



AVC

Introduction

Comprendre comment les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont classifiés dans la CIM-10-CA favorise la qualité de la codification en permettant de se concentrer uniquement sur les détails requis pour attribuer le code le plus exact et le plus précis possible.

Cet aide-mémoire examinera les différents types d'AVC et la façon dont ils sont catégorisés afin de déterminer quelles données doivent être recueillies dans la documentation pour attribuer le meilleur code possible.

La définition d'un accident vasculaire cérébral

De façon générale, il existe 2 types d'AVC : ischémique et hémorragique. Un AVC ischémique est plus courant qu'un hémorragique.

Un AVC ischémique est le dysfonctionnement soudain et la mort en quelques heures des cellules du cerveau dans une zone localisée en raison d'une circulation sanguine inadéquate. Il survient lorsque l'irrigation sanguine d'une partie du cerveau est interrompue. Lorsque le sang n'apporte plus l'oxygène ni les nutriments nécessaires et qu'il n'élimine plus les déchets, les cellules cérébrales commencent rapidement à mourir. L'AVC ischémique est parfois appelé « infarctus cérébral » ou « ictus cérébral », et dure plus de 24 heures.

Un AVC hémorragique (soit une hémorragie intracérébrale ou une hémorragie sous-arachnoïdienne) est le dysfonctionnement soudain et la mort en quelques heures des cellules du cerveau dans une zone localisée en raison de la toxicité du sang extravasculaire.

Les AVC sont classés dans les catégories I60, I61, I63 et I64 dans la CIM-10-CA. Les affections classées dans la catégorie I62 ne sont pas considérées comme des AVC aigus et ne sont donc pas incluses dans la présente discussion.

La structure globale de ces 4 catégories couvre les 2 principaux types d'AVC : hémorragique et ischémique.

AVC hémorragique

Un AVC hémorragique se produit lorsqu'un épanchement de sang, causé par la rupture ou par la fuite d'un vaisseau sanguin, s'accumule dans le tissu cérébral (hémorragie intracérébrale) ou entre les couches interne et externe du tissu qui recouvre le cerveau (hémorragie sous-arachnoïdienne).



I60 Hémorragie sous-arachnoïdienne

La catégorie I60 comprend les AVC hémorragiques spontanés se produisant dans l'espace sous-arachnoïdien.

L'hémorragie sous-arachnoïdienne est le plus souvent causée par la rupture d'un anévrisme dans l'une des artères à la base du cerveau, ce qui entraîne une irruption de sang dans l'espace contenant le liquide céphalorachidien, situé entre l'arachnoïde et la pie-mère. Cependant, dans environ 10 % des cas, il n'y a aucune preuve d'un anévrisme.

La plupart des codes sous I60 sont structurés en fonction de l'artère d'où le sang provient.

Code de la CIM-10-CA	Titre du code de la CIM-10-CA
I60.0	Hémorragie sous-arachnoïdienne de la bifurcation et du siphon carotidien
I60.1	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère cérébrale moyenne
I60.2	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère communicante antérieure
I60.3	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère communicante postérieure
I60.4	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère basilaire
I60.5	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère vertébrale
I60.6	Hémorragie sous-arachnoïdienne d'autres artères intracrâniennes <ul style="list-style-type: none">• Ce code comprend les artères précisées autres que celles indiquées ci-dessus ainsi que l'atteinte de plusieurs artères intracrâniennes lorsqu'au moins 2 artères distinctes causent l'hémorragie sous-arachnoïdienne.
I60.7	Hémorragie sous-arachnoïdienne d'une artère intracrânienne, sans précision <ul style="list-style-type: none">• I60.7 est attribué lorsque le site est une artère, mais qu'il n'y a pas suffisamment d'information nous permettant de la classer ailleurs.• Un anévrisme sacciforme est un anévrisme se produisant dans une artère principale à la base du cerveau. L'anévrisme sacciforme est inclus dans ce code parce que nous savons qu'une artère est en cause, mais nous ignorons laquelle.• L'artère communicante est incluse dans la sous-catégorie relative aux artères sans précision parce que la description « artère communicante » n'est pas assez précise. Il existe une artère communicante antérieure et une artère communicante postérieure, mais pas d'artère communicante tout court.
I60.8	Autres hémorragies sous-arachnoïdiennes <ul style="list-style-type: none">• Ce code comprend des termes décrivant des hémorragies sous-arachnoïdiennes qui n'ont pas la particularité d'être d'origine artérielle. Une hémorragie méningée peut correspondre à une hémorragie provenant d'une artère ou d'une veine, tandis que la rupture d'une malformation artérioveineuse cérébrale touche à la fois le système artériel et le système veineux.
I60.9	Hémorragie sous-arachnoïdienne, sans précision <ul style="list-style-type: none">• I60.9 est attribué lorsque l'information est insuffisante pour classer l'hémorragie sous-arachnoïdienne de façon plus précise.



I61 Hémorragie intracérébrale

La catégorie I61 comprend les AVC hémorragiques spontanés se produisant à l'intérieur du tissu cérébral.

Une hémorragie intracérébrale est une hémorragie se produisant à l'intérieur du tissu cérébral. Le cerveau est très sensible aux saignements et les dommages au tissu cérébral environnant surviennent rapidement. L'effet peut également se répandre en raison de la diminution de l'apport sanguin vers les tissus normalement alimentés par le vaisseau rompu (mais c'est très rare.) Tous les infarctus associés sont inclus dans le code d'hémorragie.

Dans cette catégorie, la sélection du code se fait en fonction de la zone du saignement, et non du vaisseau spécifique.

Code de la CIM-10-CA	Titre du code de la CIM-10-CA
I61.0	Hémorragie intracérébrale hémisphérique, sous-corticale <ul style="list-style-type: none">• Si le site de l'hémorragie hémisphérique est une structure sous le cortex, sous-corticale est attribué.• Certaines des structures sous-corticales du cerveau incluent les noyaux gris centraux, le thalamus et l'amygdale.• L'hémorragie intracérébrale profonde est incluse ici parce que les structures sous-corticales sont situées sous la surface du cortex.
I61.1	Hémorragie intracérébrale hémisphérique, corticale <ul style="list-style-type: none">• Si le site de l'hémorragie hémisphérique est une structure à l'intérieur du cortex, corticale est attribué.• Les 4 lobes cérébraux constituent les principales structures corticales : frontal, pariétal, temporal et occipital.• Si l'hémorragie a lieu dans un seul lobe ou dans des lobes contigus, I61.1 est attribué.• L'hémorragie intracérébrale superficielle est incluse ici parce que le cortex est situé à la surface du cerveau.
I61.2	Hémorragie intracérébrale hémisphérique, non précisée <ul style="list-style-type: none">• Le cerveau est divisé en 2 hémisphères (droit et gauche). Si la seule information connue est que l'hémorragie a lieu dans l'un ou l'autre des hémisphères, I61.2 est attribué.
I61.3	Hémorragie intracérébrale du tronc cérébral
I61.4	Hémorragie intracérébrale cérébelleuse
I61.5	Hémorragie intracérébrale intraventriculaire <ul style="list-style-type: none">• Les ventricules sont des cavités contenant du liquide céphalorachidien situées dans le cerveau.• Une hémorragie dans un ou plus d'un ventricule est classée à I61.5.• L'utilisation de ce code est réservée à l'hémorragie intraventriculaire primaire, où le saignement a lieu dans le système ventriculaire uniquement.



Code de la CIM-10-CA	Titre du code de la CIM-10-CA
I61.6	Hémorragie intracérébrale, localisations multiples <ul style="list-style-type: none">• I61.6 est attribué en présence d'au moins 2 hémorragies intracérébrales distinctes se produisant en même temps (p. ex. des hémorragies multiples dans le même lobe ou des hémorragies distinctes du tronc cérébral et du cervelet).• Ce code n'est pas utilisé s'il y a extension d'une même hémorragie vers d'autres sites (voir la section Codes d'hémorragie multiples ci-dessous).
I61.8	Autre hémorragie intracérébrale <ul style="list-style-type: none">• I61.8 est attribué lorsqu'un site est précisé, mais qu'il n'est pas compatible avec les autres sous-catégories. Par exemple, la fosse postérieure est indexée ici. Cette partie du crâne abrite le tronc cérébral et le cervelet. Elle ne peut donc pas être classée ailleurs.
I61.9	Hémorragie intracérébrale, sans précision <ul style="list-style-type: none">• Lorsqu'il n'y a aucune mention du site de l'hémorragie intracérébrale, I61.9 est attribué.

Il faut une très bonne connaissance de l'anatomie du cerveau pour assigner les codes d'AVC appropriés. Un bon dictionnaire fait aussi l'affaire! Comme l'index alphabétique n'est pas exhaustif, il est important de faire une recherche si vous ne savez pas où est située une structure donnée.

Codes d'hémorragie multiples

Plusieurs codes d'hémorragie peuvent être attribués dans les cas suivants :

- Lorsqu'il y a hémorragies distinctes simultanées, des codes de catégories différentes peuvent être sélectionnés. Par exemple, si la rupture d'un anévrisme sacciforme entraîne une hémorragie sous-arachnoïdienne et que le patient souffre également d'une hémorragie intracérébrale causée par l'hypertension, I60.7 *Hémorragie sous-arachnoïdienne d'une artère intracrânienne, sans précision* et I61.9 *Hémorragie intracérébrale, sans précision* sont attribués.
- Un anévrisme rompu qui saigne de nouveau et qui est explicitement documenté ou une seconde hémorragie distincte peuvent également être codifiés séparément.

Remarque : L'extension d'une hémorragie à partir d'une région vers une autre, à l'intérieur ou à l'extérieur du cerveau, est classée uniquement en fonction du site d'origine de l'hémorragie.



AVC ischémique

Un AVC ischémique est le résultat du blocage ou du rétrécissement d'un vaisseau sanguin qui alimente le cerveau, entraînant une diminution de l'apport sanguin et la mort des tissus environnants.

Les AVC ischémiques sont classés dans l'un des 9 codes de la catégorie I63 *Infarctus cérébral*. Les codes d'infarctus cérébraux sont essentiellement structurés selon l'étiologie de l'infarctus (thrombose, embolie, autre occlusion, sténose), puis selon le site touché (artères précérébrales, artères cérébrales, système veineux cérébral).

- Un code d'infarctus cérébral comprend toute hémorragie associée survenant dans le cours normal de l'infarctus, ainsi qu'un AVC en évolution. Il est courant qu'un AVC ischémique évolue avec une hémorragie mineure. Par exemple, le rapport d'une TDM ou d'une IRM du cerveau dans les 24 heures peut indiquer qu'il y a une évidence d'hémorragie pétechiale dans la région de l'infarctus. Ceci est normal et fait partie de l'évolution d'un AVC ischémique; aucun code supplémentaire d'hémorragie n'est requis.
- Les AVC « anciens » ne sont pas classés ici. Cette catégorie ne comprend que les infarctus aigus et subaigus.

Examinons le rôle de l'étiologie et du site dans la classification des AVC ischémiques.

Thrombus

Un thrombus est un caillot sanguin qui se forme dans une artère ou une veine. Le thrombus peut se développer dans :

- une artère précérébrale — une artère *qui mène* au cerveau (extracrânienne) telle que les artères carotide, basilaire et vertébrale

ou

- une artère cérébrale — une artère qui est située *dans* le cerveau (intracrânienne) telle que les artères cérébrales antérieure, moyenne et postérieure. *Toutes* les artères situées dans le cerveau, petites ou grosses, sont considérées comme des artères cérébrales.

Code de la CIM-10-CA	Titre du code de la CIM-10-CA
I63.0	Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères précérébrales
I63.3	Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales



Embolie

Une embolie cérébrale se produit lorsqu'un caillot sanguin s'étant formé ailleurs se déplace jusqu'aux artères précérébrales ou cérébrales et s'y loge (p. ex. un caillot sanguin qui s'est formé dans le cœur et qui se déplace vers l'une des artères cérébrales).

Code de la CIM-10-CA	Titre du code de la CIM-10-CA
I63.1	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères précérébrales
I63.4	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales

Nature non précisée

Les codes suivants sont attribués lorsque la nature de l'occlusion ou de la sténose est autre qu'un thrombus ou un embole (p. ex. s'il s'agit d'une dissection artérielle), ou si elle n'est pas du tout précisée. Même si les titres des codes ne mentionnent que les occlusions ou sténoses de mécanisme non précisé, les *autres* occlusions ou sténoses sont également comprises ici, comme l'indique la recherche dans l'index.

Code de la CIM-10-CA	Titre du code de la CIM-10-CA
I63.2	Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères précérébrales, de mécanisme non précisé
I63.5	Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé <ul style="list-style-type: none">• Les infarctus lacunaires sont classés à I63.5 parce qu'ils sont causés par l'occlusion des artères profondes du cerveau. Le terme « lacunaire » fait référence à l'apparence de ces infarctus en imagerie avec la présence d'un espace vide.

Thrombose veineuse cérébrale

Code de la CIM-10-CA	Titre du code de la CIM-10-CA
I63.6	Infarctus cérébral dû à une thrombose veineuse cérébrale, non pyogène <ul style="list-style-type: none">• Bien qu'un thrombus peut également se manifester dans une veine ou un sinus veineux, ce phénomène est relativement rare en comparaison avec les thromboses artérielles.



Autre et non précisé

Code de la CIM-10-CA	Titre du code de la CIM-10-CA
I63.8	Autre infarctus cérébral • Comprend seulement les termes qui précisent une étiologie autre qu'une occlusion ou une sténose.
I63.9	Infarctus cérébral, sans précision • I63.9 est attribué à un AVC ischémique sans autre indication ou qui ne peut être classé ailleurs. • L'infarctus du lobe occipital, l'infarctus thalamique et l'infarctus de la circulation postérieure font partie de ce code parce que ces énoncés ne sont pas assez détaillés pour nous permettre de déterminer l'étiologie de l'infarctus.

Directives générales à appliquer au moment de choisir un code de la catégorie I63

- Si une *artère* précise du cerveau est indiquée, attribuez un code compris entre I63.0 et I63.5.
- Si l'étiologie est une thrombose veineuse cérébrale, attribuez I63.6.
- Si une *région* précise du cerveau est indiquée, attribuez I63.9.
- Si une étiologie autre qu'une occlusion ou qu'une sténose est indiquée, attribuez I63.8.

Codes ischémiques multiples

Un second AVC ischémique explicitement documenté peut être codifié séparément. Par exemple, si un patient est victime d'un second infarctus pendant son séjour à l'hôpital, 2 codes de la catégorie I63 *Infarctus cérébral* sont sélectionnés :

I63.9 (M) *Infarctus cérébral, sans précision*

I63.9 (2) *Infarctus cérébral, sans précision*

I64 Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus

Un AVC sans aucune précision est classé à I64.

Il existe très peu de circonstances où l'utilisation de I64 est valide. En effet, lorsqu'un patient présente les symptômes d'un AVC, la priorité est d'établir de quel type d'AVC il s'agit afin que le traitement approprié soit entrepris le plus rapidement possible. Les circonstances dans lesquelles l'utilisation du I64 est valide incluent :

- Lorsque l'imagerie diagnostique n'a pas encore été effectuée et que le patient est transféré dans un autre établissement, est admis du service d'urgence ou décède.



- Lorsque le patient est retourné à son établissement d'origine et que les renseignements sur le transfert ne précisent pas le type d'AVC.
- Lorsque l'établissement ne possède pas de service d'imagerie diagnostique (TDM ou IRM) pour les AVC. Pour les établissements rapatriant des patients après les avoir transportés dans un autre établissement à des fins d'imagerie diagnostique, une précision d'AVC est requise.

Outil de classification des AVC

L'outil de classification des AVC et processus de vérification, accessible dans la section Ressources du présent cours, permet de recueillir les faits pertinents dans la documentation. Il vous aidera à évaluer l'information que vous connaissez déjà sur l'AVC et à définir les éléments manquants en vue d'attribuer le code le plus exact et précis possible.

Au départ, vous ne connaissez rien de l'AVC. Pour passer à l'étape suivante, vous devez déterminer si l'AVC est hémorragique ou ischémique.

S'il s'agit d'un AVC hémorragique, vous devez déterminer s'il s'est produit à l'intérieur du tissu cérébral ou dans l'espace sousarachnoïdien. S'il s'est produit à l'*intérieur* du tissu cérébral (intracérébral), vous devez préciser le site anatomique macroscopique. Si l'hémorragie s'est produite dans l'espace sousarachnoïdien, vous devez déterminer si elle est d'origine artérielle ou autre.

S'il s'agit d'un AVC ischémique, vous devez d'abord déterminer l'étiologie. L'infarctus a-t-il été causé par une occlusion ou une sténose? Dans l'affirmative, celle-ci est-elle de nature artérielle ou veineuse? Si l'occlusion ou la sténose est artérielle, est-elle d'origine thrombotique, embolique ou autre, ou s'agit-il d'un type non précisé d'occlusion ou de sténose? Si l'étiologie de l'AVC ischémique est connue et qu'il ne s'agit pas d'une occlusion ou d'une sténose, le code pour « Autre » est sélectionné. Si les renseignements dont vous disposez ne vous permettent pas d'être plus précis, le code « sans précision » est le code qui doit être sélectionné.

Par exemple, si le diagnostic indique « hémorragie thalamique », nous savons qu'il s'agit d'un AVC hémorragique. . .

. . . et que le thalamus se trouve dans le tissu cérébral. . .

. . . et que le thalamus est une structure sous-corticale. . .

. . . alors, nous attribuons I61.0 *Hémorragie intracérébrale hémisphérique, sous-corticale*.

Veuillez noter qu'il est également possible de repérer ce code en effectuant la recherche suivante dans l'index :

Hémorragie, hémorragique (après) (de) (due à) R58

– cerveau, cérébrale (hémisphères) (voir aussi Hémorragie, intracérébrale) I61.9

– intracérébrale (non traumatique) (de) I61.9

– – dans

– – – hémisphère, hémisphérique I61.2

– – – – **souscorticale I61.0**



Processus de vérification

À lui seul, l'énoncé diagnostique ne comporte pas toujours assez de détails pour permettre l'attribution d'un code d'AVC exact et précis. Dans ce cas, vous devez rassembler autant d'information que possible à partir de la documentation au dossier. Le recours à un processus de vérification de la documentation efficace peut vous faciliter la tâche.

1. Se concentrer uniquement sur l'attribution d'un code d'AVC.

Lorsque vous procédez à la codification d'un AVC, concentrez-vous d'abord uniquement sur l'attribution du code d'AVC, c'est-à-dire un code des catégories I60, I61, I63 ou I64. Vous éviterez ainsi d'être distrait par d'autres détails qui figurent au dossier avant d'attribuer le code d'AVC.

2. Codifier à partir d'un dossier complet.

Servez-vous toujours d'un dossier complet lors de la codification. Seul le produit final peut fournir toute l'information nécessaire pour l'attribution d'un code exact et précis.

3. Évaluer la spécificité du diagnostic final.

Commencez par le diagnostic final indiqué dans le résumé à la sortie. Le diagnostic final est-il suffisamment détaillé pour attribuer un code d'AVC aussi exact et précis que possible? Si c'est le cas, attribuez le code d'AVC.

4. Revoir le résumé à la sortie à des fins de spécificité.

Si le diagnostic final ne comporte pas suffisamment de renseignements, revoyez le résumé à la sortie pour connaître les détails manquants. L'énoncé est-il maintenant aussi précis que possible? Si c'est le cas, attribuez le code d'AVC.

5. Revoir les impressions apparaissant sur les rapports de consultation pertinents à des fins de spécificité.

Si ce n'est pas le cas, revoyez les impressions apparaissant sur les consultations pertinentes. Les consultations pertinentes comprennent des consultations en neurologie ou en neurochirurgie et des consultations en réadaptation. Il n'est pas nécessaire d'examiner le rapport de consultation en entier. L'énoncé est-il maintenant aussi précis que possible? Si c'est le cas, attribuez le code d'AVC.



6. Revoir les conclusions apparaissant sur les rapports d'imagerie diagnostique pertinents à des fins de spécificité.

Si ce n'est pas le cas, consultez les conclusions apparaissant sur les rapports d'imagerie diagnostique pertinents. Les rapports d'imagerie diagnostique pertinents comprennent la TDM et les IRM. Il n'est pas attendu des codificateurs qu'ils revoient et interprètent les résultats radiologiques complexes indiqués dans les rapports d'imagerie diagnostique. L'énoncé est-il maintenant aussi précis que possible? Si c'est le cas, attribuez le code d'AVC.

Votre établissement peut disposer d'autres éléments de dossier utiles qui contiennent les renseignements dont vous avez besoin, comme une feuille sommaire. Les éléments de dossier indiqués dans le présent module ne sont que des repères. Toutefois, le message d'ensemble est important. Revoyez seulement les éléments clés du dossier ou d'un rapport. La plupart du temps, vous constaterez que vous n'avez pas besoin de creuser plus loin.

Étant assujettis à de nombreuses variables, les énoncés diagnostiques et la documentation associés aux cas d'AVC ne peuvent tous faire l'objet d'une revue dans le cadre du présent cours. Toutefois, vous disposez maintenant d'un outil de classification des AVC et d'un processus de vérification qui devraient vous permettre, si vous les utilisez méthodiquement, d'obtenir le résultat escompté, soit l'attribution du code d'AVC le plus exact et précis possible, de la manière la plus rapide qui soit.

À faire et à ne pas faire

À faire : Continuer à utiliser l'index alphabétique et la table analytique dans la CIM-10-CA.

L'outil de classification des AVC et processus de vérification ne vise aucunement à remplacer l'index alphabétique ou la table analytique de la CIM-10-CA. L'index alphabétique vous guidera vers le bon code si vous vous en servez judicieusement et tirez simultanément parti de la table analytique et de vos connaissances en matière de codification des AVC. L'outil de classification des AVC, comme son nom l'indique, vise à faciliter de manière temporaire ou permanente la compréhension et la mise en application des variables lorsqu'il s'agit de codifier les AVC.

À ne pas faire : Confondre les facteurs de risque et les affections sous-jacentes avec l'étiologie lorsqu'il s'agit de codifier un AVC.

Un facteur de risque ou une affection sous-jacente est un élément qui augmente le risque d'AVC. Il ne permet pas de déterminer la cause réelle de l'AVC.

L'attribution d'un code distinct aux facteurs de risque (comme les antécédents familiaux) et aux affections sous-jacentes (comme la fibrillation auriculaire) est assujettie aux définitions habituelles du typage de diagnostics dans les normes de codification.



À faire : Suivre la norme de codification *Diagnostic non confirmé* pour codifier la description de l'étiologie d'un infarctus cérébral qualifié de « probable » ou de « susceptible ».

Lorsqu'un diagnostic confirmé (p. ex. infarctus de l'artère cérébrale moyenne) est indiqué comme diagnostic final avec spécificité non confirmée (p. ex. probablement cardio-embolique), attribuez seulement le code sans précision au diagnostic (I63.5 *Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé*).

À ne pas faire : Se laisser tromper par des éléments de documentation ambigus ou contradictoires au sujet de l'AVC.

Si certains éléments de documentation sont déroutants ou divergents, tenez compte des éléments les plus concluants ou trouvez d'autres moyens de vérifier le diagnostic.

Par exemple, si le diagnostic final figurant dans le résumé à la sortie indique un AVC, mais qu'une consultation initiale mentionnait un accident ischémique transitoire, le diagnostic énoncé dans le résumé à la sortie a priorité puisque celui-ci tient compte de tous les résultats sur le plan clinique et diagnostic pour l'ensemble de l'épisode de soins.

À faire : Attribuer un code distinct aux complications significatives d'un AVC.

Lorsque la documentation fait état de complications survenues à la suite d'un AVC, il convient de les évaluer séparément : la complication satisfait-elle aux critères de comorbidité tels qu'ils ont été définis dans les normes de codification?

Par exemple, on n'attribue pas de code distinct à une hémorragie intraventriculaire lorsqu'il s'agit d'une extension de l'hémorragie survenue à un autre site. Toutefois, si l'hémorragie intraventriculaire entraîne une hydrocéphalie traitée au moyen d'un shunt ventriculaire, l'hydrocéphalie est codifiée séparément en tant que diagnostic de type significatif.

Dernier point à faire : Attribuer un code d'AVC ischémique si le diagnostic d'AVC hémorragique a été éliminé.

Nous avons discuté qu'il existait très peu de circonstances où le I64 *Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus* était valide. En effet, lorsqu'un patient présente les symptômes d'un AVC, la priorité est d'établir le type d'AVC dont il s'agit afin que le traitement approprié soit entrepris le plus rapidement possible.

Lorsque l'AVC est de type hémorragique, l'énoncé diagnostique l'indique habituellement très clairement. Lorsque l'énoncé diagnostique n'indique pas qu'il s'agit d'un AVC hémorragique, revoyez la documentation afin de recueillir des détails qui confirmeront la nature ischémique de l'AVC. Si la documentation ne comporte aucune indication à l'égard d'un AVC ischémique, la présence d'un rapport d'imagerie diagnostique éliminant la possibilité d'un AVC hémorragique est suffisante pour attribuer un code d'AVC ischémique.



Aide-mémoire

Évidemment, il convient d'appliquer cette ligne directrice en faisant preuve de diligence raisonnable. Elle est fondée sur le principe que les patients ayant subi un AVC passent un long séjour à l'hôpital et que les cliniciens connaissent le type d'AVC pour lequel ils ont établi le traitement. Si le diagnostic d'AVC hémorragique a été éliminé, c'est qu'il s'agit d'un AVC ischémique.



© 2022 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. AVC [aide-mémoire]. Ottawa, ON : ICIS; 2022.