potrzebom różnych grup użytkowników.

Rodzina międzynarodowych klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO-FIC) ma w zamyśle stanowić zestaw międzynarodowych standardów, będących „blokami budulcowymi” dla systemów informacji medycznych. Na rycinie 1 przedstawione są typy klasyfikacji należących do rodziny WHO-FIC.



Rycina 1: Schemat rodziny klasyfikacji WHO-FIC

Klasyfikacje referencyjne

Są to klasyfikacje obejmujące podstawowe parametry systemu opieki zdrowotnej, takie jak zgon, choroba, funkcjonowanie, niepełnosprawność, stan zdrowia i interwencje medyczne. Klasyfikacje referencyjne Światowej Organizacji Zdrowia są wynikiem uzgodnień międzynarodowych. Zyskały one szeroką akceptację oraz oficjalną zgodę na stosowanie, jak również są zatwierdzone i zalecane jako wytyczne dla celów międzynarodowych sprawozdań zdrowotnych. Mogą być wykorzystywane jako modele do opracowywania nowych klasyfikacji lub przygotowywania rewizji innych klasyfikacji już istniejących, zarówno z punktu widzenia struktury, jak i charakteru oraz definicji klas.

Obecnie system WHO-FIC obejmuje dwie klasyfikacje referencyjne: ICD jako klasyfikację referencyjną przeznaczoną do gromadzenia informacji na temat umieralności i chorobowości oraz ICF do gromadzenia informacji na temat różnych domen funkcjonowania człowieka oraz niepełnosprawności. WHO ocenia też możliwość zastąpienia dawnej międzynarodowej klasyfikacji procedur w medycynie (patrz poniższy punkt poświęcony klasyfikacjom niediagnostycznym) przez nową Międzynarodową Klasyfikację Interwencji Medycznych (ICHI). Proces ten będzie wymagał wielu etapów konsultacji, badań terenowych, jak również zatwierdzenia przez organy zarządzające Światowej Organizacji Zdrowia.

Klasyfikacje pochodne

Klasyfikacje pochodne są oparte na klasyfikacjach referencyjnych. Klasyfikacje pochodne mogą być przygotowywane przez przyjęcie struktury i klas klasyfikacji referencyjnej, jednak z uwzględnieniem rozszerzonego poziomu szczegółowości, który nie jest dostępny w klasyfikacji referencyjnej. Inna metoda opracowywania klasyfikacji pochodnych polega na

zmianie układu bądź agregacji elementów jednej lub więcej klasyfikacji referencyjnych. Klasyfikacje pochodne często dostosowuje się do metod ich wykorzystywania na poziomie krajowym lub międzynarodowym.

W systemie WHO-FIC klasyfikacje pochodne obejmują specjalne adaptacje ICF i ICD, takie jak Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób dla Onkologii (ICD-O-3), adaptacja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób dla Stomatologii, wydanie 3 (ICD-DA), Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania ICD-10 oraz Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób dla Neurologii (ICD-10-NA) (patrz poniższy punkt dotyczący klasyfikacji związanych z rozpoznaniem).

Klasyfikacje powiązane

Klasyfikacje powiązane odnoszą się częściowo do klasyfikacji referencyjnych, bądź też są związane z tymi klasyfikacjami tylko na określonych poziomach struktury. Procedury prowadzenia i aktualizowania klasyfikacji statystycznych oraz opracowywania ich nowych rewizji są ukierunkowane na rozwiązywanie problemów wynikających z częściowej zgodności pomiędzy powiązanymi klasyfikacjami, oferując możliwości stopniowego poprawiania tej zgodności. W systemie WHO-FIC klasyfikacjami powiązanymi są: Międzynarodowa Klasyfikacja Podstawowej Opieki Zdrowotnej (ICPC-2), Międzynarodowa Klasyfikacja Zewnętrznych Przyczyn Urazów (ICECI), dodatki techniczne dla osób z niepełnosprawnościami: klasyfikacja i terminologia (ISO 9999) oraz System Klasyfikacji Anatomicznej, Terapeutycznej i Chemicznej ze zdefiniowanymi dawkami dobowymi (ATC/DDD).

2.2.1 Klasyfikacje związane z rozpoznaniem

Specjalne listy tabelaryczne

Specjalne listy tabelaryczne są oparte bezpośrednio na klasyfikacji podstawowej. Służą one do prezentowania danych, jak również ułatwiają analizę stanu zdrowia oraz trendów na poziomie zarówno międzynarodowym, jak i krajowym oraz na innych, niższych poziomach. W Tomie I znajdują się specjalne listy tabelaryczne, zalecane do tworzenia porównań i publikacji międzynarodowych. Istnieje pięć takich list – cztery z nich dotyczą umieralności, a jedna – chorobowości (bardziej szczegółowe informacje na temat tych list przedstawiono w punktach 5.4 i 5.5).

Adaptacje specjalistyczne

Adaptacje specjalistyczne zazwyczaj stanowią zbiór części lub kategorii klasyfikacji ICD dotyczących określonej specjalizacji w formie jednego, zwięzłego tomu. Zachowane są w nich czteroznakowe podkategorie klasyfikacji ICD, lecz często istnieje możliwość dodania dodatkowych informacji poprzez użycie piątego, a czasem nawet szóstego znaku; zwykle dostępny jest także indeks alfabetyczny istotnych terminów. Inne adaptacje mogą zawierać definicje kategorii i podkategorii z zakresu danej specjalizacji w formie słownika.

Adaptacje są często opracowywane przez międzynarodowe grupy specjalistów, lecz w niektórych przypadkach grupy specjalistów z jednego kraju opublikowały adaptacje, które następnie zostały przyjęte w innych krajach. Poniższe zestawienie opisuje niektóre z najważniejszych adaptacji specjalistycznych, jakie dotychczas opracowano.

Onkologia

Trzecie wydanie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób dla Onkologii (ICD-O), opublikowane przez Światową Organizację Zdrowia w 2000 roku, ma w zamierzeniu być stosowane w rejestrach nowotworów złośliwych, a także w zakładach anatomii patologicznej oraz w innych instytucjach specjalizujących się w diagnostyce i leczeniu nowotworów złośliwych (1). Klasyfikacja ICD-O charakteryzuje się dwuwymiarowym systemem kodowania, mianowicie według topografii i morfologii. W odniesieniu do większości nowotworów kod topograficzny wykorzystuje te same kategorie trzy- i czteroznakowe, które zostały użyte w klasyfikacji podstawowej ICD-10 dla nowotworów złośliwych (kategorie C00–C80). Klasyfikacja ICD-O oferuje zatem większą swoistość w odniesieniu do umiejscowienia nowotworów niezłośliwych w porównaniu z klasyfikacją ICD-10.

Przyjęty kod morfologiczny dla nowotworów odpowiada zaproponowanemu w Usystematyzowanej Nomenklaturze Medycznej (SNOMED) (2) i pochodzi z wydanego w 1968 roku Podręcznika Nazewnictwa i Kodowania Guzów (MOTNAC) (3) i Usystematyzowanej Nomenklatury Patologicznej (SNOP) (4). Kod morfologiczny składa się z 5 cyfr: pierwsze cztery cyfry określają typ histologiczny, a piąta – charakter nowotworu (złośliwy, *in situ*, niezłośliwy itp.). Kody morfologiczne użyte w klasyfikacji ICD-O są przedstawione także w Tomie I, jak również są dołączone do odpowiednich pozycji w Tomie III (w indeksie alfabetycznym). Dostępne są ponadto tabele umożliwiające konwersję kodów trzeciego wydania ICD-O do kodów klasyfikacji podstawowej ICD-10.

Dermatologia

W 1978 roku Brytyjskie Stowarzyszenie Dermatologów wydało Międzynarodowy Indeks Kodów dla Dermatologii, zgodny z Dziewiątą Rewizją Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Stowarzyszenie, pod auspicjami Międzynarodowej Ligi Towarzystw Dermatologicznych, opublikowało również adaptację klasyfikacji podstawowej ICD-10 dla potrzeb dermatologii.

Stomatologia

Trzecie wydanie adaptacji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób dla Stomatologii (ICD-DA), oparte na klasyfikacji ICD-10, zostało opublikowane przez Światową Organizację Zdrowia w 1995 r. Zawiera ona kategorie klasyfikacji ICD dotyczące chorób i stanów chorobowych, które występują w jamie ustnej wraz ze strukturami przyległymi, powodują objawy o takim umiejscowieniu lub są z nim związane w inny sposób. Klasyfikacja ta zapewnia większą dokładność niż ICD-10 dzięki użyciu piątej cyfry kodu. System numeracji jest jednak zorganizowany w taki sposób, że związek pomiędzy kodem ICD-DA i kodem ICD, od którego pochodzi kod ICD-DA, pozostaje oczywisty. Dzięki temu dane zakodowane przy użyciu kategorii ICD-DA można w łatwy sposób włączyć do kategorii klasyfikacji podstawowej ICD.

Neurologia

W 1997 roku Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała adaptację klasyfikacji ICD-10 dla neurologii (ICD-NA). Zachowuje ona system klasyfikacji i kodowania typowy dla ICD-10, lecz przewiduje dodatkowy poziom piątego znaku, a w razie potrzeby dalsze poziomy szczegółowości, w celu umożliwienia klasyfikowania chorób neurologicznych z większą dokładnością.

Reumatologia i ortopedia

Międzynarodowa Liga Towarzystw Reumatologicznych pracuje nad rewizją adaptacji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób dla Reumatologii i Ortopedii (ICD-R&O), obejmującą Międzynarodową Klasyfikację Zaburzeń Mięśniowo-Szkieletowych (ICMSD). Nowa rewizja ma być zgodna z klasyfikacją podstawową ICD-10. Klasyfikacja ICD-R&O umożliwia szczegółowe określenie chorób poprzez użycie dodatkowych cyfr, co zapewnia większą dokładność przy jednoczesnym zachowaniu zgodności z klasyfikacją ICD-10. Klasyfikację ICMSD zaprojektowano w celu wyjaśnienia i ujednoczenia stosowanej terminologii; zawiera ona między innymi słownik ogólnych deskryptorów grup schorzeń, takich jak na przykład zapalenia wielostawowe.

Pediatrya

Pod auspicjami Międzynarodowego Towarzystwa Pediatrycznego, Brytyjskie Towarzystwo Pediatryczne (BPA) opublikowało adaptację klasyfikacji podstawowej ICD-10 dla pediatrii, w której wykorzystuje się piątą cyfrę dla zwiększenia szczegółowości opisu stanu chorobowego. Jest to adaptacja analogiczna do opracowanych przez BPA dla rewizji ICD-8 oraz ICD-9.

Zaburzenia psychiczne

Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania ICD-10: opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. W tym tomie, opublikowanym w 1992 roku, każda kategoria z rozdziału V klasyfikacji ICD-10 („Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania”) została uzupełniona o ogólny opis i wskazówki dotyczące diagnozy, jak również uwagi na temat diagnostyki różnicowej oraz listę synonimów i terminów wykluczonych (5). W przypadkach, gdy wskazana jest większa szczegółowość, wytyczne zawierają opis dodatkowych podziałów na poziomie piątej i szóstej cyfry. Druga publikacja odnosząca się do rozdziału V „Kryteria diagnostyczne do badań” została opublikowana w 1993 roku.

Opracowano także wersję klasyfikacji dostosowaną do potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej, jak również inną wersję, przedstawiającą zaburzenia psychiczne występujące u dzieci w systemie wielowymiarowym, w celu umożliwienia jednoczesnego kodowania stanu klinicznego, istotnych czynników środowiskowych oraz stopnia niepełnosprawności związanej z chorobą.

2.2.2 Klasyfikacje niediagnostyczne

Procedury medyczne

Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych (ICPM) została opublikowana w dwóch tomach przez Światową Organizację Zdrowia w 1978 roku (6). Obejmuje ona procedury dotyczące diagnostyki medycznej, profilaktyki, terapii, radiologii, leków, a także procedury chirurgiczne i laboratoryjne. Niektóre kraje przyjęły tę klasyfikację, podczas gdy inne wykorzystywały ją jako podstawę do opracowania własnych krajowych klasyfikacji zabiegów chirurgicznych.

Kierownicy Ośrodków Światowej Organizacji Zdrowia współpracujących w ramach Klasyfikacji Chorób uznali, że proces konsultacji, który powinien zostać przeprowadzony przed zakończeniem prac i publikacją tej klasyfikacji, postępował zbyt powoli jak na tak szybko rozwijającą się dziedzinę. W związku z tym Kierownicy Ośrodków zalecili, aby nie

opracowywać wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych w powiązaniu z Dziesiątą Rewizją klasyfikacji ICD.

W 1987 roku Komitet Ekspertów ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób zwrócił się do Światowej Organizacji Zdrowia z wnioskiem o rozważenie aktualizacji przynajmniej zestawienia zabiegów chirurgicznych (rozdział 5) w klasyfikacji ICPM w kontekście Dziesiątej Rewizji. W odpowiedzi na ten wniosek, jak też na zapotrzebowanie sygnalizowane przez wiele krajów, Sekretariat przygotował listę tabelaryczną takich procedur.

Podczas spotkania, które miało miejsce w 1989 roku, Kierownicy ośrodków współpracujących uznali, że lista ta powinna służyć jako podstawa dla krajowych publikacji statystycznych dotyczących zabiegów chirurgicznych, jak również mogłaby ona ułatwić porównywanie danych na poziomie międzynarodowym. Lista taka może też służyć jako podstawa dla opracowywania porównywalnych krajowych klasyfikacji zabiegów chirurgicznych.

Prace nad tą listą będą kontynuowane, lecz ewentualne jej opublikowanie nastąpi już po wydaniu klasyfikacji ICD-10. W międzyczasie oceniane są inne podejścia do tego tematu. Niektóre z nich wykazują pewne wspólne cechy, takie jak stałe pole dotyczące określonych elementów (narząd, technika, dostęp chirurgiczny itp.), możliwość automatycznej aktualizacji, jak również elastyczność wynikająca z wykorzystywania do więcej niż jednego celu.

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) została opublikowana przez Światową Organizację Zdrowia we wszystkich sześciu językach urzędowych WHO w 2001 roku, po jej oficjalnym zatwierdzeniu przez 54 Światowe Zgromadzenie Zdrowia w dniu 22 maja 2001 roku. Następnie klasyfikacja ta została przetłumaczona na ponad 25 języków.

ICF opisuje zdrowie i stany związane ze zdrowiem w dwóch częściach. Część 1 opisuje funkcjonowanie i niepełnosprawność. Część 2 opisuje czynniki kontekstowe, do których należą czynniki środowiskowe i osobowe. Funkcjonowanie i niepełnosprawność w części 1 opisuje się z perspektywy ciała ludzkiego, pojedynczej osoby i społeczeństwa i umieszczone są one na dwóch listach: (1) funkcje i struktury ciała ludzkiego oraz (2) aktywności i uczestniczenie. Ponieważ funkcjonowanie i niepełnosprawność danej osoby obserwuje się w określonym kontekście, klasyfikacja ICF zawiera także listę czynników środowiskowych.

Klasyfikacja ICF zastąpiła Międzynarodową Klasyfikację Upośledzeń, Niepełnosprawności i Inwalidztwa (ICIDH). W związku z tym terminy i definicje ICIDH zostały zastąpione nowymi terminami i definicjami ICF:

Funkcjonowanie jest szerokim pojęciem dla czynności ciała, struktur ciała, aktywności i uczestniczenia. Oznacza ono pozytywne aspekty wzajemnych relacji pomiędzy jednostką (z określonym stanem chorobowym) a czynnikami wpływającymi z kontekstu, w którym znajduje się jednostka (czynniki środowiskowe i osobowe).

Niepełnosprawność jest szerokim pojęciem obejmującym upośledzenie, ograniczenie aktywności i restrykcje uczestniczenia. Określa ono negatywne aspekty interakcji pomiędzy jednostką (z określonym stanem chorobowym) a czynnikami wpływającymi z kontekstu, w którym znajduje się jednostka (czynniki środowiskowe i osobowe).

Funkcje ciała ludzkiego są to czynności fizjologiczne układów ciała (włączając w to funkcje psychiczne).

Struktury ciała ludzkiego są to anatomiczne części ciała, takie jak narządy, kończyny i ich składowe.

Upośledzenia są to zaburzenia czynności lub struktury ciała ludzkiego, takie jak istotne odchylenie od stanu prawidłowego lub utrata.

Aktywność jest to wykonanie przez daną osobę zadania lub podjęcie działania.

Ograniczenia aktywności są to trudności jakie dana osoba może mieć w podejmowaniu działań.

Uczestniczenie jest to angażowanie się danej osoby w określone sytuacje życiowe.

Ograniczenia uczestniczenia są to problemy, jakie dana osoba może napotkać w związku z angażowaniem się w sytuacje życiowe.

Czynniki środowiskowe tworzą fizyczne i społeczne środowisko oraz system postaw, w którym żyją ludzie.

Klasyfikacja ICF posługuje się systemem alfanumerycznym, w którym litery *b*, *s*, *d* oraz *e* wykorzystuje się do oznaczenia funkcji i struktur ciała ludzkiego, aktywności i uczestniczenia oraz czynników środowiskowych. Po tych literach umieszcza się kod numeryczny, który rozpoczyna się od numeru rozdziału (jedna cyfra), a następnie zawiera poziom drugi (dwie cyfry) oraz poziomy trzeci i czwarty (każdy po jednej cyfrze). Kategorie ICF są odpowiednio „zagnieżdżone” tak, aby zdefiniowane kategorie szersze obejmowały bardziej szczegółowo zdefiniowane podkategorie. Każda osoba może być opisana za pomocą kodów na każdym poziomie. Mogą one być niezależne od siebie, lecz mogą także być wzajemnie powiązane.

Kody ICF wymagają obecności kwalifikatora, który określa na przykład poziom zdrowia lub wagę danego problemu. Kwalifikatory kodowane są jako jedna, dwie lub więcej liczb po kropce. Zastosowaniu kodu powinien towarzyszyć przynajmniej jeden kwalifikator. Bez kwalifikatorów kod nie ma właściwego znaczenia. Pierwszy kwalifikator dla składnika Funkcje i Struktury ciała, kwalifikatory wykonanie i zdolności dla składnika Aktywności i Uczestniczenie oraz pierwszy kwalifikator dla składnika Czynniki środowiskowe określają wszystkie zakresy problemów w odpowiednim składniku klasyfikacji.

Klasyfikacja ICF przedstawia pojęcia „zdrowie” i „niepełnosprawność” w nowym świetle. Opiera się na założeniu, że u każdego człowieka może wystąpić pogorszenie stanu zdrowia prowadzące do niepełnosprawności. Ta sytuacja, nie dotyczy tylko niewielkiej części społeczeństwa, w związku z tym klasyfikacja ICF uświadamia powszechność występowania niepełnosprawności, która stanowi uniwersalne doświadczenie ludzi. Przesuwa punkt ciężkości z przyczyny na skutek, traktuje wszystkie stany chorobowe na jednakowym poziomie, co umożliwia ich porównywanie za pomocą jednej miary – stanu zdrowia i niepełnosprawności. Ponadto, klasyfikacja ICF uwzględnia aspekty społeczne niepełnosprawności i nie postrzega jej jako dysfunkcji „medycznej” lub „biologicznej”. Dzięki uwzględnieniu czynników kontekstowych, obejmujących czynniki środowiskowe, ICF umożliwia zakodowane wpływu środowiska na funkcjonowanie danej osoby.

Klasyfikacja ICF opublikowana przez Światową Organizację Zdrowia wyznacza ramy umożliwiające pomiar stanu zdrowia i niepełnosprawności zarówno na poziomie indywidualnym, jak i populacyjnym. Podczas gdy międzynarodowa klasyfikacja chorób

klasyfikuje choroby i przyczyny zgonów, ICF klasyfikuje dziedziny dotyczące zdrowia. ICD i ICF stanowią dwie główne klasyfikacje w rodzinie międzynarodowych klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia. Łącznie oferują one niezwykle szerokie, a jednocześnie dokładne narzędzia pozwalające przedstawić pełny obraz stanu zdrowia.

2.2.3 Baza informacyjna dla podstawowej opieki zdrowotnej

Jednym z wyzwań Światowej Strategii – Zdrowie dla Wszystkich do Roku 2000 jest zapewnienie zaplecza informacyjnego dla podstawowej opieki zdrowotnej. W krajach, gdzie nie są dostępne pełne informacje lub gdzie dostępne są jedynie dane niskiej jakości, konieczne jest zastosowanie różnych metod w celu uzupełnienia lub zastąpienia tradycyjnego stosowania klasyfikacji ICD.

Od końca lat 70-tych w wielu krajach prowadzono eksperymenty związane z gromadzeniem danych przez niefachowy personel. Niefachowa sprawozdawczość uległa stopniowej ewolucji do szerszego pojęcia „metod niekonwencjonalnych”. Te zróżnicowane metody były doskonalone w różnych krajach jako sposób uzyskiwania informacji na temat stanu zdrowia w sytuacjach, w których metody tradycyjne (spisy ludności, badania ankietowe, statystyki demograficzne i instytucjonalne chorobowości i umieralności) oceniono jako niedostateczne.

Jedną z tych metod, określaną jako „informacje oparte na społeczności”, zakłada uczestnictwo społeczności lokalnych w określaniu, gromadzeniu i wykorzystywaniu danych dotyczących stanu zdrowia. Stopień udziału społeczności lokalnej może być różny – od samego gromadzenia danych po projektowanie, analizowanie i stosowanie informacji. Doświadczenia zebrane w kilku krajach wykazały, że metoda ta wykracza poza schemat jedynie teoretyczny. Międzynarodowa Konferencja ds. Dziesiątej Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (patrz Tom I) zanotowała w swoim raporcie:

Konferencja została poinformowana o doświadczeniach poszczególnych krajów w opracowywaniu i stosowaniu opartych na danych populacyjnych informacji dotyczących problemów i potrzeb zdrowotnych, związanych z nimi czynników ryzyka oraz posiadanych środków. Konferencja poparła koncepcję rozwijania niekonwencjonalnych metod wypełniania luk informacyjnych na poziomie populacyjnym w poszczególnych krajach i doskonalenia ich systemów informacyjnych. Podkreślono, że – zarówno w krajach rozwijających się, jak i rozwiniętych – metody takie powinny być opracowywane lokalnie, a z powodu różnic w czynnikach takich jak schematy występowania stanów chorobowych, różnice językowe i kulturowe nie należy podejmować prób przenoszenia tych metod do innych regionów lub krajów.

Ze względu na zachęcające wyniki stosowania tej metody w wielu krajach, Konferencja uznała, że Światowa Organizacja Zdrowia powinna nadal promować rozwijanie lokalnych schematów, jak też wspierać udoskonalanie stosowanych metod.

2.2.4 Międzynarodowa nomenklatura chorób

W roku 1970 Rada Międzynarodowych Organizacji Nauk Medycznych (CIOMS), przy współpracy z organizacjami członkowskimi, rozpoczęła opracowywanie Międzynarodowej Nomenklatury Chorób (IND). W latach 1972–1974 wydano pięć tomów tymczasowego nazewnictwa. Wkrótce zdano sobie jednak sprawę z tego, że jeżeli nomenklatura taka ma mieć charakter rzeczywiście międzynarodowy, będzie ona wymagała konsultacji znacznie szerszych niż ograniczone jedynie do członków Rady Międzynarodowych Organizacji Nauk

Medycznych. W 1975 roku międzynarodowe nomenklatura chorób stała się połączonym projektem Rady Międzynarodowych Organizacji Nauk Medycznych i Światowej Organizacji Zdrowia, prowadzonym przez Techniczny Komitet Koordynacyjny utworzony z przedstawicieli tych dwóch organizacji.

Głównym celem nomenklatury IND miało być zapewnienie zalecanej, jednolitej nazwy dla każdej wyodrębnionej jednostki chorobowej. Głównym kryterium wyboru nazwy było to, iż musi ona być dokładna (stosowana wyłącznie do jednej choroby), jednoznaczna, samoopisująca i prosta, na ile to możliwe, a także nawiązująca do przyczyny schorzenia (o ile jest to możliwe). Niemniej jednak, wiele szeroko używanych nazw, które nie w pełni spełniają powyższe kryteria, pozostawiono jako synonimy, pod warunkiem, że nie były one niewłaściwe, wprowadzające w błąd lub pozostające w sprzeczności do zaleceń międzynarodowych organizacji specjalistów. Dążono do unikania nazw o charakterze eponimów, gdyż nie są one samoopisujące; wiele nazw tego typu jest jednak stosowanych tak szeroko, że konieczne było ich pozostawienie (np. choroba Hodgkina, choroba Parkinsona, choroba Addisona).

Każda choroba lub zespół, dla którego zalecono nazwę, zostały zdefiniowane możliwie jak najkrócej i najbardziej jednoznacznie. Do każdej definicji dołączono listę synonimów. Te ogólne listy w odpowiednich miejscach uzupełniono o wyjaśnienia, dlaczego określone synonimy zostały odrzucone, czy też dlaczego pozorny synonim w rzeczywistości nim nie jest.

Międzynarodowa nomenklatura chorób ma uzupełniać podstawową klasyfikację ICD. Różnice pomiędzy nazewnictwem a klasyfikacją zostały opisane w punkcie 2.3. W miarę możliwości terminologia IND miała pierwszeństwo podczas opracowywania Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.

Tomy Międzynarodowej Nomenklatury Chorób opublikowane do 1992 roku (8) to: *Choroby zakaźne* (choroby bakteryjne (1985), grzybice (1982), choroby wirusowe (1983), choroby pasożytnicze (1987)), *Choroby dolnych dróg oddechowych* (1979), *Choroby układu pokarmowego* (1990), *Choroby serca i naczyń* (1989), *Zaburzenia przemian metabolicznych, stanu odżywienia i wydzielania wewnętrznego* (1991), *Choroby nerek, dolnej części układu moczowego i męskiego układu rozrodczego* (1992) oraz *Choroby żeńskiego układu rozrodczego* (1992).

2.2.5 Rola WHO

Większość opisanych powyżej klasyfikacji jest wynikiem bardzo ścisłej współpracy pomiędzy organizacjami pozarządowymi, innymi instytucjami, a także działami i jednostkami Światowej Organizacji Zdrowia. Jednostka WHO odpowiedzialna za klasyfikacje ICD oraz ICF pełni rolę koordynatora, jak również udziela wskazówek i porad.

WHO popiera opracowywanie adaptacji, które rozszerzają zarówno użyteczność klasyfikacji ICD i ICF, jak i poprawiają porównywalność statystyk medycznych. Rola WHO w kontekście tworzenia nowych klasyfikacji, adaptacji i słowników polega na umożliwieniu współpracy pod jednym kierunkiem, jak również pełnieniu funkcji ośrodka centralnego – poprzez udzielanie niezbędnych porad technicznych, instrukcji, a także pomocy. Każdy podmiot zainteresowany opracowaniem adaptacji klasyfikacji ICD-10 lub ICF powinien skonsultować się z WHO niezwłocznie po określeniu wyraźnych celów danej adaptacji. W ten sposób można uniknąć zbędnego dublowania działań dzięki skoordynowanemu podejściu do opracowywania różnych elementów rodziny klasyfikacji.

2.3 Ogólne zasady klasyfikacji chorób

William Farr stwierdził w 1856 roku (9):

Klasyfikacja stanowi metodę uogólnienia. Można zatem z korzyścią używać kilku różnych klasyfikacji, a lekarz, patolog lub prawnik – każdy ze swojego własnego punktu widzenia – mogą odpowiednio klasyfikować choroby i przyczyny zgonów w sposób, jaki według nich jest najlepiej dostosowany do ich potrzeb, a także do uzyskania wyników ogólnych.

Statystyczna klasyfikacja chorób musi obejmować ograniczoną liczbę wzajemnie wykluczających się kategorii i jednocześnie musi obejmować wszystkie stany chorobowe. Kategorie powinny być wybrane w taki sposób, aby ułatwić badania statystyczne nad zjawiskami dotyczącymi stanów chorobowych. Konkretna jednostka chorobowa, która ma szczególnie istotne znaczenie dla zdrowia publicznego lub która występuje często, powinna być klasyfikowana w ramach odrębnej kategorii. Pozostałe kategorie powinny być przypisane do grup oddzielnych, lecz powiązanych ze sobą stanów. Każda choroba lub stan chorobowy musi mieć odpowiednio zdefiniowane miejsce na liście kategorii. W związku z tym klasyfikacja musi zawierać także kategorie obejmujące pozostałe i różne stany chorobowe, których nie daje się przypisać do kategorii bardziej szczegółowych. Do kategorii obejmujących stany pozostałe powinno być przypisanych możliwie jak najmniej stanów chorobowych.

Klasyfikacja statystyczna różni się od nazewnictwa elementem grupowania, które musi posiadać oddzielny tytuł dla każdego znanego stanu chorobowego. Niemniej jednak koncepcje klasyfikacji i nazewnictwa są ze sobą ściśle powiązane, bowiem nazewnictwo jest często uporządkowane w sposób systematyczny.

Klasyfikacja statystyczna może charakteryzować się różnym poziomem szczegółowości, o ile ma ona strukturę hierarchiczną z podkategoriami. Klasyfikacja statystyczna chorób powinna zapewniać możliwość zarówno identyfikacji konkretnych jednostek chorobowych, jak i statystycznej prezentacji danych dla szerszych grup chorób, dostarczając użytecznych i zrozumiałych informacji.

Te same ogólne założenia mają zastosowanie do klasyfikacji innych problemów zdrowotnych i przyczyn kontaktu z opieką zdrowotną, które są również włączone do Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych miała w zamyśle mieć charakter raczej klasyfikacji praktycznej niż czysto teoretycznej i dlatego dokonano szeregu kompromisów pomiędzy klasyfikacją opartą na etiologii, umiejscowieniu anatomicznym, okolicznościach wystąpienia danego stanu itp. Dostosowano ją również do różnorodnych celów statystycznych, takich jak ocena umieralności, chorobowości, kwestie dotyczące ubezpieczeń społecznych, a także do innych typów statystyk i badań zdrowotnych.

2.4 Podstawowa struktura i zasady klasyfikacji ICD

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych jest klasyfikacją wielowymiarową. Struktura taka została zaproponowana przez Williama Farra na początku międzynarodowej dyskusji na temat tego typu klasyfikacji. Postulował on, że dla wszystkich praktycznych celów epidemiologicznych dane statystyczne na temat chorób powinny być pogrupowane w następujący sposób:

- choroby epidemiczne,
- choroby ogólne lub ogólnoustrojowe,
- choroby o charakterze lokalnym uporządkowane według umiejscowienia,
- choroby rozwojowe,
- urazy.

Schemat ten znajduje odzwierciedlenie w rozdziałach klasyfikacji. Przetrwał on próbę czasu i – chociaż jest on w pewnym sensie arbitralny – to jednak jest wciąż uważany za strukturę bardziej użyteczną dla ogólnych celów epidemiologicznych niż jakiekolwiek z testowanych rozwiązań alternatywnych.

Dwie pierwsze i dwie ostatnie spośród wymienionych powyżej grup tworzą „grupy specjalne” obejmujące stany, które w badaniach epidemiologicznych mogłyby być rozrzucone, np. w przypadku używania klasyfikacji uporządkowanej głównie według umiejscowienia procesu chorobowego. Ostatnia grupa, „choroby o charakterze lokalnym uporządkowane według umiejscowienia”, to rozdziały klasyfikacji dotyczące poszczególnych głównych układów organizmu ludzkiego.

Rozróżnienie pomiędzy rozdziałami dotyczącymi grup specjalnych oraz rozdziałami dotyczącymi układów organizmu ma praktyczne implikacje dla zrozumienia struktury klasyfikacji, dla kodowania, a także dla interpretowania opartych na niej danych statystycznych. Należy pamiętać, że stany chorobowe należy z zasady klasyfikować najpierw do jednego z rozdziałów „grupy specjalnej”. W sytuacji, gdy istnieje jakakolwiek wątpliwość co do tego, w której kategorii należy sklasyfikować dany stan chorobowy, rozdziały „grup specjalnych” mają pierwszeństwo.

Podstawą klasyfikacji jest pojedyncza lista kodów kategorii trzyznakowych, z których każda może być dodatkowo podzielona na dziesięć podkategorii czteroznakowych. W miejsce czysto numerycznego systemu kodowania poprzedniej rewizji, w Dziesiątej Rewizji zastosowano kodowanie alfanumeryczne z literą na pierwszym miejscu i cyframi na drugiej, trzeciej i czwartej pozycji. Czwarty znak występuje po kropce. Możliwe są zatem numery kodów od A00.0 do Z99.9. Litera „U” pozostaje nie wykorzystana (patrz punkt 2.4.7).

2.4.1 Tomy

Dziesiąta Rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych składa się z trzech tomów: Tom I zawiera główną klasyfikację, Tom II to wskazówki dla jej użytkowników, natomiast Tom III jest indeksem alfabetycznym do klasyfikacji.

Większą część Tomu I zajmuje główna klasyfikacja składająca się z listy kategorii trzyznakowych, listy tabelarycznej oraz listy podkategorii czteroznakowych. Zasadniczą część klasyfikacji – listę kategorii trzyznakowych (Tom I) – wyznacza poziom kodowania obowiązujący w sprawozdaniach dostarczanych dla bazy danych WHO dotyczącej umieralności, a także dla ogólnych porównań międzynarodowych. W Tomie I znajduje się także lista tytułów rozdziałów i bloków. Lista tabelaryczna przedstawia wszystkie szczegóły poziomu czteroznakowego. Została ona podzielona na 21 rozdziałów.

Tom I zawiera także działy:

- *Morfologia nowotworów.* Klasyfikację morfologiczną nowotworów można w razie potrzeby wykorzystać jako dodatkowy kod do klasyfikowania według typu morfologicznego tych nowotworów, które w większości występują w rozdziale II, lecz są tam uporządkowane głównie według charakteru i umiejscowienia (topografii). Kody morfologiczne są identyczne z użytymi w specjalnej adaptacji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych dla Onkologii (ICD-O) (1).
- *Specjalne listy tabelaryczne.* Ponieważ pełna czteroznakowa lista ICD, a nawet lista kodów trzyznakowych są zbyt obszerne, aby mogły być prezentowane w każdej tabeli statystycznej, większość rutynowych statystyk wykorzystuje listę tabelaryczną, która wyróżnia pewne pojedyncze stany zdrowotne, a grupuje inne. Cztery listy specjalne dla potrzeb opracowywania tabeli umieralności stanowią integralną część klasyfikacji ICD. Listy 1 i 2 są przeznaczone do oceny umieralności ogólnej, natomiast listy 3 i 4 – do oceny umieralności niemowląt i dzieci (do ukończenia 4 roku życia). Istnieje także specjalna lista tabelaryczna chorobowości. Listy te znajdują się w Tomie I. Wskazówki dotyczące właściwego korzystania z różnych poziomów klasyfikacji i list tabelarycznych są przedstawione w części 5 niniejszego tomu.
- *Definicje.* W Tomie I podane są definicje, które zostały przyjęte przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia i włączone do ICD, aby zapewnić porównywalność danych na poziomie międzynarodowym.
- *Regulacje dotyczące nazewnictwa.* Regulacje przyjęte przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia określają formalną odpowiedzialność państwa członkowskiego WHO w zakresie klasyfikowania chorób i przyczyn zgonów, a także gromadzenia i publikowania danych statystycznych. Są one przedstawione w Tomie I.

2.4.2 Rozdziały

Klasyfikacja jest podzielona na 21 rozdziałów. Pierwszy znak kodu w klasyfikacji ICD jest literą, a każda litera jest połączona z konkretnym rozdziałem, z wyjątkiem litery D, która jest użyta w rozdziale II (Nowotwory) i w rozdziale III (Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz wybrane choroby przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych), a także litery H, która jest użyta w rozdziale VII (Choroby oka i przydatków oka) i w rozdziale VIII (Choroby ucha i wyrostka sutkowatego). W czterech rozdziałach (rozdział I, II, XIX i XX) na pierwszej pozycji kodu może występować więcej niż jedna litera.

Każdy rozdział zawiera pewną liczbę kategorii trzyznakowych, odpowiednią do jego treści. Nie wszystkie dostępne kody są wykorzystane; część z nich pominięto dla potrzeb przyszłych rewizji i rozszerzania klasyfikacji.

Rozdziały od I do XVII odnoszą się do chorób i innych stanów chorobowych, a rozdział XIX obejmuje urazy, zatrucia i niektóre inne następstwa działania czynników zewnętrznych. Pozostałe rozdziały zawierają pełny zakres tematów występujących obecnie w danych diagnostycznych. Rozdział XVIII zawiera „Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej”. Rozdział XX (Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu) wykorzystano tradycyjnie do sklasyfikowania przyczyn urazów i zatruc, ale – począwszy od Dziewiątej Rewizji – występują w nim kody dla każdej podanej zewnętrznej przyczyny chorób i innych stanów chorobowych. Rozdział XXI (Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia) jest w zamierzeniu klasyfikacją danych wyjaśniających przyczyny kontaktu z systemem opieki zdrowotnej osoby,

która aktualnie nie jest chora, jak również okoliczności, w których pacjent otrzymuje opiekę w danym okresie czasu lub mających w inny sposób wpływ na charakter opieki medycznej.

2.4.3 Bloki kategorii

Rozdziały są podzielone na jednorodne „bloki” kategorii trzyznakowych. W rozdziale I tytuły bloków odzwierciedlają dwa wymiary klasyfikacji – sposób przenoszenia oraz szeroką grupę organizmów zakaźnych. W rozdziale II podstawowym wymiarem jest zachowanie się nowotworu; wśród nowotworów o tym samym charakterze klasyfikowanie następuje głównie na podstawie umiejscowienia procesu chorobowego, chociaż istnieje również kilka kategorii trzyznakowych oznaczających ważne typy morfologiczne (np. białaczki, chłoniaki, czerniaki, międzybłoniaki, mięsaki Kaposiego). Zakres kategorii jest podany w nawiasach po każdym tytule bloku.

2.4.4 Kategorie trzyznakowe

W każdym bloku występują kategorie trzyznakowe opisujące pojedynczy stan chorobowy, wyróżnione z powodu ich częstości występowania, ciężkiego przebiegu lub prawdopodobieństwa interwencji dotyczących zdrowia publicznego, podczas gdy inne kategorie obejmują grupy chorób o pewnych wspólnych cechach. Zazwyczaj odwołują się one do „innych” stanów chorobowych, co umożliwi włączenie do nich wielu zróżnicowanych, lecz rzadziej występujących stanów chorobowych, jak również zaburzeń „nieokreślonych”.

2.4.5 Podkategorie czteroznakowe

Chociaż nie jest to obowiązkowe dla sprawozdawczości na poziomie międzynarodowym, większość kategorii trzyznakowych jest rozszerzona o czwarty znak numeryczny, występujący po kropce, co umożliwia określenie do dziesięciu podkategorii. W sytuacji, gdy kategoria trzyznakowa nie zawiera dodatkowego podziału, zaleca się używanie litery „X” dla wypełnienia czwartej pozycji, tak aby wszystkie kody posiadały standardową długość wymaganą do obróbki danych.

Podkategorie czteroznakowe wykorzystuje się na wiele sposobów, np. opisując różne lokalizacje lub postacie – jeśli kategoria trzyznakowa odnosi się do pojedynczej choroby, bądź wyróżniając poszczególne jednostki chorobowe – jeśli kategoria trzyznakowa obejmuje grupę stanów.

Czwarty znak „8” zazwyczaj służy do określenia „innych stanów” objętych daną kategorią trzyznakową, a znak „9” najczęściej posiada to samo znaczenie co tytuł kategorii trzyznakowej, bez dodatkowej informacji.

W przypadkach, kiedy te same podkategorie czteroznakowe mają zastosowanie do wielu kategorii trzyznakowych, są one wymienione tylko raz, na początku odpowiedniego bloku kategorii. Uwaga umieszczona po każdej z tych kategorii wskazuje miejsce, w którym można znaleźć szczegółowe informacje. Na przykład kategorie O03–O06, opisujące różne typy poronienia, mają wspólny czwarty znak odpowiadający związanym z nimi powikłaniom (patrz Tom I).

2.4.6 Podziały uzupełniające do stosowania na piątym lub dalszym poziomie kodu

Piąty lub dalszy poziom kodu stanowi zwykle dodatkową podklasyfikację czwartego znaku kodu według różnych parametrów. Można je odnaleźć w:

- Rozdziale XIII – podklasyfikacje według umiejscowienia anatomicznego,
- Rozdziale XIX – podklasyfikacje wskazujące złamania otwarte i zamknięte, jak również urazy wewnątrzczaszkowe, w obrębie klatki piersiowej oraz w obrębie jamy brzusznej, z otwartą raną lub bez takiej rany,
- Rozdziale XX – stosowane dawniej podklasyfikacje wskazujące na rodzaj czynności podjętych w chwili zdarzenia; obecnie są to opcjonalne informacje dodatkowe, które należy rejestrować w osobnym polu.

2.4.7 Niewykorzystany kod „U”

Kody U00–U49 mogą być używane przez WHO do tymczasowego oznaczenia nowych chorób o niepewnej etiologii. Kody U50–U99 mogą być wykorzystane podczas badań naukowych, np. w celu przetestowania alternatywnej podklasyfikacji w ramach specjalnego projektu.

3. Jak korzystać z Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych

W niniejszej części instrukcji przedstawione są praktyczne informacje, które powinny być znane wszystkim użytkownikom klasyfikacji, aby mogli oni w pełni wykorzystać jej możliwości. Znajomość oraz zrozumienie celu i struktury klasyfikacji mają kluczowe znaczenie dla statystyków i analityków informacji medycznych, jak również dla osób kodujących. Dokładność i konsekwencja stosowania klasyfikacji są uzależnione od właściwego korzystania z jej wszystkich trzech tomów.

3.1 Jak korzystać z Tomu I

3.1.1 Wprowadzenie

Tom I Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych zawiera samą tylko właściwą klasyfikację. Obejmuje ona kategorie, do których należy przypisać rozpoznanie, ułatwiając w ten sposób jego sortowanie i zliczanie dla celów statystycznych. Ponadto w Tomie I przedstawiono definicje zawartości kategorii, podkategorii oraz elementów list tabelarycznych, które osoby wykorzystujące dane statystyczne mogą znaleźć w tabelach statystycznych.

W zasadzie istnieje teoretyczna możliwość odnalezienia przez osobę kodującą właściwego kodu przy użyciu samego tylko Tomu I, jest to jednak czasochłonne i może prowadzić do błędnych przyporządkowań. W Tomie III znajduje się indeks alfabetyczny, który stanowi swoisty przewodnik po klasyfikacji. We wprowadzeniu do indeksu przedstawione są ważne informacje o jego związkach z Tomem I.

Klasyfikację ICD wykorzystuje się najczęściej w celu wyboru jednego stanu chorobowego spośród wielu wpisanych na karcie zgonu lub zawartych w zbiorze danych medycznych. W części 4 niniejszego tomu przedstawione są zasady tego wyboru w odniesieniu do kodowania umieralności i chorobowości.

Szczegółowy opis listy tabelarycznej znajduje się w części 2.4.

3.1.2 Zastosowanie listy tabelarycznej i podkategorii czteroznakowych

Terminy „Obejmuje”

W obrębie trzy- i czteroznakowych rubryk¹ zwykle wymieniona jest pewna liczba innych terminów diagnostycznych. Są one podane jako terminy dodane („Obejmuje”) obok tytułu, jako przykłady określeń diagnostycznych, które powinny być klasyfikowane w tych rubrykach. Terminy te mogą odnosić się do różnych stanów albo być ich synonimami. Nie stanowią one jednak podklasyfikacji rubryk.

¹ W kontekście klasyfikacji ICD określenie „rubryka” oznacza kategorię trzyznakową lub podkategorię czteroznakową.

Terminy „Obejmuje” są wymienione obok tytułu jako wskazówki co do zakresu treści danej rubryki. Wiele wymienionych terminów to ważne lub powszechne stany chorobowe należące do danej rubryki. Inne są stanami granicznymi lub umiejscowieniem wyszczególnionym w celu zaznaczenia granicy pomiędzy jedną podkategorią a inną. Lista terminów „Obejmuje” nie wyczerpuje wszystkich możliwości, a alternatywne nazwy jednostek diagnostycznych są włączone do indeksu alfabetycznego, do którego należy kierować się w pierwszej kolejności podczas kodowania danego terminu diagnostycznego.

Czasem należy czytać terminy „Obejmuje” w połączeniu z tytułami. Zdarza się to zwykle w sytuacji gdy terminy te są drobiazgowymi listami umiejscowień lub produktów farmaceutycznych, gdzie najważniejsze jest słowo z tytułu (np. „nowotwór złośliwy...”, „uraz...”, „zatrucie...”).

Ogólne opisy diagnostyczne wspólne dla wielu kategorii, bądź dla wszystkich podkategorii w obrębie kategorii trzyznakowej, można znaleźć w uwagach rozpoczynających się od sformułowania „Obejmuje”, po którym bezpośrednio następuje tytuł rozdziału, bloku lub kategorii.

Terminy „Nie obejmuje”

Niektóre rubryki zawierają listę stanów poprzedzonych słowem „Nie obejmuje”. Są to terminy, o których na podstawie tytułu rubryki można byłoby sądzić, że są w niej sklasyfikowane. W rzeczywistości przynależą one jednak do innych kategorii. Przykład takiej sytuacji ma miejsce w kategorii A46 „Róża”, gdzie wykluczono różę poporodową i połogową. Po każdym wykluczonym terminie podano w nawiasach kod innej kategorii lub podkategorii, do której należy przypisać wykluczony termin.

Wykluczenia ogólne, dotyczące wielu kategorii lub wszystkich podkategorii w obrębie kategorii trzyznakowej, znajdują się w uwadze „Nie obejmuje” następującej bezpośrednio po tytule rozdziału, bloku lub kategorii.

Komentarze

W Rozdziale V (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania), oprócz terminów „Obejmuje” i „Nie obejmuje”, zastosowano komentarze w celu bardziej precyzyjnego określenia treści poszczególnych rubryk. Wynika to z faktu, iż występują znaczne różnice w terminologii zaburzeń umysłowych, zwłaszcza pomiędzy różnymi krajami, a ta sama nazwa mogłaby zostać użyta dla opisu zupełnie odmiennych stanów chorobowych. Komentarz ten nie jest przeznaczony do użytku osób kodujących.

Podobnego typu objaśnienia występują w innych miejscach klasyfikacji ICD. Na przykład w rozdziale XXI mają one na celu wyjaśnienie, co dana rubryka ma zawierać według zamierzeń autorów.

3.1.3 Dwa kody dla niektórych stanów

System „gwiazdek” i „krzyżyków”

W Dziewiątej Rewizji klasyfikacji ICD wprowadzono system dwóch kodów dla określeń diagnostycznych zawierających informacje zarówno o wyjściowej chorobie ogólnej, jak i o manifestacji problemu zdrowotnego w danym narzędziu lub miejscu, która sama w sobie jest problemem klinicznym. System ten został utrzymany w Dziesiątej Rewizji.

Kodem podstawowym jest kod choroby wyjściowej i jest on oznaczony krzyżykiem (†); opcjonalnym kodem dodatkowym dla objawu jest natomiast kod oznaczony gwiazdką (*). Konwencję tę zastosowano, ponieważ kodowanie samej choroby wyjściowej często było niesatysfakcjonujące z punktu widzenia opracowywania statystyk odnoszących się do poszczególnych specjalności. Istniała bowiem potrzeba analizy stanu sklasyfikowanego według jego objawu, gdyż on właśnie był przyczyną korzystania z opieki medycznej.

Podczas gdy system krzyżyków i gwiazdek stanowi alternatywny sposób klasyfikowania przeznaczony do prezentacji statystyk, to jednak w klasyfikacji ICD obowiązuje zasada, że kod z krzyżykiem jest kodem głównym i należy zawsze go stosować. Kod z gwiazdką powinien być używany *dotatkowo* w przypadku, gdy wymagana jest również alternatywna metoda prezentacji. Podczas procesu kodowania kod z gwiazdką nie powinien nigdy być używany jako jedyny. Statystyki zawierające kody gwiazdkowe odpowiadają tradycyjnej klasyfikacji dla prezentacji danych na temat umieralności i chorobowości a także innych aspektów opieki zdrowotnej.

Kody z gwiazdką pojawiają się w kategoriach trzyznakowych. W przypadku, gdy dana choroba nie jest określona jako przyczyna wyjściowa, posiada ona odrębne kategorie. Na przykład kategorie G20 i G21 są przeznaczone dla postaci parkinsonizmu, które nie są objawami innych chorób przyporządkowanych gdzie indziej, podczas gdy kategoria G22* jest zdefiniowana jako „Parkinsonizm w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej”. W klasyfikacji podane są kody krzyżykowe odpowiadające stanom wspomnianym w kategoriach gwiazdkowych np. w przypadku „Parkinsonizmu kiłowego”, zaklasyfikowanego do kategorii G22*, kod krzyżykowy to A52.1†.

Niektóre kody krzyżykowe pojawiają się w specjalnych kategoriach krzyżykowych. Częściej jednak kody krzyżykowe dla rozpoznań dwuelementowych oraz kody nieoznaczone (bez gwiazdki lub krzyżyka) dla stanów jednoelementowych mogą być zaczerpnięte z tej samej kategorii lub podkategorii.

Obszary klasyfikacji, w których występuje system krzyżykowy lub gwiazdkowy są ograniczone; w całej klasyfikacji istnieją 83 specjalne kategorie gwiazdkowe, które są wymienione na początku odpowiednich rozdziałów.

Rubryki, w których występują terminy zaznaczone krzyżykiem mogą przybrać jedną z trzech różnych form:

- (i) jeśli zarówno symbol (†), jak i alternatywny kod gwiazdkowy pojawiają się w nagłówku rubryki, wówczas wszystkie terminy zaklasyfikowane do tej rubryki mogą być przedmiotem podwójnej klasyfikacji i wszystkie mają ten sam kod alternatywny np.:

A17.0† Gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (G01*)
 Gruźlica opon (mózgowych) (rdzeniowych)
 Gruźlicze zapalenie opon miękkich mózgu

- (ii) jeśli symbol taki pojawia się w nagłówku rubryki, ale nie występuje alternatywny kod gwiazdkowy, wówczas wszystkie terminy zaklasyfikowane do tej rubryki są przedmiotem podwójnej klasyfikacji. Mają one jednak różne kody alternatywne (które są wymienione dla każdego terminu), np.:

A18.0† Gruźlica kości i stawów

...

Gruźlicze:

- zapalenie stawów (M01.1*)
- zapalenie wyrostka sutkowatego (H75.0*)
- zmiany martwicze kości (M90.0*)
- zapalenie kości (M90.0*)
- zapalenie kości i szpiku (M90.0*)
- zapalenie błony maziowej (M68.0*)
- zapalenie pochewki maziowej ścięgna (M68.0*)

- (iii) jeśli w tytule nie występuje ani powyższy symbol, ani alternatywny kod gwiazdkowy, wówczas rubryka jako całość nie jest przedmiotem podwójnej klasyfikacji. Mogą jej jednak podlegać pojedyncze terminy. W takim przypadku terminy te są oznaczone odpowiednim symbolem, a ich alternatywne kody są podane na końcu frazy, np.:

A54.8 Inne zakażenia rzeżączkowe

Rzeżączkowe zapalenie:

...

- otrzewnej† (K67.1*)
- płuc† (J17.0*)

Posocznica w przebiegu rzeżączki

Rzeżączkowe uszkodzenia skóry

Inne opcjonalne sposoby podwójnego kodowania

Istnieją pewne sytuacje, inne niż wymagające stosowania systemu gwiazdkowego i krzyżykowego, które pozwalają stosować dwa kody dla pełnego opisu stanu zdrowia danej osoby. W takich przypadkach lista tabelaryczna często zawiera uwagę: „W razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu...”. Kodów dodatkowych należy używać jedynie w szczególnych sytuacjach, mianowicie:

- (i) w przypadku miejscowych zakażeń, które można zaklasyfikować do rozdziałów dotyczących „układów organizmu”, można dołączyć kody z rozdziału I określające organizm przyczynowy, o ile informacja ta nie występuje w tytule rubryki. Do tych celów przeznaczony jest blok kategorii B95–B97 z rozdziału I.
- (ii) w przypadku nowotworów charakteryzujących się aktywnością czynnościową do kodu z rozdziału II można dołączyć odpowiedni kod z rozdziału IV w celu wskazania typu aktywności czynnościowej.
- (iii) w przypadku nowotworów do kodu z rozdziału II można dołączyć kod morfologiczny z zamieszczonej w Tomie I listy w celu określenia typu morfologicznego guza, choć kody te nie wchodzą w skład podstawowej klasyfikacji ICD.

- (iv) w przypadku stanów zaklasyfikowanych do kategorii F00–F09 (Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi) w rozdziale V można dołączyć kod z innego rozdziału w celu określenia przyczyny, np. choroby wyjściowej, urazu lub innego uszkodzenia mózgu.
- (v) w przypadku, gdy stan chorobowy jest wywołany przez czynnik toksyczny, można dołączyć kod z rozdziału XX w celu określenia tego czynnika.
- (vi) w przypadkach, gdy do opisu urazu, zatrucia lub innych działań niepożądanych można użyć dwóch kodów: kodu z rozdziału XIX, który opisuje charakter urazu oraz kodu z rozdziału XX, który opisuje jego przyczynę. Decyzja co do tego, który z nich należy traktować jako kod dodatkowy, jest uzależniona od celu gromadzenia danych (patrz wstęp do rozdziału XX w Tomie I).

3.1.4 Konwencje zastosowane w liście tabelarycznej

Dla wymienionych w liście tabelarycznej terminów „Obejmuje” i „Nie obejmuje” w klasyfikacji obowiązują pewne specjalne zasady odnoszące się do użycia nawiasów okrągłych, nawiasów kwadratowych, dwukropków, klamer, skrótów „BNO”, frazy „niesklasyfikowane gdzie indziej” (NGI) oraz litery „i” w tytułach. Zasady te muszą być dokładnie zrozumiane przez osoby kodujące, a także przez każdego, kto chce właściwie interpretować statystykę opartą na międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych.

Nawiasy okrągłe ()

Nawiasy okrągłe są używane w Tomie I w czterech ważnych sytuacjach.

- (a) W nawiasach okrągłych znajdują się słowa uzupełniające, które mogą występować w terminach diagnostycznych, lecz nie wpływają na numer kodu, do którego przyporządkowane są słowa występujące poza nawiasem. Na przykład w kodzie I10 termin włączony to „Nadciśnienie (tętnicze) (łagodne) (samoistne) (złośliwe) (pierwotne) (układowe)”. Zawiera on w sobie informację, że I10 jest numerem kodu dla słowa „nadciśnienie” występującego samodzielnie, albo też w połączeniu z dowolnym spośród słów wymienionych w nawiasach, bądź też z kombinacją takich słów.
- (b) W nawiasach okrągłych podany jest także numer kodu, do którego odnosi się termin wykluczony („Nie obejmuje”), np.:

H01.0 Zapalenie brzegów powiek
 Nie obejmuje: zapalenie brzegów powiek i spojówek (H10.5).
- (c) Inną sytuację stanowi zastosowanie nawiasu okrągłego w bloku tytułowym. Wpisane są w nim trzyznakowe kody kategorii zawarty w danym bloku.
- (d) Ostatnie zastosowanie nawiasów okrągłych zostało już wykorzystane w Dziewiątej Rewizji i odnosi się do systemu krzyżyków i gwiazdek. Mianowicie w nawiasach okrągłych przedstawiony jest kod krzyżykowy obok kategorii gwiazdkowej, bądź kod gwiazdkowy po terminie oznaczonym krzyżykiem.

Nawiasy kwadratowe []

Nawiasy kwadratowe są używane w następujących sytuacjach:

- (a) dla dodania synonimów, słów alternatywnych, fraz wyjaśniających, na przykład:
A30 Choroba zakaźna wywołana przez *Mycobacterium leprae* [trąd] [choroba Hansena];
- (b) jako odsyłacze do poprzednich uwag, na przykład:
C00.8 Zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie wargi [patrz uwaga 5 na początku niniejszego rozdziału.];
- (c) dla odniesienia do poprzednio ustalonego zestawu podkategorii czteroznakowych wspólnych dla danych kategorii, np.:
K27 Wrzód trawienny o nieokreślonej lokalizacji [Dodatkowy podział przedstawiono przed kategorią K25.]

Dwukropek :

Dwukropek jest używany podczas wymieniania terminów włączonych („Obejmuje”) i wykluczonych („Nie obejmuje”) w sytuacji, gdy słowa, które go poprzedzają nie są kompletnymi terminami przyporządkowanymi do tej rubryki. Można przypisać je jednoznacznie do danej rubryki jedynie wówczas, gdy towarzyszy im jedno lub więcej słów modyfikujących lub kwalifikujących zapisanych pod nimi. Na przykład w kodzie K36 „Inne postacie zapalenia wyrostka robaczkowego” rozpoznanie „Zapalenie wyrostka robaczkowego” należy zaklasyfikować do tej kategorii tylko wówczas, jeśli towarzyszą mu określenia „przewlekłe” lub „nawracające”.

Klamra }

Klamra jest używana podczas wymieniania terminów włączonych („Obejmuje”) i wykluczonych („Nie obejmuje”) w celu wskazania, że zarówno słowa, które ją poprzedzają, jak i słowa po niej występujące nie są terminami kompletnymi. Każdy termin występujący przed klamrą powinien zostać uzupełniony jednym lub większą ilością terminów, które następują po niej, np.:

O71.6	Położnicze uszkodzenie stawów i więzadeł miedniczych	w czasie porodu
	Oderwanie chrząstki spojenia łonowego	
	Uszkodzenie kości guzicznej	
	Urazowe rozejście się spojenia łonowego	

„Blżej nieokreślone” („BNO”)

Litery „BNO” są skrótem od „bliżej nieokreślone”, oznaczającym terminy „nieokreślone” lub „nieopisane”.

Czasem termin „nieokreślony” należy mimo wszystko sklasyfikować do rubryki przeznaczonej dla typu stanu chorobowego opisanego bardziej szczegółowo. Sytuacja taka ma miejsce w przypadkach, gdy w terminologii medycznej nazwą używaną dla najczęściej występującej postaci danego stanu chorobowego jest ogólna nazwa tego stanu, a w klasyfikacji wyróżnione są tylko mniej powszechne postacie tego stanu. Na przykład nazwa „stenoza mitralna” jest zwykle używana dla oznaczenia „reumatycznej stenozy mitralnej”. Aby uniknąć niewłaściwego klasyfikowania, należy wziąć pod uwagę tego typu domyślne założenia. Uważne przejrzanie terminów wykaże, w których przypadkach założono istnienie takich okoliczności. Osoby kodujące powinny starać się nie kodować terminów jako „nieokreślone”, chyba że brak jest informacji koniecznej do ich dokładniejszego przyporządkowania do innej rubryki w klasyfikacji. Podobnie, podczas interpretowania statystyk opartych na międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych niektóre stany przypisane do pozornie dokładnie określonej kategorii nie są tak samo dokładnie opisane w kodowanej dokumentacji medycznej. Podczas porównywania trendów w czasie oraz interpretowania statystyk należy mieć świadomość tego, że założenia takie mogą zmieniać się w poszczególnych rewizjach klasyfikacji. Na przykład przed Ósmą Rewizją nieokreślony tętniak aorty traktowany był jako powstały z powodu kiły.

„Niesklasyfikowane gdzie indziej” („NGI”)

Jeżeli w trzyznakowym tytule kategorii występują słowa „niesklasyfikowane gdzie indziej”, służą one jako ostrzeżenie, że niektóre określone formy wymienionych stanów mogą wystąpić także w innych częściach klasyfikacji, np.:

J16 Zapalenie płuc wywołane przez inny czynnik zakaźny, niesklasyfikowane gdzie indziej

Ta kategoria obejmuje podkategorie J16.0 (Zapalenie płuc wywołane przez *Chlamydia*) oraz J16.8 (Zapalenie płuc wywołane przez inne określone drobnoustroje). W klasyfikacji występuje wiele innych kategorii obejmujących zapalenia płuc wywołane przez określony drobnoustrój zakaźny, zarówno w rozdziale X (np. J10–J15), jak i w innych rozdziałach (np. P23.- Wrodzone zapalenie płuc). Kod J18 (Zapalenie płuc wywołane przez niezidentyfikowany czynnik zakaźny) opisuje zapalenia płuc, dla których czynnik zakaźny nie został określony.

Litera „i” w tytule

Litera „i” oznacza „i/lub”. Na przykład w rubryce A18.0 (Gruźlica kości i stawów) należy sklasyfikować przypadki „gruźlicy kości”, „gruźlicy stawów” oraz „gruźlicy kości i stawów”.

Kropka z kreską (-.)

W niektórych przypadkach czwarty znak kodu podkategorii jest zastąpiony przez kreskę np.:

G03 Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane przez inne i nieokreślone czynniki
Nie obejmuje: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu (G04.-)

Symbol ten wskazuje osobom kodującym, że czwarty znak istnieje i powinien być poszukiwany w odpowiedniej kategorii. Zasada ta jest stosowana w liście tabelarycznej i w indeksie alfabetycznym.

3.1.5 Kategorie o cechach wspólnych

Użyteczną funkcją zaprojektowaną w celu kontroli jakości jest komputerowa weryfikacja wprowadzonych danych. Wymienione poniżej grupy kategorii stanowią podstawę dla kontroli spójności wewnętrznej. Są one pogrupowane według szczególnych cech, które je łączą.

Kategorie gwiazdkowe

Wymienionych poniżej kategorii gwiazdkowych nie należy używać pojedynczo; muszą one zawsze występować dodatkowo, obok kodu z krzyżykiem:

D63*, D77*, E35*, E90*, F00*, F02*, G01*, G02*, G05*, G07*, G13*, G22*, G26*, G32*, G46*, G53*, G55*, G59*, G63*, G73*, G94*, G99*, H03*, H06*, H13*, H19*, H22*, H28*, H32*, H36*, H42*, H45*, H48*, H58*, H62*, H67*, H75*, H82*, H94*, I32*, I39*, I41*, I43*, I52*, I68*, I79*, I98*, J17*, J91*, J99*, K23*, K67*, K77*, K87*, K93*, L14*, L45*, L54*, L62*, L86*, L99*, M01*, M03*, M07*, M09*, M14*, M36*, M49*, M63*, M68*, M73*, M82*, M90*, N08*, N16*, N22*, N29*, N33*, N37*, N51*, N74*, N77*, P75*.

Kategorie przeznaczone dla jednej płci

Kategorie wymienione poniżej odnoszą się wyłącznie do mężczyzn:

B26.0, C60–C63, D07.4–D07.6, D17.6, D29.-, D40.-, E29.-, E89.5, F52.4, I86.1, L29.1, N40–N51, Q53–Q55, R86, S31.2–S31.3, Z12.5.

Kategorie wymienione poniżej odnoszą się wyłącznie do kobiet:

A34, B37.3, C51–C58, C79.6, D06.-, D07.0–D07.3, D25–D28, D39.-, E28.-, E89.4, F52.5, F53.-, I86.3, L29.2, L70.5, M80.0–M80.1, M81.0–M81.1, M83.0, N70–N98, N99.2–N99.3, O00–O99, P54.6, Q50–Q52, R87, S31.4, S37.4–S37.6, T19.2–T19.3, T83.3, Y76.-, Z01.4, Z12.4, Z30.1, Z30.3, Z30.5, Z31.1, Z31.2, Z32–Z36, Z39, Z43.7, Z87.5, Z97.5.

Uwagi co do niezgodności pomiędzy stanami chorobowymi a płcią przedstawiono w punkcie 4.2.5.

Kategorie następstw

Poniższe kategorie występują jako następstwa stanów, które w danej chwili nie występują w fazie czynnej:

B90–B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90–T98, Y85–Y89.

Wskazówki odnoszące się do kodowania następstw dla celów umieralności i chorobowości przedstawiono w punktach 4.2.4 i 4.4.2.

Zaburzenia pozabiegowe

Poniższych kategorii nie należy stosować do kodowania wyjściowej przyczyny zgonu. Wskazówki dotyczące ich stosowania w kodowaniu chorobowości przedstawiono w punkcie 4.4.2.

E89.-, G97.-, H59.-, H95.-, I97.-, J95.-, K91.-, M96.-, N99.-.

3.2 Jak korzystać z Tomu III

Instrukcje dotyczące sposobu korzystania z Tomu III – indeksu alfabetycznego do klasyfikacji ICD-10, przedstawiono we wprowadzeniu do tego tomu. Przed rozpoczęciem kodowania należy szczegółowo zapoznać się z tymi instrukcjami. Krótki opis struktury indeksu oraz sposobu jego używania jest przedstawiony poniżej.

3.2.1 Układ indeksu alfabetycznego

Tom III składa się z następujących trzech części:

- Część I stanowi indeks wszystkich terminów, które można sklasyfikować w rozdziałach I–IXI oraz w rozdziale XXI, z wyjątkiem leków i innych substancji chemicznych.
- Część II stanowi indeks zewnętrznych przyczyn stanów chorobowych oraz zgonów. Zawiera ona wszystkie terminy sklasyfikowane w rozdziale XX, z wyjątkiem leków i innych substancji chemicznych.
- Część III to tabela leków i substancji chemicznych. Obok każdej substancji podano kody zatruc i działań niepożądanych leków sklasyfikowanych w rozdziale XIX, a także kody z rozdziału XX wskazujące, czy zatrucie miało charakter przypadkowy, celowy (samouszkodzenie), nieokreślony, czy też było działaniem niepożądanym prawidłowo podanej, właściwej substancji.

3.2.2 Struktura

Indeks zawiera „terminy wiodące”, umieszczone po lewej stronie kolumny, wraz z innymi słowami („modyfikatorami” lub „kwalifikatorami”), umieszczonymi na różnych poziomach wcięcia akapitu. W części I te słowa modyfikujące lub kwalifikujące zazwyczaj określają typ, umiejscowienie lub okoliczności wpływające na kodowanie. W części II wskazują one różnego rodzaju wypadki lub zdarzenia, uczestniczące w nich pojazdy itp. Słowa modyfikujące, które nie wpływają na sposób kodowania, są umieszczone w nawiasach po terminie określającym stan chorobowy.

3.2.3 Numery kodów

Numery kodów występujące po terminach wiodących odnoszą się do kategorii i podkategorii, do których terminy te powinny być zaklasyfikowane. Jeśli kod ma tylko trzy znaki, wówczas można założyć, że dana kategoria nie została podzielona na podkategorie. W większości przypadków (gdy kategoria zawiera dodatkowy podział) numer kodu w indeksie posiada cztery znaki. Myślnik na czwartej pozycji (np. O03.-) oznacza, że dana kategoria zawiera dodatkowy podział oraz, że znaczenie czwartego znaku jest opisane w liście tabelarycznej. Jeśli w odniesieniu do danego terminu zastosowano system kodowania krzyżykiem i gwiazdką, wówczas podane są oba kody.

3.2.4 Umowne zasady

Nawiasy

Nawiasy są używane w indeksie w taki sam sposób jak w Tomie I, np.: dla oznaczenia słów modyfikujących.

„Niesklasyfikowane gdzie indziej” („NGI”)

Fraza „niesklasyfikowane gdzie indziej” lub skrót „NGI” wskazuje, że poszczególne typy wymienionych stanów chorobowych zostały również sklasyfikowane w innym miejscu i gdy jest taka potrzeba, można posłużyć się bardziej precyzyjnymi terminami. Należy odszukać je wówczas w indeksie.

Odnośniki krzyżowe

W celu uniknięcia zbędnego powtarzania terminów w indeksie zastosowano odnośniki. Słowo „patrz” zaleca osobie kodującej odniesienie się do innego terminu, „patrz także” nakazuje sprawdzenie innego miejsca w indeksie w sytuacji, gdy kodowany termin zawiera inną informację niż ta, która znajduje się pod terminem zaopatrzonym we wskazówkę „patrz także”.

3.3 Podstawowe uwagi dotyczące kodowania

Indeks alfabetyczny zawiera wiele terminów, które nie występują w Tomie I. Kodowanie wymaga zatem sprawdzenia terminu zarówno w indeksie, jak i w liście tabelarycznej przed przypisaniem kodu.

Przed rozpoczęciem pracy z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych osoba kodująca powinna zapoznać się z zasadami klasyfikacji i kodowania, a także przejść przeszkolenie praktyczne.

Poniżej przedstawione są proste wskazówki dla osób korzystających sporadycznie z Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.

1. Określić rodzaj rozpoznania medycznego, które ma zostać zakodowane i znaleźć odpowiednią sekcję indeksu alfabetycznego. (Jeżeli rozpoznanie jest chorobą, urazem lub innym stanem zaklasyfikowanym do rozdziałów I–XIX lub XXI, wówczas należy go szukać w części I indeksu. Jeżeli natomiast rozpoznanie określa zewnętrzną przyczynę urazu lub inne wydarzenie zaklasyfikowanym do rozdziału XX, wówczas należy go szukać w części II.
2. Znaleźć termin wiodący. W przypadku chorób i urazów jest to zwykle rzeczownik określający stan patologiczny. Indeks zawiera jednak również jako terminy wiodące niektóre określenia będące przymiotnikami lub eponimami.
3. Przeczytać wskazówki podane pod terminem wiodącym i postępować według nich.
4. Zapoznać się ze wszystkimi terminami występującymi w nawiasie po terminie wiodącym (są to słowa modyfikujące, które nie wpływają na numer kodowy), jak również ze wszystkimi określeniami podrzędnymi występującymi pod terminem wiodącym (modyfikatory te mogą wpływać na numer kodowy), aż do odnalezienia wszystkich słów występujących w określeniu rozpoznania.

5. Należy szczegółowo stosować się do odnośników krzyżowych („patrz” i „patrz także”) wstępujących w indeksie.
6. W celu zweryfikowania poprawności numeru kodu należy sprawdzić go w liście tabelarycznej. Znajdujący się w indeksie kod trzyznakowy z kreską na czwartej pozycji oznacza, że występuje w tym miejscu czwarty znak, który należy odnaleźć w Tomie I. Dalsze podziały kategorii (oznaczone znakami występującymi na dalszych pozycjach) nie są zindeksowane i jeśli zachodzi konieczność ich użycia, należy je odszukać w Tomie I.
7. Należy zwracać uwagę na terminy włączone („Obejmuje”) i wykluczone („Nie obejmuje”) znajdujące się poniżej wybranego kodu lub pod nagłówkiem rozdziału, bloku bądź kategorii.
8. Przypisać właściwy kod.

Dokładne wskazówki dotyczące wyboru przyczyny lub stanu, który ma zostać zakodowany, jak również sposobu kodowania wybranego stanu przedstawiono w części 4.

4. Zasady i wskazówki dotyczące kodowania umieralności i chorobowości

W niniejszej części przedstawione są zasady i wskazówki dotyczące kodowania przyczyn zgonów i stanów chorobowych przyjęte przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia. Opisują one zasady wyboru pojedynczej przyczyny lub stanu chorobowego dla celów rutynowego kodowania danych pochodzących z karty zgonu lub kart chorobowych. Przedstawiono tu także wskazówki dotyczące stosowania zasad i kodowania wybranego stanu.

4.1 Umieralność: wskazówki dotyczące karty zgonu i zasady kodowania

Statystyki umieralności są jednym z podstawowych źródeł informacji zdrowotnych, a w wielu krajach są to najbardziej wiarygodne dane zdrowotne.

4.1.1 Przyczyny zgonu

Podczas 20 Światowego Zgromadzenia Zdrowia, które odbyło się w 1967 roku, zdefiniowano przyczyny zgonu podane w medycznej karcie zgonu jako „wszystkie choroby, stany chorobowe lub urazy, które spowodowały zgon lub przyczyniły się do zgonu, a także okoliczności wypadku lub umyślnego działania, których skutkiem były te urazy”. Celem tej definicji jest zapewnienie tego, że wszystkie ważne informacje będą zanotowane oraz że osoba wypełniająca kartę zgonu nie będzie wpisywać określonych stanów, jednocześnie odrzucając inne. Definicja nie obejmuje takich objawów i mechanizmów zgonu jak niewydolność serca lub układu oddechowego.

Jeśli w karcie podano tylko jedną przyczynę zgonu, wówczas stan ten wybiera się do kodowania. Jeżeli zapisano więcej niż jedną przyczynę zgonu, należy dokonać wyboru według zasad podanych w części 4.1.5. Zasady te oparte są na koncepcji „wyjściowej przyczyny zgonu”.

4.1.2 Wyjściowa przyczyna zgonu

Podczas 6-tej Międzynarodowej Konferencji Rewizyjnej (konferencje te odbywają się co dziesięć lat) ustalono, że za przyczynę zgonu dla pierwotnego kodowania należy uznać wyjściową przyczynę zgonu.

Aby zapobiec śmierci, konieczne jest przerwanie łańcucha określonych zdarzeń albo uzyskanie wyleczenia w pewnym jego punkcie. Najbardziej efektywne z punktu widzenia zdrowia publicznego jest zapobieganie przyczynie choroby lub zgonu. Dla osiągnięcia tego celu „wyjściowa przyczyna zgonu” została zdefiniowana jako: „(a) choroba lub uraz, który zapoczątkował łańcuch zdarzeń chorobowych prowadzących bezpośrednio do zgonu lub (b) okoliczności wypadku lub użycia przemocy, które spowodowały uraz śmiertelny”.

4.1.3 Międzynarodowa karta zgonu

Powyższe zasady mogą być jednolicie stosowane w różnych krajach poprzez używanie medycznej karty zgonu zalecanej przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia. Lekarz praktyk podpisujący kartę zgonu jest odpowiedzialny za wskazanie stanów chorobowych, które do niego doprowadziły, jak również za określenie stanów poprzedzających, które przyczyniły się do wystąpienia danej przyczyny.

Karta zgonu przedstawiona poniżej jest zaprojektowana w taki sposób, by ułatwić wybór wyjściowej przyczyny zgonu, w przypadku gdy zapisane są dwie przyczyny lub więcej. Część I formularza jest przeznaczona do wpisania chorób z łańcucha zdarzeń prowadzących bezpośrednio do zgonu, natomiast część II – stanów, które nie są z nim bezpośrednio związane, lecz mają pewien określony wpływ.

MIĘDZYNARODOWY FORMULARZ KARTY ZGONU

Przyczyna zgonu		Szacunkowy czas pomiędzy wystąpieniem stanu a momentem zgonu
I Choroba lub stan będący bezpośrednią przyczyną zgonu *)		
	a) spowodowane przez (w następstwie)
Poprzedzające przyczyny Ewentualne stany chorobowe, które przyczyniły się do wystąpienia powyższej przyczyny (wyjściowa przyczyna zgonu jako ostatnia)		
	b) spowodowane przez (w następstwie)
	c) spowodowane przez (w następstwie)
	d)
II Inne istotne stany chorobowe przyczyniające się do zgonu, lecz niezwiązane z chorobą lub stanem powodującym zgon		

* W tej pozycji nie należy wpisywać mechanizmu zgonu, jak np. ostra niewydolność krążeniowo-oddechowa, lecz chorobę, uraz bądź ich powikłanie powodujące zgon.		

Lekarz praktyk lub inna wykwalifikowana osoba wypełniająca kartę zgonu powinna opierać się na własnej ocenie klinicznej. Systemy zautomatyzowane nie mogą zawierać wykazów ani innych podpowiedzi nakierowujących osobę wystawiającą dokument, gdyż jest to nieodłącznie związane z ograniczeniem zakresu rozpoznań, a w efekcie może wykazywać niekorzystny wpływ na dokładność i przydatność raportu.

Podczas 34 Światowego Zgromadzenia Zdrowia w 1990 roku przyjęto zalecenie, aby w razie potrzeby kraje rozważyły wprowadzenie dodatkowej linii (d) w części I karty zgonu. Dopuszcza się jednak stosowanie przez niektóre kraje w dalszym ciągu karty zgonu posiadającej tylko trzy linie w części I, jeżeli wydaje się, że linia (d) jest niepotrzebna bądź jeśli istnieją prawne lub inne przeszkody w przyjęciu karty zgonu przedstawionej powyżej.

Stan zapisany w najniższej wykorzystanej linii części I karty jest zwykle wyjściową przyczyną zgonu, której należy użyć do kodowania. Niemniej jednak, postępowanie według zasad opisanych w częściach 4.1.4–4.1.5 może prowadzić do wyboru innego stanu jako wyjściowej

przyczyny zgonu. Aby rozróżnić te dwie możliwości wyrażenie „*pierwotna poprzedzająca przyczyna*” (przyczyna pierwotna) będzie używane w odniesieniu do stanu występującego w ostatniej zapisanej linii części I karty zgonu, a wyrażenie „*wyjściowa przyczyna zgonu*” będzie używane dla określenia przyczyny wybranej do kodowania.

Jeśli w łańcuchu zdarzeń występuje tylko jeden element, wówczas wystarcza wpisanie go w linii I(a). Natomiast, jeżeli występuje więcej elementów, bezpośrednią przyczynę zgonu wpisuje się w pozycji (a). W pozycji (b) lub (b) i (c) wpisuje się dowolną przyczynę pośrednią, a na pozycji ostatniej należy zapisać przyczynę wyjściową poprzedzającą ten ciąg zdarzeń. Oto przykład karty zgonu z czterema elementami w łańcuchu zdarzeń wiodących bezpośrednio do zgonu:

- (a) Zatorowość płucna
- (b) Złamanie patologiczne
- (c) Rak wtórny (przerzutowy) kości udowej
- (d) Rak piersi

Część II jest przeznaczona dla jakiegokolwiek istotnego stanu, który przyczynił się do zgonu, lecz nie był związany z chorobą lub stanem bezpośrednio powodującym śmierć.

Po słowach „spowodowane przez (w następstwie)”, które występują na karcie zgonu, należy wymienić nie tylko bezpośrednią przyczynę lub proces patologiczny, ale także przyczyny pośrednie np. w przypadku, gdy stan poprzedzający predysponował do zaistnienia przyczyny bezpośredniej poprzez uszkodzenie tkanek lub nieprawidłowości funkcji życiowych, nawet gdy okres pomiędzy nimi trwał długo.

Zapisanie przybliżonego czasu (minuty, godziny, dni, tygodnie, miesiące lub lata) pomiędzy wystąpieniem każdego stanu chorobowego a datą zgonu pomaga lekarzowi wystawiającemu kartę zgonu określić łańcuch zdarzeń, które doprowadziły do śmierci. Jest to także pomocne dla osoby kodującej przy wybieraniu właściwego kodu.

W 1990 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło zalecenie, by kraje rozważyły dodanie do karty zgonu pytań o obecność ciąży lub ciąży w okresie jednego roku poprzedzającego zgon.

4.1.4 Procedury wyboru wyjściowej przyczyny zgonu dla kodowania umieralności

W przypadku, gdy podana jest tylko jedna przyczyna zgonu, do kodowania należy użyć tej właśnie przyczyny.

W przypadku, gdy jest zapisana więcej niż jedna przyczyna zgonu, pierwszym etapem w wyborze przyczyny wyjściowej jest określenie pierwotnej poprzedzającej przyczyny, wpisanej w najniższej wykorzystanej linii w części I karty zgonu. Należy tutaj zastosować zasadę ogólną lub zasady 1, 2 i 3.

W niektórych okolicznościach klasyfikacja ICD pozwala zastąpić przyczynę pierwotną inną, bardziej odpowiednią do zakodowania jako przyczyna wyjściowa zgonu. Istnieją na przykład pewne kategorie przeznaczone dla „stanów połączonych” lub mogą pojawić się nadrzędne przyczyny epidemiologiczne zmieniające priorytet wyboru stanu chorobowego obecnego na karcie zgonu podczas kodowania.

Następnym etapem jest zatem określenie, czy ma zostać zastosowana jedna lub więcej zasad modyfikacji od A do F (patrz punkt 4.1.9), które dotyczą powyższych sytuacji. Ostatecznie rejestrowanym numerem kodu jest kod przyczyny wyjściowej.

Jeżeli pierwotną poprzedzającą przyczyną jest uraz lub inny skutek działania czynników zewnętrznych sklasyfikowanych w rozdziale XIX, wówczas za przyczynę wyjściową do zapisu kodowego należy uznać okoliczności, które doprowadziły do tego stanu, sklasyfikowane w kategoriach V01–Y89. Kodu samego urazu lub jego następstw można użyć jako kodu dodatkowego.

4.1.5 Zasady dotyczące wyboru pierwotnej poprzedzającej przyczyny

Ciąg zdarzeń

Termin „ciąg zdarzeń” odnosi się do dwóch lub więcej stanów wpisywanych w kolejnych liniach części I, z których każdy może zostać zaakceptowany jako przyczyna stanu wpisanego w linii znajdującej się bezpośrednio powyżej.

Przykład 1: I (a) Krwawienie z żyłaków przełyku
(b) Nadciśnienie wrotne
(c) Marskość wątroby
(d) Zapalenie wątroby typu B

Jeżeli w jednej linii karty zgonu wpisana jest więcej niż jedna przyczyna zgonu, wówczas pojawia się możliwość występowania więcej niż jednego ciągu zdarzeń. W poniższym przykładzie odnotowane są cztery takie ciągi zdarzeń:

Przykład 2: I (a) Śpiączka
(b) Zawał serca i incydent naczyniowo-mózgowy
(c) Miażdżycy Nadciśnienie tętnicze

W tym przypadku możliwe są następujące ciągi zdarzeń:

- miażdżycy (prowadząca do) zawału serca (prowadzącego do) śpiączki;
- miażdżycy (prowadząca do) incydentu naczyniowo-mózgowego (prowadzącego do) śpiączki;
- nadciśnienie (prowadzące do) zawału serca (prowadzącego do) śpiączki;
- nadciśnienie (prowadzące do) incydentu naczyniowo-mózgowego (prowadzącego do) śpiączki.

Zasada ogólna

Zasada ogólna jest następująca: jeżeli w karcie zgonu wpisano jeden lub więcej stanów chorobowych, wówczas stan wpisany jako pojedynczy w najniższym wypełnionym wierszu części I powinien zostać wybrany tylko w przypadku, gdy mógłby on spowodować wszystkie stany wpisane powyżej.

Zasady wyboru

Zasada 1. Jeżeli nie można zastosować zasady ogólnej, a w karcie zgonu zapisany jest ciąg zdarzeń kończący się stanem wpisanym na pierwszym miejscu, wówczas należy wybrać przyczynę wyjściową z tego ciągu. Jeżeli występuje więcej niż jeden ciąg zdarzeń kończący się stanem podanym jako pierwszy, wówczas należy wybrać przyczynę wyjściową z pierwszego wymienionego ciągu zdarzeń.

Zasada 2. Jeżeli nie podano ciągu zdarzeń kończącego się stanem chorobowym wpisanym do karty zgonu na pierwszym miejscu, wówczas należy wybrać ten pierwszy wymieniony stan chorobowy.

Zasada 3. Jeżeli stan chorobowy wybrany według zasady ogólnej, zasady 1 lub 2 jest w sposób oczywisty bezpośrednim następstwem innego stanu wpisanego w części I lub II, wówczas należy wybrać ten pierwotny stan chorobowy.

4.1.6 Rozważania dotyczące zasad wyboru

W prawidłowo wypełnionej karcie zgonu pierwotna poprzedzająca przyczyna będzie wpisana jako jedyna w najniższej wypełnionej linii w części I, a ewentualne stany będące konsekwencją tej pierwotnej przyczyny będą wpisane ponad nią, po jednym stanie w każdej linii, we wstępującym porządku przyczynowym.

Przykład 3:

- I (a) Mocznicą
- (b) Wodonercze
- (c) Zastój moczu
- (d) Przerost prostaty

Przykład 4:

- I (a) Odoskrzelowe zapalenie płuc
- (b) Przewlekłe zapalenie oskrzeli
- II Przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego

W prawidłowo wypełnionej karcie zgonu będzie miała zastosowanie zasada ogólna. Niemniej jednak, nawet w karcie zgonu, która nie jest poprawnie wypełniona, można stosować zasadę ogólną, pod warunkiem, że stan wpisany jako jedyny w najniższej wykorzystanej linii części I mógłby spowodować wszystkie stany wpisane ponad nim, nawet jeżeli nie są one ułożone w prawidłowym porządku przyczynowym.

Przykład 5:

I (a) Przerzuty uogólnione	5 tygodni
(b) Zapalenie płuc i oskrzeli	3 dni
(c) Rak płuc	11 miesięcy

Zasady ogólnej nie stosuje się, jeżeli w najniższej wykorzystanej linii części I został wpisany więcej niż jeden stan chorobowy lub jeśli wpisany pojedynczy stan chorobowy nie mógłby spowodować wszystkich stanów wpisanych ponad nim. Wskazówki co do możliwości zaakceptowania różnych ciągów zdarzeń podane są na końcu niniejszych zasad. Należy jednak mieć na względzie fakt, iż informacje wpisane przez osobę wystawiającą kartę zgonu odzwierciedlają jej świadomą opinię na temat stanów prowadzących do zgonu i ich wzajemnych zależności; opinii tej nie należy zatem lekceważyć.

W przypadku, gdy nie można zastosować zasady ogólnej, należy – jeżeli istnieje taka możliwość – poprosić o wyjaśnienie osobę wystawiającą kartę zgonu, ponieważ zasady wyboru dają nieco swobody i mogą nie zawsze prowadzić do satysfakcjonującego wyboru przyczyny wyjściowej. Jeżeli nie można otrzymać dodatkowych wyjaśnień, wówczas należy stosować zasady wyboru. Zasada 1 ma zastosowanie tylko w przypadku, gdy podany jest ciąg zdarzeń kończący się stanem wpisanym na pierwszym miejscu w karcie zgonu. Jeżeli nie można odnaleźć takiego ciągu zdarzeń, wówczas należy zastosować zasadę 2 i wybrać stan wpisany do karty zgonu jako pierwszy.

Niemniej jednak, stan wybrany poprzez zastosowanie tych zasad może być oczywistą konsekwencją innego stanu, który nie został wpisany w prawidłowym miejscu dla takiego związku przyczynowego – może on być wpisany np. w części II lub w tej samej linii części I. W takiej sytuacji ma zastosowanie zasada 3 – należy wówczas wybrać pierwotny stan poprzedzający. Zasada ta obowiązuje jednak tylko w przypadku, gdy nie ma wątpliwości co do związku przyczynowego pomiędzy tymi dwoma stanami. Nie należy przyjmować, że zaistniał związek przyczynowy pomiędzy takimi stanami tylko dlatego, że osoba wystawiająca kartę zgonu go podała.

4.1.7 Przykłady do zasady ogólnej i zasad wyboru

Zasada ogólna

Jeżeli w karcie zgonu występuje więcej niż jeden stan chorobowy, do kodowania należy wybrać stan wpisany jako jedyny w najniższej wykorzystanej linii części I tylko w przypadku, gdy mógłby on spowodować wszystkie stany wymienione w liniach występujących ponad nim.

Przykład 6: I (a) Ropień płuc
(b) Płatowe zapalenie płuc
Należy wybrać: Płatowe zapalenie płuc (J18.1).

Przykład 7: I (a) Niewydolność wątroby
(b) Niedrożność przewodu żółciowego
(c) Rak głowy trzustki
Należy wybrać: Rak głowy trzustki (C25.0).

Przykład 8: I (a) Krwotok mózgowy
(b) Nadciśnienie tętnicze
(c) Przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek
(d) Gruczolak gruczołu krokowego
Należy wybrać: Gruczolak gruczołu krokowego (N40).

Przykład 9: I (a) Wstrząs pourazowy
(b) Złamanie wielokrotne
(c) Pieszy uderzony przez ciężarówkę (wypadek komunikacyjny)
Należy wybrać: Pieszy uderzony przez ciężarówkę (V04.1).

Przykład 10: I (a) Odoskrzelowe zapalenie płuc
II Wtórna niedokrwistość i przewlekła białaczka limfatyczna
Należy wybrać: Odoskrzelowe zapalenie płuc. Ma jednak zastosowanie także zasada 3; patrz przykład 26.

Zasada 1

W sytuacji, gdy zasada ogólna nie ma zastosowania, a w karcie zgonu jest zapisany ciąg zdarzeń kończący się stanem wpisanym na pierwszym miejscu, należy wybrać przyczynę wyjściową z tego ciągu zdarzeń. Jeżeli występuje więcej niż jeden ciąg zdarzeń kończący się stanem podanym jako pierwszy, wówczas należy wybrać przyczynę wyjściową z pierwszego wymienionego ciągu zdarzeń.

Przykład 11: I (a) Odoskrzelowe zapalenie płuc
(b) Zawał mózgu i choroba nadciśnieniowa serca
Należy wybrać: Zawał mózgu (I63.9). Występują tutaj dwa ciągi zdarzeń kończące się stanem wpisanym jako pierwszy na karcie zgonu, mianowicie odoskrzelowe zapalenie płuc spowodowane przez zawał mózgu oraz odoskrzelowe zapalenie płuc spowodowane przez chorobę nadciśnieniową serca. Należy wybrać przyczynę wyjściową pierwszego wymienionego ciągu zdarzeń.

Przykład 12: I (a) Żylaki przełyku i zastoinowa niewydolność serca
(b) Przewlekła choroba reumatyczna serca i marskość wątroby
Należy wybrać: Marskość wątroby (K74.6). Ciąg zdarzeń kończący się stanem wpisanym jako pierwszy do karty zgonu to żylaki przełyku spowodowane przez marskość wątroby.

Przykład 13: I (a) Ostry zawał mięśnia sercowego
(b) Choroba miażdżycowa serca
(c) Grypa
Należy wybrać: Choroba miażdżycowa serca. Podany ciąg zdarzeń kończący się stanem wpisanym jako pierwszy w karcie zgonu to ostry zawał mięśnia sercowego spowodowany przez chorobę miażdżycową serca. Ma w tym przypadku także zastosowanie zasada modyfikacji C; patrz przykład 45.

Przykład 14: I (a) Zapalenie osierdzia
(b) Mocznica i zapalenie płuc
Należy wybrać: Mocznica. Podano dwa ciągi zdarzeń kończące się stanem chorobowym wpisanym jako pierwszy. Są to odpowiednio: zapalenie osierdzia spowodowane przez mocnicę i zapalenie osierdzia spowodowane przez zapalenie płuc. Wybrano przyczynę wyjściową ciągu zdarzeń wymienionego jako pierwszy. Dodatkowo ma zastosowanie tutaj zasada Modyfikacji D; patrz przykład 60.

- Przykład 15:* I (a) Zawał mózgu i hipostatyczne zapalenie płuc
(b) Nadciśnienie tętnicze i cukrzyca
(c) Miażdżyca

Należy wybrać: Miażdżyca. Występują tu dwa ciągi zdarzeń kończące się stanem wpisanym jako pierwszy na karcie zgonu. Są to odpowiednio: zawał mózgu spowodowany przez nadciśnienie tętnicze w przebiegu miażdżycy oraz zawał mózgu spowodowany przez cukrzycę. Wybrano przyczynę wyjściową pierwszego wymienionego ciągu zdarzeń. Dodatkowo ma zastosowanie zasada modyfikacji C; patrz przykład 46.

Zasada 2

Jeżeli nie podano ciągu zdarzeń kończącego się stanem chorobowym wpisanym do karty zgonu na pierwszym miejscu, należy wybrać ten pierwszy wymieniony stan chorobowy.

- Przykład 16:* I (a) Niedokrwistość złośliwa i zgorzel stopy
(b) Miażdżyca

Należy wybrać: Niedokrwistość złośliwa (D51.0). Nie podano ciągu zdarzeń kończącego się stanem wpisanym na pierwszym miejscu.

- Przykład 17:* I (a) Choroba reumatyczna i miażdżycowa serca.

Należy wybrać: Reumatyczna choroba serca (I09.9). Nie podano ciągu zdarzeń; oba stany chorobowe występują w tym samym wierszu.

- Przykład 18:* I (a) Zwłóknienie wielotorbielowate trzustki
(b) Zapalenie oskrzeli i rozstrzenie oskrzeli

Należy wybrać: Zwłóknienie wielotorbielowate trzustki (E84.9). Nie podano ciągu zdarzeń.

- Przykład 19:* I (a) Starość i hipostatyczne zapalenie płuc
(b) Reumatoidalne zapalenie stawów

Należy wybrać: Starość. Występuje tutaj ciąg zdarzeń: hipostatyczne zapalenie płuc spowodowane przez reumatoidalne zapalenie stawów – ale nie kończy się on stanem wpisanym jako pierwszy na karcie zgonu. Ma tutaj także zastosowanie zasada modyfikacji A; patrz przykład 33.

- Przykład 20:* I (a) Zapalenie kaletki maziowej i wrzodziejące zapalenie jelita grubego

Należy wybrać: Zapalenie kaletki maziowej. Nie podano ciągu zdarzeń. Ma także zastosowanie zasada modyfikacji B; patrz przykład 41.

- Przykład 21:* I (a) Ostre zapalenie nerek, płonica

Należy wybrać: Ostre zapalenie nerek. Nie podano ciągu zdarzeń. Ma także zastosowanie zasada 3; patrz przykład 28.

Zasada 3

Jeżeli stan chorobowy wybrany według zasady ogólnej, zasady 1 lub 2 jest w sposób oczywisty bezpośrednim następstwem innego opisanego stanu występującego w części I lub II, wówczas należy wybrać ten właśnie pierwotny stan chorobowy.

Podjęcie bezpośredniego następstwa innego stanu

Mięsak Kaposiego, chłoniak Burkitta i każdy inny nowotwór złośliwy tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych, zaklasyfikowany do kategorii C46.- lub C81–C96, należy uważać za bezpośrednie następstwo choroby wywołanej przez wirus HIV, jeżeli jest ona wpisana na karcie zgonu. W przypadku innych typów nowotworów złośliwych nie należy czynić podobnych założeń.

Każdą chorobę zakaźną zaklasyfikowaną do kategorii A00–B19, B25–B49, B58–B64, B58–B64, B99 lub J12–J18 należy uważać za bezpośrednie następstwo wpisanej w karcie zgonu choroby wywołanej przez wirus HIV.

Niektóre powikłania pooperacyjne, takie jak zapalenie płuc (dowolnego typu), krwotok, zakrzepowe zapalenie żył, zatorowość, zakrzepica, posocznica, zatrzymanie krążenia, niewydolność nerek (ostra), aspiracja, niedodma i zawał, można uważać za bezpośrednie następstwa operacji, chyba, że została ona przeprowadzona cztery tygodnie lub dłużej przez wystąpieniem zgonu.

Niewydolność serca (I50.-) i nieokreśloną chorobę serca (I51.9) należy uważać za oczywiste następstwa innych chorób serca.

Obrzęk płuc (J81) należy uważać za oczywiste następstwo choroby serca (w tym także powodującej zaburzenia czynności płuc), chorób dotyczących mięszu płuc, takich jak zakażenia płuc, zaburzeń wynikających z zaaspirowania lub wdychania substancji obcych, zespołu ostrej niewydolności oddechowej, przebywania na dużej wysokości, a także toksyn krążących, schorzeń prowadzących do przeładowania płynami, takich jak niewydolność nerek i hipoalbuminemia, wreszcie wad wrodzonych niekorzystnie wpływających na krążenie płucne, takich jak wrodzone zwężenie żył płucnych.

Nieokreślone płatowe zapalenie płuc (J18.1) należy uważać za oczywiste następstwo zespołu uzależnienia związanego z nadużywaniem alkoholu (F10.2). Dowolne zapalenie płuc sklasyfikowane w kategoriach J12–J18 należy uważać za oczywiste następstwo schorzeń związanych z zaburzeniami funkcji układu immunologicznego. Zapalenie płuc sklasyfikowane w kategoriach J15.0–J15.6, J15.8–J15.9, J16.8, J18.0 oraz J18.2–J18.9 należy uważać za oczywiste następstwo chorób wyniszczających (takich jak nowotwory złośliwe i niedożywienie) oraz chorób powodujących porażenie (takich jak krwotok śródmózgowy lub zakrzepica naczyń mózgowych), jak również chorób układu oddechowego, chorób zakaźnych i poważniejszych urazów. Zapalenie płuc sklasyfikowane w kategoriach J15.0–J15.6, J15.8–J15.9, J16.8, J18.0 oraz J18.2–J18.9, J69.0 i J69.8 także należy uważać za oczywiste następstwo chorób zaburzających proces połykania. Zapalenie płuc sklasyfikowane w kategorii J18.- (z wyjątkiem płatowego zapalenia płuc) opisane jako współistniejące z całkowitym lub częściowym ograniczeniem ruchomości należy kodować jako J18.2.

Inne często występujące zaburzenia o charakterze wtórnym (takie jak zatorowość płucna, odleżyny i zapalenie pęcherza moczowego) należy uważać za oczywiste następstwo chorób wyniszczających (takich jak nowotwory złośliwe i niedożywienie) oraz chorób powodujących porażenie (takich jak krwotok śródmózgowy lub zakrzepica naczyń mózgowych), jak również chorób zakaźnych i poważniejszych urazów. Jednak takich stanów wtórnych nie należy uważać za oczywiste następstwo chorób układu oddechowego.

MIĘDZYNARODOWA KLASYFIKACJA CHORÓB

Choroby sklasyfikowane w kategoriach wymienionych poniżej należy uważać za oczywiste następstwa chorób wyniszczających oraz chorób powodujących porażenie. Zaburzenia sklasyfikowane w kategoriach oznaczonych literą „M” („możliwe”) należy uważać za oczywiste następstwa chorób wyniszczających oraz chorób powodujących porażenie tylko wówczas, gdy spełniają one warunek przydzielenia kodu podany w ostatniej kolumnie tabeli.

Kod(y)	Opis	Odpowiedź warunkowa	Kwalifikator
I26.0– I26.9	Zator płucny		
I74.2– I74.4	Zator i zakrzep tętnic kończyn		
I80.1– I80.3	Zapalenie i zakrzepowe zapalenie żył kończyn dolnych		
I80.9	Zapalenie i zakrzepowe zapalenie żył o nieokreślonym umiejscowieniu		
I82.9	Zator i zakrzep żyły, nieokreślonej		
K55.0	Ostre naczyniowe zaburzenia jelit	M	Stan sklasyfikowany jako K55.0 musi być określony jako zatorowość
K56.4	Inne postacie niedrożności jelitowej		
K59.0	Zaparcie		
L89	Owrzodzenie odleżynowe		
N10–N12	Cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność kontrolowania pęcherza moczowego
N28.0	Niedokrwienie i zawał nerki	M	Stan sklasyfikowany jako N28.0 musi być określony jako zator tętnicy nerkowej
N30.0– N30.2	Zapalenie pęcherza moczowego, ostre, śródmiąższowe i inne przewlekłe	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność kontrolowania pęcherza moczowego
N30.9	Zapalenie pęcherza moczowego, nieokreślone	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność kontrolowania pęcherza moczowego
N31	Nerwowo-mięśniowa dysfunkcja pęcherza, niesklasyfikowana gdzie indziej		
N34.0– N34.2	Zapalenie cewki moczowej	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność kontrolowania pęcherza moczowego
N35.1– N35.9	Zwężenie cewki moczowej (nieurazowe)	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność kontrolowania pęcherza moczowego
N39.0	Zakażenie układu moczowego o nieokreślonym umiejscowieniu	M	Choroby powodujące porażenie lub niezdolność kontrolowania pęcherza moczowego

Choroby opisane jako „zatorowe” można uznać za bezpośrednie następstwo zakrzepicy żyłnej, zapalenia żyły, zakrzepowego zapalenia żył, choroby zastawkowej serca, porodu lub jakiegokolwiek zabiegu. Musi istnieć jednak wyraźna droga pomiędzy miejscem utworzenia zakrzepu i miejscem wystąpienia zatoru. A zatem zakrzepica żylna lub zakrzepowe zapalenie żył może doprowadzić do zatorowości płucnej. Zakrzepy, które powstają w lewej części serca (na przykład na zastawce mitralnej lub aortalnej), bądź które są spowodowane migotaniem przedsionków, mogą powodować zatory w tętnicach krążenia systemowego. Podobnie, zakrzepy, które powstają w okolicy zastawek w prawej części serca (zastawki trójdzielnej i pnia płucnego) mogą powodować zatory w tętnicach płucnych. Wreszcie, zatory powstające w lewej części serca mogą przechodzić na jego prawą stronę w przypadku ubytku przegrody serca.

Zator tętniczy w krążeniu systemowym należy uważać za oczywiste następstwo migotania przedsionków. W przypadku rozpoznania zatorowości płucnej z powodu migotania przedsionków, sekwencję tę należy zaakceptować. Jednak zatorowości płucnej nie należy uważać za oczywiste następstwo migotania przedsionków.

Otępienie bez wskazania określonej przyczyny należy uważać za następstwo chorób, które często są związane z nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu. Jeżeli jednak podana jest określona przyczyna, wówczas jako przyczynę otępienia należy zaakceptować jedynie chorobę, która **może** prowadzić do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu, nawet jeżeli nieodwracalne uszkodzenie mózgu nie stanowi typowej cechy tej choroby.

Każdą chorobę opisaną jako wtórna należy uznać za bezpośrednie następstwo najbardziej prawdopodobnego pierwotnego stanu chorobowego wpisanego do karty.

Wtórna lub nieokreślona niedokrwistość, niedożywienie, wyniszczenie lub kacheksję można uznać za następstwo jakiegokolwiek nowotworu złośliwego, choroby związanej z porażeniem, bądź choroby ograniczającej zdolność pacjenta do samodzielnego funkcjonowania, w tym otępienia i chorób degeneracyjnych układu nerwowego.

Każde odmiedniczkowe zapalenie nerek można uznać za następstwo niedrożności dróg moczowych spowodowane stanami takimi jak rozrost gruczołu krokowego lub zwężenie moczowodu.

Zespół zapalenia nerek można uznać za następstwo jakiegokolwiek zakażenia o etiologii paciorkowcowej (płonica, zapalenie gardła o etiologii paciorkowcowej itp.).

Ostrą niewydolność nerek należy uznać za oczywiste następstwo zakażenia układu moczowego, o ile dostępne informacje nie wskazują na istnienie niewydolności nerek przed wystąpieniem zakażenia układu moczowego.

Odwodnienie można uznać za następstwo jakiegokolwiek choroby zakaźnej jelit.

Zabieg przeprowadzony na danym narządzie należy uznać za możliwe bezpośrednie następstwo jakiegokolwiek stanu „chirurgicznego” (takiego jak guz złośliwy lub uraz) tego samego narządu, zapisanego w dowolnym miejscu na karcie zgonu.

Krwotok należy uznać za oczywiste następstwo zatrucia lekami przeciwzakrzepowymi lub przedawkowania takich leków. Nie należy jednak uznawać krwotoku za oczywiste następstwo leczenia przeciwzakrzepowego, gdy nie występuje informacja o zatruciu lub przedawkowaniu.

- Przykład 22:* I (a) Mięsak Kaposiego
II AIDS
Należy wybrać: Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem jest mięsak Kaposiego (B21.0).
- Przykład 23:* I (a) Nowotwór złośliwy jajnika
II Choroba wywołana przez HIV
Należy wybrać: Nowotwór złośliwy jajnika (C56).
- Przykład 24:* I (a) Gruźlica
II Choroba wywołana przez HIV
Należy wybrać: Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem jest zakażenie wywołane przez mykobakterie (B20.0).
- Przykład 25:* I (a) Toksoplazmoza mózgu i pólpaśnic
(b) Chłoniak Burkitta, choroba wywołana przez HIV
Należy wybrać: Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem są mnogie choroby sklasyfikowane gdzie indziej (B22.7). Toksoplazmozę mózgu, wybraną według zasady 2, można uznać za bezpośrednie następstwo choroby wywołanej przez HIV.
- Przykład 26:* I (a) Odoskrzelowe zapalenie płuc
II Wtórna niedokrwistość i przewlekła białaczka limfocytowa
Należy wybrać: Przewlekła białaczka limfocytowa (C91.1). Odoskrzelowe zapalenie płuc, wybrane według zasady ogólnej (patrz przykład 10), a także wtórną niedokrwistość można uznać za bezpośrednie następstwa przewlekłej białaczki limfocytowej.
- Przykład 27:* I (a) Krwotok mózgowy
(b) Nadciśnienie tętnicze
(c) Przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek i niedrożność wywołana przez rozrost gruczołu krokowego
Należy wybrać: Rozrost gruczołu krokowego (N40). Przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek, wybrane według zasady 1, można uznać za bezpośrednie następstwo niedrożności z powodu rozrostu gruczołu krokowego.
- Przykład 28:* I (a) Ostre zapalenie nerek, płonica
Należy wybrać: Płonica (A38). Ostre zapalenie nerek, wybrane według zasady 2 (patrz przykład 21), można uznać za bezpośrednie następstwo płonicy.
- Przykład 29:* I (a) Wycięcie nerki
II Jasnokomórkowy rak nerki
Należy wybrać: Jasnokomórkowy rak nerki (C64). Nie ma wątpliwości co do tego, że wycięcie nerki nastąpiło z powodu nowotworu złośliwego nerki.

- Przykład 30:* I (a) Ostra niedokrwistość
(b) Wymioty krwawe
(c) Krwawienie z żyłaków przełyku
(d) Nadciśnienie wrotne
II Marskość wątroby

Należy wybrać: Marskość wątroby (K74.6). Nadciśnienie wrotne, wybrane według zasady ogólnej, można uznać za bezpośrednie następstwo marskości wątroby.

- Przykład 31:* I (a) Hipostatyczne zapalenie płuc, krwotok
(b) mózgowy i rak piersi

Należy wybrać krwotok mózgowy (I61.9). Hipostatyczne zapalenie płuc, wybrane według zasady 2, można uznać za bezpośrednie następstwo dowolnego z pozostałych wymienionych stanów; należy zatem wybrać stan podany jako pierwszy.

- Przykład 32:* I (a) Zawał płuca
II Lewostronne wycięcie płuca z powodu raka płuc 3 tygodnie temu

Należy wybrać: Rak płuca (C34.9).

4.1.8 Modyfikacje wybranej przyczyny

Wybrana przyczyna zgonu nie zawsze jest najbardziej użytecznym i informatywnym stanem chorobowym, który powinien być przeznaczony do zapisu kodowego. Przykładowo, jeżeli wybrano „starość” lub niektóre choroby uogólnione, takie jak „nadciśnienie tętnicze” lub „miażdżycy”, będzie to mniej użyteczne niż gdyby wybrano objaw lub skutek starzenia się albo też objaw choroby. Niekiedy może okazać się konieczna modyfikacja wybranej przyczyny, tak aby zgadzała się ona z wymaganiami klasyfikacji w stosunku do danego kodu wybranego spośród dwóch lub więcej przyczyn wpisanych razem, albo też poprzez uznanie pierwszeństwa określonej przyczyny, wpisanej razem z innymi stanami chorobowymi.

Opisane poniżej zasady modyfikacji mają na celu zwiększenie użyteczności oraz precyzji danych o umieralności i powinny być stosowane po dokonaniu wyboru przyczyny wyjściowej. Procesy wyboru i modyfikacji, których przy kodowaniu dokonuje się jednocześnie, zostały od siebie oddzielone w celu zwiększenia przejrzystości tematu.

Niektóre zasady modyfikacji wymagają dalszego zastosowania zasad wyboru, co nie jest trudne dla doświadczonych osób kodujących. Niemniej jednak nie należy rezygnować z procesu dokonywania wyboru, modyfikacji, a w razie potrzeby także ponownego wyboru. Po zastosowaniu zasad modyfikacji należy ponownie zastosować zasadę wyboru 3.

4.1.9 Zasady modyfikacji

Zasada A. Starość i inne niedokładnie określone stany chorobowe

Jeżeli wybrana przyczyna jest niedokładnie określona, a na karcie zgonu podany jest stan sklasyfikowany gdzie indziej, wówczas należy ponownie wybrać przyczynę zgonu w taki sposób, jak gdyby niedokładnie określony stan nie został w ogóle podany, z takim zastrzeżeniem, że stan ten należy wziąć pod uwagę, jeżeli modyfikuje on sposób kodowania. Następujące stany uważa się za niedokładnie określone: I46.9 (zatrzymanie krążenia,

nieokreślone), I95.9 (niedociśnienie tętnicze, nieokreślone), I99 (inne i nieokreślone zaburzenia układu krążenia), J96.0 (ostra niewydolność oddechowa), J96.9 (niewydolność oddechowa, nieokreślona), P28.5 (niewydolność oddechowa noworodka), R00–R94 i R96–R99 (objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej). Należy zwrócić uwagę na fakt, iż stanu sklasyfikowanego w kategorii R95 (zespół nagłej śmierci niemowląt) nie uważa się za niedokładnie określony.

Zasada B. Banalne stany chorobowe

Jeżeli wybrana przyczyna zgonu jest stanem banalnym, w przypadku którego jest mało prawdopodobne, aby doprowadził on do zgonu, a na karcie zgonu wymieniono również stan bardziej poważny (dowolny stan chorobowy poza niedokładnie określonym lub innym stanem chorobowym banalnym), wówczas należy ponownie wybrać wyjściową przyczynę zgonu, tak jakby stan banalny nie był w ogóle podany. Jeżeli zgon był następstwem reakcji niepożądaney na leczenie stanu banalnego, wówczas należy wybrać do kodowania kod tej reakcji niepożądaney.

Jeżeli stan banalny jest podany jako powodujący jakąkolwiek inną chorobę, wówczas nie należy go pomijać, czyli zasada B nie ma zastosowania.

Zasada C. Łączenie

Jeżeli wybrana przyczyna zgonu jest połączona (w klasyfikacji lub uwagach dotyczących kodowania wyjściowej przyczyny zgonu) z jednym lub większą liczbą innych stanów zapisanych na karcie zgonu, należy stosować kod łączny.

Jeżeli połączenie takie dotyczy stanów, wśród których jeden jest skutkiem drugiego, należy zastosować łączenie tylko wówczas, gdy stwierdzono logiczną zależność przyczynowo-skutkową lub kiedy zależność taką można wywnioskować przez zastosowanie zasad wyboru.

W wypadku wystąpienia konfliktu w stosowaniu kodu łącznego należy użyć kodu wspólnego ze stanem chorobowym, który należałoby wybrać, gdyby nie została wymieniona przyczyna wybrana na początku. W razie potrzeby należy zastosować dalsze łączenie.

Zasada D. Swoistość

Jeżeli wybrana przyczyna zgonu opisuje stan w terminach ogólnych, a inne określenia zawierają bardziej szczegółowe informacje o miejscu i charakterze stanu wymienionego na karcie zgonu, wówczas należy kodować stan o większej zawartości informacji (bardziej precyzyjny). Zasadę tę często stosuje się w sytuacji, gdy termin ogólny staje się przymiotnikiem, przez co staje się on bardziej dokładny.

Zasada E. Wczesne i późne stadia choroby

Jeżeli wybrana przyczyna zgonu opisuje stan we wczesnym stadium choroby, a na karcie zgonu jest opisane bardziej zaawansowane stadium tej samej choroby, wówczas należy kodować stan bardziej zaawansowany. Zasada ta nie stosuje się do formy „przewlekłej” wpisanej jako stan wywołany przez postać „ostrą”, chyba że klasyfikacja zawiera specjalne wskazówki dotyczące takich sytuacji.

Zasada F. Następstwa

Jeżeli wybrana przyczyna zgonu jest wczesną postacią stanu, dla którego w klasyfikacji występuje oddzielna kategoria „Następstwa...”, a także dostępne są informacje wskazujące na to, że zgon nastąpił raczej z powodu późniejszych efektów stanu chorobowego niż zaburzeń występujących w fazie czynnej choroby, wówczas należy zastosować kod z grupy właściwej kategorii „Następstwa...”.

Dla określenia następstw stanów chorobowych w klasyfikacji przeznaczono następujące kategorie: B90–B94, E64.-, E68, G09, I69, O97 oraz Y85–Y89.

4.1.10 Przykłady stosowania zasad modyfikacji

Zasada A. Starość i inne niedokładnie określone stany chorobowe

Jeżeli wybrana przyczyna jest niedokładnie określona, a na karcie zgonu podany jest stan sklasyfikowany gdzie indziej, wówczas należy ponownie wybrać przyczynę zgonu w taki sposób, jak gdyby niedokładnie określony stan nie został w ogóle podany, z takim zastrzeżeniem, że stan ten należy wziąć pod uwagę, jeżeli modyfikuje on sposób kodowania. Następujące stany uważa się za niedokładnie określone: I46.9 (zatrzymanie krążenia, nieokreślone), I95.9 (niedociśnienie tętnicze, nieokreślone), I99 (inne i nieokreślone zaburzenia układu krążenia), J96.0 (ostra niewydolność oddechowa), J96.9 (niewydolność oddechowa, nieokreślona), P28.5 (niewydolność oddechowa noworodka), R00–R94 i R96–R99 (objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej). Należy zwrócić uwagę na fakt, iż stanu sklasyfikowanego w kategorii R95 (zespół nagłej śmierci niemowląt) nie uważa się za niedokładnie określony.

Przykład 33: I (a) Starość i hipostatyczne zapalenie płuc
(b) Reumatoidalne zapalenie stawów

Należy wybrać: Reumatoidalne zapalenie stawów (M06.9). Starość, wybraną według zasady 2 (patrz przykład 19), należy pominąć, a zamiast tego należy zastosować zasadę ogólną.

Przykład 34: I (a) Niedokrwistość
(b) Splenomegalia

Należy wybrać: Niedokrwistość ze splenomegalią (D64.8). Splenomegalię, wybraną według zasady ogólnej, należy pominąć, ale zmienia (modyfikuje) ona sposób kodowania.

Przykład 35: I (a) Zwyródnienie mięśnia sercowego i
(b) rozedma
(c) Starość

Należy wybrać: Zwyródnienie mięśnia sercowego (I51.5). Starość, wybraną według zasady ogólnej, należy pominąć, a zamiast tego należy zastosować zasadę 2.

Przykład 36: I (a) Kaszel i wymioty krwawe

Należy wybrać: Wymioty krwawe (K92.0). Kaszel, wybrany według zasady 2, należy pominąć.

- Przykład 37:* I (a) Zapalenie płuc terminalne
(b) Powiększająca się zgorzel i naczyniowo-mózgowy
(c) Zawał

Należy wybrać: Zawał naczyniowo-mózgowy (I63.9). Zgorzel, wybraną zgodnie z zasadą 1, należy pominąć i należy zastosować zasadę ogólną.

Zasada B. Banalne stany chorobowe

(A) Jeżeli wybrana przyczyna zgonu jest stanem banalnym, w przypadku którego jest mało prawdopodobne, aby doprowadził on do zgonu, a na karcie zgonu wymieniono również stan bardziej poważny (dowolny stan chorobowy poza niedokładnie określonym lub innym stanem chorobowym banalnym), wówczas należy ponownie wybrać wyjściową przyczynę zgonu, tak jakby stan banalny nie był w ogóle podany.

- Przykład 38:* I (a) Próchnica zębów
II Cukrzyca

Należy wybrać: Cukrzyca (E14.9). Próchnicę zębów, wybraną według zasady ogólnej, należy pominąć.

- Przykład 39:* I (a) Wrastający paznokieć i ostra niewydolność nerek

Należy wybrać: Ostra niewydolność nerek (N17.9). Wrastający paznokieć, wybrany według zasady 2, należy pominąć.

(B) Jeżeli zgon był następstwem reakcji niepożądaney na leczenie stanu banalnego, wówczas należy wybrać do kodowania kod tej reakcji niepożądaney.

- Przykład 40:* I (a) Krwotok śródoperacyjny
(b) Wycięcie migdałków
(c) Przerost migdałków

Należy wybrać: Krwotok w trakcie zabiegu chirurgicznego (Y60.0). Kod powinien opisywać reakcję niepożądaną na leczenie przerostu migdałków, wybranego według zasady ogólnej.

(C) Jeżeli stan banalny jest podany jako powodujący jakąkolwiek inną chorobę, wówczas nie należy go pomijać, czyli zasada B nie ma zastosowania.

- Przykład 41:* I (a) Posocznica
(b) Liszajec

Należy wybrać: Liszajec (L01.0). Nie należy odrzucać stanu banalnego, wybranego według zasady ogólnej, gdyż został on opisany jako powodujący inną chorobę.

- Przykład 42:* I (a) Niewydolność oddechowa
(b) Zakażenia górnych dróg oddechowych

Należy wybrać: Zakażenie górnych dróg oddechowych (J06.9). Nie należy odrzucać stanu banalnego, wybranego według zasady ogólnej, gdyż został on opisany jako powodujący inną chorobę.

Zasada C. Łączenie

Jeżeli wybrana przyczyna zgonu jest połączona (w klasyfikacji lub uwagach dotyczących kodowania wyjściowej przyczyny zgonu) z jednym lub większą liczbą innych stanów zapisanych na karcie zgonu, należy stosować kod łączny.

Jeżeli połączenie takie dotyczy stanów, wśród których jeden jest skutkiem drugiego, należy zastosować łączenie tylko wówczas, gdy stwierdzono logiczną zależność przyczynowo-skutkową lub kiedy zależność taką można określić poprzez zastosowanie zasad wyboru.

W wypadku wystąpienia konfliktu w stosowaniu kodu łącznego należy użyć kodu wspólnego ze stanem chorobowym, który należałoby wybrać, gdyby nie została wymieniona przyczyna wybrana na początku. W razie potrzeby należy zastosować dalsze łączenie.

Przykład 43: I (a) Niedrożność jelitowa
(b) Przepuklina udowa

Należy wybrać: Przepuklina udowa z niedrożnością (K41.3).

Przykład 44: I (a) Blok prawej odnogi i choroba Chagasa

Należy kodować: Choroba Chagasa z zajęciem serca (B57.2). Blok prawej odnogi, wybrany według zasady 2, wiąże się z chorobą Chagasa.

Przykład 45: I (a) Ostry zawał serca
(b) Choroba serca w przebiegu miażdżycy
(c) Grypa

Należy wybrać: Ostry zawał serca (I21.9). Choroba serca w przebiegu miażdżycy, wybrana według zasady 1 (patrz przykład 13), jest związana z ostrym zawałem serca.

Przykład 46: I (a) Zawał mózgu i hipostatyczne zapalenie płuc
(b) Nadciśnienie tętnicze i cukrzyca
(c) Miażdżycy

Należy wybrać: Zawał mózgu (I63.9). Miażdżycy, wybrana według zasady 1 (patrz przykład 15), wiąże się z nadciśnieniem, które z kolei wiąże się z zawałem mózgu.

Przykład 47: I (a) Powiększenie serca i stwardnienie nerek
(b) Nadciśnienie tętnicze

Należy wybrać: Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek (I13.9). Wszystkie trzy stany się łączą ze sobą.

Przykład 48: I (a) Udar mózgu
(b) Miażdżycy i choroba nadciśnieniowa
(c) z zajęciem serca

Należy kodować: Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca (I11.9). Miażdżycy, wybrana według zasady 1, wiąże się z chorobą nadciśnieniową z zajęciem serca. W sytuacji, gdyby miażdżycy nie została wymieniona na

karcie zgonu, zastosowanie zasady ogólnej spowodowałoby wybranie choroby nadciśnieniowej serca.

- Przykład 49:* I (a) Udar mózgu i choroba nadciśnieniowa
(b) z zajęciem serca
(c) Miażdżycza

Należy wybrać: Udar mózgu (I64). Miażdżycza, wybrana według zasady ogólnej, wiąże się z udarem mózgu. Stan ten należałoby wybrać zgodnie z zasadą 2, gdyby nie została wymieniona miażdżycza.

- Przykład 50:* I (a) Wtórna polycytemia
(b) Rozedma płuc
(c) Przewlekłe zapalenie oskrzeli

Należy wybrać: Obturacyjne zapalenie płuc (J44.8). Przewlekłe zapalenie oskrzeli, wybrane według zasady ogólnej, wiąże się z rozedmą.

- Przykład 51:* I (a) Powiększenie serca
(b) Nadciśnienie tętnicze
II Zanik nerek

Należy wybrać: Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek (I13.9). Wszystkie trzy stany łączą się ze sobą.

- Przykład 52:* I (a) Odoskrzelowe zapalenie płuc (aspiracyjne)
(b) Drgawki
(c) Gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
II Gruźlica płuc

Należy wybrać: Gruźlica płuc (A16.2). Gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, wybranego według zasady ogólnej, nie należy kodować w przypadku, gdy podano informację o gruźlicy płuc.

- Przykład 53:* I (a) Złamanie kości potylicznej
(b) Upadek w następstwie drgawek padaczkowych

Należy wybrać: Drgawki padaczkowe (G40.9). Upadek, wybrany według zasady 1, wiąże się z drgawkami padaczkowymi.

- Przykład 54:* I (a) Zatrzymanie serca
II Choroba Chagasa

Należy wybrać: Choroba Chagasa z zajęciem serca (B57.2). Zatrzymanie akcji serca, wybrane według zasady ogólnej, wiąże się z chorobą Chagasa.

- Przykład 55:* I (a) Zapalenie płuc wywołane przez *Pneumocystis carinii* [*jirovecii*]
(b) Choroba wywołana przez HIV

Należy wybrać: B20.6. Choroba wywołana przez HIV, wybrana według zasady ogólnej, wiąże się z zapaleniem płuc wywołanym przez *Pneumocystis carinii* [*jirovecii*].

Przykład 56: I (a) Niewydolność oddechowa
II Choroba wywołana przez HIV
Należy wybrać: B24. Niewydolność oddechowa jest stanem niedokładnie określonym i nie wiąże się z żadną z kategorii B20–B23.

Zasada D. Swoistość

Jeżeli wybrana przyczyna zgonu opisuje stan w terminach ogólnych, a inne określenia zawierają bardziej szczegółowe informacje o miejscu i charakterze stanu wymienionego na karcie zgonu, wówczas należy kodować stan o większej zawartości informacji (bardziej precyzyjny). Zasadę tę często stosuje się w sytuacji, gdy termin ogólny staje się przymiotnikiem, przez co staje się on bardziej dokładny.

Przykład 57: I (a) Zawał mózgu
(b) Incydent naczyniowo-mózgowy
Należy wybrać: Zawał mózgu (I63.9).

Przykład 58: I (a) Choroba reumatyczna z zajęciem serca, zwężenie lewego ujścia żylnego
Należy wybrać: Reumatyczne zwężenie lewego ujścia żylnego (I05.0).

Przykład 59: I (a) Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
(b) Gruźlica
Należy wybrać: Gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (A17.0). Stany te występują w prawidłowym związku przyczynowo-skutkowym.

Przykład 60: I (a) Nadciśnienie w przebiegu ciąży, znacznego stopnia
II Rzucawka
Należy wybrać: Rzucawka w przebiegu ciąży (O15.0).

Przykład 61: I (a) Tętniak aorty
(b) Kiła
Należy wybrać: Kiłowy tętniak aorty (A52.0). Stany te występują w logicznym związku przyczynowo-skutkowym.

Przykład 62: I (a) Zapalenie osierdzia
(b) Mocznica i zapalenie płuc
Należy wybrać: Mocznicowe zapalenie osierdzia (N18.8). Mocznica, wybrana zgodnie z zasadą 1 (patrz przykład 14), zmienia rodzaj zapalenia osierdzia.

Zasada E. Wczesne i późne stadia choroby

Jeżeli wybrana przyczyna zgonu opisuje stan we wczesnym stadium choroby, a na karcie zgonu jest opisane bardziej zaawansowane stadium tej samej choroby, wówczas należy kodować stan bardziej zaawansowany. Zasada ta nie stosuje się do formy „przewlekłej” wpisanej jako stan wywołany przez postać „ostrą”, chyba że klasyfikacja zawiera specjalne wskazówki dotyczące takich sytuacji.

Przykład 63: I (a) Kiła trzeciorzędowa
(b) Kiła pierwszorzędowa
Należy wybrać: Kiła trzeciorzędowa (A52.9).

Przykład 64: I (a) Rzucawka w przebiegu ciąży
(b) Stan przedrzucawkowy
Należy wybrać: Rzucawka w przebiegu ciąży (O15.0).

Przykład 65: I (a) Przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego
(b) Ostre zapalenie mięśnia sercowego
Należy wybrać: Ostre zapalenie mięśnia sercowego (I40.9).

Przykład 66: I (a) Przewlekłe zapalenie nerek
(b) Ostre zapalenie nerek
Należy wybrać: Przewlekłe zapalenie nerek, nieokreślone (N03.9), gdyż jest podana specjalna instrukcja dotycząca tego stanu.

Zasada F. Następstwa

Jeżeli wybrana przyczyna zgonu jest wczesną postacią stanu, dla którego w klasyfikacji występuje oddzielna kategoria „Następstwa...”, a także dostępne są informacje wskazujące na to, że zgon nastąpił raczej z powodu późniejszych efektów stanu chorobowego niż zaburzeń występujących w fazie czynnej choroby, wówczas należy zastosować kod z grupy właściwej kategorii „Następstwa...”.

Dla określenia następstw stanów chorobowych w klasyfikacji przeznaczono następujące kategorie: B90–B94, E64.-, E68, G09, I69, O97 oraz Y85–Y89.

Przykład 67: I (a) Zwłóknienie płuc
(b) Stara gruźlica płuc
Należy wybrać: Następstwa gruźlicy układu oddechowego (B90.9).

Przykład 68: I (a) Odoskrzelowe zapalenie płuc
(b) Skrzywienie kręgosłupa
(c) Krzywica w dzieciństwie
Należy wybrać: Następstwa krzywicy (E64.3).

Przykład 69: I (a) Wodogłowie
(b) Gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
Należy wybrać: Następstwa gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (B90.0).

Przykład 70: I (a) Hipostatyczne zapalenie płuc
(b) Porażenie połowicze
(c) Incydent naczyniowo-mózgowy (10 lat)
Należy wybrać: Następstwa incydentu naczyniowo-mózgowego (I69.4).

Przykład 71: I (a) Przewlekłe zapalenie nerek
(b) Płonica

Należy wybrać: Następstwa innych określonych chorób zakaźnych i pasożytniczych (B94.8). Opisanie zapalenia nerek jako „przewlekłe” wskazuje na to, że płonica nie jest już w fazie czynnej.

4.1.11 Uwagi dotyczące kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu

Z przedstawionych poniżej uwag często wynika, że jeżeli początkowo wybrano kod, który znajduje się w kolumnie po lewej stronie i występuje on wraz z jednym z wymienionych obok stanów, wówczas do kodowania należy wybrać kod oznaczony czcionką pogrubioną. Istnieją tutaj dwa typy określeń:

„ze wzmianką o...” – oznacza, że ten stan może występować w dowolnym miejscu na karcie zgonu;

„jeżeli został wymieniony jako pierwotna poprzedzająca przyczyna...” – oznacza, że inny stan chorobowy musi występować we właściwym związku przyczynowym lub musi być określony w inny sposób jako „wywołany przez” pierwotną poprzedzającą przyczynę zgonu.

A00-B99 Wybrane choroby zakaźne i pasożytnicze

Z wyjątkiem choroby wywołanej przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV] (B20–B24), *jeżeli została wymieniona jako pierwotna poprzedzająca przyczyna nowotworu złośliwego; należy wówczas kodować: C00–C97.*

A15.- Gruźlica układu oddechowego, potwierdzona bakteriologicznie i histologicznie
A16.- Gruźlica układu oddechowego, niepotwierdzona bakteriologicznie lub histologicznie

ze wzmianką o:

J60–J64 (Pylica płuc), należy kodować: **J65**

A17.- Gruźlica układu nerwowego
A18.- Gruźlica innych narządów

ze wzmianką o:

A15 lub A16 (Gruźlica układu oddechowego), należy kodować: **A15, A16**, chyba że wymieniona jest jako pierwotna poprzedzająca przyczyna i ma określony czas trwania dłuższy niż czas trwania stanu w A15.- lub A16.-

A39.2 Ostra bakteremia meningokokowa
A39.3 Przewlekła bakteremia meningokokowa
A39.4 Bakteremia meningokokowa, nieokreślona

ze wzmianką o:

A39.0 (Meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych), należy kodować **A39.0**

A39.1 (Zespół Waterhouse’a-Friderichsena), należy kodować: **A39.1**

A40.- Posocznica wywołana przez paciorkowce
A41.- Inna posocznica

- A46 Róża
- Należy używać kodów dla powyższych chorób, jeżeli występują one po urazie powierzchniowym (dowolny stan z kategorii: S00, S10, S20, S30, S40, S50, S60, S70, S80, S90, T00, T09.0, T11.0) lub w następstwie oparzenia pierwszego stopnia. W sytuacji, gdy stany te następują po poważniejszym urazie, należy kodować zewnętrzną przyczynę urazu jako przyczynę zgonu.
- B16.- Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu B
 B17.- Inne ostre wirusowe zapalenie wątroby
- jeżeli została wymieniona jako pierwotna poprzedzająca przyczyna:*
- K72.1 (Przewlekła niewydolność wątroby), należy kodować: **B18.-**
 K74.0–K74.2, K74.4–K74.6 (Zwłóknienie i marskość wątroby), należy kodować: **B18.-**
- B20–B24 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV]
- Mechanizmów zgonu, a także stanów niedokładnie określonych i banalnych opisanych jako powikłania zakażenia wirusem HIV nie należy wiązać z kategoriami B20–B23, chyba że w Tomie III występuje wyraźna pozycja wskazująca takie działanie.
- Stany, które można zaklasyfikować do dwóch lub więcej podkategorii należących do tej samej kategorii powinny być kodowane jako podkategoria .7 odpowiedniej kategorii (B20 lub B21). Jeżeli istnieje taka potrzeba, można użyć dodatkowych kodów z bloku B20–B24 do określenia pojedynczych wymienionych stanów.
- B22.7 Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem są mnogie choroby sklasyfikowane gdzie indziej
- Podkategorię tę należy stosować, jeżeli na karcie zgonu są wymienione stany, które można zaklasyfikować do dwóch lub więcej kategorii z B20–B22. Jeżeli istnieje taka potrzeba, można użyć dodatkowych kodów z bloku B20–B24 do określenia pojedynczych wymienionych stanów.
- B95–B97 Bakteryjne, wirusowe i inne czynniki zakaźne
- Kodów tych nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu.
- D50–D89 Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz wybrane choroby przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych
- jako przyczyna:*
- B20–B24 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV] oraz przypadki, gdy karta zgonu wskazuje, że choroba wywołana przez HIV jest wynikiem przetoczenia krwi w ramach leczenia choroby wyjściowej, należy kodować: **B20–B24**
- E86 Nadmierna utrata płynów
- ze wzmianką o:*
- A00–A09 (Choroby zakaźne jelit), należy kodować: **A00–A09**

- E89.- Pozabiegowe zaburzenia wydzielania wewnętrznego i metaboliczne, niesklasyfikowane gdzie indziej
Kodu tego nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu. Patrz: Zabiegi, punkt 4.2.6.
- F03–F09 Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi
Kodów tych nie należy używać jeżeli jest znana fizykalna przyczyna wyjściowa.
- F10–F19 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych
ze wzmianką o:
X40–X49 (Wypadkowe zatrucie przez narażenie na działanie szkodliwych substancji), należy kodować: **X40–X49**
X60–X69 (Zamierzone samouszkodzenie przez narażenie na działanie szkodliwych substancji), należy kodować: **X60–X69**
X85–X90 (Napaść z użyciem szkodliwych substancji), należy kodować: **X85–X90**
Y10–Y19 (Zatrucie przez narażenie na leki, środki chemiczne i szkodliwe substancje), należy kodować: **Y10–Y19**
Czwarty znak .0 (Ostre zatrucie) należy kodować: **X40–X49, X60–X69, X85–X90** lub **Y10–Y19**
Czwarty znak .5 (Zaburzenia psychotyczne) *ze wzmianką o:*
Zespole uzależnienia (.2) należy kodować: **F10–F19** z czwartym znakiem **.2**
- F10.- Zaburzenia psychotyczne i zaburzenia zachowania spowodowane nadużywaniem alkoholu
ze wzmianką o:
E24.4 (Poalkoholowy zespół Cushinga), należy kodować: **E24.4**
G31.2 (Zwyrodnienie układu nerwowego spowodowane przez alkohol), należy kodować: **G31.2**
G62.1 (Polineuropatia alkoholowa), należy kodować: **G62.1**
G72.1 (Miopatia alkoholowa), należy kodować: **G72.1**
I42.6 (Kardiomiopatia alkoholowa), należy kodować: **I42.6**
K29.2 (Alkoholowe zapalenie żołądka), należy kodować: **K29.2**
K70.- (Alkoholowa choroba wątroby), należy kodować: **K70.-**
K72.- (Niewydolność wątroby, niesklasyfikowana gdzie indziej), należy kodować: **K70.4**
K73.- (Przewlekłe zapalenie wątroby, niesklasyfikowane gdzie indziej), należy kodować: **K70.1**
K74.0 (Zwłóknienie wątroby), należy kodować: **K70.2**
K74.1 (Stwardnienie wątroby), należy kodować: **K70.2**
K74.2 (Zwłóknienie wątroby ze stwardnieniem wątroby), należy kodować: **K70.2**
K74.6 (Inna i nieokreślona marskość wątroby), należy kodować: **K70.3**
K75.9 (Choroba zapalna wątroby, nieokreślona), należy kodować: **K70.1**
K76.0 (Stłuszczenie wątroby niesklasyfikowane gdzie indziej), należy kodować: **K70.0**

- K76.9 (Choroba wątroby, nieokreślona), należy kodować: **K70.9**
 K85.2 (Alkoholowe ostre zapalenie trzustki), należy kodować: **K85.2**
 K86.0 (Alkoholowe przewlekłe zapalenie trzustki), należy kodować: **K86.0**
 O35.4 (Opieka położnicza z powodu (podejrzenia) uszkodzenia płodu przez alkohol), należy kodować: **O35.4**
- F10.2 Zespół uzależnienia spowodowany używaniem alkoholu
ze wzmianką o:
 F10.4, F10.6, F10.7. (Zespół abstynencyjny z majaczeniem, Zespół amnestyczny, Rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychiatryczne), należy kodować: **F10.4, F10.6, F10.7**
- F17.- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu
 Kodu tego nie należy używać, gdy znany jest wynikowy stan fizykalny.
- F70–F79 Upośledzenie umysłowe
 Kodów tych nie należy używać, gdy znana jest wyjściowa fizykalna przyczyna zgonu.
- G25.5 Inna płasawica
ze wzmianką o:
 I00–I02 (Ostra choroba reumatyczna), należy kodować: **I02.-**
 I05–I09 (Przewlekła choroba reumatyczna serca), należy kodować: **I02.-**
- G81.- Porażenie połowicze
 G82.- Porażenie kończyn dolnych i czterokończynowe
 G83.- Inne zespoły porażenne
 Kodu tego nie należy używać, gdy znana jest przyczyna porażenia.
- G97.- Pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, niesklasyfikowane gdzie indziej
 Kodu tego nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu. Patrz: Zabiegi, punkt 4.2.6.
- H54.- Ślepotą i upośledzenie widzenia
 Kodu tego nie należy używać gdy jest znana przyczyna poprzedzająca.
- H59.- Pozabiegowe zaburzenia oka i przydatków oka, niesklasyfikowane gdzie indziej
 Kodu tego nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu. Patrz: Zabiegi, punkt 4.2.6.
- H90.- Upośledzenie słuchu przewodzeniowe i czuciowo-nerwowe
 H91.- Inne rodzaje upośledzenia słuchu
 Kodu tego nie należy używać, gdy jest znana przyczyna poprzedzająca.

- H95.- Pooperacyjne zaburzenia ucha i wyrostka sutkowatego niesklasyfikowane gdzie indziej
Kodu tego nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu. Patrz: Zabiegi, punkt 4.2.6.
- I05.8 Inne choroby zastawki mitralnej
I05.9 Choroba zastawki mitralnej, nieokreślona
jeśli o nieokreślonej przyczynie ze wzmianką o:
I34.- (Niereumatyczne choroby zastawki mitralnej), należy kodować:
I34.-
- I08.- Choroba wielu zastawek
Kodu tego nie należy używać do kodowania chorób wielu zastawek o określonej, lecz niereumatycznej przyczynie. W przypadku podania chorób wielu zastawek o etiologii niereumatycznej na tej samej karcie zgonu, należy wybrać przyczynę wyjściową, stosując zasadę ogólną lub zasady 1, 2 lub 3 według normalnej procedury.
- I09.1 Reumatyczne choroby wsierdza, zastawka nieokreślona
I09.9 Reumatyczna choroba serca, nieokreślona
ze wzmianką o:
I05–I08 (Przewlekła choroba reumatyczna serca), należy kodować: **I05–I08**
- I10 Nadciśnienie samoistne (pierwotne)
ze wzmianką o:
I11.- (Nadciśnieniowa choroba serca), należy kodować: **I11.-**
I12.- (Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek), należy kodować: **I12.-**
I13.- (Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek), należy kodować: **I13.-**
I20–I25 (Choroba niedokrwienności serca), należy kodować: **I20–I25**
I60–I69 (Choroby naczyń mózgowych), należy kodować: **I60–I69**
N00.- (Ostry zespół zapalenia nerek), należy kodować: **N00.-**
N01.- (Gwałtownie postępujący zespół zapalenia nerek), należy kodować: **N01.-**
N03.- (Przewlekły zespół zapalenia nerek), należy kodować: **N03.-**
N04.- (Zespół nerczycowy), należy kodować: **N04.-**
N05.- (Nieokreślony zespół zapalenia nerek), należy kodować: **N05.-**
N18.- (Przewlekła niewydolność nerek), należy kodować: **I12.-**
N19 (Nieokreślona niewydolność nerek), należy kodować: **I12.-**
N26 (Nieokreślony zanik nerki), należy kodować: **I12.-**
jeśli wymienione jako pierwotna poprzedzająca przyczyna:
H35.0 (Retinopatia nieproliferacyjna i inne zmiany naczyniowe siatkówki), należy kodować: **H35.0**
I05–I09 (Stany klasyfikowane do I05–I09, ale nieokreślone jako reumatyczne), należy kodować: **I34–I38**
I34–I38 (Niereumatyczne choroby zastawek), należy kodować: **I34–I38**

- I50.- (Niewydolność serca), należy kodować: **I11.0**
I51.4–I51.9 (Choroby serca niedokładnie określone i powikłania chorób serca), należy kodować: **I11.-**
- I11.- Nadciśnieniowa choroba serca
ze wzmianką o:
I12.- (Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek), należy kodować: **I13.-**
I13.- (Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek), należy kodować: **I13.-**
I20–I25 (Choroba niedokrwienności serca), należy kodować: **I20–I25**
N18.- (Przewlekła niewydolność nerek), należy kodować: **I13.-**
N19 (Nieokreślona niewydolność nerek), należy kodować: **I13.-**
N26 (Nieokreślony zanik nerki), należy kodować: **I13.-**
- I12.- Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek
ze wzmianką o:
I11.- (Nadciśnieniowa choroba serca), należy kodować: **I13.-**
I13.- (Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek), należy kodować: **I13.-**
I20–I25 (Choroba niedokrwienności serca), należy kodować: **I20–I25**
jeśli wymienione jako pierwotna poprzedzająca przyczyna:
I50.- (Niewydolność serca), należy kodować: **I13.0**
I51.4–I51.9 (Choroby serca niedokładnie określone i powikłania chorób serca), należy kodować: **I13.-**
- I13.- Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek
ze wzmianką o:
I20–I25 (Choroba niedokrwienności serca), należy kodować: **I20–I25**
- I15.0 Nadciśnienie naczyniowo-nerkowe
Kodu tego nie należy używać, jeżeli stan poprzedzający jest znany lub może zostać określony poprzez zastosowanie zasady 3. Jeżeli stan poprzedzający nie jest znany lub nie może zostać określony, wówczas należy kodować: I15.0.
- I15.1 Nadciśnienie wtórne do innej patologii nerek
Kodu tego nie należy używać, jeżeli stan poprzedzający jest znany lub może zostać określony poprzez zastosowanie zasady 3. Jeżeli stan poprzedzający nie jest znany lub nie może zostać określony, wówczas należy kodować: N28.9.
- I15.2 Nadciśnienie wtórne do zaburzeń układu wewnątrzwydzielniczego
Kodu tego nie należy używać, jeżeli stan poprzedzający jest znany lub może zostać określony poprzez zastosowanie zasady 3. Jeżeli stan poprzedzający nie jest znany lub nie może zostać określony, wówczas należy kodować: E34.9.

- I15.8 Inne postacie nadciśnienia wtórnego
Kodu tego nie należy używać, jeżeli stan poprzedzający jest znany lub może zostać określony poprzez zastosowanie zasady 3. Jeżeli stan poprzedzający nie jest znany lub nie może zostać określony, wówczas należy kodować: I15.8.
- I15.9 Nadciśnienie wtórne, nieokreślone
Kodu tego nie należy używać, jeżeli stan poprzedzający jest znany lub może zostać określony poprzez zastosowanie zasady 3. Jeżeli stan poprzedzający nie jest znany lub nie może zostać określony, wówczas należy kodować: I15.9.
- I20.- Choroba niedokrwienna serca
I24.- Inne ostre postacie choroby niedokrwiennej serca
I25.- Przewlekła choroba niedokrwienna serca
ze wzmianką o:
I21.- (Ostry zawał mięśnia sercowego), należy kodować: **I21.-**
I22.- (Ponowny zawał serca), należy kodować: **I22.-**
- I21.- Ostry zawał mięśnia sercowego
ze wzmianką o:
I22.- (Ponowny zawał serca), należy kodować: **I22.-**
- I23.- Niektóre powikłania występujące w czasie ostrego zawału mięśnia sercowego
Kodu tego nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu. Należy zastosować odpowiednio kod **I21.-** lub **I22.-**
- I24.0 Zakrzepica tętnicy wieńcowej bez zawału serca
Kodu tego nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu. Dla celów oceny umieralności przyjmuje się wystąpienie zawału i przypisuje się odpowiednio kod **I21.-** lub **I22.-**.
- I25.2 Przebyty zawał serca
Kodu tego nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu. Jeżeli nie podano przyczyny, wówczas należy przypisać kod: Inne postacie przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (I25.8).
- I27.9 Zespół sercowo-płucny, nieokreślony
ze wzmianką o:
M41.- (Skolioza), należy kodować: **I27.1**
- I44.- Blok przedsionkowo-komorowy i lewej odnogi
I45.- Inne zaburzenia przewodzenia
I46.- Zatrzymanie akcji serca
I47.- Częstoskurcz napadowy
I48 Migotanie i trzepotanie przedsionków
I49.- Inne zaburzenia rytmu serca
I50.- Niewydolność serca

I51.4–I51.9 Choroby serca niedokładnie określone i powikłania chorób serca

ze wzmianką o:

B57.- (Choroba Chagasa), należy kodować: **B57.-**

I20–I25 (Choroba niedokrwienności serca), należy kodować: **I20–I25**

I50.- Niewydolność serca

I51.9 Choroba serca, nieokreślona

ze wzmianką o:

M41.- (Skolioza), należy kodować: **I27.1**

I50.9 Niewydolność serca, nieokreślona

I51.9 Choroba serca, nieokreślona

ze wzmianką o:

J81 (Obrzęk płuc), należy kodować: **I50.1**

I60–I69 Choroby naczyń mózgowych

jeśli wymienione jako pierwotna poprzedzająca przyczyna:

F01–F03 (Otępienie), należy kodować: **F01.-**

I65.- Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych, nieprowadzące do zawału mózgu

I66.- Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych, nieprowadzące do zawału mózgu
Kodu tego nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu. Dla celów oceny umieralności należy przyjąć wystąpienie zawału mózgu i przypisać kod **I63.-**.

I67.2 Miażdżyca tętnic mózgowych

ze wzmianką o:

I60–I66 (Krwotok mózgowy, zawał mózgu lub udar mózgu, niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych i mózgowych), należy kodować: **I60–I64**

jeśli wymienione jako pierwotna poprzedzająca przyczyna:

F03 (Otępienie nieokreślone), należy kodować: **F01.-**

G20 (Choroba Parkinsona), należy kodować: **G20**

I70.- Miażdżyca

ze wzmianką o:

I10–I13 (Nadciśnienie tętnicze), należy kodować: **I10–I13**

I20–I25 (Choroba niedokrwienności serca), należy kodować: **I20–I25**

I50.- (Niewydolność serca), należy kodować: **I50.-**

I51.4 (Zapalenie mięśnia sercowego, nieokreślone), należy kodować: **I51.4**

I51.5 (Zwyrodnienie mięśnia sercowego), należy kodować: **I51.5**

- I51.6 (Choroby serca i naczyń krwionośnych, nieokreślone), należy kodować: **I51.6**
- I51.8 (Inne niedokładnie określone choroby serca), należy kodować: **I51.8**
- I60–I69 (Choroby naczyń mózgowych), należy kodować: **I60–I69**
- jeśli wymienione jako pierwotna poprzedzająca przyczyna:*
- I05–I09 (Stany zaklasyfikowane do I05–I09, ale nieokreślone jako reumatyczne), należy kodować: **I34–I38**
- I34–I38 (Niereumatyczne choroby zastawek), należy kodować: **I34–I38**
- I51.9 (Choroba serca, nieokreślona), należy kodować: **I25.1**
- I71–I78 (Inne choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych), należy kodować: **I71–I78**
- K55.- (Naczyniowe choroby jelit), należy kodować: **K55.-**
- N03.- (Przewlekłe zapalenie nerek), należy kodować: **I12.-**
- N26 (Nieokreślony zanik nerki), należy kodować: **I12.-**
- I70.9 Uogólniona i nieokreślona miażdżycza
- ze wzmianką o:*
- R02 (Zgorzel niesklasyfikowana gdzie indziej), należy kodować: **I70.2**
- jeśli wymienione jako pierwotna poprzedzająca przyczyna:*
- F01.- (Otępienie naczyniowe), należy kodować: **F01.-**
- F03 (Otępienie nieokreślone), należy kodować: **F01.-**
- G20 (Choroba Parkinsona), należy kodować: **G20**
- I97.- Pozabiegowe zaburzenia układu krążenia niesklasyfikowane gdzie indziej
- Kodu tego nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu. Patrz: Zabiegi, punkt 4.2.6.
- J00 Ostre zapalenie nosa i gardła [przeziębienie]
- J06.- Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym
- jeśli wymienione jako pierwotna poprzedzająca przyczyna:*
- G03.8 (Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych), należy kodować: **G03.8**
- G06.0 (Ropień i ziarniniak śródczaszkowy), należy kodować: **G06.0**
- H65–H66 (Zapalenie ucha środkowego), należy kodować: **H65–H66**
- H70.- (Zapalenie wyrostka sutkowatego i stany pokrewne), należy kodować: **H70.-**
- J09–J18 (Grypa i zapalenie płuc), należy kodować: **J09–J18**
- J20–J21 (Ostre zapalenie oskrzeli i ostre zapalenie oskrzelików), należy kodować: **J20–J21**
- J40–J42 (Zapalenie oskrzeli nieokreślone i przewlekłe), należy kodować: **J40–J42**
- J44.- (Inne przewlekłe obturacyjne choroby płuc), należy kodować: **J44.-**
- N00.- (Ostry zespół zapalenia nerek), należy kodować: **N00.-**

- J20.- Ostre zapalenie oskrzeli
ze wzmianką o:
 J41.- (Proste i śluzowo-ropne przewlekłe zapalenie oskrzeli), należy kodować: **J41.-**
 J42 (Nieokreślone przewlekłe zapalenie oskrzeli), należy kodować: **J42**
 J44 (Inne przewlekłe obturacyjne choroby płuc), należy kodować: **J44**
- J40 Zapalenie oskrzeli nieokreślone jako ostre albo przewlekłe
 J41.- Proste i śluzowo-ropne przewlekłe zapalenie oskrzeli
 J42 Nieokreślone przewlekłe zapalenie oskrzeli
ze wzmianką o:
 J43.- (Rozedm), należy kodować: **J44.-**
 J44.- (Inne przewlekłe obturacyjne choroby płuc), należy kodować: **J44.-**
jeśli wymienione jako pierwotna poprzedzająca przyczyna:
 J45.- (Astma oskrzelowa), należy kodować: **J44.-** (lecz patrz także uwaga dotycząca kategorii J45.-, J46.- poniżej)
- J43.- Rozedma
ze wzmianką o:
 J40 (Zapalenie oskrzeli nieokreślone jako ostre lub przewlekłe), należy kodować: **J44.-**
 J41 (Proste i śluzowo-ropne przewlekłe zapalenie oskrzeli) należy kodować: **J44.-**
 J42 (Nieokreślone przewlekłe zapalenie oskrzeli), należy kodować: **J44.-**
- J45.- Astma oskrzelowa
 J46 Stan astmatyczny
 Jeśli na karcie zgonu razem występują: astma, zapalenie oskrzeli (ostre lub przewlekłe) bądź inna przewlekła obturacyjna choroba płuc, wówczas należy wybrać przyczynę wyjściową poprzez zastosowanie zasady ogólnej lub zasady 1, 2 lub 3 według normalnej procedury. Nie należy traktować żadnego terminu jako przymiotnika mogącego zmodyfikować inny termin.
- J60–J64 Pylica płuc
ze wzmianką o:
 A15–A16 (Gruźlica płuc), należy kodować: **J65**
- J81 Obrzęk płuc
ze wzmianką o:
 I50.9 (Niewydolność serca, nieokreślona), należy kodować: **I50.1**
 I51.9 (Choroba serca, nieokreślona), należy kodować: **I50.1**

- J95.- Pozabiegowe zaburzenia oddychania niesklasyfikowane gdzie indziej
Kodu tego nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu. Patrz: Zabiegi, punkt 4.2.6.
- K72.- Niewydolność wątroby, niesklasyfikowana gdzie indziej
ze wzmianką o:
F10.- (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane nadużywaniem alkoholu), należy kodować: **K70.4**
- K73.- Przewlekłe zapalenie wątroby, niesklasyfikowane gdzie indziej
ze wzmianką o:
F10.- (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane nadużywaniem alkoholu), należy kodować: **K70.1**
- K74.0 Zwłóknienie wątroby
K74.1 Stwardnienie wątroby
K74.2 Zwłóknienie wątroby ze stwardnieniem wątroby
ze wzmianką o:
F10.- (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane nadużywaniem alkoholu), należy kodować: **K70.2**
- K74.6 Inna i nieokreślona marskość wątroby
ze wzmianką o:
F10.- (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane nadużywaniem alkoholu), należy kodować: **K70.3**
- K75.9 Choroba zapalna wątroby, nieokreślona
ze wzmianką o:
F10.- (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane nadużywaniem alkoholu), należy kodować: **K70.1**
- K76.0 Stłuszczenie wątroby niesklasyfikowane gdzie indziej
ze wzmianką o:
F10.- (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane nadużywaniem alkoholu), należy kodować: **K70.0**
- K76.9 Choroba wątroby, nieokreślona
ze wzmianką o:
F10.- (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane nadużywaniem alkoholu), należy kodować: **K70.9**

- K85.9 Ostre zapalenie trzustki, nieokreślone
ze wzmianką o:
F10.- (Zaburzenia psychiatryczne i zaburzenia zachowania spowodowane nadużywaniem alkoholu), należy kodować: **K85.2**
- K91.- Pooperacyjne zaburzenia przewodu pokarmowego, niesklasyfikowane gdzie indziej
Kodu tego nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu. Patrz; Zabiegi, punkt 4.2.6.
- M41.- Skolioza
ze wzmianką o:
I27.9 (Zespół sercowo-płucny, nieokreślony), należy kodować: **I27.1**
I50.- (Niewydolność serca), należy kodować: **I27.1**
I51.9 (Choroba serca, nieokreślona), należy kodować: **I27.1**
- M96.- Pozabiegowe zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej
Kodu tego nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu. Patrz Zabiegi, punkt 4.2.6.
- N00.- Ostry zespół zapalenia nerek
jeśli wymienione jako pierwotna poprzedzająca przyczyna:
N03.- (Przewlekły zespół zapalenia nerek), należy kodować: **N03.-**
- N18.- Przewlekła niewydolność nerek
N19 Niewydolność nerek nieokreślona
N26 Nieokreślony zanik nerki
ze wzmianką o:
I10 (Nadciśnienie samoistne (pierwotne)), należy kodować: **I12.-**
I11. (Nadciśnieniowa choroba serca), należy kodować: **I13.-**
I12.- (Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek), należy kodować: **I12.-**
- N46 Niepłodność męska
N97.- Niepłodność żeńska
Nie należy stosować, jeśli jest znana przyczyna sprawcza.
- N99.- Pozabiegowe choroby układu moczowo-płciowego, niesklasyfikowane gdzie indziej
Kodu tego nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu. Patrz: Zabiegi, punkt 4.2.6.
- O08.- Powikłania poronienia, ciąży pozamacicznej lub zaśniadowej
Kodu tego nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu. Należy użyć kategorii: O00–O07.

- O30.- Cięża mnoga
Kodu tego nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu, jeśli jest podane dokładniejsze powikłanie.
- O32.- Opieka położnicza z powodu znanego lub podejrzanego nieprawidłowego położenia, ustawienia i ułożenia płodu
ze wzmianką o:
O33.- (Opieka medyczna z powodu znanej lub przewidywanej niewspółmierności porodowej), należy kodować: **O33.-**
- O33.9 Opieka położnicza z powodu niewspółmierności porodowej, nieokreślonej
ze wzmianką o:
O33.0–O33.3 (Niewspółmierność z powodu nieprawidłowości miednicy matki), należy kodować: **O33.0–O33.3**
- O64.- Poród patologiczny wywołany nieprawidłowym ustawieniem i ułożeniem płodu
ze wzmianką o:
O65.- (Poród patologiczny z powodu nieprawidłowości miednicy matki), należy kodować: **O65.-**
- O80–O84 Sposób rozwiązania i ukończenia porodu
Kodów tych nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu. Jeśli nie podano innej przyczyny zgonu matki, należy kodować: Powikłania czynności porodowej i porodu, nieokreślone (O75.9).
- P07.- Zaburzenia związane z krótkim czasem trwania ciąży i niską masą urodzeniową, niesklasyfikowane gdzie indziej
- P08.- Zaburzenia związane z przedłużonym trwaniem ciąży i dużą urodzeniową masą ciała
Kodu tego nie należy używać, jeżeli podana jest inna przyczyna zgonu w okresie okołoporodowym. Zasada ta nie obowiązuje, gdy jedyną inną przyczyną zgonu w okresie okołoporodowym jest niewydolność oddechowa noworodka (P28.5).
- P70.3–P72.0 Przemijające zaburzenia wydzielania wewnętrznego oraz metaboliczne swoiste dla płodu i noworodka
P72.2–P74
Kodów tych nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu. Jeżeli nie podano żadnej innej przyczyny zgonu w okresie okołoporodowym, wówczas należy użyć kodu: Stan rozpoczynający się w okresie okołoporodowym, nieokreślony (P96.9).
- R69.- Nieznane i nieokreślone przyczyny zachorowań
Kodu tego nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu. Należy użyć odpowiednio kategorii R95–R99.

- S00–T98 Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych
Kodów tych nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu, z wyjątkiem użycia jako kodu dodatkowego dla odpowiednich kategorii spośród V01–Y89.
Jeżeli w tej samej linii lub jako pierwotna przyczyna poprzedzająca złamania podano chorobę związaną z zaburzeniami gęstości mineralnej kości, wówczas złamanie to należy uznać za patologiczne i należy użyć kodu **M80.-**
- S02.- Złamanie kości czaszki i twarzoczaszki
Jeżeli podane jest więcej niż jedno umiejscowienie, należy kodować: Liczne złamania kości czaszki i twarzoczaszki, **S02.7**
- S06.- Uraz śródczaszkowy
Jeżeli z urazem śródczaszkowym związane jest złamanie czaszki lub kości twarzoczaszki, w pierwszej kolejności należy kodować złamanie.
ze wzmianką o:
S02.- (Złamanie czaszki i kości twarzoczaszki), należy kodować: **S02.-**
- T79.- Określone wczesne powikłania urazu, niesklasyfikowane gdzie indziej
Kodu tego nie należy używać, jeśli jest znany uraz poprzedzający ten stan.
- V01–X59 Wypadki
ze wzmianką o:
A35 (Tężec), należy kodować: **A35**
spowodowane przez:
G40–G41 (Padaczka), należy kodować: **G40–G41**
- Y90–Y98 Dodatkowe czynniki związane z przyczynami zachorowania i zgonu sklasyfikowanymi gdzie indziej
Kodów tych nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu.
- Z00–Z99 Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia
Kodów tych nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu.

4.1.12 Podsumowanie powiązań numerów kodowych

Jeżeli wybrany stan chorobowy jest wymieniony w pierwszej kolumnie tabeli 1, a jeden lub więcej stanów wymienionych w drugiej kolumnie zostało wpisanych w dowolnym miejscu na karcie zgonu, wówczas kod należy ustalić według wskazówek podanych w kolumnie czwartej.

Jeżeli wybrany stan jest wymieniony w pierwszej kolumnie, a na karcie zgonu występuje on jako przyczyna jednej z chorób wymienionych w trzeciej kolumnie, wówczas kod należy ustalić według wskazówek podanych w kolumnie czwartej.

Tabela 1. Podsumowanie powiązań numerów kodowych

Wybrana przyczyna:	Ze wzmianką o:	Jako przyczyna:	Wypadkowy kod łączny:
A00–B19 }			
B25–B99 }		C00–C97	C00–C97
A15.-, A16.-	J60–J64		J65
A17.-, A18.-	A15.-, A16.-		A15.-, A16.-
A39.2–A39.4	A39.0, A39.1		A39.0, A39.1
A40.-, A41.-, A46			Patrz punkt 4.1.11
B16.- }		K72.1	B18.-
B17.- }		K74.0–2, K74.4–6	B18.-
B20–B24			Patrz punkt 4.1.11
D50–D89	B20–B24		B20–B24
E86	A00–A09		A00–A09
F10–F19 }	X40–X49		X40–X49
	X60–X69		X60–X69
	X85–X90		X85–X90
	Y10–Y19		Y10–Y19
F10–F19 (F1x.5)	F10–F19 (F1x.2)		F1x.2
F10.-	E24.4		E24.4
	G31.2		G31.2
	G62.1		G62.1
	G72.1		G72.1
	I42.-		I42.6
	K29.2		K29.2
	K70.-		K70.-
	K72.-		K70.4
	K73.-		K70.1
	K74.0–2		K70.2
	K74.6		K70.3
	K75.9		K70.1
F10.-	K76.0		K70.0
	K76.9		K70.9
	K85.2		K85.2
	K86.0		K86.0
	O35.4		O35.4
F10.2	F10.4, F10.6, F10.7		F10.4, F10.6, F10.7
G25.5	I00–I02		I02.-
	I05–I09		I02.-
I05.8 }			
I05.9 }			
(o nieznaney } przyczynie) }	I34.-		I34.-
I08.-			Patrz punkt 4.1.11
I09.1 }			
I09.9 }	I05–I08		I05–I08
I10	I11.-		I11.-
	I12.-		I12.-

MIĘDZYNARODOWA KLASYFIKACJA CHORÓB

Wybrana przyczyna:	Ze wzmianką o:	Jako przyczyna:	Wypadkowy kod łączny:
	I13.-		I13.-
	I20–I25		I20–I25
	I60–I69		I60–I69
	N00.-		N00.-
	N01.-		N01.-
	N03–N05		N03–N05
	N18.-		I12.-
	N19		I12.-
	N26		I12.-
		H35.0	H35.0
		I05–I09 (niereumatyczne)	I34–I38
		I34–I38	I34–I38
		I50.-	I11.0
		I51.4–I51.9	I11.-
I11.-	I12.-		I13.-
	I13.-		I13.-
	I20–I25		I20–I25
	N18.-		I13.-
	N19		I13.-
	N26		I13.-
I12.-	I11.-		I13.-
	I13.-		I13.-
	I20–I25		I20–I25
		I50.-	I13.0
		I51.4–I51.9	I13.-
I13.-	I20–I25		I20–I25
I20.- }			
I24.- }	I21 -		I21 -
I25.- }	I22.-		I22.-
I21.-	I22.-		I22.-
I27.9	M41.-		I27.1
I44–I50 }	B57.-		B57.-
I51.4–I51.9 }	I20–I25		I20–I25
I50.- }			
I51.9 }	M41.-		I27.1
I50.9 }			
I51.9 }	J81		I50.1
I60–I69		F01–F03	F01.-
I67.2	I60–I66		I60–I64
		F03	F01.-
		G20	G20
I70.-	I10–I13		I10–I13
	I20–I25		I20–I25
	I50.-		I50.-
	I51.4		I51.4
	I51.5		I51.5
	I51.6		I51.6

ZASADY I WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE KODOWANIA UMIERALNOŚCI I CHOROBY

Wybrana przyczyna:	Ze wzmianką o:	Jako przyczyna:	Wypadkowy kod łączny:
	I51.8		I51.8
	I60–I69		I60–I69
		I05–I09 (niereumatyczne)	I34–I38
		I34–I38	I34–I38
		I51.9	I25.1
		I71–I78	I71–I78
		K55.-	K55.-
		N03.-	I12.-
		N26	I12.-
I70.9	R02		I70.2
		F01.-	F01.-
		F03	F01.-
		G20	G20
J00 }			
J06.- }		G03.8	G03.8
		G06.0	G06.0
		H65–H66	H65–H66
		H70.-	H70.-
		J09–J18	J09–J18
		J20–J21	J20–J21
		J40–J42	J40–J42
		J44.-	J44.-
		N00.-	N00.-
J20.-	J41.-		J41.-
	J42		J42
	J44.-		J44.-
J40 }			
J41.- }	J43.-		J44.-
J42 }	J44.-		J44.-
		J45.-	J44.-
J43.-	J40		J44.-
	J41.-		J44.-
	J42		J44.-
J60–J64	A15.-		J65
	A16.-		J65
J81	I50.9		I50.1
	I51.9		I50.1
K72.- }	F10.-		K70.4
K73.- }			K70.1
K74.0–2 }			K70.2
K74.6 }			K70.3
K75.9 }			K70.1
K76.0 }			K70.0
K76.9 }			K70.9
K85.9 }			K85.2
M41.-	I27.9		I27.1
	I50.-		I27.1

MIĘDZYNARODOWA KLASYFIKACJA CHORÓB

Wybrana przyczyna:	Ze wzmianką o:	Jako przyczyna:	Wypadkowy kod łączny:
	I51.9		I27.1
N00.-		N03.-	N03.-
N18.- }			
N19 }			
N26 }	I10		I12.-
	I11.-		I13.-
	I12.-		I12.-
O32.-	O33.-		O33.-
O33.9	O33.0–O33.3		O33.0–O33.3
O64.-	O65.-		O65.-
S06.-	S02.-		S02.-
V01–X59	A35		A35

Tabela 2. Wykaz kodów, których nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu^a

Kody, których nie należy używać do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu (należy stosować kody podane w nawiasach; jeżeli nie wskazano żadnego kodu, wówczas należy stosować kod R99)	Nie stosować, jeżeli znana jest wyjściowa przyczyna zgonu
B95–B97	F01–F09
E89.-	F70–F79
F10.0 (kodować jako X45, X65, X85 lub Y15)	G81.-
F11.0 (kodować jako X42, X62, X85, lub Y12)	G82.-
F12.0 (kodować jako X42, X62, X85, lub Y12)	G83.-
F13.0 (kodować jako X41, X61, X85, lub Y11)	H54.-
F14.0 (kodować jako X42, X62, X85, lub Y12)	H90–H91
F15.0 (kodować jako X41, X61, X85 lub Y11)	I15.0
F16.0 (kodować jako X42, X62, X85 lub Y12)	I15.8
F17.0 (kodować jako X49, X69, X89 lub Y19)	I15.9
F18.0 (kodować jako X46, X66, X89 lub Y16)	N46
F19.0 (kodować jako X40–X49, X60–X69, X85–X90 lub Y10–Y19)	N97.-
G97.-	O30.-
H59.-	P07.-
H95.-	P08.-
I15.1 (kodować jako N28.9, jeżeli nieznane)	T79.-
I15.2 (kodować jako E34.9, jeżeli nieznane)	
I23.- (kodować jako I21 lub I22)	
I24.0 (kodować jako I21 lub I22)	
I25.2 (kodować jako I25.8)	
I65.- (kodować jako I63)	
I66.- (kodować jako I63)	
I97.-	
J95.-	
K91.-	
M96.-	
N99.-	
O08.-	
O80–O84 (kodować jako O75.9)	
P70.3–P72.0 (kodować jako P96.9)	
P72.2–P74 (kodować jako P96.9)	
R69.- (kodować jako R95–R99)	
S00–T98 (kodować jako V01–Y89)	
Y90–Y98	
Z00–Z99	

^a Oprócz kodów gwiazdkowych (patrz punkt 3.1.3)

4.2 Uwagi o interpretacji haseł odnoszących się do przyczyny zgonu

Zasady opisane poniżej zazwyczaj pozwalają określić wyjściową przyczynę zgonu, która powinna zostać użyta dla zapisu kodowego umieralności. Każdy kraj powinien poszerzyć te zasady, w zależności od kompletności i jakości danych zawartych w medycznej karcie zgonu. Informacje zawarte w tym dziale będą pomocne dla krajów chcących sformułować takie dodatkowe instrukcje.

4.2.1 Założenie występowania przyczyny pośredniej

Często na karcie zgonu jeden stan jest wskazany jako wynikający z innego, przy czym pierwszy nie jest bezpośrednim następstwem drugiego – np. wymioty krwawe mogą być wpisane na karcie zgonu jako wynikające z marskości wątroby, nie zaś jako końcowe wydarzenie ciągu zdarzeń: marskość wątroby → nadciśnienie wrotne → pęknięcie żyłaków przełyku → wymioty krwawe.

Założenie istnienia w części I przyczyny „pośredniej”, występującej pomiędzy podanymi przyczynami zgonu, jest dopuszczalne, jeżeli przyjmuje się ciąg zdarzeń taki, jak podany. Nie należy jednak używać tej przyczyny do zmiany sposobu kodowania.

Przykład 1: I (a) Krwotok mózgowy
(b) Przewlekłe zapalenie nerek

Należy kodować: Przewlekłe zapalenie nerek (N03.9). Konieczne jest przyjęcie założenia, że u pacjenta występowało nadciśnienie jako stan pośredni pomiędzy wylewem mózgowym a przyczyną wyjściową, jaką jest przewlekłe zapalenie nerek.

Przykład 2: I (a) Opóźnienie umysłowe
(b) Przedwczesne oddzielenie się łożyska

Należy kodować: Stan płodu i noworodka spowodowany przedwczesnym oddzieleniem się łożyska (P02.1). Konieczne jest przyjęcie założenia, że uraz porodowy, anoksja lub hipoksja jest stanem występującym pomiędzy opóźnieniem umysłowym a przyczyną wyjściową, jaką jest przedwczesne oddzielenie się łożyska.

4.2.2 Interpretacja określenia „wysoce nieprawdopodobne”

Wyrażenie „wysoce nieprawdopodobne” jest używane od czasu Szóstej Rewizji klasyfikacji ICD dla wskazania związku przyczynowego, którego nie można zaakceptować. Podczas stosowania zasady ogólnej i zasad wyboru, za „wysoce nieprawdopodobne” należy uważać następujące związki przyczynowe:

- (a) dowolna choroba zakaźna może zostać przyjęta jako „spowodowana przez” zaburzenia mechanizmów immunologicznych, takie jak: choroba spowodowana zakażeniem wirusem HIV lub pełnoobjawowy AIDS;

- (b) choroby zakaźne i pasożytnicze (A00–B99) określone jako „spowodowane przez” choroby występujące poza tym rozdziałem, z wyjątkiem rozpoznać:
- biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe)
o etiologii prawdopodobnie zakaźnej (A09))
 - posocznica (A40–41)) mogą zostać zaakceptowane
 - róża (A46)) jako „spowodowane przez”
 - zgorzel gazowa (A48.0)) jakiegokolwiek inne choroby
 - angina Vincenta (A69.1))
 - grzybice (B35–B49))
 - dowolna choroba zakaźna może zostać zaakceptowana jako „spowodowana przez” immunosupresję polekową (chemioterapię) oraz naświetlanie;
 - akceptowana jest także sekwencja: dowolna choroba zakaźna sklasyfikowana w kategoriach A00–B19 lub B25–B64, opisana jako „spowodowana przez” nowotwór złośliwy;
 - ospa wietrzna i półpasiec (B01–B02) mogą zostać uznane za „spowodowane przez” cukrzycę, gruźlicę i nowotwory limfoproliferacyjne;
- (c) nowotwór złośliwy opisany jako „spowodowany przez” jakąkolwiek inną chorobę oprócz choroby spowodowanej zakażeniem ludzkim wirusem upośledzenia odporności [HIV];
- (d) hemofilia (D66, D67, D68.0–D68.2) opisana jako „wywołana przez” jakąkolwiek inną chorobę;
- (e) cukrzyca (E10–E14) opisana jako „spowodowana przez” jakąkolwiek inną chorobę oprócz:
- hemochromatozy (E83.1),
 - chorób trzustki (K85–K86),
 - nowotworów trzustki (C25.-, D13.6, D13.7, D37.7),
 - niedożywienia (E40–E46);
- (f) choroba reumatyczna (I00–I02) lub reumatyczna choroba serca (I05–I09) opisana jako „spowodowana przez” jakąkolwiek chorobę inną niż płonica (A38), posocznica wywołana przez paciorkowce (A40), paciorkowcowe zapalenie gardła (J02.0) oraz ostre zapalenie migdałków (J03);
- (g) dowolny stan związany z nadciśnieniem tętniczym opisany jako „spowodowany przez” jakiegokolwiek nowotwór oprócz:
- nowotworów układu wewnątrzwydzielniczego,
 - nowotworów nerek,
 - guzów typu rakowiaka;
- (h) przewlekła choroba niedokrwienności serca (I20, I25), opisana jako „spowodowana przez” jakiegokolwiek nowotwór;
- (i) (1) choroba naczyń mózgowych (I60–I69) opisana jako „spowodowana przez” chorobę układu pokarmowego (K00–K92), z wyjątkiem krwotoku mózgowego (I61.-) spowodowanego przez choroby wątroby (K70–K76);
- (2) zawał mózgu spowodowany przez zakrzep tętnic przedmózgowych (I63.0),
zawał mózgu spowodowany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic przedmózgowych (I63.2),
zawał mózgu spowodowany przez zakrzep tętnic mózgowych (I63.3),
zawał mózgu spowodowany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych (I63.5),
zawał mózgu spowodowany przez zakrzep żył mózgowych, nieropny (I63.6),
inne zawały mózgu (I63.8),

zawał mózgu, nieokreślony (I63.9),
udar mózgu, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy (I64),
inne patologie naczyniowe mózgu (I67),
następstwa udaru mózgu, nieokreślonego jako krwotoczny lub zawałowy (I69.4),
następstwa innych i nieokreślonych chorób naczyń mózgowych (I69.8)

opisane jako „spowodowane przez” zapalenie wsierdza (I05–I08, I09.1, I33–I38);

- (3) niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych, nieprowadzące do zawału mózgu (I65), z *wyjątkiem* zatoru,
zamknięcie i zwężenie tętnic mózgowych, nieprowadzące do zawału mózgu (I66), z *wyjątkiem* zatoru,
następstwa zawału mózgu (I69.3), z *wyjątkiem* zatoru

opisane jako „spowodowane przez” zapalenie wsierdza (I05–I08, I09.1, I33–I38);

- (j) dowolny stan opisany jako miażdżycowy oraz „spowodowany przez” dowolny nowotwór;
- (k) grypa (J09–J11) opisana jako „spowodowana przez” jakąkolwiek inną chorobę;
- (l) wrodzona wada rozwojowa (Q00–Q99) opisana jako „spowodowana przez” jakąkolwiek inną chorobę występującą u danej osoby, z *wyjątkiem*:
- wrodzonej wady rozwojowej opisanej jako „spowodowana przez” nieprawidłowość dotyczącą chromosomów lub wrodzony zespół wad rozwojowych,
 - niedorozwoju płuc opisanego jako „spowodowany przez” wrodzoną wadę rozwojową;
- (m) stan o stwierdzonej dacie wystąpienia „X” opisany jako „spowodowany przez” stan o dacie wystąpienia „Y”, w sytuacji gdy „X” poprzedza „Y” (lecz patrz także przykład 5 w punkcie 4.1.6);
- (n) wypadki (V01–X59) opisane jako „spowodowane przez” jakąkolwiek inną przyczynę spoza tego rozdziału z *wyjątkiem*:
- (1) dowolnego wypadku (V01–X59) opisanego jako spowodowany przez padaczkę (G40–G41),
 - (2) upadku (W00–W19) spowodowanego zaburzeniami gęstości mineralnej kości (M80–M85),
 - (3) upadku (W00–W19) spowodowanego złamaniem (patologicznym) na skutek zaburzeń gęstości mineralnej kości,
 - (4) uduszenia opisanego jako spowodowane aspiracją śluzu, krwi (W80) lub wymiocin (W78) w przebiegu stanów chorobowych,
 - (5) aspiracji pokarmu (płynnego lub stałego) dowolnego rodzaju (W79) opisanej jako spowodowana chorobą związaną z zaburzeniami zdolności połykania;
- (o) samobójstwo (X60–X84) opisane jako „spowodowane przez” jakąkolwiek inną przyczynę.

Powyższa lista nie obejmuje wszystkich ciągów zdarzeń „wysoco nieprawdopodobnych”, niemniej jednak w pozostałych przypadkach należy zastosować zasadę ogólną, chyba że podano inny sposób postępowania.

Ostre lub terminalne choroby układu krążenia wskazane w części I karty zgonu jako spowodowane przez nowotwór złośliwy, cukrzycę lub astmę należy uznać za możliwe następstwa tych chorób. Za ostre lub terminalne choroby układu krążenia uważa się następujące stany:

- I21–I22 Ostry zawał mięśnia sercowego
- I24.- Inne ostre postacie choroby niedokrwiennej serca
- I26.- Zator płucny
- I30.- Ostre zapalenie osierdzia
- I33.- Ostre i podostre zapalenie wsierdzia
- I40.- Ostre zapalenie mięśnia sercowego
- I44.- Blok przedsionkowo-komorowy i lewej odnogi
- I45.- Inne zaburzenia przewodzenia
- I46.- Zatrzymanie akcji serca
- I47.- Częstoskurcz napadowy
- I48 Migotanie i trzepotanie przedsionków
- I49.- Inne zaburzenia rytmu serca
- I50.- Niewydolność serca
- I51.8 Inne niedokładnie określone choroby serca
- I60–I68 Choroby naczyń mózgowych, z wyjątkiem I67.0–I67.5 oraz I67.9

4.2.3 Wpływ czasu trwania choroby na sposób klasyfikacji

Przy ocenie podanych ciągów bezpośrednich i przyczyn poprzedzających należy rozważyć okres pomiędzy początkiem choroby lub stanu chorobowego a momentem zgonu. Okres ten może zostać wykorzystany przy interpretacji związków „wysoce nieprawdopodobnych” (patrz powyżej) oraz w zasadzie modyfikacji F („Następstwa”).

Kategorie O95 (Zgon położniczy z nieokreślonej przyczyny), O96 (Zgon z dowolnej przyczyny położniczej następujący po upływie 42 dni, lecz nie więcej niż jeden rok po porodzie) i O97 (Zgon w następstwie bezpośredniej przyczyny położniczej) klasyfikują zgony położnicze według czasu, który upłynął pomiędzy wydarzeniem położniczym a śmiercią kobiety. Kategorię O95 należy stosować, jeżeli kobieta zmarła podczas ciąży, porodu, akcji porodowej lub połogu, a jedyną dostępną informacją jest „zgon matki” lub „zgon położniczy”. Jeżeli jednak występuje określona położnicza przyczyna zgonu, wówczas należy zakodować ją według odpowiedniej kategorii. Kategorię O96 stosuje się do klasyfikowania zgonu spowodowanego bezpośrednimi lub pośrednimi przyczynami położniczymi, które wystąpiły więcej niż 42 dni, ale mniej niż jeden rok po zakończeniu ciąży. Kategorię O97 stosuje się do kodowania zgonu z powodu dowolnej przyczyny położniczej, która wystąpiła jeden rok lub więcej po zakończeniu ciąży.

Stany sklasyfikowane jako wrodzone wady rozwojowe, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (Q00–Q99), nawet wówczas, gdy na karcie zgonu nie są one określone jako wrodzone, należy kodować w taki sposób, jeżeli różnica czasu pomiędzy początkiem choroby i zgonem, a także wiek zmarłego wskazują na to, że stan ten występował od urodzenia.

Klasyfikacja posiada określone kategorie dla wskazywania niektórych chorób i urazów jako przyczyn następstw lub późnych efektów. W wielu przypadkach następstwa obejmują stany występujące w ciągu jednego roku lub więcej od początku choroby lub urazu (patrz także punkt „Następstwa” poniżej).

4.2.4 Następstwa

Niektóre kategorie (B90–B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97 oraz Y85–Y89) należy stosować do kodowania umieralności według wyjściowej przyczyny zgonu w celu wskazania, że zgon nastąpił raczej z powodu późnych (resztkowych) skutków danej choroby lub urazu niż podczas jej aktywnej fazy. W takich okolicznościach ma zastosowanie zasada modyfikacji F. Stany podane jako następstwa lub późne skutki danej choroby lub urazu należy klasyfikować w odpowiedniej kategorii następstw, bez względu na czas, jaki upłynął pomiędzy wystąpieniem choroby lub urazu a zgonem. W przypadku niektórych stanów zgonu występujące jeden rok lub więcej po wystąpieniu choroby lub urazu można uznać za spowodowane następstwami lub skutkami tego stanu, nawet jeżeli następstwo to nie jest wyraźnie wskazane. Wskazówki dotyczące interpretowania następstw podano w większości kategorii „Następstwa...” w liście tabelarycznej Tomu I klasyfikacji.

B90.- Następstwa gruźlicy

Następstwa te obejmują stany określone jako takie lub jako późne skutki przebytej choroby gruźliczej, a także pozostałości gruźlicy określone jako zatrzymane, wyleczone, zaleczone, nieaktywne, stare lub łagodne, chyba że istnieją dowody wskazujące na obecność czynnej gruźlicy.

B94.0 Następstwa jaglicy

Następstwa te obejmują pozostałości jaglicy określone jako wyleczone lub nieaktywne, jak również niektóre określone następstwa, takie jak ślepotą, bliznowate podwinięcie powieki oraz zbliźnowacenie spojówek, chyba że istnieje dowód czynnego zakażenia.

B94.1 Następstwa wirusowego zapalenia mózgu

Następstwa te obejmują stany określone jako takie lub jako późne skutki, a także stany występujące jeden rok lub więcej po rozpoczęciu stanu, który był ich przyczyną.

B94.8 Następstwa innych chorób zakaźnych i pasożytniczych

Następstwa te obejmują stany określone jako takie lub jako późne skutki i pozostałości takich chorób, opisane jako zatrzymane, wyleczone, zaleczone, nieaktywne, stare lub łagodne, chyba że istnieją dowody wskazujące na obecność czynnej choroby. Następstwa te obejmują również stany przewlekłe opisane jako wywołane przez stany sklasyfikowane w kategoriach A00–B89, a także opisane jako stany resztkowe występujące rok lub więcej od momentu wystąpienia stanu sklasyfikowanego w kategoriach A00–B89.

E64.3 Następstwa krzywicy

Następstwa te obejmują dowolny stan określony jako krzywicy lub wywołany przez krzywicę, który utrzymuje się jeden rok lub dłużej po wystąpieniu krzywicy, a także określony jako będący następstwem lub późnym skutkiem krzywicy.

G09 Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego

Ta kategoria jest przeznaczona do kodowania następstw stanów sklasyfikowanych jako G00.-, G03–G04, G06.- i G08. Następstwa chorób zakaźnych ośrodkowego układu nerwowego podlegające podwójnej klasyfikacji (G01*–G02*, G05.-* i G07*) należy kodować przy użyciu kategorii wyznaczonych dla następstw stanu wyjściowego (np. B90.0 Następstwa gruźlicy ośrodkowego układu nerwowego). Jeżeli nie istnieje kategoria następstw dla wyjściowego stanu chorobowego, wówczas należy kodować sam stan wyjściowy.

4.2.5 Zgodność pomiędzy płcią pacjenta a rozpoznaniem

Niektóre kategorie są przeznaczone dla jednej płci (patrz punkt 3.1.5). Jeżeli okaże się (po weryfikacji), że płeć i przyczyna zgonu zanotowane na karcie zgonu nie są ze sobą zgodne, wówczas zgon należy zakodować jako „Inne niedokładnie określone lub nieznanne przyczyny zgonu” (R99).

4.2.6 Zabiegi

Jeżeli na karcie zgonu pojawia się informacja o zabiegu jako o przyczynie zgonu, bez wzmianki o stanie, z powodu którego został on przeprowadzony lub o wynikach zabiegu, a w indeksie alfabetycznym nie występuje określony kod dla tego zabiegu, wówczas należy zastosować kod dla kategorii „pozostałe” dla danego narządu lub umiejscowienia wskazanego w nazwie operacji (np. nefrektomię należy kodować jako N28.9). Jeżeli zabieg nie wskazuje konkretnego narządu lub umiejscowienia, np. laparotomia, wówczas należy wybrać kategorię „Inne niedokładnie określone lub nieznanne przyczyny zgonu” (R99), chyba że występuje wzmianka o niepowodzeniach terapeutycznych sklasyfikowanych w kategoriach Y60–Y84 lub o powikłaniu pozabiegowym.

4.2.7 Nowotwory złośliwe

W sytuacji, gdy jako wyjściowa przyczyna zgonu rozważany jest nowotwór złośliwy, najważniejsze jest określenie jego pierwotnego umiejscowienia. Należy także wziąć pod uwagę morfologię guza oraz jego charakter. Określenie „nowotwór złośliwy” jest terminem ogólnym, który może zostać użyty w odniesieniu do dowolnej grupy morfologicznej, chociaż jest rzadko stosowany w odniesieniu do nowotworów złośliwych tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych. Czasem nieprawidłowo używa się określenia „rak” jako synonimu terminu „nowotwór złośliwy”. Niektóre karty zgonu mogą być niejasne lub nieprecyzyjnie wypełnione i mogą nasuwać wątpliwości co do pierwotnego umiejscowienia nowotworu. W takich przypadkach należy poprosić osobę, która wypisała kartę zgonu o wyjaśnienie. W przypadku, gdy nie jest to możliwe, należy postępować według wskazówek podanych poniżej.

Typy morfologiczne guzów sklasyfikowane w Tomie I można odnaleźć także w indeksie alfabetycznym wraz z ich kodem morfologicznym oraz z uwzględnieniem kodu według umiejscowienia nowotworu.

A. Wnioskowanie o złośliwości

Zawarta w karcie zgonu informacja o przerzutach nowotworowych (nowotwory wtórne) oznacza, że nowotwór ten musi zostać zakodowany jako złośliwy, nawet jeśli bez wzmianki o przerzutach zostałby on zaklasyfikowany do innej części rozdziału II.

Przykład 1: I (a) Przerzuty do węzłów chłonnych
(b) Rak piersi in situ

Należy kodować: Nowotwór złośliwy piersi (C50.9).

B. Określanie umiejscowienia nowotworów przy użyciu przedrostków lub nieprecyzyjnych definicji

Nowotwory o umiejscowieniach określonych przez przedrostki „około”, „przy”, „przed”, „nad”, „pod” itp. lub opisane jako występujące „w okolicy” lub „w regionie” danego miejsca,

z wyjątkiem sytuacji, gdy terminy te są zindeksowane w tej właśnie formie, powinny być kodowane w następujący sposób: w przypadku typów morfologicznych klasyfikowanych do jednej z następujących kategorii: C40, C41 (kość i chrząstka stawowa), C43 (czerniak złośliwy skóry), C44 (inne nowotwory złośliwe skóry), C45 (międybłoniak), C47 (nerwy obwodowe i układ nerwowy wegetatywny), C49 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie), C70 (opony mózgowo-rdzeniowe), C71 (mózg) i C72 (inne części ośrodkowego układu nerwowego), należy kodować do właściwych rubryk w danej kategorii; w innych przypadkach należy kodować do właściwych rubryk kategorii C76 (umiejscowienie inne i niedokładnie określone).

Przykład 2: I (a) Włókniakomięsak w okolicy nogi

Należy kodować: Nowotwór złośliwy tkanki łącznej i innych tkanek miękkich kończyny dolnej (C49.2).

C. Nowotwór złośliwy o nieokreślonym umiejscowieniu podany łącznie z innymi stanami chorobowymi

Jeżeli nie określono umiejscowienia pierwotnego nowotworu złośliwego, o jego lokalizacji nie można wnioskować na podstawie miejsca występowania innych wymienionych stanów, takich jak perforacja, niedrożność lub krwawienie. Stany te mogą wystąpić w lokalizacjach niezwiązanych z nowotworem np. niedrożność jelit może być wywołana przez rozsiew nowotworu pochodzącego z jajników.

Przykład 3: I (a) Niedrożność jelit
(b) Rak

Należy kodować: Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia (C80).

D. Nowotwory złośliwe o wskazanym umiejscowieniu pierwotnym

Jeżeli podane umiejscowienie jest określone jako pierwotne, wówczas należy je wybrać do kodowania, bez względu na miejsce, w którym informacja ta występuje w karcie zgonu – w części I lub II. Jeżeli podano, że pierwotne miejsce występowania jest nieznanne, wówczas należy postępować zgodnie z punktem E poniżej. Umiejscowienie pierwotne może być wskazane na jeden z następujących sposobów:

(a) Określenie jednego umiejscowienia jako pierwotnego w części I lub II karty zgonu.

Przykład 4: I (a) Rak pęcherza moczowego
II Pierwotny nowotwór nerki

Należy kodować: Nowotwór złośliwy nerki (C64).

(b) Określenie innych umiejscowień jako „wtórne”, „przerzuty”, „rozsiew” lub „zrakowacenie”.

Przykład 5: I (a) Rak piersi
(b) Przerzuty w mózgu

Należy kodować: Nowotwór złośliwy piersi (C50.9), gdyż ma zastosowanie zasada 2.

- (c) Typ morfologiczny wskazuje na pierwotny nowotwór złośliwy.

Jeżeli typ morfologiczny wskazuje na umiejscowienie pierwotne, jak na przykład „wątrobiak”, należy traktować go tak, jak gdyby zawierał słowo „pierwotny”.

- Przykład 6:* I (a) Rak przerzutowy
(b) Gruczolakorak rzekomośluzówkowy

Należy kodować: Nowotwór złośliwy jajnika (C56), ponieważ gruczolakorak rzekomośluzówkowy o nieokreślonym umiejscowieniu jest opisany w indeksie alfabetycznym jako proces połączony z jajnikami.

Jeżeli są wskazane dwa umiejscowienia pierwotne lub typy morfologiczne, wówczas należy je kodować według zaleceń podanych w punktach F, G, i H poniżej.

E. Umiejscowienie pierwotne nieznane

Jeżeli na karcie zgonu pojawia się stwierdzenie „ umiejscowienie pierwotne nieznane” lub równoznaczne określenie, wówczas proces nowotworowy należy zaklasyfikować do kategorii przeznaczonej dla umiejscowienia nieokreślonego, z uwzględnieniem odpowiedniego typu morfologicznego (np. gruczolakorak C80, włókniakomięsak C49.9, kostniakomięsak C41.9), nawet gdy na karcie zgonu występują inne umiejscowienia.

- Przykład 7:* I (a) Rak wtórny wątroby
(b) Umiejscowienie pierwotne nieznane
(c) ? Żołądek ? Okrężnica

Należy kodować: Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia (C80).

- Przykład 8:* I (a) Przerzuty uogólnione
(b) Czerniak płeców
(c) Umiejscowienie pierwotne nieznane

Należy kodować: Czerniak złośliwy skóry, umiejscowienie nieokreślone (C43.9).

F. Niezależne (pierwotne) umiejscowienia mnogie (C97)

Obecność jednego lub więcej nowotworów pierwotnych może zostać wskazana przez wzmiankę o dwóch różnych miejscach anatomicznych lub dwóch odległych typach; morfologicznych (np. rak jasnokomórkowy nerki i rak wewnątrzprzewodowy, albo też przez występowanie typu morfologicznego, który wskazuje na określone umiejscowienie oraz drugą lokalizację. Jest wysoce nieprawdopodobne, że jeden nowotwór pierwotny mógł zostać wywołany przez inny pierwotny nowotwór złośliwy, z wyjątkiem grupy złośliwych nowotworów tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych (C81–C96), w obrębie których jedne formy nowotworów złośliwych mogą przechodzić w inne (np. białaczka może występować po chłoniaku nieziarnicznym).

Jeżeli w części I karty zgonu wymienione są dwa lub więcej umiejscowień w obrębie tego samego układu narządów, wówczas należy postępować według zaleceń opisanych w punkcie H. Jeżeli umiejscowienia nie znajdują się w obrębie tego samego układu narządów i nie ma informacji, że którykolwiek z tych procesów ma charakter pierwotny lub wtórny, wówczas należy stosować kody dla nowotworów złośliwych o niezależnych (pierwotnych) mnogich umiejscowieniach (C97), chyba że wszystkie są sklasyfikowane w kategoriach

C81–C96 lub jedno z wymienionych miejsc jest „powszechnym miejscem występowania przerzutów” lub płucem (patrz punkt G poniżej).

Przykład 9: I (a) Rak żołądka
(b) Rak piersi

Należy kodować: Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu (C97), ponieważ podane są dwa różne miejsca anatomiczne i jest mało prawdopodobne, by jeden pierwotny nowotwór złośliwy został wywołany przez drugi.

Przykład 10: I (a) Choroba Hodgkina
(b) Rak pęcherza moczowego

Należy kodować: Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu (C97), ponieważ podano dwa odległe typy morfologiczne.

Przykład 11: I (a) Ostra białaczka limfatyczna
(b) Chłoniak nieziarniczny

Należy kodować: Chłoniak nieziarniczny (C85.9), ponieważ oba procesy są sklasyfikowane w kategoriach C81–C96 i można przyjąć wystąpienie zjawiska następstwa.

Przykład 12: I (a) Białaczka
(b) Chłoniak nieziarniczny
(c) Rak jajnika

Należy kodować: Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu (C97). Chociaż dwa z tych nowotworów są sklasyfikowane w kategoriach C81–C96, to jednak pojawia się informacja o innej lokalizacji.

Przykład 13: I (a) Białaczka
II Nowotwór złośliwy piersi

Należy kodować: Białaczka (C95.9), ponieważ nowotwór złośliwy piersi jest podany w części II karty zgonu. Podczas kodowania kart zgonu zawierających informacje na temat nowotworów o umiejscowieniu mnogim należy brać pod uwagę tylko umiejscowienia wymienione w części I (patrz punkt H).

G. Nowotwory przerzutowe

Kiedy nowotwór złośliwy rozszerza się lub daje przerzuty, pozostaje w zasadzie tego samego typu morfologicznego, nawet jeżeli zmienia się jego stopień zróżnicowania. Niektóre przerzuty mają tak charakterystyczny wygląd mikroskopowy, że patolog może z dużą pewnością wyciągnąć wniosek o umiejscowieniu pierwotnym (np. tarczyca). Rozległy rozsiew przerzutów nowotworu złośliwego często określa się jako rakowatość. Jeżeli wraz z terminem dokładniej opisującym histologię występuje termin mało precyzyjny, taki jak rak lub mięsak, należący do tej samej szerokiej grupy, wówczas należy określić kod według umiejscowienia nowotworu o bardziej określonej morfologii, zakładając, że pozostałe procesy są przerzutami.

Chociaż komórki nowotworowe mogą dawać przerzuty do dowolnego miejsca w organizmie, to jednak niektóre umiejscowienia są bardziej powszechne w stosunku do innych, muszą być zatem inaczej traktowane (patrz poniżej). Jednak w sytuacji, gdy tego typu umiejscowienie

występuje w karcie zgonu jako jedyne i nie jest równocześnie określone słowem „przerzutowe”, należy uznać je za pierwotne.

Miejsca częstego występowania przerzutów

Kość	Śródpiersie
Mózg	Opony mózgowo-rdzeniowe
Przepona	Otrzewna
Serce	Opłucna
Wątroba	Przestrzeń zaotrzewnowa
Płuca	Rdzeń kręgowy
Węzły chłonne	

Umiejscowienia niedokładnie określone (sklasyfikowane w kategorii C76)

- Szczególny problem stanowią płuca, ponieważ jest to miejsce powszechnego występowania zarówno przerzutów, jak i pierwotnych nowotworów złośliwych. Płuca należy zatem uważać za miejsce częstego występowania przerzutów wówczas, gdy pojawiają się wraz z innym umiejscowieniem niewymienionym na powyższej liście. Jednak w przypadku, gdy na karcie zgonu wymieniono raka oskrzela lub oskrzelopochodnego, należy uznać go za proces pierwotny. Jeżeli w karcie zgonu wymieniono płuco, a wszystkie pozostałe lokalizacje znajdują się na liście miejsc częstego występowania przerzutów, należy traktować płuco jako lokalizację pierwotną.
- Nowotwór złośliwy węzłów chłonnych nieokreślony jako pierwotny należy uznać za wtórny.

Przykład 14: I (a) Nowotwór złośliwy mózgu

Należy kodować: Nowotwór złośliwy mózgu (C71.9).

Przykład 15: I (a) Nowotwór złośliwy kości
(b) Przerzutowy rak płuc

Należy kodować: Nowotwór złośliwy płuca (C34.9), ponieważ kość znajduje się na liście miejsc częstego występowania przerzutów, a zatem płuco można uznać za umiejscowienie pierwotne.

Przymiotnika „przerzutowy” używa się w dwojaki sposób: niekiedy oznacza on „wtórny” w odróżnieniu od „pierwotnego”, a czasem wskazuje na nowotwór pierwotny, który dał przerzuty. Aby uniknąć pomyłek, proponuje się przestrzeganie następujących zasad:

(a) Nowotwór złośliwy opisany jako „przerzutowy z” określonego miejsca należy interpretować jako pierwotny o tym umiejscowieniu.

Przykład 16: I (a) Przerzutowy potworniak z jajnika

Należy kodować: Nowotwór złośliwy jajnika (C56).

(b) Nowotwór złośliwy opisany jako „przerzutowy do” danego miejsca należy interpretować jako wtórny nowotwór tego miejsca, chyba że morfologia wskazuje na określone umiejscowienie pierwotne.

Przykład 17: I (a) Nowotwór złośliwy przerzutowy do odbytnicy
Należy kodować: Wtórny nowotwór złośliwy odbytnicy (C78.5). Słowo „do” wyraźnie wskazuje na odbytnicę jako umiejscowienie wtórne.

Przykład 18: I (a) Przerzut kostniakomięsaka do mózgu
Należy kodować: Nowotwór złośliwy kości (C41.9), ponieważ takie jest miejsce występowania kostniakomięsaka, pomimo iż nie zostało ono określone.

(c) Podane jest jedno miejsce występowania nowotworu złośliwego opisanego jako „przerzutowy”.

Termin „przerzutowy” należy interpretować następująco:

- (i) Jeżeli zostało podane jedno umiejscowienie i jest ono określone słowem „przerzutowy”, wówczas można zakodować to umiejscowienie jako pierwotny nowotwór złośliwy w przypadku, gdy nie został również wymieniony typ morfologiczny oraz nie jest to miejsce częstego występowania przerzutów (patrz lista miejsc częstego występowania przerzutów przedstawiona powyżej)

Przykład 19: I (a) Nowotwór złośliwy szyjki macicy, przerzutowy
Należy kodować: Nowotwór złośliwy szyjki macicy (C53.9).

- (ii) Jeżeli nie podano umiejscowienia, ale typ morfologiczny zakwalifikowano jako „przerzutowy”, wówczas należy wykorzystać kod dla nieokreślonego umiejscowienia pierwotnego, odpowiednio do danego typu morfologicznego.

Przykład 20: I (a) Przerzutowy rak owsianokomórkowy
Należy kodować: Nowotwór złośliwy płuca (C34.9).

- (iii) Jeżeli jako przerzutowy został wymieniony jeden typ morfologiczny oraz umiejscowienie, inne niż miejsce częstego występowania przerzutów (patrz lista przedstawiona powyżej), wówczas należy kodować kategorię dla podanego typu morfologicznego i lokalizacji.

Przykład 21: I (a) Nowotwór złośliwy przerzutowy ramienia
Należy kodować: Nowotwór złośliwy skóry ramienia (C43.6), ponieważ w tym przypadku miejsce niedokładnie określone jako ramię jest miejscem szczególnym dla czerniaka, a nie jest wymienione jako miejsce częstego występowania przerzutów sklasyfikowanych w kategorii C76.

- (iv) Jeśli określony typ morfologiczny wymieniono jako przerzutowy, a miejsce jego wystąpienia należy do miejsc częstego występowania przerzutów (z wyjątkiem płuc), wówczas należy zakodować go jako „ umiejscowienie nieokreślone” dla danego typu morfologicznego, z wyjątkiem stanów sklasyfikowanych w kategorii C80 (Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia). W takim przypadku należy zakodować ten stan kodem umiejscowienia wtórnego dla danego nowotworu.

Przykład 22: I (a) Przerzutowy kostniakomięsak mózgu

Należy kodować: Nowotwór złośliwy kości, nieokreślony (C41.9), ponieważ mózg znajduje się na liście miejsc częstego występowania przerzutów.

- (v) Jeżeli jedno z miejsc częstego występowania przerzutów (z wyjątkiem płuca) jest opisane jako „przerzutowe”, a nie zostało wymienione żadne inne umiejscowienie ani typ morfologiczny, wówczas należy użyć kodu dla nowotworu wtórnego o danym umiejscowieniu (C77–C79).

Przykład 23: I (a) Przerzutowy rak mózgu

Należy kodować: Wtórny nowotwór złośliwy mózgu (C79.3).

Przykład 24: I (a) Przerzutowy rak płuca

Należy kodować: Nowotwór złośliwy płuca (C34.9).

(d) Więcej niż jeden nowotwór złośliwy jest zakwalifikowany jako „przerzutowy”.

- (i) Jeżeli podano dwa lub więcej umiejscowień nowotworu o tym samym typie morfologicznym, które nie znajdują się na liście miejsc częstego występowania przerzutów, przy czym wszystkie te umiejscowienia zakwalifikowano jako „przerzutowe”, wówczas należy użyć kodu takiego jak w przypadku nieokreślonego umiejscowienia pierwotnego danego układu anatomicznego dla danego typu morfologicznego.

Przykład 25: I (a) Przerzutowy nowotwór złośliwy gruczołu krokowego
(b) Przerzutowy nowotwór złośliwy skóry

Należy kodować: Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia (C80), ponieważ jest mało prawdopodobne, aby przerzutowy nowotwór złośliwy gruczołu krokowego był wywołany przez przerzutowy nowotwór złośliwy skóry; prawdopodobnie oba te nowotwory są wynikiem rozprzestrzenienia się nowotworu złośliwego pochodzącego z nieznanego miejsca pierwotnego, które powinno być wpisane w linii (c).

Przykład 26: I (a) Przerzutowy nowotwór złośliwy żołądka
(b) Przerzutowy nowotwór złośliwy piersi
(c) Przerzutowy nowotwór złośliwy płuca

Należy kodować: Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia (C80), ponieważ pierś i żołądek nie należą do tego samego układu anatomicznego, a płuca znajdują się na liście miejsc częstego występowania przerzutów.

- (ii) Jeżeli dwa lub więcej typów morfologicznych z różnych grup histologicznych zakwalifikowano jako „przerzutowe”, wówczas należy kodować je jako: Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu (C97) (patrz punkt F).

Przykład 27: I (a) Niedrożność jelit
(b) Przerzutowy gruczolakorak jelita
(c) Przerzutowy mięsak macicy

Należy kodować: Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu (C97).

- (iii) Jeżeli morfologia wskazująca na określone umiejscowienie oraz niezależna od niego lokalizacja anatomiczna są zakwalifikowane jako „przerzutowe”, należy kodować: Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia (C80).

Przykład 28: I (a) Nowotwór złośliwy przerzutowy okrężnicy i rak nerkowokomórkowy

Należy kodować: Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia (C80).

- (iv) Jeżeli podano więcej niż jedno miejsce o tym samym typie morfologicznym i wszystkie lokalizacje oprócz jednej zakwalifikowano jako „przerzutowe” lub znajdują się one na liście częstego występowania przerzutów, wówczas należy kodować miejsce, które nie zostało zakwalifikowane jako przerzutowe, bez względu na kolejność wpisania, niezależnie od tego, czy zapis ten znajduje się w części I czy II karty zgonu. Jeżeli wszystkie umiejscowienia zakwalifikowano jako „przerzutowe” lub znajdują się one na liście powszechnego występowania przerzutów (włączając płuca), wówczas należy kodować: Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia (C80).

Przykład 29: I (a) Przerzutowy rak żołądka
(b) Rak pęcherzyka żółciowego
(c) Przerzutowy rak okrężnicy

Należy kodować: Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego (C23).

Przykład 30: I (a) Przerzutowy rak jajnika
(b) Rak płuca
(c) Przerzutowy rak szyjki macicy

Należy kodować: Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia (C80).

Przykład 31: I (a) Przerzutowy rak żołądka
(b) Przerzutowy rak płuc
II Rak okrężnicy

Należy kodować: Nowotwór złośliwy okrężnicy (C18.9), ponieważ jest to jedyne rozpoznanie niesklasyfikowane jako nowotwór „przerzutowy”, nawet jeżeli znajduje się ono w części II.

- (v) Jeżeli wszystkie umiejscowienia znajdują się na liście częstego występowania przerzutów, wówczas należy zastosować kod dla nowotworów o nieznanym umiejscowieniu pierwotnym dla danego typu morfologicznego, chyba że

wymieniono płuco – w takim przypadku należy kodować: Nowotwór złośliwy płuca (C34.-).

Przykład 32: I (a) Nowotwór złośliwy wątroby
(b) Nowotwór złośliwy jamy brzusznej

Należy kodować: Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia (C80), ponieważ oba te stany znajdują się na liście częstego występowania przerzutów. (Brzuch jest jednym z umiejscowień niedokładnie określonych wymienionych w kategorii C76.-).

Przykład 33: I (a) Nowotwór złośliwy mózgu
(b) Nowotwór złośliwy płuca

Należy kodować: Nowotwór złośliwy płuca (C34.9), gdyż płuco w tym przypadku należy uznać za umiejscowienie pierwotne, ponieważ mózg, drugie z wymienionych miejsc, znajduje się na liście miejsc częstego występowania przerzutów.

- (vi) Jeżeli tylko jedno z podanych umiejscowień znajduje się na liście miejsc częstego występowania przerzutów lub jest nim płuco, wówczas należy kodować miejsce niewystępujące na liście.

Przykład 34: I (a) Nowotwór złośliwy płuca
(b) Nowotwór złośliwy piersi

Należy kodować: Nowotwór złośliwy piersi (C50.9). Płuco w tym przypadku należy uznać za miejsce przerzutowe, gdyż pierś nie znajduje się na liście miejsc częstego występowania przerzutów.

- (vii) Jeżeli jedno lub więcej podanych umiejscowień jest miejscem częstego występowania przerzutów (patrz lista przedstawiona powyżej), ale wymienione zostały także dwie lub więcej lokalizacji oraz różne typy morfologiczne, wówczas należy kodować: Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu (C97) (patrz punkt F powyżej).

Przykład 35: I (a) Nowotwór złośliwy wątroby
(b) Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
(c) Nowotwór złośliwy okrężnicy

Należy kodować: Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu (C97), ponieważ wątroba znajduje się na liście miejsc częstego występowania przerzutów, a ponadto podane są dwie inne niezależne lokalizacje.

- (viii) Jeżeli występuje razem kilka umiejscowień zakwalifikowanych jako „przerzutowe” i dodatkowo są wymienione inne lokalizacje, wówczas należy dobrać kod według zasad dotyczących umiejscowienia mnogiego (patrz punkt F powyżej oraz punkt H poniżej).

H. Umiejscowienie mnogie

W przypadku, gdy określono umiejscowienie mnogie, należy brać pod uwagę tylko lokalizacje wymienione w części I karty zgonu.

Jeżeli w karcie zgonu wpisano nowotwory złośliwe o więcej niż jednym umiejscowieniu, wówczas do kodowania należy wybrać miejsce wpisane jako pierwotne lub w przypadku którego nie określono, czy jest ono pierwotne, czy wtórne (patrz punkty D, E, i F powyżej).

Żadne z umiejscowień mnogich nie jest określone jako pierwotne

- (a) Bez względu na reguły przedstawione w punkcie H, by brać pod uwagę wyłącznie umiejscowienia wymienione w części I, jeżeli na karcie zgonu w dowolnym miejscu wymieniono jedną lokalizację, która jest miejscem częstego występowania przerzutów (poza płucami) oraz inną lokalizację lub typ morfologiczny, wówczas należy kodować tę inną lokalizację. Jeżeli jednak w części II wpisano nowotwór złośliwy tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych, wówczas należy brać pod uwagę tylko część I.

Przykład 36: I (a) Nowotwór złośliwy żołądka
(b) Nowotwór złośliwy wątroby

Należy kodować: Nowotwór złośliwy żołądka (C16.9). Wprawdzie ciąg zdarzeń sugeruje, że wątroba stanowiła umiejscowienie pierwotne, jednak przerzut z wątroby (która sama jest miejscem częstego występowania przerzutów) do żołądka jest mało prawdopodobny, a zatem należy przyjąć, że nowotwór złośliwy żołądka dał przerzuty do wątroby.

Przykład 37: I (a) Nowotwór złośliwy otrzewnej
II Rak piersi

Należy kodować: Nowotwór złośliwy piersi (C50.9). Nowotwór złośliwy otrzewnej prawdopodobnie ma charakter wtórny, ponieważ znajduje się na liście miejsc częstego występowania przerzutów.

- (b) Nowotwory złośliwe opisane jako występujące w danym „lub” w innym miejscu (ewentualnie gdy wyrażenie „lub” się nasuwa) należy kodować do kategorii, która obejmuje oba umiejscowienia. Jeżeli nie istnieje odpowiednia kategoria, wówczas należy zastosować kod dla miejsca nieokreślonego, odpowiednio do typu morfologicznego. Zasada ta ma zastosowanie dla wszystkich lokalizacji, bez względu na to, czy znajdują się one na liście miejsc częstego występowania przerzutów.

Przykład 38: I (a) Rak okrężnicy wstępującej lub zstępującej

Należy kodować: Nowotwór złośliwy okrężnicy, nieokreślony (C18.9).

Przykład 39: I (a) Kostniakomięsak kręgosłupa lędźwiowego lub kości krzyżowej

Należy kodować: Nowotwór złośliwy kości, nieokreślony (C41.9).

- (c) Jeżeli wskazano dwa lub więcej typów morfologicznych nowotworów złośliwych tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego lub tkanek pokrewnych (C81–C96), wówczas należy kodować według podanego ciągu zdarzeń, ponieważ czasem zdarza się, że nowotwory te przechodzą jeden w drugi w obrębie kategorii C81–C96.

Zaostrzenie lub kryzys blastyczny w przebiegu przewlekłej białaczki należy kodować jako postać przewlekłą.

Przykład 40: I (a) Ostra białaczka limfatyczna
(b) Chłoniak nieziarniczny
Należy kodować: Chłoniak nieziarniczny (C85.9).

Przykład 41: I (a) Ostra i przewlekła białaczka limfocytowa
Należy kodować: Przewlekła białaczka limfocytowa (C91.1).

Umiejscowienia mnogie w tym samym układzie narządów

Jeżeli podane umiejscowienia znajdują się w tym samym układzie narządów i są do siebie przylegające, wówczas należy stosować podkategorie .8, włączając również podkategorie wymienione w Tomie I. Ma to zastosowanie w sytuacjach, gdy na karcie zgonu lokalizacja jest określona jako jedno „i” inne umiejscowienie lub jeżeli lokalizacje są wymienione w osobnych liniach. W tym przypadku należy stosować kod z podkategorią .8, która obejmuje oba umiejscowienia. Jeżeli istnieją jakiegokolwiek wątpliwości co do ciągłości wymienionych miejsc, wówczas należy kodować jako „nieokreślone umiejscowienie w wymienionym narządzie”.

(a) Jeżeli występuje informacja o dwóch przylegających obszarach tego samego umiejscowienia, wówczas należy stosować kod z uwzględnieniem podkategorii „.8” odpowiedniej kategorii trzyznakowej.

Przykład 42: I (a) Rak okrężnicy zstępującej i esicy
Należy kodować: Zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie jelita grubego (C18.8).

(b) Jeżeli obszary tego samego umiejscowienia nie przylegają do siebie, wówczas należy stosować kod z uwzględnieniem podkategorii „.9” odpowiedniej kategorii trzyznakowej.

Przykład 43: I (a) Rak głowy trzustki
(b) Rak ogona trzustki
Należy kodować: Nowotwór złośliwy trzustki, nieokreślony (C25.9).

(c) Jeżeli występuje informacja o dwóch umiejscowieniach przylegających do siebie, zaklasyfikowanych do oddzielnych kategorii trzyznakowych w obrębie tego samego układu narządów, wówczas należy stosować kod z uwzględnieniem podkategorii „.8” tego układu narządów (patrz lista w uwadze 5; wstęp do rozdziału II Tomu I).

Przykład 44: I (a) Rak pochwy i szyjki macicy
Należy kodować: Zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie żeńskich narządów płciowych (C57.8).

(d) Jeżeli w karcie zgonu są podane dwa umiejscowienia nowotworu i oba znajdują się w tym samym układzie narządów oraz mają ten sam typ morfologiczny, wówczas należy stosować kod dla podkategorii „.9” tego układu narządu, jak na poniższej liście:

- C26.9 Część układu pokarmowego niedokładnie określona
- C39.9 Niedokładnie określone umiejscowienie w obrębie układu oddechowego
- C41.9 Kości i chrząstki stawowe, umiejscowienie nieokreślone
- C49.9 Tkanka łączna i inne tkanki miękkie, umiejscowienie nieokreślone
- C57.9 Żeńskie narządy płciowe, umiejscowienie nieokreślone
- C63.9 Męskie narządy płciowe, umiejscowienie nieokreślone
- C68.9 Układ moczowy, umiejscowienie nieokreślone
- C72.9 Ośrodkowy układ nerwowy, umiejscowienie nieokreślone

Przykład 45: I (a) Zator płucny

- (b) Nowotwór złośliwy żołądka
- (c) Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego

Należy kodować: Część układu pokarmowego niedokładnie określona (C26.9).

- (e) Jeżeli w danej kategorii nie występują podkategorie „.8”, „.9”, wówczas dany proces chorobowy należy zakodować jako nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu (C97).

Przykład 46: I (a) Zatrzymanie krążenia

- (b) Rak gruczołu krokowego i pęcherza

Należy kodować: Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu (C97), ponieważ w odpowiednich kategoriach nie występuje podkategoria „.8”.

I. Choroby zakaźne i nowotwory złośliwe

- (a) Na skutek wpływu chemioterapii na układ odpornościowy, u niektórych pacjentów z nowotworami występuje skłonność do chorób zakaźnych, które mogą prowadzić do zgonu. Zatem każda choroba zakaźna zaklasyfikowana do kategorii A00–B19 lub B25–B64, opisana jako „spowodowana przez” nowotwór złośliwy będzie możliwym do przyjęcia ciągiem zdarzeń, bez względu na to, czy jest wpisana w części I, czy II karty zgonu.

Przykład 47: I (a) Półpasiec

- (b) Przewlekła białaczka limfocytowa

Należy kodować: Przewlekła białaczka limfocytowa (C91.1).

- (b) Poza chorobą wywołaną przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV] nie należy uznawać żadnych innych chorób zakaźnych lub pasożytniczych za powodujące nowotwór złośliwy.

Przykład 48: I (a) Rak wątrobowokomórkowy

- (b) Wirusowe zapalenie wątroby typu B

Należy kodować: Rak wątrobowokomórkowy (C22.0).

Przykład 49: I (a) Guz Burkitta

- (b) Wirus Epsteina-Barr

Należy kodować: Guz Burkitta (C83.7).

Przykład 50: I (a) Rak dróg żółciowych wątroby
(b) Klonorchoza
Należy kodować: Rak przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych (C22.1).

J. Nowotwory złośliwe i choroby układu krążenia

Niżej wymienione ostre lub śmiertelne choroby układu krążenia można uznawać za wywołane przez nowotwory złośliwe, pod warunkiem, że występują w części I karty zgonu:

- I21–I22 Ostry zawał mięśnia sercowego
- I24.- Inne ostre postacie choroby niedokrwiennej serca
- I26.- Zator płucny
- I30.- Ostre zapalenie osierdzia
- I33.- Ostre i podostre zapalenie wsierdzia
- I40.- Ostre zapalenie mięśnia sercowego
- I44.- Blok przedsionkowo-komorowy i lewej odnogi
- I45.- Inne zaburzenia przewodzenia
- I46.- Zatrzymanie akcji serca
- I47.- Częstoskurcz napadowy
- I48 Migotanie i trzepotanie przedsionków
- I49.- Inne zaburzenia rytmu serca
- I50.- Niewydolność serca
- I51.8 Inne niedokładnie określone choroby serca
- I60–I69 Choroby naczyń mózgowych, z wyjątkiem I67.0–I67.5, I67.9, I69.-

Następujących ostrych lub śmiertelnych chorób układu krążenia nie należy uznawać za wywołane przez nowotwory złośliwe:

- I00–I09 Ostra choroba reumatyczna i przewlekła choroba reumatyczna serca
- I10–I15 Choroba nadciśnieniowa (z wyjątkiem sytuacji, kiedy została określona jako wywołana przez nowotwory układu wewnątrzwydzielniczego, nerek, i rakowiaki)
- I20.- Choroba niedokrwienne serca
- I25.- Przewlekła choroba niedokrwienne serca
- I70.- Miażdżyca

4.2.8 Choroba reumatyczna z zajęciem serca

W przypadku, gdy nie podano, czy proces reumatyczny był aktywny w momencie zgonu, a stan chorobowy serca (inny niż stany terminalne i bakteryjne zapalenie wsierdzia), który określono jako reumatyczny lub jako wywołany przez chorobę reumatyczną, został opisany jako ostry lub podostry, wówczas należy założyć aktywność tego procesu. Gdy taki opis nie występuje, wówczas terminy „zapalenie serca”, „zapalenie wsierdzia”, „choroba serca”, „zapalenie mięśnia sercowego”, i „zapalenie całego serca” można uważać za procesy o przebiegu ostrym, pod warunkiem, że okres czasu pomiędzy początkiem stanu chorobowego i zgonem jest krótszy niż jeden rok lub – jeżeli nie podano tego okresu – gdy zgon nastąpił przed 15 rokiem życia. „Zapalenie osierdzia” można uważać za ostre w dowolnym wieku.

4.2.9 Wrodzone wady rozwojowe, zniekształcenia i aberracje chromosomowe

Wymienione poniżej stany można uważać za wrodzone, jeżeli są przyczyną zgonu w podanym niżej okresie życia, pod warunkiem braku informacji, że zostały nabyte po urodzeniu:

- Poniżej 1 roku życia: tętniak, zwężenie aorty, atrezja (zarośnięcie otworów naturalnych), zanik mózgu, torbiel mózgu, zniekształcenie, przesunięcie narządu, ektopia, niedorozwój narządu, wada rozwojowa, zwężenie tętnicy płucnej, choroba zastawkowa serca.
- Poniżej 4 tygodni życia: choroba serca BNO, wodogłowie BNO.

Jeżeli okres pomiędzy początkiem choroby i zgonem oraz wiek zmarłego wskazują na to, że dany stan występował od urodzenia, za wrodzoną należy uważać każdą chorobę, nawet gdy nie jest ona określona jako wrodzona w karcie zgonu.

Na karcie zgonu noworodka lub niemowlęcia, gdy podano niedorozwój płuc bez informacji o niedojrzałości, wcześniactwie, skróceniu okresu ciąży lub niskiej masie urodzeniowej, należy użyć kodu dla niedorozwoju płuc (P28.0), a nie kodu Q33.6

4.2.10 Rodzaj urazu

Kody dla przyczyn zewnętrznych (V01–Y89) należy traktować jako kody podstawowe do kodowania umieralności z powodu urazu, zatrucia i niektórych innych następstw przyczyn zewnętrznych.

Zaleca się, aby dodatkowo stosować kod z rozdziału XIX (S00–T98) w celu określenia rodzaju urazu oraz dla umożliwienia tworzenia odpowiednich tabulacji. Poniższe uwagi odnoszą się do takiego właśnie kodowania.

Gdy w karcie zgonu podano więcej niż jeden rodzaj urazu jednej okolicy ciała z kategorii S00–S99, T08–T35, T66–T79 i nie określono wyraźnie, który z nich spowodował zgon, wówczas należy zastosować zasadę ogólną i zasady wyboru według normalnej procedury.

- Przykład 1:*
- I (a) Wstrząs krwotoczny
 - (b) Krwotok otrzewnowy
 - (c) Pęknięcie wątroby
 - (d) Wypadek komunikacyjny

Należy kodować: Pęknięcie wątroby (S36.1), ponieważ jest to punkt początkowy ciągu zdarzeń kończącego się stanem wpisanym w karcie zgonu na pierwszym miejscu.

- Przykład 2:*
- I (a) Zator tłuszczowy
 - (b) Złamanie kości udowej
 - (c) Otarcie uda
 - (d) Wypadek komunikacyjny

Należy kodować: Złamanie kości udowej (S72.9), ponieważ jest to punkt początkowy ciągu zdarzeń kończącego się stanem wpisanym w karcie zgonu na pierwszym miejscu. Jest „wysoco nieprawdopodobne”, aby obtarcie uda wywołało wszystkie stany wymienione powyżej tego stanu.

Przykład 3: I (a) Zapalenie otrzewnej
(b) Pęknięcie żołądka i poprzecznicy
(c) Wypadek komunikacyjny
Należy kodować: Pęknięcie żołądka (S36.3), ponieważ jest to punkt początkowy pierwszego wymienionego ciągu zdarzeń (zgodnie z zasadą 1).

Przykład 4: I (a) Ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
(b) Stłuczenie powieki i rana drążąca oczodołu
Należy kodować: Rana drążąca oczodołu (S05.4), ponieważ stłuczenie powieki wybrane według zasady 2 jest w sposób oczywisty bezpośrednim następstwem rany drążącej oczodołu (zgodnie z zasadą 3).

Jeżeli podano więcej niż jedną okolicę ciała, należy kodować do odpowiednich kategorii w obrębie bloku: Urazy obejmujące wiele okolic ciała (T00–T06). Ma to zastosowanie zarówno do tego samego rodzaju urazu, jak i do więcej niż jednego rodzaju urazu różnych okolic ciała.

4.2.11 Zatrucie lekami, środkami farmakologicznymi i substancjami biologicznymi

Jeżeli opisano połączenie środków leczniczych z różnych kategorii, wówczas należy postępować następująco:

A) Wybrać wyjściową przyczynę zgonu

i) Jeżeli jeden ze składników określono jako przyczynę zgonu, należy kodować ten właśnie składnik.

Przykład 5: I (a) Zatrucie amfetaminą
II Toksyczny poziom heroiny i flunitrazepamu
Należy kodować jako przypadkowe zatrucie amfetaminą (X41). Umieszczenie samego zatrucia amfetaminą w części I i opisanie innych substancji jako dodatkowych przyczyn zgonu w części II oznacza, że osoba wypełniająca kartę zgonu uznała amfetaminę za najważniejszą substancję, która spowodowała zgon.

Przykład 6: I (a) Zatrucie alkoholem
II Toksyczny poziom heroiny i flunitrazepamu
Należy kodować jako przypadkowe zatrucie alkoholem (X45). Umieszczenie samego zatrucia alkoholem w części I i opisanie innych substancji jako dodatkowych przyczyn zgonu w części II oznacza, że osoba wypełniająca kartę zgonu uznała alkohol za najważniejszą substancję, która spowodowała zgon.

Przykład 7: I (a) Zatrucie heroiną
II Toksyczny poziom alkoholu i flunitrazepamu
Należy kodować jako przypadkowe zatrucie heroiną (X42). Umieszczenie samego zatrucia heroiną w części I i opisanie innych substancji jako dodatkowych przyczyn zgonu w części II oznacza, że osoba wypełniająca

kartę zgonu uznała heroinę za najważniejszą substancję, która spowodowała zgon.

ii) Jeżeli nie określono żadnego składnika jako przyczyny zgonu, wówczas należy poprosić osobę wystawiającą kartę zgonu o wyjaśnienie.

iii) Jeżeli wyjaśnienia takiego nie można uzyskać, wówczas połączenie alkoholu z lekiem należy kodować jako lek. W przypadku innych zgonów spowodowanych wieloma lekami należy kodować odpowiednią kategorię „Inne”.

B) Zidentyfikować najbardziej niebezpieczny lek

W celu zapewnienia użytecznych danych statystycznych na temat zgonów spowodowanych wieloma lekami, niezwykle ważne jest, aby zidentyfikować najbardziej niebezpieczny lek oprócz przyczyny wyjściowej (patrz też punkt 4.2.10 *Rodzaj urazu*). Wybierając kod określający najbardziej niebezpieczny lek, należy postępować zgodnie z poniższymi instrukcjami.

Jeżeli jeden składnik połączenia leków określono jako przyczynę zgonu, należy kodować ten właśnie składnik. Jeżeli nie wskazano żadnego składnika jako przyczyny zgonu, wówczas połączenie alkoholu z lekiem należy kodować jako lek. Jeżeli klasyfikacja zawiera osobną kategorię dla danego połączenia leków, np. mieszane leki przeciwpadaczkowe (T42.5), wówczas należy użyć kodu tej właśnie kategorii. Jeżeli nie jest dostępna odpowiednia kategoria połączona, wówczas należy wybrać główną przyczynę urazu, stosując następującą kolejność określania priorytetu:

1. Opioidy (T40.0–T40.2)
Połączenia obejmujące opioidy, które można zaklasyfikować do więcej niż jednej podkategorii czteroznakowej spośród T40.0–T40.2: kodować jako T40.2
2. Kokaina (T40.5)
3. Substancje pobudzające układ nerwowy, związane z ryzykiem nadużywania (T43.6)
Kategoria ta obejmuje amfetaminę i jej pochodne
4. Syntetyczne środki narkotyczne oraz inne i nieokreślone narkotyki (T40.3–T40.4, T40.6)
Połączenia obejmujące syntetyczne narkotyki, które można sklasyfikować do więcej niż jednej podkategorii czteroznakowej spośród T40.3–T40.4: kodować jako T40.4
Połączenia obejmujące syntetyczne narkotyki, które można sklasyfikować do więcej niż jednej podkategorii czteroznakowej spośród T40.3–T40.4, wraz z innymi i nieokreślonymi narkotykami sklasyfikowanymi jako T40.6: kodować jako T40.6
5. Leki przeciwdepresyjne (T43.0–T43.2)
Połączenia obejmujące leki przeciwdepresyjne, które można sklasyfikować do więcej niż jednej podkategorii czteroznakowej spośród T43.0–T43.2: kodować jako T43.2
6. Nieopiodowe leki przeciwbólowe (T39.-)
Połączenia obejmujące nieopiodowe leki przeciwbólowe, które można sklasyfikować do więcej niż jednej podkategorii czteroznakowej spośród T39.0–T39.4: kodować jako T39.8
7. Leki i substancje niewymienione powyżej
Jeżeli w karcie zgonu wymieniono więcej niż jeden taki lek, wówczas należy kodować pierwszy wymieniony lek.

4.2.12 Przyczyny zewnętrzne

Kody dla przyczyn zewnętrznych (V01–Y89) należy stosować jako kody podstawowe do kodowania pojedynczych stanów i do kodowania wyjściowej przyczyny zgonu wtedy i tylko wtedy, gdy stan chorobowy jest sklasyfikowany w rozdziale XIX (Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych).

Jeżeli stan chorobowy jest sklasyfikowany w rozdziałach I–XVIII, należy kodować go jako wyjściową przyczynę zgonu, a kategorii z rozdziału obejmującego przyczyny zewnętrzne można użyć jako kodów dodatkowych.

Przykład: I (a) Hipotermia
 (b) Ekspozycja na zimno
 (c) Kierowca samochodu, który wypadł z drogi i stoczył się z nasypu; pozostawał uwięziony w samochodzie przez 3 dni, zanim zauważono wypadek

Należy kodować: Użytkownik samochodu ranny w wypadku komunikacyjnym bez kolizji (V48.5)

4.2.13 Wyrażenia wskazujące na wątpliwości w rozpoznaniu

Wyrażenia kwalifikujące, które wskazują na pewne wątpliwości co do dokładności rozpoznania, takie jak „pozornie”, „przypuszczalnie”, „możliwie” itp. należy pominąć, ponieważ zapisy bez takich określeń różnią się od nich tylko stopniem pewności diagnozy.

4.2.14 Zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności [HIV]

W przypadku leczniczego przetoczenia krwi z powodu jakiegokolwiek choroby (np. zaburzeń hematologicznych), gdy w wyniku przetoczenia zakażonej krwi doszło do zakażenia wirusem HIV, należy kodować zakażenie HIV jako przyczynę wyjściową, a nie stan leczony.

Przykład 1: I (a) Mięsak Kaposiego 1 rok
 (b) HIV 3 lata
 (c) Przetoczenie krwi 5 lat
 (d) Hemofilia od urodzenia

Należy kodować: zakażenie HIV.

Przykład 2: I (a) *Pneumocystis carinii* [jirovecii] 6 miesięcy
 (b) HIV 5 lat
 (c) Pęknięcie śledziony 7 lat
 (d) Bójka – walka na pięści 7 lat

Należy kodować: zakażenie HIV.

4.3 Umieralność okołoporodowa: wskazówki dotyczące kart zgonu i zasady kodowania

4.3.1 Karta zgonu okołoporodowego

Jeżeli istnieje taka możliwość, należy wystawiać kartę przyczyn zgonu okołoporodowego jako oddzielne zaświadczenie. Przyczyny te obejmują:

- (a) Główną chorobę lub stan płodu bądź noworodka
- (b) Inne choroby lub stany płodu bądź noworodka
- (c) Główną chorobę lub stan matki wpływające na płód bądź noworodka
- (d) Inne choroby lub stan matki wpływające na płód bądź noworodka
- (e) Inne istotne okoliczności

Zaświadczenie to powinno obejmować szczegóły identyfikacyjne wraz z odpowiednimi datami i czasem zgonu, stwierdzeniem czy dziecko urodziło się żywe czy martwe, a także wyniki badania sekcijnego.

Dla gruntownej analizy umieralności okołoporodowej obok informacji o przyczynach zgonu – nie tylko w przypadku zgonu w okresie okołoporodowym, lecz także przy urodzeniu żywym – niezbędne są następujące dane dotyczące matki i dziecka:

Matka

Data urodzenia

Liczba poprzednich ciąży: urodzenia żywe/martwe/poronienia

Data i wynik ostatniej ciąży: urodzenie żywe/martwe/poronienie

Obecna ciąża:

- pierwszy dzień ostatniej miesiączki (jeżeli nieznany, wtedy należy podać szacunkowy czas trwania ciąży w pełnych tygodniach)
- opieka przedporodowa – dwie lub więcej wizyt: tak/nie/nie wiadomo
- poród: normalny spontaniczny główkowy/inny (określić)

Dziecko

Urodzeniowa masa ciała w gramach

Płeć: chłopiec/dziewczynka/nieokreślona

Poród pojedynczy/pierwszy bliźniak/drugi bliźniak/inny poród mnogi

Jeżeli urodzenie martwe, kiedy nastąpił zgon: przed rozpoczęciem akcji porodowej/podczas akcji porodowej/nie wiadomo

Inne czynniki, które mogą pojawić się w podstawowym świadectwie zgonu, obejmują szczegóły dotyczące osoby odbierającej poród: lekarz/wykwalifikowana położna/inna wykwalifikowana osoba (określić)/inna osoba (określić).

Metoda, według której gromadzone są dane dodatkowe, będzie różniła się w zależności od systemu rejestracji obowiązującego w różnych krajach. W krajach, w których dane te mogą być zebrane przy dokumentowaniu urodzenia martwego lub wczesnego zgonu noworodka, może być używany formularz podobny do „Świadectwa zgonu okołoporodowego”, przedstawionego poniżej. W innym przypadku należy dopiero połączyć dane dodatkowe z przyczyną zgonu (np. poprzez połączenie informacji o urodzeniach i zgonach).

Jeżeli wymagania dotyczące ewidencji ludności utrudniają wprowadzenie wspólnego świadectwa zgonu dla niemowląt urodzonych żywo i martwo, wówczas problem ten można

rozwiązać poprzez wprowadzenie osobnych formularzy dla urodzeń martwych i wczesnych zgonów noworodków, przy czym każdy z nich może obejmować zalecane elementy dotyczące przyczyn zgonu.

4.3.2 Określenie przyczyny zgonu

Świadectwo zgonu okołoporodowego zawiera pięć części, oznaczonych odpowiednio od (a) do (e), przeznaczonych do wpisania przyczyn zgonu okołoporodowego. W częściach (a) i (b) należy wpisywać choroby lub stany noworodka bądź płodu. I tak w części (a) należy wpisać pojedynczy najważniejszy stan chorobowy, natomiast w części (b) – ewentualne pozostałe istniejące stany. Poprzez „pojedynczy najważniejszy”, rozumie się stan patologiczny, który w największym stopniu, w opinii osoby wystawiającej świadectwo, przyczynił się do spowodowania zgonu płodu lub noworodka. W części (a) nie należy wpisywać mechanizmu zgonu, jak np. niewydolność serca, asfiksja lub niedotlenienie, chyba że był to jedyny znany stan płodu lub noworodka. Zasada ta odnosi się także do wcześniactwa.

W częściach (c) i (d) należy wpisać wszystkie choroby lub stany matki, które – w opinii osoby wystawiającej świadectwo – miały niekorzystny wpływ na płód lub noworodka. Także w tym przypadku najważniejszy z nich należy wpisać w części (c), a ewentualne pozostałe stany – w części (d). Część (e) jest przeznaczona do opisanja jakichkolwiek innych okoliczności, które miały wpływ na zgon, lecz których nie można opisać jako chorobę lub stan noworodka lub matki, jak np. poród bez udziału innych osób.

Poniższe przykłady ilustrują sposób określenia przyczyny zgonu dla opisanych przypadków.

Przykład 1. Kobieta, której poprzednie ciąże kończyły się samoistnymi poronieniami w 12 i 18 tygodniu, została przyjęta w 24 tygodniu ciąży z rozpoczętą akcją porodową. Nastąpił spontaniczny poród dziecka o masie ciała 700 g, które zmarło w pierwszym dniu życia. Głównym rozpoznaniem sekcijnym była „niedojrzałość płuc”.

Przyczyny zgonu okołoporodowego:

- (a) Niedojrzałość płuc
- (b) —
- (c) Przedwczesna akcja porodowa, przyczyna nieznana
- (d) Powtarzające się poronienia
- (e) —

ŚWIADECTWO ZGONU OKOŁOPORODOWEGO		
Używane dla urodzeń martwych oraz zgonów noworodków w okresie 168 godzin (1 tygodnia) po urodzeniu		
Szczegóły dotyczące urodzenia	<input type="checkbox"/> Noworodek urodzony dnia	o godzinie
	zmarł dnia	o godzinie
	<input type="checkbox"/> Noworodek urodzony dnia	o godzinie
	zmarł przed porodem <input type="checkbox"/>	w czasie porodu <input type="checkbox"/> nie wiadomo <input type="checkbox"/>
Matka		Dziecko
Data urodzenia <input style="width: 40px;" type="text"/> jeśli nieznaną, wiek (w latach) <input style="width: 40px;" type="text"/>	Data pierwszego dnia ostatniej miesiączki <input style="width: 40px;" type="text"/> jeśli nieznaną, szacunkowy czas trwania ciąży <input style="width: 40px;" type="text"/> (w pełnych tygodniach)	Urodzeniowa masa ciała: gram
Liczba przebytych ciąży: Żywych urodzeń <input style="width: 40px;" type="text"/> Martwych urodzeń <input style="width: 40px;" type="text"/> Usuniętych płodów <input style="width: 40px;" type="text"/>	Czy ciążarna była objęta opieką przedporodową (co najmniej 2 wizyty): <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo Poród: <input type="checkbox"/> Prawidłowy, siłami natury Inny (opisać, jaki):	Płeć: <input type="checkbox"/> Chłopiec <input type="checkbox"/> Dziewczynka <input type="checkbox"/> Nieokreślona <input type="checkbox"/> Urodzenie pojedyncze <input type="checkbox"/> Urodzenie bliźniacze: pierwszy noworodek <input type="checkbox"/> Urodzenie bliźniacze: drugi noworodek <input type="checkbox"/> Kolejny noworodek ciąży mnogiej
Wynik poprzedniego porodu: <input type="checkbox"/> Żywe urodzenie <input type="checkbox"/> Martwe urodzenie <input type="checkbox"/> Płód usunięty Data <input style="width: 40px;" type="text"/>		Opieka w trakcie porodu
		<input type="checkbox"/> Lekarz <input type="checkbox"/> Wykwalifikowana położna Inna wykwalifikowana osoba (określić): Inna opieka (określić):
Przyczyny zgonu		
a. Choroba podstawowa lub stan główny płodu lub noworodka		
b. Inne choroby lub stany płodu lub noworodka		
c. Choroba podstawowa lub stan główny matki wpływający na płód lub noworodka		
d. Inne choroby lub stany matki wpływające na płód lub noworodka		
e. Inne istotne okoliczności		
<input type="checkbox"/> Orzeczona przyczyna zgonu została potwierdzona w wyniku przeprowadzonej sekcji zwłok <input type="checkbox"/> Informacje z sekcji zwłok będą dostępne w późniejszym czasie <input type="checkbox"/> Sekcji zwłok nie wykonano	Potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym Podpis i tytuł zawodowy	

Przykład 2.

Pierwiastka lat 26, w wywiadzie regularne cykle miesięczne, otrzymała rutynową opiekę przedporodową od 10 tygodnia ciąży. Pomiędzy 30–32 tygodniem zauważono opóźnienie rozwoju płodu, potwierdzone w 34 tygodniu. Nie stwierdzono żadnej innej przyczyny poza bezobjawową bakteriurią. W wyniku cięcia cesarskiego urodzony został żywy chłopiec ważący 1600 g. Łóżysko ważące 300 g opisano jako zawałowe. Rozwinął się zespół zaburzeń oddychania, reagujący na leczenie. Dziecko zmarło nagle w trzecim dniu życia. Badanie sekcyjne wykazało rozległą chorobę błon szklistych i masywny krwotok dokomorowy.

Przyczyny zgonu okołoporodowego:

- (a) Krwotok dokomorowy
- (b) Zespół zaburzeń oddychania
Opóźnienie rozwoju płodu
- (c) Niewydolność łożyskowa
- (d) Bakteriuria podczas ciąży
Cięcie cesarskie

Przykład 3:

U matki ze źle kontrolowaną cukrzycą podczas pierwszej ciąży, w 32 tygodniu ciąży rozwinęła się niedokrwistość megaloblastyczna. Akcja porodowa rozpoczęła się w 38 tygodniu. Nastąpił poród spontaniczny dziecka ważącego 3200 g. U dziecka wystąpiła hipoglikemia. Dziecko zmarło w drugim dniu życia. Badanie sekcyjne wykazało przetrwały przewód tętniczy.

Przyczyny zgonu okołoporodowego:

- (a) Przetrwały przewód tętniczy
- (b) Hipoglikemia
- (c) Cukrzyca
- (d) Niedokrwistość megaloblastyczna
- (e) —

Przykład 4:

30-letnia matka zdrowego, 4-letniego chłopca była w ciąży, która przebiegała normalnie poza stwierdzonym wielowodziem. Badanie rentgenowskie wykonane w 36 tygodniu ciąży wykazało bezmózgowie. Sprowokowano akcję porodową. Urodził się martwy, bezmózgowy płód ważący 1500 g.

Przyczyny zgonu okołoporodowego:

- (a) Bezmózgowie
- (b) —
- (c) Wielowodzie
- (d) —
- (e) —

4.3.3 Kodowanie umieralności okołoporodowej według przyczyny

Dla celów statystyk umieralności okołoporodowej zaczerpniętych z kart o układzie takim jak przedstawiony powyżej, największe korzyści zapewnia analiza wieloprzyczynowa. Jeżeli jednak nie jest to możliwe, wówczas należy uznać za minimum analizę głównej choroby, stanu płodu lub noworodka (część (a)) oraz główny stan matki wpływający na płód lub noworodka (część (c)) z krzyżowym zapisem kodowym grup tych stanów chorobowych. Jeśli konieczne jest wybranie tylko jednego stanu (np. gdy wymagane jest włączenie wczesnego zgonu noworodka do jednoprzyczynowych tablic zgonu dla wszystkich grup wiekowych), wówczas należy wybrać główną chorobę lub stan płodu bądź noworodka (część (a)).

4.3.4 Kodowanie przyczyn zgonu

Każdy stan wpisany w częściach (a), (b), (c) i (d) należy zakodować oddzielnie. Stan matki wpływający na płód lub noworodka, wpisany w częściach (c) i (d), należy zakodować w kategoriach P00–P04, przy czym kodów tych nie należy używać dla części (a) i (b). Stany dotyczące płodu lub noworodka wpisane w części (a) można kodować w dowolnych kategoriach innych niż P00–P04, ale zazwyczaj koduje się je w kategoriach P05–P96 (stany okołoporodowe) lub Q00–Q99 (wrodzone wady rozwojowe). W częściach (a) i (c) należy wpisać tylko jeden kod, natomiast w częściach (b) i (d) należy wpisać tyle kodów, ile zostało podanych stanów chorobowych.

Część (e) jest przeznaczona do badania indywidualnych zgonów okołoporodowych i w normalnych warunkach nie musi być kodowana. Jeżeli jednak konieczna jest analiza statystyczna okoliczności wpisanych w części (e), niektóre użyteczne kategorie mogą znajdować się w rozdziałach XX i XXI; w przeciwnym razie użytkownicy powinni zastosować własny system kodowania tych informacji.

4.3.5 Zasady kodowania

Zasady wyboru kodu dla umieralności ogólnej nie mają zastosowania do świadectw zgonu okołoporodowego. Może jednak zdarzyć się, że na świadectwie zgonu okołoporodowego przyczyny zgonu nie będą wpisane według zasad podanych powyżej. Dokument taki powinien zostać poprawiony przez osobę, która go wystawiła, a gdy nie jest to możliwe, należy stosować poniższe zasady.

Zasada P1. Mechanizm zgonu lub wcześniactwo wpisane w części (a).

Jeżeli w części (a) wpisano niewydolność serca, asfiksję lub anoksję (dowolny stan sklasyfikowany w kategoriach P20.-, P21.-) lub wcześniactwo (dowolny stan sklasyfikowany w kategorii P07.-), a równocześnie w części (a) lub (b) wpisano inne stany dotyczące płodu lub noworodka, wówczas do kodowania należy wybrać spośród nich stan wymieniony na pierwszym miejscu, tak jakby był on wymieniony jako jedyny w części (a), a stan faktycznie wpisany w części (a) potraktować tak, jak gdyby był wpisem w części (b).

<i>Przykład 1:</i>	Urodzenie żywe; zgon po czterech dniach	Kodowanie
	(a) Wcześniactwo	Q05.9
	(b) Rozszczep kręgosłupa	P07.3
	(c) Niewydolność łożyskowa	P02.2
	(d) —	
	Wcześniactwo należy zakodować w punkcie (b), a rozszczep kręgosłupa – w punkcie (a).	

<i>Przykład 2:</i>	Urodzenie żywe; zgon po 50 minutach	Kodowanie
	(a) Ciężka zamartwica urodzeniowa Wodogłowie	Q03.9
	(b) —	P21.0
	(c) Poród patologiczny	P03.1
	(d) Ciężki stan przedrzucawkowy	P00.0

Ciężką zamartwicę urodzeniową należy zakodować w punkcie (b), a wodogłowie – w punkcie (a).

Zasada P2. W częściach (a) lub (c) wpisano dwa lub więcej stanów chorobowych.

Jeżeli w części (a) lub w części (c) wpisano dwa lub więcej stanów chorobowych, wówczas należy kodować stan wymieniony jako pierwszy, tak jakby był to jedyny wymieniony stan w części (a) lub (c), a pozostałe stany należy kodować, jak gdyby były wpisane w częściach (b) lub (d).

<i>Przykład 3:</i>	Urodzenie martwe; zgon przed rozpoczęciem akcji porodowej	Kodowanie
	(a) Ciężkie niedożywienie płodu Niska urodzeniowa masa ciała Niedotlenienie przed początkiem porodu	P05.0
	(b) —	P20.9
	(c) Ciężki stan przedrzucawkowy Łóżysko przodujące	P00.0
	(d) —	P02.0

Niską urodzeniową masę ciała wraz z niedożywieniem płodu należy zakodować w części (a), a niedotlenienie – w części (b); ciężki stan przedrzucawkowy należy zakodować w części (c), a łożysko przodujące – w części (d).

<i>Przykład 4:</i>	Urodzenie żywe; zgon po 2 dniach	Kodowanie
	(a) Krwotok podtwardówkowy spowodowany urazem (porodowym) Masywne zachłyśnięcie się smółką Niedotlenienie wewnątrzmaciczne	P10.0
	(b) Hipoglikemia Przedłużony czas trwania ciąży	P24.0 P20.9 P70.4 P08.2
	(c) Poród kleszczowy	P03.2
	(d) Ciężki stan przedrzucawkowy	P00.03

Krwotok podtwardówkowy spowodowany urazem (okołoporodowym) należy zakodować w części (a), a pozostałe stany wpisane w części (a) należy zakodować w części (b).

Zasada P3. Brak wpisów w częściach (a) lub (c).

Jeżeli w części (a) nie wpisano żadnego stanu chorobowego, ale wpisane są stany dotyczące płodu lub noworodka w części (b), wówczas należy zakodować stan wymieniony jako pierwszy, tak jakby był on wpisany w części (a); jeżeli nie ma żadnych wpisów w części (a) ani w części (b), wówczas w części (a) należy kodować dla urodzeń martwych: P95 (Śmierć płodu z nieokreślonej przyczyny), a dla wczesnych zgonów noworodków: P96.9 (Stan rozpoczynający się w okresie okołoporodowym, nieokreślony).

Podobnie, jeżeli nie ma wpisów w części (c), ale wpisane są stany dotyczące matki w części (d), wówczas należy kodować stan wymieniony na pierwszej pozycji, tak jakby był on wpisany w części (c); jeżeli nie występują wpisy w części (c) ani w części (d), wówczas należy zastosować kody sztuczne, np. xxx.x dla części (e) w celu wskazania, że nie podano stanu matki.

<i>Przykład 5:</i>	Urodzenie żywe; zgon po 15 minutach	Kodowanie
	(a) —	P10.4
	(b) Rozdarcie namiotu (mózdzku) Zespół zaburzeń oddychania	P22.0
	(c) —	xxx.x
	(d) —	
	Rozdarcie namiotu (mózdzku) należy zakodować w części (a), kod xxx.x należy wpisać w części (c).	

<i>Przykład 6:</i>	Urodzenie żywe; zgon po 2 dniach	Kodowanie
	(a) —	P95
	(b) —	
	(c) —	P00.0
	(d) Rzucawka (długotrwałe nadciśnienie samoistne)	
	Należy zakodować nieokreśloną przyczynę okołoporodową w części (a); rzucawkę należy zakodować w części (c).	

Zasada P4. Stany wpisane w nieprawidłowej części.

Jeżeli stan chorobowy matki (tj. stany sklasyfikowane w kategoriach P00–P04) wpisano w częściach (a) lub (b), bądź jeżeli stan płodu lub noworodka wpisano w częściach (c) lub (d), wówczas należy kodować te stany w taki sposób, jak gdyby były wpisane w odpowiednich prawidłowych częściach.

Jeżeli stan chorobowy sklasyfikowany jako stan chorobowy płodu lub noworodka albo jako stan matki wpisano pomyłkowo w części (e), wówczas należy zakodować go jako dodatkowy stan płodu lub matki, odpowiednio w części (b) lub (d).

<i>Przykład 7:</i>	Urodzenie martwe; zgon po rozpoczęciu akcji porodowej	Kodowanie
	(a) Ciężkie niedotlenienie wewnątrzmaciczne	P20.9
	(b) Ustalone ustawienie główki tylnopotyliczne	
	(c) —	P03.1
	(d) —	P03.2
	(e) Trudny poród kleszczowy	
	Ustalone ustawienie główki tylnopotyliczne należy zakodować w części (c), a trudny poród kleszczowy – w części (d).	

4.4 Chorobowość

Podczas prac nad Szóstą Rewizją klasyfikacji ICD, przyjętą w 1948 roku, administratorzy i menadżerowie zdrowia publicznego, administratorzy ubezpieczeń społecznych i naukowcy z różnych dyscyplin medycznych przesyłali liczne zapytania o klasyfikację odpowiednią dla kodowania chorobowości. Dlatego też klasyfikację ICD przystosowano, przy zachowaniu możliwości tradycyjnego sposobu jej wykorzystywania, do grupowania danych na temat chorobowości. Aspekt ten został znacznie poszerzony w kolejnych rewizjach. Dane na temat chorobowości są coraz częściej wykorzystywane w projektowaniu polityki i programów zdrowotnych, w ich zarządzaniu, monitorowaniu i ocenie, w epidemiologii, w identyfikowaniu populacji wysokiego ryzyka oraz w badaniach klinicznych (w tym także w badaniach oceniających występowanie chorób w różnych grupach socjoekonomicznych).

Do analizowania chorobowości jednoczynnikowej należy wykorzystywać stan chorobowy, który był leczony lub oceniany w czasie danego epizodu korzystania z opieki medycznej. Jako stan główny określa się stan, zdiagnozowany na końcu epizodu opieki medycznej, pierwotnie odpowiedzialny za potrzeby pacjenta związane z leczeniem lub diagnostyką. Jeżeli występuje więcej niż jeden taki stan, wówczas należy wybrać ten stan, który jest odpowiedzialny za zużycie największej ilości zasobów. Jeśli nie postawiono rozpoznania, wówczas jako główny stan należy wybrać główny objaw, nieprawidłowy wynik badania lub problem zdrowotny.

Oprócz stanu głównego, w miarę możliwości zapis powinien zawierać także wymienione osobno inne stany lub problemy zdrowotne, które wystąpiły podczas kontaktu pacjenta z opieką medyczną. „Inne stany” są zdefiniowane jako stany, które współistnieją lub rozwijają się podczas kontaktu z opieką medyczną i które wpływają na leczenie pacjenta. Stany chorobowe związane z wcześniejszym epizodem opieki medycznej, które nie mają odniesienia do aktualnego epizodu, nie powinny być kodowane.

Poprzez ograniczenie analizy do pojedynczego stanu dla każdego epizodu korzystania z opieki medycznej, niektóre dostępne informacje mogą zostać utracone. Zaleca się zatem, gdy istnieje taka możliwość, przeprowadzenie kodowania wielu stanów chorobowych i wykonanie analiz wykraczających poza rutynowe ramy. Analizy takie należy realizować według zasad ustalonych lokalnie, ponieważ nie określono zasad międzynarodowych. Niemniej jednak, doświadczenia zgromadzone w innych krajach mogą być pomocne przy opracowywaniu lokalnych schematów postępowania.

4.4.1 Wskazówki dotyczące kodowania informacji diagnostycznych dla celów analizy pojedynczej przyczyny (jednoczynnikowej) danych o chorobowości

Ogólne

Lekarz praktyk odpowiedzialny za leczenie danego pacjenta powinien określić „stan główny” (określany też często jako „choroba zasadnicza”), który należy udokumentować. Lekarz powinien zanotować także wszystkie „inne stany chorobowe” występujące podczas danego epizodu korzystania z opieki medycznej. Informacje te powinny być uporządkowane w sposób systematyczny poprzez używanie standardowych metod ich rejestrowania. Odpowiednio wypełniona dokumentacja jest podstawą dla skutecznego leczenia pacjenta, a zarazem cennym źródłem danych epidemiologicznych i statystycznych na temat chorobowości i innych problemów zdrowotnych.

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:

- przejściowy rak komórkowy trójkąta pęcherza moczowego,
- ostre zapalenie wyrostka robaczkowego z perforacją,
- zaćma w przebiegu cukrzycy insulinozależnej,
- meningokokowe zapalenie osierdzia,
- opieka przedporodowa z powodu nadciśnienia wywołanego przez ciążę,
- 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 części dłoniowej ręki trzeciego stopnia.

Niepełne rozpoznania lub objawy

Jeśli pod koniec opieki medycznej, nie ustalono ostatecznego rozpoznania, wówczas należy zapisać informację, która zapewnia najwyższy stopień dokładności i wiedzy o stanie, który wymagał opieki medycznej lub diagnostyki. Należy tego dokonać poprzez wpisanie objawu, nieprawidłowego wyniku badania lub problemu zdrowotnego, a nie przez zakwalifikowanie rozpoznania jako „możliwego”, „wątpliwego”, „podejrzewanego”, kiedy jest ono tylko rozważane, lecz nie zostało ustalone ostatecznie.

Kontakt ze służbą zdrowia spowodowany przyczynami innymi niż choroba

Epizody korzystania z opieki medycznej lub kontaktu ze służbą zdrowia nie ograniczają się do sytuacji, gdy dana osoba jest leczona lub diagnozowana z powodu aktualnie występującej choroby lub urazu. Kontakty takie mogą wystąpić w sytuacjach, gdy dana osoba aktualnie nie choruje, lecz wymaga ograniczonego stopnia opieki medycznej lub otrzymuje taką opiekę; szczegóły takich okoliczności należy zarejestrować jako „stan główny”. Przykłady obejmują:

- monitorowanie stanu leczonego wcześniej,
- szczepienie,
- stosowanie środków antykoncepcyjnych, opieka przed- lub porodowa,
- opieka nad osobami z grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia choroby z powodu indywidualnych czynników ryzyka lub obciążonego wywiadu rodzinnego,
- badanie zdrowych osób, np. dla potrzeb ubezpieczeniowych lub zawodowych,
- poszukiwanie porady zdrowotnej,
- prośba o poradę ze strony osób mających problemy socjalne,
- konsultacje w imieniu osoby trzeciej.

Rozdział XXI (Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia) zawiera szeroki zakres kategorii (Z00–Z99) przeznaczonych do klasyfikowania takich okoliczności; przejrzanie tego rozdziału umożliwia znalezienie szczegółów potrzebnych do sklasyfikowania danej sytuacji w najwłaściwszej kategorii.

Stany mnogie

W sytuacjach, gdy epizod korzystania z opieki medycznej dotyczy wielu stanów powiązanych (np. liczne urazy, wiele następstw występującej uprzednio choroby lub urazu, czy też stany mnogie występujące w chorobie wywołanej przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV], za „stan główny” należy przyjąć ten, który jest wyraźnie najpoważniejszy i wymaga największej ilości zasobów, a pozostałe należy uznać za „inne stany”. Jeżeli żaden stan nie ma charakteru dominującego, wówczas jako „stan główny” można zapisać termin taki jak np. „liczne złamania”, „liczne urazy głowy”, lub „choroba wywołana przez HIV powodująca mnogie zakażenia”, a następnie należy wymienić „inne stany”. Jeżeli natomiast występuje pewna ilość stanów, z których nie dominuje żaden, wówczas termin taki jak „liczne urazy” lub „liczne urazy zmiążdzeniowe” powinien zostać zapisany jako jedyny.

Stany wywołane przez czynniki zewnętrzne

Jeżeli zapisuje się stan taki jak: „uraz”, „zatrucie” lub inny skutek działania czynników zewnętrznych, wówczas ważne jest, aby dokładnie opisać zarówno charakter tego stanu, jak i okoliczności, które go spowodowały. Na przykład „złamanie szyjki kości udowej spowodowane upadkiem przez poślizgnięcie się na tłustej posadzce”; „stłuczenie mózgu po utracie kontroli nad samochodem, który uderzył w drzewo”; „przypadkowe zatrucie – pacjent wypił pomyłkowo środek dezynfekujący zamiast napoju” lub „ciężka hipotermia – pacjentka upadła w ogrodzie podczas chłodnej pogody”.

Leczenie następstw

Jeżeli epizod korzystania z opieki medycznej wynika z konieczności leczenia lub diagnostyki resztkowych stanów chorobowych (następstw) danej choroby, wówczas należy stany te dokładnie opisać i określić ich pochodzenie wraz z wyraźnym wskazaniem, że choroba zasadnicza już nie występuje, na przykład: „skrzywiona przegroda nosowa – złamanie nosa w dzieciństwie”, „przykurcz ścięgna Achillesa – późny skutek urazu ścięgna” lub „niepłodność spowodowana niedrożnością jajowodu z powodu starej gruźlicy”.

Jeżeli występują mnogie następstwa danej choroby i działania lecznicze lub diagnostyczne nie są ukierunkowane głównie na jedno z nich, wówczas akceptowane jest określenie takie jak „następstwa incydentu naczyniowo-mózgowego” lub „następstwa licznych złamań”.

4.4.2 Wskazówki dotyczące kodowania „stanu głównego” i „innych stanów”

Wskazówki ogólne

„Stan główny” i „inne stany” związane z epizodem korzystania z opieki medycznej powinny być wpisywane przez odpowiedzialnego za to lekarza praktyka. Kodowanie jest zatem stosunkowo proste, jako że wystarczy zaakceptować „stan główny” do kodowania i analizowania, chyba że nie postępowano według powyższych wskazówek. Jeżeli jest to możliwe, dokument, na którym nieprawidłowo wprowadzono stan główny, należy zwrócić do wyjaśnienia. W sytuacji gdy nie jest to możliwe, pomocą przy kodowaniu najczęstszych błędnych zapisów są zasady od MB1 do MB5 (punkt 4.4.3). Gdy osoba kodująca nie jest pewna, który kod powinien zostać wybrany, należy stosować się do wytycznych przedstawionych poniżej.

Zaleca się, aby oprócz „stanu głównego” wpisywać „inne stany” pozostające w związku z danym epizodem korzystania z opieki medycznej. Należy postępować w taki sposób nawet w przypadku analizy jednoczynnikowej, ponieważ informacje te mogą pomóc przy wyborze właściwego kodu dla „stanu głównego”.

Opcjonalne kody dodatkowe

W poniższych wskazówkach, kod preferowany dla „stanu głównego” jest czasem podany wraz z opcjonalnym kodem dodatkowym, aby umożliwić przekazanie większej ilości informacji. Kod preferowany wskazuje „stan główny” przeznaczony do analizy jednoczynnikowej, a kod dodatkowy można wykorzystać podczas analizy wieloczynnikowej.

Kodowanie stanów chorobowych z zastosowaniem systemu krzyżyków i gwiazdek

Do kodowania „stanu głównego” należy w miarę możliwości stosować oba systemy kodowe, ponieważ oznaczają one różne aspekty danego stanu chorobowego.

Przykład 1: Stan główny: Odrowe zapalenie płuc
Inne stany: —
Należy kodować: Odra powikłana przez zapalenie płuc (B05.2†) i Zapalenie płuc w przebiegu chorób zakaźnych wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej (J17.1*).

Przykład 2: Stan główny: Gruźlicze zapalenie osierdzia
Inne stany: —
Należy kodować: Gruźlica innych określonych narządów (A18.8†) oraz Zapalenie osierdzia w przebiegu chorób bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej (I32.0*).

Przykład 3: Stan główny: Zapalenie stawów występujące w chorobie z Lyme
Inne stany: —
Należy kodować: Choroba z Lyme (A69.2†) i Zapalenie stawów w przebiegu choroby z Lyme (M01.2*).

Kodowanie stanów podejrzewanych, objawów oraz nieprawidłowych wyników badań i sytuacji niedokładnie określonych

W przypadku określania czasu opieki medycznej nad pacjentem hospitalizowanym należy zachować szczególną ostrożność przy klasyfikowaniu „głównych stanów” w kategoriach z rozdziałów XVIII i XXI. Jeżeli nie ustalono dokładnego rozpoznania do końca pobytu pacjenta w szpitalu lub jeżeli zaistniały rzeczywiście niemożliwe do zakodowania stany lub urazy, można wtedy zastosować kody z powyższych rozdziałów (patrz także zasady MB3 i MB5, punkt 4.4.3). Powyższych kategorii można użyć według normalnej procedury dla innych przypadków kontaktu z opieką zdrowotną.

Jeżeli po epizodzie korzystania z opieki zdrowotnej „stan główny” jest ciągle zapisywany jako „podejrzewany”, „wątpliwy” itp. oraz jeżeli nie podano żadnej innej informacji lub wyjaśnienia, należy kodować rozpoznanie podejrzewane, tak jakby było ono ustalone.

Kategorię Z03.- (Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne) stosuje się do rozpoznań wstępnych, które można wykluczyć po przeprowadzeniu badań.

- Przykład 4:* Stan główny: Podejrzenie ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego
Inne stany: —
Jako „stan główny” należy kodować: Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego (K81.0).
- Przykład 5:* Stan główny: Pacjentka przyjęta na obserwację w kierunku podejrzanego nowotworu złośliwego szyjki macicy – wykluczono
Jako „stan główny” należy kodować: Obserwacja w kierunku podejrzanego nowotworu złośliwego (Z03.1).
- Przykład 6:* Stan główny: Wykluczenie zawału mięśnia sercowego
Inne stany: —
Jako „stan główny” należy kodować: Obserwacja w kierunku podejrzanego zawału mięśnia sercowego (Z03.4).
- Przykład 7:* Stan główny: Krwawienie z nosa poważnego stopnia
Inne stany: —
Pacjent przebywał w szpitalu jeden dzień. Nie opisano żadnych badań ani zabiegów.
Należy kodować: Krwawienie z nosa (R04.0). Jest to możliwe do przyjęcia, ponieważ jest oczywiste, że pacjentowi udzielono tylko pomocy doraźnej.

Kodowanie mnogich stanów chorobowych

Jeżeli zapisano mnogie stany chorobowe objęte kategorią zatytułowaną „Mnogie...” i nie dominuje żaden stan pojedynczy, wówczas jako kodu preferowanego należy użyć kodu kategorii „Mnogie...”, a do poszczególnych stanów można dodać opcjonalne kody dodatkowe.

Taki sposób kodowania stosuje się głównie w odniesieniu do stanów związanych z chorobą wywołaną przez wirus HIV, do urazów i następstw.

Kodowanie kategorii połączonych

Klasyfikacja ICD zawiera kategorie, w których dwa stany lub stan i związany z nim proces następczy mogą być reprezentowane przez jeden znak kodowy. Takich kategorii połączonych należy używać jako kodu stanu głównego, gdy zarejestrowane są odpowiednie informacje. Za pomocą indeksu alfabetycznego można znaleźć miejsca występowania takich kombinacji – występują one w akapicie rozpoczynającym się literą „z”, który następuje zaraz po terminie wiodącym. Można połączyć dwa lub więcej terminów zapisanych pod „stanem głównym”, jeśli jeden z tych stanów można uważać za przymiotnikowy modyfikator drugiego.

- Przykład 8:* Stan główny: Niewydolność nerek
Inne stany: Choroba nadciśnieniowa nerek
Jako „stan główny” należy kodować: Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, z niewydolnością nerek (I12.0).

- Przykład 9:* Stan główny: Jaskra wtórna w stanach zapalnych oka
Inne stany: —
Jako „stan główny” należy kodować: Jaskra wtórna w stanach zapalnych oka (H40.4).
- Przykład 10:* Stan główny: Niedrożność jelit
Inne stany: Przepuklina pachwinowa lewa
Należy kodować: Jednostronna lub nieokreślona przepuklina pachwinowa z niedrożnością bez zgorzeli (K40.3).
- Przykład 11:* Stan główny: Zaćma. Cukrzyca insulinozależna
Inne stany: Nadciśnienie tętnicze
Specjalność: Okulistyka
Jako „stan główny” należy kodować: Cukrzyca insulinozależna z powikłaniami ocznymi (E10.3†) oraz zaćma cukrzycowa (H28.0*).
- Przykład 12:* Stan główny: Cukrzyca insulinoniezależna
Inne stany: Nadciśnienie tętnicze
Reumatyczne zapalenie stawów
Zaćma
Specjalność: Medycyna ogólna
Jako „stan główny” należy kodować: Cukrzyca insulinoniezależna bez powikłań (E11.9). Należy zauważyć, że w tym przykładzie nie można łączyć jednym kodem zaćmy z cukrzycą, ponieważ nie jest tak, że oba te stany zapisano jako „stan główny”.

Kodowanie chorobowości według stanów chorobowych spowodowanych przez czynniki zewnętrzne

W przypadku urazów i innych stanów chorobowych spowodowanych przez czynniki zewnętrzne należy kodować zarówno rodzaj stanu, jak i okoliczności zadziałania czynnika zewnętrznego. Preferowany kod „stanu głównego” powinien opisywać rodzaj problemu zdrowotnego. Zwykle, choć nie zawsze, jest to stan klasyfikowany do rozdziału XIX. Jako opcjonalnego kodu dodatkowego można użyć kodu pochodzącego z rozdziału XX, opisującego czynnik zewnętrzny, który doprowadził do choroby.

- Przykład 13:* Stan główny: Złamanie szyjki kości udowej spowodowane przez upadek wskutek potknięcia na nierównym chodniku
Inne stany: Stłuczenie łokcia i górnej części ramienia
Jako „stan główny” należy kodować: Złamanie szyjki kości udowej (S72.0). Kod dla określenia przyczyny zewnętrznej: Dodatkowo można użyć następującego kodu określającego przyczynę zewnętrzną: Upadek na tym samym poziomie wskutek potknięcia, poślizgnięcia na ulicy lub drodze (W01, kod miejsca wystąpienia 4).

- Przykład 14:* Stan główny: Ciężka hipotermia – pacjentka upadła w ogrodzie podczas chłodnej pogody
Inne stany: Starość
Jako „stan główny” należy kodować: Hipotermia (T68). Dodatkowo można użyć następującego kodu określającego przyczynę zewnętrzną: Narażenie na nadmierne naturalne zimno w domu (X31, kod miejsca wystąpienia 0).
- Przykład 15:* Stan główny: Podwójne widzenie spowodowane reakcją alergiczną na leki przeciwhistaminowe przyjmowane według przepisu lekarza
Inne stany: —
Jako „stan główny” należy kodować: Podwójne widzenie (H53.2). Dodatkowo można użyć następującego kodu określającego przyczynę zewnętrzną: Środki przeciwalergiczne i przeciwwymiotne powodujące niekorzystny skutek w leczeniu (Y43.0).
- Przykład 16:* Stan główny: Hemoglobinuria wywołana treningiem przed biegiem maratońskim (trening na odkrytej bieżni na stadionie)
Inne stany: —
Jako „stan główny” należy kodować: Hemoglobinuria spowodowana hemolizą wtórną do działania innych czynników zewnętrznych (D59.6). Dodatkowo można użyć następującego kodu określającego przyczynę zewnętrzną: Przemęczenie i przetrenowanie powtarzanymi ruchami w miejscach uprawiania sportu i gimnastyki (X50, kod miejsca wystąpienia 3).

Kodowanie następstw niektórych stanów

Klasyfikacja ICD posiada wiele kategorii zatytułowanych „Następstwa...” (B90–B94, E64.–, E68, G09, I69.–, O97, T90–T98, Y85–Y89), które można wykorzystywać do opisu stanów, które nie są już przyczyną problemu zdrowotnego, stanowiącego aktualnie przedmiot leczenia lub diagnostyki. Jednak kodem preferowanym dla „stanu głównego” jest kod określający rodzaj jednego stanu chorobowego, będącego tym następstwem, do którego można dołączyć opcjonalny kod dodatkowy, zatytułowany „Następstwa...”.

Jeżeli występuje duża ilość różnych określonych następstw i żadne z nich nie dominuje pod względem nasilenia lub wykorzystania środków na leczenie, wówczas dopuszczalne jest zastosowanie kodu „Następstwa...” jako „stanu głównego”. Można wówczas taki stan zakodować do odpowiedniej kategorii. Należy zauważyć, że do zastosowania tej metody wystarcza, aby stan przyczynowy był opisany jako „stary”, „obecnie niewystępujący” itp. lub aby stan wynikający z niego był opisany jako „późny efekt...” lub „następstwo...”. Nie jest sprecyzowana minimalna przerwa czasowa pomiędzy tymi stanami.

- Przykład 17:* Stan główny: Dysfagia wywołana przez stary zawał mózgu
Inne stany: —
Jako „stan główny” należy kodować: Dysfagia (R47.0). Dodatkowo można użyć następującego kodu opcjonalnego: Następstwa zawału mózgu (I69.3).

Przykład 18: Stan główny: Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego spowodowana przez stare złamanie biodra podczas wypadku z udziałem pojazdu mechanicznego 10 lat temu

Inne stany: —

Jako „stan główny” należy kodować: Inne pourazowe koksartrozy (M16.5). Dodatkowo można użyć następujących kodów opcjonalnych: Następstwa złamania kości udowej (T93.1) i Następstwa wypadku pojazdu mechanicznego (Y85.-).

Przykład 19: Stan główny: Późne następstwa nagminnego porażenia dziecięcego

Inne stany: —

Jako „stan główny” należy kodować: Następstwa nagminnego porażenia dziecięcego (B91), ponieważ nie jest dostępna żadna inna informacja.

Kodowanie stanów ostrych i przewlekłych

Jeżeli „stan główny” zapisano jako występujący zarówno w fazie ostrej (lub podostrej), jak i przewlekłej, a klasyfikacja przewiduje osobne kategorie lub podkategorie dla każdego z nich oraz nie istnieje kod wspólny, wówczas jako preferowanego „stanu głównego” należy użyć kodu kategorii schorzenia o przebiegu ostrym.

Przykład 20: Stan główny: Ostre i przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego

Inne stany: —

Jako „stan główny” należy kodować: Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego (K81.0). Dodatkowo można użyć następującego kodu opcjonalnego: Przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego (K81.1).

Przykład 21: Stan główny: Zaostrzenie przewlekłego obturacyjnego zapalenia oskrzeli

Inne stany: —

Jako „stan główny” należy kodować: Przewlekła obturacyjna choroba płuc w okresie zaostrzenia (J44.1), ponieważ istnieje właściwy kod dla takiej kombinacji.

Kodowanie stanów pozabiegowych z powikłaniami

W rozdziale XIX (T80–T88) znajdują się kategorie obejmujące niektóre powikłania związane z chirurgicznymi lub innymi zabiegami, np. zakażenie rany chirurgicznej, mechaniczne powikłania wszytych urządzeń, wstrząs, itd. Większość rozdziałów dotyczących poszczególnych układów organizmu także zawiera kategorie obejmujące stany, które występują albo jako następstwo określonych zabiegów i technik, albo jako rezultat usunięcia narządu, np. zespół obrzęku chłonnego po usunięciu piersi, niedoczynność tarczycy po napromieniowaniu. Pewne stany (np. zapalenie płuc, zatorowość płucna), które mogą rozwinąć się w okresie pozabiegowym nie są zaklasyfikowane jako oddzielne kategorie (a zatem należy je kodować w zwykły sposób), ale dla określenia związku z zabiegiem można zastosować opcjonalny kod dodatkowy spośród kategorii Y83–Y84.

Jeżeli stany pozabiegowe i powikłania są wpisane jako „stan główny”, wówczas nieodzwonne jest odniesienie się do czynników modyfikujących i kwalifikujących występujących w indeksie alfabetycznym w celu dokonania wyboru właściwego kodu.

Przykład 22: Stan główny: Niedoczynność tarczycy z powodu usunięcia tarczycy przeprowadzonego rok temu
 Inne stany: —
 Specjalność: Medycyna ogólna
 Jako „stan główny” należy kodować: Pozabiegowa niedoczynność tarczycy (E89.0).

Przykład 23: Stan główny: Nadmierny krwotok po usunięciu zęba
 Inne stany: Ból
 Specjalność: Stomatologia
 Jako „stan główny” należy kodować: Krwotok wnikający zabieg (T81.0).

Przykład 24: Stan główny: Psychoza pozabiegowa po chirurgii plastycznej
 Inne stany: —
 Specjalność: Psychiatria
 Jako „stan główny” należy kodować: Psychoza (F09) z dodaniem kodu Y83.8 (Inne zabiegi chirurgiczne [jako przyczyna nieprawidłowej reakcji u pacjenta]) w celu wskazania związku z zabiegiem.

4.4.3 Zasady ponownego wyboru w przypadku nieprawidłowo wpisanego stanu głównego

„Stan główny” przeznaczony do zakodowania jest wpisywany przez odpowiedzialnego za to lekarza praktyka i powinien być kodowany według powyżej opisanych wskazówek i uwag dotyczących poszczególnych rozdziałów, przedstawionych w punkcie 4.4.4. Niemniej jednak pewne okoliczności lub pojawienie się dodatkowych informacji mogą sugerować, iż lekarz nie postępował według prawidłowej procedury. Jeżeli nie jest możliwe otrzymanie wyjaśnienia od lekarza, wówczas należy zastosować jedną z poniższych wskazówek i ponownie wybrać „stan główny”.

Zasady ponownego wyboru stanu głównego

Zasada MB1. Stan mniej istotny zapisano jako „stan główny”, podczas gdy stan ważniejszy zapisano w rubryce „inne stany”

Jeżeli mniej istotny lub zadawniony stan, bądź uboczny problem zdrowotny jest wpisany jako „stan główny”, a ważniejszy stan chorobowy, zgodny z zastosowanym leczeniem lub specjalnością, został wpisany jako „inne stany”, należy wybrać ten drugi stan jako „główny”.

Zasada MB2. Podano kilka stanów jako „stan główny”

Jeżeli kilka stanów, których nie da się zakodować łącznie, podanych jest jako „stan główny”, a inne dostępne informacje wskazują na jeden z nich jako na „stan główny”, z powodu którego pacjent otrzymywał opiekę medyczną, wówczas do kodowania należy wybrać ten właśnie stan. W innym przypadku należy wybrać pierwszy z wymienionych stanów.

Zasada MB3. Stan zapisany jako „stan główny” jest objawem rozpoznanego i leczonego stanu

Jeżeli objaw, cecha chorobowa (zwykle zaklasyfikowane do rozdziału XVIII) lub problem zdrowotny (sklasyfikowany w rozdziale XXI) wpisano jako „stan główny”, a tymczasem jest to wyraźnie objaw lub cecha chorobowa problemu zdrowotnego rozpoznanego i wpisanego

w innym miejscu, z powodu którego pacjent otrzymał opiekę medyczną, wówczas jako „stan główny” należy wybrać ten właśnie stan chorobowy.

Zasada MB4. Swoistość

Jeżeli rozpoznanie wpisane jako „stan główny” opisuje stan chorobowy w terminach ogólnych, a nazwa stanu chorobowego zawierająca dokładniejsze informacje o jego lokalizacji lub charakterze występuje w innym miejscu, wówczas należy wybrać termin bardziej szczegółowy jako „stan główny”.

Zasada MB5. Alternatywne rozpoznanie główne

Jeżeli objaw jest wpisany jako „stan główny” ze wskazaniem, że może być spowodowany jednym ze stanów chorobowych, jako „stan główny” należy wybrać ten objaw. Jeżeli podano dwa lub więcej stanów i opisano je jako opcje diagnostyczne dotyczące „stanu głównego”, do kodowania należy wybrać pierwszy wpisany stan.

Przykłady zastosowania zasad ponownego wyboru stanu głównego

Zasada MB1. Stan mniej istotny zapisano jako „stan główny”, podczas gdy stan ważniejszy zapisano w rubryce „inne stany”

Jeżeli mniej istotny lub zadawniony stan, bądź uboczny problem zdrowotny jest wpisany jako „stan główny”, a ważniejszy stan chorobowy, zgodny z zastosowanym leczeniem lub specjalnością, został wpisany jako „inny stan”, należy wybrać ten drugi stan jako „główny”.

Przykład 1: Stan główny: Ostre zapalenie zatok
Inne stany: Rak błony śluzowej szyjki macicy
Nadciśnienie tętnicze
Pacjentka przebywała w szpitalu 3 tygodnie
Procedura: Histerektomia radykalna
Specjalność: Ginekologia
Jako „stan główny” należy wybrać ponownie: Nowotwór złośliwy błony śluzowej szyjki macicy i kodować: C53.0.

Przykład 2: Stan główny: Reumatoidalne zapalenie stawów
Inne stany: Cukrzyca
Uwięźnięta przepuklina udowa
Miażdżycza uogólniona
Pacjent przebywał w szpitalu przez 2 tygodnie
Procedura: Zamknięcie wrót przepukliny
Specjalność: Chirurgia
Jako „stan główny” należy wybrać ponownie: Uwięźnięta przepuklina udowa i kodować: jako K41.3.

Przykład 3: Stan główny: Padaczka
Inne stany: Grzybica ucha
Specjalność: Laryngologia
Jako „stan główny” należy wybrać ponownie: Grzybica ucha i kodować: B36.9† i H62.2*.

Przykład 4: Stan główny: Zastoinowa niewydolność serca
 Inne stany: Złamanie szyjki kości udowej spowodowane upadkiem z łóżka podczas hospitalizacji
 Pacjent przebywał w szpitalu przez 4 tygodnie
 Procedura: Wewnętrzne nastawienie złamania
 Specjalność: Choroby wewnętrzne przez 1 tydzień, następnie przeniesiony na oddział ortopedyczny celem leczenia złamania

Jako „stan główny” należy wybrać ponownie: Złamanie szyjki kości udowej i kodować: S72.0.

Przykład 5: Stan główny: Próchnica zębów
 Inne stany: Reumatyczne zwężenie zastawki mitralnej
 Procedura: Usunięcie zęba
 Specjalność: Stomatologia

Jako „stan główny” należy wybrać: Próchnica zębów i kodować: K02.9. Zasada MB1 nie ma tutaj zastosowania. Choć próchnica zębów może być uważana za stan mniej istotny, a reumatyczne zwężenie zastawki mitralnej za stan ważniejszy, nie był on leczony podczas danego epizodu opieki lekarskiej.

Zasada MB2. Podano kilka stanów jako „stan główny”

Jeżeli kilka stanów, których nie da się zakodować łącznie, podanych jest jako „stan główny”, a inne dostępne informacje wskazują na jeden z nich jako na „stan główny”, z powodu którego pacjent otrzymywał opiekę medyczną, wówczas do kodowania należy wybrać ten właśnie stan. W innym przypadku należy wybrać pierwszy z wymienionych stanów.

Uwaga: patrz także punkt 4.4.2, podpunkty: Kodowanie mnogich stanów chorobowych oraz Kodowanie kategorii połączonych.

Przykład 6: Stan główny: Zaćma
 Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych gronkowcowe
 Choroba niedokrwienna serca
 Inne stany: —
 Pacjent przebywał w szpitalu przez 5 tygodni
 Specjalność: Neurologia

Jako „stan główny” należy wybrać: Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych gronkowcowe i kodować: G00.3.

Przykład 7: Stan główny: Przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli
 Rozrost gruczołu krokowego
 Łuszczyca pospolita

Pacjent przebywał pod opieką ambulatoryjną dermatologa.

Jako „stan główny” należy wybrać: Łuszczyca pospolita i kodować: L40.0.

Przykład 8: Stan główny: Zwężenie zastawki mitralnej
Ostre zapalenie oskrzeli
Reumatoidalne zapalenie stawów
Inne stany: —
Specjalność: Medycyna ogólna
Jako „stan główny” należy wybrać: Zwężenie zastawki mitralnej i kodować: I05.0.

Przykład 9: Stan główny: Przewlekłe zapalenie śluzówki żołądka
Wtórny nowotwór złośliwy w węzłach chłonnych pachowych
Rak piersi
Inne stany: —
Procedura: Mastektomia
Jako „stan główny” należy wybrać: Nowotwór złośliwy piersi i kodować: C50.9.

Przykład 10: Stan główny: Przedwczesne pęknięcie błon płodowych
Przodowanie miednicy płodu
Niedokrwistość
Inne stany: —
Procedura: Poród siłami natury
Jako „stan główny” należy wybrać pierwszy wymieniony stan: Przedwczesne pęknięcie błon płodowych i kodować: O42.9.

Zasada MB3. Stan zapisany jako „stan główny” jest objawem rozpoznanego i leczonego stanu

Jeżeli objaw, cecha chorobowa (zwykle zaklasyfikowane do rozdziału XVIII) lub problem zdrowotny (sklasyfikowany w rozdziale XXI) wpisano jako „stan główny”, a tymczasem jest to wyraźnie objaw lub cecha chorobowa problemu zdrowotnego rozpoznanego i wpisanego w innym miejscu, z powodu którego pacjent otrzymał opiekę medyczną, wówczas jako „stan główny” należy wybrać ten właśnie stan chorobowy.

Przykład 11: Stan główny: Krwiomocz
Inne stany: Żylaki kończyn dolnych
Brodawczaki tylnej ściany pęcherza moczowego
Leczenie: Usunięcie brodawczaków za pomocą diatermii
Specjalność: Urologia
Jako „stan główny” należy wybrać ponownie: Brodawczaki tylnej ściany pęcherza moczowego i kodować: D41.4.

Przykład 12: Stan główny: Śpiączka
Inne stany: Choroba niedokrwienności serca
Otoskleroza
Cukrzyca insulinozależna
Specjalność: Endokrynologia
Rodzaj pomocy: Określenie odpowiedniej dawki insuliny

Jako „stan główny” należy wybrać ponownie: Cukrzyca insulinozależna i kodować: E10.0. Dostępne informacje wskazują na to, że do śpiączki doszło w przebiegu cukrzycy. Dlatego też należy uznać śpiączkę za czynnik modyfikujący kodowanie.

Przykład 13: Stan główny: Ból brzucha
Inne stany: Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego
Zabieg: Appendektomia

Jako „stan główny” należy wybrać ponownie: Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i kodować: K35.9.

Przykład 14: Stan główny: Drgawki gorączkowe
Inne stany: Niedokrwistość
Brak informacji o sposobie leczenia

Jako „stan główny” należy wybrać: Drgawki gorączkowe i kodować: R56.0. Zasada MB3 nie ma zastosowania, ponieważ „stan główny” nie jest objawem innego podanego stanu chorobowego.

Zasada MB4. Swoistość

Jeżeli rozpoznanie wpisane jako „stan główny” opisuje stan chorobowy w terminach ogólnych, a nazwa stanu chorobowego zawierająca dokładniejsze informacje o jego lokalizacji lub charakterze występuje w innym miejscu, wówczas należy wybrać termin bardziej szczegółowy jako „stan główny”.

Przykład 15: Stan główny: Incydent naczyniowo-mózgowy
Inne stany: Cukrzyca
Nadciśnienie tętnicze
Krwotok mózgowy

Jako „stan główny” należy wybrać ponownie: Krwotok mózgowy i kodować: I61.9.

Przykład 16: Stan główny: Wrodzona choroba serca
Inne stany: Ubytek przegrody międzykomorowej

Jako „stan główny” należy wybrać ponownie: Ubytek przegrody międzykomorowej i kodować: Q21.0.

Przykład 17: Stan główny: Zapalenie jelit
Inne stany: Choroba Leśniowskiego-Crohna jelita krętego

Jako „stan główny” należy wybrać ponownie: Choroba Leśniowskiego-Crohna jelita cienkiego i kodować: K50.0.

Przykład 18: Stan główny: Dystocja
Inne stany: Płód z wodogłowie
Stan zagrożenia życia płodu
Procedura: Cięcie cesarskie

Jako „stan główny” należy wybrać ponownie: Poród patologiczny wywołany przez inne nieprawidłowości płodu i kodować: O66.3.

Zasada MB5. Alternatywne rozpoznanie główne

Jeżeli objaw jest wpisany jako „stan główny” ze wskazaniem, że może być spowodowany jednym ze stanów chorobowych, jako „stan główny” należy wybrać ten objaw. Jeżeli podano dwa lub więcej stanów i opisano je jako opcje diagnostyczne dotyczące „stanu głównego”, do kodowania należy wybrać pierwszy wpisany stan.

Przykład 19: Stan główny: Ból głowy spowodowany przez stres i napięcie nerwowe lub przez ostre zapalenie zatok
Inne stany: —
Jako „stan główny” należy wybrać: Ból głowy i kodować: R51.

Przykład 20: Stan główny: Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego lub ostre zapalenie trzustki
Inne stany: —
Jako „stan główny” należy wybrać: Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego i kodować: K81.0.

Przykład 21: Stan główny: Zapalenie żołądkowo-jelitowe o etiologii zakaźnej lub spowodowane zatruciem pokarmowym
Inne stany: —
Jako „stan główny” należy wybrać: Zapalenie żołądkowo-jelitowe o etiologii zakaźnej i kodować: A09.

4.4.4 Uwagi dotyczące poszczególnych rozdziałów

Podane poniżej uwagi dotyczą konkretnych rozdziałów, w których mogą wystąpić problemy z wybieraniem kodów odpowiednich dla „stanów głównych”. Zasady opisane powyżej mają zastosowanie do wszystkich rozdziałów, chyba że notatka przy danym rozdziale określa inaczej.

Rozdział I: Wybrane choroby zakaźne i pasożytnicze**B20–B24 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV]**

Pacjent z zaburzeniami odporności z powodu choroby wywołanej przez wirus HIV może podczas tego samego epizodu opieki medycznej wymagać leczenia więcej niż jednej choroby, np. zakażeń wywołanych przez prątki i zakażeń wywołanych przez wirus cytomegalii. Kategorie i podkategorie występujące w tym bloku są przeznaczone dla choroby wywołanej przez wirus HIV z różnymi innymi związanymi z nią chorobami. Należy kodować „stan główny” do odpowiedniej podkategorii, tak jak to zostało wybrane przez lekarza praktyka.

Jeżeli „stan główny” został zapisany jako choroba wywołana przez wirus HIV wraz z wieloma chorobami towarzyszącymi, wówczas należy zastosować kod odpowiedniej podkategorii .7 spośród kodów B20–B22. Stany klasyfikujące się do dwóch lub więcej podkategorii tej samej kategorii należy kodować jako podkategorię .7 właściwej kategorii (np. B20 lub B21). Podkategoria B22.7 powinna być używana wówczas, gdy występuje stan, który można zaklasyfikować do dwóch lub więcej kategorii z bloku B20–B22. Jeżeli konieczne jest osobne określenie wymienionych stanów, wówczas można zastosować kody dodatkowe spośród kodów B20–B24.

W rzadkich przypadkach, kiedy powiązany stan chorobowy w sposób oczywisty występował przed zakażeniem wirusem HIV, nie należy kodować tych stanów łącznie, lecz należy stosować zasady wyboru.

Przykład 1: Stan główny: Choroba wywołana przez HIV i mięsak Kaposiego
Inne stany: —
Należy kodować: Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem jest mięsak Kaposiego (B21.0).

Przykład 2: Stan główny: Toksoplazmoza i kryptokokoza u pacjenta zakażonego wirusem HIV
Inne stany: —
Należy kodować: Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem są zakażenia mnogie (B20.7). W razie potrzeby można stosować kody dodatkowe: B20.8 (Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem są inne choroby zakaźne i pasożytnicze) i B20.5 (Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem są inne grzybice).

Przykład 3: Stan główny: Choroba wywołana przez HIV z zapaleniem płuc wywołanym przez *Pneumocystis carinii*, chłoniakiem Burkitta i kandydozą jamy ustnej
Inne stany: —
Należy kodować: Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem są zakażenia mnogie (B22.7). W razie potrzeby można stosować kody dodatkowe: B20.6 (Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem jest zapalenie płuc wywołane przez *Pneumocystis carinii*), B21.1 (Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem jest chłoniak Burkitta) oraz B20.4 (Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem jest kandydoza).

Podkategorie w obrębie kategorii B20–B23 są tylko opcjonalnymi czteroznakowymi kodami przeznaczonymi dla krajów używających czteroznakowej wersji klasyfikacji ICD-10. W sytuacjach, gdy nie jest wymagane stosowanie tych podkategorii czteroznakowych należy stosować kody z innych miejsc klasyfikacji jako kody dodatkowe przeznaczone do identyfikacji określonych wynikłych stanów chorobowych. W przedstawionym powyżej przykładzie 1 „stan główny” byłby zakodowany jako B21 (Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem są nowotwory złośliwe), a kodu C46.9 (mięsak Kaposiego) można byłoby użyć jako kodu dodatkowego. W przykładzie 2, „stan główny” byłby zakodowany jako B20 (Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem są choroby zakaźne i pasożytnicze). Natomiast kody B58.9 (Toksoplazmoza, nieokreślona) i B45.9 (Kryptokokoza, nieokreślona) mogłyby zostać użyte jako kody dodatkowe.

Decyzja co do tego, czy dla określenia poszczególnych stanów należy stosować podkategorie czteroznakowe spośród kategorii B20–B23, czy też kodowanie wieloczynnikowe, wynika z przyjętej strategii kodowania, którą należy rozważyć w ramach procesu wdrażania klasyfikacji ICD-10.

B90–B94 Następstwa chorób zakaźnych i pasożytniczych

Kodów tych nie należy stosować jako kodów preferowanych dla określania „stanu głównego”, jeżeli opisano charakter stanu resztkowego. Podczas kodowania stanu resztkowego (pozostałości stanu chorobowego) można użyć kodów B90–B94 jako opcjonalnych kodów dodatkowych (patrz punkt 4.4.2, podpunkt: Kodowanie następstw niektórych stanów).

B95–B97 Bakteryjne, wirusowe i inne czynniki zakaźne

Kodów tych nie należy używać do kodowania „stanu głównego”. Są one przeznaczone do opcjonalnego stosowania jako kody dodatkowe określające czynnik lub organizm zakaźny w chorobach sklasyfikowanych poza rozdziałem I. Zakażenia o nieokreślonym umiejscowieniu wywołane przez te czynniki są sklasyfikowane w rozdziale I w innym miejscu.

Przykład 4: Stan główny: Ostre zapalenie pęcherza moczowego wywołane przez *E. coli*
Inne stany: —
Jako „stan główny” należy kodować: Ostre zapalenie pęcherza moczowego (N30.0). Kodu B96.2 (*E. coli* jako przyczyna chorób sklasyfikowanych w innych rozdziałach) można użyć jako kodu dodatkowego.

Przykład 5: Stan główny: Zakażenie bakteryjne
Inne stany: —
Jako „stan główny” należy wybrać: Zakażenie bakteryjne, nieokreślone (A49.9). Nie należy w tym przypadku stosować kategorii spośród B95–B97.

Rozdział II: Nowotwory

Podczas kodowania nowotworów należy pamiętać o uwagach przedstawionych na początku rozdziału II w Tomie I oraz uwagach zamieszczonych we wprowadzeniu do indeksu alfabetycznego (Tom III), określających zasady przypisywania kodów i używania opisów morfologicznych.

Nowotwór (zarówno o charakterze pierwotnym, jak i przerzutowym), będący głównym stanem, którego dotyczy opieka medyczna podczas danego kontaktu ze służbą zdrowia, należy rejestrować i kodować jako „stan główny”. Jeżeli „stan główny” wpisany przez lekarza praktyka jest nowotworem pierwotnym, który już nie występuje (został usunięty podczas poprzedniego epizodu opieki medycznej), wówczas jako „stan główny” należy kodować nowotwór o umiejscowieniu wtórnym, aktualnie występujące powikłanie lub okoliczności, które można zakodować w kategoriach z rozdziału XXI (patrz punkt 4.4.1, podpunkt: Kontakt ze służbą zdrowia spowodowany przyczynami innymi niż choroba), będące aktualnie przedmiotem leczenia lub diagnostyki. Jako opcjonalny kod dodatkowy można zastosować odpowiedni kod z rozdziału XXI dla danego nowotworu.

Przykład 6: Stan główny: Rak gruczołu krokowego
Inne stany: Przewlekłe zapalenie oskrzeli
Procedura: Usunięcie gruczołu krokowego
Jako „stan główny” należy kodować: Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (C61).

Przykład 7: Stan główny: Rak piersi – usunięty dwa lata temu
 Inne stany: Przerzuty raka w płucach
 Procedura: Bronchoskopia z biopsją

Jako „stan główny” należy kodować: Wtórny nowotwór złośliwy płuc (C78.0). Opcjonalnie można użyć następującego kodu dodatkowego: Z85.3 (Nowotwory złośliwe piersi w wywiadzie).

Przykład 8: Stan główny: Stan po usunięciu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego – pacjent przyjęty w celu wykonania cystoskopii
 Inne stany: —
 Procedura: Cystoskopia

Jako „stan główny” należy kodować: Badanie kontrolne po operacji nowotworu złośliwego (Z08.0). Opcjonalnie można użyć następującego kodu dodatkowego: Z85.5 (Nowotwory złośliwe układu moczowego w wywiadzie).

C80 Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia

C97 Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu

Kodu C80 należy używać do kodowania „stanu głównego” tylko wówczas, gdy lekarz praktyk wyraźnie zapisał nowotwór w taki sposób. Kod C97 należy stosować w przypadku, gdy lekarz zapisał jako „stan główny” dwa lub więcej niezależnych pierwotnych nowotworów złośliwych, z których żaden nie miał charakteru dominującego. Dodatkowych kodów można używać do określenia poszczególnych wymienionych nowotworów złośliwych.

Przykład 9: Stan główny: Zrakowacenie
 Inne stany: —

Należy kodować: Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia (C80).

Przykład 10: Stan główny: Szpiczak mnogi i pierwotny gruczolakorak gruczołu krokowego

Należy kodować: Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu (C97). Kodów C90.0 (Szpiczak mnogi) i C61 (Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego) można używać jako kodów dodatkowych.

Rozdział III: Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz wybrane choroby przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych

Niektóre stany zaklasyfikowane do tego rozdziału mogą być wynikiem działania leków lub innych przyczyn zewnętrznych. Kodów z rozdziału XX można używać jako opcjonalnych kodów dodatkowych.

Przykład 11: Stan główny: Niedokrwistość z niedoboru kwasu foliowego wywołana przez trimetoprim
 Inne stany: —

Jako „stan główny” należy kodować: Polekowa niedokrwistość z niedoboru kwasu foliowego (D52.1). Opcjonalnie można użyć następującego kodu

dotatkowego: Y41.2 (Leki przeciwmalaryczne i leki działające na inne pierwotniaki występujące we krwi).

Rozdział IV: Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych

Niektóre stany zaklasyfikowane do tego rozdziału mogą być wynikiem działania leków lub innych przyczyn zewnętrznych. Kodów z rozdziału XX można używać jako opcjonalnych kodów dodatkowych.

E10–E14 Cukrzyca

W kodowaniu „stanu głównego” wybór właściwej podkategorii z listy odnoszącej się do wszystkich kategorii E10–E14 powinien być oparty na „stanie głównym” zapisanym przez lekarza. Podkategorii .7 należy używać jako kodu „stanu głównego” tylko wówczas, gdy jako „stan główny” zapisano mnogie powikłania cukrzycy bez wskazania preferencji wobec któregośkolwiek z powikłań. Kody dotyczące poszczególnych powikłań można dodać jako opcjonalne kody dodatkowe.

Przykład 12: Stan główny: Niewydolność nerek wywołana przez cukrzycowe zapalenie kłębuszków nerkowych
Należy kodować: Cukrzyca nieokreślona z powikłaniami nerkowymi (E14.2† i N08.3*).

Przykład 13: Stan główny: Cukrzyca insulinozależna z neuropatią, zgorzelą i zaćmą
Inne stany: —
Należy kodować: Cukrzyca insulinozależna z wieloma powikłaniami (E10.7). Kody: E10.2† i N08.3* (Cukrzyca insulinozależna z powikłaniami nerkowymi), E 10.5 (Cukrzyca insulinozależna z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego) oraz E10.3† i H28.0* (Cukrzyca insulinozależna z zaćmą) można dołączyć jako opcjonalne kody dodatkowe w celu określenia poszczególnych powikłań.

E34.0 Zespół rakowiaka

Jeżeli jako „stan główny” wpisano guz typu rakowiaka, wówczas nie można go używać jako kodu preferowanego, chyba że opieka medyczna była ukierunkowana głównie na zespół objawów wewnątrzwydzielniczych. Podczas kodowania guza, można użyć kodu E34.0 jako opcjonalnego kodu dodatkowego w celu określenia aktywności czynnościowej.

E64.- Następstwa niedożywienia i innych niedoborów pokarmowych

E68 Następstwa hiperalimentacji

Powyższych kodów nie należy używać jako kodów preferowanych dla „stanu głównego”, jeżeli zapisano charakter stanu resztkowego. Podczas kodowania stanu resztkowego można użyć kodów E64.- lub E68 jako opcjonalnych kodów dodatkowych.

Rozdział V: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania

W tym rozdziale, w celu zapewnienia pomocy lekarzom przy ustalaniu rozpoznania, podano definicje kategorii i podkategorii. Nie powinny one jednak być używane przez osoby kodujące. Kod „stanu głównego” powinien zostać przypisany na podstawie rozpoznania określonego przez lekarza praktyka, nawet jeżeli występuje niezgodność pomiędzy zapisanym stanem a jego definicją. W niektórych kategoriach występuje możliwość użycia kodów dodatkowych.

Rozdział VI: Choroby układu nerwowego

Niektóre stany sklasyfikowane do tego rozdziału mogą być wynikiem działania leków lub innych przyczyn zewnętrznych. Kodów z rozdziału XX można używać jako opcjonalnych kodów dodatkowych.

G09 Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego

Powyższego kodu nie należy używać jako kodu preferowanego dla „stanu głównego”, jeżeli został zapisany charakter stanu resztkowego. Podczas kodowania pozostałości stanu chorobowego można zastosować kod G09 jako opcjonalny kod dodatkowy. Należy zauważyć, że następstwa kategorii G01*, G02*, G05* i G07* nie powinny być przypisywane do G09, ale raczej do kategorii ustalonych dla następstw przyczyny pierwotnej np. B90–B94. Jeżeli nie istnieje kategoria następstw dla przyczyny pierwotnej, wówczas należy kodować samą przyczynę pierwotną.

Przykład 14: Stan główny: Głuchota wywołana gruźliczym zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych
 Specjalność: Laryngologia
 Jako „stan główny” należy kodować: Ubytek słuchu, nieokreślony (H91.9). Kodu B90.0 (Następstwa gruźlicy ośrodkowego układu nerwowego) można użyć jako opcjonalnego kodu dodatkowego.

Przykład 15: Stan główny: Padaczka wywołana przez stary ropień mózgu
 Specjalność: Neurologia
 Jako „stan główny” należy kodować: Padaczka, nieokreślona (G40.9). Kodu G09 (Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego) można użyć jako opcjonalnego kodu dodatkowego.

Przykład 16: Stan główny: Upośledzenie umysłowe lekkiego stopnia po zapaleniu mózgu wywołanym szczepieniem
 Specjalność: Psychiatria
 Jako „stan główny” należy kodować: Upośledzenie umysłowe lekkiego stopnia (F70.9). Kodu G09 (Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego) można użyć jako opcjonalnego kodu dodatkowego.

G81–G83 Zespoły porażenne

Kodów tych nie należy używać jako kodów preferowanych dla „stanu głównego”, jeśli zapisano aktualną przyczynę, chyba że epizod opieki dotyczył głównie samego porażenia. Podczas kodowania przyczyny można stosować kody G81–G83 jako opcjonalne kody dodatkowe.

Przykład 17: Stan główny: Incydent naczyniowo-mózgowy z porażeniem połowicznym
Inne stany: —
Specjalność: Neurologia
Jako „stan główny” należy kodować: Udar mózgu, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy (I64). Kodu G81.9 (Porażenie połowiczne, nieokreślone) można użyć jako opcjonalnego kodu dodatkowego.

Przykład 18: Stan główny: Zawał mózgu trzy lata temu
Inne stany: Porażenie lewej kończyny dolnej
Jako „stan główny” należy kodować: Porażenie jednej kończyny dolnej (G83.1). Kodu I69.3 (Następstwa zawału mózgu) można użyć jako opcjonalnego kodu dodatkowego.

Rozdział VII: Choroby oka i przydatków oka

H54.- Ślepotą i upośledzenie widzenia

Kodu tego nie należy używać jako kodu preferowanego dla „stanu głównego”, jeśli opisano przyczynę kontaktu ze służbą zdrowia, chyba że opieka medyczna dotyczy głównie samego upośledzenia widzenia. W przypadku kodowania innej przyczyny opieki kodu H54.- można użyć jako opcjonalnego kodu dodatkowego.

Rozdział VIII: Choroby ucha i wyrostka sutkowatego

Kodu tego nie należy używać jako kodu preferowanego dla „stanu głównego”, jeśli opisano przyczynę kontaktu ze służbą zdrowia, chyba że opieka medyczna dotyczyła głównie samego upośledzenia słuchu. W przypadku kodowania innej przyczyny opieki kodów H90.- lub H91.- można użyć jako opcjonalnych kodów dodatkowych.

Rozdział IX: Choroby układu krążenia

I15.- Nadciśnienie wtórne

Kodu tego nie należy używać jako kodu preferowanego dla „stanu głównego”, jeśli opisano przyczynę kontaktu ze służbą zdrowia, chyba że opieka medyczna dotyczyła głównie nadciśnienia tętniczego. W przypadku kodowania innej przyczyny opieki kodu I15.- można użyć jako opcjonalnego kodu dodatkowego.

I69.- Następstwa chorób naczyniowych mózgu

Kodu tego nie należy używać jako kodu preferowanego dla „stanu głównego”, jeśli opisano charakter stanu resztkowego. W przypadku kodowania stanu resztkowego kodu I69.- można użyć jako opcjonalnego kodu dodatkowego.

Rozdział XV: Cięża, poród i okres połogu

O08.- Powikłania poronienia, ciąży pozamacicznej lub zaśniadowej

Kodu tego nie należy używać jako kodu preferowanego dla „stanu głównego” z wyjątkiem sytuacji, kiedy nowy epizod korzystania z opieki medycznej jest związany wyłącznie z leczeniem powikłań, np. aktualnie występującego powikłania przebytego poronienia. Kodu tego można używać jako kodu dodatkowego w połączeniu z kategoriami O00–O02 w celu określenia powiązanych powikłań, a z kategoriami O03–O07 w celu przekazania pełniejszych informacji na temat powikłania.

Warto zauważyć, że podczas przypisywania czwartego znaku kodu w obrębie kategorii O03–O07 należy odnosić się do terminów włączonych podanych w podkategoriach kodu O08.

Przykład 19: Stan główny: Pęknięta ciąża jajowodowa ze wstrząsem
Specjalność: Ginekologia

Jako „stan główny” należy kodować: Pęknięta ciąża jajowodowa (O00.1). Kodu O08.3 (Wstrząs w następstwie poronienia, ciąży pozamacicznej i zaśniadowej) można użyć jako opcjonalnego kodu dodatkowego.

Przykład 20: Stan główny: Niezupełne poronienie z przebicciem macicy
Specjalność: Ginekologia

Jako „stan główny” należy kodować: Niezupełne poronienie, nieokreślone z innymi i nieokreślonymi powikłaniami (O06.3). Kod O08.6 (Uszkodzenie narządów i tkanek miednicy w następstwie poronienia, ciąży pozamacicznej i zaśniadowej) można dołączyć jako opcjonalny kod dodatkowy.

Przykład 21: Stan główny: Rozsiane wykrzepianie wewnątrzmaciczne w następstwie sztucznego poronienia przeprowadzonego dwa dni wcześniej w innej klinice
Specjalność: Ginekologia

Jako „stan główny” należy kodować: Długotrwałe lub nadmierne krwawienie w następstwie poronienia, ciąży pozamacicznej i zaśniadu graniastego (O08.1). Nie trzeba tutaj dodawać innego kodu, ponieważ poronienie miało miejsce podczas poprzedniego epizodu opieki medycznej.

O80–O84 Sposób rozwiązania i ukończenia porodu

Stosowanie tych kodów dla opisu „stanu głównego” powinno zostać ograniczone do przypadków, kiedy jedyną podaną informacją jest określenie sposobu lub metody porodu. Kody O80–O84 można wykorzystywać jako opcjonalne kody dodatkowe w celu wskazania metody lub typu porodu, jeżeli do tego celu nie stosuje się oddzielnych danych lub procedur klasyfikacji.

Przykład 22: Stan główny: Ciąża
Inne stany: —
Procedura: Poród przy pomocy kleszczy wyjściowych

Jako „stan główny” należy kodować: Poród przy pomocy kleszczy wyjściowych (O81.0), ponieważ nie są dostępne inne informacje.

Przykład 23: Stan główny: Ciąża urodzona
Inne stany: Nieskuteczna próba wywołania czynności porodowej
Procedura: Cięcie cesarskie

Jako „stan główny” należy kodować: Nieskuteczna próba wywołania czynności porodowej, nieokreślona (O66.4). Kod: Poród przez cięcie cesarskie, nieokreślony (O82.9) można dodać jako opcjonalny kod dodatkowy.

Przykład 24: Stan główny: Urodzona ciąża bliźniacza
Inne stany: —
Procedura: Poród samoistny
Jako „stan główny” należy kodować: Ciąża bliźniacza (O30.0). Kod O84.0 (Poród mnogi, w całości samoistny) można dodać jako opcjonalny kod dodatkowy.

Przykład 25: Stan główny: Urodzony o czasie martwy płód, 2800 g
Inne stany: —
Procedura: Poród samoistny
Jako „stan główny” należy kodować: Opieka położnicza z powodu śmierci wewnątrzmacicznej (O36.4), jeżeli nie można określić dokładnej przyczyny śmierci płodu.

O98–O99 Choroby matki sklasyfikowane gdzie indziej, lecz wikłające ciążę, poród i połóg

Występujące tutaj podkategorie powinny być używane do kodowania „stanu głównego” w pierwszej kolejności w stosunku do kategorii spoza rozdziału XV, jeśli sklasyfikowany stan został wskazany przez lekarza jako powikłanie ciąży, był nasilony przez ciążę lub był przyczyną opieki położniczej. W celu szczegółowego określenia stanu można użyć, jako opcjonalnych kodów dodatkowych, odpowiednich kodów z innych rozdziałów.

Przykład 26: Stan główny: Toksoplazmoza
Inne stany: Ciąża nieurodzona
Specjalność: Klinika ciąży wysokiego ryzyka
Jako „stan główny” należy kodować: Choroby pierwotniakowe wikłające ciążę, poród i połóg (O98.6). Kodu B58.9 (Toksoplazmoza, nieokreślona) można użyć jako kodu dodatkowego w celu określenia danego organizmu.

Rozdział XVIII: Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej

Kategorii z tego rozdziału nie należy używać jako kodów opisujących „stan główny”, chyba że objaw, cecha chorobowa lub nieprawidłowy wynik badań klinicznych i laboratoryjnych był bez wątpienia głównym stanem leczonym lub diagnozowanym podczas danego epizodu opieki medycznej i nie był on powiązany z żadnym innym stanem wpisanym przez lekarza. Patrz także zasada MB3 (punkt 4.4.3) i wprowadzenie do rozdziału XVIII w Tomie I, gdzie znajdują się dodatkowe informacje.

Rozdział XIX: Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych

W przypadku, gdy zapisano liczne urazy i żadnego z nich nie wybrano jako „stanu głównego”, należy użyć kodu jednej z kategorii przeznaczonych dla określenia licznych urazów:

- tego samego typu tej samej okolicy ciała (zwykle czwarty znak .7 w kategoriach S00–S99),
- różnych typów tej samej okolicy ciała (zwykle czwarty znak .7 w ostatniej kategorii każdego bloku, np. S09, S19, S29 itd.) oraz
- tego samego typu różnych okolic ciała (T00–T05).

Należy wziąć pod uwagę następujące wyjątki:

- w przypadku urazów wewnętrznych zapisanych wyłącznie z urazami powierzchniowymi i/lub otwartymi ranami należy kodować urazy wewnętrzne jako „stan główny”;
- w przypadku złamań czaszki i kości twarzoczaszki połączonych z urazem wewnątrzczaszkowym należy kodować uraz wewnątrzczaszkowy jako „stan główny”;
- w przypadku krwotoku wewnątrzczaszkowego zapisanego z innymi urazami głowy należy kodować krwotok wewnątrzczaszkowy jako „stan główny”;
- w przypadku złamań zapisanych razem z otwartymi ranami wyłącznie o tej samej lokalizacji, należy kodować złamanie jako „stan główny”.

Podczas stosowania kategorii urazów mnogich kodów każdego pojedynczego urazu można używać jako kodów dodatkowych. W przypadku zaistnienia wymienionych wyjątków związany z nimi uraz może być określony obok kodu głównego albo przez opcjonalny kod dodatkowy, albo przez jedną z cyfr przeznaczonych do tego celu.

Przykład 27: Stan główny: Uraz pęcherza i cewki moczowej
Inne stany: —

Jako „stan główny” należy kodować: Uraz licznych narządów miednicy (S37.7). Kodów S37.2 (Uraz pęcherza moczowego) i S37.3 (Uraz cewki moczowej) można użyć jako opcjonalnych kodów dodatkowych.

Przykład 28: Stan główny: Otwarty uraz wewnątrzczaszkowy z krwotokiem mózdzkowym
Inne stany: —

Jako „stan główny” należy kodować: Pourazowy krwotok mózdzkowy (S06.8). W razie potrzeby można określić otwarte rany czaszki poprzez dodatkowy kod S01.9 (Otwarta rana głowy, część nieokreślona) lub przez dodanie cyfry „1” („z otwartymi ranami wewnątrzczaszkowymi”) do kodu S06.8 (S06.8.1).

T90–T98 Następstwa urazów, zatruc i innych skutków działania czynników zewnętrznych

Kodów tych nie należy używać jako kodów preferowanych dla „stanu głównego”, jeśli jest opisany charakter stanu resztkowego. Podczas kodowania stanów resztkowych kategorii T90–T98 można używać jako opcjonalnych kodów dodatkowych.

Rozdział XX: Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu

Kodów tych nie należy używać jako kodów „stanu głównego”. Są one przeznaczone do stosowania w charakterze opcjonalnych kodów dodatkowych w celu określenia zewnętrznej przyczyny stanów sklasyfikowanych w rozdziale XIX, a także mogą być używane jako opcjonalne kody dodatkowe w połączeniu ze stanami sklasyfikowanymi w innych rozdziałach, ale spowodowanymi przyczyną zewnętrzną.

5. Prezentacje statystyczne

5.1 Wprowadzenie

W tej części przedstawiono zasady dotyczące statystyki używanej do porównań międzynarodowych oraz wskazówki na temat sposobu prezentacji danych w krajowych i lokalnych tablicach statystycznych.

Osoby odpowiedzialne za wykonywanie analiz danych powinny uczestniczyć w określaniu protokołu przetwarzania (w tym także sposobu kodowania) nie tylko danych diagnostycznych, lecz także wszystkich innych elementów, które mają być z nimi powiązane w formie tabel.

5.2 Źródła danych

Za medyczną kartę zgonu odpowiedzialny jest zazwyczaj lekarz prowadzący pacjenta. Karta zgonu powinna być dostosowana do międzynarodowych zaleceń (patrz punkt 4.1.3). Procedury administracyjne powinny zapewniać poufność danych pochodzących z karty zgonu lub z innych dokumentów medycznych.

W przypadku zgonu poświadczonego przez koronerów (urzędników poświadczających zgon i prowadzących dochodzenie w przypadku nienaturalnej śmierci) lub inne władze, dane medyczne przekazane osobie wypełniającej kartę zgonu należy wpisać na kartę zgonu obok innych wyników dochodzenia prawnego.

5.3 Poziom szczegółowości w tabulacjach

Istnieją standardowe metody wypisywania przyczyn zakodowanych według klasyfikacji ICD, jak również formalne zalecenia dotyczące list tabulacyjnych umożliwiające wykonywanie międzynarodowych porównań (patrz punkt 5.6). W tabulacjach przeznaczonych do innych celów hierarchiczna struktura klasyfikacji ICD umożliwia różnorodne grupowanie danych.

Rubryki trzy- i czteroznakowe klasyfikacji ICD umożliwiają uzyskanie wysokiego stopnia szczegółowości. Czasem używa się ich do tworzenia tabel referencyjnych, obejmujących duży zakres danych, które nie mogą być publikowane, ale pozostają w biurze centralnym, skąd – na żądanie – może zostać udostępniona informacja dotycząca konkretnego rozpoznania. Na tym poziomie klasyfikacja jest także używana przez specjalistów zainteresowanych szczegółowymi analizami ograniczonego zakresu rozpoznań. Jeszcze wyższy poziom szczegółowości w takich zastosowaniach można zapewnić poprzez używanie poziomu 5-go i 6-go znaku. W tym celu konieczne jest kodowanie także dodatkowych znaków przewidzianych dla niektórych rubryk klasyfikacji lub stosowanie jednej ze specjalistycznych adaptacji rodziny klasyfikacji.

Chociaż dołożono wszelkich starań w celu zapewnienia właściwego znaczenia tytułów podkategorii czteroznakowych w przypadku, gdy występują one osobno, to jednak istnieją sytuacje, w których należy czytać je w połączeniu z tytułem kategorii trzyznakowej. W tych przypadkach konieczne jest albo włączenie trzyznakowych rubryk (i ich sum), albo użycie tytułów z adaptacji specjalistycznych do rubryk czteroznakowych, które są zawsze zrozumiałe, nawet jeśli występują pojedynczo. Istnieje ponad 2000 rubryk na poziomie trzyznakowym,

określających wszystkie stany wydające się być przedmiotem zainteresowania specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego.

W Tomie I znajdują się specjalne listy tabelaryczne, które opracowano w celu stosowania w sytuacjach, w których lista trzynakowa jest zbyt szczegółowa; zostały one zaprojektowane w taki sposób, że międzynarodowe porównania istotnych chorób i grup chorób nie są zakłócane przez zróżnicowane metody grupowania stosowane w różnych krajach.

5.4 Zalecane specjalne listy tabelaryczne umieralności

Specjalne listy tabelaryczne umieralności są przedstawione w Tomie I.

5.4.1 Listy zbiorcze

Istnieją dwie listy zbiorcze: lista 1 i lista 3. Obejmują one nagłówki wszystkich rozdziałów ICD, a ponadto – dla większości rozdziałów – określają pozycje wybranych stanów chorobowych wraz z kategoriami stanów określonych jako „Pozostałe...”, które uzupełniają zakresy odpowiednich rozdziałów. Streszczają one zatem pełny zakres trzynakowych kategorii klasyfikacji w ograniczonej liczbie rubryk w sposób przydatny do wielu celów związanych z publikacjami.

5.4.2 Listy wybrane

Dwie listy wybrane, lista 2 i lista 4, zawierają pozycje spośród większości rozdziałów klasyfikacji, dotyczące stanów chorobowych oraz przyczyn zewnętrznych istotnych dla monitorowania i analizowania stanu zdrowia populacji i problemów zdrowia związanych z umieralnością na poziomie zarówno wewnątrz krajowym, jak i międzynarodowym. Lista ta nie zawiera nagłówków rozdziałów. Ponadto tylko w kilku rozdziałach występują rubryki dla stanów określonych jako „Pozostałe...”, które umożliwiają dokonanie podsumowań całych rozdziałów.

5.4.3 Używanie przedrostków dla identyfikacji list umieralności

Używanie przedrostków numerycznych przy numerze pozycji zapobiega myleniu specjalnych list tabelarycznych pomiędzy sobą, gdyż kody tych samych stanów chorobowych posiadają różne numery. (Czteroznakowy kod klasyfikacji różni się od numerów pozycji specjalnych list tabelarycznych obecnością litery na pierwszym miejscu.) W przypadkach, gdy wykorzystuje się odpowiednio dostosowaną listę na poziomie krajowym lub lokalnym, należy stosować alternatywny przedrostek różnicujący.

5.4.4 Listy projektowane lokalnie

Cztery specjalne listy tabelaryczne stanowią dla większości krajów wystarczające źródło informacji na temat występowania większości ważnych chorób i zewnętrznych przyczyn zgonu. Podczas prowadzenia programów zdrowotnych ułatwiają one także porównywanie w czasie i obserwację zmian we względnej częstości występowania np. chorób zakaźnych i chorób zwyrodnieniowych. Pozwalają również na porównywanie różnych regionów kraju i podgrup populacji. Listy te umożliwiają ponadto tworzenie miarodajnych międzynarodowych porównań przyczyn zgonów.

Gdy nie zachodzi potrzeba dokonywania porównań międzynarodowych, można projektować listy podobne do specjalnych list tabelarycznych, przeznaczone do użytku lokalnego. Pozycje do takich list można zaczerpnąć z rubryk klasyfikacji, które należy pogrupować w najbardziej właściwy i użyteczny sposób. Specjalne listy mogą na przykład być potrzebne do monitorowania postępu wielu lokalnych programów medycznych w zakresie chorobowości i umieralności.

Podczas procesu adaptowania specjalnych list tabelarycznych do wymagań danego kraju lub podczas tworzenia listy tabelarycznej dla nowego lub specjalnego projektu, pomocne jest przeprowadzenie testu polegającego na obliczeniu liczby przypadków klasyfikujących się do każdej kategorii trzyznakowej, aby określić które stany można łączyć w jedną rubrykę o szerokim znaczeniu, a gdzie może być konieczne użycie podkategorii.

W przypadku tworzenia listy lokalnej legenda do kategorii zbiorczych powinna zawierać trzyznakowe (lub czteroznakowe) kody z klasyfikacji podstawowej.

5.5 Specjalna lista tabelaryczna chorobowości

5.5.1 Opis

Lista tabelaryczna chorobowości zawiera 298 szczegółowych pozycji. Lista ta jest listą zbiorczą, w której każda kategoria występuje tylko raz, a sumę dla grup chorób i rozdziałów klasyfikacji można otrzymać poprzez dodanie kolejnych pozycji.

Lista chorobowości ma być podstawą dla list krajowych i dla porównań pomiędzy różnymi krajami. Listy krajowe mogą być konstruowane poprzez kondensowanie względnie rozszerzanie klasyfikacji podstawowej stosownie do potrzeb. Listy tej można używać dla danych dotyczących opieki szpitalnej oraz – po odpowiedniej adaptacji, tj. po znacznego stopnia agregacji niektórych pozycji, a rozszerzeniu kategorii z rozdziału XVIII (Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych) i rozdziału XXI (Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia) – do gromadzenia informacji pochodzących z innych źródeł, takich jak opieka i badania ambulatoryjne. Gdy lokalna lista jest już zaprojektowana, legenda do kategorii zbiorczych powinna zawierać trzyznakowe (lub czteroznakowe) kody z klasyfikacji podstawowej.

Lista chorobowości obejmuje numery kodów kategorii gwiazdkowych w przypadkach, gdy w analizie są używane kody gwiazdkowe z podwójnego systemu klasyfikacji (system gwiazdek i krzyżyków). Lista ta może być używana do tabulacji opartych na kodzie krzyżykowym albo gwiazdkowym, a zatem istotne jest określenie tej cechy w każdej tablicy.

5.5.2 Modyfikacja specjalnej listy tabelarycznej chorobowości według wymagań narodowych

Jeżeli po przebadaniu częstości występowania rubryk trzyznakowych klasyfikacji zostanie stwierdzona potrzeba rozszerzenia listy, wówczas niektóre z pozycji obejmujących więcej niż jedną kategorię można podzielić według klasyfikacji podstawowej lub nawet do poziomu czteroznakowego. Jeżeli lista zalecana zostanie uznana za zbyt szczegółową lub jeżeli wymagana jest lista krótsza, wówczas można przeprowadzić selekcję, za podstawę przyjmując krajowe lub lokalne problemy zdrowotne. Zależnie od krajowego „profilu epidemiologicznego”, poszczególne kategorie mogą być łączone w celu skrócenia listy.

5.6 Zalecenia dotyczące tabeli statystycznych w celu tworzenia porównań międzynarodowych

5.6.1 Tablice statystyczne

Stopień szczegółowości w klasyfikacji krzyżowej według przyczyny, płci, wieku i obszaru geograficznego będzie uzależniony zarówno od celu i zakresu statystyki, jak i od praktycznych ograniczeń zastosowanej tabulacji. Poniżej przedstawione schematy, opracowane w celu promowania zgodności na poziomie międzynarodowym, stanowią standardowe metody wyrażania różnych parametrów. Jeżeli w publikowanych tabelach zastosowano odmienne klasyfikacje (np. w grupowaniu według wieku), wówczas powinny one dać się zredukować do jednego z zalecanych grupowań.

- (a) Analiza z wykorzystaniem międzynarodowej klasyfikacji chorób powinna być zgodna odpowiednio z:
 - (i) szczegółową listą kategorii tryznakowych, z podkategoriami czteroznakowymi lub bez takich podkategorii;
 - (ii) jedną ze specjalnych list tabelarycznych umieralności;
 - (iii) specjalną listą tabelaryczną chorobowości.
- (b) Klasyfikacja wiekowa dla celów ogólnych:
 - (i) poniżej 1 roku życia, od 1 do 4 roku życia, grupy 5-letnie od 5 do 84 roku życia, 85 rok życia i powyżej;
 - (ii) poniżej 1 roku życia, 1–4 rok życia, 5–14 rok życia, 15–24 rok życia, 25–34 rok życia, 35–44 rok życia, 45–54 rok życia, 55–64 rok życia, 65–74 rok życia, 75 rok życia i powyżej.
 - (iii) poniżej 1 roku życia, 1–14 rok życia, 15–44 rok życia, 45–64 rok życia, 65 rok życia i powyżej.
- (c) Klasyfikacja według obszaru powinna być zgodna odpowiednio z:
 - (i) każdym głównym podziałem administracyjnym;
 - (ii) każdym miastem i aglomeracją miejską o populacji 1 000 000 i powyżej, bądź największym miastem o populacji co najmniej 100 000;
 - (iii) krajowym skupiskiem obszarów miejskich o populacji 100 000 i powyżej;
 - (iv) krajowym skupiskiem obszarów miejskich o populacji mniejszej od 100 000;
 - (v) krajowym skupiskiem obszarów wiejskich.

Uwaga 1. Statystyki odnoszące się do punktu (c) powinny zawierać zastosowane definicje obszarów miejskich i wiejskich.

Uwaga 2. W krajach gdzie medyczna karta zgonu jest niekompletna lub ograniczona do niektórych obszarów, dane dotyczące zgonów niepotwierdzonych medycznie, powinny być publikowane oddzielnie.

5.6.2 Tabulacja przyczyn zgonu

Statystyki przyczyn zgonu dla określonego obszaru powinny być zgodne z zaleceniem (a)(i) podanym powyżej lub – jeżeli nie jest to możliwe – z zaleceniem (a)(ii). Zgony należy klasyfikować według płci i grup wiekowych, jak w zaleceniu (b)(i).

Statystyki przyczyn zgonu dla obszarów wymienionych w zaleceniu (c) powinny być zgodne z zaleceniem (a)(ii) lub – jeżeli nie jest to możliwe – z zaleceniem (a)(iii). Powinny one być uporządkowane w formie tabelarycznej według płci i grup wiekowych, jak w zaleceniu (b)(ii).

5.7 Standardy i wymagania dotyczące tworzenia sprawozdań na temat umieralności płodów, okołoporodowej, noworodków i niemowląt

Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło następujące definicje odnoszące się zarówno do statystyk przydatnych do porównań międzynarodowych, jak i przy tworzeniu raportów z danych, na podstawie których zostały one opracowane. Definicje te, przyjęte przez Zgromadzenie Zdrowia, są przedstawione w Tomie I, a dla wygody zostały powtórnie przytoczone poniżej.

5.7.1 Definicje

Żywe urodzenie

Żywe urodzenie jest to całkowite wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki produktu zapłodnienia, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim oddzieleniu oddycha lub wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, takie jak bicie serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, bez względu na to, czy pępowina została odcięta a łożysko odeszło; każdy produkt takiego urodzenia określany jest jako żywo urodzony.

Zgon płodu [noworodek martwo urodzony]

Zgonem płodu nazywamy zgon produktu zapłodnienia, niezależnie od czasu trwania ciąży, który nastąpił przed całkowitym wydaleniem lub wydobywaniem z ustroju matki; o zgonie świadczy to, że po takim oddzieleniu płód nie oddycha i nie wykazuje żadnych innych oznak życia, takich jak bicie serca, tętnienie pępowiny lub skurcze mięśni zależnych od woli.

Masa urodzeniowa

Masa urodzeniowa jest to wynik pierwszego pomiaru masy ciała płodu lub noworodka po urodzeniu.

W przypadku żywych urodzeń, pomiar masy urodzeniowej powinien być wykonany w ciągu pierwszej godziny życia, zanim nastąpi istotny pourodzeniowy ubytek masy ciała. Pomimo iż tabele statystyczne zawierają 500-gramowe przedziały dla masy urodzeniowej, nie należy zapisywać masy według tych przedziałów. Właściwa masa ciała powinna zostać zapisana z taką dokładnością, z jaką dokonano pomiaru.

Definicje „niskiej”, „bardzo niskiej” i „krańcowo niskiej” masy urodzeniowej nie stanowią kategorii wykluczających się, tzn. masa „niska” obejmuje „bardzo niską” i „krańcowo niską”, podczas gdy „bardzo niska” obejmuje „krańcowo niską”.

Niska masa urodzeniowa

Jest to masa urodzeniowa poniżej 2500 g (do 2499 g włącznie).

Bardzo niska masa urodzeniowa

Jest to masa urodzeniowa poniżej 1500 g (do 1499 g włącznie).

Krańcowo niska masa urodzeniowa

Jest to masa urodzeniowa poniżej 1000 g (do 999 g włącznie).

Wiek płodowy (czas trwania ciąży)

Czas trwania ciąży określa się od pierwszego dnia ostatniej normalnej miesiączki. Czas trwania ciąży wyraża się w ukończonych dniach lub tygodniach (np. zdarzenia występujące od 280 do zakończenia 286 dnia po pojawieniu się ostatniej normalnej miesiączki należy uważać za zdarzenia występujące w 40 tygodniu ciąży).

Czas trwania ciąży jest częstym źródłem pomyłek, kiedy obliczeń dokonuje się na podstawie daty miesiączki. W celu obliczenia czasu trwania ciąży i terminu porodu na podstawie daty ostatniej normalnej miesiączki należy pamiętać o tym, że pierwszy dzień ostatniej miesiączki jest dniem 0, a nie dniem 1; zatem dni 0–6 odpowiadają „ukończonemu tygodniowi zerowemu” ciąży, natomiast dni 7–13 odpowiadają „pierwszemu ukończonemu tygodniowi” ciąży, a 40 tydzień obecnej ciąży jest synonimem „ukończonego 39 tygodnia” ciąży. Jeśli nie jest możliwe ustalenie daty ostatniej miesiączki, wówczas ocena czasu trwania ciąży powinna być oparta na wynikach badania klinicznego. W celu uniknięcia nieporozumień należy podawać zarówno liczbę tygodni, jak i dni.

Poród przedwczesny

Jest to poród przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży (przed upływem 259 dni).

Poród o czasie

Jest to poród po ukończeniu 37 tygodnia, ale przed ukończeniem 42 tygodnia ciąży (od 259 do 293 dnia).

Poród po terminie

Jest to poród po ukończeniu 42 tygodnia ciąży (294 lub więcej dni).

Okres okołoporodowy

Okres okołoporodowy rozpoczyna się z chwilą ukończenia 22 tygodnia (154 dnia) ciąży (masa urodzeniowa wynosi wówczas zazwyczaj 500 g), a kończy się wraz z upływem 7 pełnych dni po urodzeniu.

Okres noworodkowy

Okres noworodkowy rozpoczyna się w chwili urodzenia i kończy się wraz z upływem 28 pełnych dni po urodzeniu. Zgony noworodków (zgony noworodków żywo urodzonych występujące w okresie przed ukończeniem pierwszych 28 dni życia) można podzielić na wczesne zgony noworodków, następujące w okresie pierwszych 7 dni życia i późne zgony noworodków, następujące po upływie 7 dni, lecz przed ukończeniem 28 dni życia.

W przypadku zgonu, który nastąpił w pierwszym dniu życia (dniu 0) wiek noworodka należy podawać w ukończonych minutach lub godzinach życia. W przypadku zgonu w dniu drugim (dzień 1), trzecim (dzień 2) aż do ukończenia 27 dni życia, wiek noworodka w chwili zgonu należy podawać w dniach.

5.7.2 Kryteria dla tworzenia raportów

Wymagania prawne dla rejestracji zgonów płodów i urodzeń żywych różnią się w różnych krajach, a nawet w obrębie tego samego kraju. Do statystyk należy w miarę możliwości włączać wszystkie płody i niemowlęta ważące co najmniej 500 g przy urodzeniu, bez względu na to czy były one żywe czy martwe. Jeśli nie podano informacji o urodzeniowej masie ciała, należy zastosować kryteria odpowiadające wiekowi płodowemu (ukończone 22 tygodnie) lub długości ciała (25 cm od szczytu głowy do pięt). Kryteria stwierdzenia, czy wydarzenie miało

miejsce w okresie okołoporodowym, powinny być stosowane w następującej kolejności: (1) urodzeniowa masa ciała, (2) wiek płodowy, (3) odległość od szczytu głowy do pięt. Włączenie do statystyk krajowych płodów i niemowląt ważących pomiędzy 500 g a 1000 g jest zalecane zarówno z powodu wartości tych danych samej w sobie, jak i z powodu zwiększenia zakresu sprawozdawczości do 1000 g i więcej.

5.7.3 Statystyki dla celów porównań międzynarodowych

W statystykach wykonywanych dla celów porównań międzynarodowych włączenie granicznych, niskich grup urodzeniowej masy ciała obniża wartość porównań i nie jest zalecane. Poszczególne kraje powinny utworzyć rejestry i procedurę opracowywania raportów, tak aby wydarzenia oraz kryteria ich włączania do statystyk były jasno określone. Mniej dojrzałe płody i niemowlęta, niespełniające tych kryteriów (np. masa urodzeniowa niższa niż 1000 g) powinny być wykluczone ze statystyk okołoporodowych, chyba że istnieją ku temu prawne lub inne ważne przesłanki. W takim przypadku ich włączenie powinno być wyraźnie opisane. Jeżeli urodzeniowa masa ciała, wiek płodowy i odległość od szczytu głowy do pięt nie są znane, wówczas należy włączyć te dane raczej do statystyk umieralności w okresie okołoporodowym, niż je wykluczyć. Kraje powinny także przedstawiać statystyki, w których w liczniku i mianowniku wszystkich wskaźników i współczynników występują tylko płody i niemowlęta ważące 1000 g i więcej (wskaźniki i współczynniki wg masy ciała); jeżeli nie jest dostępna informacja o urodzeniowej masie ciała, wówczas należy zastosować kryterium należnego wieku płodowego (ukończone 28 tygodni) lub długości ciała (35 cm od szczytu głowy do pięt).

Podczas opracowywania sprawozdań na temat umieralności płodów, okołoporodowej, noworodków i niemowląt zgony spowodowane przez wady rozwojowe należy w miarę możliwości określać dla urodzeń żywych i zgonów płodów, a także w odniesieniu do urodzeniowej masy ciała 500–999 g oraz 1000 g lub więcej. Zgony noworodków spowodowane przez wrodzone wady rozwojowe należy podzielić na wczesne i późne. Informacja ta umożliwi określenie statystyk umieralności w okresie okołoporodowym oraz w okresie noworodkowym, wraz ze zgonami spowodowanymi wrodzonymi wadami rozwojowymi oraz bez takich zgonów.

Wskaźniki i współczynniki

Publikowane wskaźniki i współczynniki zawsze powinny określać mianownik, którym może być liczba urodzeń żywych lub suma wszystkich urodzeń (urodzenia żywe plus urodzenia martwe). Poszczególne kraje zachęca się do analizowania wszystkich wskaźników i współczynników wymienionych poniżej lub tyłu z nich, na ile pozwala system gromadzenia danych.

Wskaźnik urodzeń martwych

(Liczba urodzeń martwych ÷ liczba urodzeń żywych) × 1000

Współczynnik urodzeń martwych

(Liczba urodzeń martwych ÷ suma wszystkich urodzeń) × 1000

Współczynnik urodzeń martwych wg masy ciała noworodka

(Liczba urodzeń martwych, płody o wadze 1000 g i powyżej ÷ suma wszystkich urodzeń, płody o wadze 1000 g i powyżej) × 1000

Współczynnik wczesnej umieralności noworodków

(Liczba wczesnych zgonów noworodków ÷ liczba urodzeń żywych) × 1000

Współczynnik wczesnej umieralności noworodków wg masy ciała

(Liczba wczesnych zgonów noworodków ważących 1000 g i powyżej ÷ liczba urodzeń żywych noworodków ważących 1000 g i powyżej) × 1000

Wskaźnik umieralności okołoporodowej

(Liczba urodzeń martwych i liczba wczesnych zgonów noworodków ÷ liczba urodzeń żywych) × 1000

Współczynnik umieralności okołoporodowej

(Liczba urodzeń martwych i liczba wczesnych zgonów noworodków ÷ suma wszystkich urodzeń) × 1000

Współczynnik umieralności okołoporodowej jest liczbą zgonów płodów ważących co najmniej 500 g (lub – kiedy waga urodzeniowa nie jest podana – po ukończeniu 22 tygodni wieku płodowego, bądź o długości ciała [odległość od szczytu głowy do pięt] 25 cm lub więcej) plus liczba wczesnych zgonów noworodków, na 1000 wszystkich urodzeń. Z powodu różnych mianowników w każdej składowej tego ilorazu nie jest konieczne równanie się sumy współczynnika urodzeń martwych i współczynnika wczesnej umieralności noworodków.

Współczynnik umieralności okołoporodowej wg masy ciała

[(Liczba urodzeń martwych, o masie ciała 1000 g i powyżej + liczba wczesnych zgonów noworodków ważących 1000 g i powyżej przy urodzeniu) ÷ suma urodzeń o masie ciała 1000 g i powyżej] × 1000

Współczynnik umieralności noworodków

(Liczba zgonów noworodków o masie ciała 1000 g i powyżej przy urodzeniu ÷ liczba urodzeń żywych o masie ciała 1000 g i powyżej) × 1000

Współczynnik umieralności niemowląt

(Liczba zgonów przed ukończeniem pierwszego roku życia ÷ liczba urodzeń żywych) × 1000

Współczynnik umieralności niemowląt wg masy ciała

(Liczba zgonów przed ukończeniem pierwszego roku życia spośród żywych urodzeń o wadze 1000 g i powyżej ÷ liczba urodzeń żywych o masie ciała 1000 g i powyżej) × 1000

5.7.4 Prezentowanie przyczyn umieralności okołoporodowej

Najbardziej korzystna dla celów statystyk umieralności okołoporodowej, zaczerpniętych z formularza świadectwa zgonu zalecanego do tego celu (patrz punkt 4.3.1), jest wieloczynnikowa, przeprowadzona w pełnej skali analiza wszystkich zarejestrowanych stanów. Jeżeli nie ma możliwości przeprowadzenia takiej analizy, wówczas za minimum należy przyjąć przeanalizowanie głównej choroby lub stanu płodu lub niemowlęcia (część (a)) oraz głównego stanu matki wpływającego na płód lub niemowlę (część (c)) z tabulacją krzyżową grup tych dwóch stanów. Jeśli konieczne jest wybranie do analizy tylko jednego stanu (na przykład jeżeli wczesne zgony noworodków muszą być włączone do tablic jednoczynnikowych [obejmujących tylko jedną przyczynę zgonu] dla wszystkich grup wiekowych), wówczas do tego celu należy wybrać główną chorobę lub stan płodu lub niemowlęcia (część (a)).

Klasyfikacja wiekowa dla specjalnych statystyk umieralności niemowląt

- (i) Według pojedynczych dni w pierwszym tygodniu życia (poniżej 24 godzin, 1, 2, 3, 4, 5, 6 dni), 7–13 dni, 14–20 dni, 21–27 dni, 28 dni i więcej do 2 miesięcy (wyłącznie), 2 miesiące, według pojedynczych miesięcy życia od 2 miesięcy do 1 roku życia (2, 3, 4 itd. do 11 miesięcy).
- (ii) Poniżej 24 godzin, 1–6 dni, 7–27 dni, 28 dni i więcej do 3 miesięcy (wyłącznie), 3–5 miesięcy, 6 miesięcy, ale poniżej 1 roku życia.
- (iii) Poniżej 7 dni, 7–27 dni, 28 dni, ale poniżej 1 roku.

Klasyfikacja wiekowa dla wczesnej umieralności noworodków

- (i) Poniżej 1 godziny, 1–11 godzin, 12–23 godziny, 24–47 godzin, 48–71 godzin, 72–167 godzin.
- (ii) Poniżej 1 godziny, 1–23 godziny, 24–167 godzin.

Klasyfikacja według urodzeniowej masy ciała dla celów statystyk umieralności okołoporodowej

Według przedziałów masy ciała co 500 g, np. 1000–1499 g itd.

Klasyfikacja według wieku płodowego dla celów statystyk umieralności okołoporodowej

Poniżej 28 tygodni (poniżej 196 dni), 28–31 tygodni (196–223 dni), 32–36 tygodni (224–258 dni), 37–41 tygodni (259–293 dni), 42 tygodnie i powyżej (294 dni i więcej).

5.8 Standardy i wymagania dotyczące tworzenia raportów w odniesieniu do umieralności matek**5.8.1 Definicje****Zgon matki**

Za zgon matki uważa się zgon kobiety w czasie ciąży lub w okresie 42 dni od zakończenia ciąży, niezależnie od czasu trwania i umiejscowienia ciąży, z jakiegokolwiek przyczyny związanej z ciążą lub nasilonej przez ciążę bądź jej podtrzymywanie, wyłączając zgony przypadkowe lub spowodowane wypadkiem.

Późny zgon matki

Późny zgon matki jest to zgon kobiety z powodu bezpośrednich lub pośrednich przyczyn położniczych, który nastąpił po upływie 42 dni, lecz mniej niż jeden rok od chwili zakończenia ciąży.

Zgon związany z ciążą

Zgon związany z ciążą jest to zgon kobiety w czasie ciąży lub w okresie 42 dni od zakończenia ciąży, niezależnie od przyczyny zgonu.

Zgony matek dzieli się na dwie grupy:

Bezpośrednie zgony położnicze: Są to zgony wynikające z powikłań położniczych (cięży, czynności porodowej i połogu), interwencji, zaniedbań, niewłaściwego leczenia lub ciągu zdarzeń wynikającego z dowolnej z wymienionych powyżej przyczyn.

Pośrednie zgony położnicze: Są to zgony wynikające z choroby istniejącej uprzednio lub choroby, która rozwinęła się w czasie ciąży, lecz która nie jest skutkiem bezpośrednich przyczyn położniczych, choć została nasiloną przez fizjologiczne skutki ciąży.

W celu poprawienia jakości danych na temat umieralności matek oraz zapewnienia alternatywnych metod gromadzenia danych na temat zgonów podczas ciąży lub związanych z ciążą, a także zachęcenia do rejestrowania zgonów z przyczyn położniczych, które wystąpiły więcej niż 42 dni po zakończeniu ciąży, 43 Światowe Zgromadzenie Zdrowia w 1990 r. przyjęło zalecenie, aby kraje rozważyły włączenie do świadectwa zgonu pytań na temat aktualnej ciąży oraz ciąży w okresie jednego roku przed wystąpieniem zgonu.

5.8.2 Tworzenie raportów międzynarodowych

W celu tworzenia raportów międzynarodowych dotyczących umieralności matek należy uwzględnić w obliczeniach różnych wskaźników i współczynników tylko zgony matek występujące przed końcem 42-dniowego okresu referencyjnego, choć dla celów analiz krajowych użyteczne jest rejestrowanie również późniejszych zgonów.

5.8.3 Publikowane współczynniki umieralności matek

Publikowane współczynniki umieralności matek powinny zawsze określać licznik (liczba zanotowanych zgonów matek), który może być podany jako:

- liczba zanotowanych bezpośrednich zgonów położniczych lub
- liczba zanotowanych zgonów położniczych (pośrednich plus bezpośrednich).

Należy zauważyć, że zgony matek z powodu choroby wywołanej przez HIV (B20–B24) i tężca położniczego (A34) są zakodowane w rozdziale I. Takie przypadki należy włączać do współczynnika umieralności matek.

5.8.4 Mianowniki dla umieralności matek (położniczej)

Mianownik używany do obliczania umieralności matek powinien być określony albo jako liczba urodzeń żywych albo jako suma wszystkich urodzeń (urodzenia żywe plus martwe). Jeżeli dostępne są oba mianowniki, należy publikować obliczenia dla każdego z nich.

Wskaźniki i współczynniki

Wyniki należy wyrażać jako stosunek licznika do mianownika, pomnożony przez współczynnik k (gdzie k może wynosić 1000, 10 000 lub 100 000, w zależności od preferencji i zaleceń w danym kraju). Współczynniki i wskaźniki umieralności matek można zatem wyrażać następująco:

Współczynnik umieralności matek¹

(Liczba zgonów matek (bezpośrednich i pośrednich) ÷ Liczba urodzeń żywych) × k

Wskaźnik bezpośredniej umieralności położniczej

(Liczba samych bezpośrednich zgonów położniczych ÷ Liczba urodzeń żywych) × k

¹ Choć określenie „współczynnik” nie jest precyzyjne w tym kontekście, zachowano je dla zachowania ciągłości.

Wskaźnik umieralności związanej z ciążą

(Liczba zgonów związanych z ciążą ÷ Liczba urodzeń żywych) × *k*

5.9 Odsetek zgonów sklasyfikowanych do przyczyn niedokładnie określonych

Przyporządkowanie znacznej części przypadków zgonów do rozdziału XVIII (Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej) wskazuje na potrzebę sprawdzenia lub oceny jakości danych przypisanych do dokładniejszych przyczyn z innych rozdziałów.

5.10 Chorobowość

Istnieje ogromna różnorodność możliwych źródeł informacji na temat chorobowości. Dla celów analiz ogólnokrajowych lub regionalnych najlepsze są dane, które umożliwiają przeprowadzenie obliczeń dotyczących zapadalności na określone choroby lub przynajmniej choroby, które wymagają np. opieki medycznej lub szpitalnej. Ustalone formalne wytyczne i definicje dotyczące rejestrowania przypadków stanów chorobowych i wyboru spośród nich pojedynczego stanu opracowano przede wszystkim z myślą o danych na temat epizodów korzystania z opieki medycznej. Inne typy danych wymagają opracowania zasad lokalnych.

Problemy statystyk chorobowości zaczynają się wraz z różnymi jej definicjami. Istnieje wiele sposobów umożliwiających poprawienie jakości statystyk chorobowości. Międzynarodowe porównania danych dotyczących tego problemu są obecnie możliwe do przeprowadzenia jedynie w bardzo ograniczonym wymiarze i dla wyraźnie określonych celów. Narodowe lub regionalne informacje o chorobowości należy interpretować w odniesieniu do ich źródeł i jakości danych, wiarygodności diagnostycznej, a także czynników demograficznych i społeczno-ekonomicznych.

5.11 Środki ostrożności w przypadku gdy listy kodowe (tabulacje) zawierają sumy cząstkowe

Osoby przetwarzające dane nie zawsze zauważają, że niektóre pozycje w listach kodowych są w rzeczywistości sumami cząstkowymi – dotyczy to na przykład tytułów bloków, a w przypadku listy czteroznakowej Dziesiątej Rewizji klasyfikacji ICD – tytuły kategorii trzyznakowych. W skróconych listach kodowych umieralności sumami cząstkowymi mogą być tytuły rozdziałów. Pozycje te należy usuwać podczas obliczania sum, ponieważ w przeciwnym razie przypadki występowania danego stanu chorobowego będą liczone więcej niż 1 raz.

5.12 Problemy małej populacji

Wielkość populacji jest jednym z czynników, które należy brać pod uwagę przy ocenianiu stanu zdrowia tej populacji na podstawie danych na temat umieralności i chorobowości. W krajach o małej populacji roczne liczby przypadków w wielu kategoriach skróconych list będą bardzo małe i będą zmieniały się losowo z roku na rok. Szczególnie dotyczy to różnych grup wiekowych i płci. Problem ten można wyeliminować, stosując jeden lub więcej z następujących sposobów liczenia i kodowania:

- wykorzystywanie lub prezentowanie szerokich grup kategorii klasyfikacji, takich jak rozdziały;
- łączenie danych przez dłuższy okres np. wzięcie pod uwagę danych z poprzedzających dwóch lat razem z obecnym rokiem i obliczenie „średniej ruchomej”;
- użycie najszerszego grupowania wieku zalecanego w punktach 5.6.1 i 5.7.4.

Problemy występujące w przypadku małych populacji krajowych dotyczą również ogólnie lokalnych segmentów większych populacji. Badania problemów zdrowotnych prowadzone w podgrupach populacji powinny uwzględniać wpływ wielkości każdej z podgrup na typ wykonywanej analizy. Kwestię tę zazwyczaj bierze się pod uwagę w przypadku badań prowadzonych na niewielkich próbach, lecz niejednokrotnie przeocza się ją w przypadkach, gdy badanie dotyczy problemów zdrowotnych w określonych podgrupach populacji krajowej.

5.13 „Puste rubryki” i rubryki o niskich wartościach

Niezależnie od wykorzystywanej listy przyczyn zawsze można spotkać się z faktem, że w pewnych rubrykach tablicy statystycznej nie wystąpi żaden przypadek. Jeżeli w tabeli występuje wiele takich pustych linii, wówczas należy rozważyć pominięcie ich w publikowanej tablicy lub w wydruku komputerowym. Jeśli w danym kraju pewna choroba występuje jedynie sporadycznie, wówczas także nie należy jej uwzględniać w publikowanej tablicy. Można wówczas dodać przypis z informacją o tym, że nie odnotowano przypadków danej choroby, lub – jeżeli występowała ona sporadycznie – w której rubryce dane te mogłyby się pojawić.

W przypadku rubryk zawierających dane o bardzo niskiej częstości występowania, szczególnie w odniesieniu do chorób, których wystąpienia nie przewidywano, ważne jest określenie, czy przypadki te rzeczywiście miały miejsce i czy nie wynikają one z błędu kodowania lub przetwarzania. Postępowanie takie należy przeprowadzić w ramach ogólnej kontroli jakości danych.

5.14 Zalecenia

1. Odpowiedzialność za medyczne świadectwo zgonu (patrz punkt 5.2)

Za medyczne świadectwo zgonu odpowiedzialny jest zazwyczaj lekarz prowadzący pacjenta. W przypadku zgonu poświadczonego przez koronerów (urzędników poświadczających zgon i prowadzących dochodzenie w przypadku nienaturalnej śmierci) lub inne władze, dane medyczne przekazane osobie wypełniającej kartę zgonu należy wpisać na kartę zgonu obok innych wyników dochodzenia prawnego.

2. Formularz medycznego świadectwa zgonu (patrz punkty 5.2, 4.1.3 i 4.3.1)

Medyczne świadectwo zgonu powinno być zgodne z międzynarodowymi zaleceniami (patrz punkt 4.1.3). Gromadzenie statystyk na temat umieralności okołoporodowej powinno być zgodne z zaleceniami przedstawionymi w punkcie 4.3.1.

3. Poufność informacji medycznych (patrz punkt 5.2)

Procedury administracyjne powinny zapewniać poufność danych pochodzących ze świadectw zgonów lub innych dokumentów medycznych.

4. Wybór przyczyny do tabulacji umieralności (patrz punkt 4.1.1)

Przyczyny zgonów, jakie należy wpisywać na medycznym świadectwie zgonu, obejmują wszystkie choroby, stany chorobowe lub urazy prowadzące lub przyczyniające się do zgonu, jak również okoliczności wypadków lub działań bezprawnych prowadzących do urazów. W przypadku rejestrowania tylko jednej przyczyny zgonu przyczynę tę należy wybrać do celów tabulacji. Jeżeli zarejestrowano więcej niż jedną przyczynę zgonu, wówczas należy dokonać wyboru zgodnie z zasadami i wytycznymi przedstawionymi w klasyfikacji ICD.

5. Używanie międzynarodowej klasyfikacji chorób (patrz punkty 2.1, 2.2 i 3.3)

Celem klasyfikacji ICD jest umożliwienie systematycznego rejestrowania, analizowania, interpretacji i porównywania danych dotyczących umieralności i chorobowości, gromadzonych w różnych krajach lub na różnych obszarach w różnych okresach czasu. Zasadniczą część klasyfikacji ICD-10 – lista kategorii trzyznakowych – wyznacza poziom kodowania obowiązujący w międzynarodowych sprawozdaniach dostarczanych dla bazy danych WHO dotyczącej umieralności, a także dla ogólnych porównań międzynarodowych. Podkategorie czteroznakowe, choć nie są obowiązkowe dla sprawozdawczości na poziomie międzynarodowym, są zalecane do wielu celów i stanowią integralną część klasyfikacji ICD, podobnie jak specjalne listy tabelaryczne.

Statystyki dotyczące umieralności i chorobowości należy kodować zgodnie z listą tabelaryczną terminów włączonych oraz indeksem alfabetycznym. W przypadku publikowania podkategorii czteroznakowych powinny one być zgodne z klasyfikacją ICD. Wszystkie dodatki lub zmiany należy wskazać w publikowanych tabelach statystycznych.

6. Statystyki dotyczące umieralności okołoporodowej (patrz punkty 5.7.2 i 5.7.3)

Zaleca się, aby w statystykach krajowych uwzględniać wszystkie płody i niemowlęta o masie ciała co najmniej 500 g w chwili urodzenia, niezależnie od tego, czy urodziły się żywe, czy też martwe. Jeżeli informacje na temat urodzeniowej masy ciała nie są dostępne, wówczas należy stosować odpowiednie kryterium wieku płodowego (ukończone 22 tygodnie) lub długości ciała (25 cm od szczytu głowy do pięt). Kryteria określania, czy zdarzenie miało miejsce w okresie okołoporodowym, należy stosować w następującej kolejności: (1) urodzeniowa masa ciała, (2) wiek ciążowy, (3) długość ciała od szczytu głowy do pięt. Zaleca się uwzględnianie w statystykach narodowych płodów i niemowląt o masie ciała od 500 g do 1000 g, zarówno ze względu na wartość tych danych, jak i na poprawianie jakości danych na temat płodów i niemowląt o masie ciała 1000 g i więcej.

W statystykach przeznaczonych do porównań międzynarodowych nie zaleca się uwzględniania grupy krańcowo niskiej urodzeniowej masy ciała, gdyż może ona obniżać wiarygodność porównań. Kraje powinny także przedstawiać statystyki, w których zarówno licznik, jak i mianownik wszystkich wskaźników i współczynników są ograniczone do płodów i niemowląt o masie ciała 1000 g lub więcej (wskaźniki i współczynniki według masy ciała); jeżeli informacje na temat urodzeniowej masy ciała nie są dostępne, należy stosować kryteria odpowiedniego wieku ciążowego (ukończone 28 tygodni) lub długości ciała (35 cm od szczytu głowy do pięt).

7. Statystyki na temat umieralności matek (patrz punkty 5.8.2 i 5.8.3)

Publikowane współczynniki umieralności matek powinny zawsze określać licznik, którym może być liczba zarejestrowanych bezpośrednich zgonów położniczych lub liczba zarejestrowanych zgonów położniczych (bezpośrednich plus pośrednich). Dla celów międzynarodowych raportów na temat umieralności matek, przy obliczaniu różnych wskaźników i współczynników należy uwzględnić jedynie te zgony matek, które wystąpiły przed upływem 42-dniowego okresu referencyjnego, choć rejestrowanie późniejszych zgonów jest przydatne do celów analiz krajowych.

8. Tabele statystyczne (patrz punkty 5.6.1 i 5.7.4)

Stopień szczegółowości w klasyfikacji krzyżowej według przyczyny, płci, wieku i obszaru geograficznego będzie uzależniony zarówno od celu i zakresu statystyki, jak i od praktycznych ograniczeń zastosowanej tabulacji. Standardowe metody prezentowania statystyk przedstawiono w punktach 5.6.1 i 5.7.4 w celu promowania zgodności na poziomie międzynarodowym.

9. Tabulacja przyczyn zgonów (patrz punkty 5.6.2 i 5.6.4)

Statystyki przyczyn zgonów w określonym obszarze powinny być zgodne z zaleceniami przedstawionymi w punkcie 5.6.1. Zgony najlepiej jest klasyfikować według płci i grup wiekowych, tak jak w zaleceniach przedstawionych w punkcie 5.6.1. Dla celów statystyk umieralności okołoporodowej najbardziej korzystna jest wieloczynnikowa, przeprowadzona w pełnej skali analiza wszystkich zarejestrowanych stanów. Jeżeli nie ma możliwości przeprowadzenia takiej analizy, wówczas za minimum należy przyjąć przeanalizowanie głównej choroby lub stanu płodu lub niemowlęcia oraz głównego stanu matki wpływającego na płód lub niemowlę z tabulacją krzyżową grup tych dwóch stanów. Jeśli konieczne jest wybranie do analizy tylko jednego stanu, wówczas do tego celu należy wybrać główną chorobę lub stan płodu lub niemowlęcia.

6. Historia rozwoju klasyfikacji ICD¹

6.1 Wczesna historia

Sir George Knibbs, wybitny statystyk australijski, przypisał François Bossier de Lacroix (1706–1777), bardziej znanemu jako Sauvages, pierwszą próbę systematycznego sklasyfikowania chorób (10). Jego obszerna rozprawa została wydana pod tytułem *Nosologia Methodica*. Współczesny Sauvagesowi był wielki metodolog Karol Linneusz (1707–1778), a jedna z jego rozpraw została zatytułowana *Genera morborum*. 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. 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 i 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 następných trzech stuleci klasyfikacja chorób osiągnęła dokładność naukową, lecz wciąż wiele osób wątpi 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” (11).

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, człowiek, 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 wprowadzeniu jednolitych międzynarodowych zasad jej stosowania.

W czasach Farra stosowano klasyfikację Cullena. Nie była ona modyfikowana wraz z postępiami w medycynie i Farr uznał, że nie jest wystarczająca dla celów statystycznych. W pierwszym sprawozdaniu rocznym Głównego Biura Statystycznego (12) Farr omówił zasady, które powinny rządzić statystyczną klasyfikacją chorób, podkreślając potrzebę istnienia jednolitej klasyfikacji w sposób następujący:

¹ Większość materiału przedstawionego w punktach 6.1–6.3 pochodzi z wprowadzenia do VII rewizji klasyfikacji ICD, gdzie zamieszczono doskonały opis wczesnej historii klasyfikacji.

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: tworzone niejednoznaczne, niewygodne nazwy lub też wpisywano powikłania zamiast chorób 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. 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. W 1864 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.

6.2 Przyjęcie Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów

Międzynarodowy Instytut Statystyczny, będący sukcesorem Międzynarodowego Kongresu Statystycznego, na konferencji w Wiedniu w 1881 roku powołał komitet (na czele którego jako przewodniczący stanął Jaques Bertillon (1851–1922), dyrektor Służb Statystycznych Miasta Paryża), któremu zlecił przygotowanie klasyfikacji przyczyn zgonów. Warto zauważyć, iż Bertillon był wnukiem Achille’a Guillarda – znanego botanika i statystyka, który na I Międzynarodowym Kongresie Statystycznym w 1853 roku przedstawił rezolucję, w której postulował opracowanie przez Farra i d’Espine’a jednolitej klasyfikacji. Raport tego komitetu został zaprezentowany podczas konferencji Międzynarodowego Instytutu Statystycznego w Chicago w 1893 r. i został przez niego przyjęty. Klasyfikacja opracowana przez komitet Bertillona była oparta na klasyfikacji przyczyn zgonów używanej przez miasto Paryż, która od 1885 roku była syntezą klasyfikacji angielskiej, niemieckiej i szwajcarskiej. Klasyfikacja ta opierała się na przyjętej przez Farra zasadzie rozróżniania chorób ogólnoustrojowych oraz ograniczonych do poszczególnych narządów lub umiejscowień anatomicznych. Zgodnie z instrukcją Kongresu w Wiedniu, wydaną na wniosek L. Guillaume’a, dyrektora Federalnego Biura Statystyki w Szwajcarii, Bertillon przedstawił trzy klasyfikacje: pierwszą, skróconą klasyfikację składającą się z 44 tytułów; drugą klasyfikację zawierającą 99 tytułów i wreszcie trzecią, obejmującą 161 pozycji.

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 (13). 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 10 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 (14):

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;

Usilnie 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 Międzynarodową 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 (15). 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.

6.3 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 położowych 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 (16):

2. Międzynarodowa Lista Chorób.

Uznając ważność 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 i przedstawicielami szczególnie tym zainteresowanych organizacji, podjął się – jak w 1929 roku – przygotowania międzynarodowej listy chorób.

W oczekiwaniu na opracowanie międzynarodowej listy chorób, Konferencja zaleca, aby dostosować różne narodowe listy w możliwie jak największym stopniu do szczegółowej Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów (z podaniem w nawiasach numerów rozdziałów, nagłówek i podnagłówek wymienionej Listy).

Konferencja następnie zaleciła, aby Rząd Stanów Zjednoczonych kontynuował badania nad statystycznym znaczeniem „łączonych przyczyn zgonów” w następującej rezolucji (16):

3. Karta zgonu i wybór przyczyny zgonu w przypadku, gdy podano więcej niż jedną przyczynę (przyczyny łączone)

Konferencja,

Zważając na fakt, iż w 1929 roku rząd Stanów Zjednoczonych podjął się badań nad ujednoczeniem metody wyboru głównej przyczyny zgonu, która ma być umieszczana w tabulacjach, w przypadkach, gdy na karcie zgonu wymienione są dwie lub więcej przyczyn

Oraz że liczne badania, już przeprowadzone lub będące w trakcie przygotowywania w szeregu krajów, wykazały znaczenie tego problemu, który nie został jeszcze rozwiązany

Oraz że – według tych badań – międzynarodowa porównywalność wskaźników zgonów z powodu różnych chorób wymaga nie tylko rozwiązania problemu wyboru głównej przyczyny zgonu, ale także odpowiedzi na wiele innych pytań:

- (1) Gorąco dziękuje rządowi Stanów Zjednoczonych za owocny wkład podczas tej współpracy;
- (2) Prosi rząd Stanów Zjednoczonych o kontynuację badań w okresie następnych dziesięciu lat, we współpracy z liczniejszą grupą krajów i organizacji oraz
- (3) Sugeruje, aby do dalszych badań rząd Stanów Zjednoczonych powołał podkomitet spośród przedstawicieli krajów i organizacji uczestniczących w badaniach podjętych w ramach tej współpracy.

6.4 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 wiedzą 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” (9). 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. *Propozycja jednolitego planu statystyk szpitalnych*.

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 r. 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 (17)*. 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. Była ona stosowana w całym kraju przez agencje rządowe i inne instytucje.

Kilka lat wcześniej, w sierpniu 1940 roku, Chirurg Naczelny Służby Zdrowia Stanów Zjednoczonych i dyrektor Biura Spisu Ludnościowego Stanów Zjednoczonych opublikowali listę chorób i urazów dla celów tabulacji statystyk chorobowości (18). Kod ten został opracowany przez Dział Metodyki Publicznej Służby 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.

6.5 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. Komitet przyjął ogólny kierunek rozwoju listy chorobowości i umieralności, jak też zdecydował, że przed podjęciem tematu łączonych przyczyn zgonu 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, dotyczącej Międzynarodowych List Chorób, która zawierała następujące zalecenie: „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.

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.

6.6 Szósta Rewizja List Międzynarodowych

Międzynarodowa Konferencja Zdrowia, która miała miejsce w Nowym Jorku w czerwcu i lipcu 1946 roku (19), uczyniła Tymczasową Komisję Światowej Organizacji Zdrowia odpowiedzialną za:

przeгляд 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 (19).

Konferencja przyjęła klasyfikację przygotowaną przez Komitet Ekspertów jako Szóstą Rewizję Międzynarodowych List (20). 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* (21). Podręcznik ten składał się z dwóch tomów, przy czym Tom II był indeksem alfabetycznym terminów diagnostycznych kodowanych do odpowiednich kategorii. 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.

6.7 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 (22). Zgodnie z zaleceniem Komitetu Ekspertów ds. Statystyki Zdrowotnej Światowej Organizacji Zdrowia, rewizja ta została ograniczona do podstawowych zmian oraz korekt błędów i nieścisłości (23).

Ósma Konferencja Rewizyjna, zwołana przez Światową Organizację Zdrowia, obradowała w Genewie w dniach 6–12 lipca 1965 r. (24). Rewizja ta była bardziej radykalna niż

poprzednia, ale pozostawiła niezmienną 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 znacznie 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.

6.8 Dziewiąta Rewizja

Międzynarodowa Konferencja ds. Dziewiątej Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, zwołana przez Światową Organizację Zdrowia, miała miejsce w Genewie w dniach od 30 września do 6 października 1975 r. (25). 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 klasyfikacji do swoich własnych statystyk. Niektóre obszary w klasyfikacji zostały uznane za zorganizowane niewłaściwie. Pojawił się istotny nacisk na zwiększenie szczegółowości oraz na przystosowanie klasyfikacji do oceniania opieki medycznej. Miało to zostać dokonane 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 pięciznakowych. 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 układów organizmu. System ten stał się znany jako system gwiazdek i krzyżyków i został on zachowany w Dziesiątej Rewizji. Do Dziewiątej Rewizji włączono ponadto liczne dodatkowe innowacje techniczne, które miały na celu zwiększenie jej elastyczności dla stosowania w różnorodnych sytuacjach.

22 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. Konferencja zaleciła także liczne zmiany o charakterze technicznym: nieznacznie

zmodyfikowano zasady kodowania umieralności oraz wprowadzono po raz pierwszy zasady wyboru pojedynczej przyczyny dla tabulacji chorobowości; poprawiono też i rozszerzono definicje i zalecenia dla statystyk umieralności okołoporodowej, jak również zalecono stosowanie odpowiedniego formularza karty przyczyn zgonu okołoporodowego. Światowe Zgromadzenie Zdrowia zachęciło kraje członkowskie do dalszych prac nad kodowaniem i analizowaniem wieloprzyczynowym, jednakże nie zalecono żadnych formalnych metod; utworzono natomiast nową podstawową listę tabulacji.

6.9 Przygotowania do Dziesiątej Rewizji

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 Tom I) zachęceno 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) odłożenie do 1989 r. Dziesiątej Konferencji Rewizyjnej, która początkowo była zaplanowana na rok 1985, a także na opóźnienie wprowadzenia Dziesiątej Rewizji (zaplanowanego na rok 1989). Dało to możliwość przetestowania alternatywnych modeli struktur ICD, a także oceny Dziewiątej Rewizji poprzez spotkania organizowane przez niektóre Biura Regionalne WHO oraz poprzez badania organizowane w tych ośrodkach.

Ten rozległy program prac osiągnął punkt kulminacyjny w postaci Dziesiątej Rewizji klasyfikacji ICD. Jest on opisany w Sprawozdaniu z Międzynarodowej Konferencji dotyczącej Dziesiątej Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, zamieszczonym w Tomie I.

7. Załączniki

7.1 Lista stanów chorobowych, które rzadko prowadzą do zgonu

Kod	Kategoria lub podkategoria
A31.1	Zakażenie skóry wywołane przez prątki
A42.8	Inne postacie promienicy
A60.0	Opryszczkowe [herpes simplex] zakażenie okolicy anogenitalnej
A71.0–A71.9	Jaglica
A74.0	Zapalenie spojówek wywołane przez <i>Chlamydia</i>
B00.2	Zapalenie dziąseł i jamy ustnej wywołane przez wirus opryszczki
B00.5	Choroba gałki ocznej wywołana przez wirus opryszczki
B00.8	Zanokcica wywołana przez wirus opryszczki
B07	Brodawki wirusowe
B08.1	Mięczak zakaźny
B08.8	Pryszczyca
B30.0–B30.9	Wirusowe zapalenie spojówek
B35.0–B35.9	Grzybica skóry
B36.0–B36.9	Inne grzybice powierzchowne
B85.0–B85.4	Wszawica
F45.3–F45.9	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną
F50.1, F50.3–F50.9	Zaburzenia odżywiania
F51.0–F51.9	Nieorganiczne zaburzenia snu
F52.0–F52.9	Zaburzenia seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną
F60.0–F60.9	Specyficzne zaburzenia osobowości
F61	Zaburzenia osobowości mieszane i inne
F62.0–F62.9	Trwałe zmiany osobowości niewynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu
F63.0–F63.9	Zaburzenia nawyków i popędów
F64.0–F64.9	Zaburzenia identyfikacji płciowej
F65.0–F65.9	Zaburzenia preferencji seksualnych
F66.0–F66.9	Zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną
F68.0–F68.9	Inne zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych
F69	Nieokreślone zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych
F95.0–F95.9	Tiki
F98.0–F98.9	Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym
G43.0–G43.2, G43.8- G43.9	Migrena, z wyjątkiem migreny powikłanej (G43.3)
G44.0–G44.2	Inne zespoły bólu głowy
G45.0–G45.9	Przemijające napady niedokrwienia mózgu i zespoły pokrewne
G50.0–G50.9	Zaburzenia nerwu trójdzielnego
G51.0–G51.9	Zaburzenia nerwu twarzowego
G54.0–G54.9	Zaburzenia korzeni nerwowych i splotów
G56.0–G56.9	Mononeuropatie kończyny górnej

Kod	Kategoria lub podkategoria
G57.0–G57.9	Mononeuropatie kończyny dolnej
G58.7	Mnogie zapalenie pojedynczych nerwów
H00.0–H00.1	Jęczmień i gradówka
H01.0–H01.9	Inne stany zapalne powiek
H02.0–H02.9	Inne stany patologiczne powiek
H04.0–H04.9	Patologie układu łzowego
H10.0–H10.9	Zapalenie spojówek
H11.0–H11.9	Inne choroby spojówek
H15.0–H15.9	Patologie twardówki
H16.0–H16.9	Zapalenie rogówki
H17.0–H17.9	Błizny rogówki i zmętnienia
H18.0–H18.9	Inne patologie rogówki
H20.0–H20.9	Zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego
H21.0–H21.9	Inne patologie tęczówki i ciała rzęskowego
H25.0–H25.9	Zaćma starcza
H26.0–H26.9	Inne postacie zaćmy
H27.0–H27.9	Inne patologie soczewki
H30.0–H30.9	Zapalenie naczyniówki i siatkówki
H31.0–H31.9	Inne patologie naczyniówki
H33.0–H33.5	Odwarstwienia i przedarcia siatkówki
H34.0–H34.9	Zamknięcie naczyń siatkówki
H35.0–H35.9	Inne zaburzenia siatkówki
H40.0–H40.9	Jaskra
H43.0–H43.9	Zaburzenia ciała szklanego
H46	Zapalenie nerwu wzrokowego
H47.0–H47.7	Inne zaburzenia nerwu wzrokowego [II] i drogi wzrokowej
H49.0–H49.9	Zez porażenny
H50.0–H50.9	Inne postacie zeza
H51.0–H51.9	Inne zaburzenia ruchów obuocznych
H52.0–H52.7	Zaburzenia refrakcji i akomodacji
H53.0–H53.9	Zaburzenia widzenia
H54.0–H54.7	Ślepota i upośledzenie widzenia
H55	Oczopląs i inne nieregularne ruchy gałki ocznej
H57.0–H57.9	Inne zaburzenia oka i przydatków oka
H60.0–H60.9	Zapalenie ucha zewnętrznego
H61.0–H61.9	Inne zaburzenia ucha zewnętrznego
H80.0–H80.9	Otoskleroza
H83.3–H83.9	Inne zaburzenia ucha środkowego
H90.0–H90.8	Upośledzenie słuchu przewodzeniowe i czuciowo-nerwowe
H91.0–H91.9	Inne rodzaje upośledzenia słuchu
H92.0–H92.2	Ból ucha i wyciek z ucha
H93.0–H93.9	Inne zaburzenia ucha, niesklasyfikowane gdzie indziej
J00	Ostre zapalenie nosa i gardła [przeziębienie]
J06.0–J06.9	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym
J30.0–J30.4	Katar naczynioruchowy i alergiczny
J33.0–J33.9	Polip nosa

Kod	Kategoria lub podkategoria
J34.2	Skrzywienie przegrody nosa
J35.0–J35.9	Przewlekłe choroby migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego
K00.0–K00.9	Zaburzenia rozwoju i wyrzynania się zębów
K01.0–K01.1	Zęby wtopione lub zaklinowane
K02.0–K02.9	Próchnica zębów
K03.0–K03.9	Inne choroby twardych tkanek zębów
K04.0–K04.9	Choroby miazgi i tkanek okołowierzchołkowych
K05.0–K05.6	Zapalenie dziąsła i choroby przyzębia
K06.0–K06.9	Inne choroby dziąseł i bezzębnego wyrostka zębodołowego
K07.0–K07.9	Zaburzenia w zakresie zębów i twarzy [obejmujące nieprawidłowości zgryzu]
K08.0–K08.9	Inne zaburzenia zębów i struktur podtrzymujących
K09.0–K09.9	Torbiele okolicy jamy ustnej, niesklasyfikowane gdzie indziej
K10.0–K10.9	Inne choroby szczęki i żuchwy
K11.0–K11.9	Choroby gruczołów ślinowych
K14.0–K14.9	Choroby języka
L01.0–L01.1	Liszajec (u niemowląt w wieku powyżej 1 roku życia)
L03.0	Zapalenie tkanki podskórnej palca ręki i stopy
L04.0–L04.9	Ostre zapalenie węzłów chłonnych
L05.0–L05.9	Torbiel pilonidalna
L08.0–L08.8	Inne miejscowe zakażenia skóry i tkanki podskórnej
L20.0–L20.9	Atopowe zapalenie skóry
L21.0–L21.9	Łojotokowe zapalenie skóry
L22	Pieluszkowe [serwetkowe] zapalenie skóry
L23.0–L23.9	Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry
L24.0–L24.9	Kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia
L25.0–L25.9	Nieokreślone kontaktowe zapalenie skóry
L28.0–L28.2	Przewlekły liszaj pospolity i świerzbącza
L29.0–L29.9	Świąd
L30.0–L30.9	Inne postacie zapalenia skóry
L41.0–L41.9	Przyłuszczyca
L42	Łupież różowy Giberta
L43.0–L43.9	Liszaj płaski
L44.0–L44.9	Inne choroby grudkowo-złuszczające
L55.0–L55.1, L55.8–L55.9	Oparzenie słoneczne, z wyjątkiem oparzenia słonecznego trzeciego stopnia (L55.2)
L56.0–L56.9	Inne ostre zmiany skórne spowodowane przez promieniowanie ultrafioletowe
L57.0–L57.9	Zmiany skórne spowodowane przez przewlekłą ekspozycję na promieniowanie niejonizujące
L58.0–L58.9	Popromienne zapalenie skóry
L59.0–L59.9	Inne choroby skóry i tkanki podskórnej związane z promieniowaniem
L60.0–L60.9	Choroby paznokci
L63.0–L63.9	Łysienie plackowate
L64.0–L64.9	Łysienie androgenowe
L65.0–L65.9	Inna niebliznowaciejąca utrata włosów
L66.0–L66.9	Łysienie bliznowaciejące

Kod	Kategoria lub podkategoria
L67.0–L67.9	Nieprawidłowości koloru i budowy włosów
L68.0–L68.9	Nadmierne owłosienie
L70.0–L70.9	Trądzik
L72.0–L72.9	Torbiele mieszkowe skóry i tkanki podskórnej
L73.0–L73.9	Inne choroby mieszkła włosowego
L74.0–L74.9	Choroby gruczołów potowych
L75.0–L75.9	Choroby gruczołów apokrynowych
L80	Bielactwo
L81.0–L81.9	Inne zaburzenia pigmentacji
L83	Rogowacenie ciemne
L84	Nagniotki i modzele
L85.0–L85.9	Inne formy zgrubienia naskórka
L87.0–L87.9	Zaburzenia eliminacji przeznaskórkowej
L90.0–L90.9	Zanikowe choroby skóry
L91.0–L91.9	Przerostowe choroby skóry
L92.0–L92.9	Ziarniniakowe choroby skóry i tkanki podskórnej
L94.0–L94.9	Inne ograniczone choroby tkanki łącznej
L98.0–L98.3, L98.5–L95.9	Inne choroby skóry i tkanki podskórnej, niesklasyfikowane gdzie indziej
M20.0–M20.6	Nabyte deformacje palców rąk i stóp
M21.0–M21.9	Inne nabyte deformacje kończyn
M22.0–M22.9	Choroby rzepek
M23.0–M23.9	Wewnętrzne uszkodzenie stawu kolanowego
M24.0–M24.9	Inne określone uszkodzenia stawu
M25.0–M25.9	Inne choroby stawów, niesklasyfikowane gdzie indziej
M35.3	Polimialgia reumatyczna
M40.0–M40.5	Kifoza i lordoza
M43.6	Kręcz szyi
M43.8–M43.9	Inne i nieokreślone zniekształcające choroby grzbietu
M48.0	Zespół wąskiego kanału kręgowego (z wyjątkiem odcinka szyjnego)
M53.0–M53.9	Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej
M54.0–M54.9	Bóle grzbietu
M60.0–M60.9	Zapalenie mięśni
M65.0–M65.9	Zapalenie błony maziowej i pochewki ścięgna
M66.0–M66.5	Samoistne pęknięcie błony maziowej i ścięgna
M67.0–M67.9	Inne choroby błony maziowej i ścięgien
M70.0–M70.9	Choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem
M71.0–M71.9	Inne patologie kaletek
M75.0–M75.9	Uszkodzenia barku
M76.0–M76.9	Entezopatie kończyny dolnej, z wyłączeniem stopy
M77.0–M77.9	Inne entezopatie
M79.0–M79.9	Inne choroby tkanek miękkich, niesklasyfikowane gdzie indziej
M95.0–M95.9	Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej
M99.0–M99.9	Uszkodzenie biomechaniczne niesklasyfikowane gdzie indziej
N39.3	Wysiłkowe nietrzymanie moczu

Kod	Kategoria lub podkategoria
N46	Niepłodność męska
N47	Nadmiar napletka, stulejka i załupek
N60.0–N60.9	Łagodna dysplazja piersi
N84.0–N84.9	Polip żeńskiego układu rozrodczego
N85.0–N85.9	Inne niezapalne zaburzenia macicy, z wyjątkiem szyjki
N86	Nadżerka i wywinięcie błony śluzowej kanału szyjki macicy
N87.0–N87.9	Dysplazja szyjki macicy
N88.0–N88.9	Inne niezapalne choroby szyjki macicy
N89.0–N89.9	Inne niezapalne choroby pochwy
N90.0–N90.9	Inne niezapalne choroby sromu i krocza
N91.0–N91.5	Brak miesiączki, skąpe i rzadkie miesiączki
N92.0–N92.6	Obfite, częste i nieregularne miesiączki
N93.0–N93.9	Inne nieprawidłowe krwawienia maciczne i pochwowe
N94.0–N94.9	Ból i inne stany związane z żeńskimi narządami płciowymi i cyklem miesiączkowym
N96	Poronienia nawykowe
N97.0–N97.9	Niepłodność kobieca
Q10.0–Q10.7	Wrodzone wady rozwojowe powiek, aparatu łzowego i oczodołu
Q11.0–Q11.3	Bezocze, małocze i wielkoocze
Q12.0–Q12.9	Wrodzone wady rozwojowe soczewki
Q13.0–Q13.9	Wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka
Q14.0–Q14.9	Wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka
Q15.0–Q15.9	Inne wrodzone wady rozwojowe oka
Q16.0–Q16.9	Wrodzone wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu
Q17.0–Q17.9	Inne wrodzone wady rozwojowe ucha
Q18.0–Q18.9	Inne wrodzone wady rozwojowe twarzy i szyi
Q38.1	Przyrośnięcie języka
Q65.0–Q65.9	Wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego
Q66.0–Q66.9	Wrodzone zniekształcenia stóp
Q67.0–Q67.8	Wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w zakresie czaszki, twarzy, kręgosłupa i klatki piersiowej
Q68.0–Q68.8	Inne wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne
Q69.0–Q69.9	Polidaktylia
Q70.0–Q70.9	Syndaktylia
Q71.0–Q71.9	Zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej
Q72.0–Q72.9	Zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej
Q73.0–Q73.8	Zniekształcenie zmniejszające nieokreślonej kończyny
Q74.0–Q74.9	Inne określone wrodzone wady rozwojowe kończyn
Q80.0–Q80.3, Q80.8- Q80.9	Wrodzona rybia łuska, z wyjątkiem rybiej łuski arlekinowej (Q80.4)
Q81.0	Pęcherzowe oddzielanie naskórka proste
Q81.2–Q81.9	Inne postacie pęcherzowego oddzielania naskórka, z wyjątkiem postaci śmiertelnej pęcherzowego oddzielania naskórka (Q81.1)
Q82.0–Q82.9	Inne wrodzone wady rozwojowe skóry
Q83.0–Q83.9	Wrodzone wady rozwojowe piersi
Q84.0–Q84.9	Inne wrodzone wady rozwojowe powłok ciała
S00.0–S00.9	Powierzchnowy uraz głowy

Kod	Kategoria lub podkategoria
S05.0, S05.1, S05.8	Powierzchny uraz (dowolnego typu) oka i oczodołu (dowolnej części)
S10.0–S10.9	Powierzchny uraz szyi
S20.0–S20.8	Powierzchny uraz klatki piersiowej
S30.0–S30.9	Powierzchny uraz brzucha, dolnej części grzbietu i miednicy
S40.0–S40.9	Powierzchny uraz barku i ramienia
S50.0–S50.9	Powierzchny uraz przedramienia
S60.0–S60.9	Powierzchny uraz nadgarstka i ręki
S70.0–S70.9	Powierzchny uraz biodra i uda
S80.0–S80.9	Powierzchny uraz podudzia
S90.0–S90.9	Powierzchny uraz stawu skokowego i stopy
T09.0	Powierzchny uraz tułowia, poziom nieokreślony
T11.0	Powierzchny uraz kończyny górnej, poziom nieokreślony
T13.0	Powierzchny uraz kończyny dolnej, poziom nieokreślony
T14.0	Powierzchny uraz nieokreślonej okolicy ciała
T20.1	Oparzenie termiczne głowy i szyi, I stopnia
T21.1	Oparzenie termiczne tułowia, I stopnia
T22.1	Oparzenie termiczne barku i kończyny górnej z wyjątkiem nadgarstka i ręki, I stopnia
T23.1	Oparzenie termiczne nadgarstka i ręki, I stopnia
T24.1	Oparzenie termiczne biodra i kończyny dolnej z wyjątkiem okolicy stawu skokowego i stopy, I stopnia
T25.1	Oparzenie termiczne okolicy stawu skokowego i stopy, I stopnia

Bibliografia

1. *International classification of diseases for oncology (ICD-O)*, second ed. Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia, 1990.
2. *Systematized nomenclature of medicine (SNOMED)*. Chicago, College of American Pathologists, 1976.
3. *Manual of tumor nomenclature and coding (MOTNAC)*. Nowy Jork, American Cancer Society, 1968.
4. *Systematized nomenclature of pathology (SNOP)*. Chicago, College of American Pathologists, 1965.
5. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia, 1992.
6. *International classification of procedures in medicine (ICPM)*. Wol. 1 i 2. Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia, 1978.
7. *International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*. Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia, 1980.
8. *International Nomenclature of Diseases*. Genewa, Rada Międzynarodowych Organizacji Nauk Medycznych i Światowa Organizacja Zdrowia; (szczegóły dotyczące poszczególnych tomów opisano w tekście).
9. *Sixteenth annual report*. Londyn, Registrar General of England and Wales, 1856, App. str. 73.
10. Knibbs G.H. The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. *Medical Journal of Australia*, 1929, 1:2-12.
11. Greenwood M. *Medical statistics from Graunt to Farr*. Cambridge, Cambridge University Press, 1948.
12. *First annual report*. Londyn, Registrar General of England and Wales, 1839, str. 99.
13. Bertillon J. Classification of the causes of death (abstrakt). W: *Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography*. Washington, 1912.
14. *Bulletin of the Institute of International Statistics*, 1900, 12:280.
15. Roesle E. *Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité*. Genewa, Organizacja Zdrowia Ligi Narodów, 1928 (dokument C.H. 730)
16. *International list of causes of death*. The Hague, International Statistical Institute, 1940.
17. Medical Research Council, Committee on Hospital Morbidity Statistics. *A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics*. Londyn, Her Majesty's Stationery Office, 1944 (Special Report Series No. 248).
18. US Public Health Service, Division of Public Health Methods. *Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics*. Waszyngton, Government Publishing Office, 1944 (Miscellaneous Publication No. 32).
19. *Official Records of the World Health Organization*, 1948, 11, 23.
20. *Official Records of the World Health Organization*, 1948, 2, 110.
21. *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision*. Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia, 1949.
22. *Report of the International Conference for the Seventh Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death*. Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia, 1955 (dokument niepublikowany WHO/HA/7 Rev. Conf./17 Rev. 1).

23. *Third Report of the Expert Committee on Health Statistics*. Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia, 1952 (WHO Technical Report Series, No. 53).
24. *Report of the International Conference for the Eighth Revision of the International Classification of Diseases*. Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia, 1965 (dokument niepublikowany WHO/ICD9/74.4.)
25. *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death*, wol. 1. Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia, 1977.

Indeks

- Aberracje chromosomowe, 73, 88
- Adaptacja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób dla Reumatologii i Ortopedii (ICD-R&O), 8
- Adaptacja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób dla Stomatologii (ICD-DA), 6, 7
- Adaptacje specjalistyczne, 6
- Alkohol, 53, 54
- Astma oskrzelowa, 60
- Banalne stany chorobowe, 44, 46, 52
jako przyczyna innych zaburzeń, 44, 46
zgon w wyniku leczenia, 46
- Bertillon, Jacques, 138
- Bibliografia, 153
- Blżej nieokreślone (BNO), 24
- Bloki kategorii, 16
- BNO (blżej nieokreślone), 24
- Bossier de Lacroix, François (Sauvages), 137
- Cechy chorobowe, 120
- Choroba niedokrwienna serca, 57, 71, 73, 87
- Choroba wielu zastawek, 55
- Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV), 52, 86, 91, 112
jako przyczyna innych zaburzeń, 39, 51, 52, 70, 101
kodowanie stanów chorobowych, 103
zgony matek, 132
- Chorobowość, 99, 133
historia klasyfikowania chorób, 141
informacje diagnostyczne dla celów analizy jednoczynnikowej, 99
kodowanie „stanu głównego” i „innych stanów”, 101
modyfikowanie zasad według wymagań narodowych, 125
uwagi dotyczące poszczególnych rozdziałów, 112
zasady ponownego wyboru stanu głównego, 107
- Choroby naczyń mózgowych, 58, 118
- Choroby nadciśnieniowe, 56, 87
- Choroby oka i przydatków oka, 54, 118
- Choroby serca, 56, 58, 71, 73, 87
- Choroby ucha i wyrostka sutkowatego, 54, 118
- Choroby układu krążenia, 118
a nowotwory złośliwe, 71
ostre lub terminalne, 73
pozabiegowe, 59
- Choroby układu nerwowego, 117
pozabiegowe, 54
zapalne, 74
- Choroby wtórne, 41
- Choroby zakaźne i pasożytnicze, 39, 51, 112
i nowotwory złośliwe, 86
listy tabelaryczne, 124
następstwa, 74, 114
spowodowane przez inne choroby, 71
- Choroby zapalne ośrodkowego układu nerwowego, 74, 117
- Choroby, klasyfikowanie, *patrz*
Klasyfikacja chorób
- Ciąg zdarzeń, przyczyna zgonu, 34
- Ciąża, 33, 118
donoszona, 128
- Ciąża mnoga, 63
- Ciąża pozamaciczna, powikłania, 62, 118
- Ciąża zaśniadowa, powikłania, 62, 118
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), 12
- Cukrzyca, 71, 116
- Cullen, William, 137
- Czas trwania choroby, wpływ na kodowanie, 73
- Czas trwania ciąży, 128
- Czynniki bakteryjne, 52, 114
- Czynniki toksyczne, 23
- Czynniki wirusowe, 52, 114
- Czynniki zakaźne, 16, 52, 114
- D’Espine, Marc, 138
- Definicje, 15, 127, 131
- Dermatologia, 7
- Dławica piersiowa, 57, 87

- Dwukropek, 24
- Farr, William, 13, 14, 137, 138, 141
- Funkcjonowanie, 4, 5, 9
- Gorączka reumatyczna, 55, 87
- Graunt, John, 137
- Gruźlica, 51
następstwa, 71
- Gruźlica, następstwa, 74
- Grypa, 72
- Hemofilia, 71
- Huber, Michel, 139
- ICD-10
cel i zastosowanie, 3
Dziewiąta Rewizja, 145
historia rozwoju, 137
klasyfikacje niediagnostyczne, 8
klasyfikacje związane z rozpoznaniem, 6
opis, 3
Ósma Rewizja, 144
podstawowa struktura i zasady, 14
przygotowania, 146
rodzina klasyfikacji chorób i problemów
zdrowotnych, 3
rola WHO, 12
Siódma Rewizja, 144
sposób korzystania, 19
- Indeks alfabetyczny, 1, 6, 7, 14, 19, 20, 25,
27, 28
czynniki modyfikujące i kwalifikujące,
106
kategorie połączone, 103
numery kodów, 27
struktura, 27
typy morfologiczne guzów, 75
układ, 27
umowne zasady, 28
- Informacje oparte na społeczności, 11
- Jaglica, następstwa, 74
- Karta zgonu, 123
międzynarodowa, 32, 144
- Kategorie czteroznakowe, *patrz*
Podkategorie czteroznakowe
- Kategorie gwiazdkowe, *patrz też* System
„gwiazdek” i „krzyżyków”, 20, 26
- Kategorie następstw, 26
kodowanie chorobowości, 101, 105
kodowanie umieralności, 45, 74
- Kategorie o cechach wspólnych, 26
- Kategorie ograniczone do kobiet, 26
- Kategorie ograniczone do mężczyzn, 26
- Kategorie połączone, 103
- Kategorie trzyznakowe, 15, 16, 17, 85, 123,
126, 135
- Klamra, 24
- Klasyfikacja chorób
historia, 137
niediagnostyczna, 8
zasady, 13
związana z rozpoznaniem, 6
- Klasyfikacja według obszaru, 126
- Klasyfikacja według wieku płodowego,
131
- Klasyfikacja wiekowa, 126, 131
- Klasyfikacja Zaburzeń Psychicznych
i Zaburzeń Zachowania ICD-10, 6, 8
- Klasyfikacje pochodne, 5
- Klasyfikacje powiązane, 6
- Klasyfikacje referencyjne, 5
- Kodowanie, podstawowe uwagi, 28
- Kody „U”, 17
- Komentarze (opisy kategorii), 20
- Komisja Mieszana, 140
- Komitet ds. Łączonych Przyczyn Zgonów
w Stanach Zjednoczonych, 142
- Kontakt ze służbą zdrowia spowodowany
przyczynami innymi niż choroba, 100
- Konwencje, 23
umowne zasady, 28
- Krew i narządy krwiotwórcze, choroby,
115
- Kropka z kreską (-.), 25
- Krwotok, 41
- Kryteria dla tworzenia raportów, 128
- Krzywica, następstwa, 74
- Leki, zatrucie, 41, 89
- Linneusz, Karol (Linnaeus), 137
- Lista stanów chorobowych, które rzadko
prowadzą do zgonu, 147
- Lista tabelaryczna
konwencje, 23
sposób używania, 19, 28
- Listy tabelaryczne, 6
chorobowości, 125
przyczyn zgonów, 15

- stanów chorobowych, 15
umieralności, 124
- Litera „i” w tytule, 25
- Łączenie
numerów kodowych, 64
przyczyn zgonu, 44, 47
- Meningokokowe choroby, 51, 100
- Miażdżyca, 58
tętnic mózgowych, 58
- Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób dla Neurologii (ICD-10-NA), 6
- Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób dla Onkologii (ICD-O), 6, 7
- Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób dla Reumatologii i Ortopedii (ICD-R&O), 8
- Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów, 143
- Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), 4, 9
- Międzynarodowa Klasyfikacja Podstawowej Opieki Zdrowotnej (ICPC-2), 6
- Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych (ICPM), 8
- Międzynarodowa Klasyfikacja Przyczyn Chorób i Zgonów, 141
- Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń (ICIDH), 9
- Międzynarodowa Klasyfikacja Zaburzeń Mięśniowo-Szkieletowych (ICMSD), 8
- Międzynarodowa Klasyfikacja Zewnętrznych Przyczyn Urazów (ICECI), 6
- Międzynarodowa Lista Chorób, 140
- Międzynarodowa Lista Przyczyn Zgonów, 138, 139, 140, 141, 142
- Międzynarodowa Nomenklatura Chorób (IND), 12
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Medycznych, *patrz* ICD-10
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych dla Onkologii (ICD-O), 15
- Międzynarodowe Listy Chorób, 142
- Międzynarodowy formularz karty zgonu, 32
- Międzynarodowy Indeks Kodów dla Dermatologii, 7
- Międzynarodowy Instytut Statystyczny, 138, 139, 140
- Nadciśnienie tętnicze, 56, 57, 71, 118
naczyniowo-nerkowe, 56
podczas ciąży, 100
samoistne (pierwotne), 55
- Nadmierna utrata płynów (odwodnienie), 52
- Następstwa, 45, 50, 74
leczenie, 101
- Następstwa hiperalimentacji, 116
- Następstwo czasowe stanów chorobowych, 72
- Nawiasy, 28
kwadratowe, 24
okrągłe, 23
- Neurologia, 7
- NGI (niesklasyfikowane gdzie indziej), 25, 28
- Niedokładnie określone przyczyny zgonu, 133
- Niedokładnie określone stany chorobowe, 43, 45
- Niedokrwistość wtórna, 41
- Niedożywienie, 39, 41
następstwa, 116
- Niepełnosprawność, 4, 5, 6, 9, 10
- Niepewne rozpoznania lub objawy, 100
- Niepłodność, 62, 101
- Nieprawidłowe ułożenie płodu, 63
- Nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych, 44, 45, 102, 120, 125, 133
- Niesklasyfikowane gdzie indziej (NGI), 25, 28
- Niewspółmierność porodowa, 63
- Niewydolność serca, 39, 57, 58, 73, 87, 96
wątroby, 61
- Niewydolność nerek, 39, 41, 62
- Niewydolność serca, 93
- Nightingale, Florence, 141
- Nowotwory złośliwe, 75, 114
charakter, 16

- i choroby układu krążenia, 71, 87
 - i choroby zakaźne, 86
 - jako następstwo innych chorób, 39, 71
 - klasyfikacja, 7
 - kod morfologiczny, 22
 - miejsca częstego występowania
 - przerzutów, 79
 - morfologia, 15, 75
 - następstwa, 39, 41, 71, 72, 73
 - o nieznanym pierwotnym
 - umiejscowieniu, 77
 - określanie umiejscowienia, 75, 76
 - płuc, 79
 - podwójne kodowanie, 22
 - przerzutowe, 79, 81
 - przerzuty, 75, 78
 - umiejscowienie mnogie, 77, 84, 115
 - węzłów chłonnych, 79
 - wnioskowanie o złośliwości, 75
 - wykazujące aktywność czynnościową, 22
- Objawy, 43, 44, 100, 102, 107, 108, 110, 112, 120, 145
 - Obrzęk płuc, 60
 - Obszary miejskie, 126
 - Odległość od szczytu głowy do pięt, 129, 130, 135
 - Odmiedniczkowe zapalenie nerek, 41
 - Oдноśniki krzyżowe, 28, 29
 - Odoskrzelowe zapalenie płuc, 37
 - Odwodnienie (nadmierna utrata płynów), 41, 52
 - Odwołania „patrz także”, 28, 29
 - Odwołania „patrz”, 28, 29
 - Okres noworodkowy, 128
 - Okres okołoporodowy, 128
 - Onkologia, 7
 - Opcjonalne kody dodatkowe, 102
 - Organizacja Zdrowia Ligi Narodów, 139, 140
 - Ostre wirusowe zapalenie wątroby, 52
 - Otępienie
 - jako następstwo innych chorób, 41
 - Palenie tytoniu, 54
 - Pediatria, 8
 - Płasawica, 54
 - Płeć
 - kategorie ograniczone do jednej płci, 26
 - zgodność rozpoznania i płci, 75
 - Podejrzanie następstwa innego stanu, 39
 - Podkategorie czteroznakowe, 6, 7, 15, 16, 17, 19, 24, 113, 123, 125, 126, 135
 - Podstawowa opieka zdrowotna, 11
 - Podwójne kodowanie, 21, 22, 125
 - Podziały uzupełniające, 17
 - Połów, 118, 131
 - Populacja, mała wielkość, 133
 - Porażenie
 - czterokończynowe, 54
 - kończyn dolnych, 54
 - połowicze, 54
 - Poronienie, powikłania, 62, 118
 - Poród, 63, 92, 118
 - o czasie, 128
 - po terminie, 128
 - przedwczesny, 128
 - Posocznica, 39
 - meningokokowa, 51
 - paciorkowcowa, 51
 - Poziom piątego/dalszego znaku, 6, 7, 8, 17
 - Prezentacje statystyczne, 123
 - chorobowość, 133
 - listy tabelaryczne umieralności, 124
 - mała wielkość populacji, 133
 - niedokładnie określone stany chorobowe, 133
 - porównania międzynarodowe, 126
 - poziom szczegółowości, 123
 - umieralność matek, 131
 - umieralność płodów, okołoporodowa, noworodków i niemowląt, 127
 - źródła danych, 123
 - Procedury medyczne, 8
 - Przedawkowanie leków, 41
 - Przewód pokarmowy, zaburzenia
 - pooperacyjne, 62
 - Przyczyna zgonu
 - ciąg zdarzeń, 34
 - definicja, 31
 - interpretacja haseł, 70
 - łączona, historia klasyfikowania, 140, 142
 - modyfikowanie, 43
 - okołoporodowego, określanie, 93
 - prezentacja statystyczna, 124
 - świadcstwo, *patrz* Karta zgonu, 123
 - tabulacja, 126
 - wpływ czasu trwania choroby, 73

- wyjściowa, 31
 procedura wyboru, 33
 uwagi dotyczące kodowania, 51
 wykaz kodów, których nie należy używać, 69
 wyrażenia wskazujące na wątpliwości w rozpoznaniu, 91
 założenie występowania przyczyny pośredniej, 70
 zasady modyfikacji, 43
 pierwotna poprzedzająca przyczyna, 33, 34, 51
 zasada ogólna, 34, 35, 36
 zasady wyboru, 35, 36
 zgodność pomiędzy płcią pacjenta a rozpoznaniem, 75
- Przyczyny zewnętrzne zachorowań i zgonów, 6, 16, 27, 34, 64, 88, 91, 101, 104, 120, 121
- Puste rubryki, 134
- Pylica płuc, 60
- Rada Międzynarodowych Organizacji Nauk Medycznych (CIOMS), 12
- Rak *patrz też* Nowotwory złośliwe, 75, 78
- Rakowatość, 78
- Regulacje dotyczące nazewnictwa, 15
- Reumatyczna choroba serca, 55, 87
- Roesle, E., 139
- Rozdziały, 15
- Rozedma, 60
- Róża, 20, 52
- Samobójstwo, 72
- Sauvages (François Bossier de Lacroix), 137
- Skolioza, 62
- Specjalne listy tabelaryczne, 6, 15, 124, 125
- Sprawozdawczość niefachowa, 11
- Stan astmatyczny, 60
- Stany mnogie, 101, 103
- Stany ostre i przewlekłe, 106
- Stany podejrzewane, 102
- Starość, 43, 45
- Statystyki, 126, 129, 133
- Stomatologia, 7
- Sumy cząstkowe, 133
- Swoistość
 kodowanie chorobowości, 100, 108, 111
 przyczyny zgonu, 44, 49
- System „gwiazdek” i „krzyżyków”, 20, 22, 26, 27, 145
 kodowanie stanów chorobowych, 102, 125
- System Klasyfikacji Anatomicznej, Terapeutycznej i Chemicznej ze zdefiniowanymi dawkami dobowymi (ATC/DDD), 6
- Sytuacje niedokładnie określone, 102
- Ślepotą, 54, 118
- Świadectwo zgonu okołoporodowego, 93
- Świadectwo zgonu, *patrz* Karta zgonu, 123
- Tablice statystyczne, 126
- Terminy wiodące, 27, 28, 103
- Terminy włączone („Obejmuje”), 19, 20, 23, 24, 29
- Terminy wykluczone („Nie obejmuje...”), 8, 20, 23, 24, 29
- Układ mięśniowo-szkieletowy, zaburzenia pozabiegowe, 62
- Układ moczowo-płciowy, zaburzenia pozabiegowe, 62
- Układ oddechowy, zaburzenia pozabiegowe, 61
- Umieralność, *patrz też* Przyczyna zgonu
 listy projektowane lokalnie, 124
 listy wybrane, 124
 listy zbiorcze, 124
 używanie przedrostków dla identyfikacji, 124
 zasady i wskazówki dotyczące kodowania, 31
- Umieralność matek
 definicje, 131
 mianowniki, 132
 publikowane współczynniki, 132
 tworzenie raportów międzynarodowych, 132
 wskaźniki i współczynniki, 132
- Umieralność niemowląt, 15, 127, 128, 129, 131, 137
- Umieralność okołoporodowa, 92
 definicje, 127
 karta zgonu okołoporodowego, 92
 kodowanie przyczyn, 96
 kodowanie według przyczyny, 95
 kryteria dla tworzenia raportów, 128

- prezentowanie przyczyn, 130
 statystyki dla celów porównań
 międzynarodowych, 129
 świadectwo zgonu okołoporodowego, 94
 zasady kodowania, 96
 Upośledzenie słuchu, 54, 118
 Upośledzenie umysłowe, 54
 Upośledzenie widzenia, 54, 118
 Uraz
 śródczaszkowy, 64
 Uraz śródczaszkowy, 121
 Urazy, 34, 64, 88, 89, 101, 104, 120, 121,
 135
 Urazy mnogie, 120
 Urodzenia żywe, 127, 128
 rejestrwanie, 129
 Urodzeniowa masa ciała, 127, 129
 bardzo niska, 127
 klasyfikacja, 131
 krańcowo niska, 127
 niska, 127
 Usystematyzowana Nomenklatura
 Medyczna (SNOMED), 7
 Używanie substancji psychoaktywnych, 53

 Wątroba, choroby, 61
 Wczesne/późne stadia choroby, 44, 49
 Wczesny zgon noworodka, 130
 Wiek ciążowy, 135
 jako kryterium klasyfikowania, 131
 Wiek płodowy, 128, 129, 130, 135
 jako kryterium klasyfikowania, 131
 Wirusowe zapalenie mózgu
 następstwa, 74
 Wrodzone wady
 rozwojowe/zniekształcenia, 72, 73, 88,
 96, 129
 Wskaźnik bezpośredniej umieralności
 położniczej, 132
 Wskaźnik umieralności okołoporodowej,
 130
 Wskaźnik umieralności związanej z ciążą,
 133
 Wskaźnik urodzeń martwych, 129
 Współczynnik umieralności matek, 132
 Współczynnik umieralności niemowląt,
 130
 wg masy ciała, 130
 Współczynnik umieralności noworodków,
 130

 Współczynnik umieralności
 okołoporodowej, 130
 wg masy ciała, 130
 Współczynnik urodzeń martwych, 129
 wg masy ciała noworodka, 129
 Współczynnik wczesnej umieralności
 noworodków, 130
 wg masy ciała, 130
 Wypadki, 64, 72
 Wysoce nieprawdopodobne związki
 przyczynowe, 70, 72, 77

 Zabiegi, *patrz też* Zaburzenia
 pozabiegowe, 41, 75
 jako przyczyna zgonu, 75
 powikłania, 39
 Zaburzenia endokrynologiczne, 12, 53, 56,
 116
 Zaburzenia metaboliczne, 63, 116
 pozabiegowe, 53
 Zaburzenia pozabiegowe, 26
 oka i przydatków oka, 54
 przewodu pokarmowego, 62
 ucha i wyrostka sutkowatego, 55
 układu krążenia, 59
 układu mięśniowo-szkieletowego, 62
 układu moczowo-płciowego, 62
 układu nerwowego, 54
 układu oddechowego, 61
 wydzielania wewnętrznego
 i metaboliczne, 53
 z powikłaniami, 106
 Zaburzenia przewodzenia, 57
 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia
 zachowania, 8, 117
 klasyfikacja, 6, 8
 komentarze, 20
 organiczne, 23, 53
 spowodowane nadużywaniem alkoholu,
 53
 spowodowane paleniem tytoniu, 54
 spowodowane używaniem środków
 psychoaktywnych, 53
 Zaburzenia rytmu serca, 57
 Zaburzenia stanu odżywienia, 116
 Zaburzenia zatorowe, 39, 40, 41, 73, 87,
 106
 Zakażenie górnych dróg oddechowych,
 ostre, 59
 Zalecenia, 134

- Zanik nerki, 62
Zapalenie nosa i gardła, ostre, 59
Zapalenie oskrzeli, 60
Zapalenie płuc, 39
Zapalenie trzustki, 62
Zasada ogólna określania przyczyny zgonu, 34, 36
Zasady modyfikacji przyczyny zgonu, 43
Zasady ponownego wyboru, kodowanie chorobowości, 107
Zastawka mitralna, choroby, 55
Zatrucie, 64, 120
 lekami, 89
 następstwa, 121
 podwójne kodowanie, 23
 substancjami biologicznymi, 89
 środkami farmakologicznymi, 89
Zatrzymanie akcji serca, 57
Zawał mięśnia sercowego, ostry, 57
Zespoły porażenne, 54, 117
Zespół rakowiaka, 116
Zespół sercowo-płucny, 57
Zespół uzależnienia spowodowany używaniem alkoholu, 54
Zespół zapalenia nerek, 41, 62
Zgon matki, 131
 późny, 131
Zgon płodu, 127
 definicja, 127
 kryteria włączania do statystyk, 129
 rejestrowanie, 129
 statystyki do porównań międzynarodowych, 129
Zgon związany z ciążą, 131
Zgon, przyczyny, *patrz* Przyczyna zgonu
Zgony noworodków, 127
 definicje, 127
Zgony położnicze, 73
 bezpośrednie, 131
 pośrednie, 132
Złamanie
 kości czaszki, 64, 121
 kości twarzoczaszki, 64, 121
Źródła danych, 123
 lista tabelaryczna chorobowości, 125
 sumy cząstkowe, 133