

OLIO

Klasifikimi
statistikor
ndërkombëtar
i sëmundjeve
dhe problemeve
të lidhura me
shëndetin

Revizioni i 10-të

Vëllimi 2
Manuali i instruksioneve

Botimi i pestë
2016

Logo

Titulli i librit:

“ICD-10 – Klasifikimi statistikor ndërkombëtar i sëmundjeve dhe problemeve-të-lidhura-me-shëndetin”, Revizioni i 10-të,
Vëllimi 2 – Manuali i instruksioneve,
Botimi i pestë, OBSH 2016

Nga origjinali anglisht:

”ICD-10 – International statistical classification of diseases and related health problems”, 10th revision, Volume 2 – Instruction manual, Fifth edition, WHO 2016
[ISBN 978 92 4 154916 5 (NML:classification WB 15)]

Korrektimi i përkthimit shqip nga origjinali anglisht:

Prof. Dr. Eduard Kakarriqi

Redaktimi dhe editimi i botimit shqip:

Prof. Dr. Eduard Kakarriqi

© Ministria e Shëndetësisë ka të drejtat e ribotimit

Shtëpia botuese:

ISBN

Tiranë 2016

Biblioteka Kataloguese e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) për Publikimin e të Dhënave.

Klasifikimi Statistikor Ndërkombëtar i Sëmundjeve dhe Problemeve-që-lidhen-me-Shëndetin, Revizioni (Rishikimi) i 10-të,
botimi i 5-të, 2016

3 v. (vëllime)

Përmbajtja: v. 1. Lista tabelare – v. 2. Manual i përdorimit – v. 3. Indeksi Alfabetik.

1. Sëmundjet – klasifikimi. 2. Klasifikimi. 3. Manualet. I. OBSH. II. ICD-10.

ISBN 978 92 4 154916 5

(Klasifikimi NML: WB 15)

© Organizata Botërore e Shëndetësisë 2011

Rishtypur më 2015

Të gjitha të drejtat janë të rezervuara. Publikimet e Organizatës Botërore të Shëndetësisë janë në dispozicion në faqen e internetit të OBSH-së (www.who.int), ose mund të të blihen nga WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int).

Kërkesat për të lejuar riprodhimin apo përkthimin e publikimeve të OBSH-së – si për shitje ashtu dhe për shpërndarje jo-tregtare – duhen adresuar tek WHO Press nëpërmjet faqes së internetit të OBSH-së (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form).

Emërtimet e përdorura dhe paraqitja e materialit në këtë botim nuk nënkuptojnë shprehjen e asnjë opinioni nga ana e Organizatës Botërore të Shëndetësisë në lidhje me statusin ligjor të ndonjë vendi, territori, qyteti apo zone apo të autoriteteve të tij, ose në lidhje me caktimin e kufijve të tij. Linjat e ndërprera në harta paraqesin vijat kufitare të përafërta për të cilat mundet ende të mos jetë arritur marrëveshje e plotë.

Përmendja e kompanive specifike apo prodhuesve të caktuar nuk do të thotë se ata janë miratuar ose të rekomanduar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë në preferencë kundrejt të kompanive apo prodhuesve të tjerë një natyre të ngjashme që nuk janë përmendur. Gabimet dhe lëshimet e pritshme, emrat e produkteve të pronarit dallohen nga shkronjat fillestare kapitale.

Nga Organizata Botërore e Shëndetësisë janë marrë të gjitha masat e arsyeshme për të verifikuar informacionin e përfshirë në këtë publikim. Megjithatë, materiali i publikuar është duke u shpërndarë pa garanci të çfarëdo lloji, të shprehur apo të nënkuptuar. Përgjegjësia për interpretimin dhe përdorimin e materialit qëndron me lexuesit. Organizata Botërore e Shëndetësisë nuk do të jetë në asnjë rast përgjegjëse për dëmet që rrjedhin nga përdorimi i tij.

Shtypur në Francë

Përmbajtja

- 1. Hyrje**
- 2. Përshkrimi i *Klasifikimit Statistikor Ndërkombëtar të Sëmundjeve dhe Problemeve-të-Lidhura-me-Shëndetin***
 - 2.1 Qëllimi dhe zbatueshmëria**
 - 2.2 Koncepti “familje” në klasifikimin e sëmundjes dhe klasifikimet e lidhura me shëndetin**
 - 2.2.1 Klasifikimet e lidhura me diagnozën
 - 2.2.2 Klasifikimet jo-diagnostike
 - 2.2.3 Informacion mbështetës për kujdesin shëndetësor parësor
 - 2.2.4 Nomenklatura ndërkombëtare e nëmundjeve
 - 2.2.5 Roli i OBSH-së
 - 2.3 Parimet e përgjithshme të klasifikimit të sëmundjeve**
 - 2.4 Struktura bazë dhe parimet (principet) e klasifikimit të ICD-së**
 - 2.4.1 Vëllimet
 - 2.4.2 Kapitujt
 - 2.4.3 Grupet (blloqet) e kategorive
 - 2.4.4 Kategoritë me tre-karakte
 - 2.4.5 Nënkatëoritë me katër-karakte
 - 2.4.6 Nën-ndarjet plotësuese për t’u përdorur në nivelin e karakterit të pestë ose karakterit pasues
 - 2.4.7 Kodet "U" e papërdorura më parë
- 3. Si ta përdorim ICD-në**
 - 3.1 Si ta përdorim Vëllimin 1**
 - 3.1.1 Hyrje
 - 3.1.2 Përdorimi i listës tabelare të përfshirjeve dhe nënkategorive me katër-karakte
 - 3.1.3 Dy kode për kushte të caktuara
 - 3.1.4 Marrëveshjet e përdorura në listën tabelare
 - 3.1.5 Kategoritë me karakteristika të përbashkëta
 - 3.2 Si ta përdorim Vëllimin 3**
 - 3.2.1 Rregullimi i Indeksit Alfabetik
 - 3.2.2 Struktura

3.2.3 Numrat e kodeve

3.2.4 Shenjat

3.3 Udhëzuesi bazë i kodimit

4. Rregullat dhe udhëzuesit për kodimin e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë

4.1 Vdekshmëria: udhëzuesi për certifikimin (vërtetimin) dhe rregullat për kodim

4.1.1 Qëllimi i instruksioneve: krahasimet ndërkombëtare

4.1.2 Çertifikata ndërkombëtare e vdekjes

4.1.3 Konceptet bazë

4.2 Instruksionet për kodimin e vdekshmërisë: përzgjedhja e shkakut bazë (themelor) të vdekjes

4.2.1 Gjetja e pikës së fillimit (Hapat SP1 deri SP8)

4.2.2 Kontrolli për modifikime të pikës së fillimit (Hapat M1 deri M4)

4.2.3 Instruksione të veçanta mbi pranimin ose hedhjen poshtë të sekuencave (Hapat SP1 dhe SP4)

4.2.4 Instruksione të veçanta mbi shkakun e dukshëm

4.2.5 Instruksione të veçanta mbi lidhjet dhe kushtet e tjera (Hapi M1)

4.2.6 Instruksione të veçanta mbi dëmtimin kryesor në vdekjet nga shkaqet e jashtme (Hapi M4)

4.2.7 Instruksione të veçanta mbi helmimin nga barnat, medikamentet dhe substancat biologjike (Hapi M4)

4.2.8 Instruksione të veçanta mbi vdekshmërinë amëtare (Hapi M4)

4.2.9 Instruksione të veçanta mbi kirurgjinë dhe procedurat mjekësore të tjera (Hapi M4)

4.3 Instruksione kodimi për vdekshmërinë: shkaqet e shumëfishta

4.3.1 Hyrje

4.3.2 Diagnoza e papërcaktuar

4.3.3 Ose...ose

4.3.4 Efektet e termave lidhës

4.3.5 Neoplazmat malinje

4.3.6 Pasojat (=Sekelat)

4.3.7 Instruksione të veçanta mbi kategoritë e tjera të ICD-së

4.3.8 Përputhja ndërmjet seksit të pacientit dhe diagnozës

4.4 Vdekshmëria perinatale: udhëzues për certifikimin dhe rregullat për kodimin

- 4.4.1 Çertifikimi i vdekjeve perinatale
- 4.4.2 Përshkrimi i shkaqeve të vdekjes
- 4.4.3 Tabelimi i vdekshmërisë perinatale sipas shkakut
- 4.4.4 Kodimi i shkaqeve të vdekjes
- 4.4.5 Rregullat e kodimit

4.5 Sëmundshmëria

- 4.5.1 Udhëzues për regjistrimin e informacionit diagnostik për analizën e të dhënave të sëmundshmërisë (vetëm një patologji)
- 4.5.2 Udhëzues për kodimin e “gjendjes kryesore” dhe "gjendjeve të tjera"
- 4.5.3 Rregullat për ripërzgjedhjen kur gjendja kryesore nuk është regjistruar saktësisht
- 4.5.4 Shënime për kapituj specifikë

5. Paraqitja statistikore

5.1 Hyrje

5.2 Burimi të dhënave

5.3 Niveli i detajimit të shkakut në pasqyra (tabela)

5.4 Listat-pasqyra të veçanta të rekomanduara për vdekshmërinë

- 5.4.1 Listat e përmbledhura
- 5.4.2 Listat e përzgjedhura
- 5.4.3 Përdorimi i prefikseve për të identifikuar listat e vdekshmërisë
- 5.4.4 Listat e skicuara (projektuara) lokalisht

5.5 Lista-pasqyrë speciale për sëmundshmërinë

- 5.5.1 Përshkrimi
- 5.5.2 Modifikimi i listës speciale-pasqyrë për sëmundshmërinë sipas kërkesave kombëtare

5.6 Rekomandime në lidhje me tabelat statistikore për krahasime ndërkombëtare

- 5.6.1 Tabelat statistikore
- 5.6.2 Tabelimi i shkaqeve të vdekjes

5.7 Standardet dhe kërkesat e raportimit lidhur me vdekshmërinë fetale, perinatale, neonatale dhe foshnjore

- 5.7.1 Përkufizime
- 5.7.2 Kriteret e raportimit
- 5.7.3 Statistikat për krahasime ndërkombëtare
- 5.7.4 Paraqitja e shkaqeve të vdekshmërisë perinatale

- 5.8 Standardet dhe kërkesat e raportimit lidhur me vdekshmërinë amëtare**
 - 5.8.1 Përkufizime
 - 5.8.2 Raportimi ndërkombëtar
 - 5.8.3 Nivelet e vdekshmërisë amëtare të botuara (publikuara)
 - 5.8.4 Emëruesit për vdekshmërinë amëtare
- 5.9 Proporcioni i vdekjeve të klasifikuara nga shkaqe jo-të-përcaktuara-mirë (=të keq-përcaktuara)**
- 5.10 Sëmundshmëria**
- 5.11 Masat paraprake të nevojshme kur listat tabelare përfshijnë nëntotalet**
- 5.12 Problemet e popullatave të vogla**
- 5.13 "Qelizat boshe" dhe qelizat me frekuencë të ulët**
- 5.14 Rekomandime**
- 6. Historiku i zhvillimit të ICD-së**
 - 6.1 Historiku i hershëm**
 - 6.2 Adaptimi i Listës Ndërkombëtare të Shkaqeve të Vdekjes**
 - 6.3 Konferenca e Pestë e Rishikimit (Revizionit) Dhjetëvjeçar**
 - 6.4 Klasifikimet e mëparëshme të sëmundjeve për statistikat e sëmundshmërisë**
 - 6.5 Komiteti i SHBA-së mbi Shkaqet e Përbashkëta të Vdekjes**
 - 6.6 Rishikimi (Revizioni) i Gjashtë i Listave Ndërkombëtare**
 - 6.7 Rishikimi (Revizioni) i Shtatë dhe Rishikimi (Revizioni) i Tetë**
 - 6.8 Rishikimi (Revizioni) i Nëntë**
 - 6.9 Përgatitjet për Rishikimin (Revizionin) e Dhjetë**
- 7. Shtojcat**
 - 7.1 Forma ndërkombëtare e çertifikatës mjekësore për shkaqet e vdekjes**
 - 7.1.1 Forma ndërkombëtare e çertifikatës mjekësore për shkaqet e vdekjes
 - 7.1.2 Shkaqet e Vdekjes në Çertifikatën e Vdekjes sipas Udhëzuesit Referencë të
 - Shpejtë të ICD-10
 - 7.1.3 Detaje të tjera shtesë, të rekomanduara për vdekjet perinatale (lindje të vdekura dhe të gjalla që vdesin brenda 168 orësh [1 javë] nga lindja)
 - 7.2 Lista e gjendjeve që duhen konsideruar si pasoja direkte të procedurave mjekësore**
 - 7.3 Lista e gjendjeve të keq-përcaktuara**
 - 7.4 Lista e gjendjeve me pak gjasa për të shkaktuar vdekje**

- 7.5 Shkaqet e HIV**
- 7.6. Lista e shkaqeve që mund të shkaktojnë diabet**
- 7.7 Renditja prioritare e kodeve të ICD-10 për natyrën e dëmtimit**
- 7.8 Lista e kategorive të kodeve të kufizuara ose me më shumë gjasa që të
hasen vetëm në një nga gjinitë**
 - 7.8.1 Lista e kategorive të kodeve të kufizuara ose me më shumë gjasa që të
hasen vetëm tek femrat
 - 7.8.2 Lista e kategorive të kodeve të kufizuara ose me më shumë gjasa që të
hasen vetëm tek meshkujt
- 7.9 Lista e termave të rishikuar në instruksionet për kodimin e vdekshmërisë**

Referencat

1. Hyrje

Ky vëllim i Rishikimit të Dhjetë të *Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve dhe Problemeve të Lidhura me Shëndetin* (ICD-10) përmban udhëzues për regjistrimin dhe kodimin, së bashku me shumë materiale të reja në aspektin praktik të përdorimit të klasifikimit, ashtu si dhe një pasqyrë të historikut të klasifikimit. Ky material paraqitet si një vëllim i ndarë për përdorim të lehtë kur referencat nevojiten të bëhen në të njëjtën kohë me klasifikimin (Vëllimi 1) dhe instruksionet për përdorimin e tij. Instruksionet e detajuara për përdorimin e Indeksit Alfabetik përmbahen në instruksionet e Vëllimit 3.

Ky material siguron një përshkrim bazë të ICD së bashku me instruksionet praktike për kodet e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë dhe udhëzuesit për paraqitjen dhe interpretimin e të dhënave. Nuk është parashikuar të sigurohet trajnim i hollësishëm në përdorimin e ICD. Materiali i përfshirë këtu nevojitet të ndiqet nga kurse formale të instruksioneve, që lejojnë praktikën e gjerë në regjistrat e thjeshtë dhe diskutim të problemeve.

Nëse problemet e dala nga përdorimi i ICD nuk mund të zgjidhen lokalisht ose me ndihmën e zyrave kombëtare të statistikave, këshillimi vihet në dispozicion nga Qendrat e Bashkëpunimit të OBSH për Familjen e Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve (shih Vëllimin 1, faqet e hyrjes).

2. Përshkrimi i klasifikimit statistikor ndërkombëtar të sëmundjeve dhe problemeve të lidhura me shëndetin

2.1 Qëllimi dhe zbatueshmëria

Klasifikimi i sëmundjeve mund të përcaktohet si sistem i kategorive, në të cilën diagnozat e sëmundjes caktohen sipas kriterëve të vendosura. Qëllimi i ICD është të lejojë analizën e regjistrimeve sistematike, interpretimin dhe krahasimin e të dhënave të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë të mbledhura në shtete ose zona të ndryshme dhe në kohë të ndryshme. ICD përdoret për të përkthyer diagnozat e sëmundjeve dhe probleme të tjera shëndetësore nga fjalët në kodin alfanumerik, që lejon grumbullim të lehtë, rregullim dhe analizë të të dhënave.

Në praktikë ICD është kthyer në një klasifikim ndërkombëtar të standardeve diagnostike për të gjitha qëllimet e epidemiologjisë së përgjithëshme dhe shumë qëllime të menaxhimit shëndetësor. Këto përfshijnë analizën e situatës së përgjithëshme shëndetësore në lidhje me parametra të tjerë, si karakteristikat dhe rrethanat e individëve të prekur. ICD është parashikuar si i përshtatshëm për indeksimin e diagnozave të veçanta klinike. Gjenden gjithashtu disa detyrime në përdorim të ICD për studime të aspekteve financiare, si klasifikimi ose shpërndarje e burimeve.

ICD mund të përdoret për të klasifikuar sëmundjet dhe probleme të tjera shëndetësore të regjistruara në shumë lloje të regjistrave shëndetësore dhe demografike. Përdorimi i tij i hershëm ishte të klasifikonte shkaqet e vdekshmërisë së regjistruar në regjistrin e vdekjeve. Më vonë, fusha e tij u shtri duke përfshirë diagnozat në sëmundshmërinë. Është e rëndësishme të shënojmë se, megjithëse ICD është hartuar fillimisht për klasifikimin e sëmundjeve dhe dëmtimeve me një diagnozë zyrtare, jo çdo problem ose shkak i vënë në kontakt me shërbimet shëndetësore mund të karakterizohet në këtë mënyrë. Rrjedhimisht, ICD kujdeset për një shumëllojshmëri të gjerë të shenjave, simptomave, gjetjeve jo-normale, gjendjeve dhe rrethanave sociale që mund të qëndrojnë në vendin e diagnozës në regjistrat e lidhura me shëndetin (shih Vëllimin 1, Kapitulli XVIII dhe XXI). Prandaj mund të përdoret për të klasifikuar të dhënat e regjistruara nën titujt si “*diagnozat*”, “*shkaqet e shtrimit*”, “*kushtet e trajtimit*” dhe “*arsyet e konsultimit*”, të cilat paraqiten në një shumëllojshmëri të gjerë të regjistrave shëndetësore, nga të cilët rrjedh informacioni statistikor dhe informacion tjetër i situatave shëndetësore.

2.2 Koncepti "familje" në klasifikimet e sëmundjes dhe klasifikimet të-lidhura-me-shëndetin

Megjithëse ICD është i përshtatshëm në shumë zbatime të ndryshme, jo gjithmonë u shërben nevojave të të gjithë përdoruesve të ndryshëm. Ai nuk lejon përfshirjen e hollësive të mjaftueshme për disa specialitete dhe disa herë mund të nevojitet informacion për shenja të ndryshme të kushteve të klasifikuara. ICD nuk është e dobishme për të përshkruar funksionimin dhe paaftësitë si aspekte të

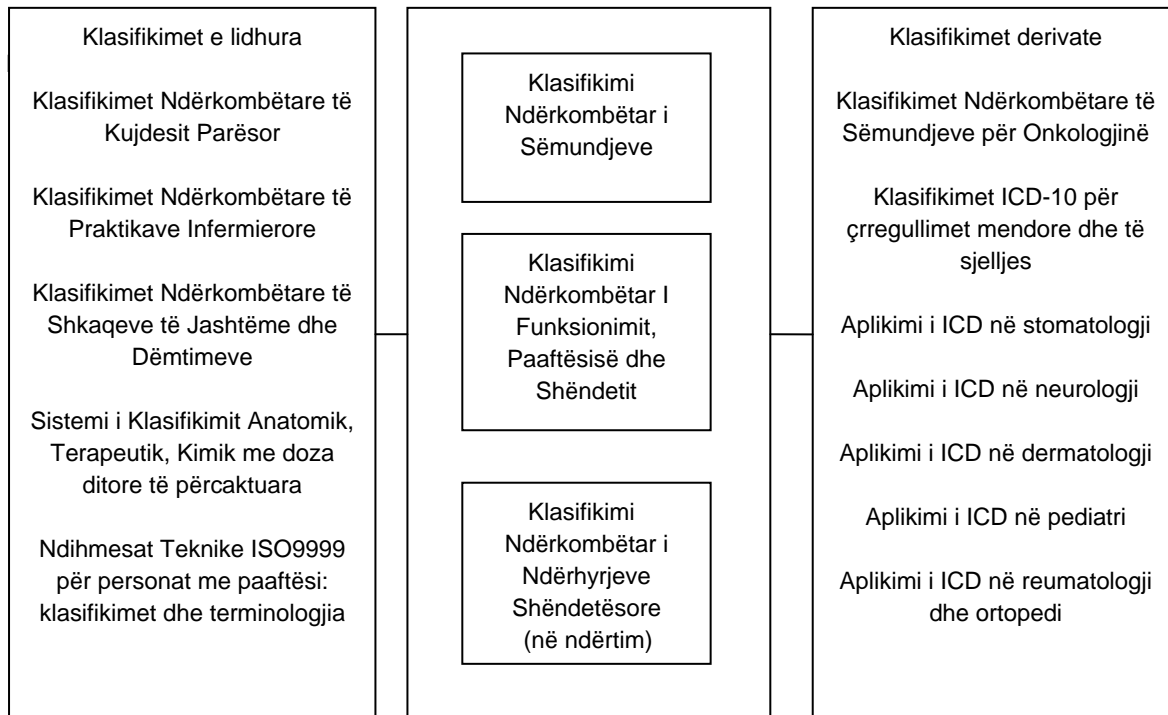
shëndetit, dhe nuk përfshin një gamë të plotë të ndërhyrjeve shëndetësore ose arsyet për vizitën mjekësore.

Është sugjeruar gjithashtu se ICD duhet të përfshijë klasifikimet e informacionit shtesë lidhur me gjendjen shëndetësore ose kujdesin shëndetësor.

Themelet e shtruara nga Konferenca Ndërkombëtare e ICD-10 më 1989 kanë dhënë bazën për zhvillimin e një 'familje' të klasifikimeve shëndetësore (shih Vëllimin 1, raportin e Konferencës Ndërkombëtare për Revizionin e 10-të të Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve, Seksioni 6, Familja e klasifikimeve). Në vitet e fundit, nëpërmjet përdorimit të ICD dhe zhvillimit të klasifikimeve të lidhura me shëndetin të OBSH-së, koncepti i 'familjes' u zhvillua më tej. Aktualisht, të ashtuquajturat familje përcaktojnë një grup produktesh të integruara klasifikimesh që kanë veçori të përbashkëta dhe mund të përdoren veçmas ose së bashku për të dhënë informacion mbi aspekte të ndryshme të shëndetit dhe kujdesit shëndetësor. Aspekte shtesë të domeneve, funksioneve dhe paaftësive shëndetësore janë klasifikuar tashmë së bashku në Klasifikimet Ndërkombëtare të funksionimit, paaftësisë dhe shëndetit (ICF). Në përgjithësi, Familja e Klasifikimeve Ndërkombëtare të OBSH (WHO-FIC) synon të japë një kornizë konceptuale dimensionesh informacioni që janë të lidhura me shëndetin dhe manaxhimin e tij. Në këtë mënyrë, ato sigurojnë një gjuhë të përbashkët për të përmirësuar komunikimin dhe lejimin e krahasimeve të të dhënave midis disiplinave, shërbimeve dhe kohëve të ndryshme të kujdesit shëndetësor të vendit. OBSH dhe Rrjeti WHO-FIC përpiqen të ndërtojnë familjet e klasifikimeve në mënyrë që të bazohen mbi parime shkencore dhe taksonomike; të jenë të pranueshme kulturalisht dhe të pranueshme ndërkombëtarisht, që të plotësojnë nevojat e përdoruesve të ndryshëm.

WHO-FIC tenton të shërbejë si një kornizë standardesh ndërkombëtare që jep blloqet përbërëse të sistemeve të informacionit shëndetësor. Fig.1 tregon llojet e ndryshme të klasifikimeve në WHO-FIC.

Fig.1. Paraqitja skematike e WHO-FIC



Klasifikimet referencë

Këto janë klasifikimet që mbulojnë parametrat kryesore të sistemit shëndetësor si vdekja, sëmundja, funksionimi, paaftësia, shëndeti dhe ndërhyrjet shëndetësore. Klasifikimet referencë të OBSH-së janë një produkt i marrëveshjeve ndërkombëtare. Ato kanë marrë pranueshmëri të gjerë dhe marrëveshje zyrtare për t'u përdorur dhe janë miratuar dhe rekomanduar si udhëzues për raportimin ndërkombëtar mbi shëndetin. Ato mund të përdoren edhe si modele për zhvillimin e revizioneve të klasifikimeve të tjera, si për strukturën dhe për karakterin dhe përkufizimin e klasave.

Aktualisht ka dy klasifikime referencë në WHO-FIC: ICD si klasifikim referencë për të kapur informacionin mbi vdekshmërinë dhe sëmundshmërinë, dhe ICF që kap informacionin mbi domene të funksionimit njerëzor dhe paaftësisë. OBSH ka qenë duke shqyrtuar mundësinë e zëvendësimit të Klasifikimit Ndërkombëtar të Proçedurave në Mjekësi (Shih Seksionin 2.2.2 Klasifikimet jo-diagnostike) me një të ri, Klasifikimin Ndërkombëtar të Nderhyrjeve Shëndetësore. Ky proçes do të dojë shumë faza konsultimi, testimi në terren dhe miratim nga organet qeverisëse të OBSH-së.

Klasifikimet derivate

Klasifikimet derivate bazohen mbi klasifikimet referencë. Klasifikimet derivate mund të përgatiten

nga adoptimi i strukturës dhe klasave të klasifikimeve referente, duke dhënë detaje shtesë përtej atyre që japin klasifikimet referente, ose mund të përgatiten nëpërmjet ri-rregullimit ose bashkimit të objekteve nga një ose më shumë klasifikime referente. Klasifikimet derivate shpesh përshtaten për përdorim kombëtar ose ndërkombëtar.

Brenda WHO-FIC, klasifikimet derivate përfshijnë adaptime të bazuara në specialitete të ICF ose ICD, si *Klasifikimi Ndërkombëtar i Sëmundjeve për Onkologjinë*, botimi i 3-të (ICD-O-3), *Aplikimi i Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve për Stomatologjinë*, botimi i 3-të (ICD-DA), *Klasifikimi ICD-10 i çrregullimeve mendore dhe të sjelljes* (përfshirë në Kapitullin V të ICD-10) dhe *Aplikimi i Klasifikimeve Ndërkombëtare për Sëmundjet në Neurologji*, botimi i 2-të (ICD-10-NA) (shih Seksionin 2.2.1 “Klasifikimet e Lidhura me Diagnozën”)

Klasifikimet e lidhura

Klasifikimet e lidhura janë ato, që pjesërisht i referohen klasifikimeve referencë, ose ato që janë të shoqëruara me klasifikimet referencë në nivele të caktuara vetëm të strukturës. Procedurat për mirëmbajtjen, përditësimin dhe rishikimin e klasifikimeve statistikore të familjes inkurajojnë zgjidhjen e problemeve të korespondimit të pjesshëm midis klasifikimeve me lidhje të ndërsjelltë, dhe ofrojnë mundësi për harmoni të rritur me kalimin e kohës. Brenda WHO-FIC, klasifikimet e lidhura përfshijnë: *Klasifikimi Ndërkombëtar për Kujdesin Parësor*, botimi i 2-të (ICPC-2), *Klasifikimi Ndërkombëtar i Shkaqeve të Jashtme të Dëmtimit* (ICECI), *Ndihma Teknike për Personat me Paaftësi: klasifikimi dhe metodologjia* (ISO9999) dhe *Klasifikimi Anatomik Kimik dhe Terapeutik* (ATC) me doza ditore të përcaktuara (ATC/DDD).

2.2.1 Klasifikimet e-lidhura-me-diagnozën

Listat speciale regjistruese

Listat speciale regjistruese rrjedhin direkt nga klasifikimi qendror për t’u përdorur për të dhënat e paraqitura dhe për të ndihmuar analizën e gjendjes shëndetësore dhe trendeve në nivele kombëtare e ndërkombëtare. Listat speciale regjistruese rekomandohen për krahasime ndërkombëtare dhe publikimet përfshihen në Vëllimin 1. Janë pesë lista të tilla, katër për vdekshmërinë dhe një për sëmundshmërinë (për hollësi të mëtejshme shih 5.4 dhe 5.5).

Përshtatjet bazuar-në-specialitet

Përshtatjet bazuar në specialitet zakonisht sjellin së bashku në një volum të vetëm ndarje ose kategori të ICD që janë të lidhura me një specialitet të veçantë. Nënkatëgoritë katër-karakterëshe të ICD janë ruajtur, por shumë hollësi janë dhënë shpesh me anë të nën-ndarjeve pesë-karakterëshe apo ndonjëherë edhe gjashtë-karakterëshe, si dhe ka një indeks alfabetik të termave përkatëse. Adaptime të tjera mund të japin fjalor përkufizimesh të kategorive e nënkategorive brenda specialitetit.

Përshtatjet janë zhvilluar shpesh nga grupe ndërkombëtare specialistësh, por grupet kombëtare disa herë kanë publikuar përshtatje, që më vonë janë përdorur në shtete të tjera. Lista në vijim përfshin

disa nga përshtatjet e specialiteteve kryesore deri tani.

Onkologjia

Botimi i tretë i *Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve për Onkologjinë* (ICD-O-3), publikuar nga OBSH më 2000, u caktua për t'u përdorur në regjistrimet e kancerit dhe në patologji dhe në departamentet e tjera të specializuara të kancereve (1). ICD-O është një klasifikim dy-boshtor me sistemet koduese për topografinë dhe morfologjinë. Kodi topografik përdor për shumicën e neoplazive të njëjtën kategori tre-karakterëshe dhe katër-karakterëshe të përdorur në ICD-10 për neoplazmat malinje (kategoritë C00-C80). ICD-O lejon kështu specifikimin më të madh të vendit për neoplazmat jo malinje se sa është mundësia në ICD-10.

Kodi morfologjik për neoplazitë është identik si në *Nomenklaturën e Sistemuar të Mjekësisë* (SNOMED) (2), që ka rrjedhur nga botimi i *Manualit të Nomenklaturës së Tumorit* i 1968 dhe Kodimi (MOTNAC) (3) dhe *Nomenklatura e Sistemuar e Patologjisë* (SNOP) (4). Kodi morfologjik ka pesë karaktere; katër karakteret e para identifikojnë tipin histologjik dhe i pesti mënyrën e sjelljes së neoplazmës (malinje, në vend, beninje, etj.). Kodi morfologjik ICD-O shfaqet gjithashtu në Vëllimin 1 të ICD-10 dhe është shtuar në Indeks të Alfabetik (Vëllimi 3). Tabelat janë të përdorshme për shndërrimin e Botimit të dytë të kodit ICD-O-3 në ICD-10.

Dermatologjia

Më 1978 Shoqata Britanike e Dermatologëve publikoi *Indeksin e Kodimit Ndërkombëtar për Dermatologjinë* (5), i pajtueshëm me Rishikimin (Revizionin) e Nëntë të ICD. Ndërsa vëllimi aktual shkoi në shtyp, Shoqata ishte duke punuar për adaptimin e ICD-10 për dermatologjinë, nën kujdesin e Bashkimit Ndërkombëtar të Shoqërisë Dermatologjike.

Dentistria dhe stomatologjia

Botimi i tretë i Aplikimit të Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve të Dentistrisë dhe Stomatologjisë (ICD-DA), bazuar në ICD-10, u publikua nga OBSH më 1995 (6). Ai është hartuar që të sjellë së bashku kategoritë ICD për sëmundjet ose kushtet në të cilat ndodhin, ka manifestimet, ose ka lidhjet me hapësirën e gojës dhe strukturat e afërta. Ai siguron hollësi më të mëdha se ICD-10 nëpërmjet pesë karaktereve, por sistemi i numërimit organizohet i tillë, që marrëdhëniet ndërmjet një kodi ICD-DA dhe kodit ICD nga i cili ai ka rrjedhur, të jetë menjëherë i dukshëm, dhe kështu, të dhënat nga kategoritë e ICD-DA të mund të përfshihen me lehtësi në kategoritë e ICD.

Neurologjia

Më 1997 OBSH publikoi një përshtatje neurologjike të ICD-10 (ICD-10-NA) (7), e cila ruan klasifikimin dhe sistemin kodues të ICD-10, por është me tepër nën-ndarje në nivelin pesë-karakterësh dhe më tej lejon që sëmundjet neurologjike të klasifikohen me saktësi më të madhe.

Reumatologjia dhe ortopedia

Shoqata Ndërkombëtare kundër Reumatizmit është duke punuar për një rishikim (revizion) të *Aplikimit të Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve Reumatizmale dhe Ortopedike* (ICD-R&O), duke përfshirë *Klasifikimin Ndërkombëtar të Dëmtimeve Muskuloskeletike* (ICMSD), i pajtueshëm me ICD-10. ICD-R&O siguron specifikime të hollësishme të kushteve përmes përdorimit të karaktereve shtesë, të cilat lejojnë për hollësira shtesë, ndërkohë që ruan pajtueshmërinë me ICD-10. ICMSD është hartuar të qartësojë dhe standardizojë përdorimin e termave dhe mbështetet nga një fjalor i përshkrimeve të përgjithshme për grupet e rrethanave, si poliartropatitë inflamatore.

Pediatria

Nën kujdesin e Shoqatës Ndërkombëtare Pediatrike, Shoqata Pediatrike Britanike (BPA) ka publikuar një aplikim ICD-10 në pediatri, i cili përdor pesë karaktere për të siguruar një specifikim më të madh. Ky ndjek zbatimet e ngjashme përgatitura nga BPA për ICD-8 dhe ICD-9.

Çrregullimet mendore

Klasifikimi ICD-10 i Çrregullimeve Mendore dhe Mënyrës së Sjelljes: përshkrimet klinike dhe udhëzuesit diagnostikë, i publikuar më 1992 nga OBSH, siguron për çdo kategori në Kapitullin V të ICD-10 (Çrregullimet Mendore dhe Mënyrës së Sjelljes) një përshkrim të përgjithshëm dhe udhëzues për diagnozën, si edhe komentet rreth diagnozës diferenciale dhe një listim të sinonimeve dhe termave të veçanta (8). Kur kërkohen më shumë hollësira, udhëzuesit japin më tepër nën-ndarje në nivelet e pesë dhe gjashtë karakterëshe. Botimi i dytë lidhur me Kapitullin V, *Kriteret diagnostike për kërkim*, u publikua në 1993 (9).

Gjithashtu, një variant të klasifikimit për përdorim në kujdesin shëndetësor parësor (10) dhe një variant tjetër që do të përdorë një rivendosi të kategorive të çrregullimeve mendore të fëmijërisë në një sistem shumë aksialesh (11), duke lejuar vlerësimin e njëkohshëm të gjendjes klinike në lidhje me faktorët mjedisorë dhe shkallën e paaftësisë lidhur me sëmundjen.

2.2.2 Klasifikimet jo-diagnostike

Proçedurat në mjekësi

Klasifikimi Ndërkombëtar i Proçedurave në Mjekësi (ICPM) u publikua në dy vëllime nga OBSH më 1978 (12,13). Ai përfshin proçedurat për diagnozën mjekësore, parandalimin, terapinë, radiologjinë, barnat, dhe proçedurat kirurgjikale dhe laboratorike. Klasifikimi ka qenë adaptuar nga disa shtete, ndërsa të tjerë e kanë përdorur atë si një bazë për të zhvilluar klasifikimin e tyre kombëtar të veprimeve kirurgjikale.

Drejtuesit e Qendrës së Bashkëpunimit të OBSH për Klasifikimin e Sëmundjeve vlerësuan së proceset e konsultimit, që kanë qenë ndjekur përpara përfundimit dhe botimit, ishin të pavlerësuar në të tilla fusha të gjera dhe të përparuar. Për këtë arsye, ata rekomanduan që të mos bëhet rishikimi i ICPM në lidhje me Rishikimin (Revizionin) e Dhjetë të ICD.

Më 1987, Komiteti i Ekspertëve në Klasifikimin Ndërkombëtar të Sëmundjeve i kërkoi OBSH-së të merrte në konsideratë të paktën përditësimin e konturit për procedurat kirurgjikale (Kapitulli 5) të ICPM për Rishikimin (Revizionin) e Dhjetë. Në përgjigje të kësaj kërkesë dhe nevojave të shprehura nga një numër shtetesh, Sekretariati përgatiti një listë për procedurat.

Në mbledhjen e tyre më 1989, Drejtuesit e Qendrave të Bashkëpunimit ranë dakord që lista mund të shërbejë si një udhëzues për botimet kombëtare të statistikës në procedurat kirurgjikale dhe mund të lehtësojë gjithashtu krahasimet brenda shtetit. Lista mund të përdoret gjithashtu si një bazë për zhvillimin e klasifikimeve kombëtare të krahasueshme të procedurave kirurgjikale.

Puna me listën do të vazhdojë, por çdo botim do të ndjekë çështjet e ICD-10. Ndërkohë, janë eksploruar mënyra të tjera të këtij qëllimi. Disa nga këto kanë karakteristika të përbashkëta, si një fushë e caktuar për pika specifike (organ, teknike, trajtim, etj.), janë mundësia për t'u përditësuar automatikisht dhe fleksibilitet për të qenë i përdorshëm për më shumë se një qëllim.

Klasifikimi Ndërkombëtar i Funkzionimit, Aftësisë së Kufizuar dhe Shëndetit

Klasifikimi Ndërkombëtar i Funkzionimit, Aftësisë së Kufizuar (=Paaftësisë) dhe Shëndetit (ICF – *International Classification of Functioning, Disability and Health*) ishte botuar nga OBSH më 2001 në të gjashtë gjuhët zyrtare, pas miratimit zyrtar të tij nga Asambleja e Pesëdhjetë e katërt Botërore e Shëndetit në 22 maj 2001 (WHA 54.21). Më pas ai u përkthye në mbi 25 gjuhë.

ICF klasifikon shëndetin dhe gjendjet shëndetësore të lidhura me të në dy pjesë. Pjesa 1 klasifikon funksionimin dhe aftësinë e kufizuar. Pjesa 2 përbëhet nga faktorë të kontekstit personal dhe mjedisor. Funksionimi dhe paaftësia në pjesën 1 janë përshkruar nga perspektivat e trupit, individualiteti, dhe shoqëria, formuluar në dy komponentë: (1) funksionet e trupit dhe strukturat, dhe (2) aktivitetet dhe pjesëmarrja. Përderisa funksionimi individual dhe paaftësia hasen në një kontekst, ICF përfshin gjithashtu një listë me faktorë mjedisorë.

ICF ka zëvendësuar *Klasifikimin ndërkombëtar të dëmtimeve, aftësive të kufizuara dhe handikapeve* (ICIDH) (15). Si pasojë, termat e vjetra dhe përkufizimet e ICIDH, u zëvendësuan nga termat e reja dhe përkufizimet e ICF:

Funksionimi është një term gjenerik për funksionet e trupit, strukturat e trupit, aktivitetet dhe pjesëmarrja. Ai tregon aspektet pozitive të bashkëveprimit ndërmjet një individi (me gjendjen shëndetësore) dhe faktorëve kontekstualë individualë (faktorët personalë dhe mjedisorë).

Paaftësia është një term ombrellë për dëmtimet, kufizimet e aktivitetit dhe kufizime në pjesëmarrje. Ajo tregon aspektet negative të bashkëveprimit ndërmjet një individi (me një gjendje shëndetësore) dhe faktorëve kontekstualë individualë (faktorët personalë dhe mjedisorë).

Funksionet e trupit janë funksionet fiziologjike të sistemit të trupit (duke përfshirë funksionet psikologjike).

Strukturat e trupit janë pjesë anatomike të trupit, të tilla si organet, gjymtyrët dhe përbërësit e tyre.

Dëmtimet janë problemet në funksionin e trupit ose strukturë e tillë si një devijim i rëndësishëm ose humbje.

Aktiviteti është ekzekutim i një detyre ose veprim nga një person.

Kufizimet janë vështirësitë që një person mund ketë në ekzekutimin e aktiviteteve.

Pjesëmarrja është përfshirja në një situatë jetike.

Kufizimet janë problemet që një person mund të përjetojë në përfshirjen e situatave jetike.

Kufizimet në pjesëmarrje janë probleme që një individ mund të hasë në përfshirje në situata njerëzore.

Faktorët mjedisorë përbëjnë mjedisin fizik, social dhe të sjelljes, në të cilin njerëzit jetojnë dhe zhvillojnë jetën e tyre.

ICF përdor një sistem alfanumerike në të cilën germat *b*, *s*, *d* dhe *e* janë përdorur për të treguar përkatësisht funksionet e trupit, strukturat e trupit, aktivitetet dhe pjesëmarrjen, si dhe faktorët mjedisorë. Këto gërma ndiqen nga një kod numerik. që fillon me numrin e kapitullit (një shifër), ndjekur nga niveli i dytë (dy shifra), dhe nivelet i tretë dhe i katërt (një shifër secili). Kategoritë ICF janë "mbivendosur", kështu që kategoritë më të gjera janë përkufizuar që të përfshijnë nënkategori më të detajuara të kategorisë mëmë. Çdo individ mund të ketë një gamë të kodeve në secilin nivel. Këto mund të jenë të pavarura apo të ndërlidhura.

Kodet janë të plotësuar vetëm në praninë e kualifikuesit, çka tregon rëndësinë e nivelit shëndetësor (p.sh. ashpërsinë e problemit). Kualifikuesit janë koduar si një, dy ose më shumë numra pas një pike (ose ndarëse). Përdorimi i çdo kodi duhet të jetë i shoqëruar nga të paktën një kualifikues. Pa kualifikues, kodet nuk kanë kuptim të qenësishëm.

ICF vendos nocione të "Shëndetit" dhe "Paaftësisë" në një aspekt të ri. Ai pranon që çdo qenie humane mund të përjetojë një rënie në shëndet dhe, në këtë mënyrë, përjeton disa paaftësi.

Kjo nuk është diçka që ndodh vetëm në një pakicë njerëzish. ICF në këtë mënyrë, rrjedhat kryesore dhe përvojën e paaftësisë së kufizuar i njeh si një përvojë njerëzore. Duke e çvendosur fokusin nga shkaqet e ndikimit, ICF vendos të gjitha gjendjet shëndetësore në mënyrë të barabartë, duke lejuar që ato të jenë të krahasueshme me një metrik të zakonshëm, pikërisht "rregullin e shëndetit dhe aftësisë së kufizuar". Për më tepër, ICF merr parasysh aspektet sociale të aftësisë së kufizuar dhe nuk e sheh aftësinë e kufizuar vetëm si një mosfunksionim "mjekësor" ose "biologjik". Duke përfshirë faktorët kontekstuale, në të cilët janë listuar edhe faktorët mjedisorë, ICF lejon llogaritjen e impaktit të mjedisit në funksionimin e personit.

ICF është strukturë e OBSH për matjen e shëndetit dhe paaftësisë në të dy nivelet, atë individual dhe atë të popullatës. Ndërsa klasifikimi ndërkombëtar i sëmundjeve klasifikon sëmundjet dhe shkaqet e vdekjeve, ICF klasifikon fushën e shëndetit. ICD dhe ICF përbëjnë dy blloqet e mëdha të ndërtimit të

klasifikimeve familjare ndërkombëtare të OBSH. Së bashku, ata sigurojnë mjete jashtëzakonisht të sakta për të siguruar një panoramë të plotë të shëndetit.

2.2.3 Informacioni mbështetës për kujdesin shëndetësor parësor

Një nga sfidat e Strategjisë Globale e Shëndet për të Gjithë gjatë vitit 2000 (16) është të sigurohet informacion mbështetës për kujdesin shëndetësor parësor [PHC – *Primary Health Care*]. Në vendet pa informacion komplet ose vetëm me të dhëna me cilësi të dobëta, nevojitet një shumëllojshmëri shtigjesh për të përshtatur, shtuar apo zëvendësuar përdorimin tradicional të ICD.

Që nga fundi i viteve 1970, shtete të ndryshme kanë eksperimentuar me mbledhjen e informacionit nga personel i rëndomtë. Proçesi i raportimit u transformua në një koncept më të gjerë, të quajtur “metodat jo konvencionale”. Këto metoda, që përfshijnë një shumëllojshmëri drejtimesh, janë zhvilluar në shtete të ndryshme si mjete për të marrë informacion të gjendjes shëndetësore, ku metodat tradicionale (censuset, survejimet, statistikat jetësore ose institucionale të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë) janë gjetur të jenë jo adekuate.

Një nga këto përqasje, “informacion i-bazuar- në-komunitet”, përfshin pjesëmarrjen e komunitetit në përkufizimin, mbledhjen dhe përdorimin e të dhënave të lidhura me shëndetin. Shkalla e pjesëmarrjes së komunitetit luhet nga përfshirja vetëm në mbledhjen e të dhënave deri në përpunimin, analizën dhe përdorimin e informacionit. Eksperienca në disa shtete ka treguar se kjo mënyrë është më shumë se një strukturë teorike. Konferenca Ndërkombëtare e Rishikimit të Dhjetë të Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve (shih Vëllimin 1) shënon në raportin e saj:

Konferenca u informua rreth eksperiencës së vendeve në zhvillimin dhe aplikimin e informacionit shëndetësor bazuar tek komuniteti, që mbulon problemet dhe nevojat shëndetësore të lidhura me faktorët e riskut dhe burimet. Ajo mbështeti konceptin e zhvillimit të metodave jotradicionale në nivel komuniteti si një metodë e plotësimit të boshllëkut të informacionit në vende të veçanta dhe forcimit të sistemit të tyre të informacionit. U theksua se si për vendet e zhvilluara ashtu dhe për ato në zhvillim, metodat ose sistemet duhet të zhvillohen lokalisht dhe kopjime të zonave ose vendeve të tjera nuk duhet të provohen për arsye të faktorëve, siç është modeli i sëmundshmërisë si dhe variacionet gjuhësore dhe kulturore.

Konferenca, duke dhënë rezultatet inkurajuese të kësaj mënyre në shumë shtete, ishte dakord që OBSH duhet të vazhdojë të drejtojë në zhvillimin e skemës lokale dhe të mbështesë progresin e metodologjisë.

2.2.4 Nomenklatura Ndërkombëtare e Sëmundjeve

Më 1970, Këshilli për Organizatat Ndërkombëtare të Shkencave Mjekësore (CIOMS) filloi përgatitjen e një Nomenklature të Sëmundjeve (IND – *International Nomenclature of Diseases*) me asistencën e organizatave anëtare të saj, dhe pesë vëllimet e nomenklaturës së parashikuar u botuan

gjatë 1972-1974. Megjithatë, u kuptua shpejt që përpilimi i një nomenklature të tillë duhej të ishte ndërkombëtar, pra nevojitej një konsultim më i gjerë se sa ai vetëm ndërmjet anëtarëve të CIONS. Më 1975, IND bëhet një projekt i përbashkët i CIOMS dhe OBSH, i udhëhequr nga një Komitet Drejtues Teknik i përfaqësuar nga të dy organizatat.

Qëllimi kryesor i IND ishte të siguronte për çdo entitet sëmundje një emër rekomandues të vetëm. Kriteret kryesore për përzgjedhjen e këtij emri janë që ai duhet të jetë specifik (i aplikueshëm i një dhe vetëm një sëmundje), jo i dykuptimshëm, sa më vetëpërshkrues i mundshëm, sa më i thjeshtë i mundshëm, dhe (ku mundet të jetë i realizueshëm) i bazuar në shkak. Megjithatë, shumë emra të përdorura gjerësisht, që nuk plotësojnë tërësisht kriteret, janë mbajtur si sinonime, nëse ata nuk janë pa vend, çorientues ose kundër rekomandimeve të organizatave të specializuara. Termat *eponime [eponymous]* janë shmangur qëkurse ata janë jo vetëpërshkrues; megjithatë, shumë nga këta terma (emërtime) janë në përdorime shumë të shtrira (psh. sëmundja Hoçkin, sëmundja e Parkinson, dhe sëmundja Adison), që mund të ruhen.

Çdo sëmundje ose sindrom për të cilin është rekomanduar një emër, është përcaktuar si jo e paqartë dhe sa me më pak fjalë të jetë e mundur. Mbas çdo përkufizimi del një listë e sinonimeve. Këto lista gjithëpërfshirëse ndiqen, nëse nevojitet, nga shpjegimet se, përse sinonime të caktuara janë hequr, apo përse një sinonim i supozuar nuk është një sinonim i vërtetë.

IND është caktuar të jetë përplotësuese e ICD. Dallimet ndërmjet nomenklaturës dhe klasifikimit diskutohen në 2.3. Për atë që mundet, terminologjia e IND ka qenë preferencë në ICD.

Vëllimet e IND të publikuara deri më 1992 janë: *Sëmundjet infektive (sëmundjet bakteriale* (1983) (17), *mykozat* (1982) (18), *sëmundjet virale* (1985) (19), *sëmundjet parazitare* (1987) (20)); *Sëmundjet e traktit të poshtëm respirator* (1979) (21); *Sëmundjet e sistemit tretës* (1990) (22); *Sëmundjet kardiake dhe vaskulare* (1989) (23); *Çrregullimet metabolike, të nutricionit dhe endokrine* (1991) (24); *Sëmundjet e veshkave, traktit të poshtë urinar dhe sistemit gjenital mashkullor* (1992) (25); dhe *Sëmundjet e sistemit gjenital femëror* (1992) (26).

2.2.5 Roli i OBSH-së

Shumica e klasifikimeve të përshkruara janë produkt i bashkëpunimit shumë të ngushtë ndërmjet organizatave jo qeveritare, agjensive të tjera, dhe divizioneve dhe reparteve të OBSH, me repartet përgjegjëse për ICD, duke pretenduar një rol koordinues dhe duke parashikuar udhëzues dhe këshilla.

OBSH përkrah zhvillimet e përshtatjeve që shtrijnë përdorshmërinë e ICD dhe krahasueshmërinë e statistikave shëndetësore së bashku. Roli i OBSH në zhvillimin e klasifikimeve të reja, adoptimeve dhe fjalorëve është të sigurojë një udhëheqje kooperuese dhe të veprojë si një zyrë qendrore, e dhënies së këshillave teknike, udhëzimeve dhe mbështetje kur nevojitet. Ndokush i interesuar në përgatitjen e adaptimit të ICD-10 ose të ICF duhet të konsultojë me OBSH menjëherë një deklaratë të qartë të objektivave të adaptimit të zhvilluar. Në këtë mënyrë, do të shmanget një dublikim i panevojshëm nga qëndrimi koordinues i zhvillimit të komponentëve të ndryshëm të familjes.

2.3 Parimet e përgjithëshme të klasifikimit të sëmundjeve

Siç shprehet William Farr në 1856 (9):

“Klasifikimi është një metodë përgjithësimi. Prandaj disa klasifikime mund të jenë përdorur me epërsi; dhe mjeku, patologu, ose juristi, secili nga pika e tij e vëzhgimit, mund të klasifikojnë ligjshëm sëmundjet dhe shkaqet e vdekjeve në mënyrën që ata mendojnë të adaptojnë më mirë për të lehtësuar informatat e tyre dhe për të dhënë rezultatet e përgjithëshme.”

Klasifikimi statistikor i sëmundjeve duhet të kufizohet në një numër të limituar të kategorive reciprokisht përjashtuese, të afta të rrethojnë tërë hapësirën e kushteve të sëmundshmërisë. Kategoritë kanë qenë zgjedhur për të lehtësuar studimin statistikor të fenomenit sëmundje. Një entitet specifik sëmundje që ka rëndësi të veçantë për shëndetin publik ose që ndodh shpesh, duhet të ketë kategorinë e vet. Ndryshe, kategoritë do të jenë caktuar në grupet e ndara por të lidhura me kushtet (konditat). Çdo sëmundje ose kusht patologjik duhet të ketë një vend të përcaktuar mirë në listën e kategorive. Si pasojë, në të gjitha anët klasifikimi do të jetë kategori mbetëse për kushte të tjera dhe të ndryshme, që nuk mund të jenë caktuar në kategori më specifike. Sa më pak kushte të jetë e mundur duhet të klasifikohen në kategoritë mbetëse.

Është elementi i grupimit që dallon klasifikimin statistikor nga një nomenklaturë, e cila duhet të ketë një titull të ndarë për çdo kusht patologjik të njohur. Konceptet e klasifikimit dhe nomenklaturës janë megjithatë të lidhura ngushtësisht sepse një nomenklaturë është shpesh e rregulluar sistematikisht.

Klasifikimi statistikor mund të lejojë nivele të ndryshme të detajeve, nëse ai ka një strukturë hierarkike me nën-ndarjet. Klasifikimi statistikor i sëmundjeve duhet të mbajë kompetencën për të identifikuar sëmundjet specifike dhe për të lejuar paraqitjet statistikore të të dhënave për grupet e gjera së bashku, për ta bërë informacionin të përdorshëm dhe të kuptueshëm.

Të njëjtat parime të përgjithshme mund të jenë të aplikueshme për klasifikimin e problemeve të tjera shëndetësore dhe arsyeve për kontakt me shërbimet e kujdesit shëndetësor, të cilat janë gjithashtu të përfshira në ICD.

ICD është zhvilluar si një praktikë, më mirë se një klasifikim teorik i thjeshtë, në të cilën ka një sërë kompromisesh ndërmjet klasifikimeve bazuar në etiologji, vend-ndodhje anatomike, rrethanash të fillimit, etj. Aty janë gjithashtu rregullimet për të hasur llojshmëri të aplikimeve statistikore, për të cilat ICD është hartuar, siç është vdekshmëria, sëmundshmëria, sigurimi social dhe tipa të tjerë të statistikave dhe vëzhgimeve shëndetësore.

2.4 Struktura bazë dhe parimet (principet) e klasifikimit të ICD-së

ICD është një sistem klasifikimi i ndryshueshëm. Struktura u zhvillua jashtë nga ajo e propozuar nga William Farr në ditët e para të diskutimit ndërkombëtar për klasifikimin e strukturës. Skema e tij ishte, që për të gjitha qëllimet praktike dhe epidemiologjike, të dhënat statistikore të sëmundjeve duhej të grupoheshin në mënyrat si në vazhdim:

- sëmundjet epidemike
- sëmundjet organike ose të përgjithshme
- sëmundjet lokale të rregulluara sipas vend-ndodhjes
- sëmundjet e zhvillimit
- dëmtimet.

Ky model mund të jetë identifikuar në kapitujt e ICD-10. Ai i ka qëndruar testit të kohës, dhe, megjithëse në disa raste arbitrarisht, ende vlerësohet si struktura më e përdorshme se çdo alternativë e testuar për qëllime të përgjithshme epidemiologjike.

Dy të parat dhe dy të fundit e grupeve të listuara përmbajnë “grupe speciale”, të cilat sjellin së bashku kushtet që do të rregullojnë papërshtatshmërinë për studime epidemiologjike, ku ato janë shpërndarë, për shembull në një klasifikim të rregulluar fillimisht nga vend-ndodhja anatomike.

Dallimi ndërmjet kapitujve “grupe speciale” dhe kapitujve “sisteme trupore” ka nëntekste praktike për kuptimin e strukturës së klasifikimit, për kodimin e tij dhe për interpretimin e statistikave të bazuara në të. Është rekomanduar që, në përgjithësi, kushtet të klasifikohen fillimisht në një nga kapitujt e “grupeve speciale”. Kapitujt e “grupeve speciale” do të marrin prioritet aty ku gjendet çdo dyshim, në mënyrë që të jetë pozicionuar një kusht aty ku duhet.

ICD-ja bazë është një listë e thjeshtë koduese e kategorive tre-karakterëshe, që mund të ndahet gjithashtu deri në dhjetë nënkategoritë katër-karakterëshe. Në vendin e sistemit të kodimit numerik të thjeshtë nga rishikimet (revizionet) e mëparëshme, Rishikimi i Dhjetë përdor një kod alfanumerik me një shkronjë në pozicionin e parë dhe një numër në pozicionin e dytë, të tretë dhe të katërt. Shkronja e katërt pason një presje dhjetore. Si rrjedhim, kodi numerik i mundshëm varion nga A00.0 të Z99.9. Shkronja U nuk përdoret (shih 2.4.7).

2.4.1 Vëllimet

ICD-10 përmban tre vëllime: Vëllimi 1 përmban klasifikimin kryesor; Vëllimi 2 siguron udhëzues të përdorimit të ICD; dhe Vëllimi 3 është Indeksi Alfabetik i klasifikimit.

Shumica e Vëllimit 1 merret me klasifikimin kryesor, hartimin e listës së kategorive tre-karakterëshe dhe listën pasqyrë të përfshirjeve dhe nënkategoritë katër-karakterëshe. Klasifikimi "thelbësor" – lista e kategorive tre-karakterëshe – është niveli i detyrueshëm për raportimin në OBSH të të dhënave bazë të vdekshmërisë dhe krahasimet e përgjithshme ndërkombëtare. Ky klasifikim “thelbësor” liston gjithashtu kapitujt dhe titujt e blloqeve (grupeve). Lista pasqyrë, duke dhënë hollësi të plota të

nivelit katër-karakterësh, ndahet në 22 kapituj.

Vëllimi 1 përmban gjithashtu si më poshtë:

- *Listat e posaçme pasqyrë për vdekshmërinë dhe sëmundshmërinë.* Për arsye se listat tre-karakterëshe të plota janë tepër të gjata të paraqiten në çdo tabelë statistikore, shumica e statistikave rutinë përdorin një listë-pasqyrë që thekson disa kushte të vetme dhe grupe të tjera. Katër listat speciale për pasqyrimin e vdekshmërisë janë një pjesë integrale e ICD. Listat 1 dhe 2 janë për vdekshmërinë në përgjithësi dhe listat 3 dhe 4 për vdekshmërinë foshnjore (mosha <1 vjeç) dhe fëmijënore (mosha 0-4 vjeç). Ka gjithashtu lista të veçanta pasqyrë për sëmundshmërinë. Këto janë vendosur në Vëllimin 1. Udhëzuesi për përdorimin e përshtatshëm të niveleve të ndryshme të klasifikimit dhe listave pasqyrë është dhënë në seksionin 5 të këtij vëllimi.
- *Përkufizimet.*
Përkufizimet janë adoptuar nga Asambleja Botërore e Shëndetësisë (WHA) dhe janë përfshirë për të lehtësuar krahasueshmërinë ndërkombëtare të të dhënave.
- *Rregulloret e nomenklaturës.*
Rregulloret e adoptuara nga Asambleja Botërore e Shëndetësisë deklarojnë përgjegjësitë zyrtare të Shteteve Anëtare të OBSH në lidhje me klasifikimin e sëmundjeve dhe shkaqeve të vdekjes, dhe përpilimin dhe publikimin e statistikave. Këto janë vendosur në Vëllimin 1.

2.4.2 Kapitujt

Klasifikimi është ndarë në 22 kapituj. Shkronja e parë e kodit të ICD është një shkronjë, dhe çdo shkronjë shoqërohet me një kapitull të veçantë, përveç shkronjës D e cila është përdorur së bashku në Kapitullin II “Neoplazmat” dhe Kapitullin III “Sëmundjet e gjakut e organeve gjak-formuese dhe disa dëmtime që përfshijnë mekanizmat imune”, dhe shkronja H e cila është përdorur në Kapitullin VII “Sëmundjet e syve dhe adneksëve” dhe në Kapitullin VIII “Sëmundjet e veshit dhe të procesit mastoid”, së bashku. Katër kapituj (Kapitujt I, II, XIX, dhe XX) përdorin më shumë se një shkronjë në pozicionin e parë të kodeve të tyre.

Çdo kapitull përmban kategoritë e mjaftueshme tre-karakterëshe për të mbuluar përmbajtjen e tij; jo të gjitha kodet në dispozicion përdoren, duke lejuar hapësira për rishikim dhe shtrirje në të ardhmen.

Kapitujt nga I deri XVII lidhin sëmundjet dhe kushtet e tjera patologjike, dhe Kapitulli XIX dëmtimet, helmimet dhe pasojat e tjera të shkaqeve të jashtme. Kapitujt e mbetur kompletojnë shkallën e subjektit që ka rëndësi në ditët tona, përfshirë në të të dhënat diagnostike. Kapitulli XVIII mbulon “Simptomat, shenjat dhe gjetjet klinike dhe laboratorike jo-normale, jo të klasifikuara diku tjetër”. Kapitulli XX “Shkaqet e jashtme të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë” u përdor tradicionalisht për klasifikimin e shkaqeve të dëmtimeve dhe helmimeve, deri kur Rishikimi

(Revizioni) i Nëntë siguroi gjithashtu regjistrimin për çdo shkak të jashtëm të sëmundjeve dhe kushteve të tjera të patologjisë. Së fundmi, Kapitulli XXI “Faktorët influencues të gjendjes shëndetësore dhe kontakti me shërbimet shëndetësore” është parashikuar për klasifikimin e të dhënave që shpjegojnë arsyen për kontaktin me shërbimet e kujdesit shëndetësor të personit jo vazhdimisht të sëmurë, ose rrethanat në të cilat pacienti merr kujdes në kohë të veçantë.

2.4.3 Grupet e kategorive

Kapitujt janë nën-ndarë në “grupet” homogjene të kategorive tre-karakterëshe. Në Kapitullin I, grupi i titujve pasqyron dy drejtime të klasifikimit – mënyrën e transmetimit dhe grupin e gjerë të mikroorganizmave infektive. Në kapitullin II, drejtimi i parë është sjelljet e neoplazmave; brenda sjelljes, drejtimi është kryesisht nga vendndodhja, megjithëse disa kategori tre-karakterëshe janë për tipat e rëndësishëm morfologjikë (p.sh. leucemia, limfomat, melanomat, mezoteliomat, sarkoma e Kaposi). Kategoritë janë dhënë në parantezë pas çdo grup titujsh.

2.4.4 Kategoritë tre-karakterëshe

Brenda çdo grupi, disa kategori tre-karakterëshe janë për kushte të veçanta, të zgjedhura për shkak të shpeshtësisë së tyre, thjeshtësisë ose ndjeshmërisë ndaj ndërhyrjeve të shëndetit publik, ndërsa të tjerat janë për grupet e sëmundjeve me disa karakteristika të zakonshme. Zakonisht gjenden kushtet për klasifikimin e kushteve “të tjera”, duke lejuar të përfshihen kushte shumë të ndryshme por shumë të rralla, si edhe kushte “të paspecifikuara”.

2.4.5 Nënkatëroritë katër-karakterëshe

Megjithëse jo-detyruet për raportim në nivel ndërkombëtar, shumica e kategorive tre-karakterëshe nën-ndahen nëpërmjet shkronjës së katërt numerike, pas një presje dhjetore, duke lejuar deri dhjetë nënkategoritë. Është rekomanduar që shkronja “X” të përdoret për të mbushur pozicionin e katërt, kur kategoria tre-karakterëshe nuk nën-ndahet; rrjedhimisht, kodet janë gjatësi standarde për procesin e të dhënave.

Nënkatëroritë katër-karakterëshe përdoren në çfarëdo mënyre që është më e përshtatëshme, duke identifikuar për shembull vend-ndodhjet ose shumëllojshmëritë e ndryshme nëse kategoria tre-karakterëshe është një sëmundje e veçantë, ose sëmundje individuale nëse kategoria tre-karakterëshe është për një grup gjendjesh.

Shkronja e katërt .8 është përdorur zakonisht për kondita të “tjera” që i takojnë kategorisë tre-karakterëshe, dhe .9 është më shumë e përdorshme për të përçuar të njëjtin kuptim si titulli i kategorisë tre-karakterëshe, pa shtuar ndonjë informacion plotësues.

Kur të njëjtat nën-ndarje katër-karakterëshe aplikohen tek renditja e kategorive tre-karakterëshe, ato listohen vetëm një herë, në fillim të renditjes. Shënimi në çdo kategori përkatëse tregon ku të gjenden

hollësisht. Për shembull, kategoritë 003-006 për tipa të ndryshëm të abortit kanë zakonisht katër shifra për të treguar komplikacionet shoqëruese (shih Vëllimin 1).

2.4.6 Nën-ndarjet plotësuese për t'u përdorur në nivelin e karakterit të pestë ose karakterit pasues

Nivelet e karakterit të pestë dhe pasuesit janë zakonisht nënklasifikimet në një aks të ndryshëm nga karakteri i katërt. Ato gjenden në :

Kapitullin XIII	nën-ndarjet rreth vend-ndodhjes anatomike;
Kapitullin XIX	nën-ndarjet për të treguar frakturat e hapura dhe të mbyllura si dhe dëmtimet intrakraniale, intratorakale dhe intra-abdominale me dhe pa plagë të hapura;
Kapitullin XX	nën-ndarjet e mëparshme për të treguar tipin e aktivitetit që është ndërmarrë në kohën e ngjarjes tani janë bërë informacion shtesë që shënohet në fushë të veçantë.

2.4.7 Kodet “U” e papërdorura më parë

Kodet U00-U49 janë për t'u përdorur vetëm nga OBSH për caktimin e përkohshëm të sëmundjeve të reja me etiologji të panjohur. Kodet U50-U99 mund të jenë të përdorshme në kërkime, p.sh. kur testojmë një nënklasifikim alternativ për një projekt të veçantë. Aktualisht intervali përfshin Sindromin Akut Respirator të Rëndë (SARS), dhe kodet e veçanta për agjentët bakteriale që janë rezistentë ndaj antibiotikëve.

3. Si ta përdorim ICD-në

Ky seksion përmban informacion praktik, të cilin nevojitet ta dinë të gjithë përdoruesit, me qëllim që të shfrytëzojnë klasifikimin në gjithë dobinë e tij. Njohuritë dhe kuptimi i qëllimit dhe strukturës së ICD janë jetësore për statisticienët dhe analistët e informacionit shëndetësor si dhe për koduesit. Përdorimi i përpiktë dhe i qëndrueshëm i ICD varet në aplikimin korrekt të të tre volumeve.

3.1 Si ta përdorim Vëllimin 1

3.1.1 Hyrje

Vëllimi 1 përmban vetë klasifikimin. Ai tregon kategoritë në të cilat diagnozat caktohen, duke lehtësuar klasifikimin dhe numërimin e tyre për qëllime statistikore. Gjithashtu ai siguron që përdorimet statistikore me përkufizimin e përmbajtjes së kategorive, nënkategorive dhe pikat e listave tabulare mund të gjenden të përfshira në tabelat statistikore.

Megjithëse për një kodues teorikisht është e mundur të arrijë në kodin e drejtë vetëm nga përdorimi i Vëllimit të parë, kjo do të jetë kohë e humbur dhe mund të shpjerë në gabime në caktim. Indeksi Alfabetik si udhëzues i klasifikimit përmbahet në Vëllimin 3. Hyrja në Indeks siguron informacion të rëndësishëm rreth lidhjeve të tij me Vëllimin 1.

Shumica e përdorimeve statistikore rutine të ICD përfshijnë zgjedhjen e kushteve të veçanta nga çertifikata ose kartela kur ato përdorin më shumë se një. Rregullat për këtë zgjedhje lidhur me vdekshmërinë dhe sëmundshmërinë përmbahen në Seksionin 4 të këtij Vëllimi.

Një përshkrim i hollësishëm i listave tabelë jepen në Seksionin 2.4.

3.1.2 Përdorimi i listave tabelare të përfshirjes dhe nënkategorive katër-karakterëshe

Termet e përfshirjes

Brenda rubrikave tre-karakterëshe dhe katër-karakterëshe¹ zakonisht ndodhen të listuara një numër termash të tjera diagnostike. Këto njihen si “terma përfshirëse” dhe janë dhënë përveç titujve, si shembuj të raporteve diagnostike të klasifikuara në atë rubrikë. Ato mund të bëjnë fjalë për kushte të ndryshme ose janë sinonime. Ato nuk janë nënklasifikime të rubrikës.

Termet përfshirëse listohen fillimisht si një udhëzues në kontekstin e rubrikës. Shumë paragrafë

¹ Në kontekstin e ICD, ‘rubrikë’ do të thotë një kategori me 3 ose një nën-kategori me 4 karaktere

renditen sipas termave të rëndësishëm dhe të zakonshëm që bëjnë pjesë në rubrikë. Të tjerat janë kushtet ndarëse ose vend-ndodhjet renditur për përcaktimin e kufirit ndërmjet një nënkategorie nga tjetra. Listat e termave përfshirëse nuk janë nga mjete të plota dhe emrat alternative të realiteteve diagnostike përfshihen në Indeks in Alfabetik, i cili mund të referohet i pari kur kodohet një raport diagnostik i dhënë.

Është disa herë e nevojshme të lexohen termat e përfshira në lidhje me titujt. Kjo zakonisht ndodh kur termat e përfshira përpunojnë listat e vend-ndodhjes ose produktet farmaceutike, ku nevojitet të kuptohen fjalët e caktuara nga titulli (p.sh. "neoplazma malinje e ...", "dëmtime të ...", "helmime nga ...").

Përshkrimet e përgjithëshme diagnostike të zakonshme për një sërë kategorish, apo për të gjitha nënkategoritë e kategorive tre-karakterëshe, gjenden në shënimet e emërtuara "Përfshin" menjëherë pas një kapitulli, grup (bllok) ose kategori të titullit.

Termt e përjashtimit

Rubrikat e përcaktuara përmbajnë listat e kushteve të parapirra nga fjala "Përjashton". Këto janë terma, të cilat, megjithëse titulli i rubrikave mund të nënkuptojnë që ato ishin të klasifikuara aty, në fakt janë klasifikuar diku tjetër. Një shembull i kësaj është në kategorinë A 46, "Erisipelat", ku erisipela e paslindjes ose e lehonisë është përjashtuar. Në parantezë, çdo term i përjashtuar është i pasuar nga kodi i kategorisë dhe nënkategorisë diku tjetër në klasifikim, pra atje ku është vendosur ai term i përjashtuar.

Përjashtimet e përgjithëshme nga vargu i kategorive ose nga të gjitha nënkategoritë gjenden në shënimet nën titullin "Përjashtime", që pasojnë menjëherë një kapitull, grup (bllok), ose kategori të titullit.

Fjalori përshkrues

Kapitulli V "Çrregullimet mendore dhe të sjelljes", përveç termave përfshirëse dhe përjashtuese, përdor fjalorin përshkrues për të treguar përmbajtjen e rubrikave. Kjo ndarje është përdorur për shkak të terminologjisë së variacioneve të mëdha të çrregullimeve mendore, veçanërisht ndërmjet vendeve të ndryshme. Fjalori nuk është i parashikuar për t'u përdorur nga stafi kodues.

Tipa të ngjashëm të përkufizimit janë dhënë diku tjetër në ICD, për shembull Kapitulli XXI, për të qartësuar përmbajtjen e parashikuar të rubrikës.

3.1.3 Dy kode për kushte të caktuara

Sistemi i "kryqeve" dhe "yllzimeve (asteriskeve)"

ICD-9 paraqet një sistem, i vazhduar në ICD-10, nëpërmjet të cilit gjenden dy kode për raportet

diagnostike që përmbajnë informacion rreth sëmundjeve të përgjithshme themelore dhe manifestimit në një organ ose vend-ndodhje të veçantë së bashku, i cili është një problem klinik në të drejtën e vet.

Kodi fillestar është për sëmundjet themelore dhe shënohet me një kryq (†); kodi plotësues fakultativ për manifestimet shënohet me një yll (*). Kjo marrëveshje është siguruar sepse kodimi vetëm për sëmundjet themelore ishte shpesh i pakënaqshëm për përpilimin e statistikave lidhur me specialitetet e veçanta, ku gjendej një kërkesë për të parë kushtet e klasifikuara që kanë lidhje me kapitujt për manifestimet, kur ato ishin arsye për kujdes mjekësor.

Ndërsa sistemi i kryqeve dhe yjzimeve siguron klasifikime alternuese për prezantimin e statistikave, është një parim i ICD që kodi i kryqit është kodi fillestar dhe duhet gjithmonë të përdoret. Kushti duhet të jetë bërë për kodin e yllzimeve për t'u përdorur nëse metoda alternative e prezantimit mund të kërkohet gjithashtu. Për kodimin, kodi i yjzimeve nuk mund të përdoret kurrë vetëm. Megjithatë, për kodimin e sëmundshmërisë, sekuencat kryq dhe yll mund të reversohen kur manifestimet e sëmundjes janë fokusi parësor i kujdesit. Statistikat përfshijnë kodet kryq në përputhje me klasifikimin tradicional për prezantimin e të dhënave të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë dhe aspekteve të tjera të kujdesit mjekësor.

Kodet e yjzimeve shfaqen si kategori tre-karakterëshe. Ndodhen kategori të veçanta për të njëjtat kushte të ndodhura, kur një sëmundje e veçantë nuk specifikohet si një shkak themelor (bazë). Për shembull, kategoritë G20 dhe G21 janë për format e Parkinsonizmit që nuk janë manifestime të sëmundjeve të tjera të caktuara gjetiu, ndërsa kategoria G22* është për "Parkinsonizmin në sëmundjet e klasifikuara diku tjetër". Kodet kryqë koresponduese jepen për kushtet mendore në kategoritë yjzuese; për shembull për Parkinsonizmin sifilitik në G22*, kodi kryq është A52.1†.

Disa kode kryq shfaqen në kategoritë e posaçme kryq. Megjithatë, më shpesh kodi kryq për diagnozat dy-elementëshe dhe kodet e paqarta për kushtet me një element të vetëm mund të rrjedhin nga e njëjta kategori ose nënkategori.

Zonat e klasifikimit ku veprojnë sistemi kryq dhe yllzues janë të kufizuara; gjenden 83 kategori të posaçme yllzuese në të gjithë klasifikimin, të cilat listohen në fillim të kapitujve përkatës.

Rubrikat në të cilat duken termat e shenjura me simbolin "kryq" mund të marrin një nga tre format e ndryshme:

- (i) Nëse simboli (†) dhe kodi alternativ yllzues shfaqen së bashku në rubrikën e titulluar, të gjitha termat e klasifikueshme tek ajo rubrikë janë subjekte të klasifikimit të dyfishtë dhe të gjitha kanë të njëjtin kod alternativ, psh.:

A17.0† Meningiti tuberkular (G01*)
 Tuberkulozi i meningjeve (cerebral) (spinal)
 Leptomeningiti tuberkular

- (ii) Nëse simboli shfaqet në rubrikën e titulluar por kodi alternativ yllzues jo, të gjithë termat e klasifikueshme të ajo rubrikë janë subjekte të klasifikimit të dyfishtë, por kanë kode alternative të ndryshëm (të cilët janë listuar për çdo term) p.sh.

A18.1† Tuberkulozi i sistemit uro-gjenital
 Tuberkulozi i:
 fshikëzës urinare (N33.0*)
 i qafës së mitrës (N74.0*)
 veshkave (N29.1*)
 organeve gjenitale mashkullore (N51.-*)
 ureterit (N29.1*)
 Sëmundja inflamatore tuberkulare e pelvisit femëror (N74.1*)

- (iii) Nëse as simbolet as kodi alternativ nuk shfaqen në titull, rubrika si e gjithë nuk është subjekt i klasifikimit të dyfishtë, por mund të jetë përfshirje individuale termash; nëse është kështu, këto terma do të shënohen me simbol dhe jepen kodet e tyre alternative, p.sh.

A54.8 Infeksione të tjera gonokoksike
 Gonokoksik:
 ...
 peritoniti† (K67.1*)
 pneumonia† (J17.0*)
 septicemia
 dëmtime të lëkurës

Kodimi i dyfishtë opsional (jo i detyrueshëm)

Ka disa situata (të pashmangëshme), të ndryshme nga sistemi i kryqeve dhe yllëzimeve, që lejojnë të përdoren dy kode ICD për përshkrimin plotësisht të kushteve të pacientit. Shënimi në listën tubulare “Përdor kodin shtesë, nëse kërkohet ...” identifikon shumë nga këto situata. Kodet plotësuese përdoren vetëm në tabulimet e veçanta.

Këto janë:

- (i) Për infeksionet locale, të klasifikuara në kapitujt “sistemet e trupit”, kodet nga Kapitulli I mund të shtohen për të identifikuar mikroorganizmin infeksioz, ku ky informacion nuk shfaqet në titullin e rubrikës. Grupi i kadegorive B95-B97 është dhënë për këtë qëllim në kapitullin I.
- (ii) Për neoplazmat me aktivitet funksional. Në kodin e Kapitullit II mund të shtohet kodi i përshtatshëm nga Kapitulli IV për të treguar tipin e aktivitetit funksional.
- (iii) Për neoplazmat, kodi morfologjik (Vëllimi 1), megjithëse jo pjesë e ICD kryesore, mund të shtohet në kodin e Kapitullit II për të identifikuar tipin morfologjik të tumorit.
- (iv) Për kushtet e renditura të F00-F09 (Organike, përfshirë simptomatiket, çrregullimet mendore) në Kapitullin V, ku një kod nga një kapitull tjetër mund të jetë shtuar për të treguar shkakun, p.sh. sëmundjet themelore, dëmtimet ose insultet e tjera të trurit.

- (v) Ku një kusht shkaktohet nga një shkaktar toksik, kodi nga Kapitulli XX mund të shtohet për të identifikuar atë shkaktar.
- (vi) Ku dy kode mund të përdoren për të përshkruar një dëmtim, helmim ose defekte të tjera të kundërta: kodi nga Kapitulli XIX i cili përshkruan natyrën e dëmtimeve dhe kodi nga Kapitulli XX i cili përshkruan shkakun. Zgjedhja se cili kod mund të jetë kodi plotësues varet nga qëllimi për të cilin të dhënat janë mbledhur (shih hyrjen tek Kapitulli XX të Vëllimit 1).

3.1.4 Marrëveshjet e përdorura në listën tabelare

Në termat përfshirëse dhe përjashtuese të listuara në listat tubulare, ICD përdor disa marrëveshje të veçanta lidhur me përdorimin e kllapave, kllapave katrore, kolonave, lidhëset, shkurtimi “NOS”, fraza “jo i klasifikuar diku tjetër” (NEC) dhe fjala “dhe” në titujt. Këto nevojitet të jenë të kuptuara qartë nga koduesit dhe çdo njeri që dëshiron të interpretojë statistikat bazuar në ICD, së bashku.

Kllapat ()

Kllapat janë përdorur në Vëllimin 1 në katër situata të rëndësishme.

- (a) Kllapat janë përdorur për të rrethuar fjalët shtesë, të cilat mund të shoqërojnë një term diagnostik jashtë ndikimit të numrit të kodit, të i cili do të caktohen fjalët jashtë kllapave. Për shembull, në I10 termi përfshirës “Hipertension (arterial) (beninj) (thelbësor) (malinj) (fillestar) (sistemik) nënkupton që I10 është numri i kodit për fjalën “Hipertension” vetëm ose kur cilësohet nga ndonjë, ose ndonjë kombinim, i fjalëve në kllapa.
- (b) Kllapat gjithashtu janë përdorur për të rrethuar kodin tek i cili shpjegohet termi përjashtues. Për shembull,

H01.0, Blefaritis, përjashton Blefarokonjuktivitin (H10.5).
- (c) Një tjetër përdorim i kllapave është në grupin e titujve për të rrethuar kodin tre-karakterësh të kategorive të përfshira në atë grup.
- (d) Përdorimi i fundit i kllapave ishte përfshirë në Rishikimin e Nëntë dhe ishte lidhur me sistemin e shenjave dhe yllëzimeve. Kllapat janë përdorur për të rrethuar kodin e shenjave në një kategori yllëzimi ose kodin e yllëzimeve ndjekur nga një term shenjë.

Kllapat katrore []

Kllapat katrore janë përdorur:

- (a) për të rrethuar sinonimet, fjalët alternative ose frazat shpjeguese; për shembull,

A30 Leproza [Sëmundja e Hansenit];

(b) për shpjegimin e shenjave të mëparëshme; për shembull,

C00.8 Lezione shtrirëse të buzës
[Shih shënimin 5 në fillim të kapitullit];

(c) për shpjegimin e tërësisë së gjendjes së mëparëshme të nën-ndarjeve katër-karakterëshe, zakonisht të një numri të kategorisë; për shembull,

K27 Ulçer peptike, vend i paspecifikuar
[Shih në fillim të këtij blloku për nën-ndarjet].

Dy pikat :

Dy pikat përdoren në listimin e termave përfshirës dhe përjashtues, kur fjalët që paraprijnë atë trem nuk i kompletojnë termat për përcaktimin në atë rubrikë. Ato kërkojnë një ose më shumë fjalë modifikuese ose cilësore të përqendruara nën ato, përpara se ato të mund të caktohen në rubrikë. Për shembull, në K36, “Apendicit tjetër”, diagnoza “apendicit” është për ta klasifikuar aty vetëm nëse cilësohet nga fjalët “kronik” ose “i përsëritur”.

Kllapa gjarpërushe }

Kllapa gjarpërushe (e treguar si një vije vertikale) përdoret në listimet e termave përfshirëse dhe përjashtuese, për të treguar se termi nuk përfundon as nga fjalët që e paraprijnë atë as nga fjalët pas saj. Cilido nga termat përpara kllapës gjarpërushe duhet të jetë cilësuar nga një ose më shumë terma që pasojnë atë. Për shembull:

O71.6	Dëmtimet obstetrikale të kockave dhe ligamenteve pelvike Heqja e kartilagos së brendëshme të simfizës Dëmtimet e kokseve Ndarjet traumatike obstetrikale të simfizës (pubike)	} obstetrikale
-------	--	----------------

“NOS”

Shkronjat NOS janë një shkurtim për “jo i specifikuar ndryshe [*not otherwise specified*]” duke nënkuptuar “i paspecifikuar” apo “i pakualifikuar”.

Disa herë një term i pacilësuar është klasifikuar prapëprapë në një rubrikë për më shumë tipa specifikë të kushteve. Kjo është për arsye se në terminologjinë mjekësore forma më e zakonëshme e kushteve është shpesh e njohur me emrin e vetë kushtit dhe cilësohen vetëm tipat më pak të zakonshëm. Për shembull, “stenoza mitrale” është përdorur zakonisht për të treguar “stenozen mitrale reumatizmale”. Këto supozime të paparashikueshme duhen marrë në vlerësim për të shmangur klasifikimin jo korrekt. Kontrolli i kujdesshëm i termave përfshirëse do të zbulojë ku është bërë hipoteza; koduesit duhet të jenë të kujdesshëm të mos kodojnë një term si të pacilësuar po të mos jenë krejt të qartë se asnjë informacion i disponueshëm të mund të lejojë një vlerësim më specifik

diku tjetër. Në të njëjtën mënyrë, në interpretimin e statistikave bazuar në ICD, disa kushte të caktuara në kategori të specifikuara dukshëm, nuk do të kenë qenë tepër të specifikuara në kartelat e koduara. Kur krahasohen drejtimet dhe interpretohen statistikat, është e rëndësishme të jemi të ndërgjegjshëm se supozimi mund të ndryshojë nga një rishikim i ICD tek tjetri. Për shembull, përpara Rishikimit të Tetë, aneurizmi i pacilësuar i aortës kujtohej se ishte shkaktuar nga sifilizi.

“Jo i klasifikuar diku tjetër”

Fjalët “jo i klasifikuar diku tjetër”, kur përdoren në një titull kategori tre-karakterëshe, shërbejnë si një paralajmërim se disa variante të specifikuara të kushteve të listuara mund të shfaqen në të tjera pjesë të klasifikimit. Për shembull:

J16 Pneumonia e shkaktuar nga mikroorganizma të tjerë infektive, jo të klasifikuar diku tjetër.

Kjo kategori përfshin J16.0 Pneumonia nga klamidia dhe J16.8 Pneumonia e shkaktuar nga mikroorganizma të tjerë infektivë të specifikuar. Shumë kategori të tjera janë përshkruar në Kapitullin X (për shembull, J10-J15) dhe kapituj të tjerë (për shembull, P23- Pneumonia kongjenitale) për pneumonitë e shkaktuara nga mikroorganizma infektivë të specifikuar. J18 Pneumonia, mikroorganizëm i paspecifikuar, përdoret për pneumonitë për të cilat nuk citohet agjenti infeksioz përkatës.

“Dhe” në titujt

”Dhe” qëndron për “dhe/ose”. Për shembull, në rubrikën A18.0, Tuberkulozi i kockës dhe kyçeve, janë për të klasifikuar rastet e “tuberkulozi i kockave”, “tuberkulozi i kyçeve” dhe “tuberkulozi i kockave dhe kyçeve”.

Pikë vizë [-]

Në disa raste, karakteri i katërt i kodit të nënkategorisë zëvendësohet nga një vizë, p.sh.

G03 Meningiti nga shkaqe të tjera dhe të paspecifikuara,
Përjashton: meningoencefalitin (G04.-)

Kjo i tregon koduesit se shifra e katërt ekziston dhe duhet të ishte synuar në kategorinë e përshtatshme. Kjo marrëveshje është përdorur në listën tabelare dhe Indeks in Alfabetik së bashku.

3.1.5 Kategoritë me karakteristika të përbashkëta

Për kontrollin cilësor është e nevojshme të përfshihen kontrollet e programuara në sistemin kompjuterik. Grupet pasuese të kategorive u siguruan si një bazë për kontrolle të tilla në qëndrueshmërinë e brendëshme, të grupuar sipas karakteristikave të veçanta që bashkojnë ato.

Kategoritë e yllëzimeve

Kategoritë pasuese yllëzore nuk duhen përdorur vetëm; ato gjithmonë duhet të përdoren së bashku me një kodi kryq:

Kategoritë e kufizuara për një gjini

Disa sëmundje, dëmtime dhe faktorë që influencojnë gjendjen shëndetësore dhe kontaktin me shërbimet shëndetësore kufizohen vetëm në, ose kanë më shumë shance të ndodhin në një nga gjinitë. Një listë kushtesh të tilla jepet në Aneksin 7.8. Rekomandohet që lista të përdoret për të kontrolluar konsistencën e të dhënave në kohën e kodimit të informacionit. Në qoftë se diagnoza e raportuar dhe gjinia e raportuar janë jo-konsistente, duhet kërkuar të bëhet sqarimi i informacionit të dhënë.

Udhëzues për trajtimet kontradiktore ndërmjet kushteve dhe gjinisë jepen në Seksionin 4.3.8.

Kategoritë e sekelave

Kategoritë pasuese jepen për sekelat e gjendjeve që nuk janë të zgjatura në fazën aktive:

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

Udhëzuesit për kodimin e sekelave për qëllime të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë së bashku gjenden në 4.3.6 dhe 4.5.2.

Çrregullimet pas-proçedurale

Kategoritë e mëposhtme nuk duhet të përdoren për kodimin e shkakut bazë të vdekshmërisë. Udhëzimet për përdorimin e tyre në kodimin e sëmundshmërisë gjenden në Seksionin 4.5.2.

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

3.2 Si ta përdorim Vëllimin 3

Hyrja në Vëllimin 3, Indeksi Alfabetik në ICD-10, jep udhëzime se si të përdoret ky volum. Këto udhëzime duhen studiuar me kujdes përpara fillimit të kodimit. Më poshtë jepet një përshkrim i shkurtër i strukturës dhe përdorimit të Indeksit.

3.2.1 Rregullimi i Indeksit Alfabetik

Vëllimi 3 është ndarë në tre seksione si më poshtë:

- Seksioni I liston të gjitha termat e klasifikueshme në Kapitujt I-XIX dhe Kapitullin XXI, me

përjashtim të medikamenteve dhe kimikateve.

- Seksioni II është indeksi i shkaqeve të jashtme të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë dhe përmban të gjithë termat e klasifikueshme në Kapitullin XX, me përjashtim të medikamenteve dhe kimikateve.
- Seksioni III, Tabela e Medikamenteve dhe Kimikateve, liston për secilën substancë kodet për helmimin dhe efektet anësore të medikamenteve të klasifikueshme në Kapitullin XIX, dhe në Kapitullin XX, kodet që tregojnë nëse helmimi ishte aksidental, i paramenduar (vetë-dëmtim, i papërcaktuar, ose një efekt anësor i një substancë të rregullt të administruar siç duhet).

3.2.2 Struktura

Indeksi përmban "termat kryesuese", të pozicionuara në të majtën e largme të kollonës, me fjalë të tjera ("modifikuesit" ose "kualifikuesit") në nivele të ndryshme të ndarjeve poshtë tyre. Në Seksionin I, të ashtuquajturit modifikues ose kualifikues janë zakonisht varietete, vende (vend-ndodhje) ose rrethana që ndikojnë kodimin; në Seksionin II ato tregojnë tipa të ndryshëm të aksidenteve ose ngjarjeve, të automjeteve të përfshira, etj. Modifikuesit që nuk ndikojnë kodimin paraqiten në kllapa pas gjendjes.

3.2.3 Numrat e kodeve

Numrat kod që ndjekin termat i referohen kategorive dhe nënkategorive për të cilat duhet të klasifikohen termat. Në qoftë se kodi ka vetën tre karaktere, mund të supozohet që kategoria nuk është nënndarë. Në të shumtën e rasteve kur kategoria është nënndarë, numri kod në Indeksin Alfabetik do të japë karakterin e katërt. Një vizë në pozicionin e katërt (p.sh. O03.-) do të thotë që kategoria është nënndarë dhe se karakteri i katërt mund të gjendet duke iu referuar listës tabelare. Në rastin kur në term zbatohet sistemi i kryqeve dhe i yjeve, atëhere jepen të dy kodet.

3.2.4 Shenjat

Kllapat

Kllapat përdoren në Indeks në të njëjtën mënyrë si në Vëllimin 1, d.m.th. për të mbyllur modifikuesit.

“NEC”

NEC (=i paklasifikuar diku tjetër [not elsewhere classified]) tregon variantet e specifikuar të gjendjes së listuar, të cilët janë të klasifikuar në vend tjetër, dhe që, aty ku është e përshtatshme, duhet të kërkohet në Indeksin Alfabetik një term më i saktë.

Referencat–tërthore

Referencat–tërthore përdoren për të shmangur dublikimin e panevojshëm të termave në Indeks. Fjala

“shih” i kërkon koduesit t’i referohet termave të tjerë; “shih gjithashtu” orienton koduesin të referohet diku tjetër në Indeks, në qoftë se deklarata që po kodohet përmban informacion tjetër që nuk gjendet në ndarjen nën termin të cilit i është bashkëngjitur “shih gjithashtu”.

3.3 Udhëzuesi bazë i kodimit

Indeksi Alfabetik përmban shumë terma të papërfshirë në Vëllimin 1 dhe kodimi kërkon që Indeksi së bashku me Listën Tabelare duhet të konsultohen përpara caktimit të një kodi.

Para kodimit, koduesi duhet të njohë parimet e klasifikimit dhe të kodimit dhe të ketë kryer ushtrime praktike.

Më poshtë është një udhëzues i thjeshtë, që ka për qëllim të ndihmojë përdoruesin rastësor të ICD.

1. Identifiko tipin e deklaratës që do të kodohet dhe referoju seksionit të përshtatshëm në Indeksin Alfabetik. (Në qoftë se deklarata është një sëmundje, plagosje apo gjendje tjetër e klasifikueshme në Kapitujt I – XIX ose XXI-XXII, konsultohu me Seksionin I të Indeksit. Në qoftë se deklarata është një shkak i jashtëm i një plagosje apo ngjarje tjetër e klasifikueshme në Kapitullin XX, konsultohu me Seksionin II.)
2. Lokalizo termin kryesues. Për sëmundjet dhe plagosjet, ai është zakonisht një emër për gjendjen patologjike. Megjithatë, disa gjendje të shprehura si mbiemra apo eponime janë përfshirë në Indeksin Alfabetik si terma kryesues.
3. Lexo dhe udhëhiq nga çdo shënim që shfaqet nën termin kryesues.
4. Lexo çdo term të futur në kllapa pas termit kryesues (këta modifikues nuk ndikojnë në numrin kod), si dhe çdo term të nënndarë nën termin kryesues (këta modifikues mund të ndikojnë në numrin kod), derisa të jenë sqaruar të gjitha fjalët në shprehjen diagnostike.
5. Ndiq me kujdes çdo referencë–të tërthortë (“shih” dhe “shih gjithashtu”) të gjetur në Indeks.
6. Referoju listës tabelare për të vërtetuar përshtatshmërinë e numrit kod të zgjedhur. Ki parasysh që një kod në Indeks me tre karaktere dhe një vizë në pozicionin e katërt do të thotë që ka një karakter të katërt për t’u gjendur në Vëllimin 1. Nuk janë indeksuar nënndarje të mëtejshme për t’u përdorur në një pozicion të një karakteri plotësues, dhe nëse përdoret, duhet të lokalizohet në Vëllimin 1.
7. Udhëhiq nga çdo term përfshirës ose përjashtues nën kodin e zgjedhur apo nën titullin e kapitullit, bllokut ose kategorisë.
8. Cakto codin.

Në seksionin 4 jepen udhëzues specifikë për zgjedhjen e shkakut ose gjendjes që do të kodohen dhe

për kodimin e gjendjes së zgjedhur.

4. Rregullat dhe udhëzuesit për kodimin e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë

Ky seksion ka të bëjë me rregullat dhe udhëzuesit të adaptuar nga Asambleja Botërore e Shëndetit në lidhje me zgjedhjen e një shkaku ose gjendje të vetme për pasqyrimin rutinë nga çertifikatat e vdekjes dhe protokollet e sëmundshmërisë. Gjithashtu, janë siguruar udhëzues për zbatimin e rregullave dhe për kodimin e gjendjes së zgjedhur për tabulum (=pasqyrim).

4.1 Vdekshmëria: udhëzuesi për çertifikimin (vërtetimin) dhe rregullat për kodim

Nga Konferenca e 6-të dhjetëvjeçare Botërore e Rishikimit (Revizionit) u ra dakord që shkaku i vdekjes për pasqyrim parësor duhej të specifikonte shkakun kryesor (=bazë) të vdekjes.

Nga pikëpamja e parandalimit të vdekjes, është e nevojshme të këpusim zinxhirin e ngjarjeve ose të ushtrojmë kujdes në disa pika. Objektivi më efektiv i shëndetit publik është të parandalojë veprimin e shkakut të përsheptimit. Për këtë qëllim, shkaku bazë ka qenë përcaktuar si “(a) sëmundja ose plagosja që nisi rrjedhën e ngjarjeve patologjike duke e çuar drejtëpërdrejt në vdekje, ose (b) rrethanat e aksidentit apo të dhunës që shkaktuan plagosjen vdekjeprurëse”. Megjithatë, për disa sëmundje ose dëmtime duhet rregulla të veçanta.

Seksionet 4.1-4.3 përmbajnë instruksione për kodimin e shkaqeve të vdekjes për statistikat e vdekshmërisë. Seksioni i parë, 4.1, shpjegon konceptet bazë, Seksioni 4.2 shpjegon si të identifikohët shkaku themelor i vdekjes dhe Seksioni 4.3 jep detaje të mëtejshme se si të kodohen shkaqet e shumta të vdekjes.

4.1.1 Qëllimi i instruksioneve: krahasimet ndërkombëtare

Statistikat e vdekshmërisë përdoren gjerësisht në punën kërkimore në shëndetësi, monitorimin e shëndetit publik, vleresimin e ndërhyrjeve shëndetësore dhe planifikimin e ndjekjes së kujdesit shëndetësor. Analiza e të dhënave të vdekshmërisë përfshin krahasimin e të dhënave, p.sh. atyre nga rajone të ndryshme ose dy momente të ndryshme në kohë. Vetëm kur të dhënat janë prodhuar me të njëjten metodologji dhe standarte, këto krahasime mund të japin rezultate të sakta. Për të standartizuar prodhimin e të dhënave të vdekshmërisë, OBSH lëshoi instruksione ndërkombëtare mbi mbledhjen, kodimin dhe klasifikimin, dhe prezantimin e të dhënave mbi shkaqet e vdekshmërisë. Ka një rëndësi të jashtëzakonshme që prodhimi i të dhënave mbi vdekshmërinë të ndjekë procedurat e shpjeguara në vijim, sepse çdo shmangje nga instruksionet ndërkombëtare do të çenojë aftësinë për krahasim ndërkombëtar të këtyre të dhënave.

Qëllimi i këtyre instruksioneve është që të optimizojë statistikat e vdekshmërisë nga pikëpamja e shëndetit publik. Disa nga instruksionet mund të duken gabim ose që mund të vihen në dyshim nga

një pikëpamje thjesht mjekësore. Gjithësesi ato nuk duhen lënë mënjanë, pasi që mund të jenë të motivuara nga parime themelore epidemiologjike dhe të shëndetit publik. Në qoftë se një gabim i dukshëm vihet re, ai i duhet raportuar OBSH-së, e cila ose do të shpjegojë arsyet ose të do të ndërmarrë hapa për ta korrigjuar atë në nivel ndërkombëtar. Vende të veçanta nuk duhet të vetë-korrigjojnë atë çfare u duket si gabim, sepse ndryshime individuale në nivel të vendit do të prodhojnë të dhëna që janë të pakrahasueshme me vende të tjera, pra të padobishme për analizë.

4.1.2 Çertifikata ndërkombëtare e vdekjes

Instrukcionet ndërkombëtare të kodimit të vdekshmërisë presupozojnë që të dhënat janë mbledhur me një certifikatë vdekjeje që është në përputhje me Formën Ndërkombëtare të Çertifikatës Mjekësore për Shkaqet e Vdekjes (shiko Aneksin 7.1). Përndryshe, shkaqet e vdekjes nuk mund të kodohen sipas standarteve ndërkombëtare dhe të dhënat nuk do të jenë të krahasueshme në rang ndërkombëtar. Për shembull, disa nga instrukcionet e kodimit aplikohen për gjendje të raportuara si shkaqe nga disa gjendje të tjera, dhe në raste të tilla është e rëndësishme të kihet një dallim i qartë midis shkaqeve të raportuara në Pjesën 1 dhe në Pjesën 2 të certifikatës. Për më tepër, informacioni i raportuar tjetërkund në certifikatë, si mënyra e vdekjes ose nëse shtatzënia kontribuoi në vdekje, është e rëndësishme kur vendosen kode të shumëfishta të shkaqeve të vdekjes për gjendjet e treguara në certifikatë.

Është përgjegjësia e personelit mjekësor ose certifikuesit të kualifikuar që firmos kartelën e vdekjes që të tregojë se cilat nga gjendjet morbide çuan direkt në vdekje dhe të tregojë çdo gjendje të mëparshme që ka çuar në këtë shkak. Mjeku ose certifikuesi tjetër i kualifikuar duhet të përdorë gjykimin e vet klinik në plotësimin e certifikatës mjekësore të shkakut të vdekjes. Sistemet e automatizuara nuk duhet të përfshijnë listat e tjera; kjo bën që të udhëheqë certifikuesin se këto kufizojnë domosdoshmërisht gamën e diagnozës, dhe prandaj kanë një efekt të pafavorshëm në saktësinë dhe dobinë e raportit.

Pjesa mjekësore e formës është e ndarë në dy pjesë: Pjesa e I është për sëmundjet që lidhen me rrjedhjen e ngjarjeve që çojnë drejtëpërdrejt në vdekje dhe Pjesa II është për gjendje që nuk lidhen, por kontribuojnë. Në certifikate, të gjithë të dhënat që janë të nevojshme për të koduar korrekt shkakun themelor të vdekjes duhen rregjistruar, dhe forma (shiko Aneksin 7.1) tregon çfarë informacioni duhet mbledhur. Me qëllim që të për afrohet mënyra si është mbledhur informacioni ndërkombëtarisht, forma duhet të ndiqet sa më rigorozisht që të mundet. Informacioni më pas përdoret për kodimin manualisht ose elektronikisht të shkakut themelor të vdekjes ose për shkaqet e shumëfishta të vdekjes.

4.1.3 Konceptet Bazë

Koduesit e vdekshmërisë duhet të jenë të familjarizuar me konceptet bazë të prezantuar në këtë seksion.

Sekuencë

Termi ‘sekuencë’ i referohet një zinxhiri ose serie ngjarjesh mjekësore në të cilat një hap është një komplikim i, ose shkaktohet nga, një hap i mëparshëm.

- Shembulli 1:* 1 (a) Infarkt miokardi
nga
(b) Tromboza koronare
nga
(c) Ateroskleroza koronare

Infarkti i miokardit shkaktohet nga tromboza koronare, e cila, në vetvete, është një komplikacion i aterosklerozës koronare. Si pasojë, sequenca e infarktimit të miokardit shkaktohet nga tromboza koronare që shkaktohet nga ateroskleroza koronare.

- Shembulli 2:* 1 (a) Hemorragji profuze
nga
(b) Amputimi traumatik i këmbës së djathtë
nga
(c) Shtypja nga trami

Hemorragjia është një komplikim i amputimit traumatik, i cili, në vetvete, është një komplikacion i aksidentit me tramin. Si pasojë, sequenca është hemorragji profuze nga amputimi traumatik i këmbës së djathtë nga shtypja nga trami.

Marrëdhëniet shkakësore

Një marrëdhënie shkakësore ekziston nëse një gjëndje e përmendur në çertifikatë mund të shkaktohet nga një tjetër gjithashtu e përmendur në çertifikatë. Megjithatë nëse marrëdhëniet shkakësore konsiderohen e pranueshme ose jo për kodimin e vdekshmërisë bazohet jo vetëm në vlerësimin mjekësor por dhe atë epidemiologjik dhe në konsideratat e shëndetit publik. Kështu, që një marrëdhënie e pranueshme nga pikpamja mjekësore mund të listohet si e papranueshme në instruksionet e kodimit, sepse një hap i mëparshëm në sequencë është më i rëndësishëm nga pikpamja e shëndetit publik.

Prandaj, për të vendosur nëse një marrëdhënie shkakësore është e pranueshme apo jo, kontrolloni së pari instruksionet në Seksionin 4.2.3, Instruksione speciale mbi sequencat që pranohen ose hidhen poshtë. Marrëdhëniet e përmendura në Seksionin 4.2.3 duhet të pranohen për sa të jetë e mundur, sepse opinioni i çertifikuesit mbi shkaqet e vdekjes nuk duhet hedhur poshtë aq kollaj. Nëse një marrëdhënie e treguar duket si jo e mundur, referojuni tabelave ndërkomtarisht të pranuar mbi kodimin e vdekshmërisë.

Një sequencë e raportuar që duket jo e mundur duhet pranuar nëse një ose më shumë nga hapat ndërmjetës do të shpjegojnë atë marrëdhënie shkakësore. Për shembull, nëse hematemeza jepet për shkak të cirrozës së mëlçisë, mendoni që hematemeza u shkaktoi nga hipertensioni portal, dhe hipertensioni portal u shkaktoi nga cirroza e mëlçisë. Këto hapa të ndërmjetëm të menduar nuk duhen përdorur për të modifikuar kodimin.

Kini parasysh që gjendja A nuk mund kurrë të shkaktohet nga një gjëndje B nëse gjendja A ka një kohëzgjatje më të madhe dhe fillon më herët në kohë se gjendja B.

Kohëzgjatja

Në çertifikatat e vdekjes, çdo gjëndje e raportuar duhet të përfshijë gjithashtu informacion mbi kohëzgjatjen. Kohëzgjatja i referohet kohës që nga fillimi i sëmundjes ose gjëndjes deri në kohën e vdekjes. Mbani mend që kjo nuk është gjithnjë e njëjta si koha e diagnozës së gjëndjes, e cila mund të jetë në të njëjtën kohë, ose më pas, të fillimit të simptomave.

Shkaku i fundor i vdekjes

Shkaku fundor i vdekjes është gjëndja e vendosur e para në rrjeshtin e parë të Pjesës 1 të çertifikatës së vdekjes.

- Shembulli 3:* 1 (a) Infarkt miokardi dhe edemë pulmonare
nga
(b) Ateroskleroza koronare

Infarkti i miokardit është shkaku fundor i vdekjes, duke qenë se futet i pari në rrjeshtin e parë të çertifikatës.

Pika e fillimit

Pika e fillimit është gjëndja ose ngjarja që filloi sekuencën e marrëdhënieve shkakësore të pranuar që përfunduan me shkakun e vdekjes. Në një çertifikatë të plotësuar në mënyrë korrekte, gjëndja raportohet në rrjeshtin më të poshtëm të përdorshëm në Pjesën 1 si pika fillestare e sekuencës.

- Shembulli 4:* 1 (a) Infarkt miokardi dhe edemë pulmonare
nga
(b) Ateroskleroza koronare

Ateroskleroza koronare është pika e fillimit, duke qenë se ajo filloi sekuencën e ngjarjeve që çuan në vdekje.

- Shembulli 5:* 1 (a) Pneumonia
nga
(b) Fratura e kofshës
nga
(c) Pengimi në qylym

Pengimi në qylym është pika fillestare, duke qenë se ajo filloi sekuencën e ngjarjeve që çuan në vdekje.

Pika tentative e fillimit

Në një çertifikatë të plotësuar në mënyrë korrekte, gjëndja raportohet në rrjeshtin më të poshtëm të përdorshëm në Pjesën 1 si pika e fillimit, por nëse çertifikata nuk është plotësuar korrekt, pika e fillimit mund të jetë raportuar diku tjetër. Instruksionet se si të identifikohen pikat e fillimit në këto

raste janë komplekse. Shpesh herë, shumë instruksione aplikohen mbi të njëjtën çertifikatë vdekjeje, dhe është e rëndësishme që të zbatohen instruksionet hap pas hapi siç është përshkruar në Seksionin 4.2.1, Gjetja e pikës së fillimit. Në çdo hap ku identifikohet një pikë tentative fillimi, një gjendje konsiderohet provizorisht si pika e fillimit, por mund, që në hapat pasues, ajo të jetë shkaktuar nga diçka tjetër. Pika tentative e fillimit mund të ndryshojë disa herë sipas instruksioneve që përdoren për çertifikatën.

Gjithashtu, mblidhni informacion shtesë mbi marrëdhëniet shkakësore që çertifikuesi ka dhënë në llogari. Kjo ka vlerë edhe kur informacioni duket në vend të ‘gabuar’ në çertifikatë. Për shembull, nëse sekuenca në Pjesën 1 fillon me sëmundjen A, dhe informacioni tjetërkund në çertifikatë thotë që sëmundja A është për shkak të sëmundjes B, atëherë konsideroni sëmundjen B si pikën tentative të fillimit.

Shkaqet e dukshme

Disa instruksione kodimi do tju thonë që të kontrolloni nëse pika tentative e fillimit është shkaktuar dukshëm dhe ajo vetë nga një shkak tjetër i përmendur në të njëjtin rresht ose më poshtë në çertifikatë. Fjala ‘dukshëm’ është e rëndësishme, dhe nuk duhet të ketë dyshime për marrëdhënien midis gjendjeve të ndryshme. Instruksione të mëtejshme jepen në Seksionin 4.2.1, Hapi SP6 – Shkaqe të dukshme, dhe në Seksionin 4.2.4, Instruksione të veçanta mbi shkaqet e dukshme (Hapi SP6).

Shembulli 6: 1 (a) Sepsis

nga

(b) Peritoniti

2 Apendisit me çarje

Peritoniti filloi sekuencën e ngjarjeve të raportuara në Pjesën 1, kështu që ai është pika tentative e fillimit. Megjithatë, apandesiti me çarje është një shkak i dukshëm i peritonitit. Kështu që sekuenca e ngjarjeve fillon me apandesitin, i cili më pas është pika fillestare e ngjarjeve që përfundojnë me sepsis, shkakun fundor të vdekjes.

Sekuenca e përmendur e para

Një çertifikatë vdekjeje mund të përmbajë disa sekuenca, dhe instruksionet e kodimit do tju kërkojnë të gjeni pikën fillestare të sekuencës të përmendur e para.

Për të identifikuar pikën e fillimit të sekuencës së përmendur e para, filloni me shkakun fundor të vdekjes (shkaku i përmendur i pari në rrjeshtin më të sipërm të Pjesës 1). Përcaktoni nëse gjendja e parë në rrjeshtin pasues në Pjesën 1 mund të shkaktojë shkakun fundor të vdekjes. Nëse jo, dhe nëse ka më shumë gjendje në po atë rresht, përcaktoni nëse gjendja e dytë në listë në po atë rresht mund të shkaktojë shkakun fundor të vdekjes. Vijoni derisa të keni gjetur një shkak që mund të çojë në shkakun fundor të vdekjes. Kjo është pika tentative e fillimit.

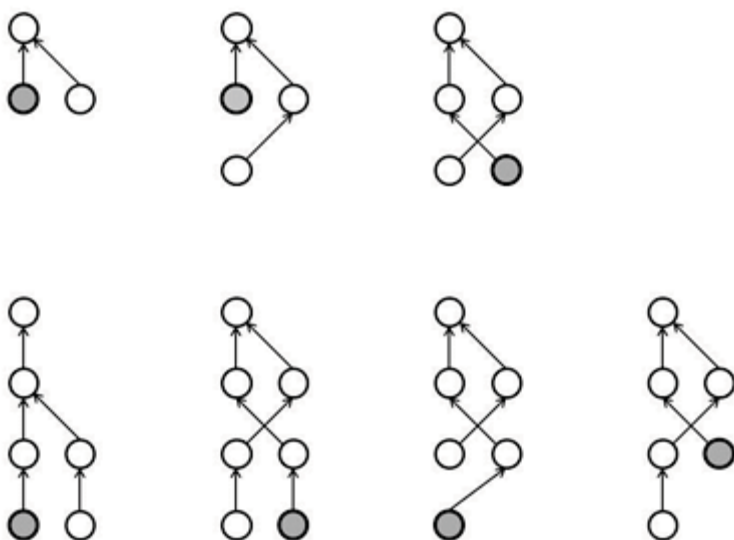
Nëse ju gjetët një pikë tentative fillimi por ka gjendje të raportuara më poshtë në rrjeshtat e Pjesës 1, përsëritni procedurën për rrjeshtin pasues. Filloni me pikën tentative të fillimit që identifikuat në hapin e mëparshëm. Nëse nuk mundeni, dhe nëse ka më shumë gjendje në rresht, kontrolloni nëse

gjendja e dytë e rrjeshtuar në atë rrjesht ose më poshtë mund të shkaktojë pikën tentative të fillimit. Vijoni derisa të keni gjetur një gjendje që mund të shkaktojë një pikë tentative fillimi. Kjo është pika e re tentative e fillimit.

Nëse ka gjendje të tjera të raportuara më poshtë në Pjesën 1, përsëritni procedurën për sa kohë të identifikohët një pikë e re tentative e fillimit. Kur të mos mundeni të përcaktoni më pika të reja tentative të fillimit, pika më e vjetër tentative e fillimit është gjithashtu pika e fillimit për sekuencën e përmendur e para.

Fig. 2 ilustron shembuj çertifikatash me disa sekuenca. Pika fillestare e sekuencës së parë është me gri, e rrethuar me vijë të zezë rumbullake.

Fig. 2. Shembuj çertifikatash me disa sekuenca



- Shembulli 7:* 1 (a) Pneumonia
nga
(b) Fraktura e kofshës dhe insuficienca kardiake
nga
(c) Pengimi në qylym, ateroskleroza koronare

Pneumonia mund të jetë nga fraktura e kofshës, dhe atëherë fraktura e kofshës është pika tentative e fillimit. Fraktura e kofshës mund të jetë nga pengimi dhe ky bëhet pika tentative e fillimit. Duke qenë se nuk ka shkaqe të tjera të përmendura më poshtë se rrjeshti 1(c), pengimi në qylym është pika fillestare e sekuencës së përmendur e para.

- Shembulli 8:* 1 (a) Pneumonia
nga
(b) Insuficienca kardiake dhe fraktura e kofshës

nga

(c) Ateroskleroza koronare dhe pengimi në qylym

Pneumonia mund të jetë nga insuficienca kardiake, dhe atëherë insuficienca kardiake është pika tentative e fillimit. Insuficienca kardiake mund të jetë nga ateroskleroza koronare dhe kjo bëhet pika tentative e fillimit. Duke qenë se nuk ka shkaqe të tjera të përmendura më poshtë se rrjeshti 1(c), ateroskleroza koronare është pika fillestare e sekuencës së përmendur e para.

Shembulli 9: 1 (a) Pneumonia

nga

(b) Fraktura e kofshës dhe insuficienca kardiake

nga

(c) Ateroskleroza koronare dhe pengimi në qylym

Pneumonia mund të jetë nga fraktura e kofshës, dhe atëherë fraktura e kofshës është pika tentative e fillimit. Megjithatë, fraktura e kofshës nuk mund të jetë nga ateroskleroza koronare por fraktura e kofshës mund të jetë nga pengimi dhe ky bëhet pika tentative e fillimit. Duke qenë se nuk ka shkaqe të tjera të përmendura më poshtë se rrjeshti 1(c), pengimi në qylym është pika fillestare e sekuencës së përmendur e para.

Gjendja e përmendur e para

Disa instruksione kodimi i referohen gjendjes së ‘përmendur e para’. Kur të identifikoni gjendjen e përmendur të parën, filloni nga fillimi i rrjeshtit të parë në Pjesën 1 dhe më poshtë, dhe nga e majta në të djathtë.

[*Shënim për përkthyesit:* nëse gjuha lokale nuk shkruhet nga e majta në të djathtë dhe nga sipër poshtë, adaptoni instruksionet që të përputhen me drejtimin e shkrimit].

Shkaku themelor i vdekjes

Shumica, por jo të gjitha, statistikat e vdekshmërise tregojnë për një shkak të vetëm të vdekjes për çdo individ, pavarësisht se sa gjendje raportohen në certifikatë. Shkaku themelor i vdekjes është gjendja e përzgjedhur për pasqyrimin si shkaku i vetëm. Në shumicën e rasteve, shkaku themelor i vdekjes është i njëjtë me pikën e fillimit. Megjithatë, shpeshherë një gjendje tjetër nga ajo e pikës së fillimit mund të përzgjidhet si shkak themelor (bazë) për përdorim në statistikë. Shikoni dhe ‘Modifikimin’, në vijim.

Shembulli 10: 1 (a) Bronkopneumonia

nga

(b) Hemiplegjia

nga

(c) Infarkti cerebral

Infarkti cerebral filloi sekuencën e ngjarjeve që çuan në vdekje, kështu që ai është pika e fillimit. Në këtë rast, është dhe shkaku themelor për vdekjen.

Modifikimi

Instruksione speciale të kodimit për sekuenca specifike ose kategori të ICD mund të kenë efektin që një gjendje tjetër nga pika e fillimit të përzgjidhet si shkak themelor (bazë) i vdekjes. Në këto raste, kodi për shkakun themelor shpesh shpreh një kombinim të pikës së fillimit me një gjendje tjetër të raportuar, ose një komplikacion ose pasojë të pikës së fillimit që ka rëndësi nga pikpamja e shëndetit publik. Kjo procedurë me anë të të cilës kodi i ICD për pikën e fillimit zëvendësohet me një kod tjetër quhet modifikim.

Shembulli 11: 1 (a) Sëmundje e zemrës

nga

(b) Ateroskleroza e gjeneralizuar

Ateroskleroza e gjeneralizuar filloi sekuençën e ngjarjeve që çuan në vdekje, kështu që ai është pika e fillimit. Megjithatë, sipas një instruksioni special mbi aterosklerozën e gjeneralizuar, ateroskleroza e përgjithësuar ose e paspecifikuar që çon në sëmundje të zemrës i përket sëmundjes së zemrës nga ateroskleroza në statistikat e vdekshmerisë. Për shkak të këtij modifikimi, sëmundja e zemrës nga ateroskleroza është shkakun themelor i vdekjes.

Shkaku themelor tentativ i vdekjes

Shumë instruksione specifike mbi modifikimin mund të kenë efekt mbi të njëjtën çertifikatë të vdekjes. Në këtë rast instruksionet aplikohen hap pas hapi. Kodi i përzgjedhur si një rezultat i secilit hap në proces quhet si shkakun themelor tentativ i vdekjes.

Shembulli 12: 1 (a) Infarkt miokardi dhe edemë pulmonare

nga

(b) Ateroskleroza koronare

nga

(c) Ateroskleroza e gjeneralizuar

Ateroskleroza e gjeneralizuar filloi sekuençën e ngjarjeve që çuan në vdekje, kështu që ai është pika e fillimit. Ka instruksione speciale mbi aterosklerozën dhe sëmundjen koronare të zemrës në ICD, dhe në hapin tjetër, ateroskleroza koronare përzgjidhet si shkakun tentativ themelor i vdekjes. Por ka instruksione të tjera mbi aterosklerozën koronare dhe infarktun e miokardit, dhe në hapin e fundit, infarkti i miokardit përzgjidhet si shkakun themelor.

4.2 Instruksionet për kodimin e vdekshmërisë: përzgjedhja e kodit themelor të vdekjes

Kur kodohet dhe klasifikohen shkaqet e vdekjes, ju duhet së pari të vendosni kodet ICD për të gjitha gjendjet e përmendura në çertifikatën e vdekjes. Ka shumë instruksione për kodimin që bazohen në kode specifike të ICD dhe, për të përcaktuar nëse aty aplikohen instruksione, ju duhet të dini kodet ICD për të gjitha gjendjet në çertifikatë. Kjo quhet kodim shumë-fazor (shiko Seksionin 4.3, Instruksionet për kodimin e vdekshmërisë: shkaqe të shumëfishta). Më pas, ju përzgjidhni një shkak

themelor (bazë) të vdekjes për tu përdorur për statistikën e vdekshmërisë. Ky quhet klasifikimi i shkakut themelor të vdekjes.

Për shumicën e çertifikatave të vdekjes, përzgjedhja e shkakut themelor të vdekjes është një procedurë relativisht e thjeshtë. Ka, megjithatë, shumë raste ku shkakut themelor nuk është menjëherë i dukshëm. Për tu siguruar që si rastet e thjeshta dhe ato të komplikuar kodohen sipas rregulloreve ndërkombetare, është e rëndësishme për ti ndjekur këto instruksione kodimi me kujdes, hap pas hapi. Përndryshe, statistikën e vdekshmërisë që do dalin nuk do të jenë të krahasueshme ndërkombëtarisht, gjë që do e ulte shumë vlerën e këtyre të dhënave për qëllime të shëndetit publik.

Përzgjedhja e shkakut themelor të vdekjes përfshin dy hapa të veçantë. Së pari, identifikoni pikën e fillimit – sëmundjen që filloi zinxhirin e ngjarjeve që çuan në vdekje. Më pas, kontrolloni nëse ka instruksione specifike që i aplikohen pikës së fillimit që përcaktohet. Nëse është kështu, hapi tjetër është që të modifikojë pikën e fillimit që përzgjedhet në hapin e parë.

Kini parasysh që qëllimi i procedurës të përzgjedhjes është që të prodhohet statistikën e vdekshmërisë më të dobishme të mundshme. Kështu, instruksionet pasuese mund të reflektojnë rëndësinë për shëndetin publik më tepër sesa çfarë është korrekte nga pikpamja e pastër mjekësore. Instruksionet që pasojnë janë gjithnjë të aplikueshme, edhe nëse ato mund të konsiderohen korrekte ose jo nga pikpamja mjekësore.

Në shembujt e kodimit që pasojnë, deklarata ‘për shkak të’ ndërmjet rrjeshtave të Pjesës 1 nuk përfshihet më. Megjithatë, është e rëndësishme të kihet parasysh së çdo gjë që raportohet në rrjeshtin e sipërm të Pjesës 1 ka ardhur si pasojë e çfarë është raportuar në rrjeshtat poshtë saj.

4.2.1 Gjetja e pikës së fillimit (Hapat SP1 deri në SP8)

Për të identifikuar pikën e fillimit, ndiqni tetë hapat e specifikuar në këtë seksion. Ata emërtohen SP1 deri në SP8 (Rregulli i Pikës së Fillimit 1 deri në 8). Çdo hap përmban një rregull të seksionit. Në çdo hap, ka një shpjegim të rregullit të seksionit dhe një instruksion për çfarë të besh me tej. Për disa nga rregullat, ka dhe pika kyçe me instruksione të mëtejshme:

Hapi SP1 – Shkak I vetëm në çertifikatë

Nëse ka vetëm një shkak të raportuar në çertifikatë, ose në Pjesën 1 ose në Pjesën 2, kjo është pika e nisjes dhe gjithashtu dhe shkakut themelor. Më pas, shkoni në Hapin M4.

Nëse ka dy ose më shumë gjendje në çertifikatë, shkoni në Hapin SP2.

Hapi SP2 -- Vetëm një rresht i përdorur në Pjesën 1

Nëse çertifikuesi ka përdorur vetëm një rresht në Pjesën 1 por ka shkruar dy ose më shumë gjendje në rresht, atëherë gjendja e përmendur e para është pika tentative e nisjes. Më tej, shko në Hapin SP6.

Gjithashtu, nëse ka vetëm një gjendje të raportuar në Pjesën 1 por një ose më shumë gjendje në Pjesën 2, atëherë gjendja e vetme në Pjesën 1 është pika tentative e fillimit. Më pas, shko në Hapin SP6.

Nëse çertifikuesi ka përdorur më shumë se një rresht në Pjesën 1, shko në Hapin SP3.

Shembulli 1: 1 (a) Infarkt miokardi dhe diabet sheqeri
(b)
(c)
(d)
(e)

2

Infarkti i miokardit është përmendur i pari në çertifikatë dhe është pika tentative e fillimit. Më pas, shko në Hapin SP6, për të kontrolluar nëse aplikohen rregulla të tjera të përzgjedhjes dhe të modifikimit.

Shembulli 2 1 (a) Infarkt miokardi dhe diabet sheqeri
(b)
(c)
(d)
(e)

2

Infarkti i miokardit është përmendur i pari në çertifikatë dhe është pika tentative e fillimit. Më pas, shko në Hapin SP6, për të kontrolluar nëse aplikohen rregulla të tjera të përzgjedhjes dhe të modifikimit.

Hapi SP3 – Më shumë se një rresht i përdorur në Pjesën 1, shkak i parë në rrjeshtin më poshtë shpjegon të gjithë hyrjet më sipër

Nëse ka gjendje të raportuara në më shumë se në një rresht në Pjesën 1, kontrolloni nëse të gjitha kushtet e raportuara në rrjeshtat mbi atë me të ulët të përdorur në Pjesën 1 mund të jenë shkaktuar nga gjendja e parë në rrjeshtin me të ulët të përdorur.

Nëse të gjitha gjendjet në rrjeshtat më sipër atij të me të poshtëm të përdorur në Pjesën 1 mund të jenë shkaktuar nga gjendja e parë në rrjeshtin me të ulët të përdorur, atëherë kjo gjendje është – në mënyrë tentative – pika e fillimit. Më pas, shkoni në Hapin SP6.

Nëse të gjitha gjendjet në rrjeshtat mbi rrjeshtin me të poshtëm të përdorur në Pjesën 1 mund të mos jenë shkaktuar nga gjendja e parë në rrjeshtin me të ulët të porositur, përpiquni të merrni sqarime nga çertifikuesi. Nëse nuk ka informacion të mëtejshëm, shkoni në Hapin SP4.

Në Hapin SP3, nuk është e nevojshme të vlerësoni marrëdhëniet shkakësore midis gjendjeve të raportuara në rrjeshtat mbi atë të fundit të përdorur. Është e mjaftueshme që çdo një nga gjendjet në rrjeshtat mbi atë të poshtëm të përdorur mund të jetë si pasojë nga një gjendje e raportuar në një rrjesht të mëposhtëm të përdorur.

Në Hapin SP3, nuk ka detyrime që gjendjet e vendosura më sipër rrjeshtit të vendosur më poshtë të mund të kenë shkaktuar gjithësesi gjendjet në rrjeshtat e mësipërme, për sa kohë asnjë nga to nuk ka një jetëgjatësi me të madhe se gjendja e përmendur së pari në rrjeshtin me të poshtëm të përdorur.

Kini parasysh që nëse një marrëdhënie shkakësore e listuar si korrekte ose jo mund të reflektojë rëndësinë për shëndetin publik sesa çfarë është e pranueshme nga një pikpamje thjesht mjekësore. Atëherë, kontrolloni instruksionet në Seksionin 4.2.3, Instruksione të veçanta mbi sekuencat e pranuar ose të hedhura poshtë, së pari. gjithnjë ndiqni instruksionet në Seksionin 4.2.3., nëse ato duken të jenë korrekte nga pikpamja mjekësore ose jo.

Marrëdhëniet e deklaruara që nuk janë të listuara si të hedhura poshtë në Seksionin 4.2.3 duhet të pranohen për aq sa të jetë e mundur. Ato reflektojnë opinionin e certifikuesit mbi shkaqet që çojnë në vdekje dhe nuk duhet të hidhen poshtë lehtë.

Nëse marrëdhëniet e treguara duken si shumë improbabile, referojuni tabelave të vendimeve ndërkombtarisht të njohura për kodimin e vdekshmërisë.

Shembulli 3: 1 (a) Bronkopneumoni
(b) Hemiplegji
(c) Infarkt cerebral
(d)

2

Të dyja bronkopneumonia dhe hemiplegjia mund të jenë shkaktuar nga infarkti cerebral. Kjo do të thotë që infarkti cerebral është pika tentative e fillimit.

Shembulli 4: 1 (a) Sarkoma Kaposi 1 vit
(b) HIV 3 vjet
(c) Transfuzion i gjakut 5 vjet
(d) Hemofili që nga lindja

2

Sarkoma Kaposi, HIV, dhe transfuzioni i gjakut mund të jenë shkaktuar të gjitha nga hemofilia, e cila është e para (dhe mbase e vetmja) gjendje që përmendet në rreshtin me të ulët të përdorur në Pjesën 1. Kjo do të thotë që hemofilia është pika tentative e fillimit.

Shembulli 5: 1 (a) Pneumocistoze
(b) HIV
(c) Shpretke e çarë
(d) Sulm – rrahje me grushta

2

Sulmi i rrahjes me grushta është e vetmja gjendje e përmendur në rrjeshtin më të ulët të përdorur në Pjesën 1. Mund të shkaktojë çdo gje në rrjeshtat më sipër, duke marrë të mirëqenë që transfuzioni i gjakut është trajtim për çarjen e shpretkës. Shikoni gjithashtu Seksionin 4.1.3, Konceptet bazë, ku supozimet e shkakut ndërhyrës janë përshkruar në seksionin e marrëdhënieve shkakësore.

- Shembulli 6:* 1 (a) Metastaza në mëlçi
(b) Bronkopneumoni
(c) Kancer në stomak
(d)

2

Të dyja metastazat e mëlçisë dhe bronkopneumonise mund të shkaktohen nga kanceri i stomakut. Kjo do të thotë që kanceri i stomakut është pika tentative e fillimit, edhe pse bronkopneumonia nuk shkakton dot metastaza në mëlçi dhe bronkopneumonia ka një kohëzgjatje me të shkurter se metastazat e mëlçisë.

- Shembulli 7:* 1 (a) Metastaza në mëlçi dhe edema pulmonare
(b) Bronkopneumoni
(c) Kancer në stomak
(d)

2

Metastazat e mëlçisë, edema pulmonare dhe bronkopneumonia mund të shkaktohen të tera nga kanceri i stomakut. Kjo do të thotë që kanceri i stomakut është pika tentative e fillimit, edhe pse bronkopneumonia nuk shkakton dot metastaza në mëlçi.

- Shembulli 8:* 1 (a) Metastaza në mëlçi 2 muaj
(b) Bronkopneumoni 4 ditë
(c) Kancer në stomak 6 muaj
(d)

2

Të dyja metastazat e mëlçisë dhe bronkopneumonise mund të shkaktohen nga kanceri i stomakut. Kjo do të thotë që kanceri i stomakut është pika tentative e fillimit, edhe pse bronkopneumonia nuk shkakton dot metastaza në mëlçi dhe bronkopneumonia ka një kohëzgjatje me të shkurter se metastazat e mëlçisë.

- Shembulli 9:* 1 (a) Metastaza në mëlçi
(b) Bronkopneumoni dhe kancer në stomak
(c)
(d)

2

Metastazat në mëlçi nuk mund të jenë prej bronkopneumonise. Kjo do të thotë që asnjë pikë tentative fillimi nuk mund të identifikohët në Hapin SP3. Kështu që, shkoni në Hapin SP4.

Hapi SP4 – Shkaku i parë në rrjeshtin me të poshtëm të përdorur nuk i shpjegon të gjitha hyrjet mbi të, por një sekuencë përfundon me gjendjen fundore

Nëse ka vetëm një sekuencë që mbaron me gjendje fundore, gjeni pikën fillestare të kesaj sekuencë. Kjo është një pikë tentative e re fillimi. Më pas, shkoni në Hapin SP6.

Nëse ka dy ose më shumë sekuenca gjendjesh ose ndodhish siç janë përshkruar në Seksionin 4.1.3,

dhe gjeni pikën fillestare në këtë sekuencë të përmendur të parën. Më pas, shkoni në Hapin SP6.

Nëse nuk ka një sekuencë që mbaron me gjendje terminale, shkoni në Hapin SP5.

Siç është përmendur më sipër nën hapin SP3, gjithnjë ndiqni instruksionet në Seksionin 4.2.3., nëse ato duket të jenë korrekte nga pikpamja mjekësore apo jo.

Marrëdhëniet e treguara që nuk janë të listuara si të hedhura poshtë në Seksionin 4.2.3 duhet të pranohen për sa të jetë e mundur. Ato reflektojnë opinionin e çertifikuesit mbi shkaqet që çojnë në vdekje dhe nuk duhen hedhur poshtë me lehtësi.

Nëse një marrëdhënie e deklaruar duket si e shumë e pamundur, referojuni tabelave të njohura ndërkombëtarisht të marrjes së vendimit për kodimin e vdekshmërisë.

Kur vlerësoni një sekuencë, mbani mend që sipas Seksionit 4.2.3, Instruksione speciale mbi pranimin ose hedhjen poshtë të sekuencave, një gjendje A nuk mund të jetë shkaktuar kurrë nga një gjendje B nëse gjendja A ka një kohëzgjatje më të madhe se gjendja B.

Shembulli 10:

1 (a)	Metastaza në mëlçi	2 muaj
(b)	Infarkt cerebral dhe kancer në stomak	6 muaj
(c)		
(d)		

2

Infarkti cerebral nuk mund të shkaktojë metastaza në mëlçi, por metastazat në mëlçi mund të jetë prej kancerit të stomakut. Kanceri i stomakut është pika tentative e fillimit.

Shembulli 11:

1 (a)	Bronkopneumoni	2 muaj
(b)	Infarkt cerebral dhe metastaza në mëlçi	6 muaj
(c)	Ateroskleroza dhe kanceri i stomakut	
(d)		

2

Ateroskleroza nuk mund të shkaktojë metastaza në mëlçi. Megjithatë, ka tre sekuenca të pranueshme në çertifikatë: 1) bronkopneumonia shkaktuar nga infarkti cerebral, në vetvete i shkaktuar nga ateroskleroza; 2) bronkopneumonia e shkaktuar nga infarkti cerebral, në vetvete i shkaktuar nga kanceri i stomakut; dhe 3) bronkopneumonia e shkaktuar nga metastazat e mëlçisë, në vetvete të shkaktuara nga kanceri i stomakut. Por sekuenca e përmendur e para është bronkopneumonia e shkaktuar nga infarkti cerebral, në vetvete i shkaktuar nga ateroskleroza. Si pasojë, ateroskleroza është pika tentative e fillimit.

Hapi SP5 – Pa sekuencë në Pjesën 1

Nëse nuk ka sekuencë që mbaron me gjendje fundore, atëherë gjendja fundore është gjithashtu dhe pika fillestare tentative e fillimit. Më pas, shko në Hapin SP6.

- Shembulli 12:* 1 (a) Metastaza në mëlçi
(b) Infark cerebral
(c) Aterosklerozë
(d)

2 Kancer në stomak

Ateroskleroza nuk mund të shkaktojë metastaza në mëlçi. Gjithashtu, nuk ka asnjë sekuençë në Pjesën 1 që përfundon me gjendjen fundore, sepse infarkti cerebral nuk mund të shkaktojë metastaza në mëlçi. Duke qenë se nuk ka një sekuençë që përfundon me gjendjen fundore, vetë gjendja fundore – metastazat në mëlçi --- është pika tentative e fillimit.

Hapi SP6 – Shkaku i dukshëm

Tani kontrolloni nëse pika tentative e fillimit që zgjidhet në Hapin SP1 deri SP5 është dukshëm shkaktuar nga një gjendje tjetër në çertifikatë. Nëse pika tentative e fillimit është në Pjesën 1, atëherë kjo gjendje duhet të jetë ose në të njëjtin rresht ose më poshtë në Pjesën 1, ose në Pjesën 2. Nëse pika tentative e fillimit është në Pjesën 2, kjo gjendje tjetër duhet të jetë patjetër në Pjesën 2.

Tani, kontrolloni nëse ka një gjendje tjetër të përmendur në të njëjtin rresht ose më poshtë në çertifikatë si pikë e re tentative e fillimit që ju sapo zbuluat por që dukshëm shkaktohet prej kesaj pikë të re tentative të fillimit. vijoni të kërkoni për një pikë të re tentative të fillimit derisa të gjeni një pikë fillimi që dukshëm nuk shkaktohet prej një gjendje të raportuar në të njëjtin rresht ose më poshtë në çertifikatë. Më pas shkoni tek Hapi SP7.

Nëse nuk ka asnjë gjendje të përmendur në çertifikatë që dukshëm shkaktoi pikën tentative të fillimit që ju zgjedhët në Hapat SP1 deri SP5, shkoni tek Hapi SP7.

- Nëse pika tentative e fillimit është në Pjesën 1, shikoni për një shkak të dukshëm të pikës tentative të fillimit së pari në të njëjtin rresht në Pjesën 1, më pas në rreshtat e poshtëm në Pjesën 1, dhe në fund në Pjesën 2. Mos kërkoni për shkaqe të dukshme në rreshtat mbi atë ku është pika tentative e fillimit.
- Nëse pika tentative e fillimit është në Pjesën 2, kërkoni një shkak të dukshëm në Pjesën 2, por jo në Pjesën 1.
- Nëse një gjendje A ka një kohëzgjatje më të madhe se gjendja B, atëherë gjendja B nuk mund të jetë shkaku i dukshëm i gjendjes A.
- Nëse ka disa gjendje që mund të jenë shkaqe të dukshme për pikën tentative të fillimit, përzgjidhni gjendjen që është përmendur e para.
- “Shkak dukshëm” do të thotë që nuk duhet të ketë asnjë dyshim që pika tentative e fillimit u shkaktua nga një gjendje tjetër e përmendur në çertifikatë. Nuk është e mjaftueshme që një sekuençë të jetë pranuar nëse pika tentative e fillimit është raportuar për shkak të një gjendje tjetër.
- Referojuni Seksionit 4.2.4, Instruksione speciale mbi shkaqet e dukshme (Hapi SP6), për instruksione të mëtejshme. Mbani mend që nëse një gjendje B është konsideruar një shkak i dukshëm për gjendjen A, kjo mund të reflektojë rëndësinë për shëndetin publik sesa të jetë

motivuar nga një pikëpamje thjesht mjekësore. Atëherë, ndiqni gjithnjë instruksionet në Seksionin 4.2.4, edhe nëse do duken korrekte ose jo nga pikpamja mjekësore.

- Shembulli 13:* 1 (a) Metastaza në mëlçi
(b) Infark cerebral
(c)
(d)

2 Kancer në stomak

Infarkti cerebral nuk mund të shkaktojë metastaza në mëlçi. Metastazat në mëlçi është pika tentative e fillimit. Por kanceri i stomakut është një shkak i dukshëm i metastazave në mëlçi, dhe kanceri i stomakut është pika e re tentative e fillimit.

- Shembulli 14:* 1 (a) Sepsis
(b) Peritoniti
(c)
(d)

2 Nekrozë e zorrës, infarkt mezenterik

Sepsisi mund të shkaktohet nga peritoniti, dhe peritoniti është pika tentative e fillimit. Por nekroza e zorrës është një shkak i dukshëm i peritonitit, kështu që nekroza e zorrës është pika e re tentative e fillimit. Më pas, infarkti mezenterik është një shkak i dukshëm i nekrozës së zorrës, dhe infarkti mezenterik është pika finale e fillimit.

- Shembulli 15:* 1 (a) Sepsis
(b) Peritoniti
(c)
(d)

2 Embolizëm mezenterik, apendisit i çarë

Sepsisi mund të shkaktohet nga peritoniti, dhe peritoniti është pika tentative e fillimit. Më pas, embolizmi mezenterik dhe apendisiti i çarë janë shkaqe të dukshme të peritonitit. Duke qenë se embolizmi mezenterik është përmendur i pari, ai është pika e re tentative e fillimit.

Hapi SP7 – gjendjet e keq-përcaktuara

Tani kontrolloni nëse pika tentative e fillimit është e listuar në tabelën e gjendjeve të keq-përcaktuara (Shiko Aneksin 7.3). nëse po, pika tentative e fillimit konsiderohet si e keq-përcaktuar. Atëherë bëj si më poshtë:

Nëse ka gjendje të tjera të përmendura në çertifikatë, kontrolloni nëse ato janë të keq-përcaktuara. Nëse të gjitha gjendjet e tjera janë të keq-përcaktuara kaloni në Hapin M1.

Nëse ka të pakten një gjendje që nuk është e keq-përcaktuar, atëherë mos e merrni parasysh gjendjen e keq-përcaktuar. Shkoni në Hapin SP1 dhe zgjidhni një pikë tjetër fillimi, sikur kjo gjendje e keq-përcaktuar të mos jetë përmendur në çertifikatë.

Nëse pika tentative e fillimit nuk është e keq-përcaktuar, shkoni në Hapin SP8.

- Kini parasysih që R57.2, Shoku septik, R65.0, Sindroma e përgjigjes inflamatore sistematike me origjinë infektive dhe me insuficiencë organesh, dhe R95, Sindroma e vdekjes së papritur të të porsalindurit, nuk konsiderohen si të keq-përcaktuara.
- Në shumë raste gjendja e keq-përcaktuar mund të këtë një ndikim mbi atë sesi kodohen gjendjet e tjera në çertifikatë. Nëse është kështu, mos merrni parasysih gjendjet e keq-përcaktuara kur të përzgjidhni pikën e fillimit, por merreni në konsideratë kur të kodoni gjendjet e tjera në çertifikatë.

Shembulli 16: 1 (a) Insuficiencë respiratore

- (b)
- (c)
- (d)

2 Embolizëm mezenterik

Insuficienca respiratore është e vetmja gjendje e përmendur në Pjesën 1 dhe është pika tentative e fillimit sipas hapave SP2 dhe SP6. Por insuficienca respiratore është në tabelën e gjendjeve të keq-përcaktuara, kështu që mos merrni parasysih insuficiencën respiratore dhe rifilloni procedurën e përzgjedhjes nga Hapi SP1. Embolizmi mezenterik është pika e re e fillimit sipas Hapit SP1.

Shembulli 17: 1 (a) Anemia

- (b) Splenomegalia
- (c)
- (d)

2

Splenomegalia, pika tentative e fillimit sipas Hapit SP3, është në tabelën e gjendjeve të keq-përcaktuara. Mos merrni parasysih splenomegalinë dhe rifilloni procedurën e përzgjedhjes nga Hapi SP1. Tani, anemia është pika e re e fillimit sipas Hapit SP2. Megjithatë, splenomegalia modifikon kodimin e anemisë (shiko Indeks in Alfabetik). Kodoni si ‘anemi splenomegalike’.

Hapi SP8 – Gjendjet me pak shanse të shkaktojnë vdekjen

Tani kontrolloni nëse pika tentative e fillimit është e listuar në tabelën e gjendjeve që kanë pak gjasa të shkaktojnë vdekjen (shiko Aneksin 7.4, Lista e gjendjeve që kanë pak gjasa të shkaktojnë vdekjen). Nëse po, veproni si vijon:

Nëse ka gjendje të tjera të raportuara në çertifikatë, kontrolloni nëse ato janë të keq-përcaktuara ose me pak gjasa të shkaktojnë vdekjen. Nëse janë të keq-përcaktuara ose kanë pak gjasa të shkaktojnë vdekjen, shkoni në Hapin M1.

Nëse ka gjendje të tjera të raportuara që nuk janë të keq-përcaktuara ose me pak gjasa për të shkaktojnë vdekjen, kontrolloni së pari nëse vdekja u shkaktohet nga një reaksion nga trajtimi i gjendjes me pak gjasa për të shkaktojnë vdekjen që ju zgjodhët si pika tentative e fillimit. Nëse po, atëherë zgjidhni reagimin nga trajtimi si një pikë fillimi. Më pas, shkoni në Hapin M1.

Nëse vdekja nuk u shkaktua nga një reaksion nga trajtimi i gjendjes me pak gjasa për të shkaktuar vdekjen, atëherë kontrolloni nëse gjendja ishte shkak i një gjendje tjetër që nuk është në listën e gjendjeve me pak gjasa për të shkaktuar vdekjen ose në listën e gjendjeve të keq-përcaktuara. Nëse është, atëherë gjendja me pak gjasa për të shkaktuar vdekje është pika tentative e fillimit. Më pas shkoni në Hapin M1.

Nëse nuk kishte një reaksion ndaj trajtimit të gjendjes me pak gjasa për të shkaktuar vdekje dhe as një komplikacion i gjendjes që çoi më pas në vdekje, atëherë mos e merrni fare parasysh gjendjen që ka pak gjasa për të shkaktuar vdekjen. Shkoni në Hapin SP1 dhe zgjidhni një pikë tjetër fillimi, sikur gjendja që ka pak gjasa të shkaktojë vdekjen të mos jetë përmendur fare në çertifikatë.

- Nëse çertifikata përmend disa trajtime për gjendjen me pak gjasa për të shkaktuar vdekjen, zgjidhni trajtimin që përmendet i pari.
- “Komplikacion” do të thotë që një gjendje mund të jetë si pasojë e një gjendje me pak gjasa për të shkaktuar vdekjen, ose për shkak të trajtimit të gjendjes që ka pak gjasa për të shkaktuar vdekjen.

Nëse pika e fillimit nuk është një gjendje që ka pak gjasa për të shkaktuar vdekjen, atëherë shkoni në Hapin M1.

Shembulli 18: 1 (a) Humbje dëgjimi
(b)
(c)
(d)

2 Sëmundja ishemike e zemrës

Humbja e dëgjimit është një pikë tentative e fillimit sipas Hapit SP2, por humbja e dëgjimit është në listën e gjendjeve të konsideruara si me pak gjasa për të shkaktuar vdekje. Ka një tjetër gjendje në çertifikatë, sëmundja ishemike e zemrës, e cila nuk është në listën e gjendjeve me pak gjasa për të shkaktuar vdekjen. Mos merrni parasysh humbjen e dëgjimit dhe rifilloni procedurën nga Hapi SP1. Sëmundja ishemike e zemrës është pika e re e fillimit sipas Hapit SP1.

Shembulli 19: 1 (a) Insuficiencë e mëlçisë
(b) Përdorim i tepruar i paracetamolit
(c) Dhimbje kokë e llojit të migrenes
(d)

2

Dhimbja kokë e llojit të migrenes është pika tentative e fillimit sipas Hapit SP3. Është në tabelën e gjendjeve me pak gjasa për të shkaktuar vdekje. Gjendja u trajtua me paracetamol dhe pati një reagim ndaj trajtimit, insuficiencë e mëlçisë. Mos merrni parasysh gjendjen me pak gjasa për të shkaktuar vdekjen dhe zgjidhni reagimin ndaj trajtimit, insuficiencën e mëlçisë, si pikën e fillimit.

Shembulli 20: 1 (a) Sepsis
(b) Absesi submandibular
(c) Karies

(d)

2

Karies është pika tentative e fillimit sipas Hapit SP3. Ai është në listën e gjendjeve të konsideruara si me pak gjasa për të shkaktuar vdekje, por në këtë rast ai shkaktoi komplikacionet që nuk janë gjendje me pak gjasa për të shkaktuar vdekjen. Për këtë arsye, zgjidhni Kariesin si pikën e fillimit.

Shembulli 21: 1 (a) Dhimbje kokë

(b) Karies

(c)

(d)

2 Sëmundja ishemike e zemrës

Kariesi është pika tentative e fillimit, sipas Hapit SP3. Është në listën e gjendjeve me pak gjasa për të shkaktuar vdekjen. Një komplikacion raportohet, dhimbja e kokës, por ajo është në listën e gjendjeve me pak gjasa për të shkaktuar vdekjen. Mos merrni parasysh as kariesin dhe as dhimbjen e kokës dhe rifilloni procedurën nga Hapi SP1.

4.2.2 Kontrolloni për modifikime të pikës së fillimit (Hapat M1 deri M4)

Pika e fillimit që përzgjidhët duke përdorur Hapat SP1 deri në SP8 konsiderohet tani si shkaku themelor tentativ. Mund të këtë instruksione të veçanta për kodimin për këtë shkak themelor (bazë) tentativ, ose arsye të tjera për të modifikuar shkaqet themelore tentative. Kontrolloni nëse shkaku themelor tentativ duhet të modifikohet duke aplikuar rregullat e modifikimit të përshkruar në Hapat M1 deri M3 (Rregull modifikimi 1 deri në rregull modifikimi 3). Çdo hap përmban një rregull modifikimi. Në çdo hap, ka një përshkrim të vetë rregullit të modifikimit dhe çfarë duhet bërë më pas. Ka dhe pika kyçe me instruksione dhe shpjegime të mëtejshme.

Hapi M1 – Instruksione të veçanta

Kontrolloni nëse instruksione të veçanta i aplikohen shkakut themelor tentativ. Nëse ka një instruksion të veçantë që i aplikohet, caktoni një shkak të ri themelor tentativ sipas instruksionit.

Më pas, kontrolloni nëse ka instruksione të tjera të veçanta që i aplikohen këtij shkak të ri themelor tentativ. Dmth, riaplikoni Hapin M1. Perseriteni derisa të keni gjetur një shkak të ri themelor tentativ që nuk preket nga asnjë instruksion i veçantë kodimi tjetër. Më pas, kaloni në Hapin M2.

- Referojuni Seksionit 4.2.5, Instruksione të veçanta mbi lidhjet dhe provizionet e tjera (Hapi M1), për instruksione të detajuara mbi shkaqet specifike themelore tentative.
- Sipas disa nga këtyre instruksioneve të veçanta, shkaku themelor tentativ kombinohet me një tjetër shkak të raportuar të vdekjes, në një shkak të ri themelor tentativ. Nëse ka disa nga këto kombinime, aplikoni kombinimin më të parin e përmendur nga këto gjendje (lidhjen e përmendur të parën).
- Mbani parasysh që disa instruksione të veçanta aplikohen vetëm nën rrethana të caktuara, psh, kur një gjendje A raportohet si shkak i gjendjes B, ose i vdekjeve në një moshe të caktuar.

- Shpesh, në Vëllimin 1 ose në Indeks in Alfabetik tregohet një kod për një kombinim të një shkaku themelor tentativ me një tjetër shkak të përmendur në çertifikatë. Përdorni kodin e kombinimit vetëm nëse titulli i kodit tregon qartë etiologjinë e gjendjes.

Nëse nuk aplikohet një instruksion i veçantë, atëherë pika e fillimit që gjetët duke përdorur hapat SP1 deri SP8 është shkaku themelor tentativ. Më tej, shkoni në Hapin M2.

- Shembulli 1:*
- 1 (a) Infarkt miokardi
 - (b) Sëmundje ishemike e zembrës
 - (c)
 - (d)
 - (e)

2

Sëmundja ishemike e zembrës është pika tentative e fillimit sipas Hapit SP3. Ka një instruksion të veçantë mbi sëmundjen ishemike të zembrës që raportohet me infarkt të miokardit, dhe, sipas këtij instruksioni, infarkti i miokardit është shkaku themelor tentativ i ri.

- Shembulli 2:*
- 1 (a) Sëmundje ishemike e zembrës
 - (b) Ateroskleroza
 - (c)
 - (d)
 - (e)

2 Infarkt miokardi

Ateroskleroza është pika tentative e fillimit sipas Hapit SP3. Ka një instruksion të veçantë mbi aterosklerozën që raportohet me sëmundjen ishemike të zembrës, dhe një tjetër mbi aterosklerozën e raportuar me infarktin e miokardit. Sëmundja ishemike e zembrës është raportuar së pari në çertifikatë, kështu që aplikoni instruksionin mbi aterosklerozën e raportuar me sëmundjen ishemike të zembrës dhe zgjidhni sëmundjen ishemike të zembrës si pikën e re të fillimit. Më pas, ka një instruksion të veçantë mbi sëmundjen ishemike të zembrës të raportuar me infarktin e miokardit. Aplikoni këtë instruksion dhe zgjidhni infarktin e miokardit si shkakun themelor tentativ të ri.

- Shembulli 3:*
- 1 (a) Sëmundje ishemike e zembrës
 - (b) Ateroskleroza
 - (c)
 - (d)
 - (e)

2 Infarkt cerebral

Ateroskleroza është pika tentative e fillimit sipas Hapit SP3. Ka një instruksion të veçantë mbi aterosklerozën që raportohet me sëmundjen ishemike të zembrës, dhe një tjetër me aterosklerozën e raportuar me infarktin cerebral. Sëmundja ishemike e zembrës është e raportuar e para në çertifikatë, kështu që aplikoni instruksionet mbi aterosklerozën e raportuar me sëmundjen ishemike të zembrës dhe zgjidhni sëmundjen ishemike të zembrës si shkakun themelor tentativ të ri.

- Shembulli 4:* 1 (a) Infarkt cerebral

- (b) Ateroskleroza
- (c) Hipertension
- (d)
- (e)

2 Infarkt miokardi

Hipertensioni është pika tentative e fillimit sipas Hapit SP3. Ka një instruksion të veçantë mbi aterosklerozën që raportohet me sëmundjen ishemike të zemrës, dhe një tjetër mbi hipertensionin e raportuar me infarktin cerebral dhe me infarkt miokardi. Infarkti cerebral është përmendur i pari në çertifikatë, kështu që aplikoni instruksionin mbi hipertensionin e raportuar me infarkt cerebral dhe zgjidhni infarktin cerebrovaskular si shkakun e ri themelor tentativ.

- Shembulli 5:*
- 1 (a) Demenca
 - (b) Ateroskleroza
 - (c)
 - (d)
 - (e)

2

Ateroskleroza është pika tentative e fillimit sipas Hapit SP3. Ka një instruksion të veçantë mbi aterosklerozën e raportuar si shkakun e demencës. Aplikoni këtë instruksion dhe zgjidhni demencën aterosklerotike si shkakun e ri themelor tentativ.

- Shembulli 6:*
- 1 (a) Ateroskleroza
 - (b)
 - (c)
 - (d)
 - (e)

2 Demenca

Ateroskleroza është pika tentative e fillimit sipas Hapit SP2. Megjithatë ka një instruksion të veçantë mbi aterosklerozën e raportuar si shkakun e demencës, ky instruksion nuk aplikohet këtu pasi demenca është e raportuar në Pjesën 2 dhe nuk shkaktohet nga ateroskleroza. Në këtë rast, ateroskleroza ngelet si pika tentative e fillimit.

- Shembulli 7:*
- 1 (a) Epilepsia
 - (b) Alkolizmi
 - (c)
 - (d)
 - (e)

2

Alkolizmi është pika tentative e fillimit sipas Hapit SP3. Në Vëllimin 1, një listë e gjithë termave të përfshirjes tek G40.5, Sindromat e veçanta epileptike, që përmend 'krizat epileptike të lidhura me alkolin'. Megjithatë, titulli i kodit për G40.5, Sindromat e veçanta epileptike, nuk e përmendin alkolin. Prandaj, mbani alkolizmin si pikën tentative të fillimit.

Hapi M2 – Specificiteti

Nëse shkaku themelor tentativ përshkruan një gjendje në terma të përgjithshëm dhe një term që jep informacion me të saktë mbi vendin ose natyrën e kesaj gjendjeje është raportuar në çertifikatë, ky term me informues është shkaku i ri themelor tentativ.

Më pas, kontrolloni nëse ky shkak i ri themelor tentativ mund të specifikohet dhe me tek me terma të tjerë në çertifikatën e vdekjes. Që do të thotë, riaplikoni Hapin M2. Perseriteni derisa të keni gjetur një shkak themelor (bazë) tentativ që nuk mund të specifikohet me tej.

- Përshkrimi sa me specifik duhet ti referohet të njëjtës gjendje si shkaku themelor tentativ. Mos e hidhni poshtë një gjendje të gjeneralizuar si ateroskleroza sepse një gjendje me specifike dhe e palidhur me të është raportuar në çertifikatë (shiko dhe Shembullin 9).
- Mbani parasysh se dhe vetë shkaku i ri themelor tentativ shpeshherë specifikohet më tej me terma të përgjithshëm (shiko Shembullin 10).
- Nëse disa shprehje të tjera në çertifikatë japin informacion me të saktë për shkahun themelor tentativ, filloni me atë që është përmendur i pari ndër këto gjendje.
- Mbani parasysh që disa nga këto instruksione mbi specificitetin aplikohen vetëm nën rrethana të caktuara, p.sh. ku një gjendje A raportohet su shkaku i gjendjes B.

Shembulli 8: 1 (a) Aksident cerebrovaskular
(b) Ateroskleroza
(c)
(d)
(e)

2 Embolizëm arterial i medulës oblongata

Ateroskleroza është pika tentative e fillimit sipas Hapit SP3. Ka një instruksion të veçantë për aterosklerozën e raportuar me aksidentin cerebrovaskular; aplikoni këtë instruksion dhe zgjidhni aksidentin cerebrovaskular si një pikë të re tentative të fillimit sipas Hapit M1. Lloji i aksidentit cerebrovaskular është përshkruar me saktë në Pjesën 2 si një embolizëm arterial i medulës oblongate. Ky është shkaku i ri themelor tentativ.

Shembulli 9: 1 (a) Aksident cerebrovaskular
(b) Ateroskleroza
(c)
(d)
(e)

2 Kancer me qeliza të vogla (oat cell cancer) në lobin e djathtë të sipërm

Ateroskleroza është pika tentative e fillimit sipas Hapit SP3. Ka një instruksion të veçantë për aterosklerozën e raportuar me aksidentin cerebrovaskular; aplikoni këtë instruksion dhe zgjidhni aksidentin cerebrovaskular si shkahun e ri themelor tentativ. Nuk ka më shpjegim specifik për llojin e aksidentit cerebrovaskular në çertifikatë, dhe aksidenti cerebrovaskular mbetet shkaku themelor tentativ.

Shembulli 10: 1 (a) Meningiti

- (b) Tuberkulozi
- (c)
- (d)
- (e)

2

Tuberkulozi është pika tentative e fillimit sipas Hapit SP3. Manifestimi është përshkruar si meningit, dhe të dy termat kombinohen në meningitin tuberkular, i cili është shkaku themelor tentativ.

Hapi M3 – Rikontrollo Hapat SP6, M1 dhe M2

Nëse, në këtë pikë, shkaku themelor tentativ nuk është i njëjtë me pikën e fillimit që keni përzgjedhur në Hapat SP1 deri SP8, kthehuni mbrapsht tek Hapi SP6. Përsëritni procedurat e përshkruar në Hapat SP6, M1 dhe M2.

- Mos u ktheni në Hapin SP6 nëse shkaku i përzgjedhur në Hapat M1 dhe M2 është raportuar korrekt si për shkak të gjendje tjetër, përveç se kur kjo gjendje është e keq-përcaktuar.
- Gjithashtu, mos shkoni mbrapsht tek SP6 nëse shkaku themelor tentativ është si reaksion ndaj trajtimit të një gjendje me pak gjasa të shkaktojë vdekjen, siç është përzgjedhur në SP8.

Shembulli 11: 1 (a) Sepsis

- (b) Sëmundje arteriale, embolizem arterial të këmbës së majtë
- (c)
- (d)

2 Kancer i kolonit

Sëmundja arteriale është pika tentative e fillimit sipas Hapit SP3. Embolizmi areterial i këmbës së majtë, raportuar si një gjendje e dytë në rrjeshtin 1(b), është një lloj i veçantë i sëmundjes arteriale. Prandaj, zgjidhni embolizmin arterial të këmbës së majtë si një shkak themelor (bazë) tentativ në Hapin M2. Riaplikoni Hapin SP6, sepse pika tentative e fillimit nuk është e njëjta me atë të përzgjedhur në Hapat SP1 deri SP8. Por kanceri i kolonit nuk është një shkak i dukshëm i embolizmit arterial, dhe kanceri i kolonit është pika e re tentative e fillimit. Nuk ka më modifikime të tjera që duhen aplikuar. Kodoni kancerin e kolonit (C18.9, Neoplazmat malinje të kolonit, të papërcaktuara) si shkakun themelor të vdekjes.

Shembulli 12: 1 (a) Sepsis

- (b) Sëmundje arteriale, embolizem arterial të këmbës së majtë
- (c) Aterosklerozë
- (d)

2 Kancer i kolonit

Ateroskleroza është një pikë tentative e fillimit sipas Hapit SP3. Ka një instruksion të veçantë mbi aterosklerozën e raportuar si shkak të sëmundjes arteriale, dhe, sipas këtij instruksioni, sëmundja arteriale është pika e re e fillimit sipas Hapit M1. Embolizmi arterial i këmbës së majtë, raportuar si gjendja e dytë në rrjeshtin 1(b), është një përshkrim më specifik i llojit të sëmundjes arteriale, dhe është përzgjedhur si pika tentative e fillimit në Hapin SP2. Mos e riaplikoni Hapin SP6, pasi embolizmi

arterial i këmbës së majtë raportohet si për shkak të arteriosklerozës, dhe ajo është një marrëdhënie e saktë shkakësore. Nuk ka modifikime të tjera që duhen aplikuar. Kodoni embolizmin arterial të këmbës së majtë (I74.3, Embolizmi dhe tromboza e arterieve të gjymtyrëve të poshtme) si shkaun themelor të vdekjes.

Hapi M4 – Instruksionet mbi procedurat mjekësore, helmimet, dëmtimet kryesore dhe vdekjet amtare

Se fundmi, aplikoni instruksionet e mëposhtme për shkakun themelor tek i cili keni arritur:

- Nëse shkakun themelor tek i cili arritet duke aplikuar Hapat SP1 deri SP8 dhe Hapat M1 deri M3 janë kirurgjia ose një procedurë tjetër mjekësore, aplikoni instruksionet në Seksionin 4.2.9, Instruksione të veçanta për kirurgjinë dhe procedurat të tjera mjekësore (Hapi M4).
- Nëse shkakun themelor tek i cili arritet duke aplikuar rregullat e përzgjedhjes dhe modifikimit në Hapat SP1 deri SP8 dhe Hapat M1 deri M3 është një dëmtim ose një helmim (një kod në S00-T98), kodoni shkakun e jashtëm të dëmtimit ose helmimit si shkakun themelor të vdekjes.
- Nëse shkakun themelor është në Kapitullin XX, Shkaqe të jashtme të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë, zgjidhni gjithashtu një dëmtim kryesor. Shikoni instruksionet në Seksionin 4.3.6., Instruksione të veçanta mbi dëmtimet kryesore në vdekjet nga shkaqe të jashtme (Hapi M4).
- Nëse pika e fillimit që ju zgjodhët duke aplikuar Hapat SP1 deri SP8 dhe Hapat M1 deri M3 është helmimi, dhe më shumë se një substancë toksike është raportuar në çertifikatë, aplikoni instruksionet në Seksionin 4.2.7, Instruksione të veçanta mbi helmimet nga barnat, medikamentet dhe substancat biologjike (Hapi M4), për të identifikuar barnat më të rëndësishme të përfshira.
- Nëse viktima është grua, dhe në çertifikatë është raportuar shtatzënia, lindja dhe paslindja, përcaktoni nëse duhet koduar shkakun themelor në Kapitullin XV, Shtatezania, lindja dhe paslindja, sipas instruksioneve të Seksionit 4.2.8, instruksione të veçanta mbi vdekshmerinë amtare (Hapi M4).

Kur keni gjetur një shkak vdekjeje që nuk është ndryshuar më tej në Hapat SP16 apo M1 deri M3, ju keni arritur tek shkakun themelor i vdekjes.

Megjithëse shkakun i vdekjes që keni identifikuar nuk ndryshohet më tej në Hapat SP6 ose Hapat M1 deri M3, mund të aplikohen kufizime të tjera, p.sh. që shkakun është i kufizuar në një nga gjinitë ose në një interval të caktuar të moshës, ose që shkakun i vdekjes ka propabilitet të ulët, duke marrë në konsideratë kushtet gjeografike. Atëherë, kontrolloni gjithnjë nëse ka kufizime të tilla që aplikohen në shkakun themelor që përzgjedhët.

4.2.3 Instruksione të veçanta mbi pranimin ose hedhjen poshtë të sekuencave (Hapat SP3 dhe SP4)

Ky seksion liston sekuencat e shkaqeve të vdekjes që duhet të pranohen ose hidhen poshtë kur zgjidhet një shkak themelor (bazë) i vdekjes. Qëllimi është të prodhohen statistikat e vdekshmërisë

me të dobishme të mundshme. Kështu, nëse një sekuençë është listuar si ‘e hedhur poshtë’ apo e ‘pranuar’ mund të reflektojë interesin ose rëndësinë për shëndetin publik sesa çfarë është e pranueshme nga pikpamja thjesht mjekësore. Prandaj, i aplikoni gjithnjë këto instruksione, edhe nëse konsiderohen korrekte ose jo nga pikpamja mjekësore. Vende të veçanta nuk duhet të korrigjojnë çfarë mendojnë që është një gabim, pasi ndryshimet nivel kombëtar do të bëjnë që të humbasë krahasueshmeria me të dhëna nga vende të tjera, pra të dhëna me pak të dobishme për analizë.

A. Sekuencat e pranuar

Kur aplikoni Hapat SP3 dhe SP4 pranoni marrëdhëniet e rrjeshtuara më poshtë:

(a) Sëmundjet infektive për shkaqe të tjera

Pranoni sëmundjet infektive si shkaqe të shkaktuara nga gjendje të tjera, *përveç* se për sëmundjet infektive të listuara në Seksionin 4.2.3B, Sekuencat e hedhura poshtë, nën-seksioni (a), Sëmundjet infektive për shkak të gjendjeve të tjera.

(b) HIV i raportuar si për shkak të gjendjeve të tjera

Pranoni HIV për shkak të:

- Gjendjeve që kërkojnë transfuzion të gjakut, si hemofilia, anemia dhe dëmtime madhore
- Proçedura invazive, si kirurgjia
- Abuzimi me drogat

Shembuj mbi këto gjendje jepen në Aneksin 7.5, Shkaqet e HIV. Mbani parasysh që lista në Aneksin 7.5 nuk është e plotë.

(c) Sëmundjet infektive për shkak të HIV

Pranoni sëmundjet infektive më poshtë si të shkaktuara nga sëmundja e virusit të imunodeficiensës humane [HIV], neoplazmat malinje dhe gjendje që prekin sistemin imunitar:

- Ethet tifoide dhe paratifoide, infeksione të tjera të Salmonelave, Shigelozat (A01-A03);
- Tuberkulozin (A15-A19)
- Pasojat e tuberkulozit (B90)

(d) Malinjitetet dhe HIV

Pranoni neoplazmat malinje si të shkaktuara nga sëmundja e virusit të imunodeficiensës humane [HIV]:

- Neoplazma malinje e orofaringut (C10)
- Neoplazma malinje e anusit dhe kanalit anal (C21)
- Sarkoma Kaposi (C46)
- Neoplazma malinje e vulvës (C51)

- Neoplazma malinje e vaginës (C52)
- Neoplazma malinje e qafës së mitrës (C53), *nëse e specifikuar si invazive*
- Neoplazma malinje e penisit (C60)
- Limfoma Hoçkin (C81), *nëse e specifikuar si parësore në tru*
- Limfoma folikulare (C82), *nëse e specifikuar si parësore në tru*
- Limfoma jo-folikulare (C83), *nëse e specifikuar si parësore në tru*
- Limfoma difuze me qeliza B të mëdha (C83.3), *nëse e specifikuar si imunoblastike*
- Limfoma Burkitt (C83.7)
- Limfoma me qeliza mature T/VN, *nëse e specifikuar si parësore në tru*
- Limfoma të tjera jo-Hoçkin të paspecifikuara, *nëse e specifikuar si parësore në tru*
- Limfoma të tjera me qeliza mature T/VN të paspecifikuara, *nëse e specifikuar si parësore në tru*

(e) Diabeti për shkaqe nga gjendje të tjera

Pranoni diabetin e sheqerit të tipit të parë (E10.-) nga gjendje që shkaktojnë shkatërrimin autoimun të qelizave β të pankreasit.

Pranoni diabetin e sheqerit të tipit të dytë (E11) nga shkaqe që çojnë në rezistencë ndaj insulinës.

Pranoni diabetin e sheqerit tjetër dhe të paspecifikuar (E13-E14) si prej gjendjeve që çojnë në dëmtime të pankreasit.

Shikoni Aneksin 7.6 për listën e gjendjeve që mund të shkaktojnë diabet.

(f) Ethja reumatike nga gjendje të tjera

Pranoni ethen reumatike akute (I00-I02) dhe sëmundjen reumatizmale kronike të zemrës (I05-I09) nga:

- Skarlatina (A38)
- Sepsis nga Streptokoku i grupit A (A40.0)
- Gryka e acaruar nga streptokoku (J02.0)
- Tonsiliti nga streptokoku (J03.-)

(g) Hipertensioni nga shkaqe të tjera

Pranoni gjendjen hipertensive si prej:

- Neoplazmave endokrine
- Neoplazmave renale
- Tumoreve karcinoide

(h) Sëmundjet cerebrovaskulare prej gjendjeve të tjera

Pranoni hemorragjinë intracerebrale (I61.-) si prej sëmundjeve të mëlçisë (K70-K76).

Pranoni embolizmin cerebrovaskular, trombozën dhe goditjen në tru të paspecifikuar (I63-I66, I69.3 dhe I69.4) si prej endokarditit (I05-I08, I09.1, I33-I38).

(i) **Anomalite kongjenitale prej gjendjeve të tjera**

- Pranoni një anomali kongjenitale si prej anomalive kromozomale ose prej një sindromë keqformimi të lindur.
- Pranoni hipopazinë pulmonare si prej anomalive kongjenitale.

(j) **Aksidente nga gjendje të tjera**

- Pranoni një Rrëzim (W00-W19) si prej Çrregullimeve të strukturës dhe densitetit të kockës (M80-M85) ose si prej frakturave (patologjike) të shkaktuara nga Çrregullimet e strukturës dhe densitetit të kockës (M80-M85).
- Pranoni asfiksionë dhe aspirimin (W78-W80) prej gjendjeve të tjera.

(k) **Sëmundje cirkulatore akute ose fundore nga gjendje të tjera**

Pranoni sëmundjet cirkulatore akute ose fundore si prej neoplazmave malinje, diabetit ose astmës:

- Infarkti i miokardit, akut ose pasues (I21 dhe I22)
- Sëmundje ishemike e zemrës, akute ose tjetër (I24)
- Embolizmi pulmonar (I26)
- Perikarditi akut (I30)
- Endokarditi akut ose subakut (I33)
- Miokarditi akut (I40)
- Blloku atrio-ventrikular dhe i gjysëm degës së majtë (I44)
- Çrregullime të tjera të përçimit (I45)
- Arresti kardiak (I46)
- Takikardia paroksizmale (I47)
- Fibrilacioni dhe flateri atrial (I48)
- Aritmi të tjera kardiake (I49)
- Insuficienca kardiake (I50)
- Sëmundje të tjera të zemrës, të keq-përcaktuara (I51.8)
- Sëmundje cerebro-vaskulare në I60-I66, I67.6-I67.8 dhe I69.

B. Sekuencat e hedhura poshtë

Kur aplikoni Hapat SP3 dhe SP4, hidhi poshtë marrëdhëniet e treguara si vijon.

(a) **Sëmundjet infektive nga gjendje të tjera**

Mos pranoni sëmundjet infektive dhe parazitike nga ndonjë gjendje tjetër, as prej HIV/AIDS,

neoplazma malinje apo gjendje që prekin sistemin imunitar:

- Kolera (A00)
- Botulizmi (A05.1)
- Murtaja, Tularemia, Antraksi, Bruceloza (A20-A23)
- Leptospiroza (A27)
- Lepra [sëmundja e Hansen] (A30)
- Tetanoz, Difteri, Kolle e mire, Skarlatine, sëmundje meningokoksike (A33-A39)
- Sëmundjet nga *Chlamydia psittaci* (A70)
- Trakoma (A71)
- Rikeciozat (A75-A79)
- Poliomieliti akut (A80)
- Sëmundja Creutzfeldt–Jakob (A81.0)
- Panecefaliti sklerotizant subakut (A81.1)
- Tërbimi, encefaliliti viral nga mushkonjat, encefaliliti viral nga rriqnat, encefaliliti viral i paspecifikuar (A82-A86)
- Ethet Denge dhe ethe të tjera virale me vektor mushkonjat (A92dhe A97)
- Ethet e verdha (A95)
- Ethet hemorragjike Junin, Machupo, Lassa (A96.0–A96.2)
- Ethet të tjera hemorragjike virale (A98)
- Lija, Lija e majmunit, Fruthi, Rubeola (B03-B06)
- Hepatiti akut B dhe C (B16 dhe B17.1)
- Hepatiti kronik B dhe C (B18.0-B18.2)
- Shytat (B26)
- Malaria, Leshmanioza, sëmundja Chagas (B50-B57)
- Pasojat e poliomielitit (B91)
- Pasojat e leprës (B92)
- Pasojat e trakomës (B94.0)
- Pasojat e encefalitit viral (B94.1)
- Pasojat e hepatitit viral (B94.2)
- Sëmundje të tjera në rritje që i raportohen OBSH-se (p.sh. Sindroma Respiratore Akute e Rëndë [SARS], J09, gripi i shpendeve)
- Influenza për shkak të virusit të influencës, i identifikuar (J09)

Mos pranoni sëmundjet infektive si më poshtë si prej shkaqeve të tjera, *përveç*, sëmundjes së virusit të imunodeficiensës humane [HIV], neoplazmave malinje dhe gjendjeve që prekin sistemin imunitar:

- Ethet tifoide dhe paratifoide, infeksione të tjera të Salmonelave, Shigelozat (A01-A03);
- Tuberkulozin (A15-A19)
- Pasojat e tuberkulozit (B90)

(b) Neoplazmat malinje prej gjendjeve të tjera

- Neoplazma malinje e orofaringut (C10)
- Neoplazma malinje e anusit dhe kanalit anal (C21)

- Sarkoma Kaposi (C46)
- Neoplazma malinje e vulvës (C51)
- Neoplazma malinje e vaginës (C52)
- Neoplazma malinje e qafës së mitrës (C53), *nëse e specifikuar si invazive*
- Neoplazma malinje e penisit (C60)
- Limfoma Hoçkin (C81), *nëse e specifikuar si parësore në tru*
- Limfoma folikulare (C82), *nëse e specifikuar si parësore në tru*
- Limfoma jo-folikulare (C83), *nëse e specifikuar si parësore në tru*
- Limfoma difuze me qeliza B të mëdha (C83.3), *nëse e specifikuar si imunoblastike*
- Limfoma Burkitt (C83.7)
- Limfoma me qeliza mature T/VN, *nëse e specifikuar si parësore në tru*
- Limfoma të tjera jo-Hoçkin të paspecifikuara, *nëse e specifikuar si parësore në tru*
- Limfoma të tjera me qeliza mature T/VN të paspecifikuara, *nëse e specifikuar si parësore në tru*

(c) Hemofilia nga gjendje të tjera

Mos e pranoni hemofilinë (D66, D67, D68.0–D68.2) si prej ndonjë gjendje tjetër.

(d) Diabeti prej gjendjeve të tjera

Mos e pranoni diabetin e sheqerit të tipit të parë (E10.-) nga shkaqe të tjera përveç atyre që shkaktojnë shkatërrimin autoimun të qelizave β të pankreasit.

Mos e pranoni diabetin e sheqerit të tipit të dytë (E11) nga shkaqe të tjera përveç atyre që çojnë në rezistencë ndaj insulinës.

Mos e pranoni diabetin e sheqerit tjetër dhe të paspecifikuar (E13-E14) si prej gjendjeve të tjera përveç atyre që çojnë në dëmtime të pankreasit.

Shikoni Aneksin 7.6 për listën e gjendjeve që mund të shkaktojnë diabet.

(e) Ethja reumatike nga gjendje të tjera

Mos e pranoni ethen reumatike akute (I00-I02) dhe sëmundjen reumatizmale kronike të zemrës (I05-I09) si nga shkaqe të tjera, *përveç*:

- Skarlatina (A38)
- Sepsis nga Streptokoku i grupit A (A40.0)
- Gryka e acaruar nga streptokoku (J02.0)
- Tonsiliti nga streptokoku (J03.-)

(f) Hipertensioni nga shkaqe të tjera

Mos e pranoni gjendjen hipertensive si prej një neoplazme, *përveç*:

- Neoplazmave endokrine
- Neoplazmave renale
- Tumoreve karcinoide

(g) Sëmundja ishemike kronike e zemrës prej shkaqeve të tjera

Mos e pranoni sëmundjen ishemike të zemrës (I20, I25) si prej neoplazmave.

(h) Ateroskleroza prej gjendjeve të tjera

Mos e pranoni arteriosklerozën si prej neoplazmave.

(i) Influenza prej gjendjeve të tjera

Mos e pranoni influenzen (J09-J11) si prej ndonjë shkakut tjetër.

(j) Anomalite kongjenitale prej gjendjeve të tjera

Mos e pranoni një anomali kongjenitale (Q00-Q99) si prej ndonjë shkakut tjetër, përfshirë gjendjen e mosmaturimit, *përveç*:

- Anomali kongjenitale prej një anomalie kromozomale ose sindromës së keqformimit të lindur
- Hipoplazisë Pulmonare (Q33.6) nga anomalia kongjenitale.

(k) kohëzgjatjet që nuk perputhen

Mos e pranoni një gjendje me një kohëzgjatje të caktuar si prej një gjendje me një kohëzgjatje me të shkurtër (shikoni Shembujt 6 dhe 8 në Seksionin 4.2.1, Hapi SP3, për përjashtimet)

(l) Aksidentet prej gjendjeve të tjera

Mos i pranoni aksidentet (V01-X59) si prej shkaqeve të koduar në kapituj të tjerë, *përveç*:

- Renies (W00-W19) si prej Çrregullimeve të strukturës dhe densitetit të kockës (M80-M85)
- Renies (W00-W19) si prej frakturës (patologjike) shkaktuar nga një Çrregullim i strukturës ose densitetit të kockës (M80-M85)
- Asfiksia dhe aspirimi (W78-W80) si prej shkaqeve të tjera

(m) Vetevrasje si prej gjendjeve të tjera

Mos e pranoni vetevrasjen (X600X84) si prej ndonjë shkakut tjetër.

4.2.4 Instruksione të veçanta mbi shkaqet e dukshme

Ky seksion liston gjendjet të cilat duhen konsideruar një shkak i dukshëm i gjendjeve të selektuara si pika tentative fillimi në Hapat SP1 deri SP5.

A. *Komplikacione të HIV*

(a) Sëmundjet infektive dhe HIV

Konsideroni sëmundjen [HIV] (B20-B24), por jo statusin pozitiv për HIV (R75), si një shkak i dukshëm për sëmundjet infektive, *përveç* atyre të listuara në Seksionin 4.2.3, Instruksione të veçanta mbi pranimin ose hedhjen poshtë të sekuencave, Sekrioni B, Sekuencat e hedhura poshtë, nën-seksioni (a), Sëmundjet infektive prej gjendjeve të tjera.

Gjithashtu konsideroni sëmundjen HIV por jo statusin HIV-pozitiv si një shkak i dukshëm i etheve tifoide dhe para-tifoide, infeksioneve Salmoneloze të tjera dhe Shigelozes (A01-A03); këto janë listuar në pjesën e dytë të Seksionit 4.2.3B, nën-seksioni (a).

Konsideroni si sëmundjen e HIV dhe statusin HIV-pozitiv si një shkak të dukshëm për sëmundjet infektive si më poshtë:

- Sepsi nga Salmoneloza (A02.1)
- Kriptosporidioza (A07.2)
- Izosporioza (A07.3)
- Tuberkulozi (A15-A19)
- Infeksione nga mykobakterie të tjera (A31.-)
- Leukoencefalopatia multifokale progresive (A81.2)
- Infeksionet nga Herpes simplex (B00.0–B00.2, B00.7–B00.8) të specifikuar si ulçera kronike, bronkit, pneumoni ose ezofagit
- Infeksione të citomegalovirusit në B25.0, B25.2, B25.8 dhe B25.9 përveç se në mëlçi, shpretke, limfonodula
- Kandidiaze në vende të tjera (B37.8), të specifikuar si mushkeri ose ezofag
- Koksidioidomykoze (B38.0)
- Histoplazmoze (B39.-)
- Kriptokokoze (B45.-)
- Pneumocistoze (B59†)
- Pasoja të tuberkulozit (B90)

(b) Neoplazmat malinje dhe HIV

Konsideroni si sëmundjen e HIV (B20-B24) dhe gjendjen HIV-pozitive (R75) si një shkak i dukshëm që ndjek neoplazmat malinje:

- Sarkoma Kaposi (C46)
- Karcinoma e qafës së mitrës (C53), e specifikuar si invazive
- Neoplazma malinje e penisit (C60)
- Limfoma, e specifikuar si parësore në tru (C81-C85)

- Limfoma difuze me qeliza B të mëdha, e specifikuar si imunoblastike (C83.3)
- Limfoma Burkitt (C83.7)

(c) deficiensa imune dhe HIV

Konsideroni sëmundjen e HIV (B20-B24) si një shkak të dukshëm të defiçiensës imune.

(d) Pneumonia dhe HIV

Konsideroni sëmundjen e HIV (B20-B24), por jo gjendjen HIV-pozitiv (R75), si një shkak të dukshëm të pneumonisë (J12-J18).

(e) Sindroma e rënies së theksuar në peshë

Konsideroni si HIV (B20-B24), dhe gjendjen HIV-pozitiv (R75), si një shkak të dukshëm të rënies së theksuar në peshë (R64).

B. Enterokoliti nga *Clostridium difficile*

Konsideroni enterokolitin nga *Clostridium difficile* si një pasojë e dukshme e terapisë me antibiotikë.

C. Sepsis dhe sindroma e përgjigjes inflamatore sistemike

Konsideroni prekjen e sistemit imunitar, sëmundjet me humbje të theksuar në peshë (si neoplazmat malinje dhe kequshqyerjen), sëmundjet që shkaktojnë paralizë (si hemorragjia dhe tromboza cerebrale), gjendjet e rënda respiratore dhe dëmtimet serioze (grada 1-4 sipas listës prioritare të dëmtimeve në Aneksin 7.7) si shkaqet e dukshme të sepsit në A40–A41, B37.7 dhe B49, dhe të sindromës së përgjigjes inflamatore sistemike [SIRS] në R65.0, R65.1 dhe R65.9.

D. Komplikimet e diabetit

Konsideroni diabetin e sheqerit (E10-E14) si një shkak të dukshëm për gjendjet si vijon:

- Acidozë (E87.2)
- Çrregullime të tjera metabolike të përcaktuara (E88.8)
- Mononeuropati të tjera (G58.-)
- Polineuropati, të papërcaktuara (G62.9)
- Çrregullime të tjera të sistemit nervor periferik (G64)
- Çrregullime të tjera parësore të muskujve (G71.8), të specifikuara si amiotrofi por pa specifikime të etiologjise
- Çrregullime të sistemit nervor autonom, të papërcaktuara (G90.9)
- Iridociklit (H20.9)
- Katarakt, i papërcaktuar (H26.9)
- Inflamacion korioretinal, i papërcaktuar (H30.9)
- Okluzion vaskular retinal (H34)

- Ndryshime retinopatike dhe vaskulare retinale në sfond (H35.0)
- Retinopati të tjera proliferative (H35.2)
- Hemorragji retinale (H35.6)
- Çrregullim retinal, i papërcaktuar (H35.9)
- Aeroskleroza e arterieve të ekstremiteteve (I70.2)
- Sëmundja vaskulare periferike, e papërcaktuar (I73.9)
- Nekrobioza lipidike, e paspecifikuar tjetërkund (L92.1)
- Ulcer e gjymtyrës së poshtme, e papërcaktuar tjetërkund (L97)
- Artriti, i papërcaktuar (M13.9)
- Neuralgjia dhe neuriti, i papërcaktuar (M79.2)
- Sindroma nefritike dhe nefrotike (N03–N05)
- Sëmundja kronike e veshkës (N18.-)
- Insuficiencë renale e papërcaktuar (N19)
- Veshke e kontraktuar, e papërcaktuar (N26)
- Çrregullime të veshkës dhe ureterit, të papërcaktuar (N28.9), e specifikuar si gjendje renale
- Proteinuri e vazhduar, e papërcaktuar (N39.1)
- Gangrene, jo tjetërkund e përcaktuar (R02)
- Koma, e papërcaktuar (R40.2)
- Gjetje të tjera anormale në gjak (kimike) (R79.8), e specifikuar si acetonemi, azotemi dhe gjendje të lidhura me to.

E. Dehidratim

Konsideroni çdo sëmundje infektive intestinale si një shkak i dukshëm i humbjes së vëllimit (dehidrim) (E86)

F. Demenca

Konsideroni gjendjet që përfshijnë zakonisht dëmtime të pakthyeshme të trurit si një shkak i dukshëm i demencës, nëse nuk është përmendur asnjë shkak tjetër për demencën.

Konsideroni sindromën Down (Q90.-) si një shkak i dukshëm i Demencës së paspecifikuar dhe i sëmundjes së Alzheimer (G30.-).

G. Prapambetja mendore (F70-F90)

Konsideroni gjendjet si më poshtë si shkaqe të dukshme të prapambetjes mendore:

- Gjendjet perinatale në P00-P04, Fetus dhe i porsalindur i prekur nga faktorë amtare dhe nga komplikacione të shtatzënisë, lindjes dhe paslindjes
- Rritje e ngadalte fetale dhe kequshqyerje fetale (P05)
- Çrregullime të lidhura me barren e shkurter dhe peshen e ulët në lindje, të paklasifikuar tjetërkund (P07)
- Carje intrakraniale dhe hemorragji nga dëmtimet në lindje (P10)
- Edemë cerebrale nga dëmtimet në lindje (P11.0)

- Dëmtime të tjera të trurit të paspecifikuara nga dëmtimet gjatë lindjes (P11.2)
- Dëmtime të lindjes në sistemin nervor qendror, i papërcaktuar (P11.9)
- Dëmtime në lindje, të papërcaktuara (P15.9)
- Hipoksi intrauterine (P20)
- Asfiksia në lindje (P21)
- Sëmundje virale kongjenitale (P35)
- Sëmundje të tjera kongjenitale infektive dhe parazitare (P37)
- Hemorragji jo-traumatike intrakraniale e fetusit dhe e të porsalindurit (P52)
- Kernikterus (P57)
- Konvulsione të të porsalindurit (P90)
- Çrregullime të tjera të statusit cerebral të të porsalindurit (P91)

H. Insuficiencë kardiake dhe sëmundje e zezrës, e paspecifikuar

Konsideroni gjendjet e tjera të zezrës si një shkak i dukshëm i insuficiencës se zezrës (I50.-) dhe sëmundjeve të zezrës të paspecifikuara (I51.9).

I. Embolizmi

Konsideroni trombozën venoze, flebitin dhe tromboflebirin, sëmundjen valvulare të zezrës, lindjen dhe çdo operacion si shkakun e dukshëm të sëmundjes të përshkruar si ‘embolike’. Megjithatë, duhet të këtë një rrugë të qartë nga vendi ku formohet trombi deri tek vendi i embolizmit.

J. Varicet ezofageale

Konsideroni sëmundjet e mëlçisë që klasifikohen në B18.-, K70.-, K73.-, K74.-, dhe K76.- si shkak i dukshëm i variceve të ezofagut (I85.-).

K. Pneumonia

Konsideroni sindromën e varesise nga përdorimi i alkolit (F10.2) si një shkak i dukshëm i pneumonisë lobare, të papërcaktuar (J18.1).

Konsideroi gjendjet që prekin sistemin imunitar, sëmundjet me humbje të madhe në peshë (si neoplazmat malinje dhe kequshqyerjen), sëmundjet që shkaktojnë paralizë (si hemorragjinë cerebrale dhe trombozën), gjendjet e rënda respiratore, sëmundjet infektive, gjendjet që prekin procesin e gëlltitjes, sëmundje të tjera që kufizojnë aftësinë për tu kujdesur për veten, përfshirë demencën dhe sëmundjet degjenerative të sistemit nervor, helmimet dhe dëmtimet e rënda (shkalla 1-4 sipas listës prioritare të dëmtimeve në Aneksin 7.7) si një shkak i dukshëm i çdo pneumonie (J12–J18, J69.0 dhe J69.8).

L. Edema pulmonare

Konsideroni gjendjet që vijojnë si shkaqe të dukshme të edemës pulmonare (J81):

- Sëmundjet e zemrës (përfshirë sëmundjen pulmonare të zemrës)
- Gjendjet që prekin parenkimen e mushkërisë, si:
 - Infeksionet e mushkërisë
 - Aspirimin dhe inhalimin
 - Sindromën e distresit respirator
 - Lartësitë e mëdhaja
 - Toksinat qarkulluese
- Gjendjet që shkaktojnë mbingarkesën me lëngje, si:
 - Insuficienca renale
 - hipoalbuminemia
- Anomalite kongjenitale që prekin qarkullimin pulmonar, si:
 - Stenoza e lindur e venës pulmonare

M. sindroma nefritike

Konsideroni çdo infektion streptokoksik (skarlatinën, grykën e acaruar nga streptokoku etj) si një shkak të dukshëm i sindromës nefritike ose sindromës nefrotike (N00-N05).

N. Pielonefriti

Konsideroni çdo bllokim urinar nga gjendje si hiperplazia e prostatës ose stenozës së ureterëve si një shkak të dukshëm të Pielonefritit (N10-N12).

O. Insuficienca renale akute

Konsideroni një infektion të traktit urinar si shkakun e dukshëm të insuficiencës renale akute (N17), nëse nuk ka një indikacion që insuficienca renale ishte prezent që para infeksionit urinar.

P. Atelektaza parësore e të porsalindurit

Konsideroni gjendjet kongjenitale (Q60, Q61.0–Q61.1, Q61.3–Q61.9, Q62.1, Q62.3, Q62.4) si një shkak i dukshëm i Fetusit dhe të porsalindurit që preken nga çarja e parakohëshme të membranave (P01.1) dhe oligohidramioni (P01.1 dhe P01.2).

Q. Çarja e parakohëshme e membranave dhe oligohidramnionit

Konsideroni gjendjet kongjenitale të veshkave (Q60, Q61.0–Q61.1, Q61.3–Q61.9, Q62.1, Q62.3, Q62.4) si shkaqe të dukshme të Fetusit dhe të porsalindurit që preken nga çarja e parakohëshme të membranave (P01.1) dhe oligohidramioni (P01.1 dhe P01.2).

R. Hemorragjia

Konsideroni helmimin ose mbidozën me antikoagulante si shkakun e dukshëm të hemorragjisë. Megjithatë, mos e konsideroni terapinë me antikoagulante, pa përmendje të helmimit ose mbidozimit, si një shkak të dukshëm të hemorragjisë. Për më tepër, konsideroni trajtimin me steroide, aspirinë

dhe barna anti-inflamatore jo-steroidë si shkaqet e dukshme të hemorragjisë së stomakut. Konsideroni hemorragjinë gastrointestinale si shkakun e dukshëm të anemisë dytësore ose të papërcaktuar.

S. Aspirimi ose inhalimi

Konsideroni gjendjet e listuara nën Seksionin 4.2.4K, Pneumonia, si shkaqe të dukshme të aspirimit ose inhalimit.

T. Operacionet dhe procedurat tjera mjekësore

Konsideroni kirurgjinë si një shkak të dukshëm të gjendjeve që konsiderohen komplikacione pas procedurave të zakonshme, shiko Aneksin 7.2, Lista e gjendjeve që duhen konsideruar si pasojë direkte të procedurave mjekësore.

Konsideroni çdo gjendje kirurgjikale (si tumoret malinje ose dëmtimet), të raportuara kudo në çertifikatë, si shkak të dukshëm të një operacioni ose një procedure mjekësore të bërë në të njëjtin organ.

U. Gjendjet dytësore të zakonshme

Konsideroni sëmundjet me humbje të madhe në peshë (si neoplazmat malinje dhe kequshqyerjen), sëmundjet që shkaktojnë paralizë (si hemorragjinë cerebrale ose trombozën), sëmundjet infektive, sëmundje të tjera që kufizojnë aftësinë për tu kujdesur për veten, përfshirë demencën dhe sëmundje degjenerative të sistemit nervor, dhe dëmtimet e rënda si një shkak i dukshëm i gjendjeve dytësore të zakonshme që listohen në Tabelën 1. Megjithatë, çdo gjendje dytësore nuk duhet të konsiderohet një pasojë e dukshme e gjendjeve respiratore.

Gjendjet në kategoritë e shenuara si 'M' (Mbase) duhet të konsiderohen si pasojë e dukshme të gjendjeve të rënies se theksuar në peshë dhe paralizave vetëm nëse plotësojnë kërkesat për vendosjen e kodit që jepet në kolonën e fundit në tabelë.

Tabela 2. Gjendjet dytësore të zakonshme

Kodi(et)	Përshkrimi	Përgjigjja e kushtëzuar	Kualifikuesi
D50.0	Anemia hekur-deficitare si pasojë e humbjes (kronike) të gjakut		
D62	Anemia post-hemorragjike akute		
D64.9	Anemia, e paspecifikuar		
E40–E46	Kequshqyerja		
E86	Humbja e vëllimit		
G81–G83	Sindroma të tjera paralitike		
I26.0–I26.9	Embolizmi pulmonar		

vijon...

...vijon

Kodi(et)	Përshkrimi	Përgjigja e kushtëzuar	Kualifikuesi
I80.1–I80.3	Flebity dhe tromboflebiti i ekstremiteteve të poshtme		
I80.9	Flebity dhe tromboflebiti, vendi i papërcaktuar		
I82.9	Embolizmi dhe tromboza e venës, e papërcaktuar		
K55.0	Çrregullime vaskulare akute të zorrës	M	Gjendja në K55.0 duhet specifikuar si embolizëm
K56.4	Prekje tjetër e zorrës		
K59.0	Kapslllek		
L89	Ulcer dekubitusi		
N10–N12	Nefrit tubolo-intersticial	M	Sëmundjet që shkaktojnë paralizë ose paaftesi për të kontrolluar fshikezen urinare
N17–N19	Sëmundje e veshkës, akute, kronike, ose e papërcaktuar		
N28.0	Ischemia dhe infarkti I veshkës	M	Gjendja në N28 duhet të specifikohet si një embolizëm i arterier renale
N30.0–N30.2	Cistiti, akut, intersticial (kronik) dhe kronik tjetër	M	Sëmundjet që shkaktojnë paralizë ose paaftesi për të kontrolluar fshikezen urinare
N30.9	Cistiti, I papërcaktuar	M	Sëmundjet që shkaktojnë paralizë ose paaftesi për të kontrolluar fshikezen urinare
N31	Disfunzioni neuromuskular I fshikëzës, I paklasifikuar tjetërkund		
N34.0–N34.2	Absesi uretra dhe uretriti	M	Sëmundjet që shkaktojnë paralizë ose paaftesi për të kontrolluar fshikezen urinare
N35.1–N35.9	Striktura uretrale (jo-traumatike)	M	Sëmundjet që shkaktojnë paralizë ose paaftesi për të kontrolluar fshikezen urinare
N39.0	Infeksion I traktit urinar, vendi I papërcaktuar	M	Sëmundjet që shkaktojnë paralizë ose paaftesi për të kontrolluar fshikezen urinare
R64	Kaheksia		

4.2.5 Instruksione të veçanta mbi lidhjet dhe provisionet e tjera (Hapi M1)

Përdorni listën në këtë seksion në Hapin M1.

Shkaku themelor tentativ është listuar në kolonën e krahut të majtë. Nëse gjendjet e specifikuara në anen e djathtë të kolonës, atëherë përdorni kodin në ‘bold’ si shkaku i ri tentativ.

Ka dy lloje të kombinimeve:

'me përmendje të' do të thotë që gjendja tjetër mund të jetë kudo në çertifikatë;
'kur raportohet si shkak i' do të thotë që gjendja tjetër duhet të dalë në një marrëdhënie shkakësore korrekte ose të jetë e treguar si prej një shkakut themelor tentativ.

Për disa gjendje, ka kërkesa të tjera, për shembull që një term specifik të jetë përdorur ose për shkakun themelor tentativ ose për gjendje të cilat mund të ndryshojnë kodin e shkakut.

- A00-B99 Disa sëmundje të caktuara infektive dhe parazitike
kur raportohet si shkak i:
C00-C97 (Neoplazëm malinje), kdi **C00-C97**;
Përjashtim: për neoplazmat malinje të listuara në Seksionin 4.2.3A, Sekuenca të pranuar, nën-seksioni (d), Malinjitetet dhe HIV i raportuar prej sëmundjes HIV: kodoni si B21,- ose B22.7 siç duhet.
- A02.1 Sepsis nga *Salmonella*
me përmendje të:
B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiensës humane (HIV), kodoni si **B20.1, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiensës humane [HIV]), kodoni si **B20.1, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- A07.3 Izosporioza
me përmendje të:
B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiensës humane (HIV)), kodoni si **B20.1, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiensës humane [HIV]), kodoni si **B20.1, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- A15-A19 Tuberkulozi
me përmendje të:
B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiensës humane (HIV)), kodoni si **B20.1, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiensës humane [HIV]), kodoni si **B20.1, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- A15.- Tuberkuloz respirator, i konfirmuar bakteriologjikisht dhe histologjikisht, *ose*
A16.- Tuberkuloz respirator, i pa-konfirmuar bakteriologjikisht dhe histologjikisht
me përmendje të:
J60-J64(Pneumokonioza), kodoni **J65**
- A17.- † Tuberkuloz i sistemit nervor, *ose*
A18.- Tuberkuloz i organeve të tjera
me përmendje të:
A15 ose A16 (Tuberkuloz respirator), kodoni **A15, A16**, përveç se kur raportohet si një shkak i dhe me një kohëzgjatje të përcaktuar që kalon atë të gjendjeve në A15.- ose A16.-
- A31.- Infeksion nga mykobakterie të tjera

- me përmendje të:*
- B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiencës humane (HIV)), kodoni si **B20.1, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiencës humane [HIV]), kodoni si **B20.1, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- A39.2 Meningokoksemia akute, *ose*
- A39.2 Meningokoksemia kronik, *ose*
- A39.4 Meningokoksemia, e papërcaktuar
- me përmendje të:*
- A39.0† (Meningiti meningokoksik), **kodoni** A39.0
- A39.1† (Sindroma Waterhouse–Friderichsen), **kodoni** A39.1
- A51.- Sifilizi i hershëm
- me përmendje të:*
- A52.- (Sifiliz i vonë), kodoni **A52.-**
- A81.2 Leukoencefalopatia multifokale progresive
- me përmendje të:*
- B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiencës humane (HIV)), kodoni si **B20.1, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiencës humane [HIV]), kodoni si **B20.1, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- B00.0 Ekzema herpetike, *ose*
- B00.1 Dermatiti vezikular herpetik, *ose*
- B00.2 Gjingjivostomatiti dhe faringotonsiliti herpetik, *ose*
- B00.7 Sëmundje herpetike e përhapur, *ose*
- B00.8 Forma të tjera të infeksionit herpetik, i specifikuar si ulçera kronike, bronkit, pneumoni, ose ezofagit
- me përmendje të:*
- B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiencës humane (HIV)), kodoni si **B20.1, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiencës humane [HIV]), kodoni si **B20.1, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- B16.- Hepatit B akut, *ose*
- B17.- Hepatit viral akut tjetër
- kur raportohet si shkak i:*
- K72.1 (Insuficiencë hepatike kronike), kodoni **B18.-**
- K74.0-K74.2, K74.4-K74.6 (Fibroze dhe cirroze e mëlçisë), kodoni **B18.-**
- B20-B24 Sëmundje e virusit të imunodeficiencës humane [HIV]
- Menyrat e vdekjes, gjendje të keq-përcaktuara dhe gjendje me pak gjasa për të shkaktuar vdekje nuk duhet të lidhen me kategoritë në B20-B23, përveç se kur ka një hyrje të veçantë në Vëllimin e për atë qëllim. Gjendjet që mund të klasifikohen në një ose më shumë nën-kategori duhet të kodohen në nën-kategorinë .7 të kategorisë përkatëse (B20 ose B21). Nëse deshironi, kodet shtesë nga brenda bllokut B20-B24 mund të përdoren për të specifikuar nëse gjendjet individuale janë të listuara.
- B20.- Sëmundja e virusit të imunodeficiencës humane [HIV] që rezulton në sëmundje infektive ose parazitare
- me përmendje të:*

- B23.8 (Sëmundje HIV që rezulton në një gjendje tjetër të përcaktuar, nëse përdoret për të koduar mënyrat e vdekjes, shkaqe të keq-përcaktuara ose gjendje me pak gjasa për të çuar në vdekje), kodoni **B20.-** përveçse kur ka një hyrje në Vëllimin 3 që specifikon ndryshe.
- B21.- Sëmundje e virusit të imunodeficiensës humane [HIV] që rezulton me neoplazi malinje
me përmendje të:
- B23.8 (Sëmundje HIV që rezulton në një gjendje tjetër të përcaktuar, nëse është përdorur për të koduar mënyrat e vdekjes, gjendje të keq-përcaktuara ose gjendje me pak gjasa për të shkaktuar vdekjen), kodoni **B21.-** përveçse kur ka një hyrje në Vëllimin 3 që specifikon ndryshe.
- B22.- Sëmundje e virusit të imunodeficiensës humane [HIV] që rezulton me një sëmundje tjetër të përcaktuar
me përmendje të:
- B23.8 (Sëmundje HIV që rezulton në një gjendje tjetër të përcaktuar, nëse është përdorur për të koduar mënyrat e vdekjes, gjendje të keq-përcaktuara ose gjendje me pak gjasa për të shkaktuar vdekjen), kodoni **B22.-** përveçse kur ka një hyrje në Vëllimin 3 që specifikon ndryshe.
- B22.7 Sëmundja e HIV që rezulton më shumë sëmundje të klasifikuara tjetërkund. Kjo nënkategori duhet përdorur kur gjendjet e klasifikuara në dy ose më shumë kategori nga B20-B22 janë të listuara në certifikatë. Nëse deshirohet, kode shtesë nga brenda bllokut B20-B24 mund të përdoren për të specifikuar gjendjet individuale të listuara.
- B24 Sëmundje e virusit të imunodeficiensës humane [HIV] e papërcaktuar
kur raportohet si shkak i:
- I42.0 (Kardiomiopatia e dilatuar), kodoni **B23.8**
- I42.9 (Kardiomiopatia e papërcaktuar), kodoni **B23.8**
- B25.0† Pneumoniti citomegaloviral, *ose*
- B25.2† Pankreatiti citomegaloviral, *ose*
- B25.8 Sëmundje citomegalovirale tjetër, e përcaktuar si retinit, *ose*
- B25.9 Sëmundje citomegalovirale, e papërcaktuar, përveç se për mëlçinë, shpretkën dhe limfonodulat
me përmendje të:
- B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiensës humane (HIV)), kodoni si **B20.2, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiensës humane [HIV]), kodoni si **B20.2, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- B37.1 Kandidiaza pulmonare, *ose*
- B37.8 Kandidiaza e vendeve të tjera, e përcaktuar si e ezofagut
me përmendje të:
- B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiensës humane (HIV)), kodoni si **B20.4, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiensës humane [HIV]), kodoni si **B20.4, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- B38.- Koksidioidomikoza

- me përmendje të:*
- B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiensës humane (HIV)), kodoni si **B20.5, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiensës humane [HIV]), kodoni si **B20.5, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- B39.- Histoplazmoza
- me përmendje të:*
- B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiensës humane (HIV)), kodoni si **B20.5, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiensës humane [HIV]), kodoni si **B20.5, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- B45.- Kriptokokoza
- me përmendje të:*
- B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiensës humane (HIV)), kodoni si **B20.5, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiensës humane [HIV]), kodoni si **B20.5, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- B58.- Toksoplazmoza
- me përmendje të:*
- B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiensës humane (HIV)), kodoni si **B20.7, B20.8** ose **B22.7** siç duhet.
- R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiensës humane [HIV]), kodoni si **B20.7, B20.8** ose **B22.7** siç duhet.
- B59† Pneumonia nga pneumocisti
- me përmendje të:*
- B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiensës humane (HIV)), kodoni si **B20.6, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiensës humane [HIV]), kodoni si **B20.6, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- B90.- Pasojat e tuberkulozit
- me përmendje të:*
- B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiensës humane (HIV)), kodoni si **B20.0, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiensës humane [HIV]), kodoni si **B20.0, B20.7** ose **B22.7** siç duhet.
- B95.0–B95.5 *Streptokoku* si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë. Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **A49.1**.
- B95.6–B95.8 *Stafilokoku* si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë. Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **A49.0**.
- B96.0 *Mycoplasma pneumoniae* si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë. Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **A49.3**.
- B96.1 *Klebsiella pneumoniae* si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë.

- Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **A49.8**.
- B96.2 *Escherichia coli* si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë.
Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **A49.8**.
- B96.3 *Haemophilus influenzae* si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë.
Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **A49.2**.
- B96. 4–B96.8 Agjente të tjerë bakteriale të përcaktuar si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë.
Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **A49.8**.
- B97.0 Adenovirusi si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë.
Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **B34.0**.
- B97.1 Eterovirusi si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë.
Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **B34.1**.
- B97.2 Koronavirusi si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë.
Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **B34.2**.
- B97.3 Retrovirusi si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë.
Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **B33.3**.
- B97.4 Virusi respirator sincicial si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë.
Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **B34.8**.
- B97.5 Adenovirusi si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë.
Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **B34.8**.
- B97.6 Parvovirusi si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë.
Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **B34.3**.
- B97.7 Papilomavirusi si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë.
Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **B34.4**.
- B97.8 Agjente të tjerë virale si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë.
Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **B34.8**.
- B98.0 *Helicobacter pylori* [*H. pylori*] si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë.
Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **A49.8**.
- B98.1 *Vibrio vulnificus* si shkak i sëmundjeve që duhen klasifikuar në kapituj të tjerë.

- Nuk duhet përdorur për kodimin e vdekshmërisë nga shkaqe themelore. Nëse sëmundja nuk është e treguar, shenoni **A49.8**.
- C46.- Sarkoma Kaposi
me përmendje të:
B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiencës humane (HIV)), kodoni si **B21.0, B21.7** ose **B22.7** siç duhet.
R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiencës humane [HIV]), kodoni si **B21.0, B21.7** ose **B22.7** siç duhet.
- C53.- Neoplazëm malinje e qafës së mitrës, e specifikuar si karcinome invazive
me përmendje të:
B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiencës humane (HIV)), kodoni si **B21.7, B21.8** ose **B22.7** siç duhet.
R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiencës humane [HIV]), kodoni si **B21.7, B21.8** ose **B22.7** siç duhet.
- C77-C79 Neoplazëm malinje dytësore
Për të mos u përdorur për kodimin e shkakut themelor të vdekshmërisë. Nëse vendi parësor i neoplazmës malinje nuk është i ditur ose i përcaktuar, kodoni si neoplazëm malinje pa përcaktuar vendin (C80.).
- C81-C86.5 Limfoma, e përcaktuar si cerebrale parësore
me përmendje të:
B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiencës humane (HIV)), kodoni si **B21.2, B21.7** ose **B22.7** siç duhet.
R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiencës humane [HIV]), kodoni si **B21.2, B21.7** ose **B22.7** siç duhet.
- C81-C86.5 Limfoma me qeliza B të mëdha difuze, e përcaktuar si imunoblastike
me përmendje të:
B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiencës humane (HIV)), kodoni si **B21.2, B21.7** ose **B22.7** siç duhet.
R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiencës humane [HIV]), kodoni si **B21.2, B21.7** ose **B22.7** siç duhet.
- C81-C86.5 Limfoma Burkitt
me përmendje të:
B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiencës humane (HIV)), kodoni si **B21.1, B21.7** ose **B22.7** siç duhet.
R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiencës humane [HIV]), kodoni si **B21.1, B21.7** ose **B22.7** siç duhet.
- C97 Neoplazma malinje në vende të shumëfishta (parësore) të pavarura.
Nuk duhet përdorur për kodimin e shkakut themelor të vdekshmërisë. Nëse vende të shumta por të pavarura neoplazmash malinje raportohen në çertifikatën e vdekjes, përzgjidhni shkakun themelor duke aplikuar rregullat e përzgjedhjes dhe të modifikimit në mënyrën normale. Shikoni gjithashtu dhe Seksionin 4.3.5, Neoplazmat malinje.
- D50-D89 Sëmundjet e gjakut dhe organeve gjak-formuese dhe disa çrregullimeve të përcaktuara që përfshijnë mekanizmat imunitare
kur raportohet si shkak i:
B20-B24 Sëmundja e virusit të imunodeficiencës humane (HIV) dhe ku në

	çertifikatë tregohet sëmundja e HIV si një rezultat i një transfuzioni të dhënë si trajtim i një gjendje origjinale, kodoni B20-B24
E10-E14	Diabeti i sheqerit <i>me përmendje të:</i>
E87.2	(Acidozë), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .1
E88.8	(Çrregullime të tjera metabolike të përcaktuara), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .1
G58.-	(Mononeuropati të tjera), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .4
G62.9	(Polineuropati, të papërcaktuara), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .4
G71.8	(Çrregullime parësore të muskujve, të tjera), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .4
G90.9	(Çrregullime të sistemit nervor autonomik, të papërcaktuara) kodoni E10-E14 me karakter të katërt .4
H20.9	(Iridociklit, i papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .3
H26.9	(Katarakt, i papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .3
H30.9	(Inflamacion koriorretinal, i papërcaktuar) , kodoni E10-E14 me karakter të katërt .3
H34	(Bllokim vaskular retinal), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .3
H35.0	(Retinopati në sfond dhe ndryshime vaskulare retinale) kodoni E10-E14 me karakter të katërt .3
H35.2	(Retinopati të tjera proliferative), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .3
H35.6	(Hemorragji retinale), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .3
H35.9	(Çrregullim retinal, i papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .3
I70.2	(Aterosklerozë e arterieve të ekstremiteteve), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .5
I73.9	(Sëmundje vaskulare periferike, e papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .5
L92.1	(Nekrobioza lipidike, e paklasifikuar tjetërkund), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
L97	(Ulcer e gjymtures se poshtme), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .5
M13.9	(Atriti, i papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
M79.2	(Neuralgjia dhe neuriti, i papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
N03-N05	(Sindroma nefrotike dhe sindroma nefritike), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .2
N18.-	(Sëmundje kronike e veshkave), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .2
N19	(Insuficiencë renale, e papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .2
N26	(Veshke e kontraktuar, e papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .2

- N28.9 (Çrregullime të veshkës dhe ureterit, e papërcaktuar), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.2**
- N39.1 (Proteinuri, e papërcaktuar), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.2**
- R02 (Gangrene, e paklasifikuar tjetërkund), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.5**
- R40.2 (Koma, e papërcaktuar), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.0**
- R79.8 (Gjetje të tjera anormale kimike të gjakut), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.1**

Në çdonjë nga kombinimet e mësipërme, kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.7**

kur raportohet si shkak i:

- A09.- (gastroenterit tjetër ose kolit ifektiv ose me origjinë të papërcaktuar), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.6**
- A40.- (Sepsis streptokoksik), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.6**
- A41.- (Sepsis tjetër), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.6**
- A49.- (Infeksion bakterial në zone të papërcaktuar), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.6**
- B35.- (Dermatofitoze), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.6**
- B36.- (Mykoza të tjera sipërfaqësore), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.6**
- B37.- (Kandidiaze), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.6**
- D65 (Koagulimi intravaskular i diseminuar [sindroma e defribinimit]), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.6**
- E15 (Koma hipoglicemike jodiabetike; për koma hipoglicemike të papërcaktuar), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.0**
- E16.2 (Hipoglicemia, e papërcaktuar), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.6**
- E78 (Hiperkolesterolemia e paster), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.6**
- E78.1 (Hiperlgliceridemia e paster), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.6**
- E78.2 (Hiperlipidemia e perzier), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.6**
- E78.5 (Hiperlidemia, e papërcaktuar), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.6**
- E87.5 (Hipekalemia), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.6**
- E88.9 (Çrregullim metabolik, i papërcaktuar), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.6**
- G04.8 (Encefalit, mielit dhe encefalomieliit tjetër), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.6**
- G40.9 (Encefalit, mielit dhe encefalomieliit, i papërcaktuar), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.6**
- G70.9 (Çrregullime mioneurale të muskujve), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.4**
- G98 (Çrregullime të tjera të sistemit nervor, të paklasifikuara tjetërkund; përveç artropatisë Charcot, jo-sifilitike), kodoni **E10-E14** me karakter të katërt **.4**
- G98 (Çrregullime të tjera të sistemit nervor, të paklasifikuara tjetërkund;

	nëse është artropatia Charcot, jo-sifilitike), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
H49.9	(Strabizem paralitik, i papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .3
H54	(Verbim dhe ulje të shikimit), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .3
I10	(Hipertension (parësor) esencial), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I11.-	(Sëmundja hipertensive e zemrës), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I20-I25	(Sëmundja ishemike e zemrës), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I33.0	(Endokardit infektive akut dhe subakut), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I38	(Endokardit, valvula e papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I42.0	(Kardiomiopatia e dilatuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I42.9	(Kardiomiopatia, e papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I48.-	(Fibrilacioni dhe flateri atrial), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I49.-	(Aritmi të tjera kardiake), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I50.-	(Insuficiencë kardiake), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I51.6	(Sëmundje kardiovaskulare, e papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I61.-	(Hemorragji intracerebrale), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I62.-	(Hemorragji tjetër intrakraniale jo-traumatike), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I63.-	(Infarkt cerebral), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I64	(Insult cerebral, e papërcaktuar si hemorragji apo infarkt), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I67.2	(Aterosklerozë cerebrale), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I67.8	(Sëmundje cerebrovaskulare tjetër e përcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I67.9	(Sëmundje cerebrovaskulare, e papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I69.1	(Pasoja të hemorragjisë intracerebrale), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I69.2	(Pasoja të hemorragjisë tjetër intrakraniale jo-traumatike), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I69.3	(Pasoja të infarktimit cerebral), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I69.4	(Pasoja të insultit cerebral, të paspecifikuar si hemorragji ose infarkt), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I69.8	(Pasoja të sëmundjeve të tjera cerebrovaskulare të papërcaktuara), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6

I70.0	(Aterosklerozë të aortës), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I70.1	(Aterosklerozë të arteries renale), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I70.8	(Aterosklerozë e arterieve të tjera), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I70.9	(Aterosklerozë e gjeneralizuar dhe e papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I74.2	(Embolizëm dhe trombozë e arterieve të gjymtyrëve të sipërme), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I74.3	(Embolizëm dhe trombozë e arterieve të gjymtyrëve të poshtme), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I74.4	(Embolizëm dhe trombozë e arterieve të ekstremiteteve, e papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I80.-	(Flebit dhe tromboflebit), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I82.9	Embolizëm dhe trombozë të venës, e papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
I99	(Çrregullime të tjera të sistemit cirkulator, të pacpecifikuara) vetëm për angiopatine, kodoni E10-E14 me karakter të katërt .5
J12–J18	(Pneumonia), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
K25-K28	(Ulcer gastrike, duodenale, peptike dhe gastrojejunale), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
K31.8	(Sëmundje tjetër e përcaktuar e stomakut dhe duodenit, vetëm për gastroparezen), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .4
K92.2	(Hemorragji gastrointestinale, e papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
L03.-	(Celulit), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
L08.-	(Infeksione të tjera lokale të lekures dhe indit subkutan), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
L30.9	(Dermatit, i papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
L89.-	(Ulcer dekubitusi dhe zone trysnie), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
L98.4	(Ulcer kronike e lekures, e paklasifikuar tjetërkund), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .5
M11.2	(Kondrokalcinoze tjetër), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
M72.6	(Fascit nekrotizant), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
M89.9	(Çrregullim i kockës, i papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
N39.0	(Infeksion i traktit urinar, vendi i papërcaktuar), kodoni E10-E14 me karakter të katërt .6
E86	Çdo kombinim i mësipërm, kodoni E10-E14 me karakter të katërt .7 Zvogëlim i vëllimit <i>me përmendje të:</i>
E89.-	A00-A09 (Sëmundjet infektive të zorrës), kodoni A00-A09 Çrregullime post-proceduriale endokrine dhe metabolike, të paklasifikuara tjetërkund Të mos përdoret për kodimin e shkaqeve themelore të vdekshmërisë. Shikoni

- Seksionin 4.2.9, Instruksione të veçanta për kirurgjinë dhe procedura të tjera mjekësore (Hapi M4).
- F03-F09 Çrregullime mendore organike, përfshirë dhe simptomatike
Të mos përdoret nëse gjendja fizike themelore është e njohur
- F10-F19 Çrregullime mendore dhe të sjelljes për shkak të përdorimit të substancave psikoaktive
me përmendje të:
- X40-X49 (Helmim aksidental nga ekspozimi ndaj substancave mbytese),
kodoni **X40-X49**
- X60-X69 (Vete-helmim i qëllimshëm nga ekspozimi ndaj substancave mbytese,
kodoni **X60-X69**
- X85-X90 (Sulm me substanca mbytese), kodoni **X85-X90**
- Y10-Y19 (Helmim nga ekspozimi ndaj barnave, kimikateve dhe substancave
mbytese), kodoni **Y10-Y19**
- F10-F19 Karakteri i katërt .0 (Intoksikim akut), kodoni **X40-X49, X60-X69, X85-X90** ose
Y10-Y19
- Karakter i katërt .1 (Përdorim i demshëm)
me përmendje të:
- Sindromes se varesise (.2), kodoni **F10-F19** me karakter të katërt .2
Gjendje abstinence me delirium (.4), kodoni **F10-F19** me karakter të katërt .4
Sindroma amnezike (.6), kodoni **F10-F19** me karakter të katërt .6
Çrregullim psikotik rezidual dhe i vonet (.7), kodoni **F10-F19** me karakter të
katërt .7
- Karakter i katërt .2 (Sindroma e varesise)
me përmendje të:
- Gjendjes se abstinences me delirium (.4), kodoni **F10-F19** me karakter të
katërt .4
Sindrome amnezike (.6), kodoni **F10-F19** me karakter të katërt .6
Çrregullim psikotik rezidual dhe me fillim të vonet (.7), kodoni **F10-F19** me
karakter të katërt .7
- Karakter i katërt .5 (çrregullim psikotik)
me përmendje të:
- Sindrome të varesise (.2), kodoni **F10-F19** me karakter të katërt .2
Gjendje abstinence me delirium (.4), kodoni **F10-F19** me karakter të katërt .4
Sindroma amnezike (.6), kodoni **F10-F19** me karakter të katërt .6
Çrregullim psikotik rezidual dhe i vonet (.7), kodoni **F10-F19** me karakter të
katërt .7
- F10.- Çrregullime mendore dhe të sjelljes për shkak të përdorimit të alkolit
me përmendje të:
- E24.4 (Sindromën Cushing të shkaktuar nga alkli), kodoni **E24.4**
- G31.2 (Degjenerimin e sistemit nervor të shkaktuar nga alkoli), kodoni
G31.2
- G62.1 (Polineuropatine nga alkoli), kodoni **G62.1**
- G72.1 (Miopatine alkolike), kodoni **G72.1**
- I42.6 (Kardiomiopatine alkolike), kodoni **I42.6**
- K29.2 (Gastriti alkolik), kodoni **K29.2**

K70.- (Sëmundja alkolike e mëlçisë), kodoni **K70.-**
 K72.- (Insuficiencë hepatike, të paklasifikuar tjetërkund), kodoni **K70.4**
 K73.- (Hepatit kronik, i paklasifikuar tjetërkund), kodoni **K70.1**
 K74.0 (Fibroze hepatike), kodoni **K70.2**
 K74.1 (Skleroze hepatike), kodoni **K70.2**
 K74.2 (Fibroze hepatike me sklerozë hepatike), kodoni **K70.2**
 K74.6 (Cirrozë hepatike tjetër dhe e papërcaktuar), kodoni **K70.3**
 K75.8 (Sëmundje të tjera inflamatore të mëlçisë), nëse është përcaktuar si steatohepatit por jo si steatohepatit jo-alkolik, kodoni **K70.1**
 K75.9 (Sëmundje inflamatore e mëlçisë, e papërcaktuar), kodoni **K70.1**
 K76.0 (Ndryshime dhjamore të mëlçisë, të paklasifikuar tjetërkund), kodoni **K70.0**
 K76.9 (Sëmundje e mëlçisë, e papërcaktuar), kodoni **K70.9**
 K85.2 (Pankreatiti akut nga alkoli), kodoni **K85.2**
 K86.0 (Pankreatiti kronik nga alkoli), kodoni **K86.0**
 O35.4 (Kujdes për nënen për dëmtim (të dyshuar) nga alkoli të fetusit), kodoni **O35.4**

Kur raportohet si shkak i:

I42.7 (Kardiomiopati për shkak të barnave dhe agjenteve të jashtëm), kodoni **I42.6**

F17.- Çrregullime mendore dhe të sjelljes për shkak të duhanit
 Të mos përdoret nëse gjendja fizike rezultante është e njohur.
 F70-F79 Prapambetje mendore
 Të mos përdoret nëse gjendja fizike rezultante është e njohur.
 F80.- Çrregullime të caktuara të zhvillimit të gjuhës dhe të ligjerates
 F81.- Çrregullime të caktuara të zhvillimit në shkollë
 Të mos përdoret nëse gjendja fizike rezultante është e njohur.

G25.5 Korea të tjera

Me përmendje të:

I00-I02 (Ethe reumatike), kodoni **I02.-**

I05-I09 (Sëmundje reumatizmale e zemrës, kronike), kodoni **I02.-**

G81.- Hemiplagji, ose

G82.- Paraplegji ose tetraplegji, ose

G83.- Sindroma të tjera paralitike

Të mos përdoret nëse shkakut i paralizës është i njohur.

G93.4 Encefalopati, e papërcaktuar

Me përmendje të:

B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiencës humane (HIV)), kodoni si **B22.0** ose **B22.7** siç duhet.

R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiencës humane [HIV]), kodoni si **B22.0** ose **B22.7** siç duhet.

G97.- Çrregullime post-proceduriale të sistemit nervor, të paklasifikuar tjetërkund
 Të mos përdoret për kodimin e shkakut themelore të vdekshmërisë. Shiko Seksionin 4.2.9, Instruksione të veçanta për kirurgjinë dhe procedurën e tjera mjekësore (Hapi M4).

H54.- Çrregullime të të parit përfshirë dhe verbimin (në një sy ose në të dy)

- Shikim, i ulët
- Të mos përdoret nëse gjendja pararendëse është e njohur.
- H59.- Çrregullime post-proceduriale të syrit dhe anekseve të tij, të paklasifikuara tjetërkund
Të mos përdoret për kodimin e shkakut themelore të vdekshmërisë. Shiko Seksionin 4.2.9, Instruksione të veçanta për kirurgjinë dhe procedura të tjera mjekësore (Hapi M4).
- H90.- Humbje e dëgjimit sensoneurale ose e përçimit
- H91.- Humbje të tjera të dëgjimit
Të mos përdoret nëse shkak i humbjes së dëgjimit është i njohur.
- H95.- Çrregullime post-proceduriale të veshit dhe procesit mastoid, të paklasifikuara tjetërkund
Të mos përdoret për kodimin e shkakut themelore të vdekshmërisë. Shiko Seksionin 4.2.9, Instruksione të veçanta për kirurgjinë dhe procedura të tjera mjekësore (Hapi M4).
- I05.8 Sëmundje të tjera të valvulës mitrale, ose sëmundje të zemrës
- I05.9 Sëmundje e valvulës mitrale, e papërcaktuar
Kur është nga shkak i papërcaktuarme përmendje të:
- I34.- (Çrregullime jo-reumatike të valvulës mitrale), kodoni **I34.-**
- I08.- Sëmundje të shumë valvulave
Të mos përdoret për sëmundje të shumë valvulave kur janë të përcaktuara me origjinë jo-reumatike. Kur raportohen sëmundje jo-reumatike të shumë valvulave në të njëjtën certifikatë, shkak themelor duhet të përzgjidhet pas aplikimit të rregullave të përzgjedhjes dhe të modifikimit në mënyrë normale.
- I09.1 Sëmundje reumatike të endokardiumit, valvula e paspecifikuar, ose
- I09.9 Sëmundje reumatike e zemrës, e papërcaktuar
Me përmendje të:
- I05-I08 (Sëmundje reumatizmale kronike e zemrës), kodoni **I05-I08**
- I10 Hipertension (parësor) esencial
Me përmendje të:
- I11.- (Sëmundja hipertensive e zemrës), kodoni **I11.-**
- I12.- (Sëmundja renale e zemrës), kodoni **I12.-**
- I13.- (Sëmundje hipertensive e zemrës dhe veshkës), kodoni **I13.-**
- I20-I25 (Sëmundja ishemike e zemrës), kodoni **I20-I25**
- I50.- (Insuficienca kardiake), përveç rasteve kur specifikohet si fundore ose akute, e papritur, ose shprehje të ngjajshme me kohëzgjatje të shkurter (me pak se 24 ore), kodoni **I11.0**
- I51.4-I51.9 (Komplikacione dhe përshkrime të të keq-përcaktuara të sëmundjes së zemrës), përveç kur specifikohet si sëmundje fundore ose akute, e papritur, ose me shprehje të ngjajshme me kohëzgjatje të shkurter (me pak se 24 ore), kodoni **I11.-**
- I60-I69 (Sëmundje cerebrovaskulare), kodoni **I60-I69**
- N00.- (Sindroma nefritike akute), kodoni **N00.-**
- N01.- (Sindromi nefritik progresiv i shpesjte), kodoni **N01.-**
- N03.- (Sindroma nefritike kronike), kodoni **N03.-**
- N04.- (Sindroma nefrotike), kodoni **N04.-**
- N05.- (Sindroma nefritike, e papërcaktuar), kodoni **N05.-**

- N18.- (Sëmundje kronike e veshkave), kodoni **I12.-**
 N19.- (Insuficiencë e papërcaktuar e veshkave), kodoni **I12.-**
 N26 (Veshke e kontraktuar, e papërcaktuar), kodoni **I12.-**
Kur raportohet si shkak i:
 H35.0 (Retinopati në sfond dhe ndryshime të tjera vaskulare), kodoni **H35.0**
 I05-I09 (Gjendje të klasifikueshme në I05-I09 por të papërcaktuara si reumatike), kodoni **I34-I38**
 I34-I38 (Çrregullime joreumatike të valvules), kodoni **I34-I38**
- I11.- Sëmundja hipertensive të zemrës
Me përmendje të:
 I12.- (Sëmundja renale e zemrës), kodoni **I13.-**
 I13.- (Sëmundje hipertensive e zemrës dhe veshkës), kodoni **I13.-**
 I20-I25 (Sëmundja ishemike e zemrës), kodoni **I20-I25**
 N18.- (Sëmundje kronike e veshkave), kodoni **I13.-**
 N19.- (Insuficiencë e papërcaktuar e veshkave), kodoni **I13.-**
 N26.- (Veshke e kontraktuar, e papërcaktuar), kodoni **I13.-**
- I12.- Sëmundje hipertensive renale
Me përmendje të:
 I11.- (Sëmundja hipertensive e zemrës), kodoni **I13.-**
 I13.- (Sëmundje hipertensive e zemrës dhe veshkës), kodoni **I13.-**
 I20-I25 (Sëmundja ishemike e zemrës), kodoni **I20-I25**
 I50.- (Insuficienca kardiale), përveç rasteve kur specifikohet si fundore ose akute, e papritur, ose shprehje të ngjajshme me kohëzgjatje të shkurter (me pak se 24 ore), kodoni **I13.0**
 I51.4-I51.9 (Komplikacione dhe përshkrime të të keq-përcaktuara të sëmundjes së zemrës), përveç kur specifikohet si sëmundje fundore ose akute, e papritur, ose me shprehje të ngjajshme me kohëzgjatje të shkurter (me pak se 24 ore), kodoni **I13.-**
- I13.- Sëmundje hipertensive e zemrës dhe e veshkave
Me përmendje të
 I20-I25 (Sëmundja ishemike e zemrës), kodoni **I20-I25**
- I15.0 Hipertensioni renovaskular
 Të mos përdoret nëse shkak i tensionit renovaskular është i njohur ose mund të kuptohet nga aplikimi i SP6. Nëse shkak nuk njihet ose nuk mund të kuptohet, kodoni **I15.0**.
- I15.1 Hipertension, dytësor nga çrregullime të tjera të veshkës
 Të mos përdoret nëse çrregullimi renal është i njohur ose mund të kuptohet nga aplikimi i SP6. Nëse shkak nuk njihet ose nuk mund të kuptohet, kodoni në **N28.9**.
- I15.2 Hipertensioni dytësor pas çrregullimeve endokrine
 Të mos përdoret nëse çrregullimi endokrin është i njohur ose mund të kuptohet pas aplikimit të SP6. Nëse shkak nuk njihet ose nuk mund të kuptohet, kodoni **E34.9**.
- I15.8 Hipertension dytësor tjetër
 Të mos përdoret nëse shkak i hipertensionit tjetër është i njohur ose mund të kuptohet nga aplikimi i SP6. Nëse shkak nuk është njohur ose nuk mund të kuptohet, kodoni **I15.8**.
- I15.9 Hipertension dytësor i papërcaktuar

- Të mos përdoret nëse shkak i hipertensionit tjetër është i njohur ose mund të kuptohet nga aplikimi i SP6. Nëse shkak nuk është njohur ose nuk mund të kuptohet, kodoni **I15.89**.
- I20.- Angina pectoris, *ose*
- I24.- Sëmundjet ishemike akute të zemrës, të tjera *ose*
- I25.- Sëmundja ishemike kronike e zemrës
- Me përmendje të:*
- I21.- (Infarkt akut i miokardit), kodoni **I21.-**
- I22.- (Infarkt i miokardit, pasues), kodoni **I21.-**
- I22.- Infarkt i miokardit, pasues
- Të mos përdoret për kodimin e shkakut themelor të vdekshmërisë. Kodoni **I21.-**
- I23.- Disa komplikime aktuale që pasojnë infarkt akut të miokardit
- Të mos përdoret për kodimin e shkakut themelor të vdekshmërisë. Kodoni si Infarkt akut i miokardit (**I21.-**).
- I24.0 Tromboza koronare që nuk rezulton në infarkt miokardi
- Të mos përdoret për kodimin e shkakut themelor të vdekshmërisë. Për mortalitetin, supozohet ngjarja e infarkt akut të miokardit dhe i shenohet kodin **I21.-**.
- I25.2 Infarkt i vjeter i miokardit
- Të mos përdoret për kodimin e shkakut themelor të vdekshmërisë. Nëse shkak nuk përmendet, kodoni si Forma të tjera të sëmundjes ishemike kronike të zemrës (**I25.8**).
- I27.9 Sëmundja pulmonare e zemrës, e papërcaktuar
- Me përmendje*
- M41.- (Skolioze), kodoni **I27.1**
- I44.- Bllok atrioventrikular dhe i gjysëm degës së majtë, *ose*
- I45.- Çrregullime të tjera të përçimit, *ose*
- I46.- Arrest kardiak, *ose*
- I47.- Takikardi paroksizmale, *ose*
- I48.- Fibrilacion dhe flater atrial, *ose*
- I49.- Aritmi të tjera kardiake, *ose*
- I50.- Insuficiencë kardiake, *ose*
- I51.4-I51.9 Komplikime dhe përshkrime të keq-përcaktuara të sëmundjes së zemrës
- Me përmendje të*
- B57.- (Sëmundjes e Chagas), kodoni **B57.-**
- I20-I25 (Sëmundjet ishemike të zemrës), kodoni **I20-I25**
- I50.- Insuficiencë kardiake, përveç rasteve kur përshkruhet si gjendje fundore ose akute, e papritur, ose me shprehje të ngjajshme me kohëzgjatje të shkurter (me pak se 24 ore), *ose*
- I51.9 Sëmundje e zemrës, e papërcaktuar, përveç rasteve kur përshkruhet si gjendje fundore ose akute, e papritur, ose me shprehje të ngjajshme me kohëzgjatje të shkurter (me pak se 24 ore)
- Me përmendje të*

- I10 (Hipertension (parësor) esencial) , kodoni **I11.0**
- I11.- (Sëmundja hipertensive e zemrës), kodoni **I11.0**
- I12.0 (Sëmundja renale e zemrës me insuficiencë renale), kodoni **I13.2**
- I12.9 (Sëmundja renale e zemrës pa insuficiencë renale), kodoni **I13.0**
- I13.0 Sëmundje hipertensive e zemrës dhe e veshkave pa insuficiencë kardiake (kongjestive), kodoni **I13.0**
- I13.1 Sëmundje hipertensive e zemrës dhe e veshkave me insuficiencë renale, kodoni **I13.2**
- I13.2 Sëmundje hipertensive e zemrës dhe e veshkave me insuficiencë kardiake (kongjestive) dhe insuficiencë renale, kodoni **I13.2**
- I13.9 Sëmundje hipertensive e zemrës dhe e veshkave, e papërcaktuar, kodoni **I13.0**
- M41.- (Skolioze), kodoni **I27.1**
- I50.9 Insuficiencë kardiake, e papërcaktuar, *ose*
- I51.9 Sëmundje e zemrës, e papërcaktuar
- Me përmendje të:*
- J81 (Edemë pulmonare), kodoni **I50.1**
- I60-I69 Sëmundjet cerebrovaskulare
- Kur raportohen si shkak i :*
- F01-F03 (Dementia), kodoni **F01.-**
- I65.- Bllokim ose stenoze e arterieve precerebrale, që nuk rezulton në infarkt cerebral, *ose*
- I66.- Bllokim ose stenoze e arterieve cerebrale, që nuk rezulton me infarkt cerebral
- Të mos përdoret për kodimin e shkakut themelor të vdekshmërisë. Për vdekshmerinë, ngjarja e infarktit cerebral mendohet dhe kodi vendoset **I63.-**
- I67.2 Aterosklerozë cerebrale
- Me përmendje të:*
- I60-I66 (Hemorragji subaraknoidale, hemorragji intracerebrale, hemorragji të tjera intrakraniale jo-traumatike, infarkt cerebral, insult cerebral, i papërcaktuar si hemorragji ose infarkt, Bllokim dhe stenoze e arterieve precerebrale dhe cerebrale), kodoni **I60-I64**
- Kur raportohet si shkak i gjendjeve në:*
- F03 (Demencë e papërcaktuar), kodoni **F01.-**
- G20 (Sëmundja e Parkinsonit), kodoni **G21.4**
- G21.9 (Parkinson dytësor, i papërcaktuar), kodoni **G21.4**
- I70.- Ateroskleroza
- Me përmendje të:*
- I10-I13 (Sëmundja hipertensive), kodoni **I10-I13**
- I20-I25 (Sëmundjet ishemike të zemrës), kodoni **I20-I25**
- I50.- (Insuficiencë kardiake), kodoni **I50.-**
- I51.4 (Miokardit, i papërcaktuar), kodoni **I51.4**
- I51.5 (Degjenerim miokardial), kodoni **I51.5**

- I51.6 (Sëmundje kardiovaskulare, të papërcaktuara), kodoni **I51.6**
- I51.8 (Sëmundje të tjera të keq-përcaktuara të zemrës), kodoni **I51.8**
- I60-I69 (Sëmundje cerebrovaskulare), kodoni **I60-I69**
- Kur raportohen si shkaku i:*
- I05-I09 (Gjendje të klasifikueshme në **I05-09**, por jo të përcaktuara si reumatike), kodoni **I34-I38**
- I34-I38 (Çrregullime valvulare jo-reumatike), kodoni **I34-I38**
- I51.9 (Sëmundje e zemrës, e papërcaktuar), kodoni **I25.1**
- I71-I78 (Sëmundje të tjera të arterieve, arteriolave dhe kapilareve), kodoni **I71-I78**
- K55.- (Çrregullime vaskulare të zorreve), kodoni **K55.-**
- N03.- (Sindroma nefritike kronike), kodoni **I12.-**
- N26 (Veshke e kontraktuar e papërcaktuar), kodoni **I12.-**
- I70.9 Aterosklerozë e gjeneralizuar dhe e papërcaktuar
- Me përmendje të:*
- R02 (Gangrene, jo tjetërkund të klasifikuar), kodoni **I70.2**
- Kur raportohet si shkaku i:*
- F01.- (Demenca vaskulare), kodoni **F01.-**
- F03 (Demenca e papërcaktuar), kodoni **F01.-**
- G20 (Sëmundja e Parkinson), kodoni **G21.4**
- G21.9 (Parkinsonizem dytësor, i papërcaktuar), kodoni **G21.4**
- I71.1 Aneurizmi aortik torakal, i çarë
- Me përmendje të:*
- I71.3 (Aneurizem aortik abdominal, i çarë), kodoni **I71.5**
- I71.2 Aneurizem aortike torakale, pa përmendje të çarjes
- Me përmendje të:*
- I71.4 (Aneurizem aortik abdominal, pa përmendje të çarjes), kodoni **I71.6**
- I71.3 Aneurizem aortik abdominal, i çarë
- Me përmendje të:*
- I71.1 (Aneurizem aortik abdominal, i çarë), kodoni **I71.5**
- I71.4 Aneurizem aortik abdominal, pa përmendje të çarjes
- Me përmendje të:*
- I71.2 Aneurizem aortike torakale, pa përmendje të çarjes, kodoni **I71.6**
- I97.- Çrregullime post-proceduriale të sistemit të qarkullimit, të paklasifikuar tjetërkund
Të mos përdoret për kodimin e shkaqeve themelore të vdekshmërisë. Shikoni Seksionin 4.2.9, Instruksione të veçanta për kirurgjinë dhe procedurat e tjera mjekësore (Hapi M4)
- J00 Nazofaringiti akut [ftohja e zakonshme], ose
- J06.- Infeksione të sipërme respiratore në shumë vende ose i papërcaktuar
- Me përmendje të*
- R26.3 (Palëvizshmëria), kodoni J18.2

Kur raportohet si shkak i:

G03.8 (Meningiti), kodoni G03.8
G06.0 (Absesin dhe granulomen intrakraniale), kodoni G06.0
H65-H66 (Otit media), kodoni H65-H66
H70.- (Mastoiditi dhe gjendjet e lidhura me të), kodoni H70.-
J09-J18(Influenza dhe pneumonia), kodoni J09-J18
J20-J21(Bronkiti dhe bronkioliti), kodoni J20-J21
J40-J42(Bronkit kronik dhe i papërcaktuar), kodoni J40-J42
J44.- (Sëmundje të tjera obstruktive pulmonare kronike), kodoni J44.-
N00.- (Sindroma nefritike akute), kodoni N00.-.

J18.- Pneumonia, organizmi i papërcaktuar

Me përmendje të:

R26.3 (Palëvizshmëria), kodoni J18.2

J20.- Bronkit akut

Me përmendje të:

J41.- (Bronkit kronik mukopurulent i thjeshtë), kodoni **J41.-**

J42 (Bronkit kronik i papërcaktuar), kodoni **J42**

J44 (Sëmundje pulmonare obstruktive kronike), kodoni **J44**

J40 Bronkiti, i papërcaktuar si akut ose kronik, *ose*

J41.- Bronkit kronik mukopurulent i thjeshtë, *ose*

J42 Bronkit kronik i papërcaktuar

Me përmendje të

J43.- (Emfizema), kodoni **J44.-**

J44.- (Sëmundje pulmonare obstruktrive kronike), kodoni **J44**

Kur raportohet si shkak i:

J45.- (Astma), kodoni **J44.-** (por shikoni dhe shënimin në J45.-, J46 më poshtë)

J43.- Emfizema

Me përmendje të:

J40 (Bronkiti, i papërcaktuar si akut ose kronik), kodoni **J44.-**

J41 (Bronkit kronik mukopurulent i thjeshtë), kodoni **J44.-**

J42 (Bronkit kronik i papërcaktuar), kodoni **J44.-**

J44.8-J44.9 Sëmundje tjetër pulmonare obstruktive kronike, e papërcaktuar

Me përmendje të:

J12-J18(Pneumonia), kodoni **J44.0**

J20-J22(Infeksione të poshtme respiratore akute, të tjera), kodoni J44.0

J45.- Astma, *ose*

J46 Gjendje astmatike

Kur astma dhe bronkiti (akut)(kronik) dhe sëmundje të tjera pulmonare obstruktive kronike raportohen së bashku në çertifikatën mjekësore si shkaqe të vdekjes, shkakut themelor duhet të përzgjidhet në mënyrën normale. Asnjë nga termat nuk duhet trajtuar si një mbiemër modifikues i tjetrit.

- J60-J64 Pneumokonioza
Me përmendje të:
 A15-A16 (Tuberkuloz respirator), kodoni **J65**
- J81 Edema pulmonare
Me përmendje të:
 I50.9 (Insuficiencë kardiake, e papërcaktuar), kodoni **I50.1**
 I51.9 (Sëmundje të zemrës, e papërcaktuar), kodoni **I50.1**
- J95.- Çrregullime respiratore post-proceduriale, të paklasifikuara tjetërkund
 Të mos përdoren për kodimin e shkaqeve themelore të vdekshmërisë. Shikoni Seksionin 4.2.9, Instruksione të veçanta për kirurgjinë dhe procedura të tjera mjekësore (Hapi M4).
- K71 Sëmundje toksike e mëlçisë
Me përmendje të:
 F10.- (Çrregullime mendore dhe të sjelljes për shkak të përdorimit të alkolit), kodoni K70.-
 K70.- (Sëmundje alkolike e mëlçisë), kodoni **K70.-**
 T51.- (Efekte toksike të alkolit), kodoni **K70.-**
- K72.- Insuficiense hepatike, të paklasifikuara tjetërkund
Me përmendje të:
 F10.- (Çrregullime mendore dhe të sjelljes nga përdorimi i alkolit), kodoni K70.4
 K70.0-K70.4 (Sëmundja alkolike e mëlçisë), kodoni **K70.0-K70.4**
 K70.9 (Sëmundja alkolike e mëlçisë, e paspecifikuar), kodoni **K70.04**
 T51.- (Efektet toksike të alkolit), kodoni **K70.4**
- K73.- Herpatit kronik, të paklasifikuara tjetërkund
Me përmendje të:
 F10.- (Çrregullime mendore dhe të sjelljes për shkak të përdorimit të alkolit), kodoni K70.1
 K70.- (Sëmundje alkolike e mëlçisë), kodoni **K70.1**
 T51.- (Efekte toksike të alkolit), kodoni **K70.1**
- K74.0 Fibroze hepatike
Me përmendje të:
 F10.- (Çrregullime mendore dhe të sjelljes për shkak të përdorimit të alkolit), kodoni **K70.2**

- K70.- (Sëmundje alkolike e mëlçisë), kodoni **K70.2**
 T51.- (Efekte toksike të alkolit), kodoni **K70.2**
- K74.1 Skleroze hepatike
Me përmendje të:
 F10.- (Çrregullime mendore dhe të sjelljes për shkak të përdorimit të alkolit), kodoni **K70.2**
 K70.- (Sëmundje alkolike e mëlçisë), kodoni **K70.2**
 T51.- (Efekte toksike të alkolit), kodoni **K70.2**
- K74.2 Fibroze hepatike me sklerozë hepatike
Me përmendje të:
 F10.- (Çrregullime mendore dhe të sjelljes për shkak të përdorimit të alkolit), kodoni **K70.2**
 K70.- (Sëmundje alkolike e mëlçisë), kodoni **K70.2**
 T51.- (Efekte toksike të alkolit), kodoni **K70.2**
- K74.6 Cirrozë tjetër e mëlçisë, e papërcaktuar
Me përmendje të:
 F10.- (Çrregullime mendore dhe të sjelljes për shkak të përdorimit të alkolit), kodoni **K70.3**
Me përmendje të:
 K70.- (Sëmundje alkolike e mëlçisë), kodoni **K70.3**
 T51.- (Efekte toksike të alkolit), kodoni **K70.3**
- K75.8 Sëmundje tjetër inflamatore e mëlçisë, nëse është përcaktuar si steatohepatit
Me përmendje të:
 F10.- (Çrregullime mendore dhe të sjelljes për shkak të përdorimit të alkolit), kodoni **K70.1**
 K70.- (Sëmundje alkolike e mëlçisë), kodoni **K70.1**
 T51.- (Efekte toksike të alkolit), kodoni **K70.1**
- K75.9 Sëmundje inflamatore e mëlçisë, e papërcaktuar
Me përmendje të:
 F10.- (Çrregullime mendore dhe të sjelljes për shkak të përdorimit të alkolit), kodoni **K70.1**
 K70.- (Sëmundje alkolike e mëlçisë), kodoni **K70.1**
 T51.- (Efekte toksike të alkolit), kodoni **K70.1**
- K76.0 (Ndryshime) dhjamore të mëlçisë, të paklasifikuara tjetërkund
Me përmendje të:
 F10.- (Çrregullime mendore dhe të sjelljes për shkak të përdorimit të alkolit), kodoni **K70.0**
 K70.- (Sëmundje alkolike e mëlçisë), kodoni **K70.0**
 T51.- (Efekte toksike të alkolit), kodoni **K70.0**

- K76.9 Sëmundje e mëlçisë, e papërcaktuar
Me përmendje të:
 F10.- (Çrregullime mendore dhe të sjelljes për shkak të përdorimit të alkolit), kodoni **K70.9**
 K70.- (Sëmundje alkolike e mëlçisë), kodoni **K70.9**
 T51.- (Efekte toksike të alkolit), kodoni **K70.9**
- K85.9 Pakreatit akut, i papërcaktuar
Me përmendje të:
 F10.- (Çrregullime mendore dhe të sjelljes për shkak të përdorimit të alkolit), përdorni **K85.2**
- K91.- Çrregullime post-proçeduriale të sistemit digjektiv, të paklasifikuara tjetërkund
 Të mos përdoren për kodimin e shkaqeve themelore të vdekshmërisë. Shikoni Seksionin 4.2.9, Instruksione të veçanta për kirurgjinë dhe proçedura të tjera mjekësore (Hapi M4).
- L89.- Ulcer dekubitasi dhe zone trysnie
Kur raportohet si një shkak me origjinë me të hershme:
 L89.- (Ulcer dekubitasi dhe zone trysnie) e një faze me të avancuar, kodoni L89- me karakter të katërt për një faze me të avancuar
- M41.- Skolioze
Me përmendje të:
 I27.9 (Sëmundje pulmonare e zemrës, e papërcaktuar), kodoni I27.1
 I50.- (Insuficiencë kardiake), kodoni I27.1
 I51.9 (sëmundje e zemrës, e papërcaktuar), kodoni I27.1
- M96.- Çrregullime muskuloskeletale post-proçeduriale, të paklasifikuara tjetërkund
 Të mos përdoren për kodimin e shkaqeve themelore të vdekshmërisë. Shikoni Seksionin 4.2.9, Instruksione të veçanta për kirurgjinë dhe proçedura të tjera mjekësore (Hapi M4).
- N00.- Sindroma nefritike akute
Kur raportohet si shkak i:
 N03.- (Sindroma nefritike kronike), kodoni **N03.-**
- N18.- Sëmundja kronike e veshkës
Kur raportohet si shkak me origjinë me të hershme:
 N18.- (Sëmundje kronike e veshkës) e një faze me të avancuar, kodoni N18.- me karakter të katërt për fazen me të avancuar
- N18.- Sëmundje kronike e veshkës, *ose*
 N19 Insuficiencë renale e papërcaktuar, *ose*
 N26 Veshke e kontraktuar e papërcaktuar
Me përmendje të:
 I10 (Hipertension (parësor) esencial) , kodoni **I12.-**

- I11.- (Sëmundja hipertensive e zemrës), kodoni **I13.-**
 I12.- (Sëmundja renale e zemrës), kodoni **I12.-**
- N46 Infertilitet mashkullor, *ose*
 N97.- Infertilitet femeror
 Të mos përdoret nëse shkak i infertilitetit është i njohur.
- N99.- Çrregullime post-proceduriale të sistemit genito-urinar, të paklasifikuar tjetërkund
 Të mos përdoren për kodimin e shkaqeve themelore të vdekshmërisë. Shikoni Seksionin 4.2.9, Instruksione të veçanta për kirurgjinë dhe procedura të tjera mjekësore (Hapi M4).
- O08.- Komplikacione që pasojnë abortin, shtatzëninë ektopikë dhe molare
 Të mos përdoret për kodimin e shkakut themelor të vdekshmërisë. Përdorni kategoritë O00-O07.
- O14.- Pre-eklampsia
Me përmendje të:
 O15.- (Eklampsia), kodoni O15.-
- O30 Shtatezani e shumëfishtë
 Të mos përdoret për kodimin e shkakut themelor të vdekshmërisë nëse një komplikacion me specifik është raportuar.
- O32.- Kujdes për nënen në rast të një keq-prezantimi të dyshuar të fetusit,
Me përmendje të:
 O33.- (Kujdes amtar për disporpocion të ditur ose të dyshuar), kodoni O33.-
- O33.9 Disporpocion fetopelvik
Me përmendje të:
 O33.0-O33.3 (Disporpocion për shkak të anomalive të pelvisit amtar), kodoni O33.0-O33.3
- O64 Shtërzim i penguar për shkak të keq-pozicionimit dhe keq-prezantimit të fetusit
Me përmendje të:
 O65.- (Shtërzim i penguar për shkak të anomalive të pelvisit amtar), kodoni O65.-
- O80-O84 Lindja
 Të mos përdoret për kodimin e shkakut themelor të vdekshmërisë. Nëse nuk raportohet asnjë shkak tyjetër për vdekshmërinë amtare, kodoni sipas Komplikacione në shtërzim dhe lindje, të papërcaktuar (O75.9)
- O94 Pasoja të komplikimeve të shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes
 Të mos përdoret për kodimin e shkakut themelor të vdekshmërisë. Nëse vdekja erdhi nga pasojat e komplikacioneve të shtatzënisë, lindjes dhe paslindjes, kodoni si Vdekje nga pasojat e shkaqeve obstetrike (O97.-).
- P07.- Çrregullime të lidhura me kohën e shkurter të shtatzënisë dhe moshën e vogël në lindje, të paklasifikuar tjetërkund, *ose*
 P08.- Çrregullime me kohëzgjatjen e madhe të shtatzënisë dhe peshën e madhe në lindje

- Të mos përdoret nëse ndonjë shkak tjetër i vdekshmërisë perinatale është raportuar. Kjo nuk ka vlerë nëse i vetmi shkak tjetër i vdekshmërisë perinatale të raportuar është Insufiçienca respiratore e të porsalindurit (P28.5).
- P70.3-P72.0 Çrregullime endokrine dhe metabolike tranzitore specifike për fetusin dhe të porsalindurin
Të mos përdoret për kodimin e shkaqeve themelore të vdekshmërisë. Nëse asnjë shkak perinatal është raportuar, kodoni si Gjendje që fillojnë në periudhën perinatale, të papërcaktuar (P96.9)
- P72.2-P74 Çrregullime endokrine dhe metabolike tranzitore specifike për fetusin dhe të porsalindurin
Të mos përdoret për kodimin e shkaqeve themelore të vdekshmërisë. Nëse asnjë shkak perinatal është raportuar, kodoni si Gjendje që fillojnë në periudhën perinatale, të papërcaktuar (P96.9)
- Q44.6 Sëmundja cistike e mëlçisë
Me përmendje të:
Q61.1-Q61.4 (Sëmundja policistike e veshkës), kodoni Q61.1-Q61.3
- R57.2 Shok septik, *ose*
- R65.0 Sindroma e përgjigjes inflamatore sistemike me origjinë infektive dhe me insufiçiensë organi, *ose*
- R65.1 Sindroma e përgjigjes inflamatore sistemike me origjinë infektive dhe me insufiçiensë organi, *ose*
- R65.9 Sindroma e përgjigjes inflamatore sistemike me origjinë infektive, e papërcaktuar
Të mos përdoret për kodimin e shkakut themelor të vdekshmërisë. Kodoni në sëmundjen infektive origjinuese (A00-A99). Nëse nuk ka një sëmundje infektive origjinuese, kodoni si Sepsis, i papërcaktuar (A41.9).
- R64 Kaheksi
Me përmendje të:
B20-B24 (Sëmundja e virusit të imunodeficiensës humane (HIV)), kodoni si **B22.2**, ose **B22.7** siç duhet.
R75 (Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiensës humane [HIV]), kodoni si **B22.2**, ose **B22.7** siç duhet.
- R69.- Shkaqe të paditura ose të papërcaktuara të vdekshmërisë
Të mos përdoret për kodimin e shkakut themelor të vdekshmërisë. Kodoni R95-R99 siç duhet.
- R75 Gjetje laboratorike të virusit të imunodeficiensës humane [HIV]
Kur raportohet si shkak i:
A00-B99 (Sëmundje infektive ose parazitare të caktuara), kodoni B20.- ose B33.7 siç duhet.
- S00-T98 Demitime, helmime dhe pasoja të tjera të shkaqeve të jashtme
Të mos përdoret për kodimin e shkaqeve themelore të vdekshmërisë, përveçse si një kod shtesë që ka lidhje me V01-Y89.

Kur një sëmundje e densitetit të kockës është raportuar afer ose si shkak i frakturës, fraktura duket konsideruar si patologjike, M80.

T79.- Komplikacione të hershme të caktuara të traumes, të paklasifikuara tjetërkund
Të mos përdoret nëse demtimi fillestar është i njohur.

V01-X59 Aksidente

Me përmendje të:

A35 (Tetanoz), kodoni A35

Y90-Y98 Faktore shtesë të lidhur me shkaqet e sëmundshmërisë dhe të vdekshmërisë të klasifikuar tjetërkund

Të mos përdoret për kodimin e shkakut themelor të vdekshmërisë.

Z00-Z99 Faktore që ndikojnë gjendjen shendetesore dhe kontaktin me shërbimet shendetesore
Të mos përdoret për kodimin e shkakut themelor të vdekshmërisë.

Përmbledhje e kodeve që nuk duhen përdorur për kodimin e shkaqeve themelore të vdekshmërisë

Si shtesë të kodeve të yjëzuara (Shih Seksionin 3.1.3, Dy kode për gjendje të caktuara)

Kode që nuk duhen përdorur për kodimin e shkakut themelor të vdekshmërisë (Kodi në kllapa; nëse nuk ka kod, kodoni si R99)	
B95.0–B95.5	(kodoni tek A49.1)
B95.6–B95.8	(kodoni tek A49.0)
B96.0	(kodoni tek A49.3)
B96.1–B96.2	(kodoni tek A49.8)
B96.3	(kodoni tek A49.2)
B96.4–B96.8	(kodoni tek A49.8)
B97.0	(kodoni tek B34.0)
B97.1	(kodoni tek B34.1)
B97.2	(kodoni tek B34.2)
B97.3	(kodoni tek B34.3)
B97.4–B97.5	(kodoni tek B34.8)
B97.6	(kodoni tek B34.3)
B97.7	(kodoni tek B34.4)
B97.8	(kodoni tek B34.8)
B98.0–B98.1	(kodoni tek A49.8)
C77–C79	(kodoni tek C80.-)
C97	(kodoni tek C00–C76 or C81–C96)
E89.-	
F10.0	(kodoni tek X45, X65, X85 ose Y15)
F11.0	(kodoni tek X42, X62, X85 ose Y12)
F12.0	(kodoni tek X42, X62, X85 ose Y12)
F13.0	(kodoni tek X41, X61, X85 ose Y11)
F14.0	(kodoni tek X42, X62, X85 ose Y12)
F15.0	(kodoni tek X41, X61, X85 ose Y11)
F16.0	(kodoni tek X42, X62, X85 ose Y12)
F17.0	(kodoni tek X49, X69, X89 ose Y19)
F18.0	(kodoni tek X46, X66, X89 ose Y16)
F19.0	(kodoni tek X40–X49, X60–X69, X85–X90 ose Y10–Y19)
G97.-	
H59.-	
H95.-	
I15.1	(kodoni tek N28.9 nëse nuk është e njohur)
I15.2	(kodoni tek E34.9 nëse nuk është e njohur)
I22.-	(kodoni tek I21.-)
I23.-	(kodoni tek I21.-)
I24.0	(kodoni tek I21.-)
I25.2	(kodoni tek I25.8)
I65.-	(kodoni tek I63)
I66.-	(kodoni tek I63)

vijon...

....vijon nga faqa e mëparëshme

Kode që nuk duhen përdorur për kodimin e shkakut themelor të vdekshmërisë (Kodi në kllapa; nëse nuk ka kod, kodoni si R99)	
I97.-	
J95.-	
K91.-	
M96.-	
N99.-	
O08.-	(kodoni tek O00–O07)
O80–O84	(kodoni tek O75.9)
O94	(kodoni tek O97.-)
P70.3–P72.0	(kodoni tek P96.9)
P72.2–P74	(kodoni tek P96.9)
R57.2	(kodoni tek A41.9)
R65.0–R65.1	(kodoni tek A41.9)
R65.9	(kodoni tek A41.9)
R69.-	(kodoni tek kodo tek R95–R99)
S00–T98	(kodoni tek V01–Y89)
Y90–Y98	
Z00–Z99	

Kode që nuk duhen përdorur nëse shkakut themelor nuk njihet	
F03–F09	
F17.-	
F70–F79	
F80.-	
F81.-	
G81.-	
G82.-	
G83.-	
H54.-	
H90–H91	
I15.0	
I15.1	
I15.2	
I15.8	
I15.9	
N46	
N97.-	

4.2.6 Instruksione të veçanta mbi dëmtime kryesore në vdekjet nga shkaqe të jashtme (Hapi M4)

Nëse shkakun themelor tek i cili arrihet duke aplikuar rregullat për perzgjedhjen dhe modifikimin në Hapat SP1 deri SP8 dhe M1 deri M3 është një shkak i jashtëm, kodoni shkakun e jashtëm të dëmtimit si shkakun themelor të vdekjes. Si shtesë të shkakut themelor nga Kapitulli XX, Shkaqe të jashtme të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë, kodoni dhe një dëmtim kryesor. Kjo ka vlerë si për dëmtimet e trupit dhe helmimet. Për instruksionet e veçanta se si të identifikohen vdekjet nga dëmtimet dhe helmimet kryesore, shikoni Seksionin 4.2.7.

Nëse më shumë se një dëmtim është raportuar në çertifikatën e vdekjes, aplikoni instruksionet si më poshtë:

- (a) kur më shumë se një dëmtim përfshin dëmtime të vogla dhe sipërfaqore (Siç listohen në Aneksin 7.4, Lista e gjendjeve me pak gjasa për të shaktuar vdekje), ose në Pjesën 1 ose në Pjesën 2, zgjidhni dëmtimin kryesor sikur dëmtimi i vogël dhe sipërfaqësor të mos jetë raportuar fare.

Shembulli 1: 1 (a) Kontuzion i krahut dhe frakturë e kafkës

- (b)
- (c)
- (d)
- (e)

2

Rënia nga skela është shkakun themelor i vdekjes. Kodoni shkakun themelor në W12, Rënie nga dhe prej skelës. Si dëmtim kryesor, kodoni Frakturën e kafkës (S02.9, Frakturë e kafkës dhe kockave të fytyrës, pjesa e paspecifikuar). Mos merrni parasysh kontuzionin e krahut (T11.0, Dëmtimë sipërfaqore të gjymtyrës së sipërme, niveli i papërcaktuar) siç është në Aneksin 7.4, Lista e gjendjeve me pak gjasa për të shaktuar vdekje.

- (b) Kur dëmtime serioze (jo të vogla apo sipërfaqore) janë raportuar si në Pjesën 1 dhe Pjesën 2, zgjidhni dëmtimin nga Pjesa 1. Kjo ka vlerë edhe kur dëmtimet e përmendura në Pjesën 2 janë të një rendi me të lartë në Aneksin 7.7, Renditja prioritare e kodeve sipas natyrës-së-dëmtimit në ICD-10, sesa e dëmtimeve të përmendura në Pjesën 1.

Shembulli 2: 1 (a) Dëmtime të shumta intratorakale

- (b) Shofer veturë, përplasje me autobus
- (c)
- (d)
- (e)

2

Kodoni shofer në veturë, përplasje me autobus si shkakun themelor të vdekjes (V44.5, Udhëtar në veturë i dëmtuar në përplasje me mjet transporti të rëndë ose autobus, shoferi i dëmtuar në aksident trafiku). Si dëmtim kryesor, kodoni 'Dëmtime

të shumëfishta të toraksit' (S29.7). Dëmtime të papërcaktuara të trurit (S06.9) ka një renditje me të lartë në Aneksin 7.7. sesa dëmtimet e shumëfishta të toraksit, por dëmtimet e shumëfishta të toraksit përmenden në Pjesën 1 dhe kanë precedencë ndaj dëmtimeve të përmendura në Pjesën 2.

Kur raportohen dëmtime serioze vetëm në Pjesën 2, zgjidhni një dëmtim vetëm nga Pjesa 2.

- (c) Kur më shumë se një dëmtim serioz përmendet në pjesën përkatëse të çertifikatës, zgjidhni dëmtimin kryesor sipas Aneksit 7.7, Rënditja prioritare e kodeve të natyrës-së-dëmtimit në ICD-10. Mbani shënim që 1 është rendi me i lartë dhe 6 është ai me i ulet.

Shembulli 3: 1 (a) Dëmtime të shumta intratorakale dhe dëmtime të trurit
(b) Shofer veturë, përplasje me autobus
(c)
(d)
(e)

2

Kodoni shofer në veturë, përplasje me autobus si shkakun themelor të vdekjes (V44.5, Udhëtar në veturë i dëmtuar në përplasje me mjet transporti të rëndë ose autobus, shoferi i dëmtuar në aksident trafiku). Si dëmtim kryesor, kodoni dëmtim të trurit (S06.9, Dëmtime intrakraniale, të papërcaktuara), e cila ka një rend me të lartë në listën prioritare sesa Dëmtimet e shumëfishta të toraksit (S29.7).

- (d) kur më shumë se një dëmtim serioz përmendur në pjesën përkatëse të çertifikatës kanë të njëjtën renditje me të lartë, zgjidhni atë që është përmendur i pari. Megjithatë, preferoni një dëmtim specifik perkundrejt një dëmtimi nga blloku T00-T07, Dëmtime që prekin shumë rajone të trupit, që kanë të njëjtin rend prioritar.

Shembulli 4: 1 (a) Dëmtime të shumta me çarje të aortës
(b) Shofer veturë, përplasje me autobus
(c)
(d)
(e)

2

Kodoni shofer në veturë, përplasje me autobus si shkakun themelor të vdekjes (V44.5, Udhëtar në veturë i dëmtuar në përplasje me mjet transporti të rëndë ose autobus, shoferi i dëmtuar në aksident trafiku). Si dëmtim kryesor, kodoni çarjen e aortës (S25.0, Dëmtime të aortës torakale). Dëmtime të shumta (T07) dhe çarja e aortës kanë të njëjtën renditje prioritare, por një dëmtim specifik ka precedencë mbi një dëmtim i bllokut T00-T07, Dëmtime që prekin shumë organe të trupit.

4.2.7 Instruksione të veçanta mbi helmimet, medikamentet dhe substancat biologjike (Hapi M4)

A. Shkaku themelor

Nëse shkaku themelor që përzgjidhet pas aplikimit të Hapave SP1 deri SP8 dhe M1 deri M3 është helmimi, dhe ka më shumë se një bar të raportuar në certifikatë dhe barnat nuk kanë të njëjtin kod si shkak i jashtëm, zgjidhni kodin për shkakun themelor si më poshtë:

- (a) Nëse një nga barnat është përcaktuar si një substancë më e rëndësishme në shkaktimin e vdekjes, kodoni shkakun e jashtëm për atë bar si shkakun themelor të vdekjes.

Shembulli 5: 1 (a) Overdozë aksidentale me heroinë
(b)
(c)
(d)
(e)

2 Prezencë diazepamit dhe amitriptiline

Duke vendosur overdozën me heroinë në Pjesën 1 dhe raportimin e substancës tjetër si kontribues në shkakun e vdekjes në Pjesën e 2, certifikuesi e ka identifikuar heroinën si substancën më të rëndësishme në shkaktimin e vdekjes. Zgjidhni helmim aksidental me heroinë si shkakun themelor (X42, Helmim aksidental nga ekspozimi ndaj narkotikeve dhe psikodelikeve [haluçinogjenëve], të paklasifikuar tjetërkund).

Shembulli 6: 1 (a) Helmim me amfetaminë
(b)
(c)
(d)
(e)

2 Nivele toksike të heroinës dhe flunitrazepamit

Duke vendosur helmimin me amfetaminë në Pjesën 1 dhe raportimin e substancës tjetër si kontribues në shkakun e vdekjes në Pjesën e 2, certifikuesi e ka identifikuar amfetaminën si substancën më të rëndësishme në shkaktimin e vdekjes. Zgjidhni helmim aksidental me amfetaminë si shkakun themelor (X41, Helmim aksidental nga ekspozimi ndaj antiepileptikeve, sedativo-hipnotikeve, antiparkinsonikeve dhe barnave psikotrope, të paklasifikuar tjetërkund).

Shembulli 7: 1 (a) Helmim nga alkoli
(b)
(c)
(d)
(e)

2 Nivele toksike të heroinës dhe flunitrazepamit

Duke vendosur helmimin me alkoli në Pjesën 1 dhe raportimin e substancave të tjera si kontribues në shkakun e vdekjes në Pjesën e 2, certifikuesi e ka identifikuar alkolin

si substancën me të rëndësishme në shkaktimin e vdekjes. Zgjidhni helmim aksidental me alkol si shkakun themelor (X45, Helmim aksidental nga ekspozimi ndaj alkolit).

- (b) Nëse asnjë nga barnat nuk është specifikuar si substanca më e rëndësishme në shkaktimin e vdekjes, se pari tentoni të merrni informacion shtesë nga çertifikuesi. Nëse nuk siguron dot informacion shtesë, kodoni:
- kombinimet e alkolit me barin tek bari;
 - vdekje të tjera më shumë barna në kategorinë e duhur për ‘Tjetër’

Shembulli 8: 1 (a) Nivele toksike të heroinës dhe amfetaminës
(b)
(c)
(d)
(e)

2

As heroina dhe as amfetamina nuk është identifikuar si substanca më e rëndësishme në shkaktimin e vdekjes. Kodoni si X44, Helmim aksidental në ekspozimin ndaj barnave të tjera, medikamenteve dhe substancave biologjike të papërcaktuara.

Shembulli 9: 1 (a) Helmim aksidental nga alkoli, heroina dhe diazepami
(b)
(c)
(d)
(e)

2

Asnjë nga substancat nuk është identifikuar si substanca më e rëndësishme në shkaktimin e vdekjes. Helmimi nga kombinimi i alkolit dhe barnave kodohet si nga barnat. Kodoni X44, Helmim aksidental nga ekspozimi ndaj barnave të tjera të papërcaktuara, medikamenteve dhe substancave biologjike. Proçedoni duke identifikuar barnat më të rrezikshme dhe kodojini ato si dëmtimin kryesor.

B. Dëmtimi kryesor

Nëse shkakun themelor është helmimi, përdorni kodet për helmimet në Kapitullin XX, Dëmtimet, helmimet nga shkaqe dhe pasojat e shkaqeve të caktuara të jashtme si dëmtimin kryesor. Nëse vetëm një substancë toksike raportohet, kodoni atë substancë si dëmtimin kryesor. Nëse disa substanca toksike janë raportuar, identifikoni substancën më të rrezikshme dhe kodojeni atë si dëmtimin kryesor. Për të identifikuar substancën me të rrezikshme, aplikoni instruksionet që vijojnë.

- (a) nëse një substancë toksike specifikohet si shkakun e vdekjes, kodoni atë komponent substancë.

Shembulli 10: 1 (a) Overdozë aksidentale nga heroina
(b)
(c)
(d)

(e)

2 Prezencë diazepami dhe amitriptiline

Duke vendosur overdozën nga heroina vetëm në Pjesën 1 dhe raportimin e substancave të tjera si shkaqe kontribues të vdekjes në Pjesën 2, çertifikuesi ka identifikuar heroinën si substancën me të rëndësishme në shkaktimin e vdekjes. Kodoni X42, Helmim aksidental nga ekspozimi ndaj narkotikeve dhe psikodisleptikeve [haluçinogjenëve], të paklasifikuar tjetërkund). Si dëmtim kryesor, kodoni helmimin nga heroina (T40.1, Helmime nga narkotiket dhe psikodisleptiket [haluçinogjenët] heroina).

Shembulli 11: 1 (a) Helmim nga alkoli

(b)

(c)

(d)

(e)

2 Prezencë diazepami dhe amitriptiline

Duke vendosur helmimin nga alkoli vetëm në Pjesën 1 dhe raportimin e substancave të tjera si shkaqe kontribues të vdekjes në Pjesën 2, çertifikuesi ka identifikuar alkolin si substancën me të rëndësishme që shkakton vdekjen. Përzgjidhni helmimin aksidental nga alkoli si shkakun themelor (X45, Helmim aksidental nga ekspozimi ndaj alkolit). Kodoni helmimin nga alkoli si dëmtimin kryesor (T51.9, Efekte toksike të alkolit, të papërcaktuara).

(b) nëse asnjë substancë toksike nuk është treguar si shkak i vdekjes, kodoni kombinimet e alkolit me barnat si bar.

Shembulli 12: 1 (a) Nivele toksike të alkolit dhe flunitrazepamit

(b)

(c)

(d)

(e)

2 Prezencë diazepami dhe amitriptiline

Duke vendosur nivelet toksike të alkolit dhe flunitrazepamit në Pjesën 1 dhe raportimin e substancave të tjera si shkaqe kontribuese të vdekjes në Pjesën 2, çertifikuesi ka identifikuar alkolin dhe flunitrazepamin si substancat me të rëndësishme në shkaktimin e vdekjes. Nga këto të dyja, zgjidhni helmimin nga flunitrazepami sepse kombinimet e alkolit me një bar kodohen si bar. Zgjidhni helmimin aksidental nga ekspozimi ndaj antiepileptikeve, sedativo-hipnotikeve, antiparkinsonikeve dhe psikotropeve, të paklasifikuar tjetërkund). Kodoni helmimin nga flunitrazepami si dëmtimin kryesor (T42.4, helmim nga antiepileptiket, sedativo-hipnotiket dhe antiparkinsoniket, benzodiazepinat).

(c) Nëse nuk ka kategori për kombinimet e duhura, zgjidhni natyrën kryesore të kodit të dëmtimit, sipas rendit prioritar të mëposhtëm:

1. Agonistët dhe agonistët e pjesëshëm të opioideve dhe narkotikë të tjerë të papërcaktuar (T40.0–T40.4, T40.6)
Vdekjet që përfshijnë shumë opioide të klasifikueshëm në më shumë se një nën-kategori me karakter të katërt në T40.0–T40.4, T40.6, duhet të priorizohet si vijon:
 - 1a. Heroine (T40.1)
 - 1b. Metadon (T40.3)
 - 1c. Opium (T40.0)
 - 1d. Opioide të tjerë (T40.2)
 - 1e. Narkotikë sintetike të tjerë (T40.4)
 - 1f. Narkotikë të tjerë të papërcaktuar (T40.6)
2. Agjente anestetike të inhaluar ose intravenozë (T41.0–T41.2, T41.4)
Përfshin: Propofoln
3. Antidepresantët triciklike dhe tetraciklike (T43.0)
4. Barbituratët (T42.3)
5. Derivatët e 4-aminofenolit (T39.1)
Përfshin: APAP, acetaminofenin, paracetamoln
6. Antipsikotikët dhe neuroleptikët
Përfshin:
Antipsikotikët dhe neuroleptikët fenotiazidike
Neuroleptikët buturofenonike dhe tioksantenike
Antipsikotikë dhe neuroleptikë të tjerë
7. Barnat antiepileptike, antiparkinsonike dhe sedativët e papërcaktuar (T42.0–T42.2, T42.5–T42.8)
8. Kokaina (T40.5)
9. Psikostimulantët me potencial abuzimi (T43.6)
Përfshin:
Amfetaminat dhe derivatët e tyre
10. Antidepresantët inhibitorë të monoaminë oksidazës (MAO) dhe antidepresantë të tjerë të papërcaktuar (T43.1, T43.2)
Përfshin: Inhibitorë selektive të rimarrjes së serotoninës (SSRIa), venlafaksinë
11. Benzodiazepinat (T42.4)
12. Barnat dhe substancat të palistuarat me lart

Nëse ka më shumë se një bar në grupin me të njëjtin prioritet, kodoni të parin të përmendur.

Mbani shënim se për helmet, shkaku themelor i përzgjedhur nuk i perputhet gjithnjë kodit për dëmtimin kryesor. Për shembull, shkaku themelor mund të shprehë një kombinim substancash toksike, por kodi i dëmtimit kryesor identifikon komponentin më të rrezikshëm.

- Shembulli 13:* 1 (a) Nivele toksike të kokainës, heroinës, diazepamit dhe amitriptilinës
(b)
(c)
(d)
(e)

2

Asnjë nga substancat nuk është identifikuar si substanca më e rëndësishme që sjell vdekjen, dhe nuk ka një kod të veçantë kategorie për kombinimin e këtyre substancave. Kodoni X44, Helmim aksidental nga dhe ekspozim ndaj substancave të tjera të papërcaktuara, si shkaku themelor i vdekjes.

Si dëmtim kryesor, kodoni helmimin me heroinë. Në listën prioritare më sipër, kokaina (T40.5) është në grupin 8, heroina (T40.1) është në grupin 1a, diazepami (T42.4) është në grupin 11 dhe amitriptilina (T43.0) është në grupin 10. Zgjidhni heroinën, substancën me prioritet më lartë (T40.1, Helmim nga narkotiket dhe psikodisleptiket [haluçinogjenët], heroina).

- Shembulli 14:* 1 (a) Mbidozë e heroinës, kokainës, diazepamit dhe amitriptilinës
(b)
(c)
(d)
(e)

2

Asnjë nga substancat nuk është identifikuar si substanca më e rëndësishme që sjell vdekjen, dhe nuk ka një kod të veçantë kategorie për kombinimin e këtyre substancave. Kodoni X44, Helmim aksidental nga dhe ekspozim ndaj substancave të tjera të papërcaktuara, medikamenteve dhe substancave biologjike, si shkaku themelor i vdekjes (X44).

Pastaj, kodoni helmimin me heroinë si dëmtimin kryesor. Në listën prioritare më sipër, heroina (T40.1) është në grupin 1a, kokaina (T40.5) është në grupin 8, diazepami (T42.4) është në grupin 11 dhe amitriptilina (T43.0) është në grupin 10. Zgjidhni heroinën, substancën me prioritet më lartë (T40.1, Helmim nga narkotiket dhe psikodisleptiket [haluçinogjenët], heroina).

- Shembulli 15:* 1 (a) Helmim aksidental nga alkoli, heroina dhe alkoli
(b)
(c)
(d)
(e)

2

Helmimi nga kombinimi i alkolit me barnat kodohet si prej barnave, shikoni instruksionin në Seksionin 4.2.7B, nën-seksioni (b), sipër. Asnjë nga barnat e raportuara në Pjesën 1 nuk është identifikuar si substanca më e rëndësishme që sjell

vdekjen, dhe nuk ka një kod të veçantë kategorie për kombinimin e këtyre substancave. Kodoni X44, Helmim aksidental nga dhe ekspozim ndaj substancave të tjera të papërcaktuara, medikamenteve dhe substancave biologjike, si shkak themelor i vdekjes.

Pastaj, kodoni helmimin me heroinë si dëmtimin kryesor. Në listën prioritare më sipër, heroina (T40.1) është në grupin 1a, diazepami (T42.4) është në grupin 11. Zgjidhni heroinën, substancën me prioritet më lartë (T40.1, Helmim nga narkotiket dhe psikodisleptiket [haluçinogjenët], heroina).

4.2.8 Instruksione të veçanta mbi vdekshmërinë amëtare (Hapi M4)

Nëse shtatzënia, lindja dhe paslindja është përmendur diku në çertifikatë, në shumicën e rasteve shkak themelor (bazë) kodohet në Kapitullin XV, Shtatezania, lindja dhe paslindja. Kjo ndodh pasi ose shkak themelor që ju përzgjedhët duke aplikuar Hapat SP1 deri SP8 dhe M1 deri M4 është klasifikuar në Kapitullin XV sipas Indeksit Alfabetik, ose sepse ka një kod të veçantë në Kapitullin XV për gjendjen nëse del gjatë shtatzënisë, lindjes dhe paslindjes.

Aplikoni instruksionet e mëposhtme për të përcaktuar nëse ka një shkak themelor (bazë) që është indeksuar në pjesë të tjera të ICD por që duhet indeksuar në Kapitullin XV.

Mbani parasysh që instruksionet nuk aplikohen për gjendjet që janë të indeksuara në Kapitullin XV të Indeksit Alfabetik.

- Nëse shtatzënia, lindja dhe paslindja është raportuar diku në çertifikatë por nuk është thënë qartë që shtatzënia, lindja dhe paslindja kontribuan në vdekje, konstaktoni së pari çertifikuesin dhe merrni informacion shtesë.
 - Nëse çertifikuesi thotë që vdekja ishte një komplikacion i shtatzënisë, lindjes apo paslindjes, kodojeni shkakun themelor në Kapitullin XV, Shtatezania, lindja dhe paslindja.
 - Nëse çertifikuesi thotë që vdekja nuk ishte një komplikacion i shtatzënisë, lindjes apo paslindjes, mos e kodoni shkakun themelor në Kapitullin XV.
 - Nëse nuk merrni dot informacion shtesë, por shtatzënia, lindja dhe paslindja është raportuar diku në Pjesën 1 ose Pjesën 2 të çertifikatës, kodoni shkakun themelor në Kapitullin XV.
- Nëse shkak themelor që përzgjedhët klasifikohët në O98-O99 (Infeksione dhe sëmundje parazitare të nënës të klasifikueshme tjetërkund por që komplikojnë shtatzëninë, lindjen dhe paslindjen), atëherë shtoni kodin korrespondues nga Kapitulli I-XVI si një shkak i shumëfishtë i vdekjes. Kjo është e rëndësishme sepse përndryshe informacioni i rëndësishëm mbi vdekjen nuk do të ishte i kapshëm.
- Vini re që disa gjendje nuk janë të koduara në Kapitullin XV, edhe nëse ndodhen gjatë

shtatzënisë, lindjes apo paslindjes, shikoni shënimin ‘Përrjashton’ në fillim të Kapitullit XV.

- Shembulli 1:* 1 (a) Embolizëm nga lëngu amniotik
(b)
(c)
(d)
(e)

2

Shkaku themelor, Embolizmi nga lëngu amniotik, është i indeksuar në Kapitullin XV (O88.1).

- Shembulli 2:* 1 (a) Edemë pulmonare
(b) Insuficiencë mitrale, shtatzëni
(c)
(d)
(e)

2

Shkaku themelor, insuficiencia mitrale, është i indeksuar në Kapitullin XV sepse shtatzënia është e përmendur në Pjesën 1. Kodoni shkaku themelor si Sëmundje të sistemit cirkulator që komplikojnë shtatzëninë, lindjen dhe paslindjen (O99.4). Gjithashtu shtoni një kod për Insuficiencën Mitrale (I34.0) si një shkak kontribues i vdekjes.

- Shembulli 3:* 1 (a) Hemorragji
(b) Kancer i cerviksit
(c)
(d)
(e)

2

Shkaku themelor, kanceri cervikal, është i indeksuar në Kapitullin XV sepse shtatzënia është e përmendur në Pjesën 2. Kodoni shkaku themelor si Sëmundje të tjera të përcaktuara që komplikojnë shtatzëninë, lindjen dhe paslindjen (O99.8). Gjithashtu shtoni një kod për Kancerin cervikal (C53.9) si një shkak kontribues i vdekjes.

- Shembulli 4:* 1 (a) Insuficiencë hepatike
(b) Ethet hemorragjike Dengi
(c)
(d)
(e)

2 Informacion shtesë: 30 ditë pas lindjes

Kodoni shkaku themelor si Sëmundje të tjera të përcaktuara që komplikojnë shtatzëninë, lindjen dhe paslindjen (O99.5). Gjithashtu shtoni një kod për Dengin (A97) si një shkak kontribues i vdekjes.

4.2.9 Instruksione të veçanta mbi kirurgjinë dhe procedurat mjekësore të tjera (Hapi M4)

A. *Arsyeja për kirurgjinë pse procedura është deklaruar*

Nëse pika tentative e fillimit tek e cila arritët duke aplikuar Hapat SP1 deri në SP7 dhe M1 deri në M4 është kirurgjia dhe procedura të tjera mjekësore dhe që çertifikata jep arsyen pse u krye kirurgjia ose procedura në fjalë, atëherë përzgjidhni arsyen për operacionin ose procedurën tjetërsi pikën e fillimit. Më pas, aplikoni instruksionet në Hapat SP7 dhe M1 deri M4 siç është përshkruar.

B. *Arsyeja për kirurgjinë ose procedurën nuk është deklaruar, komplikacioni i raportuar*

Nëse arsyeja për kirurgjinë ose procedurën nuk është deklaruar dhe komplikacioni është raportuar, procedoni siç shpjegohet më poshtë.

- Së pari kontrolloni nëse Indeksi Alfabetik jep një kod apriori për arsyen e kirurgjisë apo procedurës. Nëse po, kjo është pika e re e fillimit. Më pas, aplikoni instruksionet në Hapat SP7 dhe M1 deri M4 siç është përshkruar tashmë.
- Nëse Indeksi Alfabetik nuk jep një kod apriori për arsyen e kirurgjisë apo procedurës, përcaktoni nëse lloji kirurgjisë ose procedurës përcakton një organ ose vend të caktuar. Nëse po, atëherë përdorni kodin për kategorinë reziduale për organin apo vendin ku është operuar si pika e re e fillimit. Më pas, aplikoni instruksionet në Hapat SP7 dhe M1 deri M4 siç është përshkruar tashmë.
- Nëse Indeksi Alfabetik nuk jep një kod apriori për arsyen e kirurgjisë ose procedurës, dhe lloji i kirurgjisë dhe procedurës nuk tregon organin ose vendin, kontrolloni nëse çertifikata përmend një aksident në kohën e procedurës. Nëse po përdorni kodin e duhur nga O74, O75.4 ose Y83-Y84 si shkakun themelor të vdekjes.

C. *Arsyeja për kirurgjinë dhe procedurën nuk është deklaruar, asnjë komplikacion nuk raportohet*

Nëse arsyeja për kirurgjinë ose procedurën nuk deklarohet dhe as ndonjë komplikacion nuk raportohet, procedoni siç përshkruhet më poshtë.

- Së pari kontrolloni nëse Indeksi Alfabetik jep një kod apriori për arsyen e kirurgjisë apo procedurës. Nëse po, kjo është pika e re e fillimit. Më pas, aplikoni instruksionet në Hapat SP7 dhe M1 deri M4 siç është përshkruar tashmë.
- Nëse Indeksi Alfabetik nuk jep një kod apriori për arsyen e kirurgjisë apo procedurës, përcaktoni nëse lloji kirurgjisë ose procedurës përcakton një organ ose vend të caktuar. Nëse

po, atëherë përdorni kodin për kategorinë reziduale për organin apo vendin ku është operuar si pika e re e fillimit. Më pas, aplikoni instruksionet në Hapat SP7 dhe M1 deri M4 siç është përshkruar tashmë.

- Nëse Indeksi Alfabetik nuk jep një kod apriori për arsyen e kirurgjisë ose procedurës, dhe lloji i kirurgjisë dhe procedurës nuk tregon organin ose vendin, kodoni në R99, Shkaqe të tjera të keq-përcaktuara të vdekshmërisë.

Shembulli 1: 1 (a) Embolizëm pulmonar
(b) Apendektomi
(c)
(d)
(e)

2

Çertifikata nuk jep një shkak për kirurgjinë, por termi apendektomi tregon që organi i operuar është apendiksi. Kodoni K38.9, Sëmundje të apendiksit, të paspecifikuara, si shkakun themelor të vdekjes.

Shembulli 2: 1 (a) Shpim aksidental i aortës
(b) Laparotomi
(c)
(d)
(e)

2

Çertifikata nuk jep një shkak specifik për kirurgjinë, dhe termi laparotomi nuk tregon një organ specifik. Megjithatë ka një përmendje aksidenti gjatë kirurgjisë. Kodoni aksidentin, shpimin aksidental të aortës gjatë laparatomisë si shkaun themelor të vdekjes (Y60.0, Prerje, shpim, perforim pa dashje ose hemorragji gjatë kirurgjisë dhe kujdesit mjekësor, gjatë operacionit kirurgjikal).

Shembulli 3: 1 (a) Hemorragji post-operatore
(b) Seksion Cezarian
(c) Shtërzim i zgjatur
(d)

2

Çertifikata nuk jep një shkak specifik për kirurgjinë, dhe termi laparotomi nuk tregon një organ specifik. Kodoni arsyen për kirurgjinë, shtërzim i zgjatur, si shkakun themelor të vdekjes (O63.9, Shtërzim i zgjatur, i papërcaktuar).

Shembulli 4: 1 (a) Laparotomi
(b)
(c)
(d)

2

Çertifikata nuk jep një shkak specifik për kirurgjinë, dhe termi laparotomi nuk tregon një organ specifik. Nuk ka përmendje komplikacioni. Kodoni R99, Shkaqe të tjera të

keq-përcaktuara dhe papërcaktuara të vdekshmërisë, si shkakun themelor të vdekjes.

D. Pajisjet mjekësore të shoqeruara me aksidente nga shkaqe të jashtme

Nëse vdekja është shkaktuar nga një incident që përfshin një pajisje mjekësore, por incidenti është nga një shkak i jashtëm dhe jo për shkak të prishjes dhe keq-funksionimit të vetë pajisjes, kodoni shkakun e jashtëm si shkakun themelor të vdekjes.

- Shembulli 5:*
- 1 (a) Pneumoni nga inhalimi
 - (b) Hemorragji e trakese
 - (c) Rënie nga krevati nderkohë që ishte i lidhur me respiratorin
 - (d)

2 Trajtimi me respirator pas transplantit të mëlçisë

Nuk ka një përmendje të prishjes ose keqfunksionimit të respiratorit ose tubit trakeal. Kodoni Renien që përfshin krevatin (W06), aksidenti që shkaktoi hemorragjinë, si shkakun themelore të vdekjes.

- Shembulli 6:*
- 1 (a) Edemë pulmonare
 - (b) Ndalim i pompes balon intra-aortik
 - (c) Nderpreje e energjise nga stuhia
 - (d) Infark miokardi i ndodhur se fundmi me insuficiensë mitrale

2

Pompa balon ndaloi se punuari, jo për shkak të prishjes ose keq-funksionimit, por për shkak të ndërprerjes së energjisë. Kodoni arsyen për ndërprerjen e energjisë, stuhinë e tmerrshme, si shkakun themelor të vdekjes (X37, Viktime e një stuhie kataklizmike).

Nëse shkakun e jashtëm të incidentit nuk është i klasifikuar në mënyrë specifike, kodojeni si Ekspozim ndaj faktorëve të papërcaktuar që shkaktojnë dëmtime të tjera të papërcaktuara (X59.9).

- Shembulli 7:*
- 1 (a) Insuficiencë kardiake
 - (b) Nderprerja e administrimit të barnave inotropikë
 - (c) Heqje aksidentale e linjes subklaviane (intravenozë)
 - (d)

2 Kirurgji për çarjen akute të fshikëzës së tëmthit

Nuk ka një përmendje të prishjes ose keqfunksionimit të pajisjes. Duke qenë se aksidenti që shkaktoi heqjen e sistemit subklavian nuk përshkruhet, kodoni në X59.9, Ekspozim ndaj faktorëve të papërcaktuar që shkaktojnë një dëmtim tjetër dhe të papërcaktuar.

4.3 Instruksione kodimi për vdekshmëri: shkaqe të shumëfishta

4.3.1 Hyrje

Kodimi i shumë shkaqeve lejon analizë në detaje për shkaqet e vdekjes, për shembull për komplikacione serioze por të shmangshme të disa shkaqeve themelore të përcaktuara, dhe të impaktit të gjendjeve bashke-ekzistuese mbi rezultatet e procesit të sëmundjes. Atëherë, në kodimin e vdekshmërisë, si shkaku themelor dhe shkaqet e shumëfishta duhen rregjistruar. Gjithashtu, kodimi i plotë shumë-shkakësor është esencial për aplikimin e saktë të instruksioneve të ICD për perzgjedhjen dhe modifikimin e shkakut themelor të vdekjes (shiko Secsionin 4.2).

Të gjithë detajet e mundshëm mund të mbahen në kodimin e shumë shkaqeve, duke qenë se hurjt kanë të tera shumë shkaqe kjo lejon një analizë përtë plotë sesa hyrjet vetëm me një shkak të raportuara në çertifikatë. Në vecanti:

- Pozicioni i kodeve individuale në të dhënat e rregjistruara duhet të reflektojë se ku në çertifikatë janë futur shprehjet diagnostike korresponduese nga çertifikuesi, por disa analiza mund të fokusohen në shkakun fundor të vdekjes, ose në gjendje të raportuara në Pjesën 2;
- Kodet për gjendjet e përbashkëta, ose për gjendjet e konsideruara si simptomatike dhe me pak informative, nuk duhet të fshihen ose të lihen fare jashtë, sepse ato mund të jenë me interes në analizën për të gjetur gjendjet që mund të shmangen dhe mund të shërbejnë si shenjues të seeriozitetit të gjendjeve të tjera të raportuara në çertifikatë;
- Të dhënat mbi shkaqet e shumta duhet të ruhen në dy formate: njeri që tregon sa me qartë të jetë e mundur termin që ka përdorur çertifikuesi në çertifikatë dhe ku çdo term i përdorur në çertifikatë është i ruajtur; dhe një format që merr në konsideratë marrëdhënien midis gjendjeve të raportuara në çertifikatë, dhe ku kodet janë harmonizuar sipas instruksioneve në volumet e ICD.

4.3.2 Diagnozat e papercaktuara

Injoroni shprehjet që tregojnë për dyshim në vendosjen e diagnozës, për shembull ‘siç duket’, ‘siç prezumohet’, ‘me probabilitet’ ose ‘mundësisht’. Një diagnozë tentative, megjithëse e pasigurtë, është me e mire për përdorim sesa statistikisht e vdekshmërisë sesa asnjë diagnozë fare.

4.3.3 Ose...ose

Çertifikuesi mund të raportojë diagnoza alternative, ‘ose diagnoza A ose diagnoza B’. Në këto raste, procedura është si vijon.

A. *Një gjendje, ose në një vend ose në një tjetër*

- (a) nëse vendet janë të njëjta në sistemin anatomik, kodoni në kategorinë reziduale për grupin ose sistemin anatomik ku klasifikohen vendet e raportuara.

Shembulli 1: 1 (a) Kancer i veshkës ose fshikëzës urinare
(b)
(c)
(d)

2

Kodoni si neoplazëm malinje, organin urinar, të papërcaktuar(C68.9).

(b) Nëse vendet e raportuara janë në sisteme anatomike të ndryshëm, ose nuk ka një kategori reziduale për grupin ose sistemin anatomik, kodoni në kategorinë reziduale të sëmundjes ose gjendjes së specifikuar.

Shembulli 2: 1 (a) Kancer i gjendrës mbiveshkore ose veshkës
(b)
(c)
(d)

2

Kodoni si neoplazëm malinje, vend parësor i papërcaktuar (C80.9), duke qenë se gjendja mbiveshkore dhe veshka janë në sisteme anatomike të ndryshëm.

B. Një vend ose sistem, ose një gjendje ose një tjetër

(a) Nëse gjendjet e raportuara janë të klasifikueshme në nën-kategori të ndryshme katër-shifrore të të njëjtës kategori tre-shifrore, kodoni në nën-kategorinë katër-shifrore ‘e papërcaktuar’.

Shembulli 3: 1 (a) Sëmundje ateriosklerotike e zemrës ose aneurizëm koronar
(b)
(c)
(d)

2

Kodoni si Sëmundje ishemike kronike e zemrës, e papërcaktuar (I25.9)

(b) nëse gjendjet e raportuara janë të klasifikueshme në disa kategori tre-shifrore të ndryshme por ICD-10 jep një kategori reziduale për sëmundjet në përgjithësi, kodoni në atë kategori reziduale.

Shembulli 4: 1 (a) Infarkt miokardi ose aneurizëm koronar
(b)
(c)
(d)

2

Kodoni si kategori reziduale për sëmundjen ishemike të zemrës, (I25.9)

(c) Nëse gjendjet e raportuara janë të klasifikueshme në disa kategori tre-shifrore dhe nuk ka një

kategori reziduale për sëmundjet në përgjithësi, kodoni në kategorinë reziduale që ka lidhje me sistemin ose vendin anatomik.

Shembulli 5: 1 (a) Tuberkuloz ose kancer i mushkërisë
(b)
(c)
(d)

2

Kodoni si Sëmundje tjetër e mushkërisë (J98.4). Të dyja gjendjet e prekin mushkërinë.

Shembulli 6: 1 (a) Insult cerebral ose infarkt miokardi
(b)
(c)
(d)

2

Kodoni si Çrregullime të tjera të papërcaktuara të sistemit të qarkullimit (I99). Të dyja gjendjet janë në sistemin e qarkullimit.

C. Ose një gjendje ose një tjetër, sisteme anatomike të ndryshëm

Kur sëmundje të ndryshme të sistemeve anatomike të ndryshëm raportohen si ‘oseose...’, kodojini si Shenja dhe simptoma të tjera të përcaktuara (R68.8).

Shembulli 7: 1 (a) Kolikë e fshikëzës së tëmthit ose trombozë koronare
(b)
(c)
(d)

2

Kodoni si Shenja dhe simptoma të tjera të përcaktuara (R68.8).

D. Ose sëmundje ose dëmtim

Kur vdekja raportohet si prej ose sëmundjes ose dëmtimit, kodoni si Shkaqe të tjera të keq-përcaktuara dhe të papërcaktuara të vdekshmërisë (R99).

Shembulli 8: 1 (a) Bllokim i koronares ose dëmtim në luftë
(b)
(c)
(d)

2

Kodoni si Shkaqe të tjera të keq-përcaktuara dhe të papërcaktuara të vdekshmërisë (R99).

4.3.4 Efektet e termave lidhes

Kur një çertifikues përdor një term lidhës, kodet që janë përcaktuar duket të reflektojnë qëllimet e çertifikuesit.

Ka dy lloje të termave lidhës: ato që nënkuptojnë një marrëdhënie shkakësore dhe ato që nuk nënkuptojnë një marrëdhënie shkakësore midis shkaqeve të raportuara të vdekjes.

A. *Termet lidhës që nënkuptojnë një marrëdhënie shkakësore*

Një marrëdhënie shkakësore mund të shprehet në dy mënyra: ‘për shkak të’ e shkruar ose e nënkuptuar nga një term i ngjashëm; ose ‘që rezulton në’ i shkruar ose i nënkuptuar nga një term i ngjashëm.

(a) ‘Për shkak të’ i shkruar ose nënkuptuar nga një term i ngjashëm

Kur një shkak i çertifikuar me një term lidhës nënkupton që është prej një shkakut tjetër, fusni kodin për shkakun e parë në rreshtin kur raportohet dhe kodin tjetër në një rresht më poshtë. Kodoni secilin nga shkaqet e raportuara në rreshtat që mbeten të Pjesës 1 ose në rreshtat dhe më poshtë.

<i>Shembulli 1:</i>	1 (a)	Insuficiencë kardiake nga sëmundja ishemike e zemrës	I50.9
	(b)	Diabeti	I25.9
	(c)		E14.9
	(d)		

2

Insuficienca është shkak i parë në rresht (a), dhe kodohet atë rreshtin (a). Është raportuar si pasojë e sëmundjes ishemike të zemrës, kështu që kodoni sëmundjen ishemike të zemrës në rreshtin (b). Zhvendosni Diabetin, që është shkruar në rreshtin (b), në rreshtin (c).

<i>Shembulli 2:</i>	1 (a)	Insuficiencë kardiake nga Karcinoma hepatocelulare	I50.9
	(b)	Sëmundja ishemike e zemrës	C22.0
	(c)		I25.9
	(d)		E14.9

2

Insuficienca është shkak i parë në rresht (a), dhe kodohet atë rreshtin (a). Është raportuar si pasojë e Karcinomës hepatocelulare, kështu që kodoni Karcinomën hepatocelulare në rreshtin (b). Zhvendosni sëmundjen ishemike të zemrës, që është shkruar në rreshtin (b), në rreshtin (c). Gjithashtu lëvizni diabetin, e raportuar në rreshtin (c), në rreshtin (d).

Kjo aplikohet dhe tek termet e tjerë lidhës ose shenjat që tregojnë një marrëdhënie ‘për shkak të’, si ‘e shkaktuar nga’, ‘për shkak të’ ose dicka e ngjashme.

(b) 'Që rezulton në' e shkruar ose e nënkuptuar nga një term i ngjashëm

Kur një shkak është çertifikuar me një term lidhës që nënkupton që ka ardhur për shkak të një shkakut tjetër, fusni kodin për shkakun që pason termin lidhës në rreshtin ku raportohet, dhe kodin për shkakun para termit lidhës në rreshtin e mëposhtëm. Kodoni çdo shkak të raportuar në rreshtat që mbeten në Pjesën 1 ose në rreshtat më poshtë.

Shembulli 3:

1 (a)	Sëmundja ishemike e zemrës që con në insuficiencë kardiake	I50.9
(b)	Diabeti	I25.9
(c)		E14.9
(d)		

2

Kodoni insuficiencën kardiake, që pason termin lidhës 'që rezulton në', në rreshtin (a). Kodoni sëmundjen ishemike të zemrës, e cila është raportuar para termit lidhës, në rreshtin (b). Zhvendosni Diabetin, e raportuar në rreshtin (b), një rresht më poshtë dhe kodojeni atë në rreshtin (c).

Shembulli 4:

1 (a)	Karcinoma hepatocelulare që con në insuficiencë kardiake	I50.9
(b)	Sëmundja ishemike e zemrës	C22.0
(c)	Diabeti	I25.9
(d)		E14.9

2

Kodoni insuficiencën, raportuar pas termit lidhës 'që con në', në rreshtin (a). Kodoni Karcinomën hepatocelulare, që është raportuar para termit lidhës, në rreshtin (b). Zhvendosni sëmundjen ishemike të zemrës, që është shkruar në rreshtin (b), në rreshtin (c), dhe lëvizni diabetin, e raportuar në rreshtin (c), në rreshtin (d).

Kjo aplikohet për termat lidhës ose shenjat e tjera që tregojnë 'që rezulton në' një marrëdhënie, si psh 'që shkakton', 'con në', 'zhvillohet si' etj të ngjashme.

B. Termat lidhës që nuk nënkuptojnë një marrëdhënie shkakësore

(a) 'Dhe' e shkruar ose e nënkuptuar nga një term i ngjashëm i pari ose i fundit në rresht

Termi lidhës 'dhe' nuk nënkupton një marrëdhënie shkakësore por tregon që termat para dhe pas tij i perkasin një renditje. Prandaj, kur një rresht mbaron me 'dhe', kodoni shkakun ose shkaqet në rreshtin më poshtë, të fundit në rreshtin me lart, kështu që kodimi të reflektojë rreshtimin e nënkuptuar nga termi lidhës.

Në mënyrë të ngjashme, kur një rresht fillon me 'dhe', konsideroni këtë një një vazhdim të një rreshtimi që fillon në rreshtin më sipër, dhe kodoni shkakun ose shkaqet e raportuar në rreshtat që mbeten në Pjesën 1 ku është raportuar.

Kjo aplikohet në termat e tjerë lidhës ose shenjat që tregojnë një numerim por jo marrëdhënie

shkakësore, si ‘gjithashtu’, ‘plus’, ‘përveç’, ‘si shtesë’, ‘+’ ose presje.

<i>Shembulli 5:</i>	1 (a)	Insuficiencë kardiake, dhe	I50.9 I25.9
	(b)	Sëmundja ishemike e zemrës	
	(c)	Diabeti	E14.9
	(d)		

2

Rreshti 1(a) mbaron me ‘dhe’, kështu që konsideroni ‘sëmundjen ishemike të zemrës’, të raportuar në rreshtin (b) si pjesë e numerimit ‘insuficiencë kardiake dhe sëmundje ishemike e zemrës’. Kodoni siç duhet, dhe vendosni kodet për insuficiencen kardiake dhe sëmundjen ishemike të zemrës në rreshtin 1(a). Kodoni diabetin aty ku është raportuar, në rreshtin (c)

<i>Shembulli 6:</i>	1 (a)	Insuficiencë kardiake	I50.9
	(b)	Sëmundja ishemike e zemrës	I25.9 E14.9
	(c)	dhe diabet	
	(d)		

2

Rreshti 1(c) fillon me ‘dhe’. Konsideroni diabetin, raportuar në rreshtin (c), si pjesë e rreshtimit ‘sëmundje ishemike e zemrës dhe diabet’. Kodoni siç duhet, dhe vendosni kodet për sëmundjen ishemike të zemrës dhe diabetin në rreshtin 1(b).

(b) ‘Dhe’ e shkruar ose e nënkuptuar nga një term i ngjashëm por jo i pari dhe i fundit në rresht

Nëse një term lidhës që nuk nënkupton një marrëdhënie shkakësore është shkruar në një rresht por jo në fillim ose në fund, trajtoheni atë si presje. Mos e ri-formatoni tekstin dhe mos lëvizni pjesë të tij si shkak në një rresht tjetër.

C. Terma diagnostike që nuk ndalojnë në fund të rreshtit

Nëse një term diagnostik fillon në një rresht në Pjesën 1 dhe vijon në rreshtin tjetër, kodojeni sikur i gjithë termi diagnostik të ishte shkruar në rreshtin ku termi diagnostik fillon. Kodoni çdo shkak të raportuar në rreshtat që ngelen në Pjesën 1 ku raportohen.

<i>Shembulli 7:</i>	1 (a)	Sëmundja	I25.9
	(b)	Ishemike e zemrës	
	(c)	Diabet i tipit 2	E11.9
	(d)		

2

‘Sëmundja ishemike e zemrës’ është një term diagnostik që raportohet në dy rreshta. Kodoni sikur i gjithë termi të ishte shkruar në rreshtin (a). Kodoni Diabetin ku raportohet në rreshtin (c).

<i>Shembulli 8:</i>	1 (a)	Pneumonia	J18.9
	(b)	Sëmundja kronike	N18.9 E11.9
	(c)	e veshkës, diabet	
	(d)		

2

Rreshti 1(c) fillon me ‘dhe’. Kosideroni diabetin, raportuar në rreshtin (c), si pjesë e rreshtimit ‘sëmundje ishemike e zemrës dhe diabet’. Kodoni siç duhet, dhe vendosni kodet për sëmundjen ishemike të zemrës dhe diabetit në rreshtin 1(b). Gjithashtu kodoni diabetin në linjen (b), duke qenë se vijon në rreshtin ku është shkruar ‘sëmundje kronike’.

4.3.5 Neoplazmat malinje

Për ti caktuar kodin korrekt neoplazmës më shumë shkaktare, ju duhet së pari të përcaktoni sjelljen (malinje, in situ, beninje, të papërcaktuar dhe të panjohur) për secilen nga neoplazmat e raportuara në çertifikatën mjekësore. Për neoplazmat malinje, ju duhet të përcaktoni nëse ti kodoni ato si parësore apo dytësore. Për atë qëllim, aplikoni instruksionet e treguara në Seksionin 4.35 dhe 4.3.5B që pason.

A. *Sjellje malinje, in situ, beninje ose e panjohur/papërcaktuar?*

Janë katër lloje kryesore të sjelljes:

- Malinje: neoplazma pushton indin rrethues ose perhapet nga pika e saj e origjines dhe fillon rritjen në një zonë tjetër;
- In situ: neoplazma është malinje por është akoma e kufizuar në indin ku filloi;
- Beninje: neoplazma rritet në vendin e origjines por pa potencialin për tu përhapur
- Sjellje e paqarte ose e panjohur: është e papërcaktuar ose e panjohur nëse neoplazma është beninje apo malinje.

Intervalet e kodeve të ICD janë:

- C00-C96 nëse malinje
- D00-D09 nëse in situ
- D10-D36 nëse beninje
- D37-D48 nëse me sjellje të papërcaktuar apo të panjohur

Përcaktoni cilin kod blloku do të përdorni si më poshtë:

(a) *Vete termi tregon sjelljen*

Shikoni në Indeks in Alfabetik për termin e përdorur në çertifikatë për të përshkruar neoplazmën. Nëse është përmendur dhe vendndodhja dhe morfologjia, atëherë shikoni termin për morfologjinë të parën. Për morfologji të caktuara, indeksi alfabetik jep ose kodin ICD, ose ju drejton në pjesën përkatëse të ‘Neoplazmave’ në Indeks in Alfabetik. Nëse morfologjia nuk përmendet, shkoni në listën

e indeksit të 'Neoplazmave' në Indeksin Alfabetik dhe kodoni sipas vendit dhe sjelljes.

(b) Informacion tjetër në çertifikatë tregon për sjelljen

Nëse termi i përdorur në çertifikatë nuk e tregon sjelljen specifike, atëherë shikoni për ndonjë informacion tjetër që mund të tregojë për sjelljen.

Kodoni një neoplazëm me sjellje të papërcaktuar, ose pershkruesi si 'in situ', si malinje nëse raportohet si shkak i, ose së bashku me, metastaza ose infiltrim. Shikoni gjithashtu Seksionin 4.3.5B, Neoplazma malinje: parësore apo dytësore?, nën-seksioni (c), Tregues tjetër i neoplazmës malinje parësore.

Shembulli 1: 1 (a) Tumor i kolonit me metastaza në mëlçi
(b)
(c)
(d)

2

Tumori i kolonit është i raportuar me metastaza në mëlçi dhe konsiderohet malinj. Kodoni tumorin e kolonit si parësor (C18.9).

Kjo i aplikohet gjithashtu të gjithë tipeve të rritjeve që nuk janë indeksuar në Kapitullin II (Vëllimi 1, ICD-10), për shembull, disa lloje polipesh. Nëse ata janë raportuar si shkak i metastazave ose tumore dytësore, ata duhet të konsiderohen malinj edhe të kodohen si neoplazma malinje.

Gjithashtu konsideroni një neoplazëm me sjellje të dyshuar - si malinje nëse raportohet si prej një neoplazme malinje. Për të përcaktuar nëse është parësor apo dytësor, shikoni instruksionet në seksionin 4.3.5B, Neoplazma malinje: parësore apo dytësore?, nën-seksioni (c), Tregues tjetër i neoplazmës malinje parësore.

Nëse tumori është indeksuar në Kapitullin II seksioni për neoplazmat beninje por është raportuar si shkak i metastazave apo infiltrimit, kontrolloni Indeksin Alfabetik dhe në Vëllimin 1 nëse ka një kod të caktuar për atë lloj. Nëse po, kodojeni si malinj. Nëse nuk ka një kod për atë lloj malinj, së pari përpiquini të merrni informacion sqarues nga çertifikuesi. Nëse nuk ka informacion tjetër të gatshëm, atëherë pranojeni deklaratën mbi çertifikatën e vdekjes dhe përdorni kodin për tumorin beninj.

Nëse nuk ka një tregues për malinjitet, kodojeni si sjellje të panjohur pse të papërcaktuar (D37-D48).

B. Neoplazëm malinje: parësore apo dytësore?

Nëse neoplazma është koduar në C00-C96, më pas vendosni nëse është parësore apo dytësore.

Vendi parësor është vendodhja anatomike ku filloi neoplazma malinje. Një neoplazëm malinje mund të përhapet në pjesë të tjera të trupit, dhe këto vende quhen dytësore ose metastaza. Është shumë e

rëndësishme për të përcaktuar vendin parësor. Kur çertifikata e vdekjes është ambigue lidhur me vendin parësor, duhet bërë çdo përpjekje për të marrë sqarime nga çertifikuesi. Instruksionet që pasojnë duhen aplikuar vetëm kur këto sqarime është e mundur të merren.

ICD jep kodet si më poshtë për neoplazmat malinje parësore:

C00-C75	Neoplazëm malinje, e deklaruar apo dyshuar që është primare, në një zonë anatomike të përcaktuar. Ky bllok nuk përfshin indet limfatike, hematopoetike apo të lidhura me to.
C76	Neoplazëm malinje e zonave të keq-përcaktuara
C80	Neoplazëm malinje, pa përcaktim të zonës
C81-C96	Neoplazëm malinje, e deklaruar apo e dyshuar të jetë primare, me ind limfatik, hematopoetik dhe indeve të lidhura me to.

Për neoplazmat malinje dytësore, ICD ka këto kode:

C77-C790	Neoplazma malinje dytësore ose të përcaktuara, të deklaruara ose të dyshuara si përhapje metastatike nga një vend tjetër
----------	--

Për neoplazmat malinje të një zonë të papërcaktuar të padeklaruara ose të pa dyshuara që janë parësore ose dytësore, ICD jep kodin C80.9, Neoplazëm malinje, vendi parësor i papërcaktuar.

(a) Vendet e zakonshme për metastazat

Kur zgjidhni ndërmjet kodeve për neoplazmat malinje parësore apo dytësore, referojuni listës se mëposhtme për vendet e zakonshme të metastazave:

- Kockë
- Tru
- Diafragmë
- Vend i keq-përcaktuar (vend i klasifikueshëm në C76)
- Mëlçi
- Mushkëri
- Limfonodula
- Mediastinum
- Meningje
- Peritoneum
- Pleura
- Retroperitoneum
- Shtyllë kurrizore

Shikoni më poshtë për instruksione të mëtejshme se si ta përdorni listën.

(b) Neoplazëm malinje e raportuar si parësore

Nëse çertifikuesi për shkruan një neoplazëm malinje si ‘parësore’, ‘parësore në’, ‘që ka origjinën në’ ose term i ngjashëm, atëherë përdorni një kod për neoplazëm malinje parësore (C00–C76, C80.0 ose C81–C96). Përdorni Indeks in alfabetik për të gjetur kodin e duhur.

Nëse morfologjia është përmendur, gjithnjë shikoni morfologjinë në Vëllimin 3 së pari, sepse për disa morfologji ka kode të përcaktuara që janë të ndryshëm nga kodet që jepen në tabelën ‘Neoplazmat’ sipas vendit dhe sjelljes.

(c) Tregues tjetër i neoplazmës malinje

Gjithashtu kodoni një neoplazëm malinje si parësore, edhe pse nuk përshkruhet nga çertifikuesi si parësore, nëse:

- Të gjitha neoplazmat malinje në çertifikatë janë përshkruar si dytësore ose si metastaza;
- Ajo është në intervalin e kodeve C81-C96:
 - Një neoplazëm parësore në C81-C96 mund të ndodhe njëkohësisht me një neoplazëm tjetër malinje në të njëjtin rend. Kodoni të gjitha neoplazmat malinje të kodueshme në C81-C96 si parësore, përveç rasteve kur çertifikuesi i specifikon ato si dytësore;
- Vendi nuk është në listën e vendeve të zakonshme të metastazave.

Nëse vendi është në listën e vendeve të zakonshme të metastazave, kodoni neoplazmën malinje si parësore nëse:

- Morfologjia tregon që është parësore në vendin e raportuar;
- Nëse përshkruhet e shkaktuar nga një faktor rreziku i njohur për neoplazëm malinje në vendin e deklaruar;
- Është e vetmja neoplazëm malinje e përmendur në çertifikatë, dhe nuk përshkruhet si ‘metastatike’:
 - *Përjashtim*: kodoni neoplazmën malinje të limfonodulave si dytësore, edhe nëse raportohet si e vetmja neoplazëm në çertifikatë, përveç kur deklarohet që neoplazma e limfonodulave është parësore;
 - *Kini parasysh*: nëse e vetmja neoplazëm malinje e raportuar në çertifikatë është neoplazma malinje e mëlçisë, dhe nuk është e përcaktuar nëse është parësore apo dytësore, atëherë përdorni kodin C22.9, Neoplazëm malinje e mëlçisë, e papërcaktuar.
- Nëse është neoplazëm malinje e mushkërisë, dhe të gjitha neoplazmat e tjera malinje të përmendura në çertifikatë janë në të njëjtën listë të vendeve të zakonshme të metastazave:
 - Kodoni mushkërinë si sekondare vetëm nëse një tjetër neoplazëm është raportuar në të njëjtin vend të çertifikatës (Pjesa 1 ose Pjesa 2) dhe kjo neoplazëm tjetër është koduar si neoplazëm malinje parësore.
- Kodoni gjithnjë mushkërinë si parësore nëse neoplazma malinje është përshkruar si e bronkut ose bronkogjenike.

Kodoni një neoplazëm që nuk është indeksuar si malinje, për shembull meningioma, si malinje dhe parësore nëse është raportuar që shkakton përhapje dytësore ose metastaza dhe kodoni për një variant malinj të neoplazmës që është i gatshëm. Shikoni dhe më sipër, Seksionin 4.3.5A Sjellje: malinje, in

situ, beninje ose e panjohur/e papërcaktuar, nën-seksioni (b), Informacion tjetër mbi sjelljen që treguar në çertifikatë.

Perjashtimet janë listuar si vijon.

- Nëse kohëzgjatja është e përmendur, neoplazmat dytësore nuk duhet të kenë një kohëzgjatje me të madhe se neoplazmat malinje të dyshuara parësore.
- Nëse morfologjitë përmenden, ajo dytësore dhe ajo e dyshuar malinje parësore duhet të kenë të njëjtën morfologji
- Nëse një neoplazëm që nuk do të kodohej si malinje është raportuar si shkaku i një neoplazme tjetër që nuk do të kodohej si malinje, atëherë kodoni të dyja neoplazmat sipas indeksit alfabetik. Mos supozoni malinjitet ose përhapje metastatike.

Shembulli 2: 1 (a) Metastaza të trurit
(b) Tumor të mushkërisë
(c)
(d)

2

Tumori i mushkërisë ka shkaktuar përhapje metastatike dhe konsiderohet malinj. Konsiderohet gjithashtu parësor, duke qenë se vendi tjetër i përmendur (truri) është metastazë. Kodoni tumorin e mushkërisë si tumor parësor (C34.9).

Shembulli 3: 1(a) Kancer i pankreasit
(b) Kancer i stomakut
(c)
(d)

2

Pankreasi dhe stomaku nuk janë në listën e vendeve të zakonshme të metastazave. Kodoni të dy kancerat si parësore (C25.9 dhe C16.9).

Shembulli 4: 1 (a) Kancer i mëlçisë dhe mushkërisë
(b) Hepatit kronik
(c)
(d)

2

Hepatiti kronik rrit rrezikun për kancer parësor të mëlçisë. Prandaj, konsideroni kancerin e mëlçisë si parësor dhe kodojeni C22.9, (Neoplazëm malinje e mëlçisë, e papërcaktuar). Mos e përdorni kodin për Malinjitet dytësor të mëlçisë, C87.7. Kodoni kancerin e mushkërisë si Dytësor (C78.0), sepse vetëm një neoplazëm malinje tjetër në çertifikatë është parësore.

Shembulli 5: 1(a) Kancer i veshkës dhe kancer i mushkërisë
(b)
(c)
(d)

2

Kodoni kancerin e veshkës si parësor (C64), duke qenë se nuk është në listën e vendeve të zakonshme të metastazave. Kodoni kancerin e mushkërisë si dytësor (C78.0), duke qenë se raportohet në të njëjtën pjesë të çertifikatës si kanceri i veshkës dhe kanceri i veshkës konsiderohet si parësor.

- Shembulli 6:* 1(a) Kancer i mushkërisë
(b)
(c)
(d)

2

Kodoni kancerin e mushkërisë si parësor (C34.9). Nuk ka neoplazëm tjetër parësore në të njëjtën pjesë të çertifikatës aty ku raportohet kanceri i mushkërisë, dhe kodi për kancerin e mushkërisë nuk influencohet nga neoplazmat e përmendura në ndonjë pjesë tjetër të çertifikatës. Kodoni kancerin e veshkës si parësor (C64), duke qenë se nuk është në listën e vendeve të zakonshme të metastazave.

- Shembulli 7:* 1(a) Tumor i trurit
(b)
(c)
(d)

2

Tumor i mushkërisë, ndoshta dytësore

Konsideroni të dy tumoret si malinje. Duke qenë se çertifikuesi ka përshkruar një nga të dy si dytësor, që është tregues malinjiteti. Shikoni Seksionin 4.3.5A, Sjellja: malinje, in situ, beninje ose e panjohur/e papërcaktuar, nën-seksioni (b), Informacion tjetër në çertifikatë që tregon për sjelljen. Kodoni tumorin e trurit si parësor, duke qenë se neoplazmat e tjera malinje në çertifikatë janë të përshkruara si dytësore. Kualifikimi 'mbase' injorohet; shikoni Seksionin 4.3.2, Diagnoza të papërcaktuara.

- Shembulli 8:* 1 (a) Prekje me metastaza e murit të gjoksit
(b) Karcinoma in situ e gjoksit
(c)
(d)

2

Kodoni karcinomën in situ të gjoksit si neoplazmën malinje parësore të gjoksit (C50.9). Duke qenë se tumori i gjirit ka përhapje në murin e gjoksit ai nuk konsiderohet me in situ.

- Shembulli 9:* 1 (a) Neoplazëm malinje dytësore e mushkërive dhe trurit
(b) Polip i stomakut
(c)
(d)

2

Konsideroni polipin si neoplazëm malinje parësore e stomakut (C16.9). Duke qenë se polipi raportohet si shkak i përhapjes dytësore, ai konsiderohet malinj.

- Shembulli 10:* 1(a) Kancer i trurit

(b)

(c)

(d)

2

Truri është në listën e vendeve të zakonshme për metastaza, por në këtë rast është e vetmja neoplazëm e përmendur në çertifikatë. Përdorni kodin për neoplazmën malinje parësore të trurit (C71.9).

Shembulli 11: 1(a) Kancer i limfonodulave cervikale

(b)

(c)

(d)

2

Kodoni kancerin e limfonodulave cervikale si dytësore (C77.0). Ai konsiderohet dytësor pas një neoplazme malinje parësore të papërcaktuar.

Shembulli 12: 1(a) Kancer i fshikëzës urinare

(b) Kancer i prostatës

(c)

(d)

2

Kanceri i prostatës është përshkruar si parësor. Kodojeni si C61, i cili është në bllokun e neoplazmave malinje parësore. Kodoni kancerin e fshikëzës si dytësore (C79.1), duke qenë që çertifikata tregon që kanceri ishte parësor në një vend tjetër. Shikoni gjithashtu Seksionin 4.3.5B, Neoplazmat malinje: parësore apo dytësore?, nën-seksioni (e), Tregues tjetër i neoplazmave malinje dytësore.

Shembulli 13: 1(a) Kancer i fshikëzës urinare

(b) Tumor i mushkërisë

(c)

(d)

2

Asnjë nga tumoret nuk është përshkruar si beninj apo malinj. Atëherë, mos supozoni malinjitet ose përhapje metastatike. Përdorni kodet nga blloku i Neoplazmave të papërcaktuara ose me sjellje të panjohur, D41.4 (fshikez) dhe D38.1 (trake, bronk dhe mushkeri).

(d) Neoplazëm malinje e përshkruar si dytësore

Nëse çertifikuesi nuk përshkruhet si parësor apo dytësor, atëherë përdorni një kod në C77-C79. Përdorni listën në 'Neoplazëm, dytësore' në Indeks in Alfabetik për të gjetur kodin e duhur.

(e) Tregues tjetër i neoplazmës malinje dytësore

Nëse një neoplazëm nuk është përshkruar si parësore apo dytësore por deklarohet morfologjia, së

pari shikoni morfologjinë në Indeks in Alfabetik. Nëse morfologjia nuk perputhet me vendin e deklaruar të neoplazmës (p.sh. neoplazma nuk mund të jetë parësore e zonës së deklaruar sipas librave dhe teksteve reference), atëherë vendosni një kod për një neoplazëm malinje të një vendi të papërcaktuar për morfologjinë e treguar.

Kodoni një neoplazëm malinje si dytësore, nëse neoplazma është:

- E përcaktuar si dytësore nga çertifikuesi;
- E papërcaktuar nëse parësore apo dytësore, dhe vendi është në listën e vendeve të zakonshme të metastazave:
 - *Përrjashtim*: nëse ka vetëm një neoplazëm malinje të përmendur dhe vendi është në listën e vendeve të zakonshme të metastazave, atëherë kodoni neoplazmën si parësore megjithëse është në listën e vendeve të zakonshme të metastazave. Kjo nuk ka vlerë për limfonodulat, të cilat kodohen gjithnjë si dytësore. Shikoni gjithashtu seksionin 4.3.5B, neoplazmat malinje: parësore apo dytësore?, nën-seksioni (c), Tregues të tjerë të neoplazmave malinje parësore;
 - *Përrjashtim*: kodoni mushkërinë si parësore, nëse të gjithë vendet e tjera në të njëjtën pjesë të çertifikatës (Pjesa 1 ose Pjesa 2) janë në listën e vendeve të zakonshme të metastazave.
- E papërcaktuar nëse parësore apo dytësore, dhe çertifikuesit deklaroi që kanceri është parësor në një vend tjetër. Kjo aplikohet nëse vendi është në listën e vendeve të zakonshme për metastazat ose jo:
 - Pavarësisht nga vendi, mos e kodoni një neoplazëm si dytësore nëse është e një morfologjie të ndryshme nga ajo në neoplazmën tjetër që deklarohet të jetë parësore. Shikoni gjithashtu në Seksionin 4.3.5C, Më shumë se një neoplazëm malinje parësore;
- E papërcaktuar nëse malinje, in situ ose beninje, dhe raportohet si për shkak të një neoplazme malinje:
 - Përrjashtim: nëse kohëzgjatja përmendet, mos e kodoni neoplazmën e papërcaktuar si dytësore nëse ka një kohëzgjatje me të madhe se neoplazma malinje e raportuar që është shkak i neoplazmës së papërcaktuar;
- Morfologjia tregon që neoplazma nuk mund të jetë parësore në zonën e thënë.
- Mos e përdorni rrathen e hyrjeve për të përcaktuar nëse neoplazmat janë parësore apo dytësore. Kodoni një neoplazëm malinje të raportuar si prej një neoplazme tjetër malinje si dytësore vetëm nëse përshkruhet si dytësore, me përhapje metastatike ose dicka të ngjashme, ose nëse është në listën e vendeve të zakonshme për metastazat.
- Mos e ngaterroni ‘parësore’ me ‘kryesisht në’. Ndërkohë që ‘kryesisht në’ identifikon një nga tumoret malinje si tumorin parësor, ‘parësor’ do të thotë që neoplazma malinje nuk ishte dytësore. Nuk do të thotë detyrimisht që të gjitha neoplazmat malinje të tjera të përmendura në çertifikatë ishin dytësore.

Shembulli 14: 1(a) Karcinomë e gjendrave mbiveshke
(b)
(c)
(d)
2 Parësor në veshkë

Neoplazma malinje e gjendrave mbiveshkore konsiderohet dytësore, duke qenë se çertifikata thotë që kanceri ishte parësor në veshkë. Kodoni karcinomën e gjendrave mbiveshkore si dytësore (C79.7) dhe parësor në veshkë si Neoplazëm parësore malinje e veshkës (C64).

- Shembulli 15:* 1(a) Kancer i prostatës
(b) Vendi parësor i panjohur
(c)
(d)

2

Vendi parësor përshkruhet si i panjohur. Kodoni si Neoplazëm malinje me vend parësor të panjohur (C80.0). Kodoni kancerin e prostatës si Dytësor (C79.8), duke qenë që neoplazma malinje parësore ka qenë qartesisht në një vend tjetër.

- Shembulli 16:* 1(a) Tumor i trurit
(b) Kancer i mushkërive
(c)
(d)

2

Tumori i trurit konsiderohet malinj, duke qenë se është raportuar për shkak të kancerit të mushkërive. Gjithashtu konsiderohet dytësor, pasi është në listën e vendeve të zakonshme të metastazave dhe është raportuar së bashku me kancerin e mushkërive. Kodoni tumorin e trurit si Dytësor malinj (C79.3). Kodoni kancerin e mushkërive si Parësor (C34.9), duke qenë se e vetmja neoplazëm tjetër e raportuar është në listën e vendeve të zakonshme të metastazave.

- Shembulli 17:* 1(a) Rritje kanceroze në mëlçi dhe në limfonodula
(b)
(c)
(d)

2

Neoplazëm malinje e stomakut

Rritje kanceroze në mëlçi dhe limfonodula konsiderohet si dytësore, pasi të dyja janë në listën e vendeve të zakonshme për metastaza. Kodoni si Dytësore neoplazmën malinje të mëlçisë (C78.7) dhe limfonodula (C77.9), dhe si neoplazëm malinje parësore të stomakut (C16.0).

- Shembulli 18:* 1(a) Kancer i mushkërisë, pleures dhe murit të kraharorit
(b) Vendi parësor i panjohur
(c)
(d)

2

Kodoni kancerin e mushkërisë si parësor (C34.9), duke qenë se të gjitha vendet e tjera të përmendura në çertifikatë, pleura dhe muri i kraharorit, janë në listën e vendeve të zakonshme për metastazat. Kodoni kancerin e pleures dhe të murit të kraharorit si dytësor (C78.2 dhe C79.8).

- Shembulli 19:* 1(a) Mezotelioma e pleures dhe e limfonodulave
(b)
(c)
(d)

2

Mezitelioma e pleures është indeksuar në C45.0, e cila është në intervalin e kodeve për neoplazmat malinje parësore. Neoplazmamalinje e limfonodulave konsiderohet dytësore, duke qenë se limfonodulat janë në listën e vendeve të zakonshme për metastaza (C77.9).

- Shembulli 20:* 1(a) Kancer i mushkërive
(b)
(c)
(d)

2 Kancer i stomakut

Kodoni të dy, kancerin e mushkërive dhe të stomakut si parësore (C34.9, C16.9). megjithëse mushkeria është në listën e vendeve të zakonshme për metastaza, është e vetmja neoplazëm e përmendur në Pjesën 1 të çertifikatës, dhe që kodimi i kancerit të mushkërive nuk është influencuar nga neoplazmat e përmendura në pjesën tjetër të çertifikatës.

- Shembulli 21:* 1(a) Kancer i fshikëzës së urinës
(b) Kancer i veshkës
(c)
(d)

2

Të dy si kanceri i fshikëzës dhe kanceri i veshkës janë parësore (C67.9, C64), duke qenë se asnjeri nuk është në listën e vendeve të zakonshme për metastaza, dhe asnjeri nuk është përshkruar si parësor.

- Shembulli 22:* 1(a) Osteosarkoma e sakrumit
(b) Karcinomë me qeliza të pastra e veshkës
(c)
(d)

2

Kodoni të dyja neoplazmat malinje si parësore. Kocka është në listën e vendeve të zakonshme për metastaza, por osteosarkoma indeksohet si një kancer parësor i kockës (C41.4). gjithashtu, ka një morfologji të ndryshme nga kanceri me qeliza të pastra të veshkës (C64).

- Shembulli 23:* 1(a) Osteosarkoma e mushkërisë
(b)
(c)
(d)

2

Morfologjia tregon një neoplazëm parësore të kockës, dhe vendi i raportuar

(mushkeria) është në mosperputhje me morfologjinë. Kodoni osteosarkomen e një vendi të papërcaktuar (C41.9), dhe gjithashtu shtoni kodin për neoplazmën malinje dytësore të mushkërisë (C78.0).

Nëse të gjitha vendet janë në listën e vendeve të zakonshme për metastaza, atëherë kodoni të gjitha vendet si dytësore. Rekomandohet që ju gjithashtu të shtoni një kod për paresoret e panjohura. Përdorni C80.9, nëse nuk përmendet morfologjia. Nëse morfologjia përmendet, atëherë kodoni në ‘vend i papërcaktuar’ me kodin që jepet në Vëllimin 3 për morfologjinë e përfshirë.

C. Më shumë se një neoplazëm malinje parësore

Më shumë se një neoplazëm malinje parësore mund të raportohet në të njëjtën certifikatë. Kodoni çdo neoplazëm malinje parësore me një kod në C00–C76, C80.0, ose C81–C96.

Indikacionet për disa neoplazi malinje parësore janë:

- Morfologji të ndryshme;
- Një morfologji specifike për vendin e raportuar me një neoplazëm malinje të një vendi tjetër që nuk është në listën e vendeve të zakonshme për metastaza;
- Vendet nuk janë në listën e vendeve të zakonshme për metastaza;
 - Nëse një term morfologjie është me pak specifik se një term tjetër që është përshkruar në certifikatë, atëherë i konsideroni që të dy sikur përshkruajnë të njëjtën neoplazëm;
 - Mos e konsideroni ‘kancer’ apo ‘karcinome’ si term morfologjik, por si sinonim të ‘neoplazëm malinje’.

Shembulli 24: 1(a) Karcinoma me qeliza tranzicionale e fshikëzës së urinës
(b)
(c)
(d)

2 Osteosarkomë, parësore në gju

Fshikëza në 1(a) nuk është në listën e vendeve të zakonshme për metastazat. Neoplazma malinje e raportuar në Pjesën 2 është specifikuar si parësore. Për më tepër, të dyja neoplazmat janë me morfologji të ndryshme dhe të dyja konsiderohen si parësore. Kodoni si Neoplazëm malinje e fshikëzës së urinës (C67.9) dhe osteosarkoma parësore e gjurit (C40.2).

Shembulli 25: 1(a) Hepatoma
(b) Kancer i gjurit
(c)
(d)

2

Morfologjia e ‘hepatomes’ tregon një neoplazëm parësore të mëlçisë. Kanceri i gjurit gjithashtu konsiderohet parësor, duke qenë se gjoksi nuk është në listën e vendeve të zakonshme të metastazave. Kodoni si Hepatomë (C22.0) dhe neoplazëm malinje parësore të gjurit (C50.9).

- Shembulli 26:* 1(a) Karcinoma me qeliza të vogla
(b) Kancer i gjirit
(c)
(d)

2

Morfologjia e karcinomes me qeliza të vogla tregon një neoplazëm malinje parësore të mushkërisë. Kanceri i gjirit gjithashtu konsiderohet si parësor, pasi gjiri nuk është në listën e vendeve të zakonshme të metastazave. Kodoni si parësor (C34.9), megjithëse mushkeria është në listën e vendeve të zakonshme për metastazat, dhe neoplazëm malinje parësore të gjoksit (C50.9).

D. Vendi i indikuar jo-qartë

Nëse një neoplazëm malinje përshkruhet si në ‘zonën’ ose ‘rajonin’ e një vendi, ose nëse vendi përshkruhet me prefiksat ‘peri’, ‘para’, ‘pre’, ‘supra’, ‘infra’ ose shprehje të ngjashme, atëherë kontrolloni së pari nëse termi i përbërë është i përfshirë në Indeks Alfabetik.

Nëse termi i përbërë nuk është në Indeks Alfabetik, atëherë kodoni morfologjitë të klasifikueshme në një nga kategoritë:

- C40, C41 (kockë dhe kartilago artikulare)
- C43 (melanome malinje e lekures)
- C44 (melanome tjetër malinje e lekures)
- C45 (mezoteliome)
- C46 (sarkoma Kaposi)
- C47 (nervat periferike dhe sistemi nervor autonomik)
- C49 (indi lidhor dhe i butë)
- C70 (meningjet)
- C71 (truri)
- C72 (pjesë të tjera të sistemit nervor qendror)

në pjesën e duhur të nën-ndarjeve të kategorisë.

Nëse termi i përbërë nuk është në Indeks Alfabetik dhe morfologjia nuk është e klasifikueshme në kategoritë si më sipër, ose morfologjia nuk është deklaruar, atëherë kodoni në nën-ndarjen e duhur të C76 (vend tjetër ose i keq-përcaktuar).

- Shembulli 27:* 1(a) Fibrosarkoma në rajonin e pankreasit
(b)
(c)
(d)

2

Kodoni si Neoplazëm malinje e indit lidhur dhe të butë të barkut (C49.4)

- Shembulli 28:* 1(a) Karcinoma në zonën e mushkërive
(b)

(c)

(d)

2

Neoplazëm malinje e zonave të keq-përcaktuara dhe të tjera, brenda toraksit (C76.1)

Kur vendi i një neoplazme malinje parësore nuk përcaktohet, mos bëni asnjë supozim për vendin parësor bazuar në vendet e gjendjeve të tjera të raportuara si shpim, bllokim ose hemorragji. Keto gjendje mund të dalin në vende që nuk kanë lidhje me neoplazmën. Për shembull, bllokimi i zorreve mund të shkaktohet nga perhapja e neoplazmës malinje të ovarit.

Shembulli 29: 1(a) Bllokim i zorreve

(b) Karcinoma

(c)

(d)

2

Kodoni karcinomën si neoplazëm malinje pa përcaktim të zonës (C80.9)

Shembulli 30: 1(a) Karcinomë sekondare e mëlçisë

(b) Vendi parësor i papërcaktuar

(c)

(d)

2

Çertifikata thotë që vendi parësor është i papërcaktuar. Për rreshtin 1(b), përdorni kodin për karcinomën parësore pa përcaktim të vendit (C80.0)

Shembulli 31: 1(a) Metastaza të gjeneralizuara

(b) Melanome

(c) Vendi parësor i papërcaktuar

(d)

2

Çertifikata thotë që vendi parësor është i panjohur. Kodoni si Melanome malinje parësore në vend të papërcaktuar (C43.9)

Megjithatë, nëse çertifikata përmend një vend të mundshëm parësor, hidhni poshtë shprehjen që përmend dyshimin dhe kodoni për atë vend. Shikoni dhe Seksionin 4.3.2, (Diagnoze e papërcaktuar).

Shembulli 32: 1(a) Karcinomë dytësore e mëlçisë

(b) Vendi parësor i panjohur, mbase stomak

(c)

(d)

2

Çertifikata thotë që vendi parësor është i panjohu, por gjithashtu përmend stomakun si vend i mundshëm parësor. Injoroni fjalën 'mbase' dhe kodoni në rreshtin 1(b) si Neoplazëm malinje parësore e stomakut (C16.9)

Nëse çertifikata përmend disa vende të mundshme si parësore, zgjidhni kodin në përputhje me

instruksionet në Seksionin 4.3.3A, (Një gjendje, ose në një vend ose në një tjetër).

- Shembulli 33:* 1(a) Karcinomë dytësore e mëlçisë
(b) Vendi parësor i panjohur, mbase stomak ose kolon
(c)
(d)

2

Çertifikata thotë që vendi parësor është i panjohu, por gjithashtu përmend stomakun ose kolonin si vende të mundshme parësore. Kodoni në rreshtin 1(b) si Neoplazëm malinje e një vendi të keq-përcaktuar brenda sistemit digjestiv (C26.9).

F. Zona që mbivendosen

Në hyrjen e Kapitullit II në Vëllimin 1 (Shenimiet, Seksioni 5) përshkruan perbajtjen dhe përdorimin e synuar të nën-kategorisë .8 për neoplazmat malinje të zonave që mbivendosen. Në kodimin e vdekshmërisë, megjithatë, kodet për neoplazmat malinje të zonave që kanë mbivendosje duhet të përdoren vetëm nëse lezioni përshkruar shprehimisht si i mbivendosur, ose në termat anatomike të përdorur ose në çertifikatën e vdekjes përmendet një zonë mbivendosjeje. Mos përdorni kodet për lezionet e mbivendosura nëse një neoplazëm malinje është përhapur nga një pjesë e një organi ose sistemi në një pjesë tjetër të të njëjtit organ ose sistem.

- Shembulli 34:* 1(a) Neoplazëm malinje e gjuhës dhe dyshemesë së gojës
(b)
(c)
(d)

2

Kodoni si C14.8, Lezion i mbivendosur i buzës, kavitetit të gojës dhe faringut. Neoplazma është përshkruar si e mbivendosur

- Shembulli 35:* 1(a) Neoplazëm malinje e kolonit rekto-sigmoidal
(b)
(c)
(d)

2

Kodoni si neoplazëm malinje të bashkimit rekto-sigmoidal. Termi ‘rekto-sigmoidal’ flet për mbivendosje.

Nuk është e mjaftueshme që çertifikata të numërojë disa zona të vazhdueshme. Në atë rast kodoni zonat një me një sipas instruksioneve të treguara më sipër.

- Shembulli 36:* 1(a) Neoplazëm malinje e kolonit dhe fshikëzës së tëmthit
(b)
(c)
(d)

2

Nuk ka asnjë deklaratë që ‘koloni dhe fshikëza e tëmthit’ i referohet një neoplazme të

mbivendosur. Asnjë nga vendet nuk është në listën e vendeve të zakonshme për metastaza, dhe si pasojë ato konsiderohen si dy vende parësore të pavarura. Kodoni si një Neoplazëm malinje parësore e kolonit (C18.9) dhe Neoplazëm malinje e fshikëzës së tëmthit (C23).

G. Kancer ‘metastatik’

Shënim: Shprehja ‘metastatik’ është një problem në gjuhën Angleze. Vendet e tjera duhet ta perkthejne vetëm sa të jetë e mundur nga Seksioni 4.3.5G.

Neoplazmat e kualifikuara si metastatike janë gjithnjë malinje, edhe nëse janë parësore edhe dytësore.

Megjithatë, mbiemri ‘metastatik’ është përdorur në dy mënyra, disa herë që ka kuptimin dytësor nga një zonë parësore tjetërkund, dhe shpeshherë ka kuptimin e një zonë parësore që ka leshuar metastaza.

(a) Neoplazëm malinje ‘metastatike prej’ një zonë të përcaktuar

Nëse neoplazma malinje është përshkruar si ‘metastatike prej’ një zonë të përcaktuar, ose nëse është ‘për shkak të’ një marrëdhënie që nënkupton një përhapje nga një zonë e përcaktuar, ajo zone duhet klasifikuar si parësore. Kjo gjithashtu aplikohet për zonat në listën e zonave të zakonshme për metastaza. Përdorni kodet në C00–C76, C80.0 ose C81–C96 për zonën parësore.

(b) Neoplazëm malinje ‘metastatike për tek’ një zonë e përcaktuar

Nëse një neoplazëm malinje është përcaktuar si ‘metastatike për tek’ një zonë e caktuar, ose nëse një marrëdhënie për ‘shkak të’ nënkupton përhapje në një zonë të caktuar, ajo zonë duhet të konsiderohet si dytësore, edhe nëse është ose jo në listën e vendeve të zakonshme për metastaza. Përdorni një kod në C77–C79 për këtë vend dytësor. Megjithatë, nëse raportohet një morfologji e klasifikueshme në C40–C47, C49 ose C70–C72, kodoni nën-kategorinë ‘vend i papërcaktuar’ të asaj lloj morfologjie.

(c) Neoplazëm malinje metastatike e zonës A në zonën B

Një neoplazëm malinje e përshkruar si metastatike e zonës A për tek zona B duhet të interpretohet si parësore e zonës A dhe sekondare për zonën B. Përdorni një kod në C00–C76, C80.0 ose C81–C96 për vendin parësor dhe një kod në C77–C79 për zonën dytësore.

(d) Neoplazëm malinje ‘metastatike’ në listën e zonave të zakonshme të metastazave

Me përjashtim të mushkërisë, kodoni neoplazëm ‘metastatike’ të një zonë në listën e vendeve të zakonshme për metastaza si dytësore (C77–C79), edhe nëse asnjë neoplazëm tjetër është përmendur në çertifikatë. Për neoplazmën ‘metastatike’ të mushkërisë, shikoni Seksionin 4.3.5G Kancer metastatik, nën-seksioni (f), Kancer ‘metastatik’ i mushkërisë.

- *Përrjashtim:* kodoni një neoplazëm të një vendi në listën e vendeve të zakonshme për neoplazëm si parësore kur raportohet që është për shkak të një gjendjeje që rrit rrezikun për një neoplazëm malinje të atij indi ose asaj zone.
- *Përrjashtim:* kodoni një neoplazëm të një vendi në listën e vendeve të zakonshme për neoplazëm si parësore kur raportohet që është e vetmja neoplazëm malinje e përmendur në çertifikatë.

(e) Neoplazëm malinje ‘metastatike’ që nuk është në listën e vendeve të zakonshme për metastaza

Nëse e vetmja neoplazëm malinje është përcaktuar si ‘metastatike’ dhe vendi nuk është në listën e vendeve të zakonshme për metastaza, atëherë kodoni si neoplazëm malinje parësore të atij vendi të caktuar. Përdorni kodet në C00–C76, C80.0 ose C81–C96.

Nëse më shumë se një neoplazëm e përshkruar si ‘metastatike’ raportohet në çertifikatë dhe nuk ka gjithashtu ndonjë neoplazëm malinje tjetër të paraportuar si ‘metastatike’, atëherë kodoni neoplazmat e papërcaktuara si ‘metastatike’ si parësore dhe ato të përcaktuara si ‘metastatike’ si dytësore. Kjo aplikohet dhe për neoplazmat që nuk janë në listën e vendeve të zakonshme për metastaza, të cilat janë përcaktuar si metastatike.

- Shembulli 37:* 1(a) Kancer i fshikëzës urinare
 (b) Kancer metastatik i prostatës
 (c)
 (d)

2

Kodoni si kancer dytësor të prostatës (C79.8) dhe Kancer parësor të fshikëzës së urinës (C67.9). Renditja e rregjistrimit nuk ka ndikim në kodimin.

(f) Kancer ‘metastatik’ i mushkërisë

Nëse e vetmja neoplazëm malinje është përmendur si ‘metastatike’, kodojeni si Neoplazëm malinje parësore e mushkërisë (C34.-).

Gjithashtu kodoni një neoplazëm ‘metastatike’ të mushkërisë si Neoplazëm malinje parësore të mushkërisë (C34.-), nëse të gjitha vendet e neoplazmave të raportuara në çertifikatën e vdekjes janë në listën e vendeve të zakonshme për metastaza.

Nëse një neoplazëm tjetër malinje edhe raportuar dhe që nuk është në listën e vendeve të zakonshme për metastaza, atëherë kodojeni një neoplazëm malinje ‘metastatike’ të mushkërisë si Neoplazëm malinje dytësore të mushkërisë (C78.0)

(g) Neoplazëm ‘metastatike e një morfologjie të caktuar

Nëse çertifikata raporton një neoplazëm malinje të përcaktuar ‘metastatike’ të një morfologjie të

klasifikueshme në C40–C47, C49 ose C70–C72, dhe vendi i raportuar është në perputhje me llojin morfologjik, atëherë kodoni atë si neoplazëm malinje parësore të llojit morfologjik të përcaktuar. Përdorni nën-kategoritë e duhura për llojin morfologjik të përcaktuar.

Nëse kanceri ‘metastatik’ raportohet në çertifikatë dhe në vend nuk është konsisten me llojin morfologjik, kodojeni si neoplazëm malinje dytësore të zonës se përcaktuar (C77-C79). Gjithashtu shtoni një kod për një neoplazëm malinje parësore në zone të papërcaktuar për llojin morfologjik të përmendur.

Shembulli 38: 1(a) Osteosarkoma e sakrumit, metastatike
(b)
(c)
(d)

2

Vendi i sakrumit është konsistent me sarkome parësore të kockës. Kodoni si osteosarkome parësore të sakrumit (C41.4).

Shembulli 39: 1(a) Osteosarkoma e veshkës, metastatike
(b)
(c)
(d)

2

Kodoni osteosarkomen e veshkës si një neoplazëm malinje dytësore (C79.0), sepse vendi i përcaktuar (veshka) nuk është konsistente me osteosarkomen, e cila është kryesisht në kockë. Gjithashtu kodoni C41.9, Osteosarkoma në vend të papërcaktuar.

4.3.6 Pasojat

A. Pasojat e tuberkulozit (B90.-)

Pasojat e tuberkulozit përfshijnë gjendje të përcaktuara si të ndaluara, kuruara, sheruara, inaktive, të vjetra ose të qeta, përveç rastit kur ka fakte të një tuberkulozi aktiv. Nuk përfshin tuberkulozin kronik, i cili duhet të kodohet si një sëmundje infektive aktive.

B. Pasojat e trakomës (B94.0)

Pasojat e trakomës përfshijnë mbetje të trakomës të pershkruara si të sheruara ose inaktive dhe pasoja të tjera të përcaktuara si verbimi, entropioni cikatricial dhe cikatricet konjuktivale, përveç rasteve kur ka fakte të një infeksioni aktiv. Ajo nuk përfshin trakomen aktive, e cila duhet të kodohet si sëmundje infektive aktive.

C. Pasoja të encefalitetit viral (B94.1)

Pasojat e encefalitetit viral përfshijnë gjendje si të vona efektet e të cila dalin një vit ose më shumë pas

gjendjes shkaktare. Nuk përfshin encefalitin viral kronik, i cili duhet të kodohet si një sëmundje infektive aktive.

D. Pasoja të sëmundjeve të tjerainfektive dhe parazitike (B94.8)

Pasoja të sëmundjeve të tjera infektive dhe parazitike përfshijnë gjendjet e përcaktuara si të ndaluara, kuruara, inaktive, të vjetra ose të qeta. Pasoja gjithashtu përfshijnë gjendje që dalin një vit ose më shumë pas gjendjeve të klasifikueshme në kategoritë A00-B89, përveç se kur ka fakte të një sëmundje aktive. Ajo nuk duhet të përfshijë sëmundje infektive ose parazitare aktive.

E. Pasoja e rakitizmit (E64.3)

Pasoja e rakitizmit përfshijnë gjendje të cilat përmenden si pasoja ose efekte të vona të rakitizmit, ose rakitizem i meparshëm si shkak i gjendjeve që dalin një vit ose më shumë pas daljes së rakitizmit. Ajo nuk duhet të përfshijë kequshqyerjen kronike ose mungesat ushqimore, të cilat duhet të kodohen si kequshqyerje ose mungesa ushqimore aktuale.

F. Pasoja e sëmundjeve inflamatore të sistemit nervor qendror (G09)

Kjo kategori jep kodimin e gjendjeve pasoja të klasifikueshme në G00.-, G03–G04, G06.- dhe G08. Nuk duhet përdorur për sëmundjet inflamatore kronike të sistemit nervor qendror. Kodoni ato si sëmundje inflamatore aktuale të sistemit nervor qendror.

4.3.7 Instruksione të veçanta mbi kategoritë e tjera të ICD

A. Ethja reumatike me përfshirje të zemrës (I00-I09)

Nëse nuk ka një shprehje që procesi reumatik ishte aktiv në kohën e vdekjes, supozoni aktivitet nëse gjendja e zemrës (përveç se gjendjet fundore dhe endokarditi bakterial) që është përcaktuar si reumatike, ose e thënë që vjen nga ethja reumatik, është përshkruar si akute ose subakute. Në mungesë të një përshkrimi të tillë, termat ‘karditi’, ‘endokarditi’, ‘sëmundje e zemrës’, ‘miokarditi’ dhe ‘pankarditi’ duhet të konsiderohet si ose akut nëse intervali nga fillimi është me pak se një vit, ose nëse intervali nuk përmendet, për moshat nën 15 vjeç. ‘perikarditi’ duhet të konsiderohet si akut në çdo moshë.

B. Pneumonia dhe palëvizshmëria

Kodoni pneumoni në J18.0- 18.1 dhe J18.8–J18.9 të raportuar me palëvizshmëri ose lëvizshmëri të kufizuar në J18.2, Pneumoni hipostatike, të papërcaktuara.

C. Vdekjes obstetrikale me shkak të papërcaktuar, Vdekjet obstetrikale 42 ditë-1 vit pas lindjes, pasojat e shkaqeve direkte obstetrike (O95, O96 dhe O97).

Kategorite O95, O96 dhe O97 klasifikojnë vdekjet obstetrike sipas kohës që ka kaluar nga ngjarja obstetrike deri në vdekjen e gruas. Kategoria O95 është për tu përdorur kur gruaja vdes gjatë shtatzënisë, shterzimit, lindjes ose paslindjes dhe vetëm nëse informacioni i siguruar është vdekje 'amtare' ose 'obstetrikale'. Nëse është specifikuar shkak obstetrik i vdekjes, mos përdorni kodin O95 por kodin e kategorisë përkatëse. Kategoria O96 është për tu përdorur për klasifikimin e vdekjeve nga shkaqe obstetrike direkte ose indirekte që ndodhin më shumë se 42 ditë por më pak se 1 vit nga mbarimi i shtatzënisë. Kategoria O97 është përdorur për të klasifikuar vdekjet nga çdo shkak obstetrik direkt që ka ndodhur një vit ose më shumë nga mbarimi i shtatzënisë.

D. Vdekjet perinatale (P00-P96)

Përdorni një kod nga Kapitulli XVI, gjendje të caktuara që dalin në periudhën perinatale, nëse:

- Gjendja është e indeksuar me një kod në Kapitullin XVI;
- Ka një hyrje indeks për gjendjen e përcaktuar si kongjenitale/perinatale porsalindur, dhe kohëzgjatja e gjendjes tregon që gjendja është zhvilluar në periudhën perinatale ose neonatale.

Për disa gjendje të diagnostikuara nën një moshë të caktuar, supozohet që gjendja ishte kongjenitale, shikoni seksionin në vijim, Keqformime kongjenitale, deformime dhe anomali kromozomale.

Për më tepër, për femijet nën 28 ditësh, supozoni se një gjendje e raportuar është zhvilluar në periudhën perinatale, përveçse kur kohëzgjatja është deklaruar dhe që fillimi ishte pas mbushjes së javës së parë pas lindjes.

Mbani parasysh që disa lloje gjendjesh janë përjashtuar nga Kapitulli XVI, si p.sh.:

- Tetanozi i të porsalindurit (A33)
- Infeksione gonokoksike kongjenitale (A54)
- Sifiliz kongjenital (A50)
- Sëmundja HIV (B20-B24)
- Sëmundje infektive të marra pas lindjes (A00-B99)
- Sëmundje infektive të zorreve (A00-A09)
- Neoplazmat (C00-D48)
- Anemia hemolitike e trashëguar (D55-D58)
- Hipogamaglobulinemia kalimtare e të porsalindurit (D80.7)
- Sëmundjet endokrine, nutricionale dhe metabolike (E00-E90)
- Sëmundje kongjenitale të caktuara të sistemit nervor të klasifikuara në G00-G99
- Kardiomiopatia kongjenitale
- Bllokimi intestinal i klasifikueshemne K56.0-K56.5
- Pemfigus i neonatit dhe sindroma e lekures se djegur stafilokoksike (L00)
- Kapuci i djepit (L21.0)
- Dermatiti i pelenave [pecetes] (L22)
- Keqformime kongjenitale, deformime ose anomali kromozomale (Q00-Q99)
- Fakte laboratorike të virusit të imunodeficiensës njerezore [HIV] (R75)
- Demtim, helmim dhe pasoja të tjera të caktuara të shkaqeve të jashtme (S00-T98)

E. Keqformime kongjenitale, deformime dhe anomali kromozomale (Q00-Q99)

Gjendjet e klasifikuara si keqformime kongjenitale, deformime dhe anomali kromozomale (Q00-Q99) duhet të kodohen si të tilla nëse kohëzgjatja e gjendjes tregon që ka ekzistuar që nga lindja, edhe pse gjendja nuk është përcaktuar në çertifikatë si kongjenitale.

Për me tepër, gjendjet pasuese duhet të kodohen si kongjenitale në moshat e treguara, nëse nuk ka tregues që ata u fituan pas lindjes.

- Nën një vjeç: aneurizëm, stenoze aortike, atrezi, atrofi e trurit, kist i trurit, deformitet, zhvendosje të organit, keqformim, stenoze pulmonare, sëmundje valvulare e zemrës.
- Nën 4 jave: sëmundje e zemrës NOS, hidrocefali NOS

F. Komplikacione të kirurgjisë dhe kujdesit mjekesor

Sa herë që një komplikacion i një procedurë nuk është i indeksuar dhe nuk është një sinonim i një përfshirjeje ose një termi të indeksuar, kodoni një komplikacion të hershëm ose komplikacion mekanik tek T80-T88. Kodoni komplikacionet e vona dhe komplikacione jetëgjata në funksionin e organit në kapitullin e sistemit përkatës.

4.3.8 Përputhja e seksit të pacientit dhe diagnozës

Shumë nga kategoritë e ICD-10 i aplikohen personave të të dy gjinive. Megjithatë, disa sëmundje kanë më shumë gjasa të ndodhin në një gjini më shumë se në tjetren. Një listë e këtyre gjendjeve jepet në Aneksin 7.8

Nëse ka një mosperputhje të dukshme midis seksit të të vdekurit dhe kodit të përzgjedhur si shkak të vdekjes së raportuar në çertifikatë, atëherë koduesi duhet të kontrollojë informacinin dhe të sigurohet që nuk ka gabim në raportim.

Ndiqui çdo informacion shtesë të dhënë nga çertifikuesi. Nëse del që kodi në fakt ka qenë korrekt, pavaresisht mosperputhjeve, atëherë ky kod duhet mbajtur. Në këto raste mund të jetë e dobishme të mbahet një shënim në statistikat dhe të raportohet që shkak i vdekjes u kontrollua dhe u verifikua që është i saktë dhe është koduar dhe raportuar saktë.

Nëse nuk ka informacion shtesë që mund të sigurohet dhe që shkak i vdekjes është plotësisht i papërputhshëm me gjininë e të vdekurit dhe nëse nuk ka asnjë tregues për ndryshimin e seksit, atëherë përdorni kodin R99, Shkaqe vdekshmërie të tjera dhe të papërcaktuara. Në këto raste, një shënim duhet të shtohet në publikimin zyrtar, që përcakton numrin e rasteve të rregjistruara si R99 për shkak të papërputhshmërisë së gjinisë me shkakun e vdekjes që nuk u arrit të verifikohën.

4.4 Vdekshmëria perinatale: udhëzues për çertifikimin dhe

rregullat për kodimin

Me përmirësimin e Formës ndërkombëtare të çertifikatës mjekësore për shkaqet e vdekjes në 2016, rekomandohet që të përdorni një çertifikatë për të gjitha llojet (shikoni Aneksin 7.1). Çertifikata e mëparshme e rekomanduar për shkaqet perinatale duhet zëvendësuar me formën në Aneksin 7.1. nëse për arsye ligjore ose kufizime të tjera, zbatimi i formës në Aneksin 7.1 për vdekjet perinatale vonohet, duhet të ndiqen rregullat si më poshtë:

Informacioni shtesë i përmendur në paragrafet që pasojnë duhet të jetë i dobishëm për monitorimin e vdekjeve perinatale dhe të të porsalindurve të një vendi ose të një rajoni. Megjithatë, ky informacion nuk ka ndikim mbi rezultatet e kodimit sipas ICD-10 dhe duhet atëherë të mblihet në një seksion të veçantë të çertifikatës se vdekjes.

4.4.1 Çertifikimi i vdekjeve perinatale

Nëse duhet të plotësohet një çertifikatë e veçantë për vdekjet perinatale, në të cilën shkaqet duhen grupuar si më poshtë:

- (a) Sëmundje apo patologjia kryesore në fetusin apo foshnjen
- (b) Sëmundje apo patologji të tjera në fetusin apo foshnjen
- (c) Sëmundja apo patologjia kryesore amtare (maternal) që prek fetusin apo foshnjen
- (d) Sëmundje apo patologji të tjera maternale që prekin fetusin apo foshnjen
- (e) Rrethana të tjera të rëndësishme

Çertifikata duhet të përfshijë detaje të tjera identifikuese si datën dhe kohën përkatëse, si dhe një deklaram nëse foshnja lindi e vdekur apo e gjalle, si dhe detaje të autopsisë.

Për të kryer një analizë të plotë të vdekshmërisë perinatale, janë të nevojshme të dhënat e mëposhtëme për nënën dhe foshnjen, dhe kjo duhet përveç informacionit rreth shkaqeve të vdekjes, dhe jo vetëm për vdekjet perinatale por edhe për të gjitha lindjet e gjalla:

Nëna

Data e lindjes

Numri i shtatzënive të mëparshme: lindje të gjalla / lindje të vdekura / aborte

Data dhe rezultati i shtatzënisë së fundit: lindje e gjallë / lindje e vdekur / abort

Shtatzënia e tanishme:

dita e parë e menstruacioneve të fundit (nëse nuk dihet, vlerësohet në javë në mënyrë të përaftërt kohë-zgjatja e shtatzënisë)

kujdesi antenatal – dy apo me shumë vizita: po / jo / nuk dihet

lindja: normale spontane vertex / tjetër (specifiko)

Fëmija

Pesha në lindje në gram

Seksi: djalë / vajzë / i papërcaktuar

Lindje e vetme /binjak i parë /binjak i dytë / tjetër lindje e shumëfishtë

Nëse kemi të bëjmë me lindje të vdekur, kur ka ndodhur vdekja: para lindjes / gjatë

lindjes / nuk dihet

Variabla të tjerë që mund të shfaqen në çertifikatën bazë, përfshijnë detaje të lidhura me personin që asistoi në lindje, si më poshtë: mjek / mami e trajnuar / person tjetër i trajnuar (specifiko) / tjetër (specifiko).

Metoda me të cilën mblidhen të dhënat suplementare do të variojë sipas sistemit të regjistrave civilë që ekzistojnë në vende të ndryshme. Kur ato mund të mblidhen në regjistrat e lindjeve të vdekura apo vdekjeve neonatale të hershme, mund të përdoret një formular i ngjashëm me “Çertifikatën e Shkaqeve të Vdekjes Perinatale” (e treguar më poshtë). Përndryshe, duhen bërë ndryshimet përkatëse (për shembull, duke lidhur regjistrat e lindjes me të vdekjes) për të bashkuar të dhënat shtesë dhe shkaqet e vdekjes.

Kur është e vështirë të ndërtohet një çertifikatë e përbashkët vdekjeje për foshnjat e lindura gjallë apo lindjet e vdekura, problemi mund të zgjidhet me çertifikata të veçanta për lindjet e vdekura dhe vdekjet neonatit të hershëm, duke përfshirë secila prej tyre formatin e rekomanduar për shkaqet e vdekjes

4.4.2 Përshkrimi i shkaqeve të vdekjes

Çertifikata ka pesë seksione për futjen e shkaqeve të vdekjeve perinatale, të renditura nga (a) në (e). Në seksionet (a) dhe (b) duhen futur sëmundjet apo patologjitë e foshnjes ose fetusit, në (a) futet më e rëndësishmja, dhe, nëse ka tjetër, kjo futet në (b). Me termin “më e rëndësishmja” kuptohet patologjia që, në opinionin e çertifikuesit, ka kontribuar më shumë në vdekjen e foshnjes apo fetusit. Mënyra e vdekjes, si p.sh. insuficienca e zemrës, asfiksia apo anoksia, nuk duhen futur në seksionin (a) veçse nëse ato janë e vetmja patologji e njohur e fetusit apo foshnjes. Kjo është e vërtetë edhe për rastin e prematuritetit.

Në seksionet (c) dhe (d) duhen futur të gjitha sëmundjet apo patologjitë e nënës, të cilat, në opinionin e çertifikuesit, kanë pasur disa efekte të padëshirueshme mbi fetusin apo foshnjen. Sërish, më e rëndësishmja prej tyre duhet futur në seksionin (c) dhe të tjerat, nëse ka, në seksionin (d). Seksioni (e) është për të raportuar çdo lloj rrethane tjetër që ka një lidhje me vdekjen, por që nuk mund të përshkruhet si një sëmundje apo patologji e foshnjes apo nënës, p.sh. lindja pa praninë e një mjeku apo mamie.

Shëmbujt e mëposhtëm ilustrojnë përshkrimin e shkaqeve të vdekjeve për rastet e përzgjedhura.

Shembulli 1: Një grua, shtatzënitë e mëparëshme të së cilës kanë përfunduar në aborte spontane në javët e 12 dhe të 18, është shtruar në spital kur ishte 24 javëshe, për lindje të parakohëshme. Pati një lindje spontane të një fëmijë 700 g, i cili vdiq gjatë ditës së parë të jetës. Në autopsi, elementi kryesor i gjetur ishte “imaturitet pulmonar”.

Shkaqet e vdekjes perinatale:

- (a) Imaturitet pulmonar
- (b) -----

- (c) Lindje e parakohëshme, shkaku i panjohur
- (d) Abortuese e përsëritur
- (e) -----

Shembulli 2: Një primigravide 26 vjeçare, me një histori ciklesh menstruale të rregullta, i është nënshtruar vizitave rutinë antenatale qysh prej javës së 10-të të shtatzënisë. Në javët i 30-32, u vu re klinikisht ngadalësim rritjes fetale, çka u confirmua në javën e 34. Nuk kishte shkaqe të dukshme me përjashtim të një bakteriurie pa simptoma. Lindja u krye me operacion cesarian dhe lindi një djalë 1600 g. Placenta peshonte 300 g dhe u përshkrua si me infarkt. Pasi një sindromë e vuajtjes respiratore, e cila u përgjigj ndaj trajtimit. Foshnja vdiq papritmas në ditën e tretë. Autopsia zbuloi membrana të përhapura hialine në pulmone dhe hemorragji intraventrikulare masive.

Shkaqet e vdekjeve perinatale:

- (a) Hemorragji intraventrikulare
- (b) Sindroma e vuajtjes respiratore
Rritje e vonuar fetale
- (c) Insuficiencë placentare
- (d) Bakteriuri në shtatzëni
Prerje cezariane (Seksio sezarea)
- (e) -----

Shembulli 3: Një diabetike e njohur, e cila nuk ishte kontrolluar mirë gjatë shtatzënisë së saj të parë, pati anemi megaloblastike në javën e 32. Lindja u provokua në javën e 38. Si pasojë e një lindjeje spontane lindi një foshnje 3200 g. Foshnja zhvilloi hipoglicemi dhe vdiq ditën e dytë. Autopsia zbuloi një trunkus arterioz.

Shkaqet e vdekjes perinatale:

- (a) Trunkus arterioz
- (b) Hipoglicemi
- (c) Diabet
- (d) Anemi megaloblastike
- (e) -----

Shembulli 4: Një nënë 30 vjeçare e një djali të shëndetshëm 4 vjeçar pati një shtatzëni normale me përjashtim të hidramnios-it. Radiografia në javën e 36 sugjeronte për anencefali. U provokua lindja. Lindi një fetus i vdekur anencefalik 1500 g.

Shkaqet e vdekjes perinatale:

- (a) Anencefali
- (b) -----
- (c) Hidramnios
- (d) -----
- (e) -----

4.4.3 Tabelimi i vdekshmërisë perinatale sipas shkaqeve

Për statistikën e vdekshmërisë perinatale, të përfuara prej formularit të çertifikatës të treguar në dokumentacionin shoqëruar (shiko 4.4.1), do të arrinte përfitimet maksimale vetëm një analizë e plotë e për të gjitha shkaqet. Kur kjo është e pa-praktikueshme, duhet konsideruar si një minimum i mundshëm analiza e sëmundjes kryesore të fetusit apo foshnjës (pjesa (a)) dhe e patologjisë kryesore amësores (maternal) që prek fetusin apo foshnjën (pjesa (c)) me kryq-tabelim të grupeve të këtyre patologjive. Kur është e nevojshme të zgjidhet vetëm një patologji (për shembull, kur është e nevojshme të inkorporohen vdekjet e neonatit të hershëm në tabelat e vdekjeve vetëm me një shkak, për të gjitha moshat), duhet zgjedhur sëmundja apo patologjia kryesore e fetusit apo foshnjës (pjesa (a)).

4.4.4 Kodimi i shkaqeve të vdekjes

Çdo patologji e futur në seksionet (a), (b), (c) dhe (d) duhet koduar në mënyrë të veçantë. Patologjitë amësores (maternal) që prekin foshnjën apo fetusin, të futura në seksionet (c) dhe (d), duhen koduar në kategoritë P00-P04 dhe këto kode nuk duhen përdorur për seksionet (a) dhe (b). Patologjitë në fetus apo foshnje, të futura në seksionin (a), mund të kodohen në çdo kategori me përjashtim të P00-P04, por do të duhet të kodohen në më të shumtën e rasteve në kategoritë P05-P96 (patologjitë perinatale) ose Q00-Q99 (anomalitë kongjenitale). Vetëm një kod duhet të futet për seksionet (a) dhe (c), por për seksionet (b) dhe (d) duhen futur aq kode sa ç'janë patologjitë e raportuara.

Seksioni (e) është për rishikimin e vdekjeve perinatale individuale dhe nuk do të ketë nevojë normalisht të kodohet. Nëse, sidoqoftë, dëshirohet një analizë statistikore e rrethanave të futura në seksionin (e), disa kategori të përshtatshme mund të ekzistojnë në Kapitujt XX dhe XXI; Nëse jo, përdoruesit do të duhej të ndërtonin sistemin e tyre të kodeve për këtë informacion.

4.4.5 Rregullat e kodimit

Rregullat e përzgjedhjes për vdekshmërinë e përgjithshme nuk përdoren edhe për çertifikatën e vdekjes perinatale. Mund të ngjasë, sidoqoftë, që të ekzistojnë çertifikata të vdekjeve perinatale, në të cilat shkaqet e vdekjes nuk janë futur sipas udhëzimeve të përshtatshme të treguara më sipër. Kurdoherë që është e mundur, këto çertifikata duhen korrigjuar nga çertifikuesi, por kur edhe kjo nuk është e mundur, duhet të përdoren rregullat e mëposhtme.

Rregulli P1 – Mënyra e vdekjes apo prematuritetit e futur në seksionin (a)

Nëse insuficienca kardiake, asfiksia ose anoksia (çdo patologji në P20.-, P21.-) ose prematuriteti (çdo patologji në P07.-) është futur në seksionin (a) dhe patologjitë e tjera të fetusit apo foshnjës janë futur ose në seksionin (a) ose në seksionin (b), kodo atë që përmendet e para nga këto patologji të tjera, si të kish qenë futur e vetme në seksionin (a), dhe kodo patologjinë e futur në fakt në seksionin (a) si të kish qenë futur në seksionin (b).

<i>Shembulli 1:</i>	I lindur gjallë; vdekja në ditën 4-t	Kodimi
	(a) Prematuritet	Q05.9
	(b) Spina bifida	P07.3
	(c) Insuficiencë placentare	P02.2
	(d) -----	

Prematuriteti kodohet në (b) dhe spina bifida në (a).

<i>Shembulli 2:</i>	I lindur gjallë; vdekja në minutën e 50-të	Kodimi
	(a) Asfiksi e rëndë në lindje	Q03.9
	Hidrocefalus	
	(b) -----	P21.0
	(c) Lindje e obstruktuar	P03.1
	(d) Pre-eklampsi e rëndë	P00.0

Asfiksia e rëndë në lindje kodohet në (b) dhe hidrocefalia në (a).

Rregulli P2 – Dy apo më shumë patologji të futura në seksionet (a) ose (c).

Nëse dy apo më shumë patologji janë futur në seksionin (a) ose seksionin (c), kodo atë që përmendet e para, si të kish qenë futur e vetme në seksionin (a) apo (c), dhe kodo të tjerat si të kishin qenë futur në seksionet (b) apo (d).

<i>Shembulli 3:</i>	Lindur i vdekur; vdekja para fillimit të lindjes	Kodimi
	(a) Malnutricion i rëndë fetal	P05.0
	Parakohë	
	Anoksia antepartum	
	(b) -----	P20.9
	(c) Pre-eklampsia e rëndë	P00.0
	Placenta previa	
	(d) -----	P02.0

Lindje parakohë me malnutricion fetal kodohet në (a) dhe anoksia antepartum në (b); pre-eklampsia e rëndë kodohet në (c) dhe placenta previa në (d).

<i>Shembulli 4:</i>	Lindur i gjallë; vdekja ditën e 2-të	Kodimi
	(a) Hemorragji traumatike subdurale	P10.0
	Inhalacion masiv i mekoniumit	
	Anoksi intrauterine	
	(b) Hypoglicemi	P24.0
	Shtatzëni e zgjatur	P20.9
		P70.4
		P08.2
	(c) Lindje me forceps	P03.2
	(d) Pre-eklampsi e rëndë	P00.0

Hemorragjia traumatike subdurale kodohet në (a) dhe patologjitë e tjera të futura në (a) kodohen në (b).

Rregulli P3 – Nuk ka të dhëna në seksionet (a) ose (c).

Nëse nuk ka të dhëna në seksionin (a), por ka patologji të foshnjes apo fetusit në seksionin (b), kodo atë që përmendet e para prej tyre në seksionin (a); nëse nuk ka të dhëna si në seksionin (a) ashtu edhe në (b), ose kodo P95 (vdekje fetale me shkak të paspecifikuar) për lindje të vdekur, ose kodo në P96.9 (patologji që e ka origjinën në periudhën perinatale, e paspecifikuar) për vdekjet neonatale të hershme që duhet përdorur për seksionin (a).

Në mënyrë të ngjashme, nëse nuk ka të dhëna në seksionin (c), por ka të dhëna të lidhura me patologjitë amësore (maternale) në seksionin (d), kodo atë që përmendet e para midis tyre, si të kish qenë futur në seksionin (c); nëse nuk ka të dhëna në asnjërin prej seksioneve (c) ose (d), përdor një kod artificial, p.sh. xxx.x për seksionin (c) për të treguar që nuk është raportuar asnjë patologji amësore (maternale).

<i>Shembulli 5:</i>	Lindur i gjallë; vdekur pas 15 minutash	Kodimi
(a)	----	P10.4
(b)	Çarje tentoriale Sindroma e vuajtjes respiratore	P22.0
(c)		xxx.x
(d)	----	
	Çarja tentoriale kodohet në (a); xxx.x kodohet në (c).	

<i>Shembulli 6:</i>	Lindur i gjallë; vdekur pas 2 ditësh	Kodimi
(a)	-----	P95
(b)	-----	
(c)	-----	P00.0
(d)	Eklampsia (hipertension esencjal afatgjatë)	
	Shkaku perinatal i paspecifikuar kodohet në (a); eklampsia kodohet në (c).	

Rregulli P4 – Patologjitë e futura në seksionin e gabuar.

Nëse një patologji amësore (maternal) (p.sh. patologjitë në P00-P04) është futur në seksionin (a) ose seksionin (b), ose nëse një patologji e foshnjes apo fetusit është futur në seksionin (c) ose seksionin (d), kodo patologjitë si të kishin qenë futur në seksionin përkatës korrekt.

Nëse një patologji e klasifikueshme si një patologji e fetusit apo e foshnjes, ose një patologji maternale, është futur gabimisht në seksionin (e), kodoje atë si një patologji fetale apo maternale shtesë në përkatësisht seksionin (b) ose (d).

<i>Shembulli 7:</i>	Lindur i vdekur; vdekja pas fillimit të lindjes	Kodimi
(a)	Hipoksi intrauterine e rëndë	P20.9
(b)	Oksipitoposterior persistent	
(c)	----	P03.1
(d)	----	P03.2
(e)	Lindje e vështirë me forceps	

Oksipitoposteriori persistent kodohet në (c); lindje e vështirë me forceps kodohet në (d).

4.5. Sëmundshmëria

Në kohën e rishikimit (revizionit) të gjashtë të ICD-së, të adoptuar më 1948, pati mjaft kërkesa prej administratoreve të shëndetit publik, menaxherëve të shërbimeve mjekësore, autoriteteve të mbështetjes sociale dhe kërkuesve të ndryshëm, lidhur me një klasifikim të përshtatshëm për aplikimet e sëmundshmërisë. Në këtë mënyrë, ICD u arrit të bëhej e përshtatshme për grupimin e të dhënave të sëmundshmërisë, përveç përdorimeve të saj tradicionale, dhe ky aspekt i lidhur me sëmundshmërinë ka qenë zgjeruar në rishikimet (revizionet) e mëpasme. Të dhënat lidhur me sëmundshmërinë kanë qenë përdorur gjithmonë e më shumë në formulimin e politikave shëndetësore, në monitorimin e tyre, në epidemiologji, në identifikimin e popullatave në risk dhe në studime klinike (përfshirë studime të shpeshtësisë së hasjes të sëmundjes në grupe të ndryshme shoqërore).

Patologjia që merret në konsideratë për analizën e sëmundshmërisë prej një patologjie-të-vetme është patologjia kryesore e mjekuar (kurrar, trajtuar) apo investiguar (hulumtuar) gjatë episodit përkatës (relevant) të kujdesit shëndetësor. Patologjia kryesore përkufizohet si patologjia, e diagnostikuar në fund të episodit të kujdesit shëndetësor, përgjegjëse në rradhë të parë për nevojën e pacientit për trajtim (mjekim, kurim) apo diagnostikim. Nëse ka më shumë se një patologji të tillë, duhet të zgjidhet ajo për të cilën u përdor më shumë kujdes mjekësor. Nëse nuk është vendosur ndonjë diagnozë, duhet zgjedhur si patologji kryesore simptoma kryesore, problemi kryesor, apo anormaliteti kryesor i gjetur.

Përveç patologjisë kryesore, dokumentacioni duhet të rendisë veçmas, pra ndarasi, kurdoherë që dhe ku është e mundur, probleme apo patologji të tjera të hasura gjatë episodit të kujdesit shëndetësor. Patologjitë e tjera përkufizohen si ato patologji që bashkë-ekzistojnë ose shfaqen gjatë episodit të kujdesit mjekësor dhe influencojnë në menaxhimin e pacientit. Patologjitë e lidhura me një episod tjetër dhe që nuk ndikojnë në episodin e tanishëm nuk duhet të regjistrohen.

Duke e kufizuar analizën në një patologji të vetme për çdo episod, mund të humbasë një pjesë e informacionit të vlefshëm. Rekomandohet që, kur është e mundur, të kryhen kodime dhe analiza për multi-patologji për të plotësuar të dhënat rutinë. Kjo duhet bërë sipas rregullave të vendit përkatës (=rregullave lokale), përderisa nuk janë vendosur rregulla ndërkombëtare. Megjithatë, përvoja në fusha të tjera mund të jenë të dobishme në zhvillimin e skemave të secilit vend (=skemave lokale).

4.5.1 Udhëzime për regjistrimin e informacionit diagnostik për analizën e të dhënave të sëmundshmërisë (vetëm një patologji)

E përgjithshme

Personeli shëndetësor përgjegjës për trajtimin e pacientit duhet të zgjedhë se cila është patologjia kryesore për t'u regjistruar, si dhe patologjitë e tjera për çdo episod kujdesi mjekësor/shëndetësor.

Ky informacion duhet të organizohet në mënyrë sistematike duke përdorur metoda të standardizuara regjistrimi. Një formular i plotësuar në mënyrë korrekte, është thelbësor për një menaxhim të mirë të pacientit dhe është një burim me shumë vlerë për të dhëna epidemiologjike apo të dhëna të tjera statistikore lidhur me kujdesin shëndetësor.

Specificiteti dhe detajet

Çdo dëshmi diagnostike duhet të jetë sa më informative që të jetë e mundur, në mënyrë që të klasifikohet patologjia në kategorinë më specifike të ICD. Shembuj të dëshmive të tilla diagnostike mund të jenë:

- karcinoma me qeliza tranzicionale e trekëndëshit të fshikëzës së urinës
- apendiciti akut me perforim
- katarakti diabetik insulino-vartës
- perikarditi meningokoksik
- kujdesi antenatal (=prenatal, =i paralindjes) për hipertensionin e shkaktuar nga shtatzënia
- diplopia si pasojë e një reaksioni alergjik ndaj mjekimit me antihistaminikë
- osteoartrit i artikulacionit kokso-femoral (=çapakut, kërdhokut, =kokës së femurit) si pasojë e një frakturë të vjetër të tij
- frakturë e qafës së femurit si pasojë e një rënieje në shtëpi
- djegie e gradës së tretë e palmës (pëllëmbës) së dorës.

Diagnoza apo simptoma të pasigurta/paqarta

Nëse nuk ka qenë vendosur ende një diagnozë përfundimtare në fund të episodit të kujdesit mjekësor, atëhere duhet të regjistrohet informacioni që lejon shkallën me të lartë të specificitetit dhe njohurive lidhur me patologjinë që bëri të nevojshëm kujdesin mjekësor. Kjo duhet bërë duke vendosur në formular një simptomë apo problem shëndetësor, dhe jo duke e përcaktuar diagnozën si “e mundshme”, “e dyshuar (suspektuar)”, etj, kur ajo nuk ka qenë vendosur.

Kontakti me shërbimet shëndetësore për arsye të tjera nga sëmundja [illness]

Episodet e kujdesit shëndetësor apo kontakti me shërbimet shëndetësore nuk kufizohet vetëm me trajtimin apo diagnostikimin e një sëmundjeje apo traume. Episodet mund të ndodhin edhe kur dikush pa qenë i sëmurë kërkon ndihmën apo këshillën e mjekut; detajet e e rrethanave me rëndësi duhet të shënohen si “patologjia kryesore”. Shembuj të tillë mund të jenë:

- monitorimi i patologjive të trajtuara më parë
- vaksinimi
- trajtimi lidhur me kontraktivët, kujdesi antenatal dhe postpartum
- ndjekja e personave me risk të rritur si pasojë e historisë vetiake apo familiare
- ekzaminimet e personave të shëndetshëm, p.sh. për qëllime të punës apo emigrimit
- kërkimi i këshillave mjekësore
- kërkesat për këshilla lidhur me mbështetjen sociale
- konsulta për një palë të tretë.

Kapitulli XXI (Faktorët që influencojnë gjendjen shëndetësore dhe kontaktin me shërbimet

shëndetësore) ofron një diapason (gjani) të gjerë të kategorive (Z00-Z99) për klasifikimin e këtyre rrethanave; referimi ndaj këtij kapitulli do të jepte ndihmë lidhur me klasifikimin në kategorinë më të përshtatshme.

Patologjitë e shumëfishta

Kur një episod i kujdesit mjekësor ka të bëjë me më shumë se një patologji të lidhura me njera tjetrën (p.sh. trauma të shumëfishta ose shumë patologji që ndodhin në sëmundjen e HIV), duhet të regjistrohet si “patologjia kryesore” ajo që është dukshëm më e rënda dhe që kërkon më shumë ndihmë mjekësore, ndërkohë që të tjerat duhen raportuar si “patologji të tjera”, e ndjekur kjo nga një listë me patologji. Kur nuk predominon asnjë patologji, duhet të përdoren terma të tilla si “fraktura të shumëfishta” apo “plagë të shumta”, ose ‘sëmundje e HIV që rezulton në infeksione të shumë-fishta’ duhet të regjistrohen si ‘gjendja kryesore’ e pasuar nga lista e gjendjeve. Nëse ka një numer gjendjesh të tilla, ku asnjë nuk predominon, atëherë një term i tilla si ‘dëmtime të shumëfishta’ ose ‘dëmtime shtypese të shumëfishta’ duhet të regjistrohen me vetë.

Patologji si pasojë e shkaqeve të jashtme

Kur regjistrohet një patologji, si p.sh. plagosje, helmim, etj, është e rëndësishme të përshkruhen qartë si natyra e patologjisë ashtu dhe rrethanat që e shkaktuan atë. Për shembull: “frakturë e qafës së femurit e shkaktuar nga rënia si pasojë e rrëshqitjes në një dysheme të yndyrshme”; “kontuzion cerebral i shkaktuar kur pacienti kish humbur kontrollin e makinës, që goditi një pemë”, “helmim aksidental – pacienti piu dezinfektant që e mori gabimisht për pije”; ose “hipotermi e rëndë – pacienti është rrëzuar në kopshtin e tij, në mot të ftohtë”.

Trajtimi i sekulës

Aty ku një episod i kujdesit është për trajtimin ose hulumtimin e një gjendje/pasojë të mbetur (=sekulë) të një sëmundjeje që nuk është më e pranishme, sekela duhet të përshkruhet plotësisht dhe duhet deklaruar origjina e saj, së bashku me një tregues të qartë që sëmundja origjinale nuk është më e pranishme. Për shembull: “septum nazal i devijuar – frakturë e hundës në fëmijëri”, “kontraktimi i tendinit të Akilit – efekt i vonshëm i një dëmtimi në tendinë”, ose “infertiliteti për shkak të mbylljes së tubave nga një tuberkuloz i vjetër”.

Aty ku janë të pranishme sekela shumëfishe dhe ku trajtimi ose shqyrtimi nuk drejtohet kryesisht në njërin prej tyre, është i pranueshëm një deklaram si “sekela të aksidentit cerebrovaskular” ose “sekela të frakturave shumëfishe”.

4.5.2 Udhëzuesit për kodimin e “gjendjes kryesore” dhe “gjendjeve të tjera”

E përgjithshme

“Gjendja kryesore” dhe “gjendjet e tjera” që lidhen me një episod të kujdesit shëndetësor duhet të

kenë qenë regjistruar nga mjeku përgjegjës, dhe prandaj, zakonisht kodimi është i drejtpërdrejtë, derisa gjendja kryesore e deklaruar duhet të pranohet për kodimin dhe përpunimin, vetëm po të mos jetë e qartë që nuk është ndjekur udhëzuesi i dhënë më lart. Kurdoherë që është e mundur, duhet që një regjistrim, me një gjendje kryesore qartësisht kontradiktore ose të regjistruar gabim, duhet të kthehet për sqarim. Në rast mungese të sqarimit, Rregullat MB1 deri në MB5 (Seksioni 4.5.3) do të ndihmojë koduesin të merret me disa nga shkaqet më të zakonshme të regjistrimit të gabuar. Udhëzuesit e dhënë më poshtë janë për t'u përdorur atëhere, kur koduesi mund të jetë i paqartë për sa i takon kodit që duhet përdorur.

Është rekomanduar që 'gjendjet e tjera' në lidhje me një episod të kujdesit duhet të rregjistrohen si shtesë e gjendjes kryesore, duke qenë se ky informacion mund të ndihmojë në perzgjedhjen e kodit korrekt të ICD për gjendjen kryesore.

Kode opsionale shtesë

Në udhëzuesin e mëposhtëm, disa herë, për të dhënë më shumë informacion, një kod i preferuar për "gjendjen kryesore" është treguar bashkë me një kod shtesë opsional. Kodi i preferuar tregon "gjendjen kryesore" për analizën një-shkakësore dhe një kod shtesë mund të përfshihet për analizë shumë-shkakësore.

Kodimi i gjendjeve ku zbatohet sistemi i kryqeve [†] dhe i yjeve (yllëzimeve) [*]

Nëse është e zbatueshme, për gjendjen kryesore duhet të përdoren së bashku kodet e kryqeve dhe të yjeve, duke qenë se ata tregojnë dy kalime të ndryshme për një gjendje të vetme.

<i>Shembulli 1:</i>	Gjendja kryesore: Gjendje të tjera:	Pneumonia nga fruthi ----- Kodo fruthin të komplikuar nga pneumonia (B05.2†) dhe pneumoninë në sëmundjet virale të klasifikuara tjetërkund (J17.1*).
<i>Shembulli 2:</i>	Gjendja kryesore: Gjendje të tjera:	Perikardit tuberkular ----- Kodo tuberkulozin e organeve të tjera të specifikuar (A18.8†) dhe perikarditin në sëmundjet bakteriale të klasifikuara gjetiu (I32.0*).
<i>Shembulli 3:</i>	Gjendja kryesore: Gjendje të tjera:	Artriti në sëmundjen Lyme ----- Kodo sëmundjen Lyme (A69.2†) dhe artritin në sëmundjen Lyme (M01.2*).

Kodimi i gjendjeve të dyshuara, simptomave dhe gjetjeve jo-normale, si dhe gjendjeve pa sëmundje të shprehur klinikisht

Në qoftë së periudha e kujdesit shëndetësor ishte për një pacient të shtruar, koduesi duhet të jetë i kujdesshëm për klasifikimin e gjendjes kryesore në Kapitujt XVIII dhe XXI. Nëse në fund të qendrimit të pacientit në spital nuk është bërë një diagnozë më specifike, ose nëse vërtet kishte sëmundje apo dëmtim të pakodueshëm, atëherë janë të lejueshme kodet nga kapitujt e mësipërm (shih gjithashtu Rregullat MB3 dhe MB5, Seksioni 4.5.3). Kategoritë mund të përdoren normalisht për episodet e tjera të kontaktit me shërbimet shëndetësore.

Në qoftë se pas një episodi të kujdesit shëndetësor, gjëndja kryesore mbetet ende e regjistruar si “e suspektuar (=pandehur)”, “e dyshimtë”, etj., dhe nuk ka informacion apo sqarim të mëtejshëm, diagnoza e dyshuar (=suspektuar) duhet të kodohet si diagnozë tanimë e vendosur.

Kategoria Z03.- (Vëzhgimi dhe vlerësimi mjekësor për sëmundje dhe gjendje të dyshimta) zbatohet në diagnozat e dyshimta (=suspektuara) që mund të mos konsiderohen pas vëzhgimit/hulumtimit.

Shembulli 4: Gjendja kryesore: Kolecistit akut i suspektuar (dyshuar)
Gjendje të tjera: -----
Kodo kolecistitin akut (K81.0) si “gjendja kryesore”.

Shembulli 5: Gjendje kryesore: Pranuar për hulumtimin (vëzhgimin) e neoplazmës malinje të suspektuar (dyshuar) të cerviksit (qafës së mitrës) – nuk do të merret në konsideratë
Kodo në vëzhgimin (observimin) për neoplazmën malinje të suspektuar (dyshuar) (Z03.1) si “gjendja kryesore”.

Shembulli 6: Gjendja kryesore: Infarkt i miokardit i pa-marrë në konsideratë
Gjendje të tjera: -----
Kodo në vëzhgimin (observimin) për infarkt miokardi të suspektuar (dyshuar) (Z03.4) si “gjendja kryesore”.

Shembulli 7: Gjendja kryesore: Epistaks i rëndë
Gjendje të tjera: -----
Pacient i hospitalizuar për vetëm një ditë. Nuk ka procedurë ose hulumtime (vëzhgime) të raportuara
Kodo epistaksin (R04.0). Kjo është e pranueshme përderisa pacienti ishte dukshëm i pranuar të kishte të bënte vetëm me urgjencën e ngutshme.

Kodimi i gjendjeve shumëfishe

Atje ku gjendjet shumëfishe janë regjistruar në një kategori të titulluar “... e shumëfishtë”, dhe nuk mbizotëron një gjendje e vetme, kodi për kategorinë “... e shumëfishtë” duhet të përdoret si kodi i preferuar dhe kodet opsionale shtesë mund të shtohen për gjendjet individuale të listuara.

Një kodim i tillë zbatohet kryesisht në gjendjet e shoqëruara me sëmundjen HIV, me dëmtimet dhe sekelat.

Kodimi i kategorive të kombinuara

ICD parashikon kategori të përcaktuara, ku dy gjendje ose një gjendje dhe një proces dytësor shoqërues mund të paraqiten nga një kod i vetëm. Të tilla kategori të kombinuara duhet të përdoren si gjendje kryesore aty, ku është regjistruar informacion i përshtatshëm. Indeksi Alfabetik tregon se për ku janë parashikuar kombinacione të tilla, në ndarjen “me”, e cila shfaqet menjëherë pas termit kryesues. Dy ose më shumë gjendje të regjistruara nën “gjendja kryesore” mund të lidhen nëse njëra prej tyre mund të shihej si një modifikuese mbiemërore e tjetrës.

- Shembulli 8:* Gjendja kryesore: Insuficiencë renale
Gjendje të tjera: Sëmundja hipertensive renale
- Kodo sëmundjen hipertensive renale me dëmtim renal (I12.0) si “gjendja kryesore”.
- Shembulli 9:* Gjendja kryesore: Glaukomë sekondare në inflamacion të syrit
Gjendje të tjera: -----
- Kodo glaukomën sekondare në inflamacion të syrit (H40.4) si “gjendja kryesore”.
- Shembulli 10:* Gjendja kryesore: Bllokim intestinal
Gjendje të tjera: Hernie inguinale e majtë
- Kodo hernien inguinale të njëanshme ose të paspecificuar, me bllokim, pa gangrenë (K40.3).
- Shembulli 11:* Gjendja kryesore: Katarakt. Diabet i varur nga insulina
Gjendje të tjera: Hipertension
Specialiteti: Oftalmologji
- Kodo diabetin e varur nga insulina (=insulino-vartës) me komplikacione oftalmike (E10.3†) dhe kataraktin diabetik (H28.0*) si “gjendja kryesore”.
- Shembulli 12:* Gjendja kryesore: Diabet melitus i pavarur nga insulina
Gjendje të tjera: Hipertension
Artrit reumatoid
Katarakt
Specialiteti: Mjekësi e përgjithshme
- Kodo diabetin e pavarur nga insulina (=jo-insulinovartës) pa komplikacione (E11.9) si “gjendja kryesore”. Ki parasysh që në këtë shembull nuk duhet të bëhet lidhja e kataraktit me diabetin, duke qenë se ata nuk janë që të dy të regjistruar nën “gjendja kryesore”.

Kodimi i shkaqeve të jashtme të sëmundshmërisë

Për dëmtime dhe gjendje të tjera për shkak të shkaqeve të jashtme, duhen koduar së bashku natyra e gjendjes dhe rrethanat e shkakut të jashtëm. Kodi i preferuar “gjendje kryesore“ duhet të jetë ai, që përshkruan natyrën e gjendjes. Zakonisht, por jo gjithmonë, kjo do të jetë e klasifikueshme në Kapitullin XIX. Kodi nga Kapitulli XX, që tregon shkakun e jashtëm, do të përdoret si një kod shtesë opsional.

Shembulli 13: Gjendja kryesore: Frakturë e qafës së femurit, shkaktuar nga rënia për shkak të pengimit në një rrugë jo të rrafshhtë
Gjendje të tjera: Shembje (kontuzion) i brrylit dhe krahut

Kodo frakturën e qafës së femurit (S72.0) si “gjendja kryesore“. Kodi i shkakut të jashtëm për rënie në të njëjtin nivel nga rrëshqitja, pengimi apo marrja e këmbëve në rrugë ose superstrada (W01. Vendi i ngjarjes 4), mund të përdoret si një kod shtesë opsional.

Shembulli 14: Gjendja kryesore: Hipotermi e rëndë – pacienti ka rënë në oborr në mot të ftohtë
Gjendje të tjera: Pleqëria

Kodo hipoterminë (T68) si “gjendja kryesore“. Kodi i shkakut të jashtëm për ekspozim ndaj të ftohtit të tepërm natyror në shtëpi (X31.0) mund të përdoret si një kod shtesë opsional.

Shembulli 15: Gjendja kryesore: Diplopia për shkak të reaksionit alergjik ndaj antihistaminës të marrë sipas rekomandimit
Gjendje të tjera: -----

Kodo diplopinë (H53.2) si “gjendja kryesore“. Kodi i shkakut të jashtëm për ilaçet antialergjike dhe antiemetike që shkaktojnë efekte anësore në përdorim terapeutik (Y43.0) mund të përdoret si një kod shtesë opsional.

Shembulli 16: Gjendja kryesore: Hemoglobinuria shkaktuar nga trajnimi për vrapim maratonë (trajnim në rrugë të jashtme në stadium)
Gjendje të tjera: -----

Kodo hemoglobinurinë për shkak të hemolizës nga shkaqe të tjera të jashtme (D59.6) si “gjendja kryesore“. Kodi i shkakut të jashtëm për mbilodhjen dhe lëvizjet kapitëse dhe të përsëritshme në sporte dhe zonat e atletikës (X50.3) mund të përdoret si një kod shtesë opsional.

Kodimi i sekela të gjendjeve të përcaktuara

ICD parashikon një numër kategorish të titulluar “Sekela e ... “ (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89), që mund të përdoren për të treguar gjendjet që nuk janë më të pranishme (prezente) si shkak i një problemi të ndodhur gjatë trajtimit ose vëzhgimit (hulumtimit). Megjithatë, kodi i preferuar për “gjendjen kryesore“ është kodi për natyrën e vetë sekelës, në të cilën, kodi për “Sekela e ... “ mund të shtohet si një kod shtesë opsional.

Aty ku janë të pranishme një numër sekelash të ndryshme shumë specifike dhe asnjë prej tyre nuk mbizotëron në rreptësinë dhe përdorimin e burimeve për trajtim, është e lejueshme që për përshkrimin “Sekela e ... “ të regjistrohët si “gjendja kryesore“, dhe kjo mund të kodohet më pas në kategorinë e duhur (e përshtatshme). Mbaj parasysh që, që kjo të zbatohet, është e mjaftueshme që gjendja shkakësore të përshkruhet si “e vjetër“, “jo më e pranishme“, etj, ose që gjendja që rezulton të përshkruhet si “efekt i mëvonshëm i ... “, ose “sekela e ... “. Nuk ka interval kohor minimal.

Shembulli 17: Gjendja kryesore: Disfazia nga infarkt i vjetër cerebral
Gjendje të tjera: -----

Kodo disfasinë (R47.0) si “gjendja kryesore“. Kodi për sekela të infarkt të cerebral (I69.3) mund të përdoret si një kod shtesë opsional.

Shembulli 18: Gjendja kryesore: Osteoartrit i kofshës për shkak të një frakturë të vjetër nga aksidenti me motor 10 vjet më parë
Gjendje të tjera: -----

Kodo koksartroza të tjera pas-traumatike (M16.5) si “gjendje kryesore“. Kodet për sekela të frakturës së femurit (T93.1) dhe sekela e aksidentit me motor (Y85.0) mund të përdoren si kode shtesë opsionale.

Shembulli 19: Gjendja kryesore: Efekte të mëvonshme të poliomielitit
Gjendje të tjera: -----

Kodo tek sekelat e poliomielitit (B91) si “gjendja kryesore“, duke qenë se nuk ka informacion tjetër në dispozicion.

Kodimi i gjendjeve akute dhe kronike

Atje ku gjendja kryesore është regjistruar njëkohësisht si akute (ose subakute) dhe kronike, dhe ICD parashikon kategori ose nënkategori të veçanta për secilën, por jo për kombinimin, kategoria për gjendjen akute duhet të përdoret si gjendja kryesore e preferuar.

Shembulli 20: Gjendja kryesore: Kolecistit akut dhe kronik
Gjendje të tjera: -----

Kodo kolecistitin akut (K81.0) si “gjendja kryesore“. Kodi për kolecistitin kronik (K81.1) mund të përdoret si një kod shtesë opsional.

Shembulli 21: Gjendja kryesore: Acarim akut i bronkitit obstruktiv kronik
Gjendje të tjera: -----

Kodo sëmundjen obstruktive kronike pulmonare me acarim akut (J44.1) si “gjendja kryesore“, duke qenë se ICD parashikon një kod të përshtatshëm për kombinimin.

Kodimi i gjendjeve pas-proçeduriale dhe komplikacioneve

Kategoritë janë parashikuar në Kapitullin XIX (T80-T88) për komplikacione të caktuara që lidhen me proçedura kirurgjikale dhe të tjera, p.sh. infeksionet e plagëve kirurgjikale, komplikacionet mekanike të pajisjes së vendosur, shok, etj. Më të shumtët e kapitujve të sistemit trupor përmbajnë gjithashtu kategoritë për gjendjet që ndodhin ose si rrjedhojë e proçedurave dhe teknikave specifike, ose si rezultat i zhvendosjes së një organi, p.sh. sindromi i limfodemës pas mastektomisë, apo hipotiroidizmi pas rrezatimit. Disa gjendje (p.sh. pneumonia, embolizmi pulmonar), që mund të shfaqen në periudhën pas-proçeduriale, nuk konsiderohen si realitete të vetme, prandaj kodohen në mënyrën e zakonshme; por, për të identifikuar marrëdhënien me proçedurën, mund të shtohet një kod shtesë opsional nga Y83-Y84.

Në rastet kur gjendjet dhe komplikacionet pas-proçeduriale janë të regjistruara si gjendje kryesore, për zgjedhjen e kodit korrekt, është thelbësor referimi tek modifikuesit ose cilësuesit në Indeks in Alfabetik.

Shembulli 22: Gjendja kryesore: Hipotiroidizëm që nga tiroidektomia e kryer 1 vit më parë
Gjendje të tjera: -----
Specialiteti: Mjekësi e përgjithshme

Kodo hipotiroidizmin paskirurgjikal (postkirurgjikal) (E89.0) si “gjendja kryesore“.

Shembulli 23: Gjendja kryesore: Hemorragji e tepërt pas heqjes së dhëmbit
Gjendje të tjera: Dhembje
Specialiteti: Stomatologji (Dentistri)

Kodo hemorragjinë që rezulton nga një proçedurë (T81.0) si “gjendja kryesore“.

Shembulli 24: Gjendja kryesore: Psikozë post-operative pas kirurgjisë plastike
Gjendje të tjera: -----
Specialiteti: Psikiatri

Kodo psikozën (F09) si “gjendja kryesore“ dhe plotësoje me Y83.8 (proçedura të tjera kirurgjikale të specifikuar [si shkak i reagimit jonormal të pacientit]) për të treguar marrëdhënien pas-proçeduriale (postproçeduriale).

4.5.3 Rregullat për rizgjedhjen kur gjendja kryesore nuk është regjistruar saktësisht

Mjeku përgjegjës për kujdesin shëndetësor tregon "gjendjen kryesore" që do kodohet, dhe normalisht, kjo duhet të pranohet për subjekt kodimi në udhëzuesit e mësipërm dhe në shënimet specifike të kapitullit në Seksionin 4.4.4. Megjithatë, rrethana të caktuara ose vlefshmëria e informacioneve të tjera mund të tregojnë që mjeku përgjegjës për kujdesin shëndetësor nuk ka ndjekur procedurën e saktë. Nëse nuk është e mundur të marrim sqarim nga mjeku i kujdesit shëndetësor, mund të zbatohet një nga rregullat e mëposhtëm dhe rizgjidhet "gjendja kryesore".

Rregullat për rizgjedhjen e gjendjes kryesore

Rregulli MB1 – Gjendje minore e regjistruar si "gjendja kryesore", gjendje më domethënëse e regjistruar si "gjendje tjetër"

Atje ku një gjendje minore ose e vjetër, ose një problem i rastësishëm, është regjistruar si "gjendja kryesore", dhe një gjendje më domethënëse, që lidhet me trajtimin e dhënë dhe/ose specialiteti që kujdesej për pacientin, është regjistruar si një "gjendje tjetër", rizgjidh këtë të fundit si "gjendja kryesore".

Rregulli MB2 – Disa gjendje të regjistruara si "gjendja kryesore"

Në qoftë se disa gjendje që nuk mund të kodohen së bashku janë të regjistruara si "gjendja kryesore", dhe hollësi të tjera në regjistrim (dokumentacion) tregojnë (përtheksojnë) njëri prej tyre si "gjendja kryesore" për të cilën pacienti ka marrë kujdesin mjekësor, zgjidh pikërisht atë gjendje. Përndryshe, zgjidh gjendjen e përmendur e para.

Rregulli MB3 – Gjendja e regjistruar si "gjendja kryesore" paraqet faktikisht simptomë të gjendjes së diagnostikuar dhe trajtuar (mjekuar)

Nëse një simptomë ose shenjë (zakonisht e klasifikueshme në Kapitullin XVIII), ose një problem i klasifikueshëm në Kapitullin XXI, është regjistruar si "gjendja kryesore" dhe kjo është dukshëm shenja prezantuese, simptoma ose problemi i një gjendje të diagnostikuar të regjistruar diku tjetër dhe kujdesi ishte dhënë për të fundit, rizgjidh gjendjen e diagnostikuar si "gjendja kryesore".

Rregulli MB4 – Specificiteti

Atje ku diagnoza e regjistruar si "gjendja kryesore" përshkruan një gjendje në terma të përgjithshëm, dhe një term që jep informacion më të saktë mbi vend-ndodhjen dhe natyrën e gjendjes është regjistruar diku tjetër, rizgjidh këtë të fundit si "gjendja kryesore".

Rregulli MB5 – Diagnozatat kryesore alternative

Atje ku një simptomë ose shenjë është regjistruar si "gjendja kryesore" me një indikacion që mund të jetë për shkak të një gjendje ose një tjetre, zgjidh simptomën si "gjendje kryesore". Atje ku dy ose më shumë gjendje janë regjistruar si opsione diagnostike për "gjendje kryesore", zgjidh gjendjen e regjistruar e para.

Shembuj të zbatimit të rregullave për rizgjedhjen e gjendjes kryesore

Rregulli MB1 – Gjendje minore e regjistruar si "gjendja kryesore", gjendje më domethënëse e regjistruar si "gjendje tjetër"

Atje ku një gjendje minore ose e vjetër, ose një problem i rastësishëm, është regjistruar si "gjendja kryesore", dhe një gjendje më domethënëse, që lidhet me trajtimin e dhënë dhe/ose specialiteti që kujdesej për pacientin është regjistruar si një "gjendje tjetër", rizgjidh këtë të fundit si "gjendja kryesore".

Shembulli 1: Gjendja kryesore: Sinuzit akut
Gjendje të tjera: Karcinoma e endocerviksit
Hipertension
Pacienti në spital për tri javë
Procedura: Histerektomi totale
Specialiteti: Gjinekologji
Rizgjidh karcinomën e endocerviksit si "gjendja kryesore" dhe kodoje në C53.0.

Shembulli 2: Gjendja kryesore: Artrit reumatoid
Gjendje të tjera: Diabet melitus
Hernia femorale e bllokuar
Arteriosklerozë e përhapur
Pacienti në spital për dy javë
Procedura: Herniorrafi
Specialiteti: Kirurgji
Rizgjidh hernien femorale të bllokuar si "gjendja kryesore" dhe kodoje në K41.3.

Shembulli 3: Gjendja kryesore: Epilepsi
Gjendje të tjera: Otomykozë
Specialiteti: Vesh, hundë dhe grykë (=Otorinolaringologji)
Rizgjidh otomykozën si "gjendja kryesore" dhe kodoje në B36.9† dhe H62.2*.

Shembulli 4: Gjendja kryesore: Insuficiencë kongjестive e zemrës
Gjendje të tjera: Frakturë e qafës së femurit për shkak të rënies nga krevati gjatë qëndrimit në spital
Pacienti në spital për katër javë
Procedura: Fiksim i brendshëm i frakturës

Specialiteti: Mjekësi interne për 1 javë, pastaj transferim në kirurgjinë ortopedike për trajtim të frakturës
Rizgjidh frakturën e qafës së femurit si "gjendja kryesore" dhe kodoje në S72.0.

Shembulli 5: Gjendja kryesore: Karies dentar
Gjendje të tjera: Stenozë mitrale reumatike
Procedura: Shkulje dentare
Specialiteti: Stomatologji (Dentistri)

Zgjidh kariesin dentar si "gjendja kryesore" dhe kodoje në K02.9. Rregulli MB1 nuk zbatohet. Megjithëse kariesi dentar mund të konsiderohet si një gjendje minore dhe stenoza mitrale reumatike si një gjendje më domethënëse, kjo e fundit nuk ishte gjendja e trajtuar gjatë episodit të kujdesit.

Rregulli MB2 – Disa gjendje të regjistruara si "gjendja kryesore"

Në qoftë se disa gjendje që nuk mund të kodohen së bashku janë të regjistruara si "gjendja kryesore", dhe hollësi të tjera në regjistrim (dokumentacion) tregojnë (përtheksojnë) njërin prej tyre si "gjendja kryesore" për të cilën pacienti ka marrë kujdesin mjekësor, zgjidh pikërisht atë gjendje. Përndryshe, zgjidh gjendjen e përmendur e para.

Shënim: Shih gjithashtu 4.5.2, kodimi i gjendjes shumëfishe dhe kodimi i kategorive kombinuase.

Shembulli 6: Gjendja kryesore: Katarakt
Meningit stafilokoksik
Sëmundje ishemike e zemrës
Gjendje të tjera: -----
Pacienti në spital për pesë javë
Specialiteti: Neurologji

Zgjidh meningitin stafilokoksik si "gjendja kryesore" dhe kodoje në G00.3.

Shembulli 7: Gjendja kryesore: Bronkit obstruktiv kronik
Hipertrofi e prostatës
Psoriasis vulgaris

Pacient ambulator në kujdesin e një dermatologu

Zgjidh psoriazën vulgare si "gjendja kryesore" dhe kodoje në L40.0.

Shembulli 8: Gjendja kryesore: Stenozë mitrale
Bronkit akut
Artrit Reumatoid
Gjendje të tjera: -----
Specialiteti: Mjekësi e përgjithshme

Nuk ka informacion mbi terapinë

Zgjidh stenozen mitrale, gjendjen e përmendur e para, si "gjendja kryesore" dhe kodoje në I05.0.

Shembulli 9: Gjendja kryesore: Gastrit kronik
Malinjitet sekondar në noduset limfatike aksilare
Karcinomë e gjirit
Gjendje të tjera: -----
Proçedura: Mastektomi

Zgjidh neoplazmën malinje të gjirit si "gjendja kryesore" dhe kodoje në C50.9.

Shembulli 10: Gjendja kryesore: Rupturë (shkëputje) premature e membranës
Shfaqje e gojzës
Anemi
Gjendje të tjera: -----
Proçedura: Lindje spontane

Zgjidh rupturën (shkëputjen) premature të membranës, gjendje kjo e përmendur e para, si "gjendja kryesore", dhe kodoje në O42.9.

Rregulli MB3 – Gjendja e regjistruar si "gjendja kryesore" paraqet faktikisht simptomë të gjendjes së diagnostikuar dhe trajtuar (mjekuar)

Nëse një simptomë ose shenjë (zakonisht e klasifikueshme në Kapitullin XVIII), ose një problem i klasifikueshëm në Kapitullin XXI, është regjistruar si "gjendja kryesore" dhe kjo është dukshëm shenja prezantuese, simptoma ose problemi i një gjendje të diagnostikuar të regjistruar diku tjetër dhe kujdesi ishte dhënë për të fundit, rizgjidh gjendjen e diagnostikuar si "gjendja kryesore".

Shembulli 11: Gjendja kryesore: Hematuria
Gjendje të tjera: Variçe të venave të këmbëve
Papiloma e murit të prapmë të fshikëzës së urinës
Trajtimi: Ekscizion diatermik i papilomës
Specialiteti: Urologji

Rizgjidh papilomën e murit të prapmë të fshikëzës së urinës si "gjendja kryesore" dhe kodoje në D41.4.

Shembulli 12: Gjendja kryesore: Koma
Gjendje të tjera: Sëmundja ishemike e zemrës
Otosklerozë
Diabet melitus i varur nga insulina
Specialiteti: Endokrinologji

Kujdesi: Vendosja e dozës së saktë të insulinës

Rizgjidh diabetin melitus i varur nga insulina si "gjendja kryesore" dhe kodoje në E10.0. Informacioni në dispozicion tregon që koma ishte për shkak të diabetit melitus dhe koma është konsideruar si modifikues i kodimit.

Shembulli 13: Gjendja kryesore: Dhembje abdominale
Gjendje të tjera: Apendisit akut
Procedura: Apendektomi

Rizgjidh apendisitin akut si "gjendja kryesore" dhe kodoje në K35.9.

Shembulli 14: Gjendja kryesore: Konvulsione febrile
Gjendje të tjera: Anemia
Nuk ka informacion mbi terapinë

Prano konvulsionet febrile si "gjendja kryesore" dhe kodohje në R56.0. Rregulli MB3 nuk zbatohet duke qenë se "gjendja kryesore", ashtu si është raportuar, nuk është një simptom prezantues i gjendjes tjetër të raportuar.

Rregulli MB4 – Specificiteti

Atje ku diagnoza e regjistruar si "gjendja kryesore" përshkruan një gjendje në terma të përgjithshëm, dhe një term që jep informacion më të saktë mbi vend-ndodhjen dhe natyrën e gjendjes është regjistruar diku tjetër, rizgjidh këtë të fundit si "gjendja kryesore".

Shembulli 15: Gjendja kryesore: Aksident cerebrovaskular
Gjendje të tjera: Diabet melitus
Hipertension
Hemorragji cerebrale

Rizgjidh hemorragjinë cerebrale si "gjendja kryesore" dhe kodoje në I61.9.

Shembulli 16: Gjendja kryesore: Sëmundje e lindur (kongjenitale) e zembrës
Gjendje të tjera: Difekt ventrikular septal (=i septumit ventrikular)

Rizgjidh difektin ventrikular septal si "gjendja kryesore" dhe kodoje në Q21.0.

Shembulli 17: Gjendja kryesore: Enterit
Gjendje të tjera: Sëmundja Crohn e ileumit

Rizgjidh sëmundjen Crohn të ileumit si "gjendja kryesore" dhe kodoje në K50.0.

Shembulli 18: Gjendja kryesore: Distocia
161

Gjendje të tjera: Fetus hidrocefalik
Distres fetal
Proçedura: Seksio Çezarian

Rizgjidh mbylljen e rrugëve të lindjes për shkak të anormaliteteve të tjera të fetusit si "gjendja kryesore" dhe kodoje në O66.3.

Rregulli MB5 – Diagnozatat kryesore alternative

Atje ku një simptomë ose shenjë është regjistruar si "gjendja kryesore" me një indikacion që mund të jetë për shkak të një gjendje ose një tjetre, zgjidh simptomën si "gjendje kryesore". Atje ku dy ose më shumë gjendje janë regjistruar si opsione diagnostike për "gjendje kryesore", zgjidh gjendjen e regjistruar e para.

Shembulli 19: Gjendja kryesore: Dhembje kokë për shkak ose të stresit dhe tensionit ose të sinuzitit akut
Gjendje të tjera: -----

Zgjidh dhembjen e kokës si "gjendja kryesore" dhe kodoje në R51.

Shembulli 20: Gjendja kryesore: Kolecistit akut ose pankreatit akut
Gjendje të tjera: -----

Zgjidh kolecistitin akut si "gjendja kryesore" dhe kodoje në K81.0.

Shembulli 21: Gjendja kryesore: Gastroenterit për shkak të infeksionit ose helmimit nga ushqimi (intokasikacion alimentar)
Gjendje të tjera: -----

Zgjidh gastroenteritin infektiv si "gjendja kryesore" dhe kodoje në A09.

4.5.4 Shënime për kapitujt specifikë

Më poshtë (në vijim) është dhënë udhëzues për kapitujt specifikë, pikërisht atje ku mund të hasen probleme në zgjedhjen e kodeve të preferuara "gjendje kryesore". Udhëzuesit e përgjithshëm dhe rregullat paraprirës zbatohen në gjithë kapitujt, veç nëse një shënim specifik kapitulli deklaron ndryshe.

Kapitulli I: Sëmundje infektive dhe parazitare të përcaktuara

B20-B24 Sëmundja e virusit të imunodeficiencës humane [HIV]

Një pacient me një sistem imun të komprometuar për shkak të sëmundjes së virusit HIV mundet disa herë të kërkojë trajtim gjatë të njëjtit episod të kujdesit për më shumë se një sëmundje, për shembull

infeksionet mykobakteriale dhe nga citomegalovirus. Kategoritë dhe nënkategoritë janë parashikuar në këtë bllok për sëmundjen HIV me sëmundje të tjera të ndryshme rezultante. Kodo nënkategorinë e përshtatshme për "gjendjen kryesore" siç është zgjedhur nga mjeku i kujdesit shëndetësor.

Atje ku "gjendja kryesore" ka qenë regjistruar si sëmundja HIV me sëmundje shoqëruese të shumëfishta, duhet të kodohet nënkategoria e përshtatshme .7 nga B20-B22. Gjendjet e klasifikueshme në dy ose më shumë nënkategori të së njëjtës kategori duhet të kodohet në nënkategorinë.7 të kategorisë përkatëse (p.sh. B20 ose B21). Nënkategoria B22.7 duhet të përdoret kur janë të pranishme gjendjet e klasifikueshme në dy ose më shumë kategori nga B20-B22. Nëse dëshirohet, për të specifikuar gjendjet individuale të listuara, mund të përdoren kodet shtesë nga brenda bllokut B20-B24.

Në ato raste të rralla kur gjendja shoqëruese paralajmëron dukshëm infeksionin HIV, kombinimi nuk duhet të kodohet dhe duhen ndjekur rregullat e zgjedhjes.

Shembulli 1: Gjendja kryesore: Sëmundja HIV dhe sarkoma Kaposi
Gjendje të tjera: -----

Kodo sëmundjen HIV që rezulton në sarkoma Kaposi (B21.0).

Shembulli 2: Gjendja kryesore: Toksoplazmozë dhe kriptokokozë në pacientin me HIV
Gjendje të tjera: -----

Kodo sëmundjen HIV që rezulton në infeksione të shumëfishta (B20.7). Në qoftë se dëshirohet, kodet B20.8 (sëmundja HIV që rezulton në sëmundje të tjera infektive dhe parazitare) dhe B20.5 (sëmundja HIV që rezulton në mykoza të tjera) mund të përdoren si kode shtesë.

Shembulli 3: Gjendje kryesore: Sëmundja HIV me pneumoni nga *Pneumocystis carinii*, limfoma Burkitt dhe kandidiazë orale
Gjendje të tjera: -----

Kodo sëmundjen HIV që rezulton në sëmundje të shumëfishta (B22.7). Në qoftë se dëshirohet, mund të përdoren kodet shtesë B20.6 (sëmundja HIV që rezulton në pneumoni nga *Pneumocystis carinii*), B21.1 (sëmundja HIV që rezulton në limfoma Burkitt) dhe B20.4 (sëmundja HIV që rezulton në kandidiazë).

Nënkategoritë në B20-B23 janë të vetmet kode opsionale me katër-karakterë për vendet që përdorin versionin me katër-karakterë të ICD-10. Atje ku nuk është e dëshirueshme që të përdoren këto nënkategori opsionale me katër-karakterë, duhet që kodet nga diku tjetër në klasifikim të përdoren si kode shtesë për të identifikuar gjendjet rezultante specifike. Në shembullin 1 të mësipër, "gjendja kryesore" do të kodohej në B21 (sëmundja HIV që rezulton në neoplazëm malinje). Kodi C46.9 (sarkoma Kaposi) do të përdorej si një kod shtesë. Në shembullin 2, "gjendja kryesore" do të kodohej në B20 (sëmundja HIV që rezulton në sëmundje të tjera infektive dhe parazitare). Kodet B58.9

(Toksoplazmozë, e paspecifikuar) dhe B45.9 (Kriptokokozë, e paspecifikuar) do të përdoren si kode shtesë.

Përdorimi i nënkategorive me katër-karakterë të B20-B23 apo të kodimit shkak i shumëfishtë për të identifikuar gjendjet specifike, është vendim i politikë-bërjes (apo vendim-marrjes), që duhet bërë në kohën kur zbatohet (implementohet) ICD-10 në praktikë.

B90-B94 Sekelat e sëmundjeve infektive dhe parazitare

Në qoftë se natyra e gjendjes mbetëse (reziduale) është regjistruar, këto kode nuk përdoren si kode të preferuar për "gjendje kryesore". Kur kodohet gjendja mbetëse (reziduale), kodet B90-B94 mund të përdoren si kode opsionale shtesë (shih 4.5.2, Kodimi i sekelave të gjendjeve të caktuara).

B95-B97 Agjentët bakterialë, agjentët viralë dhe agjentë të tjerë infeksiozë (infektivë)

Këto kode nuk përdoren si kode të "gjendjes kryesore". Kategoritë janë parashikuar për përdorim opsional si kode shtesë për identifikimin e agjentëve infektivë në sëmundjet e klasifikuara jashtë Kapitullit I. Infeksionet e vend-ndodhjeve të paspecifikuara, të shkaktuara prej këtyre agjentëve, janë klasifikuar diku në Kapitullin I.

Shembulli 4: Gjendja kryesore: Cistit akut për shkak të *E. coli*
Gjendje të tjera: -----

Kodo cistitin akut (N30.0) si "gjendja kryesore"; B96.2 (*E. coli* si shkak i sëmundjeve të klasifikuara në kapituj të tjerë) mund të përdoret si një kod shtesë opsional.

Shembulli 5: Gjendja kryesore: Infeksion bakterial
Gjendje të tjera: -----

Kodo infeksionin bakterial, i paspecifikuar (A49.9), si "gjendja kryesore", jo në një kod nga B95-B97.

Kapitulli II: Neoplazmat

Kur kodohen neoplazmat, referoju shënimeve që paraqesin Kapitullin II në Vëllimin 1 dhe hyrjes së Indeksit Alfabetik (Vëllimi 3) lidhur me caktimin e kodeve dhe përdorimin e përshkrimeve morfologjike.

Një neoplazëm, qoftë parësore apo metastatike, që është fokusi i kujdesit gjatë një episodi përkatës të kujdesit shëndetësor, duhet të regjistrohet dhe kodohet si "gjendja kryesore". Kur "gjendja kryesore", siç është regjistruar nga mjeku i kujdesit shëndetësor, është një neoplazëm primare që nuk është më e pranishme (është hequr gjatë një episodi të mëparshëm të kujdesit), kodo si "gjendje kryesore" neoplazmën e vend-ndodhjes sekondare (sajtit sekondar), komplikimin aktual, ose rrethanën e përshtatshme të kodueshme në Kapitullin XXI (shih Seksionin 4.4.1, 'Kontakti me shërbimet

shëndetësore për arsye të tjera nga sëmundja [*illness*’]), që ishte fokusi i trajtimit ose vëzhgimit gjatë episodit aktual të kujdesit. Një kod i përshtatshëm nga Kapitulli XXI për histori personale të neoplazmës mund të përdoret si një kod opsional shtesë.

Shembulli 6: Gjendja kryesore: Karcinoma e prostatës
Gjendje të tjera: Bronkit kronik
Proçedura: Prostektomi

Kodo neoplazmën malinje të prostatës (C61) si "gjendja kryesore".

Shembulli 7: Gjendja kryesore: Karcinoma e gjirit – e hequr dy vjet më parë
Gjendje të tjera: Karcinoma sekondare në mushkëri
Proçedura: Bronkoskopi me biopsi

Kodo neoplazmën malinje sekondare të mushkërive (C78.0) si "gjendja kryesore". Z85.3 (Historia personale e neoplazmës malinje të gjirit) mund të përdoret si një kod opsional shtesë.

Shembulli 8: Gjendja kryesore: Kancer i vezikës urinare i hequr më parë – pranuar për ndjekje me cistoskop
Gjendje të tjera: ----
Proçedura: Cistoskopi

Kodo ekzaminimin në ndjekje (follow-up) me cistoskop pas ndërhyrjes kirurgjikale për neoplazmën malinje (Z08.0) si "gjendja kryesore". Z85.5 (Historia personale e neoplazmës malinje të traktit urinar) mund të përdoret si një kod opsional shtesë.

C79.9 Neoplazëm malinje dytësore, vendi i papërcaktuar

C79.9 duhet të përdoret për 'gjendje kryesore' vetëm kur malinjiteti është përshkruar si 'karcinomatoze e përhapur' ose 'malinjitet i përhapur' (ose term i ngjashëm siç përshkruhet në listën përfshirëse të C79.9) dhe vendet përkatëse nuk janë të dokumentuara.

C80 Neoplazëm malinje pa specifikim të vend-ndodhjes

C80.0 Neoplazëm malinje, vendi parësor i panjohur, kështu e shprehur

C80.9 Neoplazëm malinje, vendi parësor i papërcaktuar

C80 duhet të përdoret për kodimin "gjendja kryesore" vetëm kur mjeku i kujdesit shëndetësor ka regjistruar qartazi neoplazmën si të një vendi parësor të panjohur ose të papërcaktuar, që mendohet të jetë parësore.

C97 Neoplazëm malinje e vend-ndodhjeve të pavarura (parësore) të shumëfishta

C97 duhet të përdoret vetëm kur mjeku i kujdesit shëndetësor regjistron si "gjendje kryesore" dy ose më shumë neoplazma malinje primare të pavarura, ku asnjë prej të cilave nuk mbizotëron. Për të identifikuar neoplazmat malinje individuale të listuara, mund të përdoren kodet shtesë.

Shembulli 9: Gjendja kryesore: Karcinomatozë
Gjendje të tjera: -----

Kodo neoplazmën malinje pa specifikim të sajtit (vend-ndodhjes) (C80).

Shembulli 10: Gjendja kryesore: Mieloma shumëfishte dhe adenokarcinoma primare e prostatës

Kodo neoplazmat malinje të sajteve (vendndodjeve) të pavarura (primare) të shumëfishta (C97). C90.0 (Mieloma shumëfishte) dhe C61 (Neoplazëm malinje e prostatës) mund të përdoren si kode opsionalë shtesë.

Kapitulli III: Sëmundjet e gjakut dhe organeve gjak-formuese dhe çrregullime të caktuara që përfshijnë mekanizmin imunitar

Gjendje të caktuara të klasifikueshme në këtë kapitull mund të rezultojnë nga barnat ose shkaqe të tjera të jashtme. Kodet nga Kapitulli XX mund të përdoren si kode opsionalë shtesë.

Shembulli 11: Gjendja kryesore: Anemia nga deficienca e folatit trimetoprim-të-induktuar
Gjendje të tjera: -----

Kodo aneminë nga nga deficienca e folatit trimetoprim-të-induktuar (D52.1) si "gjendja kryesore". Y41.2 (Antimalarikët dhe barnat që veprojnë në protozoarë të tjerë të gjakut duke shkaktuar efekte anësore në përdorim terapeutik) mund të përdoret si një kod opsional shtesë.

Kapitulli IV: Sëmundjet endokrine, të ushqyerjes dhe metabolike

Gjendje të caktuara të klasifikueshme në këtë kapitull mund të rezultojnë nga barnat ose shkaqe të tjera të jashtme. Kodet nga Kapitulli XX mund të përdoren si kode opsionalë shtesë.

E10-E14 Diabetes melitus

Në kodimin e "gjendjes kryesore", zgjedhja e një nënkategorie të përshtatshme nga lista që zbatohet

në të gjitha këto kategori duhet të bazohet në "gjendjen kryesore" siç është regjistruar nga mjeku i kujdesit shëndetësor. Nënkatgoria .7 duhet të përdoret si kod "gjendja kryesore" vetëm kur komplikacionet e shumëfishta të diabetit kanë qenë regjistruar si "gjendje kryesore" pa preferencë për ndonjë komplikacion. Kodet për çdo komplikacion individual të listuar mund të shtohen si kode opsionalë shtesë.

Shembulli 12: Gjendja kryesore: Insuficiencë renale për shkak të glomerulonefrozës diabetike

Kodo diabetin melitus të paspecifikuar me komplikacione renale (E14.2† dhe N08.3*).

Shembulli 13: Gjendja kryesore: Diabetik i varur nga insulina me nefropati, gangrenë dhe katarakte
Gjendje të tjera: -----

Kodo diabetin melitus i varur nga insulina me komplikacione të shumëfishta (E10.7). Kodet E10.2† dhe N08.3* (Diabet i varur nga insulina me nefropati), E10.5 (Diabet i varur nga insulina me komplikacione periferike cirkulatore (=të sistemit të qarkullimit të gjakut)), dhe E10.3† dhe H28.0* (Diabet i varur nga insulina me katarakt) mund të shtohen si kode opsionalë shtesë për të identifikuar komplikacionet individuale.

E34.0 Sindromi karcinoid

Ky kod nuk është për t'u përdorur si kod i preferuar për "gjendjen kryesore" në qoftë se është regjistruar një tumor karcinoid, vetën nëse episodi i kujdesit ka qenë drejtuar kryesisht tek vetë sindromi endokrin. Kur kodohet tumori, kodi E34.0 mund të përdoret si një kod opsional shtesë për të identifikuar aktivitetin funksional.

E64.- Sekelat e kequshqyerjes dhe mungesave të tjera nutricionalë

E68 Sekelat e mbiushqyerjes

Këto kode nuk janë për t'u përdorur si kode të preferuar për "gjendjen kryesore" në qoftë se është regjistruar natyra e gjendjes mbetëse (reziduale). Kur kodohet gjendja mbetëse, kodi E64.- ose E68 mund të përdoret si një kod opsional shtesë.

Kapitulli V: Çrregullimet mendore dhe të sjelljes

Përkufizimet e kategorive dhe nënkategorive në këtë Kapitull janë parashikuar të ndihmojnë mjekun e kujdesit shëndetësor në vendosjen e shenjave (=etiketimeve) diagnostike; ato nuk duhet të përdoren nga koduesit. Kodi "gjendje kryesore" duhet të caktohet në bazë të diagnozës së regjistruar nga mjeku, edhe nëse duket të jetë një konflikt midis gjendjes siç është regjistruar dhe përkufizimit. Në disa kategori ka kushte për kode opsionalë shtesë.

Kapitulli VI: Sëmundjet e sistemit nervor

Gjendje të caktuara të klasifikueshme në këtë Kapitull mund të rezultojnë nga efektet e barnave ose shkaqeve të tjerë të jashtëm. Kodet nga Kapitulli XX mund të përdoren si kode opsionalë shtesë.

G09 Sekelat e sëmundjeve inflamatore të sistemit nervor qendror

Ky kod nuk duhet të përdoret si kod i preferuar për "gjendjen kryesore" në qoftë se natyra e gjendjes mbetëse (reziduale) është e regjistruar. Kur kodohet gjendja mbetëse (reziduale), G09 mund të përdoret si një kod opsional shtesë. Ki parasysh që sekelat e kategorive G01*, G02*, G05* dhe G07* nuk duhen caktuar në G09, por më mirë në kategoritë e krijuara për sekelat e kushtit kryesor (gjendjes/patologjisë kryesore), p.sh. B90-B94. Nëse nuk ka kategori të sekelës për kushtin kryesor (gjendjen/patologjinë kryesore), kodo në vetë kushtin kryesor (gjendjen/patologjinë kryesore).

Shembulli 14: Gjendja kryesore: Shurdhëria për shkak të meningitit tuberkular
Specialiteti: Klinika e të folurit dhe të dëgjuarit

Kodo humbjen e dëgjimit, e paspecifikuar (H91.9) si "gjendja kryesore". B90.0 (Sekelat e tuberkulozit të sistemit nervor qendror) mund të përdoren si një kod opsional shtesë.

Shembulli 15: Gjendja kryesore: Epilepsi për shkak të abscesit të vjetër në tru
Specialiteti: Neurologji

Kodo epilepsinë, e paspecifikuar (G40.9) si "gjendja kryesore". G09 (Sekelat e sëmundjeve inflamatore të sistemit nervor qendror) mund të përdoren si një kod opsional shtesë.

Shembulli 16: Gjendja kryesore: Vonesë e lehtë mendore pas encefalitit pas-vaksinimit (pas-vaksinor)
Specialiteti: Psikiatri

Kodo vonesën e lehtë mendore (F70.9) si "gjendja kryesore". G09 (Sekelat e sëmundjeve inflamatore të sistemit nervor qendror) mund të përdoren si një kod opsional shtesë.

G81-G83 Sindromat paralitike

Këto kode nuk duhet të përdoren si kode të preferuar për "gjendjen kryesore" në qoftë se një shkak aktual është regjistruar, veç nëse episodi i kujdesit ka qenë kryesisht për vetë paralizën. Kur kodohet shkak, G81-G83 mund të përdoren si kode opsionalë shtesë.

Shembulli 17: Gjendja kryesore: Aksident cerebrovaskular me hemiplegji
Gjendje të tjera: -----
Specialiteti: Neurologji
Kodo goditjen (=aksidentin cerebrovaskular), i paspecifikuar si hemorragji

apo infarkt (I64), si "gjendja kryesore". G81.9 (Hemiplegjia, e paspecifikuar) mund të përdoret si një kod opsional shtesë.

Shembulli 18: Gjendja kryesore: Infarkt cerebral tre vjet më parë
Gjendje të tjera: Paralizë e këmbës së majtë
Pacienti merr terapi fizike
Kodo monoplegjinë e gjymtyrës së poshtëme (G83.1) si "gjendja kryesore". I69.3 (Sekelat e infarktimit cerebral) mund të përdoret si një kod opsional shtesë.

Kapitulli VII: Sëmundjet e syrit dhe adneksëve të tij

H54.- Dëmtim i shikimit përfshirë verbërinë (binokular ose monokular)

Ky kod nuk duhet të përdoret si kod i preferuar për "gjendjen kryesore" në qoftë se shkak është regjistruar, veç nëse episodi i kujdesit ka qenë kryesisht për vetë verbërinë. Kur kodohet shkak, H54.- mund të përdoret si një kod opsional shtesë.

Kapitulli VIII: Sëmundjet e veshit dhe procesit mastoid

Këto kode nuk duhet të përdoren si kode të preferuar për "gjendjen kryesore" në qoftë se shkak është regjistruar, veç nëse episodi i kujdesit ka qenë kryesisht për vetë humbjen e dëgjimit. Kur kodohet shkak, H90.- ose H91.- mund të përdoret si një kod opsional shtesë.

H90-H91 Humbje e dëgjimit, percuese, sensorioneurale apo tjetër

Keto kode nuk duhet të përdoret si kode të preferuar për "gjendjen kryesore" në qoftë se shkak është regjistruar, veç nëse episodi i kujdesit ka qenë kryesisht për vetë humbjen e dëgjimit. Kur kodohet shkak, H90.- apo H001.- mund të përdoret si një kod opsional shtesë.

Kapitulli IX: Sëmundjet e sistemit cirkulator (=të qarkullimit të gjakut)

I15.- Hipertensioni sekondar

Ky kod nuk duhet përdorur si kod i preferuar për "gjendjen kryesore" në qoftë se shkak është regjistruar, veç nëse episodi i kujdesit ka qenë kryesisht për hipertensionin. Kur kodohet shkak, I15.- mund të përdoret si një kod opsional shtesë.

I69.- Sekelat e sëmundjes cerebrovaskulare

Ky kod nuk duhet përdorur si kod i preferuar për "gjendjen kryesore" në qoftë se natyra e gjendjes mbetëse (reziduale) është regjistruar. Kur kodohet gjendja mbetëse (reziduale), I69.- mund të përdoret si një kod opsional shtesë.

Kapitulli XV: Shtatzënia, lindja e fëmijës dhe lehonja

O08.- Ndërlikimet që ndjekin (pasojnë) abortin dhe shtatzëninë ektopikë dhe molare

Ky kod nuk përdoret si kod i preferuar për "gjendjen kryesore", përveçse atje ku një episod i ri i kujdesit është vetëm për trajtimin e një komplikacioni, p.sh. një ndërlikim aktual i një aborti të mëparshëm. Ai mund të përdoret si një kod opsional shtesë me kategoritë O00-O02 për të identifikuar komplikacionet shoqëruese dhe me kategoritë O03-O07 për të dhënë hollësira më të plota mbi ndërlikimin.

Ki parasysh se kur caktohen nënkategoritë me karakter të katërt të O03-O07, duhet referuar në termat përfshirës të parashikuar në nënkategoritë e O08.

Shembulli 19: Gjendja kryesore: Shtatzëni tubare e ndërprerë (rupturuar) me shok
Specialiteti: Gjinekologji

Kodo shtatzëninë tubale të ndërprerë (O00.1) si "gjendja kryesore".
O08.3 (Shoku që ndjek (pason) abortin dhe shtatzëninë ektopikë e molare) mund të përdoret si një kod opsional shtesë.

Shembulli 20: Gjendja kryesore: Abort jo i plotë me perforacion të uterusit
Specialiteti: Gjinekologji

Kodo abortin jo të plotë me komplikacione të tjera të paspecifikuara (O06.3) si "gjendja kryesore". Kodi O08.6 (Dëmtimi i organeve dhe indeve pelvike që ndjek (pason) abortin dhe shtatzëninë ektopikë e molare) mund të shtohet si një kod opsional shtesë.

Shembulli 21: Gjendja kryesore: Koagulim i përhapur intravaskular që ndjek (pason) abortin e kryer dy ditë më parë në një institucion tjetër
Specialiteti: Gjinekologji

Kodo hemorraginë e vonuar ose abondante (ekscesive) që ndjek (pason) abortin dhe shtatzëninë ektopikë e molare (O08.1). Nuk kërkohet kod tjetër duke qenë se aborti u krye gjatë një episodi të mëparshëm të kujdesit.

O80-O84 Lindja

Përdorimi i këtyre kodeve për të përshkruar "gjendjen kryesore" duhet të kufizohet në rastet ku i vetmi informacion i regjistruar është një deklaratë e lindjes ose metoda e lindjes. Kodet O80-O84 mund të përdoren si kode opsionale shtesë për të treguar një metodë ose tip të lindjes atje, ku për këtë qëllim, nuk është përdorur set i veçantë të dhënash ose klasifikim procedurel.

Shembulli 22: Gjendje kryesore: Shtatzënia

Gjendje të tjera: -----
Proçedura: Lindje me forceps

Kodo lindjen me forceps (O81.0) si "gjendja kryesore" duke qenë se nuk është dhënë ndonjë informacion tjetër.

Shembulli 23: Gjendja kryesore: Lindja
Gjendje të tjera: Përpjekje e dështuar e punës
Proçedura: Seksion çezarian

Kodo përpjekjen e dështuar të punës, e paspecifikuar (O66.4) si "gjendja kryesore". Kodi për lindjen me seksion çezarian, e paspecifikuar (O82.9), mund të përdoret si një kod opsional shtesë.

Shembulli 24: Gjendja kryesore: Lindja binjake
Gjendje të tjera: -----
Proçedura: Lindje e vetëvetishme (spontane)

Kodo lindjen binjake (O30.0) si "gjendja kryesore". Kodi O84.0 (Lindje të shumëfishta, të gjitha të vetëvetishme (spontane)) mund të shtohet si një kod opsional shtesë.

Shembulli 25: Gjendja kryesore: Shtatzëni kohë-plotë me lindjen e fetusit të vdekur, 2800 g
Gjendje të tjera: -----
Proçedura: Lindje e vetëvetishme (spontane)

Kodo kujdesin amëtar (maternal) për vdekje intrauterinare (O36.4) nëse nuk mund të përcaktohen arësyje specifike për vdekjen fetale.

098-099 Sëmundjet amëtare (maternale) të klasifikueshme diku tjetër, por që ndërlikojnë shtatzëninë, lindjen e fëmijës dhe lehoninë

Nënkategoritë e parashikuara duhet të përdoren si kode "gjendje kryesore" në preferencë ndaj kategorive jashtë Kapitullit XV kur gjendjet që klasifikohen kanë qenë treguar nga mjeku i kujdesit shëndetësor të kenë ndërlikuar gjendjen e shtatzënisë, të kenë qenë keqësuar nga shtatzënia, ose të kenë qenë arësyeja për kujdes obstetrikal. Kodet përkatëse nga kapituj të tjerë mund të përdoren si kode opsionalë shtesë për të lejuar specifikimin e gjendjes.

Shembulli 26: Gjendja kryesore: Toksoplazmozë
Gjendje të tjera: Shtatzëni e palindur
Specialiteti: Klinikë antenatale e rrezikut (riskut) të lartë

Kodo sëmundjet protozoare që ndërlikojnë shtatzëninë, lindjen e fëmijës dhe lehoninë (O98.6) si "gjendja kryesore". Kodi B58.9 (Toksoplazmoza, e

paspecifikuar) mund të përdoret si një kod opsional shtesë për të identifikuar mikroorganizmin specifik.

Kapitulli XVIII: Simptomat, shenjat dhe gjetjet jonormale klinike dhe laboratorike, të paklasifikuara diku tjetër

Kategoritë nga ky kapitull nuk duhet të përdoren si kode "gjendja kryesore" veç nëse simptoma, shenja ose gjetja jonormale të ketë qenë qartësisht gjendja kryesore e trajtuar ose vëzhguar gjatë një episodi të kujdesit dhe nuk ka qenë lidhur me gjendje të tjera të regjistruara nga mjeku kujdesit shëndetësor. Për më tepër informacion, shih gjithashtu Rregullin MB3 (4.5.3) dhe hyrjen në Kapitullin XVIII në Vëllimin 1.

Kapitulli XIX: Dëmtim, helmim dhe pasoja të tjera të shkaqeve të jashtme

Atje ku janë regjistruar dëmtime të shumëfishta dhe asnjë prej tyre nuk është zgjedhur si "gjendja kryesore", kodo në një prej kategorive të parashikuara për deklaratimet e dëmtimeve të shumëfishta:

- të të njëjtit tip në të njëjtin region të trupit (zakonisht karakteri i katërt .7 në kategoritë S00-S99);
- të tipave të ndryshëm në të njëjtin region të trupit (zakonisht karakteri i katërt .7 në kategorinë e fundit të secilit bllok, d.m.th. S09, S19, S29, etj.); dhe
- të të njëjtit tip në regione të ndryshme të trupit (T00-T05).

Kini parasysh përjashtimet e mëposhtme:

- për dëmtimet e brendshme të regjistruara me dëmtimet sipërfaqësore dhe/ose vetëm plagët e hapura, kodo dëmtimet e brendshme si "gjendja kryesore";
- për fraktura të kafkës dhe kockave faciale me dëmtime shoqëruese intrakraniale, kodo dëmtimin intrakranial si "gjendja kryesore";
- për hemorragjinë intrakraniale të regjistruar me dëmtimë të tjera vetëm në kokë, kodo hemorragjinë intrakraniale si "gjendja kryesore"; dhe
- për fraktura të regjistruara me plagë të hapura të vetëm të njëjtit vend, kodo frakturën si "gjendja kryesore".

Kur përdoren kategoritë e dëmtimit të shumëfishtë, kodet për çdo dëmtim individual të listuar mund të përdoren si kode opsionalë shtesë. Në rastin e përjashtimit të përmendur, përveç kodit "gjendje kryesore", dëmtimi i shoqëruar mund të identifikohet ose nga një kod opsional shtesë, ose nga një prej dixhiteve (njëshifrorëve) të parashikuar për këtë qëllim.

Shembulli 27: Gjendja kryesore: Dëmtim i fshikëzës së urinës dhe uretrës
Gjendje të tjera: -----

Kodo dëmtimin e organeve të shumëfishta pelvike (S37.7) si "gjendja kryesore". Kodet S37.2 (Dëmtim i fshikëzës së urinës) dhe S37.3 (Dëmtim i uretrës) mund të përdoren si kode opsionalë shtesë.

Shembulli 28: Gjendja kryesore: Plagë intrakraniale e hapur me hemorragji cerebelare
Gjendje të tjera: -----

Kodo hemorragjinë traumatike cerebelare (S06.8) si "gjendja kryesore". Nëse dëshirohet, plaga intrakraniale e hapur mund të tregohet nga shtimi i kodit S01.9 (Plagë e hapur e kokës, pjesë e paspecifikuar) ose nga shtimi i shifrës (dixhitit) 1 (me plagë intrakraniale të hapur) në kodin S06.8 (S06.8.1).

T90-T98 Sekelat e dëmtimeve, helmimit dhe e pasojave të tjera të shkaqeve të jashtme

Këto kode nuk përdoren si kode të preferuar për "gjendjen kryesore" në qoftë se është regjistruar natyra e gjendjes mbetëse (reziduale). Kur kodohet gjendje mbetëse (reziduale), kodet T90-T98 mund të përdoren si kode opsionalë shtesë.

Kapitulli XX: Shkaqet e jashtme të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë

Këto kode nuk përdoren si kode të "gjendjes kryesore". Ata janë parashikuar të përdoren si kode opsionalë shtesë për të identifikuar shkaqet e jashtme të gjendjeve të klasifikuara në Kapitullin XIX, dhe gjithashtu mund të përdoren si kode opsionalë shtesë me gjendjet e klasifikuara në çdo Kapitull tjetër, por duke pasur një shkak të jashtëm.

5. Paraqitja statistikore

5.1 Hyrje

Ky seksion prezanton (paraqet) rregullat lidhur me statistikën për krahasim ndërkombëtar dhe udhëzuesit mbi prezantimin e të dhënave në tabela statistikore kombëtare dhe ndërkombëtare.

Përgjegjësit për analizën e të dhënave duhet të përfshihen në zhvillimin e protokollit për përpunimin (duke përfshirë kodimin), jo vetëm e të dhënave diagnostike, por gjithashtu e çështjeve të tjera për t'u ndërpasqyruar (kros-tabeluar) me to.

5.2 Burimi i të dhënave

Vërtetimi (çertifikimi) mjekësor i shkakut të vdekjes, është normalisht përgjegjësi e mjekut në shërbim. Vërtetimi mjekësor i shkakut të vdekjes duhet të jetë në përputhje me rekomandimet ndërkombëtare (shih Seksionin 4.1.3). Proçedurat administrative duhet të sigurojnë konfidencialitetin (privatësinë) e të dhënave nga çertifikata e vdekjes apo kartelave të tjera mjekësore.

Në rastet e vdekjeve të vërtetuara (çertifikuara) nga hetues ose autoritete të tjerë ligjorë, evidenca mjekësore dhënë vërtetuesit (çertifikuesit) duhet të deklarohet në vërtetim (çertifikatë) përveç vendimeve ligjore.

5.3 Niveli i detajimit të shkakut në tabela

Ka mënyra standarde të listimit të shkaqeve të koduara në përputhje me ICD-në, dhe ka rekomandime formale lidhur me listat për pasqyrë duke lejuar krahasime ndërkombëtare (shih Seksionin 5.6). Në pasqyra (tabelime) të tjera, struktura hierarkike e ICD-së lejon fleksibilitet të konsiderueshëm për grupime të mundshme.

Rubrikat me tre- dhe katër-karaktare të ICD-së lejojnë për detajim të konsiderueshëm. Nganjëherë, ato përdoren për të prodhuar tabela reference duke mbuluar shtrirjen e plotë të të dhënave, të cilat mund të mos jenë botuar, por mbahen në një zyrë qendrore, ku, me kërkesë, mund të tërhiqet informacion lidhur me diagnoza specifike. Klasifikimi në këtë nivel përdoret gjithashtu nga specialistë të interesuar në studimin e hollësishëm të një shtrirje të kufizuar të diagnozave. Për to, më shumë detajim mund të shtohet në nivelin me karakter të pestë ose edhe të gjashtë, atje ku kodimi është bërë ose në karakteret plotësuese të dhëna për disa rubrika të ICD-së, ose në një prej përshtatjeve të-bazuara-në specialitet të familjes së klasifikimeve.

Megjithëse janë bërë të gjitha përpjekjet për të siguruar që titujt e nënkategorive me katër-karaktare të ICD të jenë kuptimplotë kur ata qëndrojnë vetëm, nganjëherë është e nevojshme që ata të lexohen

bashkë me titullin e kategorisë me tre-karaktere. Atje ku është kështu, është e nevojshme ose të përfshihet rubrikat me tre-karaktere (dhe totalët e tyre), ose të përdorësh tituj të përshtatur veçanërisht për rubrikat me katër-karaktere, të cilat janë të kuptueshme kur qëndrojnë vetëm. Ka mbi 2000 rubrika në nivelin me tre-karaktere, që identifikojnë të gjitha gjendjet që mund të jenë me interes për shëndetin publik.

Në Vëllimin 1 ka gjithashtu lista pasqyrë, të cilat janë parashikuar për rrethanat në të cilat lista me tre-karaktere është shumë e detajuar, dhe janë projektuar në mënyrë të tillë që krahasimi ndërkombëtar i sëmundjeve sinjifikative (të rëndësishme) dhe grupeve të sëmundjeve nuk pengohet nga grupime të ndryshme duke qenë përdorur në vende të ndryshme.

5.4 Listat e veçanta të rekomanduara për vdekshmërinë

Listat-pasqyra të veçanta për vdekshmërinë janë dhënë në Vëllimin 1.

5.4.1 Listat e kondensuara

Dy listat e kondensuara, Lista 1 dhe Lista 3, parashikojnë çështje për secilin kapitull të ICD-së, dhe gjithashtu, brenda shumicës së kapitujve, identifikojnë çështjet e listave të zgjedhura së bashku me çështjet mbetëse (reziduale) të titulluar "Mbetës i...", të cilat plotësojnë mbulimin e kapitullit përkatës. Kështu, ato kondensojnë shtrirjen e plotë të kategorive me tre-karaktere të ICD-së në një numër të menaxhueshëm çështjesh për shumë qëllime publikimi.

5.4.2 Listat e zgjedhura

Dy listat e zgjedhura, Lista 2 dhe Lista 4, përmbajnë çështje brenda shumicës së kapitujve të ICD-së, për gjendje dhe shkaqe të jashtme sinjifikative (domethënës, të rëndësishëm) për monitorimin dhe analizën e gjendjes shëndetësore të popullatës dhe problemeve shëndetësore të lidhura me vdekshmërinë në nivele (shkallë) kombëtare dhe ndërkombëtare. Nuk janë parashikuar përfundimet e kapitullit dhe vetëm pak kapituj kanë rubrika mbetëse (reziduale) që bëjnë të mundur të merren përfundime të tilla.

5.4.3 Përdorimi i prefikseve për të identifikuar listat e vdekshmërisë

Përdorimi i prefikseve numerike në numrat e çështjeve parandalon ngatërresën ndërmjet listave speciale të pasqyimit (tabelimit), ku çështjet për të njëjtën gjendje mbajnë numra të ndryshëm. (Numrat e çështjeve mund të dallohen nga kodet e ICD me katër-karaktere të cilat kanë një germë në pozicionin e parë.) Atje ku për qëllime kombëtare dhe ndërkombëtare është përdorur një listë e përshtatur, duhet të përdoret një prefiks identifikues alternativ.

5.4.4 Listat e projektuara lokalisht

Katër listat speciale të pasqyrit (tabelimit) parashikojnë për shumicën e vendeve një burim të mjaftueshëm informacioni mbi sëmundjet më të rëndësishme dhe shkaqet e jashtme të vdekjes. Ato lehtësojnë gjithashtu krahasimin në ecurinë e kohës dhe vëzhgimin e shifteve (ndryshimeve, luhatjeve) në frekuencat relative, për shembull të sëmundjeve infektive dhe sëmundjeve degjenerative, që programet e shëndetit të jenë të efektshëm. Ato lejojnë krahasimin ndërmjet zonave brenda vendit dhe nëngrupeve të popullatës së atij vendi. Përveç kësaj, ato bëjnë të mundur krahasimin kuptimplotë ndërkombëtar të shkaqeve të vdekjes.

Kur nuk është nevoja për krahasim ndërkombëtar, për përdorim lokal mund të projektohen lista të ngjashme me listat e veçanta pasqyrë. Rubrikat ICD të listave të tilla mund të zgjidhen dhe të grupohen në çfarëdo mënyre që është më e përshtatshme dhe më e përdorshme. Listat e veçanta do të ishin të nevojshme për të monitoruar, për shembull, ecurinë e disa programeve shëndetësore lokale në lidhje me sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë.

Kur listat speciale pasqyrë (tabelare) përshtaten ndaj kërkesës kombëtare, ose kur një listë pasqyrë është ndarë për një projekt të ri ose special, është e dobishme të bëhet një test, thjesht duke numëruar numrin e rasteve që bien në secilën kategori me tre-karakterë, për të përcaktuar për cilën gjendje është i përshtatshëm grupimi në rubrika të gjera dhe ku mund të jetë i nevojshëm përdorimi i nënkategorive.

Atje ku është përpiluar (ndërtuar) një listë lokale, çelësi në kategoritë e kondensuara duhet të përmbajë kodet me tre- (ose katër-) karaktere të klasifikimit bazë.

5.5 Tabelë speciale për sëmundshmërinë

5.5.1 Përshkrimi

Lista-pasqyrë (tabelimi) për sëmundshmërinë përmban 299 çështje të detajuara. Lista e sëmundshmërisë është një listë e kondensuar, ku çdo kategori përfshihet vetëm një herë dhe përfundimet për grupet e sëmundjeve dhe kapitujt e ICD-së mund të merren nga të shtuarit e çështjeve që vijojnë në mënyrë sekuenciale (një-pas-një).

Lista e sëmundshmërisë është parashikuar si një bazë për listat kombëtare dhe për krahasim ndërmjet vendeve. Listat kombëtare mund të ndërtohen ose nga kondensimi, ose nga shtrirja e klasifikimit bazë, si të jetë e përshtatshme. Lista është e përshtatshme për të dhëna mbi kujdesin ndaj pacientëve të shtruar dhe, me përshtatje të mirë në sidomos grumbullimin e disa çështjeve dhe shtrirjen e çështjeve që lidhen me Kapitullin XVIII (Simptomat, shenjat dhe gjetjet jonormale klinike e laboratorike) dhe Kapitullin XXI (Faktorët që ndikojnë gjendjen shëndetësore dhe kontakti me shërbimet shëndetësore) – me informacion nga burime të tjera, si kujdesi ambulator dhe survejimet. Kur është ndërtuar një listë lokale, çelësi në kategoritë e kondensuara duhet të përmbajë kodet me tre- (ose katër-) karaktere të klasifikimit bazë.

Lista e sëmundshmërisë përfshin numrat e kodit të kategorive yje (*) për përdorim kur kodi yll për klasifikim të dyfishtë është përfshirë në analizë. Lista mund të përdoret ose për tabelat me bazë kryq (†), ose për tabelat me bazë yll (*), dhe prandaj është e rëndësishme të tregohet cila bazë është përdorur në secilën tabelë.

5.5.2 Modifikimi i listës speciale-pasqyrë për sëmundshmërinë sipas kërkesave kombëtare

Në qoftë se pas ekzaminimit të frekuencave të rubrikave me tre-karakterë të ICD-së është e nevojshme të zgjerohet lista, disa nga çështjet për një gamë kategorish të ICD-së mund të nënndahen në përputhje me klasifikimin bazë ose edhe në nivelin me katër-karakterë. Nëse lista e rekomanduar konsiderohet si shumë e detajuar, ose nëse kërkohet një listë më e shkurtër, zgjedhja mund të bëhet në bazë të problemeve shëndetësore kombëtare ose lokale. Në varësi të "profilit epidemiologjik" të një vendi, kategoritë mund të kombinohen për të shkurtuar listën.

5.6 Rekomandime në lidhje me tabelat statistikore për krahasime ndërkombëtare

5.6.1 Tabelat statistikore

Shkalla e detajimit në klasifikimin-e-ndërkryqëzuar [*cross-classification*] sipas shkakut, gjinisë, moshës dhe zonës gjeografike do të varet si nga qëllimi dhe gama e statistikës ashtu edhe nga kufizimet praktike të tabelimit të tyre. Modelet e mëposhtme, të cilat janë projektuar të ndihmojnë pajtueshmërinë ndërkombëtare, paraqesin mënyrat standarde të shprehjes së karakteristikave të ndryshme. Kur në tabelat e botuara (p.sh. në grupimin në bazë moshe) është përdorur një klasifikim i ndryshëm, duhet që të thjeshtohet në një prej grupimeve të rekomanduara.

- (a) Analiza nga Klasifikimi Ndërkombëtar i Sëmundjeve [*Diseases*] duhet, që sipas përshtatjes më të mirë, të jetë në përputhje me:
 - (i) listën e detajuar të kategorive me tre-karakterë, me ose pa nënkategori me katër-karakterë;
 - (ii) një nga listat-pasqyrë (tabelimet) speciale për vdekshmërinë;
 - (iii) listën-pasqyrë (tabelimin) speciale për sëmundshmërinë.
- (b) Klasifikimi në bazë moshe për qëllime të përgjithshme:
 - (i) nën 1 vjeç, çdo vit deri në 4 vjeç, grupet 5-vjeçare nga 5 në 84 vjeç, 85 vjeç e lart;
 - (ii) nën 1 vjeç, 1-4 vjeç, 5-14 vjeç, 15-24 vjeç, 25-34 vjeç, 35-44 vjeç, 45-54 vjeç, 55-64 vjeç, 65-74 vjeç, 75 vjeç e lart.
 - (iii) nën 1 vjeç, 1-14 vjeç, 15-44 vjeç, 45-64 vjeç, 65 vjeç e lart.
- (c) Klasifikimi në bazë zone gjeografike duhet që, sipas përshtatjes më të mirë, të jetë në

përputhje me:

- (i) secilën ndarje kryesore civile (administrative);
- (ii) secilin qytet ose zonë metropolitane me 1 000 000 banorë e lart; për ndryshe, qyteti më i madh me një popullsi të paktën 100 000 banorë;
- (iii) një grumbullim kombëtar të zonave urbane me 100 000 banorë e lart;
- (iv) një grumbullim kombëtar të zonave urbane me më pak se 100 000 banorë;
- (v) një grumbullim kombëtar i zonave rurale.

Shënim 1. Statistikat në lidhje me (c) duhet të përfshijnë përkufizimet për termat *urbane* dhe *rurale* të përdorura.

Shënim 2. Në vendet ku vërtetimi (çertifikimi) mjekësor i shkakut të vdekjes është jo i plotë ose i kufizuar në zona të caktuara, shifrat për vdekjet e pavërtetuara nga ana mjeksore botohen më vetë.

5.6.2 Tabelimi i shkaqeve të vdekjes

Statistikat e shkaqeve të vdekjes për një zonë të caktuar duhet të jenë në përputhje me rekomandimin (a)(i) të lartpërmendur, ose, nëse kjo është e pamundur, me rekomandimin (a)(ii). Është e preferueshme që vdekjet të klasifikohen në bazë të gjinisë dhe grup-moshës si në rekomandimin (b)(i).

Statistikat e shkaqeve të vdekjes për zonat në rekomandimin (c) duhet të pajtohen me rekomandimin (a)(ii), ose nëse kjo është e pamundur, me rekomandimin (a)(iii). Preferohet që ato të tabelohen në bazë të gjinisë dhe grup-moshës si në rekomandimin (b)(ii).

5.7 Standardet dhe kërkesa e raportimit lidhur me vdekshmërinë fetale, perinatale, neonatale dhe foshnjore

Përkufizimet e mëposhtëme janë përshtatur nga Asambleja Botërore e Shëndetit në lidhje si me statistikat që i përgjigjen krahasimeve ndërkombëtare ashtu dhe me kërkesat e raportimit për të dhënat nga të cilat janë përfutur. Përkufizimet e përshtatura nga Asambleja Botërore e Shëndetit paraqiten në Vëllimin 1, dhe, për lehtësi, paraqiten sërish më poshtë.

5.7.1 Përkufizime

Lindje e gjallë

Lindje e gjallë është largimi (ekspulsioni) i plotë ose nxjerrja nga e ëma e tij e frutiy (produktit) të shtatzënisë, pavarësisht nga kohë-zgjatja e shtatzënisë, i cili, pas një ndarje të tillë, merr frymë ose tregon çfarëdo shenje tjetër të jetës, siç është rrahje e zemrës, pulsimi i kordonit umbilikal, ose lëvizje të qarta të muskujve të vullnetshëm, pavarësisht nëse kordoni umbilikal është prerë ose jo, apo plaçenta është e lidhur; çdo produkt i një lindje të tillë konsiderohet i lindur i gjallë.

Vdekja fetale [fetus i lindur i vdekur]

Vdekja fetale është vdekja para largimit (ekspulsionit) të plotë ose nxjerrjes nga e ëma e tij e frutit (produkteit) të shtatzënisë, pavarësisht nga kohë-zgjatja e shtatzënisë; vdekja tregohet nga fakti që pas një ndarje të tillë, fetusit nuk merr frymë ose nuk tregon çfarëdo shenje tjetër jetë, siç është rrahje e zemrës, pulsimi i kordonit umbilikal, ose lëvizje të qarta të muskujve të vullnetshëm.

Pesha e lindjes

Pesha e parë e fetusit ose të sapolindurit (porsalinduri) e përfshirë pas lindjes.

Për lindjet e gjalla, preferohet që pesha e lindjes të matet brenda orës së parë të jetës, përpara se të ndodhin humbje sinjifikante (domethënëse) të peshës pas lindjes. Megjithëse tabelimet statistikore përfshijnë grupime 500 g për peshë në lindje, peshat nuk duhet të regjistrohen në ato grupime. Pesha reale duhet të regjistrohet me shkallën e saktësisë në të cilën ajo matet.

Përkufizimet (përcaktimet): peshë në lindje "e ulët", "shumë e ulët", dhe "jashtëzakonisht e ulët" nuk përbëjnë kategori që përjashtojnë reciprokisht njëra tjetrën. Poshtë kufijve të vendosur, ato janë gjithë-përfshirëse, dhe prandaj mbivendosen (d.m.th. "e ulët" përfshin "shumë e ulët" dhe "jashtëzakonisht e ulët", ndërsa "shumë e ulët" përfshin "jashtëzakonisht e ulët").

Peshë lindje e ulët

Më pak se 2500 g (deri në dhe duke përfshirë 2499 g).

Peshë lindje shumë e ulët

Më pak se 1500 g (deri në dhe duke përfshirë 1499 g).

Peshë lindje jashtëzakonisht e ulët

Më pak se 1000 g (deri në dhe duke përfshirë 999 g).

Mosha e shtatzënisë

Kohë-zgjatja e shtatzënisë matet duke filluar nga dita e parë e periudhës menstruale normale të fundit. Mosha e shtatzënisë shprehet në ditë të plota ose javë të plota (p.sh. ngjarjet që ndodhin në 280 deri 286 ditë të plota pas fillimit të periudhës së fundit menstruale normale konsiderohen si të ndodhura në javën e 40-të të shtatzënisë).

Shpesh mosha e shtatzënisë është burim paqartësie, kur llogaritjet janë bazuar në datat menstruale. Për qëllimet e llogaritjes të moshës së shtatzënisë nga dita e parë e periudhës së fundit normale të menstruacioneve dhe datës së lindjes, duhet të ngulitet në mendje që dita e parë është dita zero dhe jo dita një; prandaj ditët 0-6 korespondojnë me "javën e plotë zero"; ditët 7-13 me "javën e plotë një"; dhe java e 40-të e shtatzënisë reale është sinonim me "javën e plotë 39". Kur nuk është e disponueshme data e periudhës së fundit menstruale normale, mosha e shtatzënisë duhet të bazohet në vlerësimin më të mirë klinik. Me qëllim shmangien e keqkuptimit, tabelimet duhet të tregojnë së

bashku javët dhe ditët.

Para-afatit (Pre-term)

Më pak se 37 javë të plota (më pak se 259 ditë) të shtatzënisë.

Në afati (Term)

Nga 37 javë të plota në më pak se 42 javë të plota (259 në 293 ditë) të shtatzënisë.

Pas-afatit (Post-term)

42 ose më shumë javë të plota (294 ose më shumë ditë) të shtatzënisë.

Periudha perinatale

Periudha perinatale fillon në 22 javë të plota (154 ditë) të shtatzënisë (koha kur pesha e lindjes është normalisht 500 g), dhe përfundon shtatë ditë të plota pas lindjes.

Periudha neonatale

Periudha neonatale fillon në lindje dhe përfundon 28 ditë të plota pas lindjes. Vdekjet neonatale (vdekjet ndër lindjet e gjalla gjatë 28 ditëve të plota të para të jetës) mund të nënndahen në vdekjet neonatale të hershme, që ndodhin gjatë shtatë ditëve të para të jetës dhe vdekjet neonatale të vonshme, që ndodhin pas ditës së shtatë por përpara 28 ditëve të plota të jetës.

Mosha në vdekje gjatë ditës së parë të jetës (dita zero) duhet të regjistrohet në njësitë e minutave të plota ose orëve të jetës. Për ditën e dytë (dita 1), të tretë (dita 2) dhe deri në 27 ditë të plota të jetës, mosha në vdekje duhet të regjistrohet në ditë.

5.7.2 Kriteret e raportimit

Kërkesat ligjore për regjistrimin e vdekjeve fetale dhe lindjeve të gjalla variojnë nga vendi në vend si dhe brenda vendeve. Mundësisht, të gjithë fetuset dhe foshnjat që peshojnë të paktën 500 g në lindje, të gjallë apo të vdekur, duhet të përfshihen në statistikë. Kur informacioni mbi peshën në lindje është i padisponueshëm, duhet të përdoren kriteret koresponduese mbi moshën e shtatzënisë (22 javë të plota) ose gjatësinë trupore (25 cm majë e kokës-thembër). Kriteret për të vendosur nëse një ngjarje ka ndodhur brenda periudhës perinatale duhet të zbatohen në renditjen: (1) pesha e lindjes, (2) mosha e shtatzënisë, (3) gjatësia majë e kokës-thembër. Përfshirja e peshës së fetuseve dhe foshnjeve ndërmjet 500 g dhe 1000 g në statistikat kombëtare rekomandohet si për shkak të vlerës së saj të brendshme, ashtu edhe se përmirëson mbulimin e raportimit nga 1000 g e sipër.

5.7.3 Statistikat për krahasime ndërkombëtare

Në statistikat për krahasime ndërkombëtare, përfshirja e grupit të peshës së lindjes jashtëzakonisht të ulët përçan vlefshmërinë e krahasimeve dhe nuk rekomandohet. Vendet duhet të rregullojnë procedurat e regjistrimit dhe të raportimit në mënyrë të tillë, që ngjarjet dhe kriteret për përfshirjen e

tyre në statistika të mund të identifikohën lehtë. Fetuset dhe foshnjët që nuk korespondojnë me këto kritere (d.m.th. që peshojnë më pak se 1000 g) duhet të përjashtohen nga statistikat perinatale, përveç kur ka arsye ligjore ose arsye të tjera të vlefshme për të kundërtën, rast ky, në të cilin përfshirja e tyre duhet të deklarohet qartë. Kur nuk njihen pesha e lindjes, mosha e shtatzënisë dhe gjatësia majë e kokës-thembër, ngjarjet duhet më shumë të përfshihen se sa të përjashtohen nga statistikat e vdekshmërisë së periudhës perinatale. Vendet duhet gjithashtu të paraqesin statistika në të cilat si numëruesi ashtu dhe emëruesi i të gjithë raporteve [*ratio*] dhe niveleve [*rate*] janë kufizuar në fetuset dhe foshnjët me peshë 1000 g ose më shumë të (raportet dhe nivelet peshë-specifike); kur informacioni mbi peshën e lindjes nuk është i disponueshëm, duhet të përdoren mosha koresponduese e shtatzënisë (28 javë të plota) ose gjatësia trupore (35 cm majë e kokës-thembër).

Në raportimin e statistikave të vdekshmërisë fetale, perinatale, neonatale dhe foshnjore, numri i vdekjeve për shkak të keqformimeve duhet që kurdoherë të jetë e mundur të identifikohët për lindje të gjalla dhe vdekje fetale dhe në lidhje me peshën e lindjeve 500-999 g dhe 1000 g ose më shumë. Vdekjet neonatale për shkak të keqformimeve duhet të nënndahen në vdekje neonatale të hershme dhe të vonshme. Ky informacion bën të mundur që statistika e vdekshmërisë perinatale dhe neonatale të raportohen me ose pa vdekjet nga keqformimet.

RAPORTET DHE NIVELET

Raportet dhe nivelet e botuara duhet të specifikojnë gjithmonë emëruesin, d.m.th. lindjet e gjalla ose lindjet totale (lindjet e gjalla plus vdekjet fetale). Vendet inkurajohen të prodhojnë (japin) raportet dhe nivelet e listuara më poshtë, ose sa më shumë prej tyre sa e lejojnë sistemet e tyre të mbledhjes së të dhënave.

Raporti i vdekjes fetale

$$\frac{\text{Vdekjet fetale}}{\text{Lindjet e gjalla}} \times 1000$$

Niveli i vdekjes fetale

$$\frac{\text{Vdekjet fetale}}{\text{Lindjet totale}} \times 1000$$

Niveli vdekjes fetale, peshë-specifike

$$\frac{\text{Vdekjet fetale me peshë 1000 g e sipër}}{\text{Lindjet totale me peshë 1000 g e sipër}} \times 1000$$

Niveli vdekshmërisë neonatale të hershme

$$\frac{\text{Vdekjet neonatale të hershme}}{\text{Lindjet e gjalla}} \times 1000$$

Niveli i vdekshmërisë neonatale të hershme, peshë-specificike

$$\frac{\text{Vdekjet neonatale të hershme të foshnjave me peshë në lindje 1000 g e sipër}}{\text{Lindjet e gjalla me peshë 1000 g e sipër}} \times 1000$$

Raporti i vdekshmërisë perinatale

$$\frac{\text{Vdekjet fetale dhe vdekjet neonatale të hershme}}{\text{Lindjet e gjalla}} \times 1000$$

Niveli e vdekshmërisë perinatale

$$\frac{\text{Vdekjet fetale dhe vdekjet neonatale të hershme}}{\text{Totali i lindjeve (= të gjalla + vdekje fetale)}} \times 1000$$

Niveli i vdekshmërisë perinatale është numri i vdekjeve të fetuseve që peshojnë të paktën 500 g (ose, kur pesha e lindjes nuk është e disponueshme, pas 22 javë të plota të shtatzënisë ose me një gjatësi majë e kokës-thembër prej 25 cm ose më shumë), plus numrin e vdekjeve të hershme neonatale, për 1000 lindje totale. Për shkak të emëruesve të ndryshëm në secilin përbërës, ai nuk është domosdoshmërisht i barabartë me shumën e nivelit të vdekjes fetale dhe nivelit të vdekshmërisë së neonatit të hershëm.

Niveli i vdekshmërisë perinatale, peshë-specificike

$$\frac{\text{Vdekjet fetale me peshë 1000 g e sipër, plus (+) vdekjet e hershme neonatale të foshnjeve me peshë në lindje 1000 g e sipër}}{\text{Lindjet totale me peshë 1000 g e sipër}} \times 1000$$

Niveli i vdekshmërisë neonatale

$$\frac{\text{Vdekjet neonatale}}{\text{Lindjet e gjalla}} \times 1000$$

Niveli i vdekshmërisë neonatale, peshë-specificike

$$\frac{\text{Vdekjet neonatale të foshnjeve me peshë në lindje 1000 g e sipër}}{\text{Lindjet e gjalla me peshë 1000 g e sipër}} \times 1000$$

Niveli i vdekshmërisë foshnjore [IMR – Infant Mortality Rate]

$$\frac{\text{Vdekjet nën një vjeç}}{\text{Lindjet e gjalla}} \times 1000$$

Niveli i vdekshmërisë foshnjore, peshë-specifike

$$\frac{\text{Vdekjet foshnjore ndër lindjet e gjalla me peshë në lindje 1000 g sipër}}{\text{Lindjet e gjalla me peshë 1000 g e sipër}} \times 1000$$

5.7.4 Paraqitja e shkaqeve të vdekshmërisë perinatale

Për statistika të vdekshmërisë perinatale të përftuar nga forma e çertifikatës (vërtetimit) të rekomanduar për këtë qëllim (shih Seksionin 4.3.1), do të ishte mjaft e dobishme analiza e plotë e shkakut të shumëfishtë e të gjitha gjendjeve të raportuara. Kur një analizë e tillë nuk është praktike, analiza e sëmundjes ose gjendjes kryesore në fetus ose foshnjë (pjesa (a)) dhe e gjendjes amëtare që ndikon fetusin ose foshnjën (pjesa (c)) me ndër-tabelimin (kros-tabelimin) e grupeve të këtyre dy gjendjeve, duhet të konsiderohet si minimumi. Kur është e nevojshme të zgjidhet vetëm një gjendje (për shembull, vdekjet neonatale të hershme duhet të përfshihen në tabelat-shkak i vetëm i vdekjeve të të gjitha moshave), atëherë duhet të zgjidhet sëmundja ose gjendja kryesore në fetus ose foshnje (pjesa (a)).

Klasifikimi i moshës për statistika të veçanta të vdekshmërisë foshnjore

- (i) Nga ditë unike për javën e parë të jetës (nën 24 orë, 1, 2, 3, 4, 5, 6 ditë), 7-13 ditë, 14-20 ditë, 21-27 ditë, 28 ditë deri në, por pa përfshirë, 2 muaj, nga muaj unik të jetës nga 2 muaj në 1 vjeç (2, 3, 4 ... 11 muaj).
- (ii) Nën 24 orë, 1-6 ditë, 7-27 ditë, 28 ditë deri në, por pa përfshirë, 3 muaj, 3-5 muaj, 6 muaj por nën 1 vjeç.
- (iii) Nën 7 ditë, 7-27 ditë, 28 ditë por nën 1 vjeç.

Klasifikimi i moshës për vdekjet neonatale të hershme

- (i) Nën 1 orë, 1-11 orë, 12-23 orë, 24-47 orë, 48-71 orë, 72-167 orë;
- (ii) Nën 1 orë, 1-23 orë, 24-167 orë.

Klasifikimi i peshës së lindjes për statistika të vdekshmërisë perinatale

Nga intervalet e peshës prej 500 g, d.m.th. 1000 - 1499 g, etj.

Klasifikimi i moshës së shtatzënisë për statistika të vdekshmërisë perinatale

Nën 28 javë (nën 196 ditë), 28-31 javë (196-223 ditë), 32-36 javë (224-258 ditë), 37-41 javë (259-

293 ditë), 42 javë e sipër (294 ditë e sipër).

5.8 Standardet dhe kërkesat e raportimit lidhur me vdekshmërinë amëtare

5.8.1 Përkufizime

Vdekja amëtare (amësore, maternale)

Një vdekje amëtare është vdekja e një gruaje gjatë shtatzënisë ose brenda 42 ditëve të ndërprerjes së shtatzënisë, pavarësisht nga kohëzgjatja dhe vendi i shtatzënisë, nga çfarëdolloj shkak lidhur me shtatzëninë ose agravuar (rënduar) nga shtatzënia apo menaxhimi i saj, por jo nga shkaqe aksidentale ose të rastësishme.

Vdekja amëtare e vonshme

Një vdekje amëtare e vonshme është vdekja e një gruaje pas më shumë se 42 ditëve por më pak se një vit mbas ndërprerjes së shtatzënisë nga shkaqe obstetrikale direkte ose jo direkte.

Vdekja e lidhur me shtatzëninë

Një vdekje që lidhet me shtatzëninë është vdekja e një gruaje ndërsa ajo është shtatzënë ose brenda 42 ditëve të ndërprerjes së shtatzënisë, pavarësisht nga shkak i vdekjes (obstetrik ose jo).

Vdekjet amëtare duhet të ndahen në dy grupe:

1. *Vdekje obstetrikale direkte* (të dretpërdrejta): këto rezultojnë nga komplikacione të gjendjes së shtatzënisë (shtatzëni, lindje, puerperium (lehoni)), nga ndërhyrje, ndërprerje, trajtim jo të mirë ose nga një zinxhir ngjarjesh që rezultojnë nga cilidoqoftë prej shkaqeve të mësipërme.
2. *Vdekje obstetrikale jo-direkte* (indirekte, të tërthorta): këto rezultojnë nga sëmundje ekzistuese të mëparshme ose nga sëmundje që janë zhvilluar gjatë shtatzënisë dhe që nuk lidhen me shkaqe direkte obstetrikale por janë agravuar (rënduar, acaruar) nga efektet fiziologjike të shtatzënisë.

Me qëllim që të përmirësohet cilësia e të dhënave mbi vdekshmërinë amëtare dhe të jepen metoda alternative të mbledhjes së të dhënave mbi vdekjet gjatë shtatzënisë apo të lidhura me të, si dhe për të inkurajuar regjistrimin e vdekjeve nga shkaqe obstetrikale që ndodhin në më shumë se 42 ditë pas ndërprerjes së shtatzënisë, Asambleja e 43-të Botërore e Shëndetësisë më 1990 adoptoi rekomandimet, që vendet të konsiderojnë përfshirjen në çertifikatat e vdekjes të pyetjeve që kanë të bëjnë me shtatzëninë aktuale dhe shtatzëninë që ka çuar në vdekje brenda një viti.

5.8.2 Raportimi ndërkombëtar

Për raportimin ndërkombëtar të vdekshmërisë amëtare, vetëm ato vdekje amëtare që ndodhin para fundit të periudhës referuese prej 42 ditësh duhet të përfshihen në llogaritjen e raporteve dhe niveleve, ndonëse regjistrimi i vdekjeve të mëvonshme është i dobishëm për qëllime analitike kombëtare.

5.8.3 Nivelet e vdekshmërisë amëtare të botuara (publikuara)

Nivelet e vdekshmërisë amëtare të botuara (publikuara) duhet të specifikojnë gjithmonë numëruesin (numrin e vdekjeve amëtare të regjistruara), i cili mund të jepet si:

- numri i vdekjeve obstetrikale direkte të regjistruara, ose
- numri i vdekjeve obstetrikale të regjistruara (direkte plus indirekte).

Ki parasysh që, kur përllogarit nivelet e vdekshmërisë amëtare, rastet e pakoduara në Kapitullin XV (kodet O) duhet të përfshihen. Këto përfshijnë ato kategori që paraqiten në “Shënim për Përjashtim” në fillimin e Kapitullit XV, duke qenë të sigurtë që ato përmbushin specifikimet e përtheksuara në Seksionin 4.2.8) për shkaqet obstetrikale indirekte.

5.8.4 Emëruesit për vdekshmërinë amëtare

Emëruesi i përdorur për përllogaritjen e vdekshmërisë amëtare duhet të specifikohet ose si numër i lindjeve të gjalla ose si numër i lindjeve totale (lindje të gjalla plus vdekje fetale). Aty ku janë të disponueshëm të dy emëruesit, përllogaritja duhet bërë dhe botuar (publikuar) për secilin.

Raportet dhe nivelet

Rezultatet duhet të shprehen si një raport i numëruesit ndaj emëruesit, shumëzuar me k (ku k mund të jetë 1000, 10 000 ose 100 000, siç preferohet apo diktohet nga vendi). Kështu raportet dhe nivelet e vdekshmërisë amëtare mund të shprehen si më poshtë:

*Niveli i vdekshmërisë amëtare*¹

Vdekjet amëtare (direkte dhe indirekte)
----- x k
Lindjet e gjalla

¹ Përdorimi i termit ‘nivel [*rate*], ndonëse jo i saktë në këtë kontekst, mbahet për hir të vijueshmërisë

Raporti i vdekshmërisë obstetrikale direkte

Vetëm vdekjet obstetrikale direkte
----- x k
Lindjet e gjalla

Raporti i vdekshmërisë të lidhur me shtatzëninë

Vdekje të lidhura me shtatzëninë

_____ x k
Lindjet e gjalla

5.9 Proporcioni i vdekjeve të klasifikuara nga shkaqe të keq-përcaktuara

Përqendrimi i një proporcioni (përqindjeje) të lartë të shkaqeve të vdekjeve në Kapitullin XVIII (Simptoma, shenja, dhe rezultate laboratorike dhe klinike jo-normale, të paklasifikuara diku tjetër) tregon një nevojë për të kontrolluar ose vlerësuar cilësinë e të dhënave sipas tabelave të përqendruara në shkaqe më specifike në kapituj të tjerë.

5.10 Sëmundshmëria

Ka një varietet të gjerë të burimeve të mundshme të informacionit mbi sëmundshmërinë. Të dhënat më të përshtashme për analiza në bazë rajonale ose kombëtare janë ato që bëjnë të mundur që disa llogaritje të bëhen mbi incidencën e sëmundjeve, ose të paktën e atyre sëmundjeve që janë duke u shfaqur, për shembull, nën kujdesin mjekësor ose spitalor. Kjo është kryesisht për të dhënat në episode të kujdesit shëndetësor, ku janë ndjekur udhëzues dhe përkufizime të miratuara zyrtarisht për regjistrimin e shkaqeve të sëmundshmërisë dhe seleksionimin e një kushti të vetëm. Tipa të tjerë të dhënash kërkojnë zhvillimin e rregulloreve lokale.

Problemet në statistikat e sëmundshmërisë fillojnë pikërisht me përcaktimin (përkufizimin) e “Sëmundshmërisë”. Ka shumë mundësi për përmirësimin e statistikave të sëmundshmërisë. Krahasime ndërkombëtare të të dhënave të sëmundshmërisë janë, për momentin, të mundshme deri në një masë të kufizuar dhe për qëllime të përcaktuara saktësisht. Informacioni kombëtar ose rajonal mbi sëmundshmërinë duhet të interpretohet në lidhje me burimin dhe me njohuritë e cilësisë së të dhënave, besueshmërinë diagnostike dhe karakteristikat demografike dhe social-ekonomike.

5.11 Masat paraprake të nevojshme kur listat tabelare përfshijnë nën-totalet

Për ata që përpunojnë të dhënat mund të mos jetë gjithmonë i dukshëm fakti, që disa nga të dhënat në listat tabelare janë në të vërtetë nën-totale, për shembull, titujt e blloqeve dhe, në rastin e listës me katër-karakterë të ICD-10, titujt e kategorive me tre-karakterë, si dhe të dhënat për çdo titull kapitulli në versionin e kondensuar të listave tabelare të vdekshmërisë. Këto duhet të injorohen kur të llogariten totalët, përndryshe rastet do të numërohen më shumë se një herë.

5.12 Problemet e popullatave të vogla

Madhësia e popullatës është një faktor që duhet të konsiderohet kur gjendja shëndetësore e popullatës vlerësohet nga të dhënat e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë. Në vende me popullata të vogla, numri vjetor i rasteve në shumë kategori të listave të shkurtëra do të jetë shumë i vogël dhe do të lëvizë (luhatet) krejt rastësisht nga viti në vit. Kjo është veçanërisht e vërtetë për grup-mosha dhe gjini (seks) të ndara (=të marra veçmas). Problemet mund të mënjanojnë nga një ose më shumë prej masave të mëposhtme:

- përdorim ose prezantim i grupeve të gjera të rubrikave të ICD, siç janë kapitujt;
- përmbledhje e të dhënave gjatë një periudhe të gjatë kohë, p.sh. të dhënat për dy vitet e mëparëshme së bashku me ato të vitit aktual, nga ku përftohet një shifër “mesatare e lëvizshme”;
- duke përdorur grup-moshën më të gjerë të rekomanduar në 5.6.1 dhe 5.7.4.

Ajo që aplikohet për popullata të vogla kombëtare vlen gjithashtu në përgjithësi edhe për segmente nënkombëtare (subnacionale) të popullatave më të mëdha. Hetime (hulumtime) të problemeve shëndetësore në nëngrupe të popullatës duhet të marrin në konsideratë efektin e masës të secilit nga nëngrupet ndaj llojit (tipit) të analizës së përdorur. Kjo nevojë përgjithësisht njihet kur ke të bësh me vëzhgime model, por shpesh mbivlerësohet kur hetimi ka të bëjë me probleme shëndetësore të grupeve të veçanta në popullatën kombëtare.

5.13 “Qelizat boshe” dhe qelizat me frekuencë të ulët

Për çfarëdo lloj listë që përdoret, mund të gjendet që asnjë rast nuk haset në qeliza të veçanta të tabelave statistikore. Kur ka shumë rreshta bosh në një tabelë, është me vlerë të konsiderosh lënien jashtë të këtyre rreshtave nga një tabelë e publikuar ose e printuar. Kur ka vetëm ndonjë rast okazional të shfaqjes së një sëmundje në një vend, rreshti mund ndërpritet nga tabela e publikuar dhe të shtohet një shënim në fund që tregon se ose nuk kishte raste, ose, edhe kur rastet shfaqen, në cilën qelizë do të shfaqej rasti.

Për qeliza me frekuanca shumë të ulëta, veçanërisht ato që lidhen me sëmundje që nuk priten të shfaqen, është e rëndësishme të vendoset që rastet kanë ekzistuar dhe nuk kanë rezultuar nga një gabim i kodimit ose gabim i përpunimit të të dhënave. Kjo duhet të kryhet si pjesë e kontrollit të përgjithshëm të cilësisë së të dhënave.

5.14 Rekomandime

Përgjegjësia për certifikatën mjekësore të shkakut të vdekjes (shih Seksionin 5.2)

Çertifikata mjekësore e shkakut të vdekjes është normalisht përgjegjësi e mjekut që e ndjek ndodhinë e vdekjes. Në rastin e çertifikimit të vdekjes nga mjeku ligjor apo nga autoritete të tjera ligjore, dëshmia mjekësore e plotësuar nga çertifikuesi duhet të qëndrojë në çertifikatë krahas çfarëdo gjetje tjetër ligjore-juridike.

Forma e çertifikatës mjekësore të shkakut të vdekjes (shih Aneksin 7.1)

Çertifikata mjekësore e shkakut të vdekjes duhet të jetë në përputhje me rekomandimin ndërkombëtar (shih Aneksin 7.1). Mbledhja e statistikave të vdekshmërisë perinatale duhet të jetë konsistente me rekomandimet e paraqitura në Seksionin 4.4.1.

Konfidencialiteti i informacionit mjekësor (shih Seksionin 5.2)

Procedurat administrative duhet të sigurojnë konfidencialitetin e të dhënave nga çertifikata e vdekjes ose të dhënave apo rekordeve të tjera mjekësore.

Përzgjedhja e shkakut për tabelimin e vdekshmërisë (shih Seksionin 4.1.1)

Shkaqet e vdekjes për t'u shkruar në çertifikatën mjekësore të shkakut të vdekjes janë të gjitha sëmundjet, gjendjet morboze ose plagosjet apo dëmtimet që kanë rezultuar në apo kontribuar në vdekjen dhe rrethanat e aksidentit apo dhunës që ka rezultuar në dëmtim. Kur është regjistruar vetëm një nga shkaqet e vdekjes, ky shkak përzgjidhet për tabelim. Kur është regjistruar më shumë se një shkak i vdekjes, zgjedhja duhet të bëhet në përputhje me rregullat dhe udhëzimet e dhëna në ICD.

Përdorimi i Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve (shih Seksionet 2.1, 2.2 dhe 3.3)

Qëllimi i ICD është që të lejojë regjistrimin sistematik, analizën, interpretimin dhe krahasimin e të dhënave të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë të mbledhura në vende ose zona të ndryshme dhe në kohë të ndryshme. Klasifikimi 'qendror' i ICD-10 është kodi me tre-karakterë, i cili është niveli i detyrueshëm i kodimit për raportimin ndërkombëtar të vdekshmërisë në bazën e të dhënave (databazën) të OBSH-së dhe për krahasimet e përgjithshme ndërkombëtare. Nënlojet apo nënkategoritë me katër-karakterë, ndonëse jo të detyrueshme për raportim në nivel ndërkombëtar, janë rekomanduar për shumë qëllime dhe formojnë një pjesë integrale të ICD, e cila bën pjesë në listën e tabelave speciale.

Statistikat e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë duhet të kodohen sipas listës tabelare të përfshirjeve dhe indeksit alfabetik. Nënkatëgoritë me katër-karakterë, kur botohen, duhet të jenë pikërisht ato të ICD. Çdo shtesë ose variacion duhet treguar në tabelat statistikore të publikuara.

Statistikat e vdekshmërisë perinatale (shih Seksionet 5.7.2 dhe 5.7.3)

Rekomandohet që të gjithë fetuset dhe foshnjat që peshojnë të paktën 500 g në lindje, qoftë gjallë ose vdekur, duhet të jenë përfshirë në statistikat kombëtare. Kur informacioni i peshës në lindje është i

padisponueshëm, duhet përdorur kriteri korespondues për moshën e shtatzënisë (22 javë të plota) ose gjatësia e trupit (25 cm nga maja e kokës në thembër). Kriteret për të vendosur nëse një ngjarje ka ndodhur brenda periudhes perinatale duhen aplikuar në renditjen (1) pesha në lindje; (2) moshja e shtatzënisë; (3) gjatësia nga maja e kokës në thembër. Përfshirja e fetusit dhe foshnjave që peshojnë ndërmjet 500 g dhe 1000 g në statistikatat kombëtare rekomandohet për vlerën e vet inhereente (të brendshme) si dhe për shkak se kjo përmirëson mbulimin e raportimi në 1000 gr e sipër.

Në statistikatat për krahasime ndërkombëtare, përfshirja e grupit me peshën jashtëzakonisht-të-ulët në lindje prish vlefshmërinë e krahasimeve dhe, rrjedhimisht, nuk rekomandohet. Vendet duhet të paraqesin gjithashtu statistika në të cilat, të dy, numëruesi dhe emëruesi i të gjitha raporteve dhe niveleve janë të kufizuar tek fetuset dhe foshnjat që peshojnë 1000 g ose më shumë (raportet dhe nivelet peshë-specifike); atje ku informacioni për peshën në lindje nuk është i disponueshëm, duhet përdorur moshja koresponduese e shtatzënisë (28 javë të plota) ose gjatësia e trupit (35 cm nga maja e kokës në thembër).

Statistikat e vdekshmërisë amëtare (shih Seksionet 5.8.2 dhe 5.8.3)

Nivelet e vdekshmërisë amëtare të publikuara duhet gjithmonë të specifikojnë numëruesin, i cili mund të jepet si: numri i vdekjeve obstetrikale direkte të regjistruara, ose numri i vdekjeve obstetrikale të regjistruara (direkte plus indirekte). Për qëllime raportimi ndërkombëtar të vdekshmërisë amëtare, vetëm vdekjet amëtare që ndodhin para përfundimit të periudhës reference 42-ditore referuese duhet të përfshihen në llogaritjen e raportve dhe niveleve të ndryshme, ndonëse regjistrimi edhe i vdekjeve të mëvonshme (pra pas kësaj periudhe reference) është i dobishëm për qëllime analitike kombëtare.

Tabelat statistikore (shih Seksionet 5.6.1 dhe 5.7.4)

Shkalla e detajimeve në ndër-klasifikimin (kros-klasifikimin) nga sipas shkakut, seksit, moshës, dhe zonës gjeografike do të varet si nga qëllimi dhe diapazoni i statistikave ashtu dhe nga kufizimet praktike në tabelimin e tyre. Mënyrat standarde në prezantimin e statistikave janë përkrahur në Seksionet 5.6.1 dhe 5.7.4 për të promovuar pajtueshmëri ndërkombëtare.

Tabelimi i shkaqeve të vdekjeve (shih Seksionet 5.6.2 dhe 5.7.4)

Statistikat e shkaqeve të vdekjeve për një zonë të përcaktuar duhet të jenë në përputhje me rekomandimet në Seksionin 5.6.1. Për statistikatat e vdekshmërisë perinatale, një shkallë e plotë e analizës shumë-shkakësore të të gjitha patologjive të raportuara, do të jetë përfitimi më i madh. Atje ku analiza të tilla janë të pazbatueshme, analiza e sëmundjes kryesore ose gjendjes/patologjisë kryesore tek fetusit ose foshnja dhe e gjendjes/patologjisë kryesore amëtare (maternale) që ndikon tek fetusit ose foshnja, ndër-tabelimet (kryq-tabelimet) e grupeve të këtyre dy gjendjeve/patologjive duhet konsideruar si minimumi i duhur. Aty ku është e nevojshme për të përzgjedhur vetëm njërin nga gjendjet, duhet përzgjedhur sëmundja apo gjendja kryesore tek fetusit apo foshnja.

6. Historiku i zhvillimit të ICD

6.1 Historiku i hershëm

Sir George Knibbs, statisticioni i shquar Australian, kreditoi Francois Bossier de Lacroix (1706-1777), i mirënjohur si Sauvages, me përpjekjen e parë për të klasifikuar sistematikisht sëmundjet (10). Traktakti i plotë i Sauvages u botua me titullin '*Nosologia Methodica*'. Një bashkëkohës i Sauvages ishte metodologjisti i madh Linnaeus (1707-1778), një nga paktet e të cilit u quajt *Genera Morburum*. Në fillim të shekullit të 19-të, klasifikimi i sëmundjeve në përdorimin e gjerë u bë nga William Cullen (1710-1790) nga Edinburgu, i cili u publikua më 1785 me titullin *Synopsis nosologiae methodicae*.

Megjithatë, për të gjitha qëllimet praktike, studimi statistikor i sëmundjes fillon një shekull më herët me punën e John Graunt mbi vdekshmërinë në Londër. Ky lloj klasifikimi i iniciuar nga ky pionier ka një rëndësi të madhe nga përpjekja e tij për të vlerësuar proporcionin e fëmijëve të lindur që vdesin para se të arrijnë moshën 6 vjeç, kur nuk ekzistonin regjistra mbi vdekshmërinë sipas moshave. Ai mori të gjitha vdekjet e klasifikuara si sorre, konvulsione, rakitizëm, dhëmbët dhe krimbat, aborte, chrysomet, foshnjat, zmadhim i mëlçisë dhe mbivendosja dhe iu shtoi atyre gjysmën e vdekjeve të klasifikuara si lija e vërtetë, lija e dhenve, fruthi dhe krimbat pa konvulsione. Pavarësisht nga vulgarizmi i këtij klasifikimi, për një vdekshmëri prej 36 % i fëmijëve para moshës 6 vjeç duket se ka qenë i mirë nga vlerësimet e bëra më vonë. Ndërkohë që tre shekuj kanë kontribuar diçka në saktësinë shkencore të klasifikimit të sëmundjeve, ende ka shumë që dyshojnë në dobinë e përpjekjeve për të hartuar statistika të sëmundjeve ose edhe shkaqe të vdekjeve, për shkak të vështirësive të klasifikimit. Për këtë mund të kujtojmë Major Greenwood: "Shkencëtari i vërtetë, i cili do të presë për statistika mjekësore tërësisht ekzakte, nuk është më i mençur se fshatari i Horacit që pret që lumi të rrjedhë" (30).

Për fat të mirë për progresin e mjekësisë parandaluese, Zyra e Regjistrimit të Përgjithshëm e Anglisë dhe Uellsit, në fillimin e vet më 1837, gjeti tek William Farr (1807-1883) statisticionin e saj të parë, i cili jo vetëm përdori në mënyrën më të mirë të mundshme klasifikimin jo të përkryer të sëmundjeve që ishte i disponueshëm në atë kohë, por punoi për të siguruar klasifikime më të mira dhe një uniformitet ndërkombëtar në përdorimin e tyre.

Farr gjeti klasifikimin e Cullen që përdorej në shërbimet publike të kohës së tij. Ai nuk ishte rishikuar për të mishëruar përparimet në shkencën mjekësore. Po ashtu ai nuk iu duk atij i kënaqshëm për qëllime statistikore. Prandaj në Raportin e parë Vjetor të Regjistratit të Përgjithshëm (12) ai diskutoi parimet e përgjithshme që duhet të qeverisin klasifikimin statistikor të sëmundjeve dhe i kërkoi miratiminin e një klasifikimi uniform si më poshtë:

"Avantazhet e një nomenklature statistikore uniforme, sado jo e përkryer, janë të dukshme saqë në mënyrë të habitshme asnjë vëmendje nuk iu kushtua zbatimit të saj në Çertifikatat e Vdekshmërisë. Në shumë raste, çdo sëmundje është përkufizuar me

tre ose katër terma dhe çdo term është zbatuar për shumë sëmundje: janë përdorur emra jo të përshtatshëm ose në vend të sëmundjes parësore janë regjistruar ndërlikimet. Nomenklatura është aq e rëndësishme në këtë departament hetimesh, siç është pesha dhe masa në shkencat e fizikës dhe duhet zgjidhur pa vonesë.”

Si për nomenklaturën ashtu dhe klasifikimin statistikor u bënë studime dhe shqyrtime konstante nga Farr në “*Letrat*” e tij vjetore për Regjistrarin e Përgjithshëm, të publikuara në Raportet Vjetore të Regjistrarit të Përgjithshëm. Dobia e klasifikimit uniform të shkaqeve të vdekjes u pranua aq fuqishëm në Kongresin e Parë Ndërkombëtar të Statistikave, i mbajtur në Bruksel në vitin 1853, sa që kongresi i kërkoi Willam Farr dhe Marc d’Espine të Gjenevës që të përgatisnin një klasifikim të shkaqeve të vdekjes, uniform dhe të aplikueshëm në gjithë botën. Në kongresin tjetër në Paris më 1855, Farr dhe d’Espine paraqitën dy lista të veçanta të cilat bazoheshin në parime shumë të ndryshme. Klasifikimi i Farr kishte pesë grupe: sëmundjet epidemike, sëmundjet e përgjithshme, sëmundje lokale sipas vendit anatomik, sëmundje të zhvillimit dhe sëmundjet që ishin rezultat direkt i dhunës. D’Espine i klasifikoi sëmundjet sipas natyrës së tyre (cërma, herpetike, hematike, etj). Kongresi miratoi një listë të përmbledhur me 139 rubrika. Më 1864, ky klasifikim u rishikua në Paris mbi bazën e modelit të Farr dhe më pas u rishikua edhe më tej në vitin 1874, 1880 dhe 1886. Megjithëse ky klasifikim nuk u pranua kurrë në mënyrë universale, propozimi i Farr që përfshinte parimin e klasifikimit të sëmundjeve sipas vendit anatomik mbijetoi si bazë për Listën Ndërkombëtare të Shkaqeve të Vdekjes.

6.2 Adaptimi i listës ndërkombëtare të shkaqeve të vdekjes

Instituti Ndërkombëtar Statistikor, që pasoi Kongresin Ndërkombëtar Statistikor, në takimin e tij në Vjenë në vitin 1891, ngarkoi një komitet të kryesuar nga Jacques Bertillon (1851-1922), shef i Shërbimeve Statistike të qytetit të Parisit, me përgatitjen e klasifikimit të shkaqeve të vdekjes. Është me interes që të vërehet se Bertillon ishte nipi i Achille Guillard, një botanist dhe statisticien i njohur, i cili futi rezolutën që i kërkonte Farr dhe d’Espine për të përgatitur një klasifikim uniform në kongresin e Parë Ndërkombëtar të Statistikave në vitin 1853. Raporti i këtij komiteti u paraqit nga Bertillon në takimin e Institutit Ndërkombëtar të Statistikës në Çikago në vitin 1893 dhe u miratua prej tij. Klasifikimi i përgatitur nga komiteti i Bertillonit ishte bazuar në klasifikimin e shkaqeve të vdekjes i përdorur nga qyteti i Parisit, i cili që nga rishikimi i tij në vitin 1885, përfaqësonte sintezën e klasifikimeve Angleze, Gjermane dhe Zvicëranë. Klasifikimi bazohej në parimin e miratuar nga Farr të dallimit midis sëmundjes së përgjithshme dhe sëmundjeve të lokalizuara në një organ të caktuar ose në një vend anatomik të caktuar. Në përputhje me instruksionet e Kongresit të Vjenës të bërë sipas sugjerimeve të L. Guillaume, drejtori i Zyrës Federale të Statistikave të Zvicrës, Bertillon përfshiu tre klasifikime: i pari një klasifikim i shkurtuar me 44 tituj: i dyti një klasifikim me 99 tituj dhe i treti një klasifikim me 166 tituj.

Klasifikimi i shkaqeve të vdekjes i Bertillon, siç u quajt në fillim, pati një miratim të përgjithshëm dhe u zbatua në disa vende si dhe nga shumë qytete. Në fillim klasifikimi u përdor në Amerikën e Veriut nga Jesus E. Monjaras për statistikat e San Luis de Potosi, Meksiko (13). Më 1898, Shoqata Amerikane e Shëndetit Publik, në takimin e saj në Ottawa të Kanadasë rekomandoi zbatimin e *klasifikimit të Bertillon* nga regjistrat e Kanadasë, Meksikës dhe SHBA. Përveç kësaj, Shoqata

sugjeroi që ky klasifikim të rishikohëj çdo dhjetë vjet.

Në takimin e Institutit Ndërkombëtar Statistikor në Christiania në vitin 1899, Bertillon paraqiti një raport mbi progresin e klasifikimit, duke përfshirë rekomandimet e Shoqatës Amerikane të Shëndetit Publik për rishikime dhjetëvjeçare. Institutit Ndërkombëtar Statistikor miratoi rezolutën e mëposhtme (14):

Institutit Ndërkombëtar i Statistikave, i bindur për domosdoshmërinë e përdorimit në vende të ndryshme të nomenklaturave të krahasueshme:

Mëson më kënaqësi mbi përdorimin nga të gjitha zyrat e statistikave të Amerikës së Veriut, nga disa prej tyre në Amerikën e Jugut dhe nga disa në Europë, të sistemit të nomenklaturës së shkaqeve të vdekjes të paraqitur në vitin 1893;

Këmbëngul fuqishëm që ky sistem nomenklature të pranohet në parim dhe pa rishikim nga të gjitha institucionet statistikore të Europës;

Miraton, të paktën në linja të përgjithshme, sistemin e rishikimit dhjetëvjeçar të propozuar nga Shoqata Amerikane e Shëndetit Publik në sesionin e saj të Ottawës (1898);

I kërkon zyrave të statistikës, të cilat ende nuk kanë aderuar, që të aderojnë pa vonesë dhe të kontribuojnë në krahasueshmërinë e nomenklaturës së shkaqeve të vdekjes.

Prandaj qeveria franceze mbledhi në Paris në gusht 1900 Konferencën e Parë Ndërkombëtare për Rishikimin e Bertillonit ose Listës Ndërkombëtare të Shkaqeve të Vdekjes. Deleatë nga 26 vende morën pjesë në këtë konferencë. Një klasifikim i detajuar i shkaqeve të vdekjes, që konsistonte në 179 grupe, dhe një klasifikim i shkurtuar me 35 grupe, u miratuan në 21 gusht 1900. Dëshira për të bërë rishikim çdo dhjetë vjet u pranua dhe qeverisë franceze iu kërkua të kërkonte takimin tjetër në vitin 1910. Në fakt konferenca tjetër u mbajt në vitin 1909 dhe qeveria franceze i thirri konferencat pasuese në vitin 1920, 1929 dhe 1938.

Bertillon vazhdoi të ishte forca drejtuese në promovimin e Listës Ndërkombëtare të shkaqeve të vdekjes dhe rishikimi i vitit 1900, 1910 dhe 1920 u bënë nën drejtimin e tij. Si sekretar i përgjithshëm i Konferencës Ndërkombëtare, ai kërkoi rishikimin paraprak për vitin 1920 në më tepër se 500 njerëz, duke kërkuar komentet përkatëse. Vdekja e tij në vitin 1922 e la Konferencën Ndërkombëtare pa një dorë drejtuese.

Në sesionin e vitit 1923 të Institutit Ndërkombëtar të Statistikave, Michel Huber, pasuesi i Bertillon në Francë, e pranoi mungesën e lidhjes dhe futi rezolutën për Institutin Ndërkombëtar të Statistikave për të rinovuar qëndrimin e tij të vitit 1893 përsa i takonte Klasifikimit Ndërkombëtar të Shkaqeve të Vdekjes dhe të bashkëpunonte me organizata të tjera ndërkombëtare në përgatitjen e rishikimeve të mëpasme. Organizata Shëndetësore e Lidhjes së Kombeve gjithashtu ka treguar një interes aktiv për statistikën jetësore dhe caktoi një komision të Ekspertëve të Statistikave për të

studiuar klasifikimin e sëmundjeve dhe shkaqet e vdekjeve si dhe probleme të tjera në fushën e statistikave mjekësore. E. Roesle, shef i shërbimit Statistikor Mjekësor të Zyrës Gjermane të Shëndetësisë dhe një anëtar i komisionit të Ekspertëve të Statistikës, përgatiti një monografi që jepte listën e zgjerimit në rubrika të Listës Ndërkombëtare të Shkaqeve të Vdekjes të vitit 1920, që do të duhej në tabelimin e statistikave të sëmundshmërisë. Ky studim i kujdesshëm u publikua nga Organizata e Shëndetësisë e Lidhjes së Kombeve në vitin 1928 (15). Në mënyrë që të koordinohet puna e të dy agjensive, u krijua një komision ndërkombëtar i njohur si “Komisioni i përzier”, me një numër të barabartë përfaqësuesish nga Insituti Ndërkombëtar i Statistikave dhe Organizata Shëndetësore e Lidhjes së Kombeve. Ky komision hartoi draftin e propozimeve për Rishikimin (Revizionin) e Katërt (1929) dhe të Pestë (1938) të Listës Ndërkombëtare të Shkaqeve të Vdekjes.

6.3 Konferenca e Pestë e Rishikimit (revizionit) Dhjetëvjeçar

Konferenca e Pestë e Rishikimit Ndërkombëtar të Listës Ndërkombëtare të Shkaqeve të Vdekjes, ashtu si dhe konferencat e mëparëshme, u thirr nga qeveria e Francës dhe u mbajt në Paris në tetor të 1938-tës. Konferenca miratoi tri lista: një listë të detajuar prej 200 titujsh, një listë të ndërmjetme prej 87 titujsh dhe një listë të shkurtuar prej 44 titujsh. Përveç rifikimit të listave në përputhje me progresin e shkencës, veçanërisht në kapitullin e sëmundjeve infektive dhe parazitare dhe ndryshimeve në kapitujt mbi gjendjet e paslindjes dhe mbi aksidentet, Konferenca bëri pak ndryshime në përmbajtje, numrin dhe madje në numërimin e zërave. Po ashtu u hartua dhe një listë e shkaqeve të lindjeve të vdekura që u miratua nga Konferenca.

Përsa i takon klasifikimit të sëmundjeve për statistikat e sëmundshmërisë, Konferenca pranoi nevojën në rritje për një listë koresponduese të sëmundjeve për të plotësuar kërkesat statistikore të organizatave që ndryshojnë gjerësisht nga njëra tjetra, siç janë organizata e sigurimeve shëndetësore, spitalet, shërbimet shëndetësore ushtarake, adminstratat shëndetësore dhe organizata të ngjashme. Prandaj u miratua rezoluta e mëposhtëme (16):

2. Lista Ndërkombëtare e Sëmundjeve

Duke marrë parasysh rëndësinë e hartimit të listave ndërkombëtare të sëmundjeve që i korespondojnë listave ndërkombëtare të shkaqeve të vdekjes:

Konferenca rekomandon se një Komitet i Përbashkët i caktuar nga Instituti Ndërkombëtar i Statistikave dhe Organizata Shëndetësore e Lidhjes së Kombeve të ndërmarrë ashtu si në vitin 1929, përgatitjen e listave ndërkombëtare të sëmundjeve, në lidhje me ekspertët dhe përfaqësuesit e organizatave që janë të interesuar në mënyrë të posaçme.

Duke pritur hartimin e listave ndërkombëtare të sëmundjeve, Konferenca rekomandon se përdorimi i listave të ndryshme kombëtare në përdorim duhet të jetë në përputhje me Listën Ndërkombëtare të Shkaqeve të Vdekjes (numrat e kapitujve, krerët dhe nënkrerët në atë listë duhet të futen në kllapa).

Më tej, Konferenca rekomandon se qeveria e SHBA-së të vazhdojë studimet e saj të trajtimit statistikor të shkaqeve të përbashkëta të vdekjes në rezolutën e mëposhtëme (35):

3. Çertifikata e Vdekjes dhe Zgjedhje e Shkakut të Vdekjes aty ku jepet me tepër se Një Shkak Vdekje (Shkaqe të Përbashkëta)

Konferenca,

Ndërsa në vitin 1929, Qeveria e SHBA-së ishte aq e zonja sa të ndërmernte studimin e mjeteve për të njësuar metodat e seleksionimit të shkaqeve kryesore të vdekjes për t'u paraqitur në ato raste kur përmendeshin dy ose më tepër shkaqe në çertifikatën e vdekjes,

Dhe ndërsa studime të shumta të përfunduara ose në vazhdim në vende të ndryshme nxirrnin rëndësinë e këtij problemi, i cili ende nuk është zgjidhur,

Dhe ndërsa sipas studimeve, krahasueshmëria ndërkombëtare e vdekshmërisë nga sëmundje të ndryshme kërkon jo vetëm zgjidhjen e problemit, por edhe zgjidhjen e një sëri pyetjesh të tjera;

(1) Falenderon përzemërsisht Qeverinë e SHBA-së për punën që ajo bëri ose promovoi në këtë drejtim;

(2) I kërkon Qeverisë së SHBA-së të vazhdojë investigimet e saj në dhjetë vitet e ardhshme, në bashkëpunim me vende dhe organizata të tjera, mbi një bazë lehtësisht më të gjërë, dhe

(3) Sugjeron se, për këto studime të ardhshme, qeveria e SHBA-së duhet të ngrejë një nënkomitet që përfshin përfaqësues të vendeve dhe organizatave që marrin pjesë në investigimet në këtë drejtim.

6.4 Klasifikimet e mëparëshme të sëmundjeve për statistikat e sëmundshmërisë

Në diskutimin e derimësipërm, klasifikimi i sëmundjeve është paraqitur pothuajse tërësisht në lidhje me statistikat e shkaqeve të vdekjes. Megjithatë Farr e pranoi se ishte e dëshirueshme “për ta zgjeruar të njëjtin sistem të nomenklaturës tek sëmundjet, të cilat megjithëse jo fatale, shkaktonin paaftësi në popullatë, dhe tani në tabelat e sëmundjeve numërohen shifra që kanë të bëjnë me sëmundjet në ushtri, flotë, spitale, burgje, azilet e të çmendurve, institutet publike të çdo lloji dhe shoqatat e të sëmureve, si dhe në numrin e popullsisë të vendeve si Irlanda, ku numërohen sëmundjet e të gjithë njerëzve” (9). Prandaj në *Raportin e tij mbi nomenklaturën dhe klasifikimin statistikor të sëmundjeve*, të paraqitur në Kongresin e Dytë Ndërkombëtar të Statistikave, ai përfshiu në listën e përgjithshme të sëmundjeve shumicën e atyre sëmundjeve që cënonin shëndetin si dhe ato fatale. Në Kongresin e

Katërt Ndërkombëtar të Statistikave të mbajtur në Londër në vitin 1860, Florence Nightingale kërkoi me forcë miratimin e klasifikimit të sëmundjeve të Farr për tabelimin e sëmundshmërisë spitalore, *Propozimet për një plan të njësuar të statistikave spitalore*.

Në Konferencën e Parë Ndërkombëtare për rishikimin e Klasifikimit të Shkaqeve të Vdekjes të Bertillon në Paris më 1900, u miratua një klasifikim paralel i sëmundjeve për përdorim në statistikat e sëmundjeve. Një listë paralele u miratua gjithashtu në konferencën e dytë në vitin 1909. Kategoritë ekstra për sëmundjet jo fatale u ndanë në nëndivizione të disa rubrikave të shkaqeve të vdekjes në dy ose tre grupe, çdo njeri prej të cilëve i shenjuar me një gërmë. Përkthimi në anglisht i rishikimit të dytë dhjetëvjeçar, i publikuar nga departamenti i tregtisë dhe punës i SHBA-së në vitin 1910 u titullua *Klasifikimi Ndërkombëtar i Shkaqeve të Sëmundjes [Sickness] dhe Vdekjes*. Rishikimet e mëvonshme integruan disa prej grupeve në listën ndërkombëtare të shkaqeve të vdekjes. Konferenca e Katërt Ndërkombëtare miratoi një klasifikim të sëmundjeve, i cili ndryshonte nga Lista Ndërkombëtare e Shkaqeve të Vdekjes vetëm nga shtimi i disa nën-ndarjeve të tjera prej 12 titujsh. Këto klasifikime ndërkombëtare të sëmundjeve megjithatë nuk ia dolën që të gjenin një terren të përgjithshëm receptiv, pasi ato ofronin vetëm një zgjerim të kufizuar të listës së shkaqeve të vdekjes.

Në mungesë të një klasifikimi të njësuar të sëmundjeve që do të mund të përdorej në mënyrë të kënaqshme për statistikat e sëmundjeve, shumë vende e gjetën të domosdoshme që të përgatisnin listat e veta. U përgatit një Kod Standard i Sëmundshmërisë nga Këshilli i Domininit të Shëndetit i Kanadasë, që u publikua në vitin 1936. Nën-ndarjet kryesore të këtij kodi përfaqësonin 18 kapituj të Rishikimit (Revizionit) të vitit 1929 të Listës Ndërkombëtare të Shkaqeve të Vdekjes, dhe këto ishin nënndarë në 380 kategori specifike sëmundjesh. Në Konferencën e Pestë Ndërkombëtare më 1938 delegati kanadez futi një modifikim të kësaj listë për shqyrtim si baza për një listë ndërkombëtare të shkaqeve të sëmundjeve. Megjithëse nuk u ndërmorr asnjë veprim për këtë propozim, Konferenca miratoi rezolutën e cituar më sipër.

Më 1944, klasifikimet paraprake të sëmundjeve dhe dëmtimeve fizike u publikuan si në Mbretërinë e Bashkuar ashtu dhe në SHBA për përdorim në statistikat e sëmundshmërisë. Të dy klasifikimet ishin më të gjëra sesa lista kanadeze, por, po ashtu si ajo, ndoqën rendin e përgjithshëm të sëmundjeve në Listën Ndërkombëtare të Shkaqeve të Vdekjes. Klasifikimi britanik u përgatit nga komiteti për statistikat spitalore mbi sëmundshmërinë të Këshillit Kërkimor Mjekësor, i cili u krijua në janar të vitit 1942. Ai titullohej "*Një klasifikim paraprak i sëmundjeve dhe dëmtimeve fizike për përdorim në hartimin e statistikave të sëmundshmërisë*" (17). Ai u përgatit me synimin për të ofruar një skemë për grumbullimin dhe regjistrimin e statistikave të pacientëve të shtruar në spitalet në Mbretërinë e Bashkuar duke përdorur një klasifikim standard të sëmundjeve dhe dëmtimeve fizike dhe u përdor në të gjithë vendin nga agjensitë qeveritare dhe të tjera.

Pak vite më parë, në gusht 1940, Kirurgu i Përgjithshëm i Shërbimit të Shëndetit Publik të SHBA-së dhe Drejtori i Zyrës së SHBA-së për Censusin e Popullsisë, publikuan një listë të sëmundjeve dhe dëmtimeve fizike për statistikat e sëmundshmërisë (18). Kodi u përgatit nga Departamenti i Metodave të Shëndetit Publik të Shërbimit të Shëndetit Publik në bashkëpunim me një komitet konsulentësh të caktuar nga Kirurgu i Përgjithshëm. *Manuali për kodimin e shkaqeve të sëmundjes sipas kodit të diagnozës për tabelimin e statistikave të sëmundshmërisë*, që konsiston në kodin e diagnozës, një listë tabelare inkluzionesh dhe një indeks alfabetik, u publikua më 1944. Kodi u përdor në disa spitale, në një numër të madh shoqërisht të sigurimeve shëndetësore spitalore dhe në

planet e kujdesit mjekësor, si dhe në studime speciale nga agjensi të tjera në SHBA.

6.5 Komiteti i SHBA-së mbi Shkaqet e Përbashkëta të Vdekjes

Në përputhje me rezolutën e Konferencës së Pestë Ndërkombëtare, Sekretari Amerikan i Shtetit ngriti më 1945 Komitetin e SHBA-së mbi Shkaqet e Përbashkëta të Vdekjes nën drejtimin e Lowell J. Reed, profesor i biostatistikës në Universitetin Johns Hopkins. Anëtarët dhe konsulentët e këtij komiteti përfshinin përfaqësues të Qeverisë së Kanadasë dhe Mbretërisë së Bashkuar dhe seksionin e Shëndetësisë të Lidhjes së Kombeve. Komiteti njohu tendencën e përgjithshme për atë çka mendohej lidhur me listat e statistikave të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë dhe vendosi se përpara se të merrej me çështjen e shkaqeve të përbashkëta të vdekjes, do të ishte me avantazh për të konsideruar klasifikimet nga pikëpamja e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë, meqë problemi i shkaqeve të përbashkëta të vdekjes i takon të dy tipeve të statistikave.

Komiteti gjithashtu mori në konsideratë atë pjesë të rezolutës mbi Listat Ndërkombëtare të Sëmundjeve të Konferencës së mëparëshme Ndërkombëtare që rekomandonte se *“lista të ndryshme kombëtare në përdorim duhet sa më tepër të jetë e mundur të sillen në linjë me listën e detajuar ndërkombëtare të shkaqeve të vdekjes”*. Ai pranoi se klasifikimi i sëmundjeve dhe dëmtimeve fizike është i lidhur ngushtë me klasifikimin e shkaqeve të vdekjes. Pikëpamja se të tilla lista janë fundamentalisht të ndryshme lind nga besimi i gabuar se lista ndërkombëtare është një klasifikim i shkaqeve terminale, ndërsa në fakt ajo bazohet në gjendjen e sëmundjes e cila inicion vazhden e ngjarjeve që më në fund shpien në vdekje. Komiteti besonte se në mënyrë që të shfrytëzohen plotësisht si statistikat e sëmundshmërisë ashtu dhe ato të vdekshmërisë, jo vetëm që klasifikimi i sëmundjeve duhet të jetë i krahasueshëm për të dy synimet, por nëse është e mundur, duhet të jetë një listë e vetme.

Përveç kësaj, një numër në rritje i organizatave statistikore po përdornin kartela mjekësore që përmbanin si sëmundjen ashtu edhe vdekjen. Madje edhe në organizata që hartonin vetëm statistika të sëmundshmërisë, duhet të kodoheshin si rastet fatale ashtu dhe ato jo fatale. Prandaj një listë e vetme e lehtëson shumë veprimin e tyre të kodimit. Ajo gjithashtu ofron një bazë të përbashkët për krahasim të statistikave të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë.

Prandaj u caktua një nënkomitet, i cili përgatiti një draft të një Klasifikimi Statistikor të Propozuar të Sëmundjeve, Dëmtimeve dhe Shkaqeve të Vdekjes. Një draft final u miratua nga komiteti pasi ai u modifikua mbi bazën e provave të bëra nga agjensi të ndryshme në Kanada, Mbretërinë e Bashkuar dhe SHBA.

6.6 Rishikimi (Revizioni) i Gjashtë i Listave Ndërkombëtare

Konferenca Ndërkombëtare e Shëndetësisë mbajtur në New York në qershor dhe korrik 1946 (19) ngarkoi Komitetin e Brendshëm të OBSH-së me përgjegjësinë për:

Rishikimin e strukturave ekzistuese dhe për realizimin e një pune përgatitore që mund të ishte e domosdoshme lidhur me:

(i) rishikimin tjetër dhjetëvjeçar të “Listave Ndërkombëtare të Shkaqeve të Vdekjes” (përfshirë listat e miratuara nën Marrëveshjen Ndërkombëtare të vitit 1934 lidhur me Statistikat e Shkaqeve të Vdekjes); dhe

(ii) hartimin e Listave Ndërkombëtare të Shkaqeve të Sëmundshmërisë.

Për të përmbushur këtë përgjegjësi, Komiteti i Përkohshëm caktoi Komitetin e Ekspertëve për përgatitjen e Rishikimit (Revizionit) të Gjashtë Dhjetëvjeçar të Listave Ndërkombëtare të Sëmundjeve dhe Shkaqeve të Vdekjes.

Ky komitet, duke marrë plotësisht parasysh opinionin mbizotërues lidhur me sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë, rishikoi klasifikimin mbi shkaqet e vdekjes të propozuar më lart, i cili ishte përgatitur nga Komiteti mbi Shkaqet e Përbashkëta të Vdekjes i SHBA-së.

Klasifikimi që rezultoi iu shpërnda qeverive të vendeve të cilat përgatisnin statistikën e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë për komente dhe sugjerime nën titullin *Klasifikimi Ndërkombëtar i Sëmundjeve, Dëmtimeve dhe Shkaqeve të Vdekjes*. Komiteti i Ekspertëve mori në shqyrtim përgjigjet dhe përgatiti një version të rishikuar, që mishëron të tilla ndryshime siç u paraqitën ato, për të përmirësuar dobinë dhe pranueshmërinë e klasifikimit. Komiteti gjithashtu hartoi një listë termash diagnostikë që do të paraqiteshin nën çdo titull të klasifikimit. Përveç kësaj, një nënkomitet u caktua për të përgatitur një indeks të gjerë të deklaratave diagnostike të klasifikuara në kategorinë e duhur të klasifikimit.

Komiteti gjithashtu mori në shqyrtim strukturën dhe përdorimet e listave speciale të shkaqeve për tabelimin dhe publikimin e statistikave të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë, siç janë format e çertifikatës mjekësore dhe rregullat për klasifikim.

Konferenca Ndërkombëtare për Rishikimin e Gjashtë të Listave Ndërkombëtare të Sëmundjeve dhe Shkaqeve të Vdekjes u mbledh në Paris më 26-30 prill 1948 nga qeveria e Francës nën termat e marrëveshjes së nënshkruar në mbyllje të Konferencës së Rishikimit të Pestë më 1938. Sekretariati i saj u caktua nga autoritetet kompetente franceze së bashku me Organizatën Botërore të Shëndetësisë, e cila kishte kryer punë përgatitore në termat e një marrëveshje të mbyllur nga qeveritë e përfaqësuara në Konferencën Ndërkombëtare të Shëndetësisë më 1946 (38).

Konferenca miratoi klasifikimin e përgatitur nga Komiteti i Ekspertëve si Rishikimin e Gjashtë të Listave Ndërkombëtare (20). Ajo gjithashtu mori në shqyrtim propozime të tjera të komitetit të eksperteve në lidhje me hartimin, tabelimin dhe publikimin e statistikave të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë. Konferenca miratoi formularin ndërkombëtar të çertifikatës mjekësore të vdekjes, pranoi shkaqet e nënvizuara të vdekjes si shkaqe kryesore që duhen tabeluar dhe miratoi rregullat për përzgjedhjen e shkaqeve kryesore të vdekjeve si dhe listat speciale për tabelimin e të dhënave të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë. Përveç kësaj, ajo rekomandonte se Asambleja Botërore e Shëndetësisë duhet të miratojë rregulla nën nenin 21(b) të Kushtetutës së OBSH-se për të drejtuar Shtetet Anëtare në hartimin e statistikave të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në përputhje me

Klasifikimin Ndërkombëtar të Statistikave.

Në vitin 1948, Asambleja e Parë Botërore e Shëndetësisë miratoi raportin e Konferencës së Rishikimit të Gjashtë dhe Rregulloren Numër 1 të Organizatës Botërore të Shëndetësisë e përgatitur mbi bazën e rekomandimeve të konferencës. Klasifikimi Ndërkombëtar, përfshirë listën tabelare të inkluzioneve që përcaktonte përmbajtjen e kategorive, u përfshi bashkë me formularin e çertifikatës mjekësore të shkaqeve të vdekjes, rregullat për klasifikimin dhe listat speciale për tabelim në Manualin e Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve, Dëmtimeve fizike dhe Shkaqeve të Vdekjes (40). Manuali konsistonte në dy volume, Vëllimi 2 ishte një indeks alfabetik i termave diagnostike i koduar sipas kategorisë së duhur.

Konferenca e Rishikimit të Gjashtë shënoi fillimin e një epoke të re në statistikat ndërkombëtare jetësore dhe shëndetësore. Përveç miratimit të një listë të gjerë për vdekshmërinë dhe sëmundshmërinë dhe rënies në ujdi për rregullat ndërkombëtare për përzgjedhjen e shkaqeve bazë të vdekjes, ajo rekomandoi miratimin e një programi të gjerë të bashkëpunimit ndërkombëtar në fushën e statistikave jetësore dhe shëndetësore. Një çështje e rëndësishme në këtë program ishte rekomandimi se qeveritë duhet të ngrenë komitete kombëtare për statistika jetësore dhe shëndetësore për të koordinuar veprimtaritë statistikore në vend dhe për të shërbyer si lidhje midis institucioneve kombëtare statistikore dhe OBSH-së. Përveç kësaj, u synua se një komitet i tillë kombëtar, ose i vetëm, ose në bashkëpunim me komitete të tjera kombëtare, do të studionte problemet statistikore me rëndësi për shëndetin publik dhe do t'i vinte në dispozicion të OBSH-së rezultatet e investigimeve të tyre.

6.7 Rishikimi (revizioni) i shtatë dhe rishikimi (revizioni) i tetë

Konferenca Ndërkombëtare për Rishikimin (Revizionin) e Shtatë të Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve u mbajt në Paris nën udhëheqjen e OBSH-së në shkurt 1955 (41). Në përputhje me rekomandimin e Komitetit të Ekspertëve të OBSH-së për Statistikat Shëndetësore, ky rishikim u kufizua në ndryshime dhe amendime esenciale të gabimeve dhe mospërputhjeve (42).

Konferenca e Rishikimit (Revizionit) të Tetë u mbledh nga OBSH-ja në Gjenevë nga 6 deri në 12 korrik 1965 (43). Ky rishikim ishte më radikal se i Shtati, por e la të pandryshuar strukturën bazë të klasifikimit dhe filozofinë e përgjithshme të klasifikimit të sëmundjeve, kur ishte e mundur, sipas etiologjisë së tyre, sesa si një manifestim i veçantë.

Gjatë viteve që ishte në fuqi Rishikimi i Shtatë dhe ai i Tetë, përdorimi i ICD-së për indeksimin e kartelave mjekësore spitalore u rrit me shpejtësi, dhe disa vende përgatitën adaptime kombëtare, të cilat ofruan detajet shtesë të nevojshme për këtë zbatim të ICD-së.

6.8 Rishikimi (revizioni) i nëntë

Konferenca ndërkombëtare për Rishikimin (Revizionin) e Nëntë të Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve u mbledh nga OBSH në Gjenevë nga 30 shtatori deri në 6 tetor 1975 (44). Gjatë

diskutimeve në konferencë, fillimisht u synua se do të kishte pak ndryshime, përveç rifreskimit të klasifikimit. Kjo ishte kryesisht për shkak të shpenzimit që kërkonte adaptimi i sistemeve të përpunimit të të dhënave sa herë që rishikohëj një klasifikim. Ka pasur një rritje jashtëzakonisht të madhe të interesit në ICD dhe duhet të gjendeshin rrugë për t'ju përgjigjur kësaj, pjesërisht duke modifikuar vetë klasifikimin dhe pjesërisht duke futur mundësi koduese speciale. Një numër përfaqësimesh u bënë nga organizma të specializuara, të cilat ishin të interesuara në përdorimin e ICD-së për statistikat e tyre. Disa fusha në klasifikim u konsideruan se nuk ishin përshtatur siç duhet dhe kishte presion të konsiderueshëm për më tepër detaje dhe për një adaptim të klasifikimit për ta bërë atë më relevant për vlerësimin e kujdesit shëndetësor, duke klasifikuar gjendje tek kapituajt përkatës me pjesën e trupit të prekur sesa me ato që kishin të bënin me sëmundje bazë të përgjithshme. Nga ana tjetër ishin përfaqësues nga vende dhe fusha ku një klasifikim i sofistikuar i detajuar ishte jo relevant, por i cili megjithatë kishte nevojë për një klasifikim të bazuar në ICD, në mënyrë që të vlerësohej progresi i tyre në kujdesin shëndetësor dhe në kontrollin e sëmundjeve.

Propozimet finale të paraqitura në konferencë dhe të pranuar prej saj e ruajtën strukturën bazë të ICD-së, ndonëse me më shumë detaje shtesë në nivelin e nënkategorive me katër-karakterë dhe disa nënndarje me pesë-karakterë. Për përfitimin e përdoruesve që nuk kërkojnë të tilla detaje, u bë kujdes për të bërë të mundur që kategoritë në nivelin e tre-karakterëve të ishin siç duhet.

Për përfitimin e përdoruesve që dëshironin të prodhonin statistika dhe indekse të orientuara drejt kujdesit shëndetësor, Rishikimi i Nëntë përfshiu një metodë alternative opsionale të klasifikimit të deklaratave diagonstike, përfshirë informacionin mbi sëmundjen bazë dhe manifestimet në një organ ose vend të caktuar. Ky sistem u bë i njohur si sistemi me yll (*) dhe kryq (†) dhe është ruajtur në Rishikimin e Dhjetë. U përfshinë edhe një numër inovacionesh teknike në këtë Rishikim të Nëntë, që synonin rritjen e fleksibilitetit për përdorim në një sërë situatash.

Asambleja e 29 e OBSH-se, duke marrë shënim rekomandimet e Konferencës Ndërkombëtare për Rishikimin e Dhjetë të Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve, miratoi publikimin për qëllime prove të klasifikimeve suplementare të Dëmtimeve dhe Handikapeve dhe Proçedurave në Mjekësi, si shtesë por jo si pjesë integrale e Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve. Gjithashtu konferenca bëri rekomandime për një numër subjektësh teknike: rregullat koduese për vdekshmërinë u amenduan lehtësisht dhe rregullat për selektimin e një shkakut të vetëm për tabelimin e sëmundshmërisë u futën për herë të parë; përkufizimet dhe rekomandimet për statistika në fushën e vdekshmërisë perinatale u amenduan dhe u zgjeruan dhe u rekomandua një çertifikatë e shkaqeve të vdekjes perinatale. Vendet u inkurajuan për të punar më tej në kodimin dhe analizën e gjendjeve të shumëfishta, por nuk u rekomandua ndonjë metodë zyrtare; dhe, së fundi, u prodhua një listë bazë tabelare.

6.9 Përgatitjet për rishikimin (revizionin) e dhjetë

Madje edhe përpara Konferencës për Rishikimin (Revizionin) e Dhjetë, OBSH-ja ishte përgatitur për Rishikimin e Dhjetë. U kuptua se shtrirja e madhe në përdorimin e ICD-së lypte një rishikim të plotë të strukturës së vet dhe një përpjekje për të planifikuar një klasifikim të qëndrueshëm dhe fleksibël, i cili nuk do të kërkonte një rishikim fondamental për shumë vite të ardhshme. Qendrat e OBSH-së për

Klasifikimin e Sëmundjeve (shih Vëllimi 1) u thirrën më pas për të eksperimentuar me modelet e strukturave alternative për ICD-10.

U bë e qartë se ai interвал i vendosur prej 10 vjetësh midis rishikimeve ishte tejet i shkurtër. Puna për procesin e rishikimit duhej të fillonte përpara se versioni aktual i ICD-së të ishte përdorur aq gjatë sa të mund të vlerësohej tërësisht, kryesisht për nevojën për të konsultuar kaq shumë vende dhe organizata, çka e bënte procesin shumë të gjatë. Prandaj Drejtori i Përgjithshëm i OBSH-së i shkruajti Vendeve Anëtare dhe mori pëlqimin e tyre për ta shtyrë deri në vitin 1989 Konferencën e Rishikimit të Dhjetë, i cili fillimisht ishte caktuar për 1985, dhe për ta shtyrë futjen e Rishikimit të Dhjetë, i cili duhej të mbaronte më 1989. Përveç lejimit të eksperimentimit me modele alternative për strukturën e ICD-së, kjo lejoi kohë për vlerësimin e ICD-9, për shembull përmes takimeve të organizuara nga disa prej Zyrave Rajonale të OBSH-së dhe përmes një studimi të organizuar në Zyrën Qendrore të OBSH-së.

Një program i gjerë punë pasoi, i cili kulmoi me Rishikimin (Revizionin) e Dhjetë të ICD-së dhe është përshkruar në Raportin e Konferencës Ndërkombëtare për Rishikimin (Revizionin) e Dhjetë të Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve, i riprodhuar në Vëllimin 1.

7. Shtojcat

7.1 Forma ndërkombëtare e çertifikatës mjekësore për shkaqet e vdekjes

7.1.1 Forma ndërkombëtare e çertifikatës mjekësore për shkaqet e vdekjes

Të dhëna shtesë që mund të jenë të nevojshme për sistemin e raportimit të vendeve mund të shtohet në këtë çertifikatë. Nuk duhet të zëvendësojë informacionin e treguar më poshtë:

Të dhëna administrative (mund të specifikohet më tej nga vendi)																	
Gjinia	<input type="checkbox"/> Femër				<input type="checkbox"/> Mashkull				<input type="checkbox"/> E panjohur								
Data e lindjes	D	D	M	M	V	V	V	V	Data e vdekjes	D	D	M	M	V	V	V	V

Korniza A														
▶ Të dhëna mjekësore: Pjesa 1 dhe 2														
<p>1. Raportoni sëmundje ose gjendje që çojnë direkt në vdekjen në rreshtin a Raportoni zinxhirin e ngjarjeve sipas rradhës (nëse duhet) Deklaroni shkakun themelor të vdekjes në rreshtin më të poshtëm të përdorur</p>		▶ Shkaku i vdekjes						▶ Intervali kohor deri në kohën e vdekjes						
		a												
		b	Për shkak të											
		c	Për shkak të											
		d	Për shkak të											
2. Gjendje të tjera sinjifikante që kontribuojnë në vdekje (intervallet kohore mund të futen në kllapa pas gjendjes)														

Korniza B																						
▶ Të dhëna mjekësore të tjera																						
Au krye kirurgji në 4 javët e fundit?						<input type="checkbox"/> Po		<input type="checkbox"/> Jo		<input type="checkbox"/> Nuk dihet												
Nëse po specifikoni datën e kirurgjisë						D								D	M	M	V	V	V	V		
Nëse po specifikoni arsyen e kirurgjisë (sëmundjen ose gjendjen)																						
Au kërkuar autopsia?						<input type="checkbox"/> Po		<input type="checkbox"/> Jo		<input type="checkbox"/> Nuk dihet												
Nese po, a u perdoren gjetjet ne certifikate?						<input type="checkbox"/> Po		<input type="checkbox"/> Jo		<input type="checkbox"/> Nuk dihet												
▶ Mënyra e vdekjes																						
<input type="checkbox"/> Sëmundje				<input type="checkbox"/> Sulm				<input type="checkbox"/> Nuk mund të përcaktohet														
<input type="checkbox"/> Aksident				<input type="checkbox"/> Ndërrhyrje ligjore				<input type="checkbox"/> Në pritje të hetimit														
<input type="checkbox"/> Vetë-dëmtim i qëllimshëm				<input type="checkbox"/> Luftë				<input type="checkbox"/> Nuk dihet														
Nëse ishte shkak ose helmim i jashtëm:						Data e dëmtimit		D								D	M	M	V	V	V	V
Ju lutem përshkruani se si ndodhi shkak i jashtëm (Nëse ishte helmim ju lutem specifikoni agjentin helmues)																						
▶ Vendi ku ndodhi shkak i jashtëm																						
<input type="checkbox"/> Në shtëpi				<input type="checkbox"/> Institucion rezidental				<input type="checkbox"/> Shkollë, institucion, zonë administrative publike				<input type="checkbox"/> Zonë sportive/atletike										
<input type="checkbox"/> Rrugë dhe autostradë				<input type="checkbox"/> Zonë tregëtie dhe shërbimi				<input type="checkbox"/> Zonë industriale dhe ndërtimi				<input type="checkbox"/> Fermë										
<input type="checkbox"/> Vend tjetër (ju lutem specifikojeni):						<input type="checkbox"/> Nuk dihet																
▶ Vdekje fetale ose foshnje																						
Shtatëzani e shumëfishtë						<input type="checkbox"/> Po		<input type="checkbox"/> Jo		<input type="checkbox"/> Nuk dihet												
I lindur i vdekur?						<input type="checkbox"/> Po		<input type="checkbox"/> Jo		<input type="checkbox"/> Nuk dihet												
Nëse vdekja ndodhi brenda 24 orësh, specifikoni numrin e orëve që mbijetoi						Pesha lindje (gr)																
Numri i javëve të mbushura të shtatëzaniës						Moshë e nënës (vite)																
Nëse vdekja ishte perinatale, ju lutem deklaroni gjendjet e nënës që ndikuan fetusin dhe të porsalindurin																						
▶ Për gratë, ishte e ndjera shtatëzanë						<input type="checkbox"/> Po		<input type="checkbox"/> Jo		<input type="checkbox"/> Nuk dihet												
<input type="checkbox"/> Në kohën e vdekjes						<input type="checkbox"/> Brenda 42 ditësh para vdekjes																
<input type="checkbox"/> Ndërmjet 43 ditësh deri 1 vit para vdekjes						<input type="checkbox"/> Nuk dihet																
A kontribuoi shtatëzania në vdekje?						<input type="checkbox"/> Po		<input type="checkbox"/> Jo		<input type="checkbox"/> Nuk dihet												

7.1.2 Shkaqet e Vdekjes në Çertifikatën e Vdekjes sipas Udhëzuesit Referencë të Shpejtë të ICD-10

[LOGO]

Shkaku i Vdekjes në Çertifikatën e Vdekjes

Në përputhje me ICD-10

Udhëzues referencë i shpejtë

Informacioni për shkaqet e vdekjes i shërben

- Epidemiologjisë dhe parandalimit
- Manaxhimit të kujdesit shëndetësor
- Krahasimit të shëndetit në popullata të ndryshme

Çertifikimi i vdekjes së regjistruar në çertifikatën e vdekjes paraqet opinionin më të mirë mjekësor.

Një çertifikatë e shkaqeve të vdekjes e plotësuar siç duhet jep një përshkrim të llojit, rradhës dhe marrëdhënies së ngjarjeve që çuan në vdekje.

Diagnozat e raportuara në çertifikatë kodohen me Klasifikimin Ndërkombëtar të Sëmundjeve, botimi i 10-të. Të dhënat e koduara analizohen dhe përdoren në nivel kombëtar dhe ndërkombëtar pavarësisht gjuhës në të cilën është plotësuar çertifikata.

Shkaqet e Vdekjes në çertifikatë – si të plotësohen?

Korniza A: Çertifikata e vdekjes mund të duket ndryshe në vende të ndryshme. Por seksioni i shkaqeve të vdekjes është i njëjtë në të gjithë botën.

Korniza A ka dy pjesë; të quajtura Pjesa 1 dhe Pjesa 2, dhe një seksion që regjistron intervalin kohor nga fillimi i secilës gjendje deri në kohën e vdekjes.

Pjesa 1 – përdoret për sëmundjet ose gjendjet që janë pjesë e **sekuencës së ngjarjeve që çuan direkt në vdekje**.

Shkaku i menjëhershëm i vdekjes (direkti) futet në rreshtin e parë, 1(a).

Duhet gjithnjë që rreshti 1(a) të plotësohet.

Hyrja në rreshtin 1(a) mund të jetë vetëm një gjendje e raportuar në Pjesën 1 të Çertifikatës.

Aty ku ka **dy ose më shumë gjendje** që janë pjesë e sekuencës së ngjarjeve që çuan në vdekje, çdo ngjarje duhet të futet në një rresht të veçantë. Për çdo rast duhet të kodoni sëmundjen, dëmtimin ose shkahun e jashtëm që çoi në vdekje. Mos regjistroni **mënyrën e vdekjes**, si psh arrest kardiak, insuficiencë respiratore apo insuficiencë e zemrës. Përpiquni të jeni sa më të saktë të jetë e mundur. Shkaqet e ‘panjohura’ të vdekjes duhet të regjistrohen për rastet kur autopsia ose ekzaminimet e detajuara nuk mund të përcaktojnë një shkak për vdekjen. **‘E panjohur’** është më mirë se çdo spekulim tjetër mbi shkaqet e vdekjes. Gjithmonë i shkruani termat e plota dhe pa shkurtime. **Shkurtime** mund të interpretohen në mënyra të ndryshme. Termat si ‘e dyshuar’ ose ‘i mundshëm’ duhet të injorohen kur vleresohen temat e përdorur. Për shembull ‘diabet i dyshuar’ do të interpretohet si ‘diabet’. Katër rreshtat mund të mos jenë të mjaftueshëm për të gjithë zinxhirin e ngjarjeve. Mos humbisni hapësirë me **fjalë të panevojshme**. Disa terma klinike janë të mjegullt. Për shembull, ‘tumor’ nuk specifikon sjelljen (shiko dhe faqen e fundit të kesaj fletëpalosje).

Kohëzgjatja – është intervali kohor nga fillimi i çdo gjendjeje të shënuar në çertifikatë (jo koha e diagnozës së gjendjes), dhe datës së vdekjes. Informacioni i kohëzgjatjes është i dobishëm në kodimin e disa sëmundjeve dhe gjithashtu bën të mundur kontrollin e rradhës së raportuar të sekuencës së gjendjeve.

Pjesa 2 – përdoret për kushtet që nuk i përkasin Pjesës 1 por që ishin present dhe kontribuan në vdekje.

Korniza B: Disa detaje harrohen shpesh në Pjesën 1 dhe 2 (Korniza A). Pyetje të veçanta të detajuara pyesin për detajet e kirurgjisë së mëparshme, mënyrës së vdekjes dhe vendit ku ndodhi. Korniza B nuk është treguan në këtë faqe informative.

Shkaqet e Vdekjes në çertifikatë – hap pas hapi

Filloni në rreshtin 1(a), me shkakun e menjëhershëm, dhe pastaj shkoni pas në kohë në gjendjet pararendese derisa të arrini në atë që filloi sekuencën e ngjarjeve. Ju do i afroheni kohës kur pacienti ishte i shëndetshëm.

Tani, ju duhet të keni raportuan shkakun themelor ose original në rreshtin më të ulët të përdorur dhe një sekuence ngjarjesh që çuan nga shkakun themelor deri në shkakun e menjëhershëm të vdekjes në rreshtin 1(a).

Së fundmi, regjistroni intervalin kohor nga fillimi i çdo gjendjeje të shënuar në çertifikatë dhe datën e vdekjes. Aty ku data dhe koha e fillimit nuk është e njohur duhet shënuar një diçka sa më e përafërt e mundur. Futni njësinë e kohës (minuta, orë, ditë, javë, muaj, vite).

Shembull

Korniza A			
► Të dhëna mjekësore: Pjesa 1 dhe 2			
1. Raportoni sëmundje ose gjendje që çojnë direkt në vdekjen në rreshtin a Raportoni zinxhirin e ngjarjeve sipas rradhës (nëse duhet) Deklaroni shkakun themelor të vdekjes në rreshtin më të poshtëm të përdorur	► Shkakun e vdekjes*	► Intervali kohor deri në kohën e vdekjes	
	a	Shkakun direkt të vdekjes Hemorragji cerebral	4 orë
	b	Për shkak të Metastazave të trurit	4 muaj
	c	Për shkak të Kancerit gjoksit	5 vite
	d	Për shkak të	
2. Gjendje të tjera sinjifikante që kontribuojnë në vdekje (intervallet kohore mund të futen në kllapa pas gjendjes) <i>* Kjo nuk do të thotë mënyrën e vdekjes, psh, insuficiencë kardiake, insuficiencë respiratore. Kjo do të thotë sëmundje, dëmtim, ose komplikacion që shkaktoi vdekjen.</i>	Hipertension arterial (3 vite); Diabet i sheqerit (10 vite)		

- **Shkruani qartë** dhe mos përdorni shkurtime.
- Sigurohuni që informacioni është i **plotë**.
- **Mos spekuloni** për shkakun e vdekjes.
- Mos plotësoni në pjesën e rezultateve laboratorike gjëra si ‘u gjet nga partneri’.
(Mund të ketë fusha të veçanta në formular për këtë lloj informacioni)
- **Një gjendje në një rresht** duhet të jetë e mjaftueshme.

Terma të përdorur shpesh në mënyre të keq-përcaktuar

Aksident	Specifiko rrethanat Specifiko qëllimin , si aksident me makinë, vdekjeprurës, sulm Specifiko vendin e ngjarjes
Alkol, barna	Specifiko përdorimin : kohëgjatë ose i vetëm, varësi
Komplikacione të kirurgjisë	Specifiko sëmundjen : sëmundjen që shkaktoi kirurgjinë
Demencë	Specifiko shkakun: Alzheimer, infarkt, moshë të vjetër, tjetër
Hepatit	Specifiko ecurinë, etiologjinë: akut ose kronik, alkolik Nëse viral : specifiko Tipin (A,B,C,...)
Infarkt	Specifiko vendin : zemër, tru... Specifiko shkakun : arteriosklerotik, trombotik, embolik...
Infeksion	Specifiko: parësor ose dytësor, organizmin shkaktar... Nëse parësor: specifiko bakterial ose viral Nëse dytësor: specifiko infeksionin primar
Leuçemi	Specifiko: akute, subakute, limfatike kronike, mieloide, monocitike
Pneumoni	Specifiko: parësore, aspirimi, shkakun , organizmin shkaktar Nëse nga palëvizshmëria: specifikoni shkakun e palëvizshmërisë
Embolizëm pulmonar	Specifikoni shkakun : shkaktarin e embolit Nëse pas kirurgjisë ose palëvizshmërisë : specifikoni sëmundjen që shkaktoi kirurgjinë ose palëvizshmërinë
Insuficiencë renale	Specifikoni: akute, kronike ose fundore, shkakun themelor të insuficiencës, si arteriosklerozën ose infeksionin Nëse nga palëvizshmëria : specifikoni shkakun që shkaktoi palëvizshmërinë
Trombozë	Specifiko: arteriale apo venoze Specifiko: enën e gjakut Nëse pas kirurgjisë ose palëvizshmërisë : specifikoni sëmundjen që shkaktoi kirurgjinë ose palëvizshmërinë
Tumor	Specifikoni: sjelljen, vend-ndodhjen, metastazat
Infeksion i traktit urinar	Specifikoni: vendin në traktin urinar, organizmin shkaktar, shkakun themelor të infeksionit Nëse nga palëvizshmëria : specifikoni shkakun që shkaktoi palëvizshmërinë

7.1.3 Detaje të tjera shtesë, të rekomanduara për vdekjet perinatale (lindje të vdekura dhe të gjalla që vdiqën brenda 168 orësh [1 javë] nga lindja)

Veçoritë identifikuese													
Fëmija u lind më	D	D	M	M	V	V	më hh:mm	ora					
Fëmija lindi i vdekur më	D	D	M	M	V	V	më hh:mm	ora					
<input type="checkbox"/> Vdiq para shtëzimit	<input type="checkbox"/> Gjatë shtëzimit				<input type="checkbox"/> Nuk dihet								
Nëna													
Data e lindjes	D	D	M	M	V	V							
Numri i shtatëzanive të mëparshme				Data e shtatëzani së fundit				D	D	M	M	V	V
Lindje e gjallë _____				Rezultati i shtatëzani së fundit									
Lindje e vdekur _____				<input type="checkbox"/> Lindje e gjallë									
Abort _____				<input type="checkbox"/> Lindje e vdekur									
				<input type="checkbox"/> Abort									
Dita e parë e menstruacioneve të fundit				D	D	M	M	V	V				
Lindja				Kujdes prenatal, dy ose më shumë vizita									
<input type="checkbox"/> Verteks spontan normal				<input type="checkbox"/> Po									
<input type="checkbox"/> Tjetër (specifiko)				<input type="checkbox"/> Jo									
				<input type="checkbox"/> Nuk dihet									
Lindje e asistuar nga													
<input type="checkbox"/> Mjek				<input type="checkbox"/> Person tjetër i trajnuar (specifiko) _____									
<input type="checkbox"/> Mami e trainuar				<input type="checkbox"/> Tjetër (specifiko) _____									
Fëmijë													
<input type="checkbox"/> Lindje e vetme				<input type="checkbox"/> Binjak i dytë									
<input type="checkbox"/> Binjak i parë				<input type="checkbox"/> Tjetër i shumëfishtë (specifiko) _____									

7.2 Lista e gjendjeve që duhet të konsiderohen si pasoja direkte të procedurave mjekësore

- Një gjendje në listë duhet të konsiderohet një pasojë direkte e procedurës mjekësore nëse procedura u krye brenda 4 javësh nga vdekja
- Asnjë gjendje në listë nuk duhet konsideruar pasojë direkte e procedurës nëse ka fakte që gjendja ishte prezente që para se të kryhej procedura.
- Një gjendje e shënuar me ‘OPCR’ (Tjetër Shkak ose Proçedure Nevojitet) duhet të konsiderohet një pasojë e dukshme e një proçedure vetëm nëse një tjetër arsye për kryerjen e procedurës është e treguar në çertifikatë.
- Një gjendje e shënuar me ‘DSAP’ (Kohëzgjatja e Treguar, e zhvilluar Pas Proçedures) duhet të konsiderohet si një pasojë e dukshme e një proçedure mjekësore vetëm nëse ka fakte të qarta që gjendja u zhvillua pas proçedurës.
- Ngjitjet duhet të konsiderohen një pasojë e dukshme e procedurës në të njëjtën zone ose rajon, edhe në më shumë se pas katër javësh. Nëse proçedura u krye më shumë se një vit nga vdekja, përdorni kodet për pasojat e kujdesit mjekësor.

Infeksione	Shënim
Absces	OCPR
Bakteremi	
Fistula	OCPR, dhe vetëm për një proçedurë në të njëjtin vend ose rajon
Gangrenë gazoze	
Infeksion, hemolitik	
Infeksion NOS	DSAP
Infeksion ne plagën kirurgjikale	
Sepsis	
Septike	

Hemorragji, hemolizë	Shënim
Koagulopati, konsumim	
Koagulim Intravaskular i diseminuar	
Hemorragji NOS	
Hemorragji, gastrointestinal	OCPR
Hemorragji, inatra-abdominale	OCPR
Hemorragji, rektale	OCPR
Hemorragji, plage kirurgjikale	
Hemorragji, zone e përcaktuar	Për një proçedurë në të njëjtin vend ose rajon
Hematemezë	OCPR
Hematomë	OCPR
Hemotoraks	OCPR
Hemolizë	
Melenë	OCPR

vijon...

....vijon

Komplikacione kardiake	Shënim
Arrest, kardiak	
Aritmi NOS	DSAP
Asistoli	
Blok, kardiak	DSAP
Insuficiencë, kardiake	
Fibrilacion, atrial	DSAP
Fibrilacion, ventricular	
Infarkt (miokardi)	
Ishemi (miokardi) akute	
Çarje, e miokardit	

Komplikacione cerebrovaskulare dhe cerebrale	Shënim
Apopleksi	DSAP
Dëmtim, i trurit (anoksik)	DSAP
Embolizëm, cerebral	DSAP
Hemorragji, cerebral/intrakraniale	DSAP
Infarkt, cerebral	DSAP
Ishemi, cerebrale/cerebrovaskulare	DSAP
Lezion, cerebral/cerebrovaskular	DSAP
Meningit	DSAP
Edemë, cerebrale	DSAP
Insult cerebral	DSAP
Trombozë, cerebrale	DSAP

Komplikacione të tjera vaskulare	Shënim
Arrest, circulator	
Embolizëm (arterial)	
Embolizëm, dhjamor/ajror	
Embolizëm, pulmonary	OCPR
Embolizëm, venoz	OCPR
Insuficiencë, cirkulatore	OCPR
Hipotension	
Infarkt, pulmonary	Për një procedurë në të njëjtin vend ose rajon
Infarkt (çdo vend)	OCPR
Okuzion (çdo vend)	OCPR

vijon...

....vijon

Komplikacione të tjera vaskulare	Shënim
Flebit (çdo vend)	
Flebotrombozë (çdo vend)	
Tromboflebit (çdo vend)	
Trombozë, arteriale	
Trombozë, venoze	
Trombozë NOS (çdo vend)	

Komplikacione respiratore	Shënim
Sindroma e distresit respirator te të rriturit (ARDS)	
Alkalozë dhe acidozë	
Arrest, respirator	
Aspirim	
Atelektazë	
Bronkit	DSAP
Efuzion, pleura	
Empiemë	OCPR
Fistula, bronkopleurale/ezofageale	OCPR
Insuficiencë, pulmonare	
Insuficiencë, respiratore	
Mediastinit	
Blokim, rrugët e sipërme	OCPR
Edemë, laringeale	OCPR
Edemë/hipostazë, pulmonare	
Pneumoni	
Pneumotoraks	OCPR

Komplikacione gastrointestinale	Shënim
Abses, intra-abdominal	OCPR
Konstipacion	OCPR
Zgjerim, gastrik	OCPR
Çrregullim, circulator, gastrointestinal	OCPR
Embolizëm, mezenterik	OCPR
Insuficiencë, hepatike	DSAP
Fistula, biliare/zorre/rektovaginale	OCPR
Ileus	OCPR
Ishemi, intestinale	OCPR
Nekrozë, gastrointestinale	OCPR

vijon...

....vijon

Komplikacione gastrointestinale	Shënim
Bllokim, zorre (mekanik)	OCPR
Peritonit	OCPR
Ulçer, gastrointestinale (stresi)	OCPR
Volculus	OCPR

Komplikacione renale dhe urinare	Shënim
Anuria	
Insuficiencë, renale	
Fistula, urinare	OCPR
Infeksion, urinar	
Pielonefrit	DSAP
Mbajtje e urinës	
Strikturë e uretrës	OCPR
Uremi	
Urosepsis	

Komplikacione të tjera	Shënim
Adezion	Për një procedurë në të njëjtin vend ose rajon
Sindroma e kompartmentit	OCPR
Komplikacione NOS	
Kriza, tirotoksike	OCPR
Zhvendosje e protezës	
Insuficiencë e shumë organeve	
Gangrenë	
Insuficiencë, anastomozë	OCPR
Nekroze, dhjamore/plage	OCPR
Kriza epileptike	DSAP
Shoku NOS	
Shoku, anafilaktik	
Ulçer, dekubitus	

7.3 Lista e gjendjeve të keq-përcaktuara

Përdorni këtë listë në Hapin SP7. Gjendjet në këtë tabelë janë të keq-përcaktuara.

Kodi	Titulli i kategorisë ose nën-kategorisë
I46.1	Vdekje kardiake e papritur, kështu e përshkruar
I46.9	Arrest kardiak, i papërcaktuar
(I50.-)	Insuficiencë kardiake ne I50.-
I95.9	Hipotension, i papërcaktuar
I99	Çrregullime të tjera dhe të papërcaktuara të sistemit të qarkullimit
J96.0	Insuficiencë respiratore akute
J96.9	Insuficiencë respiratore, e papërcaktuar
P28.5	Insuficiencë respiratore e të porsalindurit
R00–R57.1, R57.8–R59.9, R65.2– R65.3, R68.0–R94, R96–R99	Simptoma, shenja dhe gjetje anormale laboratorike, të paklasifikuara tjetërkund

7.4 Lista e gjendjeve me pak gjasa të shkaktojnë vdekje

Kodi	Titulli i kategorisë ose nën-kategorisë
A31.1	Infeksion mykobakterial i lëkurës
A42.8	Aktinomykozë e formave të tjera
A60.0	Infeksion viral herpetik i organeve gjenitale dhe traktit urogenital
A71.0–A71.9	Trakoma
A74.0†	Konjuktivit nga klamidiat
B00.2	Gingivostomatit dhe faringotonsilit herpetik viral
B00.5	Sëmundje herpetike virale e syrit
B00.8	Forma të tjera të infeksionit herpetik viral
B07	Kondilomat virale të lëkurës
B08.1	Molluscum contagiosum
B08.8	Sëmundja e dorës, këmbës dhe gojës
B30.0–B30.9	Konjuktivit viral
B35.0–B35.9	Dermatofitoza
B36.0–B36.9	Mykoza të tjera sipërfaqësore
B85.0–B85.4	Pedikuloza dhe ftiriza
F45.3–F45.9	Çrregullime somatoforme
F50.1, F51.0–F51.9	Çrregullime të ngrënies
F52.0–F52.9	Disfunksion seksual, i pashkaktuar nga ndonjë çrregullim organik ose sëmundje
F60.0–F60.9	Çrregullime specifike të personalitetit
F61	Çrregullime të tjera e të përziera të personalitetit
F62.0–F62.9	Ndryshime të qëndrueshmërisë të personalitetit, të palidhura me dëmtim dhe/ose sëmundje të trurit
F63.0–F63.9	Çrregullime impulsive të sjelljes
F64.0–F64.9	Çrregullime të identitetit të gjinisë
F65.0–F65.9	Çrregullime të preferencës seksuale
F66.0–F66.9	Çrregullime psikologjike dhe të sjelljes të lidhura me zhvillimin dhe orientimin seksual
F68.0–F68.9	Çrregullime të tjera të personalitetit dhe të sjelljes së të rriturve
F69	Çrregullim i paspecifikuar i personalitetit dhe sjelljes së të rriturve
F80–F89	Çrregullim zhvillimor specifik i të folurit dhe i gjuhës
F95.0–F95.9	Çrregullime me tike nervore

...vijon

...vijon

Kodi	Titulli i kategorisë ose nën-kategorisë
F98.0–F98.9	Çrregullime të tjera të sjelljes dhe emocionale që shfaqen zakonisht në fëmijëri dhe në adoleshencë
G43.0–G43.2,G43.8–G43.9	Migrena, përjashtuar Migrenë e komplikuar
G44.0–G44.2	Sidroma të tjerë me dhimbje koke
G45.0–G45.9	Atake iskemike cerebrale kalimtare dhe sindroma që lidhen me to
G50.0–G50.9	Çrregullime të nervit trigeminal
G51.0–G51.9	Çrregullime të nervit facial
G54.0–G54.9	Çrregullime të radikseve dhe të pleksuseve nervore
G56.0–G56.9	Mononeuropati të gjymtyrës së sipërme
G57.0–G57.9	Mononeuropati të gjymtyrës së sipërme
G58.7	Mononeurit multipleks
H00.0–H00.1	Hordeolum dhe kalazion
H01.0–H01.9	Inflamacion tjetër i palpebrës
H02.0–H02.9	Çrregullime të tjera të palpebrës
H04.0–H04.9	Çrregullime të sistemit lakrimal
H10.0–H10.9	Konjunktivit
H11.0–H11.9	Çrregullime të tjera të konjunktivës
H15.0–H15.9	Çrregullime të sklerës
H16.0–H16.9	Keratit
H17.0–H17.9	Cikatrice korneale dhe opacitete
H18.0–H18.9	Çrregullime të tjera të kornesë
H20.0–H20.9	Iridociklit
H21.0–H21.9	Çrregullime të tjera të irisit dhe të trupit ciliar
H25.0–H25.9	Katarakt senil
H26.0–H26.9	Formë tjetër e kataraktit
H27.0–H27.9	Çrregullime të tjera të kristalinit
H30.0–H30.9	Inflamacion korioretinal
H31.0–H31.9	Çrregullime të tjera koroidale
H33.0–H33.5	Shkëputje dhe çarje të retinës
H34.0–H34.9	Okluzione vaskulare të retinës
H35.0–H35.9	Çrregullime të tjera të retinës
H40.0–H40.9	Glaukoma
H43.0–H43.9	Çrregullime të trupit vitroz
H46	Neuriti optik
H47.0–H47.7	Çrregullime të tjera të nervit (2-të) optik dhe rrugëve të shikimit
H49.0–H49.9	Strabizëm paralitik
H50.0–H50.9	Strabizma të tjerë
H51.0–H51.9	Çrregullime të tjera të lëvizjes binokulare
H52.0–H52.7	Çrregullimet të refraksionit dhe akomodimit
H53.0–H53.9	Turbullimi i pamjes
H54.0–H54.9	Verbimi dhe shikimi i ulur
H55	Nistagmusi dhe çrregullime të tjera të lëvizjeve të syrit
H57.0–H57.9	Çrregullime të tjera të syrit dhe anekseve
H60.0–H60.9	Otiti i jashtëm
H61.0–H61.9	Çrregullime të tjera të veshit të jashtëm
H80.0–H80.9	Otoskleroza
H83.3–H83.9	Sëmundje të tjera të veshit të brendshëm
H90.0–H90.8	Humbja konduktive dhe neurosensoriale e dëgjimit
H91.0–H91.9	Humbje të tjera të dëgjimit
H92.0–H92.2	Otagjia dhe efuzioni i veshit
H93.0–H93.9	Çrregullime të tjera të veshit të paklasifikuara tjetërkund
J00	Nazofaringiti akut
J06.0–J06.9	Infeksionet akute respiratore të sipërme me lokalizime të shumta dhe të paspecifikuara

...vijon

...vijon

Kodi	Titulli i kategorisë ose nën-kategorisë
J30.0–J30.4	Riniti alergjik dhe vazomotor
J33.0–J33.9	Polipi nazal
J34.2	Deviacioni i septumit nazal
J35.0–J35.9	Sëmundje kronike të tonsilave dhe adenoideve
K00.0–K00.9	Çrregullimet e zhvillimit dhe të daljes së dhëmbëve
K01.0–K01.1	Dhëmbët e ngulura e të ngjeshura
K02.0–K02.9	Kariesi dental
K03.0–K03.9	Sëmundje të tjera të indeve të forta të dhëmbit
K04.0–K04.9	Sëmundjet e pulpës dhe indeve periapikale
K05.0–K05.6	Gingiviti dhe sëmundjet periodontale
K06.0–K06.9	Çrregullime të tjera të gingivës dhe edentulozë e vargut alveolar
K07.0–K07.9	Keqformimet dentofaciale
K08.0–K08.9	Çrregullime të tjera të dhëmbëve dhe strukturave mbështetëse
K09.0–K09.9	Kistet e regjionit oral të paklasifikuara tjetërkund
K10.0–K10.9	Sëmundje të tjera të nofullës
K11.0–K11.9	Sëmundjet e gjendrave të pëshlymës
K14.0–K14.9	Sëmundjet e gjuhës
L01.0–L01.1	Impetigo
L03.0	Celuliti
L04.0–L04.9	Limfadeniti akut
L05.0–L05.9	Kisti pilonidal
L08.0–L08.8	Infeksione të tjera lokale të lëkurës dhe indit subkutan
L20.0–L20.9	Dermatiti atopik
L21.0–L21.9	Dermatiti seborreik
L22	Dermatiti i pelenave
L23.0–L23.9	Dermatiti alergjik i kontaktit
L24.0–L24.9	Dermatiti irritues i kontaktit
L25.0–L25.9	Dermatiti i paspecifikuar i kontaktit
L28.0–L28.2	Likeni simpleks kronik dhe prurigo
L29.0–L29.9	Pruriti
L30.0–L30.9	Dermatiti tjetër
L41.0–L41.9	Parapsoriaza
L42	Pitiriazia rosea
L43.0–L43.9	Liken planus
L44.0–L44.9	Çrregullime të tjera papuloskuamoze
L55.0–L55.1,	Diegia e diellit
L56.0–L56.9	Ndryshime të tjera akute kutane nga rrezet ultraviolet
L57.0–L57.9	Ndryshime të lëkurës nga ekspozimi kronik në rrezatimin jo-jonizues
L58.0–L58.9	Radiodermatiti
L59.0–L59.9	Çrregullime të tjera të lëkurës dhe subkutisit nga rrezatimi
L60.0–L60.9	Çrregullimet e thoit
L63.0–L63.9	Alopecia areata
L64.0–L64.9	Alopecia androgjene
L65.0–L65.9	Humbje e flokëve jociatriciale
L66.0–L66.9	Alopecia cikatriciale
L67.0–L67.9	Çrregullime të ngjyrës dhe fijos së flokut
L68.0–L68.9	Hipertrikoza
L70.0–L70.9	Akne
L72.0–L72.9	Kisti folikular i lëkurës dhe i indit subkutan
L73.0–L73.9	Çrregullime të tjera folikulare
L74.0–L74.9	Çrregullime të gjendrave të djersës
L75.0–L75.9	Çrregullime të gjëndrave apokrine
L80	Vitiligo
L81.0–L81.9	Çrregullime të tjera të pigmentimit

...vijon

...vijon

Kodi	Titulli i kategorisë ose nën-kategorisë
L83	Akantoza nigrikans
L84	Kalozitetet
L85.0–L85.9	Trashje të tjera epidermale
L87.0–L87.9	Çrregullimet e eliminimit transepidermal
L90.0–L90.9	Çrregullime atrofike të lëkurës
L91.0–L91.9	Çrregullime hipertrofike të lëkurës
L92.0–L92.9	Çrregullime granulomatoze të lëkurës dhe nënlëkurës
L94.0–L94.9	Çrregullime të tjera të lokalizuara të indit lidhor
L98.0–L98.3, M20.0–M20.6	Çrregullime të tjera të lëkurës dhe nënlëkurës të paklasifikuara tjetërkund Deformimet e fituara të gishtave
M21.0–M21.9	Deformime të tjera të fituara të anësive
M22.0–M22.9	Çrregullimet e patelës
M23.0–M23.9	Çrregullime të brendshme të gjurit
M24.0–M24.9	Çrregullime të tjera specifike të kyçeve
M25.0–M25.9	Çrregullime të tjera të kyçit të paklasifikuara tjetërkund
M35.3	Prekje të tjera sistemike të indit lidhor
M40.0–M40.5	Kifoza dhe lordoza
M43.6	Tortikoli
M43.8–M43.9	Dorsopati të tjera deformuese të specifikuara
M48.0	Spondilopati të tjera
M53.0–M53.9	Dorsopati të tjera të paklasifikuara tjetërkund
M54.0–M54.9	Dorsalgjia
M60.0–M60.9	Mioziti
M65.0–M65.9	Sinoviti dhe tendosinoviti
M66.0–M66.5	Ruptura spontane e sinoviumit dhe tendinit
M67.0–M67.9	Çrregullime të tjera të sinoviumit e tendinit
M70.0–M70.9	Çrregullime të indeve të buta nga përdorimi, mbipërdorimi dhe presioni
M71.0–M71.9	Bursopati të tjera
M75.0–M75.9	Dëmtimet e supit
M76.0–M76.9	Entezopatitë e anësisë së poshtëme, përjashtuar këmbën
M77.0–M77.9	Entezopati të tjera
M79.0–M79.9	Çrregullime të tjera të indeve të buta të paklasifikuara tjetërkund
M95.0–M95.9	Deformime të fituara të sistemit muskuloskeletik dhe indit lidhor
M99.0–M99.9	Lezione biomekanike të paklasifikuara tjetërkund
N39.3	Inkontinenca e stresit
N46	Infertiliteti mashkullor
N47	Prepucium i tepërt, fimoza dhe parafimoza
N60.0–N60.9	Displazia mamare beninje
N84.0–N84.9	Polipi i traktit gjenital femëror
N85.0–N85.9	Çrregullime të tjera jo-inflamatore të uterusit, përveç qafës
N86	Erozioni dhe ektopia e cerviks uteri
N87.0–N87.9	Displazia e cerviks uteri
N88.0–N88.9	Çrregullime të tjera jo-inflamatore të cerviks uteri
N89.0–N89.9	Çrregullime të tjera joinflamatore të vaginës
N90.0–N90.9	Çrregullime të tjera jo-inflamatore të vulvës dhe perineumit
N91.0–N91.5	Menstruacione të munguara, të paplota dhe të rralla
N92.0–N92.6	Menstruacione të tepruara, të shpeshta dhe të parregullta
N93.0–N93.9	Hemorragji të tjera uterine dhe vaginale jo-normale
N94.0–N94.9	Dhimbje dhe gjendje të tjera të shoqëruara me organet gjenitale dhe ciklin menstrual
N96	Abortuesja habituale
N97.0–N97.9	Infertiliteti femëror
Q10.0–Q10.7	Keqformimet kongenitale të kapakut të syrit, aparatit lakrimal dhe orbitës
Q11.0–Q11.3	Anoftalmusi, mikroftalmusi dhe makroftalmusi
Q12.0–Q12.9	Keqformimet kongenitale të lentes

...vijon

Kodi	Titulli i kategorisë ose nën-kategorisë
Q13.0–Q13.9	Keqformimet kongenitale të segmentit anterior të syrit
Q14.0–Q14.9	Keqformimet kongenitale të segmentit posterior të syrit
Q15.0–Q15.9	Keqformimet kongenitale të tjera të syrit
Q16.0–Q16.9	Keqformimet kongenitale të veshit që shkaktojnë uljen e dëgjimit
Q17.0–Q17.9	Keqformime të tjera kongenitale të veshit
Q18.0–Q18.9	Keqformime të tjera kongenitale të fytyrës dhe qafës
Q38.1	Ankiloglosia
Q65.0–Q65.9	Deformime kongenitale të koksofemoralit
Q66.0–Q66.9	Deformime kongenitale të këmbës
Q67.0–Q67.8	Deformime kongenitale muskuloskeletike të kokës, fytyrës, kollonës dhe krahërorit
Q68.0–Q68.8	Deformime të tjera kongenitale të sistemit muskuloskeletik
Q69.0–Q69.9	Polidaktilia
Q70.0–Q70.9	Sindaktilia
Q71.0–Q71.9	Defekte të reduktimit të gjymtyrës së sipërme
Q72.0–Q72.9	Defekte të reduktimit të gjymtyrës së poshtëme
Q73.0–Q73.8	Defekte të reduktimit të gjymtyrës, të papërcaktuar
Q74.0–Q74.9	Keqformime të tjera kongenitale të gjymtyrës/ëve
Q80.0–Q80.3, Q80.8–Q80.9	Iktioza kongenitale, përveç Harlekin-fetusit
Q81.0	Epidermoliza buloze simpleks
Q81.2–Q81.9	Forma të tjera të Epidermoliza buloze, përveç Epidermoliza buloze letale
Q82.0–Q82.9	Keqformime kongenitale të tjera të lëkurës
Q83.0–Q83.9	Keqformime kongenitale të gjirit
Q84.0–Q84.9	Keqformime kongenitale të tjera të integumentit
S00.0–S00.9	Plagë sipërfaqësore e kokës
S05.0, S05.1, S05.8	Dëmtim sipërfaqësor (çdo pjesë) i syrit dhe orbitës (çdo pjesë)
S10.0–S10.9	Plagë sipërfaqësore e qafës
S20.0–S20.8	Dëmtim sipërfaqësor i toraksit
S30.0–S30.9	Dëmtim sipërfaqësor i barkut, pjesës së poshtëme të kurrizit dhe pelvisit
S40.0–S40.9	Dëmtim sipërfaqësor i shpatullës dhe pjesës së sipërme të krahut
S50.0–S50.9	Dëmtim sipërfaqësor i parakrahut
S60.0–S60.9	Dëmtim sipërfaqësor i kyçit të dorës dhe dorës
S70.0–S70.9	Dëmtim sipërfaqësor në ije dhe kofshë
S80.0–S80.9	Dëmtim sipërfaqësor i kërcirit
S90.0–S90.9	Dëmtim sipërfaqësor i kyçit të këmbës dhe këmbës
T09.0	Dëmtime të tjera të shtyllës kurrizore dhe trungut, nivel i paspecifikuar
T11.0	Dëmtime të tjera të gjymtyrës së sipërme, nivel i paspecifikuar
T13.0	Dëmtime të tjera të gjymtyrës së poshtëme, nivel i paspecifikuar
T14.0	Dëmtim i një zone të paspecifikuar të trupit
T20.1	Djegje e shkallës së parë të kokës dhe qafës
T21.1	Djegje e gradës së parë e trungut
T22.1	Djegje e gradës së parë e shpatullës dhe gjymtyrës së sipërme, me përjashtim të kyçit të dorës dhe dorës
T23.1	Djegje e gradës së parë e kyçit të dorës dhe dorës
T24.1	Djegje e gradës së parë e zonës pelvike dhe gjymtyrës së poshtëme, me përjashtim të kyçit të këmbës dhe këmbës
T25.1	Djegje e gradës së parë e kyçit të këmbës dhe këmbës

7.5 Shkaqet e HIV

Përdorni këtë listë në Hapin SP3 dhe SP4.

C00–C96	S45	T12
D47.7	S47–S49	T13.1
D50–D53	S51–S52	T13.6–T13.9
D55–D59	S55	T14.1–T14.2
D60–D64	S57–S59	T14.5
D65–D69	S65	T14.7–T14.9
F11	S67–S69	T15–T32
F13–F16	S71–S72	T80.2
F19	S75	T80.8–T80.9
R75	S77–S79	T90.1
S01–S02	S81–S82	T90.8–T90.9
S07–S09.0	S85	T91.1–T92.2
S09.7–S09.9	S87–S89	TT92.6–T92.9
S11–S12	S95	T93.0–T93.2
S15	S97–S99	T93.6–T93.9
S17–S19	T01–T08	T94–T95
S21–S22	T09.1	T98
S28–S29	T09.8–T09.9	Y60
S31–S32	T10	Y62
S35–S39	T11.1	Y64
S41–S42	T11.6–T11.9	Y83–Y84

7.6 Lista e shkaqeve që mund të shkaktojnë diabet

Sekuena te pranueshme per diabetin 'per shkak te' te semundjeve te tjera.

Lloji i diabetit	Për shkak të	Lloji i diabetit	Për shkak të
E10	B25.2		D13.6–D13.7
	E40–E46		D35.0
	E63.9		E05–E06
	E64.0		E22.0
	E64.9		E24
	M35.9		E80.0–E80.2
	P35.0		E83.1
E11	E24		E84
	E40–E46		E89.1
	E63.9		F10.1–F10.2
	E64.0		G10
	E64.9		G11.1
	M35.9		G25.8
	O24.4		G71.1
	P35.0		K85
E12	E40–E46		K86.0–K86.1
	E63.9		K86.8–K86.9
	E64.0		M35.9
	E64.9		O24.4
	E13 B25.2		P35.0
	B26.3		Q87.1
	C25		Q90
	C78.8 (pancreas only)		Q96
	Q98		E89.1
	Q99.8		F10.1–F10.2
E14	S36.2		G10
	T37.3		G11.1
	T37.5		G25.8
	T38.0–T38.1		G71.1
	T42.0		K85
	T46.5		K86.0–K86.1
	T46.7		K86.8–K86.9
	T50.2		M35.9
	Y41.3		O24.4
	Y41.5		P35.0
	Y42.0–Y42.1		Q87.1
	Y46.2		Q90
	Y52.5		Q96
	Y52.7		Q98
	Y54.3		Q99.8
	E14 B25.2		S36.2
	B26.3		T37.3
	C25		T37.5
	C78.8 (pancreas only)		T38.0–T38.1
	D13.6–D13.7		T42.0
D35.0	T46.5		
E05–E06	T46.7		
E22.0	T50.2		
E24	Y41.3		
E40–E46	Y41.5		

E63.9
E64.0
E64.9
E80.0–E80.2
E83.1
E84

Y42.0–Y42.1
Y46.2
Y52.5
Y52.7
Y54.3

7.7 Renditja prioritare e kodeve të ICD-10 për natyrën e dëmtimit

Kodi	Rendi	Kodi	Rendi
S00.0–S00.9	6	S09.9	3
S01.0–S01.8	6	S10.0–S10.2	6
S01.9	5	S10.7–S10.9	6
S02.0	3	S11.0	4
S02.1	4	S11.1	5
S02.2–S02.6	6	S11.2	4
S02.7	3	S11.7	5
S02.8	4	S11.8	6
S02.9	3	S11.9	3
S03.0	5	S12.0–S12.7	3
S03.1–S03.2	6	S12.8	3
S03.3	5	S12.9	3
S03.4–S03.5	6	S13.0	6
S04.0–S04.9	6	S13.1	3
S05.0–S05.6	6	S13.2	5
S05.7	5	S13.3	3
S05.8–S05.9	6	S13.4	5
S06.0	6	S13.5–S13.6	6
S06.1–S06.2	1	S14.0	5
S06.3–S06.6	2	S14.1	3
S06.7	1	S14.2–S14.5	6
S06.8	2	S14.6	5
S06.9	2	S15.0	1
S07.0	5	S15.1	2
S07.1	1	S15.2–S15.3	3
S07.8–S07.9	1	S15.7–S15.9	1
S08.0–S08.1	6	S16	6
S08.8–S08.9	4	S17.0	3
S09.0	5	S17.8	3
S09.1–S09.2	6	S17.9	3
S09.7	4	S18	1
S09.8	6	S19.7	3

vijon....

vijon....

Kodi	Rendi	Kodi	Rendi
S19.8	4	S29.8	6
S19.9	5	S29.9	3
S20.0–S20.8	6	S30.0–S30.9	6
S21.0	6	S31.0–S31.1	6
S21.1–S21.9	5	S31.2–S31.3	5
S22.0–S22.1	5	S31.4–S31.8	6
S22.2–S22.3	6	S32.0–S32.3	6
S22.4	5	S32.4	5
S22.5	2	S32.5	6
S22.8–S22.9	5	S32.7–S32.8	5
S23.0	6	S33.0–S33.2	6
S23.1–S23.2	5	S33.3	5
S23.3–S23.5	6	S33.4–S33.6	6
S24.0–S24.1	4	S33.7	5
S24.2–S24.6	5	S34.0–S34.6	6
S25.0	1	S34.8	5
S25.1	5	S35.0–S35.1	1
S25.2	1	S35.2	3
S25.3	3	S35.3	2
S25.4	1	S35.4	5
S25.5	4	S35.5	3
S25.7	3	S35.7	2
S25.8	4	S35.8–S35.9	5
S25.9	4	S36.0–S36.9	3
S26.0	3	S37.0–S37.9	5
S26.8–S26.9	2	S38.0	6
S27.0–S27.2	3	S38.1	5
S27.3–S27.5	2	S38.2	4
S27.6	4	S38.3	3
S27.7	1	S39.0	6
S27.8–S27.9	2	S39.6	3
S28.0–S28.1	3	S39.7	4
S29.0	6	S39.8	6
S29.7	3	S39.9	4

vijon....

vijon....

Kodi	Rendi	Kodi	Rendi
S40.0–S40.9	6	S62.0–S62.7	6
S41.0–S41.7	6	S62.8	5
S41.8	5	S63.0–S63.7	6
S42.0	6	S64.0–S64.9	6
S42.1–S42.2	5	S65.0	6
S42.3	5	S65.1	5
S42.4	6	S65.2–S65.8	6
S42.7–S42.8	5	S65.9	5
S42.9	5	S66.0–S66.9	6
S43.0–S43.7	6	S67.0–S67.8	6
S44.0–S44.9	6	S68.0–S68.3	6
S45.0–S45.1	3	S68.4–S68.9	4
S45.2–S45.9	5	S69.7–S69.9	5
S46.0–S46.9	6	S70.0–S70.9	6
S47	5	S71.0–S71.8	6
S48.0–S48.9	3	S72.0–S72.2	3
S49.7	5	S72.3–S72.9	4
S49.8–S49.9	6	S73.0–S73.1	6
S50.0–S50.9	6	S74.0–S74.1	6
S51.0–S51.9	6	S74.2–S74.7	5
S52.0–S52.9	5	S74.8–S74.9	6
S53.0–S53.4	6	S75.0	4
S54.0–S54.9	6	S75.1	5
S55.0	6	S75.2	6
S55.1–S55.9	5	S75.7	5
S56.0–S56.9	6	S75.8	6
S57.0–S57.9	6	S75.9	5
S58.0–S58.9	4	S76.0–S76.7	6
S59.7	4	S77.0–S77.2	5
S59.8	6	S78.0–S78.9	3
S59.9	5	S79.7–S79.9	5
S60.0–S60.9	6	S80.0–S80.9	6
S61.0–S61.9	6	S81.0–S81.9	6

vijon....

vijon....

Kodi	Rendi	Kodi	Rendi
S82.0–S82.9	5	T00.0–T00.9	6
S83.0–S83.7	6	T01.0	6
S84.0–S84.9	6	T01.1	4
S85.0	5	T01.2–T01.6	6
S85.1–S85.2	6	T01.8	5
S85.3	5	T01.9	6
S85.4–S85.5	6	T02.0–T02.1	3
S85.7	5	T02.2–T02.4	5
S85.8	6	T02.5–T02.9	3
S85.9	5	T03.0–T03.8	6
S86.0–S86.7	6	T03.9	5
S86.8	5	T04.0	4
S86.9	6	T04.1–T04.3	5
S87.0	6	T04.4	5
S87.8	5	T04.7	5
S88.0–S88.1	3	T04.8	4
S88.9	4	T04.9	5
S89.7–S89.9	5	T05.0–T05.9	3
S90.0–S90.9	6	T06.0–T06.1	3
S91.0–S91.7	6	T06.2–T06.4	5
S92.0–S92.9	6	T06.5	3
S93.0–S93.6	6	T06.8	5
S94.0–S94.9	6	T07	2
S95.0	6	T08	5
S95.1	5	T09.0	6
S95.2–S95.9	6	T09.1	5
S96.0–S96.9	6	T09.2	6
S97.0	6	T09.3	3
S97.1	5	T09.4	4
S97.8	6	T09.5	6
S98.0	4	T09.6	1
S98.1–S98.3	6	T09.8–T09.9	5
S98.4	4	T10	5
S99.7–S99.9	5	T11.0–T11.1	6

vijon....

vijon....

Kodi	Rendi	Kodi	Rendi
T11.2	6	T20.3	3
T11.3	5	T20.4–T20.6	6
T11.4	4	T20.7	3
T11.5	6	T21.0–T21.2	6
T11.6	3	T21.3	3
T11.8–T11.9	5	T21.4–T21.6	6
T12	5	T21.7	3
T13.0–T13.3	6	T22.0–T22.2	6
T13.4	5	T22.3	5
T13.5	6	T22.4–T22.6	6
T13.6	3	T22.7	5
T13.8	4	T23.0–T23.2	6
T13.9	5	T23.3	5
T14.0	6	T23.4–T23.6	6
T14.1	5	T23.7	5
T14.2	5	T24.0–T24.2	6
T14.3–T14.4	6	T24.3	5
T14.5	5	T24.4–T24.6	6
T14.6	6	T24.7	5
T14.7	2	T25.0–T25.2	6
T14.8–T14.9	6	T25.3	5
T15.0–T15.8	6	T25.4–T25.6	6
T15.9	5	T25.7	5
T16	6	T26.0–T26.2	6
T17.0–T17.9	5	T26.3	5
T18.0–T18.2	6	T26.4–T26.6	6
T18.3–T18.4	5	T26.7–T26.9	5
T18.5–T18.9	6	T27.0–T27.7	3
T19.0–T19.1	6	T28.0	5
T19.2	5	T28.1–T28.4	3
T19.3–T19.8	6	T28.5	6
T19.9	5	T28.6–T28.9	3
T20.0–T20.2	6	T29.0	3

vijon....

vijon....

Kodi	Rendi	Kodi	Rendi
T29.1–T29.2	6	T67.7	2
T29.3	3	T67.8	6
T29.4–T29.6	6	T67.9	5
T29.7	3	T68	3
T30.0	3	T69.0	6
T30.1–T30.2	6	T69.1	5
T30.3–T30.4	3	T69.8	4
T30.5–T30.6	6	T69.9	4
T30.7	3	T70.0	5
T31.0–T31.1	5	T70.1	4
T31.2	4	T70.2	3
T31.3	3	T70.3	5
T31.4–T31.6	2	T70.4–T70.8	6
T31.7–T31.9	1	T70.9	5
T32.0–T32.1	5	T71	1
T32.2	4	T73.0	3
T32.3	3	T73.1	5
T32.4–T32.5	2	T73.2	6
T32.6	3	T73.3	5
T32.7–T32.9	1	T73.8–T73.9	6
T33.0–T33.9	6	T74.0–T74.9	6
T34.0–T34.4	6	T75.0	4
T34.5	5	T75.1	2
T34.6–T34.9	6	T75.2–T75.3	6
T35.0	6	T75.4	3
T35.1	4	T75.8	6
T35.2–T35.5	6	T90.0–T90.4	6
T35.6	6	T90.5	3
T35.7	5	T90.8	6
T66	6	T90.9	3
T67.0	3	T91.0–T91.1	6
T67.1–T67.3	6	T91.2–T91.3	4
T67.4	3	T91.4	3
T67.5–T67.6	6	T91.5–T91.8	6

vijon....

vijon....

Kodi	Rendi
T91.9	1
T92.0–T92.2	5
T92.3–T92.8	6
T92.9	3
T93.0	6
T93.1	5
T93.2–T93.3	6
T93.4	5
T93.5–T93.9	6
T94.0–T94.1	3
T95.0	6

Kodi	Rendi
T95.1	5
T95.2–T95.3	6
T95.8–T95.9	3
T98.0–T98.1	1
T98.2	6

7.8 Lista e kategorive të kodeve të kufizuara, ose me më shumë gjasa që të ngjasin vetëm në një nga gjinitë

7.8.1 Lista e kategorive të kodeve të kufizuara, ose me më shumë gjasa që të ngjasin vetëm tek femrat

A34	C58	D39.9	N72
B37.3	C79.6	E28.0	N73.0
C51.0	D06.0	E28.1	N73.1
C51.1	D06.1	E28.2	N73.2
C51.2	D06.7	E28.3	N73.3
C51.8	D06.9	E28.8	N73.4
C51.9	D07.0	E28.9	N73.5
C52	D07.1	E89.4	N73.6
C53.0	D07.2	F52.5	N73.8
C53.1	D07.3	F53.0	N73.9
C53.8	D25.0	F53.1	N74.0
C53.9	D25.1	F53.8	N74.1
C54.0	D25.2	F53.9	N74.2
C54.1	D25.9	F84.2	N74.3
C54.2	D26.0	I86.3	N74.4
C54.3	D26.1	L29.2	N74.8
C54.8	D26.7	L70.5	N75.0
C54.9	D26.9	M80.0	N75.1
C55	D27	M80.1	N75.8
C56	D28.0	M81.0	N75.9
C57.0	D28.1	M81.1	N76.0
C57.1	D28.2	M83.0	N76.1
C57.2	D28.7	N70.0	N76.2
C57.3	D28.9	N70.1	N76.3
C57.4	D39.0	N70.9	N76.4
C57.7	D39.1	N71.0	N76.5
C57.8	D39.2	N71.1	N76.6
C57.9	D39.7	N71.9	N76.8

vijon...

vijon...

N77.0	N83.2	N88.2	N92.0
N77.1	N83.3	N88.3	N92.1
N77.8	N83.4	N88.4	N92.2
N80.0	N83.5	N88.8	N92.3
N80.1	N83.6	N88.9	N92.4
N80.2	N83.7	N89.0	N92.5
N80.3	N83.8	N89.1	N92.6
N80.4	N83.9	N89.2	N93.0
N80.5	N84.0	N89.3	N93.8
N80.6	N84.1	N89.4	N93.9
N80.8	N84.2	N89.5	N94.0
N80.9	N84.3	N89.6	N94.1
N81.0	N84.8	N89.7	N94.2
N81.1	N84.9	N89.8	N94.3
N81.2	N85.0	N89.9	N94.4
N81.3	N85.1	N90.0	N94.5
N81.4	N85.2	N90.1	N94.6
N81.5	N85.3	N90.2	N94.8
N81.6	N85.4	N90.3	N94.9
N81.8	N85.5	N90.4	N95.0
N81.9	N85.6	N90.5	N95.1
N82.0	N85.7	N90.6	N95.2
N82.1	N85.8	N90.7	N95.3
N82.2	N85.9	N90.8	N95.8
N82.3	N86	N90.9	N95.9
N82.4	N87.0	N91.0	N96
N82.5	N87.1	N91.1	N97.0
N82.8	N87.2	N91.2	N97.1
N82.9	N87.9	N91.3	N97.2
N83.0	N88.0	N91.4	N97.3
N83.1	N88.1	N91.5	N97.4

vijon...

vijon...

N97.8	O03.9	O07.0	O14.0
N97.9	O04.0	O07.1	O14.1
N98.0	O04.1	O07.2	O14.2
N98.1	O04.2	O07.3	O14.9
N98.2	O04.3	O07.4	O15.0
N98.3	O04.4	O07.5	O15.1
N98.8	O04.5	O07.6	O15.2
N98.9	O04.6	O07.7	O15.9
N99.2	O04.7	O07.8	O16
N99.3	O04.8	O07.9	O20.0
O00.0	O04.9	O08.0	O20.8
O00.1	O05.0	O08.1	O20.9
O00.2	O05.1	O08.2	O21.0
O00.8	O05.2	O08.3	O21.1
O00.9	O05.3	O08.4	O21.2
O01.0	O05.4	O08.5	O21.8
O01.1	O05.5	O08.6	O21.9
O01.9	O05.6	O08.7	O22.0
O02.0	O05.7	O08.8	O22.1
O02.1	O05.8	O08.9	O22.2
O02.8	O05.9	O10.0	O22.3
O02.9	O06.0	O10.1	O22.4
O03.0	O06.1	O10.2	O22.5
O03.1	O06.2	O10.3	O22.8
O03.2	O06.3	O10.4	O22.9
O03.3	O06.4	O10.9	O23.0
O03.4	O06.5	O11	O23.1
O03.5	O06.6	O12.0	O23.2
O03.6	O06.7	O12.1	O23.3
O03.7	O06.8	O12.2	O23.4
O03.8	O06.9	O13	O23.5

vijon...

vijon...

O23.9	O29.5	O33.9	O40
O24.0	O29.6	O34.0	O41.0
O24.1	O29.8	O34.1	O41.1
O24.2	O29.9	O34.2	O41.8
O24.3	O30.0	O34.3	O41.9
O24.4	O30.1	O34.4	O42.0
O24.9	O30.2	O34.5	O42.1
O25	O30.8	O34.6	O42.2
O26.0	O30.9	O34.7	O42.9
O26.1	O31.0	O34.8	O43.0
O26.2	O31.1	O34.9	O43.1
O26.3	O31.2	O35.0	O43.2
O26.4	O31.8	O35.1	O43.8
O26.5	O32.0	O35.2	O43.9
O26.6	O32.1	O35.3	O44.0
O26.7	O32.2	O35.4	O44.1
O26.8	O32.3	O35.5	O45.0
O26.9	O32.4	O35.6	O45.8
O28.0	O32.5	O35.7	O45.9
O28.1	O32.6	O35.8	O46.0
O28.2	O32.8	O35.9	O46.8
O28.3	O32.9	O36.0	O46.9
O28.4	O33.0	O36.1	O47.0
O28.5	O33.1	O36.2	O47.1
O28.8	O33.2	O36.3	O47.9
O28.9	O33.3	O36.4	O48
O29.0	O33.4	O36.5	O60.0
O29.1	O33.5	O36.6	O60.1
O29.2	O33.6	O36.7	O60.2
O29.3	O33.7	O36.8	O60.3
O29.4	O33.8	O36.9	O61.0

vijon...

vijon...

O61.1	O66.1	O71.2	O75.7
O61.8	O66.2	O71.3	O75.8
O61.9	O66.3	O71.4	O75.9
O62.0	O66.4	O71.5	O80.0
O62.1	O66.5	O71.6	O80.1
O62.2	O66.8	O71.7	O80.8
O62.3	O66.9	O71.8	O80.9
O62.4	O67.0	O71.9	O81.0
O62.8	O67.8	O72.0	O81.1
O62.9	O67.9	O72.1	O81.2
O63.0	O68.0	O72.2	O81.3
O63.1	O68.1	O72.3	O81.4
O63.2	O68.2	O73.0	O81.5
O63.9	O68.3	O73.1	O82.0
O64.0	O68.8	O74.0	O82.1
O64.1	O68.9	O74.1	O82.2
O64.2	O69.0	O74.2	O82.8
O64.3	O69.1	O74.3	O82.9
O64.4	O69.2	O74.4	O83.0
O64.5	O69.3	O74.5	O83.1
O64.8	O69.4	O74.6	O83.2
O64.9	O69.5	O74.7	O83.3
O65.0	O69.8	O74.8	O83.4
O65.1	O69.9	O74.9	O83.8
O65.2	O70.0	O75.0	O83.9
O65.3	O70.1	O75.1	O84.0
O65.4	O70.2	O75.2	O84.1
O65.5	O70.3	O75.3	O84.2
O65.8	O70.9	O75.4	O84.8
O65.9	O71.0	O75.5	O84.9
O66.0	O71.1	O75.6	O85

vijon...

vijon...

O86.0	O90.5	O99.0	Q52.4
O86.1	O90.8	O99.1	Q52.5
O86.2	O90.9	O99.2	Q52.6
O86.3	O91.0	O99.3	Q52.7
O86.4	O91.1	O99.4	Q52.8
O86.8	O91.2	O99.5	Q52.9
O87.0	O92.0	O99.6	Q96.0
O87.1	O92.1	O99.7	Q96.1
O87.2	O92.2	O99.8	Q96.2
O87.3	O92.3	P54.6	Q96.4
O87.8	O92.4	Q50.0	Q96.8
O87.9	O92.5	Q50.1	Q96.9
O88.0	O92.6	Q50.2	Q97.0
O88.1	O92.7	Q50.3	Q97.1
O88.2	O95	Q50.4	Q97.2
O88.3	O96.0	Q50.5	Q97.3
O88.8	O96.1	Q50.6	Q97.8
O89.0	O96.9	Q51.0	Q97.9
O89.1	O97.0	Q51.1	R87.0
O89.2	O97.1	Q51.2	R87.1
O89.3	O97.9	Q51.3	R87.2
O89.4	O98.0	Q51.4	R87.3
O89.5	O98.1	Q51.5	R87.4
O89.6	O98.2	Q51.6	R87.5
O89.8	O98.3	Q51.7	R87.6
O89.9	O98.4	Q51.8	R87.7
O90.0	O98.5	Q51.9	R87.8
O90.1	O98.6	Q52.0	R87.9
O90.2	O98.7	Q52.1	S31.4
O90.3	O98.8	Q52.2	S37.4
O90.4	O98.9	Q52.3	S37.5

vijon...

vijon...

S37.6	Z30.5	Z35.6	Z37.3
T19.2	Z31.1	Z35.7	Z37.4
T19.3	Z31.2	Z35.8	Z37.5
T83.3	Z32.0	Z35.9	Z37.6
Y42.4	Z32.1	Z36.0	Z37.7
Y42.5	Z33	Z36.1	Z37.9
Y76.0	Z34.0	Z36.2	Z39.0
Y76.1	Z34.8	Z36.3	Z39.1
Y76.2	Z34.9	Z36.4	Z39.2
Y76.3	Z35.0	Z36.5	Z64.0
Y76.8	Z35.1	Z36.8	Z64.1
Z01.4	Z35.2	Z36.9	Z87.5
Z12.4	Z35.3	Z37.0	
Z30.1	Z35.4	Z37.1	
Z30.3	Z35.5	Z37.2	

7.8.2 Lista e kategorive të kodeve të kufizuara, ose me më shumë gjasa që të ngjasin vetem tek meshkujt

B26.0	E29.1	N48.2	Q55.1
C60.0	E29.8	N48.3	Q55.2
C60.1	E29.9	N48.4	Q55.3
C60.2	E89.5	N48.5	Q55.4
C60.8	F52.4	N48.6	Q55.5
C60.9	I86.1	N48.8	Q55.6
C61	L29.1	N48.9	Q55.8
C62.0	N40	N49.0	Q55.9
C62.1	N41.0	N49.1	Q98.0
C62.9	N41.1	N49.2	Q98.1
C63.0	N41.2	N49.8	Q98.2
C63.1	N41.3	N49.9	Q98.3
C63.2	N41.8	N50.0	Q98.4
C63.7	N41.9	N50.1	Q98.5
C63.8	N42.0	N50.8	Q98.6
C63.9	N42.1	N50.9	Q98.7
D07.4	N42.2	N51.0	Q98.8
D07.5	N42.3	N51.1	Q98.9
D07.6	N42.8	N51.2	R86.0
D17.6	N42.9	N51.8	R86.1
D29.0	N43.0	Q53.0	R86.2
D29.1	N43.1	Q53.1	R86.3
D29.2	N43.2	Q53.2	R86.4
D29.3	N43.3	Q53.9	R86.5
D29.4	N43.4	Q54.0	R86.6
D29.7	N44	Q54.1	R86.7
D29.9	N45.0	Q54.2	R86.8
D40.0	N45.9	Q54.3	R86.9
D40.1	N46	Q54.4	S31.2
D40.7	N47	Q54.8	S31.3
D40.9	N48.0	Q54.9	Z12.5
E29.0	N48.1	Q55.0	

7.9 Lista termave të rishikuar në instruksionet për kodimin e vdekshmërisë

Botimet e mëparshme të ICD-10	Botimi në 2016 i ICD-10
Shkaku pararendës origjinues	Pika e fillimit
Shkaku origjinues	Pika e fillimit
Rregullat për përzgjedhjen e shkakut pararendës origjinues	Gjej pikën e fillimit
Parime të përgjithshme	Hapi SP3 – Më shume se një rresht i përdorur në Pjesën 1, shkaku i parë në rreshtin më të poshtëm të përdorur i shpjegon të gjitha hyrjet më sipër
Rregulli 1	Hapi SP4 – shkaku i parë në rreshtin më të poshtëm të përdorur nuk i shpjegon të gjitha hyrjet më sipër, por një sekuençë përfundon me shkakun fundor
Rregulli 2	Hapi SP5 – Nuk ka sekuençë në Pjesën 1
Rregulli 3	Hapi SP6 – Shkak i dukshëm
Rregulli A. Seniliteti dhe gjendje të tjera të keq-përcaktuara	Hapi SP7 – gjendjet e keq-përcaktuara
Rregulli B. Gjendje të parëndësishme	Hapi SP8 – Gjendje me pak gjasa të shkaktojnë vdekje
Rregullat e modifikimit	Kontrolloni për modifikime të pikës së fillimit
Rregulli C. Lidhjet	Hapi M1 – Instruksionet e veçanta
Rregulli D. Specificiteti	Hapi M2 – Specificiteti
“Kur raportohet si shkaku i gjendjes pararendese origjinuese”	“Kur raportohet si shkaku i”
Natyra e dëmtimit	Dëmtimi kryesor

Referencat

1. International classification of diseases for oncology (ICD-O), 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1990.
2. Systematized nomenclature of medicine (SNOMED). Chicago: College of American Pathologists; 1976.
3. Manual of tumor nomenclature and coding (MOTNAC). New York: American Cancer Society; 1968.
4. Systematized nomenclature of pathology (SNOP). Chicago: College of American Pathologists; 1965.
5. Alexander S, Shrank AB. International coding index for dermatology. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1978.
6. Application of the International classification of diseases to dentistry and stomatology, 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 1995 (http://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/40919/1/9241544678_eng.pdf, accessed 22 May 2015).
7. Application of the International classification of diseases to neurology (ICDNA), 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
8. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992 (<http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>, accessed 22 May 2015).
9. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993 (<http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>, accessed 22 May 2015).
10. Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10. Chapter 5, Primary care version. Göttingen: WHO/Hogrefe & Huber Publishers; 1975 (http://whqlibdoc.who.int/publications/1996/0889371482_eng.pdf, accessed 22 May 2015).
11. Rutter M, World Health Organization. Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders: the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders in children and adolescents. Geneva: World Health Organization; 1996.
12. International classification of procedures in medicine (ICPM), volume Geneva: World Health Organization, 1978 (http://whqlibdoc.who.int/publications/1978/9241541245_eng.pdf, accessed 22 May 2015).
13. International classification of procedures in medicine (ICPM), volume 2. Geneva: World Health Organization, 1978, reprinted 1990 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40527/2/9241541253_eng.pdf, accessed 22 May 2015).
14. The International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001

- (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>, accessed 22 May 2015).
15. International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: World Health Organization; 1980
(http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261_eng.pdf, accessed 22 May 2015).
 16. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization; 1981 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>, accessed 22 May 2015).
 17. Bacterial diseases. International nomenclature of diseases. Volume II Infectious diseases. Part 1. Geneva: World Health Organization; 1983.
 18. Mycoses. International nomenclature of diseases. Volume II Infectious diseases. Part 2. Geneva: World Health Organization; 1982.
 19. Viral diseases. International nomenclature of diseases. Volume II Infectious diseases. Part 3. Geneva: World Health Organization; 1985.
 20. Bacterial diseases. International nomenclature of diseases. Volume II Infectious diseases. Part 4. Geneva: World Health Organization; 1987.
 21. International nomenclature of diseases. Volume III Diseases of the lower respiratory tract. Infectious diseases. Part 1 Geneva: World Health Organization; 1979.
 22. International nomenclature of diseases. Volume IV Diseases of the digestive system. Geneva: World Health Organization; 1990.
 23. International nomenclature of diseases. Volume V Cardiac and vascular diseases. Geneva: World Health Organization; 1989.
 24. International nomenclature of diseases. Volume VI Metabolic, nutritional and endocrine disorders. Geneva: World Health Organization; 1991.
 25. International nomenclature of diseases. Volume VII Diseases of the kidney, the lower urinary tract, and the male genital system. Geneva: World Health Organization; 1992.
 26. International nomenclature of diseases. Volume VIII Diseases of the female genital system. Geneva: World Health Organization; 1992.
 27. Sixteenth annual report. Appendix. London: Registrar General of England and Wales; 1856:73.
 28. Report of the international conference for the sixth decennial revision of the international lists of diseases and causes of death. In: Official records of the World Health Organization. No. 11. Report of expert committees and other advisory bodies to the Interim Commission. New York and Geneva: United Nations and World Health Organization; 1948:23–32
(http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/11e.pdf, accessed 24 May 2014).
 29. Knibbs GH. The International classification of disease and causes of death and its revision. *Med J Aust.* 1929;1:2–12.
 30. Greenwood M. Medical statistics from Graunt to Farr. Cambridge: Cambridge University Press; 1948.
 31. Committee on Organization. First annual report of the Registrar-General of births, deaths and marriages in England. London: W Clowes and Sons; 1839.

32. Bertillon J. Classification of the causes of death (abstract). In: Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography, Washington September 28 1912. Washington, DC: Government Printing Office; 1912.
33. Bulletin of the International statistical institute,. 1900;12:280.
34. Roesle E. Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité. Geneva: League of Nations Health Organization; 1928 (document CH 730).
35. International list of causes of death. The Hague: International Statistical Institute; 1940.
36. Medical Research Council, Committee on Hospital Morbidity Statistics. A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics. London: Her Majesty's Stationery Office; 1944 (Special Report Series No 248).
37. US Public Health Service, Division of Public Health Methods. Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics. Washington, DC: Government Publishing Office; 1944 (Miscellaneous Publication No. 32).
38. Arrangement concluded by the governments represented at the International Health Conference for the establishment of an Interim Commission of the World Health Organization. In: Official records of the World Health Organization. No. 2. Proceedings and final acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946. New York and Geneva: United Nations and World Health Organization; 1948:110–12 (http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf, accessed 24 May 2015).
39. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1946 (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitutionen.pdf?ua=1>, accessed 1 June 2015).
40. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision. Geneva: World Health Organization; 1949.
41. Report of the international conference for the seventh revision of the international lists of diseases and causes of death. Geneva: World Health Organization; 1955 (unpublished document WHO/HA/7 Rev. Conf./17 Rev.1).
42. Third report of the expert committee on health statistics. Geneva: World Health Organization; 1952 (WHO Technical Report Series, No. 53).
43. Report of the international conference for the eighth revision of the international classification of diseases. Geneva: World Health Organization; 1965 (unpublished document WHO/ICD9/74.4).
44. International classification of diseases. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Based on the recommendations of the Ninth Revision Conference, 1975, and adopted by the Twenty-ninth World Health Assembly. Volume 1. Geneva: World Health Organization; 1977.

