

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

1. Critères d'inclusion au Registre des traumatismes du Québec

Le Registre des traumatismes du Québec recueille des informations concernant les victimes de traumatismes sévères. Pour chacune de ces victimes, un dossier doit être ouvert et un numéro de registre doit être attribué. Par conséquent, certains critères permettent de définir la clientèle qui doit être incluse dans l'application locale. Les critères d'admissibilité sont les suivants :

- tous les cas admis pour 3 jours et plus ;
- tous les décès admis ou inscrits (incluant la pendaison) ;
- tous les cas admis directement à l'unité des soins intensifs (USI) ;
- tous les cas admis qui ont été transférés ou référés d'un autre établissement.

1.1 Exemples de cas d'inclusion

- 1.1.1 Les fractures, qu'elles soient de nature pathologique, ostéoporotique ou traumatique doivent être enregistrées si elles sont consécutives à un traumatisme. Un code CIM-10-CA du chapitre XIX [Lésion traumatique empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes] doit toujours être associée à ces fractures (même si ce n'est pas codée comme une fracture traumatique dans MED-ÉCHO).
- 1.1.2 Un faux mouvement se définit comme un traumatisme lorsqu'il correspond à un mouvement excessif, forcé, à une torsion, etc., et non à un mouvement effectué quotidiennement, par exemple : se plier pour lacer ses souliers.
- 1.1.3 La fracture d'une prothèse de hanche est considérée comme un traumatisme. C'est le traumatisme qui a causé la fracture de la prothèse. Elle doit être codée comme une fracture de hanche. Inscrire dans la précision supplémentaire "fracture de prothèse de hanche" dans la case de la description modifiée afin de noter la distinction.
- 1.1.4 Les diagnostics secondaires traumatiques (consécutifs à un traumatisme) doivent être inclus si la réponse à la question suivante est positive : Est-ce que le diagnostic relié au traumatisme justifie une hospitalisation et ce peu importe sa durée? Il faut bien analyser le dossier médical pour répondre à cette question.
- 1.1.5 Les pendaisons ne laissant que des éraflures ou de petites plaies au cou ne doivent pas être inscrites car les usagers ne sont pas admis pour le traitement de leurs blessures mais plutôt pour un traitement psychiatrique. Ces blessures ne justifient pas une hospitalisation. Cependant, les usagers présentant une atteinte cérébrale par anoxie secondaire à une tentative de suicide par pendaison doivent être inclus. Le code AIS est 999999.9 en l'absence de diagnostic plus précis.
- 1.1.6 Pour un usager qui arrive décédé au service d'urgence du centre hospitalier à la suite d'une pendaison, inscrire le code 999999.9. Il faut associer le code CIM-10-CA de pendaison T71, au code AIS 999999.9 s'il n'y a pas d'autres diagnostics précisés.
- 1.1.7 Inclure les événements traumatiques des usagers qui ont lieu pendant une sortie temporaire de fin de semaine donc à l'extérieur du centre hospitalier.
- 1.1.8 Les fractures de côtes chez les personnes âgées constituent un facteur de risque de décès important. Il est souhaitable de les inclure afin de pouvoir documenter cette problématique.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

- 1.1.9 Pour un même événement traumatique associé à plusieurs hospitalisations, considérer seulement la première hospitalisation qui répond à l'un des critères d'inclusion.

2. Exclusions au Registre des traumatismes du Québec

- Les cas d'intoxications¹
- Les cas de noyades¹
- Les cas d'électrocutions¹
- Les brûlures primaires et les engelures (s'il s'agit du principal diagnostic)¹
- Les admissions secondaires à une complication (séquelle) due à un traumatisme tel que : mal union de fracture, infection, cellulite, dislocations congénitales ou récurrentes, instabilités articulaires non récentes, etc.
- Les admissions non justifiées par un diagnostic de traumatismes requérant des soins aigus ou autres traitements.

2.1 Exemples de cas d'exclusion

- 2.2.1 Les réadmissions et les visites multiples à l'urgence pour un même événement traumatique dans un même centre hospitalier ne doivent pas être inscrites.
- 2.2.2 Les accidents intra-hospitalier ne doivent pas être saisis.
- 2.2.3 Une personne âgée qui se fracture une côte en toussant, n'est pas considéré comme un traumatisme.
- 2.2.4 Les séquelles de traumatisme, les mal union de fracture, les infections, les cellulites, les dislocations congénitales ou récurrentes, les instabilités articulaires non récentes et les bursites, ne doivent pas être incluses.
- 2.2.5 Les admissions pour déchirures méniscales, déchirure de la coiffe des rotateurs et hernies discales ne doivent pas être inscrites car elles ont un caractère de chronicité. Sauf, si la blessure est immédiate à l'événement traumatique, elle doit être incluse.
- 2.2.6 Les décès par asphyxie (sacs de papier, sacs de plastique) ne sont pas considérés comme des traumatismes puisqu'il s'agit d'une intoxication au gaz carbonique.
- 2.2.7 Un usager qui séjourne 48 heures au service d'urgence du centre hospitalier et qui est hospitalisé une journée, ne doit pas être inclus. Il n'est pas possible d'additionner le séjour de 48 heures à la journée d'hospitalisation afin d'obtenir un séjour supérieur ou égal à 3 jours.

¹ Un centre hospitalier peut décider d'intégrer ces clientèles mais il doit utiliser une numérotation différente (EX : 1 000 000) afin de pouvoir les exclure lors de l'exploitation des données.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

3 Règles de codage de l'AIS

Règles générales

Le dictionnaire AIS contient des directives pour aider les codeurs à prendre des décisions convenables concernant les diagnostics de traumatismes spécifiques. On ne répétera pas ces directives ici. Cependant, certains principes de codage s'appliquent à plusieurs régions du corps. Il faut apprendre les règles suivantes.

1. Les traumatismes décrits comme «probables», «possibles», «ressemblent à», ou «impossibles», ne devraient pas être codés à moins d'être justifiés dans le dossier médical.
2. Les corps étrangers ne sont pas des traumatismes et, par conséquent, ils ne sont pas codés.
3. L'AIS n'attribue pas de codes aux résultats d'un traumatisme (ex. la cécité) mais plutôt au traumatisme en soi (ex. avulsion du nerf optique).
4. Il ne faut pas utiliser les interventions chirurgicales et les autres traitements pour déterminer la gravité d'un traumatisme.
5. On attribue un AIS-6 seulement aux traumatismes dont le niveau de gravité est de 6 dans l'AIS. L'emploi de l'AIS-6 n'est pas un choix arbitraire tout simplement relié au décès du patient.
6. La désignation «écrasement» est utilisée uniquement lorsque le traumatisme répond aux critères du dictionnaire.
7. Les traumatismes bilatéraux sont codés séparément pour les organes comme les reins, les yeux, les oreilles et les membres à moins d'être spécifiés dans le dictionnaire de les coder comme un seul traumatisme (ex. traumatisme pulmonaire). Les maxillaires, les mandibules, le bassin et la cage thoracique sont codés comme des structures uniques.
8. Par définition, une fracture ouverte signifie que la peau recouvrant la fracture est lacérée. La lacération externe est contenue dans le code pour une fracture ouverte et n'est pas codée séparément.
9. L'abréviation MRS (manque de renseignements supplémentaires) est utilisée dans l'AIS 1990 pour permettre de coder les traumatismes qui manquent de renseignements détaillés.

Un *traumatisme non spécifié* signifie qu'un organe ou une partie du corps spécifique a été blessé et que le type de blessure exact est inconnu. Par exemple : un traumatisme rénal peut être une contusion ou une lacération, mais cette information n'est pas toujours disponible; ce traumatisme doit donc être codé comme MRS. On attribue 99 pour la lésion ou la gravité d'un traumatisme MRS. (Se référer à la page 4 sous la rubrique Code numérique des traumatismes).

La *gravité non spécifiée* signifie qu'on connaît le traumatisme exact (ex. une lacération) mais que le niveau de la gravité est imprécis ou incertain. Dans cet exemple, le traumatisme doit être codé comme une lacération. Autant que possible, selon l'organisation de l'AIS, on attribue 00 pour la gravité à un traumatisme MRS. (Se référer à la page 4 sous la rubrique Code numérique des traumatismes).

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

Il ne faut pas confondre MRS avec le code .9 qu'on attribue aux traumatismes dont l'organe ou la région spécifique est inconnu. Par exemple : on attribue le code .9 aux «traumatismes abdominaux fermés».

10. Si on remet en question la gravité d'un traumatisme évaluée d'après tous les renseignements disponibles, on doit attribuer un code conservateur (e.i. le code AIS le plus bas pour la catégorie du traumatisme en question).
11. Le calcul des pertes de sang : plusieurs lésions tégumentaires, lacérations vasculaires, lésions cérébrales et traumatismes des organes internes sont décrits en termes de volume de perte de sang.

Le tableau suivant aidera à évaluer la perte de sang lorsque le dossier du centre hospitalier manque de détails, et à coder ces blessures chez les enfants.

POIDS		PERTE DE SANG 20%
Lbs	Kg	cc
220	100	1500
165	75	1125
110	50	750
55	25	375
22	10	150
11	5	75

12. À moins d'une vérification appropriée dans le dossier médical (par exemple, résultats de test diagnostic), beaucoup de blessures ne peuvent être codées. Plus particulièrement, au niveau des blessures aux organes internes tels qu'au cerveau et au poumon, mais également les blessures médullaires.

Par exemple : Contusion à la moelle épinière [comprend le diagnostic de compression documenté par imagerie médicale ou autopsie].

13. Les fractures multiples au même os mais dans différentes régions de cet os sont codées séparément (par exemple, fractures à la tête et à la diaphyse du fémur, AIS = 851808.3 et AIS = 851814.3). Si les localisations spécifiques de fractures ne sont pas connues, elles sont considérées comme une fracture simple (par exemple, fractures multiples du fémur droit, l'AIS = 851800.3).
14. Les blessures aux tissus mous MRS sont codées comme une contusion (peau) dans la section Externe et correspond au code de la région du corps Externe pour le calcul de l'ISS (i.e. contusion, AIS = 910400.1). Toutefois, si la région du corps est connue, la blessure est codée à cette région spécifique.
15. Quand une blessure à un vaisseau est décrite comme une transection complète (dissection transversale), elle devrait être codée comme une lacération majeure. Si elle est incomplète, celle-ci sera codée comme une lacération mineure.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

- Si le fait d'utiliser la description de la blessure par pénétration implique un plus haut AIS que la codification des blessures détaillées.

Par exemple :

Les diagnostics suivants résultent d'une blessure par pénétration à la tête :

- Petit hématome sous-dural 140652.4
- Hémorragie sous-arachnoïdienne 140684.3
- Enflement léger du cerveau 140662.3

Dans ce cas, utiliser « Blessure par pénétration cerveau » 140690.5 (seulement), puisqu'il implique un plus haut AIS que les autres blessures. Il ne faut pas coder les autres blessures séparément.

Par exemple :

Les diagnostics suivants résultent d'une blessure par pénétration à la tête :

- **Large** hématome sous-dural 140656.5
- Hémorragie sous-arachnoïdienne 140684.3
- Enflement léger du cerveau 140662.3

Dans ce cas, il ne faut pas utiliser « Blessure par pénétration cerveau » 140690.5, puisqu'il ne résulte pas du plus haut AIS. Il faut donc coder toutes les blessures séparément.

Pour chaque section du dictionnaire, exceptée pour la colonne, il y a un code pour la région touchée par la blessure par pénétration qui devrait être utilisé lorsque les informations sont manquantes ou pour couvrir les 3 exceptions de la règle de codage mentionnée ci-dessus.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

4. Nouvelles directives applicables au 1^{er} avril

4.1 Nouvelles directives applicables au 1^{er} avril 2004

4.1.1 Informations à ne plus saisir

À l'écran #5 "Traitement à l'urgence de l'hôpital" de la version détaillée.

- Les intraveineuses
- Les transfusions sanguines

À l'écran # 14 "Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation" de la version détaillée.

- Les évaluations radiologiques (au haut de la page).
N.B. : Les Images par TD (Tomodensitométrie, Résonance magnétique, Aortographie, et Artériographie/Angiographie) sont toujours à saisir.

4.1.2 Transfert à inclure

Tous les usagers transférés ou référés d'un autre centre hospitalier doivent être inscrits au registre des traumatismes (même si cet usager est inscrit au registre des traumatismes du centre hospitalier qui l'a référé). Sont exclus du registre des traumatismes, les usagers transférés ou référés **exclusivement** pour des services de réadaptation. Cependant, avec une décision interne, un centre hospitalier, peut inclure cette clientèle en utilisant une numérotation différente des numéros de registre (Ex. :1 000 000).

4.1.3 Les engelures

Les traumatismes par engelures, s'il s'agit du diagnostic principal, sont à exclure du Registre des traumatismes du Québec.

4.1.4 La date et l'heure de départ du bloc opératoire

La date et l'heure de départ à inscrire sont celles où l'usager quitte le bloc opératoire et non plus celles de la salle de réveil.

4.1.5 Codes AIS avec une lésion médullaire

Les codes AIS qui comprennent une lésion médullaire (avec signes neurologiques transitoires ou avec syndrome médullaire incomplet ou complet) sont :

Colonne cervicale : 640200.3 à 640276.6

Colonne dorsale : 640400.3 à 640468.5

Colonne lombaire : 630600.3 à 640668.5 (Excluant les codes : 630699.2, 630660.2, 630662.2, 630664.2, 630666.3, 630668.2, 630612.2, 630614.3).

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

4.2 Nouvelles directives applicables au 1^{er} avril 2005

4.2.1 Oblitération des ventricules

Coder l'oblitération des ventricules à effacement des ventricules (cf. chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3, item 5.1.13).

4.2.2 Fracture de la base du crâne avec pneumocéphalie

Le code AIS pour une pneumocéphalie est 140682.3 et il n'existe pas de code CIM-10-CA de niveau traumatique.

4.2.3 Fracture base du crâne avec une fistule du LCR

Le code CIM-10-CA à utiliser pour une fracture de la base du crâne est (S02.1XX) et avec une fistule du LCR celle-ci ne se code pas au niveau traumatique).

4.2.4 Perte de conscience sans association avec un traumatisme crânien

Coder les pertes de conscience seulement en présence d'un traumatisme crânien (cf. chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3, item 5.1.1).

4.2.5 Liens entre les grades et les codes AIS pour la contusion et la lacération du rein, du foie et de la rate

Rein

Association avec la précision des grades selon les codes AIS pour la contusion du rein :

- Grades 1 et 2 = code AIS : 541612.2

Association avec la précision des grades selon les codes AIS pour la lacération du rein :

- Grades 1 et 2 = code AIS : 541622.2
- Grade 3 = code AIS : 541624.3 :
- Grade 4 = code AIS : 541626.4
- Grade 5 = code AIS : 541628.5

Foie

Association avec la précision des grades selon les codes AIS pour la contusion du foie :

- Grades 1 et 2 = code AIS : 541812.2
- Grades 3 et 4 = code AIS : 541814.3

Association avec la précision des grades selon les codes AIS pour la lacération du foie :

- Grades 1 et 2 = code AIS : 541822.2
- Grade 3 = code AIS : 541824.3
- Grade 4 = code AIS : 541826.4
- Grade 5 = code AIS : 541828.5
- Grade 6 = code AIS : 541830.6

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

Rate

Association avec la précision des grades selon les codes AIS pour la contusion de la rate :

- Grades 1 et 2 = code AIS : 544212.2
- Grades 3 et 4 = code AIS : 544214.3

Association avec la précision des grades selon les codes AIS pour la lacération de la rate :

- Grades 1 et 2 = code AIS : 544222.2
- Grade 3 = code AIS : 544224.3
- Grade 4 = code AIS : 544226.4
- Grade 5 = code AIS : 544228.5

4.2.6 Lacération de la peau

Ne pas coder la lacération de la peau lorsqu'elle est associée à une fracture ou à une lacération d'un nerf, d'un muscle ou d'un tendon au même site.

4.2.7 Transfert et admission en chirurgie d'un jour

Un usager est considéré transféré ou référé lorsqu'il provient d'un autre centre hospitalier et qu'il est admis en chirurgie d'un jour.

4.2.8 Heure d'admission absente

Lorsque l'heure d'admission est absente dans le dossier médical, appliquer la procédure suivante : additionner quinze minutes à l'heure du départ de l'urgence.

4.2.9 Séjour au bloc opératoire

Un séjour au bloc opératoire équivaut à une admission sauf si l'usager n'est pas inscrit sur la liste d'admission.

4.2.10 Décès et ISS

Lorsqu'il y a un décès à l'arrivée à l'urgence, coder toutes les blessures traumatiques décrites au dossier médical et celles inscrites sur le rapport de coroner, s'il y a lieu. Un ISS à 75 n'est valable que s'il est obtenu par la présence des diagnostics notés au dossier.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

4.3 Nouvelles directives applicables suite à la formation AIS et cadre normatif Février 2006

4.3.1 Modifications à effectuer dans la classification AIS

4.3.1.1 À l'encadré de la page p.20 section Tête – Squelette – Fracture base du crâne, ajouter : pneumocéphalie.

4.3.1.2 À la p. 20. section Tête – Squelette – Fracture de la voûte du crâne, modifier les termes correspondants par ceux qui sont en caractères gras :

150404.3 comminutive (**compliquée**^b ; enfoncée = 2 cm ; avec déplacement)

^b Le terme « **compliquée** » s'applique uniquement à une fracture du crâne ; il signifie fracture ouverte.
Une fracture « ouverte » du crâne signifie une fracture **compliquée** avec la dure-mère déchirée.

4.3.1.3 À la section Tête, dans la catégorie Niveau de conscience : utiliser les codes en lien avec les grands titres qui sont associés avec le GSC soit : 160499.1, 160699.2 et 160899.3. Utiliser les codes pour l'amnésie soit : 160410.2 et 160412.3 Supprimer tous les codes qui ont une mention de durée soit : 160414.2, 160416.3, 160610.2, 160612.3, 160614.3, 160616.4, 160806.3, 160808.4, 160810.3, 160812.4, 160814.4, 160816.5, 160818.5.

4.3.1.4 À la page 31, section Thorax – Surface Totale- au code d'Écrasement, ajouter la précision suivante :

« L'écrasement » est défini en tant que destruction bilatérale massive des systèmes squelettiques, vasculaires, d'organe et de tissu.

4.3.1.5 À l'encadré de la page 34 section Thorax – Organes Internes – au code Contusion du poumon, effectuer la modification suivante :

Ce diagnostic devrait être codé seulement s'il y a **une histoire** de traumatismes thoraciques et que le diagnostic du médecin est vérifié par radiographie, TDM, RMN, chirurgie ou autopsie. Le dysfonctionnement pulmonaire clinique est une désignation qui manque de renseignements pour être codée.

4.3.2 Ne pas coder la perte de conscience si :

- La mort se produit dans un délai de 24 heures et que l'utilisateur ne reprend pas conscience.

Attention : ne pas coder la perte de conscience pour un patient qui arrive décédé à l'urgence.

- S'il s'agit d'un traumatisme crânien fermé (115099.9 ou 115299.9) sans information au sujet de la durée de l'inconscience. Exception : les codes 160820.4/ 160822.5/ 160824.5 peuvent être utilisés.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

- 4.3.3 Pour la parésie et la paralysie d'un nerf crânien, appliquer les directives de l'encadré du manuel de codification AIS de la page 15, section Tête – Nerfs crâniens.
- 4.3.4 Coder toutes les fractures du crâne sous la voûte à moins qu'elle soit indiquée comme une fracture à la base. Si des fractures à la voûte et à la base du crâne sont documentées, coder les deux fractures. Si une même fracture du crâne implique la base et la voûte, coder la plus sévère. Si les deux fractures sont de sévérité égale, coder la fracture au point d'origine.
- 4.3.5 La fracture de la base du crâne (basilaire) implique n'importe lequel des os suivants: ethmoïde, sphénoïde (grande et petite aile), toit orbitaire, occipital (partie de la base) et temporal (incluant la portion pétreuse, squameuse et mastoïde). Coder la fracture naso-orbito-ethmoïdale sous la base; dans ce cas, ne pas coder les fractures faciales (nez et orbite) séparément.
- 4.3.6 Le DAI est un traumatisme clinicopathologique complexe défini par un coma immédiat et prolongé dû aux dommages répandus aux axones et à d'autres processus neuronaux dans le cerveau. Pour le coder, il doit être documenté par une évaluation clinique **et** par une imagerie médicale **accompagnée** d'une perte de conscience de plus de six heures.
- 4.3.7 Pour une fracture Lefort associée à d'autres fractures au visage, par exemple, fracture Lefort II avec une fracture du plancher de l'orbite déplacée ou non, ne pas coder la fracture de l'orbite séparément. Cependant, avec une fracture du mur latéral de l'orbite, il faut la coder séparément. De même, en présence d'une fracture Lefort II et d'une fracture Lefort III, ne coder que la fracture de Lefort III.
- 4.3.8 Le volet thoracique doit être codé lorsqu'il est documenté au dossier. Il est défini en tant que trois côtes ou plus fracturées à plus d'un endroit, ayant pour résultat un mouvement paradoxal.
- 4.3.9 Pour les atteintes multiples de la moelle épinière au niveau de vertèbres adjacentes avec fractures, coder la fracture avec l'atteinte médullaire à la vertèbre supérieure et coder les autres fractures de vertèbres distinctement.

Par exemple :

Fracture L4 avec compression médullaire;
Fracture facettaire de L1;
Fracture apophyse transverse de L5;

Coder la fracture L4 avec la compression médullaire et les codes CIM-10-CA utilisés seront le S32.030 et le S34.18 Les fractures de l'apophyse transverse de L5 et facettaire de L1 seront codées distinctement (sans atteinte médullaire) et les codes CIM-10-CA utilisés seront S32.040 et S32.000. Utiliser la même procédure pour les fractures avec atteintes médullaires qui chevauchent deux sections de la colonne vertébrale, par ex : D12-L1.

- 4.3.10 Coder la fracture d'une masse latérale à fracture du pédicule.
- 4.3.11 La mise en code pour le code AIS de la fracture-luxation au niveau des diagnostics est le suivant : en présence d'une fracture et d'une luxation au même site, il faut coder les deux

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

blessures distinctement (sauf pour la section de la colonne vertébrale voir l'item 5.6.2).
Pour la CIM-10-CA, il faut suivre les indications de l'index.

4.3.12 La contusion du psoas iliaque, de la fesse, de la crête iliaque et à la région lombo-sacrée se codent en AIS à 810402.1 (Contusion) (Ajout).

4.3.13 Coder toutes les blessures même si elles sont situées au même site.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

4.4 Nouvelles directives applicables au 1^{er} avril 2006

4.4.1 Contusion et hématome cérébral

Une contusion cérébrale hémorragique se code dans l'AIS à la section « Contusion cerveau » et dans la CIM-10-CA à (S06.2XX) et non à la section dans l'AIS « Hématome cerveau » et en CIM-10-CA à (S06.8XX). En présence, d'une contusion cérébrale hémorragique et d'un hématome cérébral au même site mais lors de moments différents du séjour hospitalier, coder un seul diagnostic et saisir le dernier mentionné. En cas d'incohérence entre les diagnostics inscrits par le médecin traitant et le radiologiste, il faut valider avec le médecin traitant.

Contusion: Tache foncée qui résulte de l'infiltration du tissu cellulaire par une quantité variable de sang ou qui est oedémateuse.

Hématome: Collection sanguine sans cellule nerveuse de tissus cérébral au travers, seulement du sang non dispersé.

Les contusions cérébrales, les lacérations et les hémorragies intracérébrales qui sont indiquées comme diffuses ou qui sont non spécifiées (SAI) et les lésions traumatiques cérébrales diffuses axonales seront codées à : **S06.2 Lésion traumatique cérébrale diffuse**.

Les contusions, les lacérations et les hémorragies cérébrales indiquées comme focales ou dont le site est précisé (exemple : temporal gauche) seront codées à : **S06.3 Lésion traumatique cérébrale en foyer**.

4.4.2 Les thrombophlébites en complication

Saisir les thrombophlébites dans la section « Autre complication » avec le code CIM-10-CA approprié. Ne plus les associer avec les coagulopathies.

4.4.3 Séquence de soins

Saisir les séquences de soins qui conduisent à l'hospitalisation. Aucun délai ou congé n'est accepté entre le départ de l'urgence et l'admission. Donc, la visite à l'urgence doit être saisie seulement si elle conduit immédiatement à l'admission.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

5 PRÉCISIONS SUR LA CODIFICATION

5.1 TÊTE

- 5.1.1 Règle du codage des pertes de conscience (selon la nomenclature AIS) :
« Coder les pertes de conscience **seulement** en présence d'un traumatisme crânien.

La perte de conscience (PDC) est codée seulement lorsqu'il y a évidence de traumatisme crânien et que le diagnostic est posé par le personnel médical. Le Glasgow (GCS) est seulement un indicateur de blessure au cerveau et ne devrait jamais être employé comme un indicateur unique pour coder la perte de conscience.

De plus, lorsqu'une lésion anatomique documentée est accompagnée d'une perte de conscience (PDC), on doit considérer la PDC seulement si elle démontre que le traumatisme est plus sérieux que l'indique la lésion anatomique seule. Dans ce cas, on doit l'attribuer au plus haut AIS au traumatisme. »

Par exemple : Fracture comminutive de l'os frontal avec perte de conscience de 30 minutes.

Fracture comminutive de l'os frontal : 150404.3

Perte de conscience de trente minutes : 160202.2

Exemple : La fracture comminutive de l'os frontal (150404.3) a une sévérité plus importante que la perte de conscience (160202.2) donc, la fracture seule doit être codée.

Précision : Lorsque la perte de conscience est associée à un traumatisme crânien avec un AIS plus bas que la perte de conscience, la perte de conscience à considérer selon la classification AIS est celle qui survient sur le lieu de l'accident ou jusqu'à l'arrivée au centre hospitalier.

- 5.1.2 Les pertes de conscience secondaires à un AVC ou à un arrêt cardiaque qui surviennent pendant l'hospitalisation ne doivent pas être codées puisqu'elles ne sont pas immédiates au traumatisme.
- 5.1.3 Les pertes de conscience non neurologiques qui surviennent pendant l'hospitalisation (usager admis) ne doivent pas être codées puisqu'elles ne sont pas liées au traumatisme.
- 5.1.4 Le choc vagal et l'évanouissement ne sont pas considérés comme des pertes de conscience puisqu'ils n'ont aucun lien avec la perte de conscience.
- 5.1.5 Ne pas coder la perte de conscience si :
- La mort se produit dans un délai de 24 heures et que l'usager ne reprend pas conscience.

Attention : ne pas coder la perte de conscience pour un patient qui arrive décédé à l'urgence.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

- S'il s'agit d'un traumatisme crânien fermé (115099.9 ou 115299.9) sans information au sujet de la durée de l'inconscience. Exception : les codes 160820.4/ 160822.5/ 160824.5 peuvent être utilisés.

5.1.6 Niveau de conscience antérieur :
Sans retour : Inconscient au moment du départ.
Avec retour : Conscient au moment du départ.

5.1.7 Durée de l'inconscience et niveau de conscience :

La durée de l'inconscience, lorsqu'elle est connue, doit être inscrite. Le code de la durée de l'inconscience a toujours priorité sur celui du niveau de conscience.

Le niveau de conscience est utilisé lorsque l'usager arrive au centre hospitalier avec un Glasgow inférieur ou égal à 15 et où il est impossible de déterminer la durée de l'inconscience.

Afin de bien identifier le niveau de l'inconscience, la règle suivante s'applique : l'usager avec un Glasgow supérieur à 8 et qui le demeure, n'est plus considéré inconscient. À l'inverse, un usager avec un Glasgow inférieur ou égal à 8 est considéré inconscient. La durée de l'inconscience dure tant et aussi longtemps que le Glasgow est au-dessous de 8 inclusivement (GCS = 8).

5.1.8 Une amnésie n'est pas considérée comme une perte de conscience puisque le stress provoque involontairement cette amnésie. Cependant, la présence d'amnésie documentée doit être codée en l'absence de la perte de conscience.

5.1.9 La commotion cérébrale doit être codée en plus de tout autre traumatisme de la tête lorsqu'elle est documentée au dossier sauf si elle est indiquée à titre d'impression diagnostique. La commotion cérébrale est considérée comme un traumatisme intracrânien.

5.1.10 L'œdème cérébral ou enflement du cerveau doit être documenté au dossier afin de pouvoir le coder. La disparition des sillons de la convexité ne signifie pas d'emblée qu'il y a de l'œdème cérébral. Il est suggéré de demander au médecin d'indiquer ou non la présence d'œdème cérébral. Une description de citerne compressée implique un enflement du cerveau.

5.1.11 Coder l'oblitération des ventricules à effacement des ventricules au niveau de l'enflement du cerveau à 140666.5.

5.1.12 Après vérification avec l'AIS-98, l'œdème cérébral et l'enflement du cerveau sont considérés comme des synonymes. Par conséquent, il y a regroupement de ces rubriques de codes sous les codes : 140660.3, 140662.3, 140664.4 et 140666.5. Les codes 140668.3, 140670.3, 140672.4 et 140674.5 ne doivent plus être utilisés.

5.1.13 Coder l'œdème cérébral traumatique dans la CIM-10-CA à S06.1XX.

5.1.14 Le code pour un hématome sous-galéal est 110402.1 (cuir chevelu, contusion).

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

5.1.15 Une contusion cérébrale hémorragique se code à « Contusion cerveau » (S06.2XX) et non à « Hématome cerveau » (S06.8XX). En présence, d'une contusion cérébrale hémorragique et d'un hématome cérébral au même site mais lors de moments différents du séjour hospitalier, coder un seul diagnostic et saisir le dernier mentionné. En cas d'incohérence entre les diagnostics inscrits par le médecin traitant et le radiologiste, il faut valider avec le médecin traitant.

Contusion: Tache foncée qui résulte de l'infiltration du tissu cellulaire par une quantité variable de sang ou qui est oedémateuse.

Hématome: Collection sanguine sans cellule nerveuse de tissus cérébral au travers, seulement du sang non dispersé.

Les contusions cérébrales, les lacérations et les hémorragies intracérébrales qui sont indiquées comme diffuses ou qui sont non spécifiées (SAI) et les lésions traumatiques cérébrales diffuses axonales seront codées à : **S06.2 Lésion traumatique cérébrale diffuse**.

Les contusions, les lacérations et les hémorragies cérébrales indiquées comme focales ou dont le site est précisé (exemple : temporal gauche) seront codées à : **S06.3 Lésion traumatique cérébrale en foyer**.

- 5.1.16 Une contusion hémorragique frontale droite et pariétale gauche doit être codée comme une contusion hémorragique multiple.
- 5.1.17 Un hématome sous-dural extensif occupe une bonne partie de la superficie de l'hémisphère cérébral. Coder à hématome sous-dural "large" 140656.5.
- 5.1.18 Pour une hémorragie cérébrale, la mesure en diamètre correspond à l'épaisseur de l'hémorragie. (Ex. : HSD de 2 mm de diamètre). Le plus important diamètre est celui qui désigne l'épaisseur de l'hématome et habituellement c'est le diamètre transverse.
- 5.1.19 Une hémorragie de la fissure intra-hémisphérique (faux du cerveau) n'est pas toujours compatible avec une hémorragie sous-arachnoïdienne. Elle peut être associée à un hématome sous-dural si le diamètre est plus épais. Il faut valider avec les examens diagnostiques.
- 5.1.20 Une contusion oedémateuse se code à une contusion au cerveau non hémorragique.
- 5.1.21 La tente du cervelet sépare le cerveau, le tronc cérébral et le cervelet. Elle est située dans la fosse postérieure et elle est divisée en deux parties : supratentorielle (cerveau) et infratentorielle (cervelet). Lors d'un traumatisme à la tente du cervelet, coder cervelet s'il est possible de le situer avec les termes précisés dans l' AIS à la section cervelet, sinon coder à la section cerveau.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

- 5.1.22 La présence d'air dans la cavité intracrânienne sur un rapport radiologique, scanner, etc. signifie une pneumocéphalie. Celle-ci est un signe clinique d'une fracture de la base du crâne. Donc, il faut coder la fracture de la base du crâne (sauf s'il y a seulement des fractures faciales accompagnées d'une pneumocéphalie). Le code AIS pour une pneumocéphalie est 140682.3 et le code CIM-10-CA à utiliser est S06.8. De plus, il ne faut pas coder une fracture ouverte en CIM-10-CA avec une pneumocéphalie.
- 5.1.23 Pour coder la parésie et la paralysie d'un nerf crânien, il faut se fier à la directive du manuel de codification AIS.
- 5.1.24 Le traumatisme axonal diffus (DAI= diffuse axonal injury) est synonyme de cisaillement cérébral. Le code CIM-10-CA est S06.9XX. Le DAI est un traumatisme clinicopathologique complexe défini par un coma immédiat et prolongé dû aux dommages répandus aux axones et à d'autres processus neuronaux dans le cerveau. Pour le coder, il doit être documenté par une évaluation clinique **et** par une imagerie médicale **accompagnée** d'une perte de conscience de plus de six heures.
- 5.1.25 Les signes cliniques de l'encadré de la page 20 de l'AIS suffisent pour coder une fracture de la base du crâne à moins d'une indication contraire du médecin.
- 5.1.26 Coder toutes les fractures du crâne sous la voûte à moins qu'elle soit indiquée comme une fracture à la base. Si des fractures à la voûte et à la base du crâne sont documentées, coder les deux fractures. Si un seul trait de fracture du crâne implique la base et la voûte, coder la plus sévère. Si les deux fractures sont de sévérité égale, coder la fracture au point d'origine.
- 5.1.27 La fracture de la base du crâne (basilaire) implique n'importe lequel des os suivants: ethmoïde, sphénoïde (grande et petite aile), toit orbitaire, occipital (partie de la base) et temporal (incluant la portion pétreuse, squameuse et mastoïde). Coder la fracture naso-orbito-ethmoïdale sous la base; dans ce cas, ne pas coder les fractures faciales (nez et orbite) séparément.
- 5.1.28 Selon les habitudes des radiologistes, la fracture frontale se situe au niveau de la voûte du crâne. De plus, lorsqu'elle est à la base du crâne, elle est précisée comme telle.
- 5.1.29 La fracture du sinus frontal correspond à une fracture à la base du crâne. Le code AIS est : 15020_ _ et le code CIM-10-CA est :S02.1XX_
- 5.1.30 La fracture du condyle occipital correspond à une fracture de la base du crâne.
- 5.1.31 Une fracture "en étoile" est une fracture comminutive.
- 5.1.32 Les blessures à la tête se codent de la façon suivante en CIM-10-CA:
Ex. : Fracture à la base du crâne avec contusion et hématome sous dural (HSD)
Fracture base du crâne (S02.1XX) avec contusion (S06.2XX),
Fracture base du crâne (S02.1XX) avec HSD (S06.5XXX),
Fracture base du crâne (S02.1XX)avec contusion (S06.2XX) et HSD (S06.5XXX),

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

5.1.33 Le terme TCC réfère à un diagnostic fonctionnel et non à un diagnostic lésionnel.

Les traumatismes crâniocérébraux (TCC) mineurs, modérés et sévères se codent de la façon suivante :

Cas 1 : TCC mineur sans autre diagnostic associé.

Demander des informations supplémentaires au médecin afin de préciser un diagnostic lésionnel. En l'absence de précisions supplémentaires, coder 115099.9 Traumatisme crânien MRS.

Cas 2 : TCC mineur avec commotion cérébrale.

Seule la commotion cérébrale est codée.

Cas 3 : TCC modéré ou sévère avec d'autres diagnostics cérébraux.

Seulement les autres diagnostics cérébraux associés sont codés.

Cas 4 : TCC mineur avec perte de conscience.

La perte de conscience n'est pas considérée comme un diagnostic lésionnel. Demander des informations supplémentaires au médecin afin de préciser un diagnostic lésionnel. En l'absence de précisions supplémentaires, coder 115099.9 Traumatisme crânien MRS et la perte de conscience puisque l' AIS de celle-ci sera nécessairement plus élevé que .9.

5.1.34 La différence entre éclatement du cerveau et l'écrasement du cerveau :

Éclatement : Se brise soudainement par effet mécanique (pression, chaleur, etc.); exploser.

Les lésions sont dirigées davantage à la boîte crânienne. Avec la précision "écrasement", coder comme tel.

Écrasement : Lésion produite par une forte pression qui détruit les structures.

Les lésions sont autant intracérébrales qu'à la boîte crânienne. Avec la précision "éclatement", vérifier la présence de fractures crâniennes. Attention : se fier aux précisions de l' AIS pour utiliser ce code.

5.1.35 Pour le codage des blessures par pénétration, toujours coder la blessure la plus profonde. Ne pas coder les blessures de surface (peau). L'entrée et la sortie de la blessure se reflètent dans l'échelle de sévérité pour les structures les plus profondes.

Coder la blessure pénétrante à la structure anatomique spécifique (par exemple, cerveau, cervelet ou tronc cérébral) si cette information est connue. Si le site spécifique n'est pas connu ou si plus d'une structure sont touchées, coder alors à blessure pénétrante sous surface totale.

Exceptions :

- S'il y a seulement une description de blessure par pénétration pour une région du corps sans précision de l'organe interne atteint. Donc coder à blessure par pénétration seulement.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

- Si la blessure pénétrante traverse deux régions du cerveau en entrée et en sortie (i.e. entrée dans le cerveau et sortie dans le cervelet), coder comme une blessure simple et utiliser le code 116004.5 : Blessure pénétrante majeure, à la section Surface totale plutôt qu'à la section spécifique du cerveau.
 - Toutefois avec une blessure par pénétration au tronc cérébral avec une autre blessure par pénétration dans la région du cerveau ou du cervelet, utiliser le code 140216.6 : Blessure par pénétration au tronc cérébral puisque la blessure est plus sévère.
- Si le fait d'utiliser la description de la blessure par pénétration implique un plus haut AIS que la codification des blessures détaillées.

Par exemple :

Les diagnostics suivants résultent d'une blessure par pénétration à la tête :

- Petit hématome sous-dural 140652.4
- Hémorragie sous-arachnoïdienne 140684.3
- Enflement léger du cerveau 140662.3

Dans ce cas, utiliser «Blessure par pénétration cerveau » 140690.5 (seulement) puisqu'elle implique un plus haut AIS que les autres blessures. Il ne faut pas coder les autres blessures séparément.

Par exemple :

Les diagnostics suivants résultent d'une blessure par pénétration à la tête :

- **Large** hématome sous-dural 140656.5
- Hémorragie sous-arachnoïdienne 140684.3
- Enflement léger du cerveau 140662.3

Dans ce cas, ne **pas** utiliser « Blessure par pénétration cerveau » 140690.5, puisqu'elle ne résulte pas du plus haut AIS. Il faut donc coder toutes les blessures séparément.

- 5.1.36 Les lacérations cutanées, mesurant plus de 10 cm doivent être codées seulement lorsqu'elles atteignent le tissu sous-cutané.
- 5.1.37 Ne pas coder la lacération de la peau lorsqu'elle est associée à une fracture ouverte ou à une lacération d'un nerf, d'un muscle ou d'un tendon au même site.
- 5.1.38 Le code CIM-10-CA à utiliser pour une fracture de la base du crâne est S02.1XX et avec une fistule du LCR celle-ci ne se code pas au niveau traumatique).
- 5.1.39 À la section Tête, dans la catégorie Niveau de conscience : utiliser les codes en lien avec les grands titres qui sont associés avec le GSC soit :160499.1, 160699.2 et 160899.3. Utiliser les codes pour l'amnésie soit : 160410.2 et 160412.3. Supprimer tous les codes qui ont une mention de durée soit : 160414.2, 160416.3, 160610.2, 160612.3, 160614.3, 160616.4, 160806.3, 160808.4, 160810.3, 160812.4, 160814.4, 160816.5, 160818.5. (Pour l'utilisation des codes de la section niveau de conscience voir le point 5.1.7.)
- 5.1.40 En l'absence de précision sur le site de la blessure intracérébrale, coder sous cerveau.
- 5.1.41 Le codage des blessures au cerveau devrait être fait 24 heures après le traumatisme ou lorsque le diagnostic initial est confirmé plus de 24 heures après le traumatisme.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

- 5.1.42 Quand les blessures aux vaisseaux et à la tête se produisent simultanément, les deux blessures devraient être codées. Si un vaisseau spécifique est atteint et qu'il est non nommé dans l'AIS, coder les blessures en tant que « Vaisseau intracrâniens MRS ».
- 5.1.43 Les blessures au cerveau sont codées seulement si elles sont confirmées par TDM, IRM, chirurgie, radiographie, angiographie ou autopsie. Le diagnostic clinique seul n'est pas suffisant.
- 5.1.44 Si une blessure est décrite comme pénétrante mais qu'elle ne pénètre pas le crâne, coder comme lacération du cuir chevelu.
- 5.1.45 Une fracture ouverte n'a pas toujours une dure-mère déchirée. Dans ce cas coder 150404.3 - Fracture de la voûte Comminutive.
- 5.1.46 La fracture « ouverte » du crâne signifie une fracture compliquée (lacération de la peau) avec une dure-mère déchirée. Dans ce cas coder, 150406.4 - Fracture de la voûte Complexe.
- 5.1.47 Une dure-mère déchirée n'équivaut pas nécessairement à une fracture ouverte. Il faut la coder à lacération 140688.4.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

5.2 VISAGE

- 5.2.1 La lacération du muscle frontal se code en AIS à 210600.1 (Lacération MRS) et en CIM-10-CA: S09.9.
- 5.2.2 La fracture du palais se code en AIS à 250400.1 (Fracture des os de la face MRS).
- 5.2.3 La cataracte traumatique et la maculopathie traumatique se code en AIS à 240499.1 (Oeil MRS).
- 5.2.4 La perforation oculaire et la lacération du globe oculaire se codent en AIS à 241202.2 (Lacération de la sclère, globe atteint).
- 5.2.5 L'hémorragie de la conjonctive se code en AIS à 240416.1 (Traumatisme de la conjonctive).
- 5.2.6 La rupture de globe oculaire, se code en AIS 241202.2 (Lacération de la sclérotique, globe atteint (avec rupture) en plus de chacune des autres blessures à l'œil.
- 5.2.7 La luxation de la chaîne des osselets de l'oreille se code en AIS à 240212.1 (Luxation de la chaîne des osselets) et ne se code pas en CIM-10-CA.
- 5.2.8 La fracture de l'os malaire se code en AIS à 251800.2 (Fracture du zygoma).
- 5.2.9 La fracture de la paroi supérieure de l'orbite doit être codée comme une fracture de la base du crâne.
- 5.2.10 Pour les fractures de LeFort, il faut se fier aux définitions de l'AIS et aux sites identifiés dans celles-ci pour effectuer la mise en code.
- 5.2.11 Les fractures du nez qui accompagnent une fracture LeFort I devraient être codées comme une blessure distincte. Par contre, les fractures du nez qui accompagnent une fracture LeFort II et III sont, par définition, incluses dans la fracture de LeFort et donc ne doivent pas être codées séparément.
- 5.2.12 Les fractures faciales doivent être déplacées de façon significative pour être codées comme "déplacée". Un déplacement minime ne devrait pas être codé comme fracture déplacée.
- 5.2.13 La fracture de l'os ethmoïde n'est pas incluse dans la fracture de Lefort II mais elle est incluse dans la fracture de Lefort III. Avec une fracture de Lefort II et une fracture naso-orbito-ethmoïdale (NOE), coder en plus la fracture de l'os ethmoïde.
- 5.2.14 Pour une fracture Lefort associée à d'autres fractures au visage, par exemple, fracture Lefort II avec une fracture du plancher de l'orbite déplacée ou non, ne pas coder la fracture de l'orbite séparément. Toutefois, coder séparément la fracture du mur latéral de l'orbite. De même, en présence d'une fracture Lefort II et d'une fracture Lefort III, ne coder que la fracture de Lefort III.
- 5.2.15 Ne pas coder une fracture Lefort III lorsque les fractures impliquent le nez, l'orbite et le maxillaire simultanément. Dans une fracture Lefort III, les os doivent être mobiles et

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

détachés du crâne. Cette fracture est peu fréquente et elle est toujours précisée par les chirurgiens.

5.2.16 La fracture du sinus maxillaire est associée à une fracture de l'orbite et/ou de l'os malaire. Il n'y a pas nécessairement une fracture du maxillaire lorsque le sinus maxillaire est fracturé. En général, le sinus maxillaire ne peut être fracturé seul.

- Utiliser le code 250800.2 uniquement lorsqu'il y a précision d'une fracture du maxillaire.
- Avec la mention au dossier médical d'une fracture du sinus maxillaire comme seul diagnostic, demander des précisions supplémentaires au médecin afin de connaître quels sont les os fracturés (orbite et/ou os malaire, maxillaire etc.).

Précisions supplémentaires :

«Le sinus maxillaire se situe par ses parois entre le plancher orbitaire, l'os malaire, le maxillaire supérieur et le mur latéral des fosses nasales. Il participe à toutes ces entités mais ne les constitue pas et n'en est pas moins qu'un trou; et un trou ça ne se fracture pas. Ce sont ses parois qui peuvent être impliquées dans diverses fractures.

Par exemple, toutes les fractures du plancher orbitaire sont des fractures du sinus maxillaire puisque le sinus est bordé en supérieur par le plancher. Mais toutes les fractures du sinus ne sont pas des fractures du plancher parce que le sinus borde également le maxillaire et le malaire.

La fracture du sinus maxillaire paroi supérieure est synonyme de fracture du plancher orbitaire.

La fracture du sinus maxillaire paroi latérale est synonyme de fracture de l'os malaire.

La fracture du sinus maxillaire paroi médiane est synonyme de fracture de la paroi des fosses nasales.

La fracture du sinus maxillaire paroi antérieure est synonyme de fracture du maxillaire supérieur.»

(Source Dr P.E. Landry, chirurgien maxillo-facial, CHA Enfant-Jésus).

5.2.17 Les lacérations cutanées mesurant plus de 10 cm doivent être codées seulement si elles atteignent le tissu sous-cutané.

5.2.18 Ne pas coder la lacération de la peau lorsqu'elle est associée à une fracture ouverte ou à une lacération d'un nerf, d'un muscle ou d'un tendon au même site.

5.2.19 L'énucléation traumatique de l'oeil est codée comme une avulsion de l'œil.

5.3 COU

5.3.1 La fracture du larynx se code en AIS à 340204.2 (Lacération larynx).

5.3.2 Ne pas coder la lacération de la peau lorsqu'elle est associée à une fracture ouverte ou à une lacération d'un nerf, d'un muscle ou d'un tendon au même site.

5.3.3 Les blessures au-dessus de la jonction du cou et du thorax (c.-à-d. pointe du sternum), se codent à la section cou.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

5.4 THORAX

- 5.4.1 L'hématome médiastinal se code en AIS à 442206.4 (Traumatisme de la cavité thoracique avec hémomédiastin).
- 5.4.2 La fracture du cartilage thoracique et la déchirure du cartilage doivent être codés comme des fractures de côte.
- 5.4.3 Les fractures multiples sans indication du nombre exact de côtes fracturées doivent être codées en AIS à 450220.2 (fracture 2 à 3 côtes de n'importe quel côté etc.).
- 5.4.4 Le volet thoracique doit être codé lorsqu'il est documenté au dossier. Il est défini en tant que trois côtes ou plus de fracturées à plus d'un endroit, ayant pour résultat un mouvement paradoxal.
- 5.4.5 La cage thoracique est traitée comme une seule structure anatomique pour coder les fractures sans volet et avec le volet bilatéral. Si un volet thoracique est documenté d'un côté (unilatéral) et des fractures de côtes sans volet sont documentées de l'autre côté, coder en tant que deux blessures séparées.
- 5.4.6 Une blessure thoracique par balle avec une contusion unilatérale du poumon et un hémothorax, doivent être codées en AIS À 416008.3 (Blessure par pénétration avec hémopneumothorax) et 441406.3 (Contusion pulmonaire unilatérale).
- 5.4.7 Les codes AIS concernant le volet thoracique (450260.4 et suivant) incluent l'hémopneumothorax.
- 5.4.8 La perforation pulmonaire par un objet pénétrant se code en AIS à 441414.3 (Lacération poumon MRS).
- 5.4.9 Les lacérations et les contusions de la région supérieure du dos sont codées sous la section THORAX.
- 5.4.10 Les précisions suivantes doivent être ajoutées dans l'AIS.
- 416003.1 ----> [...] pénétrant la cavité pleurale sans atteinte des structures plus profondes (utilisé lorsque seule la plèvre pariétale est atteinte).
- 441800.2 ----> [...] lorsqu'il y a atteinte de la plèvre sans indication de pariétale ou viscérale.
- 5.4.11 Des blessures telles que des fractures de côtes ET des contusions du poumon ou des lacérations du poumon sont codées séparément.
- 5.4.12 Quand le traumatisme au thorax est seulement décrit par sa séquelle et aucune information spécifique de la blessure n'est disponible, la section "Traumatisme de la cavité thoracique MRS" doit être employée.
- 5.4.13 L'AIS n'énumère pas chaque artère et veine du thorax. Quand un vaisseau est spécifiquement nommé et a une blessure documentée mais que ce vaisseau n'est pas spécifiquement énuméré dans l'AIS, utiliser les catégories appelées "autres artères nommées" ou "autres veines nommées".

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

- 5.4.14 Des blessures de vaisseaux sont codées séparément de d'autres blessures du thorax, excepté pour l'écrasement ou les blessures pénétrantes massives qui incluent toutes les blessures au thorax.
- 5.4.15 Si des blessures de vaisseaux sont décrites comme "lacération complète", elles sont codées comme majeure (dissection transversale complète).
- 5.4.16 Des blessures par ingestion dans le thorax sont codées sous "oesophage".

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

5.5. ABDOMEN ET ORGANES PELVIENS

- 5.5.1 Une blessure par pénétration qui traverse le péritoine sans atteinte de structure interne se code en AIS à 516003.1 (Blessure par pénétration pénétrant la cavité péritonéale sans atteinte des structures plus profondes) (Ajout).
- 5.5.2 Les blessures à la région inférieure du tronc doivent être codées à cette section sauf pour les blessures dans le secteur de la hanche et de la fesse qui se codent à la section des membres inférieurs.
- 5.5.3 La rupture du rein se code en AIS à 541640.4 (Rupture MRS). Utiliser ce code si aucune autre information n'est disponible.
- 5.5.4 Association avec la précision des grades selon les codes AIS pour la contusion du rein :
- Grades 1 et 2 = code AIS : 541612.2
- 5.5.5 Association avec la précision des grades selon les codes AIS pour la lacération du rein :
- Grades 1 et 2 = code AIS : 541622.2
 - Grade 3 = code AIS : 541624.3
 - Grade 4 = code AIS : 541626.4
 - Grade 5 = code AIS : 541628.5
- 5.5.6 La rupture du foie se code en AIS à 541840.4 (Rupture MRS). Utiliser ce code si aucune autre information n'est disponible.
- 5.5.7 Association avec la précision des grades selon les codes AIS pour la contusion du foie :
- Grades 1 et 2 = code AIS : 541812.2
 - Grades 3 et 4 = code AIS : 541814.3
- 5.5.8 Association avec la précision des grades selon les codes AIS pour la lacération du foie :
- Grades 1 et 2 = code AIS : 541822.2
 - Grade 3 = code AIS : 541824.3
 - Grade 4 = code AIS : 541826.4
 - Grade 5 = code AIS : 541828.5
 - Grade 6 = code AIS : 541830.6
- 5.5.9 La rupture de la rate se code en AIS à 544240.3 (Rupture MRS). Utiliser ce code si aucune autre information n'est disponible.
- 5.5.10 Association avec la précision des grades selon les codes AIS pour la contusion de la rate :
- Grades 1 et 2 = code AIS : 544212.2
 - Grades 3 et 4 = code AIS : 544214.3

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

- 5.5.11 Association avec la précision des grades selon les codes AIS pour la lacération de la rate :
- Grades 1 et 2 = code AIS : 544222.2
 - Grade 3 = code AIS : 544224.3
 - Grade 4 = code AIS : 544226.4
 - Grade 5 = code AIS : 544228.5
- 5.5.12 **La différence entre un hématome rétro-péritonéal et un hémopéritoine est :** un hématome rétro-péritonéal survient généralement à la suite de fractures de la colonne vertébrale ou d'un traumatisme au bassin. Ces blessures provoquent un saignement qui produit une accumulation de sang derrière le péritoine. En résumé, il s'agit d'un saignement dorsal.
- Un hémopéritoine est un saignement actif dans le péritoine résultant d'une blessure au rein, au foie ou d'un autre organe abdominal. À l'occasion, il est possible que son origine ne soit pas précisée. Par exemple, sur une radiographie, le radiologiste remarque la présence d'un petit hémopéritoine mais aucune indication chirurgicale pour l'usager. Aucune chirurgie ne sera effectuée et par conséquent, l'origine de l'hémopéritoine demeurera indéterminée. En résumé, un hémopéritoine est une accumulation de sang dans le ventre.
- 5.5.13 L'hémopéritoine ne peut se coder en AIS.
- 5.5.14 "Aucune perforation" est définie en tant que lacération d'épaisseur partielle.
- 5.5.15 "Perforation" est définie en tant que lacération d'épaisseur totale mais lacération non complète.
- 5.5.16 L'AIS n'énumère pas chaque artère ou veine de l'abdomen. Quand un vaisseau spécifiquement nommé a des blessures documentées mais que ce vaisseau n'est pas spécifiquement énuméré dans l'AIS, employez les catégories appelées "autres artères nommées" ou "autres veines nommées."
- 5.5.17 Des blessures de vaisseaux sont codées en tant que blessures séparées si: (1) ce sont les seules blessures ou (2) si elles ne sont pas incluses dans une description de blessure d'organe ou (3) les blessures aux vaisseaux sont associées à des blessures d'organe mais les blessures de vaisseaux apporteraient une sévérité plus élevée (coder les deux).
- 5.5.18 Il faut toujours assigner la perte de sang une seule fois. Si plus d'un organe abdominal est blessé et la perte de sang associée est > 20%, assigner la perte de sang à l'organe le plus sévèrement blessé s'il ne peut pas être déterminé à quel organe spécifique la perte de sang peut être attribuée.
- 5.5.19 Si des blessures se produisent à la jonction du duodénum et du jéjunum, coder à jéjunum.
- 5.5.20 Si des blessures de vaisseaux sont décrites comme "lacération complète," elles sont codées comme lacération majeure.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

5.5.21 Si un organe a une contusion et une lacération et si les deux blessures sont indépendantes, assigner à chaque blessure le code approprié de l'AIS. Si la lacération d'organe est accompagnée d'une contusion ou d'un hématome au même site, coder seulement la lacération.

5.5.22 Le syndrome abdominal compartimental est une séquelle de traumatisme et donc ne doit pas être codé.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

5.6 COLONNE VERTÉBRALE

- 5.6.1 Les atteintes vertébrales sont codées séparément. Avec la présence d'atteintes de la lame C3, de l'apophyse épineuse C3 et du pédicule C3, coder séparément.
- 5.6.2 Coder les blessures à la moelle et à la colonne vertébrale comme une blessure simple; par exemple, contusion de la corde avec paraplégie et associée avec une fracture/dislocation (C4) est une blessure simple et est assignée à seulement un code AIS. Donc, la fracture/dislocation n'est pas codée séparément.
- 5.6.3 Pour les atteintes multiples de la moelle épinière au niveau de vertèbres adjacentes avec fractures, coder la fracture avec l'atteinte médullaire à la vertèbre supérieure et coder les autres fractures de vertèbres distinctement.

Par exemple

Fracture L4 avec compression médullaire;
Fracture facettaire de L1;
Fracture apophyse transverse de L5;

Coder la fracture L4 avec compression médullaire. Les codes CIM-10-CA utilisés seront le S32.030 et le S34.18 Les fractures de l'apophyse transverse de L5 et facettaire de L1 seront codées distinctement (sans atteinte médullaire pour la fracture L4. Les codes CIM-10-CA utilisés seront S32.040 et S32.000. Utilisez la même procédure pour les fractures avec atteintes médullaires qui chevauchent deux sections de la colonne vertébrale, par ex : D12-L1.

À noter : Les codes AIS qui comprennent une lésion médullaire (avec signes neurologiques transitoires ou avec syndrome médullaire incomplet ou complet) sont :

Colonne cervicale : 640200.3 à 640276.6
Colonne dorsale : 640400.3 à 640468.5
Colonne lombaire : 630600.3 à 640668.5 (Excluant les codes : 630699.2, 630660.2, 630662.2, 630664.2, 630666.3, 630668.2, 630612.2, 630614.3).

- 5.6.4 Dans le cas d'une fracture multiple d'une vertèbre, ne pas coder en double le code CIM-10-CA puisque ce n'est pas considéré comme une fracture bilatérale.
- 5.6.5 Pour une fracture bilatérale de l'apophyse transverse, coder une seule fois l'apophyse transverse puisqu'il s'agit de la même partie de la vertèbre.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

- 5.6.6 Synonymes de blessures vertébrales :
- fracture de l'arc postérieur (code de fracture MRS).
 - fracture de l'arc antérieur (code de fracture MRS).
 - fracture d'une masse latérale (fracture du pédicule)
 - fracture de la facette articulaire (fracture de la facette).
 - fracture du processus articulaire (fracture de la facette).
 - fracture du plateau articulaire inférieur ou supérieur (fracture du corps vertébral).
 - fracture du mur postérieur d'une vertèbre (fracture du corps vertébral).
 - fracture de Burst (fracture par éclatement, comminutive) (fracture du corps vertébral).
 - fracture de Wedge (fracture par compression) (fracture du corps vertébral).
 - fracture de Chance (fracture ligamentaire à la jonction dorso-lombaire traversant l'articulation et atteignant plusieurs régions à la fois (facette, pédicule, corps vertébral...), donc coder à fracture MRS).
- 5.6.7 La fracture par compression est définie comme un tassement vertébral (au niveau radiologique) et doit être décrite comme étant traumatique.
- 5.6.8 Une compression n'est pas considérée comme une lacération.
- 5.6.9 Une commotion médullaire est une atteinte médullaire avec signes neurologiques transitoires.
- 5.6.10 La macération de la moelle doit être incluse dans les atteintes de la moelle (contusions).
- 5.6.11 La dislocation atlanto-axiale qui s'accompagne normalement d'une lésion médullaire complète se code en AIS à 640236.6 (Syndrome médullaire complet avec fracture et luxation).
- 5.6.12 L'entorse cervicale, le torticolis traumatique et le whiplash injury se codent en AIS à 640278.1 (Entorse aiguë sans fracture ou luxation).
- 5.6.13 L'entorse dorsale se code en AIS à 640478.1 (Entorse aiguë sans fracture ou luxation).
- 5.6.14 L'entorse lombaire se code en AIS à 640678.1 (Entorse aiguë sans fracture ou luxation).
- 5.6.15 L'hernie discale traumatique se code en AIS à Traumatisme du disque, hernie MRS selon le site de la hernie et en CIM-10-CA à rupture traumatique d'un disque intervertébral.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

5.6.16 Application des corrections suivantes dans le manuel de codification AIS. La description textuelle n'est cependant pas modifiée.

Région cervicale :

CES MODIFICATIONS S'INSCRIVENT À LA SECTION RACINE DU NERF ET NON À CELLE DU PLEXUS BRACHIAL.

- 630299.2 doit être changé pour → 630260.2
- 630210.2 doit être changé pour → 630262.2
- 630212.2 doit être changé pour → 630264.2
- 630214.3 doit être changé pour → 630266.3

Région lombaire :

CES MODIFICATIONS S'INSCRIVENT À LA SECTION RACINE DU NERF ET NON À CELLE DE LA QUEUE DE CHEVAL.

- 630602.2 doit être changé pour → 630660.2
- 630604.2 doit être changé pour → 630662.2
- 630606.2 doit être changé pour → 630664.2
- 630608.3 doit être changé pour → 630666.3
- 630610.2 doit être changé pour → 630668.2

5.6.17 Le syndrome incomplet de la moelle est défini comme la conservation d'une certaine sensation ou fonction motrice ; incluant le syndrome de la corde antérieure, central, latéral (Brown-Sequard).

5.6.18 Le syndrome complet de la moelle est défini comme quadriplégie ou paraplégie sans sensation.

5.6.19 La lacération, la dissection transversale et l'écrasement de la moelle sont inclus dans la même description de blessures.

5.6.20 La contusion du plexus est synonyme d'une blessure avec étirement et se code à 630660.2.

5.6.21 La dislocation est synonyme de subluxation.

5.6.22 Des contusions de la moelle doivent être confirmées par rayon X, CT scan, IRM, myélogramme ou autopsie.

5.6.23 Les séquelles immédiates qui peuvent être codées en lien avec les blessures de la colonne incluent : signes neurologiques transitoires (paresthésie), paraplégie, hémiplégié, quadriplégie et radiculopathie.

5.6.24 Le statut neurologique d'un patient présentant une paralysie directement liée à une blessure médullaire devrait être codé selon son statut 24 heures après la blessure. S'il y a décès dans les 24 premières heures, coder le statut neurologique au moment du décès.

5.6.25 La dislocation vertébrale (par exemple, subluxation C5-C6) est codée en tant qu'une blessure et est assignée à la vertèbre supérieure.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

5.6.26 Coder la fracture d'une masse latérale à fracture du pédicule.

5.6.27 Une fracture d'éclatement est codée comme fracture par compression du corps vertébral.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

5.7 MEMBRE SUPÉRIEUR

- 5.7.1 Pour un syndrome compartimental au membre supérieur, aucune codification n'est prévue. Ajouter ce diagnostic dans la "structure anatomique spécifique supplémentaire avec un code de blessure au membre supérieur". Il n'y a pas de code AIS mais le code CIM-10-CA sera T79.6.
- 5.7.2 Le syndrome compartimental ne doit pas être inscrit avec les complications.
- 5.7.3 Une fracture-luxation est une fracture qui atteint l'articulation. Une fracture déplacée est une fracture où seulement l'os est déplacé. Une fracture-luxation est nécessairement déplacée.
- 5.7.4 Une dislocation est considérée comme une luxation.
- 5.7.5 Les procédures suivantes s'appliquent pour la section des membres supérieurs ainsi que pour les autres sections.
- La mise en code de la fracture-luxation au niveau des diagnostics est le suivant : en présence d'une fracture et d'une luxation au même site, il faut coder les deux blessures distinctement.
 - La mise en code des réductions de fractures-luxation est le suivant : coder la réduction de la luxation si elle est mentionnée, sinon le code de la réduction de fracture suffit.
- 5.7.6 La fracture avec chevauchement et la fracture avec déplacement sont des synonymes.
- 5.7.7 La fracture avec déviation ou angulation et la fracture avec déplacement sont des synonymes.
- 5.7.8 L'écrasement des doigts se code en AIS à 752406.2 (Doigts, destruction massive (écrasement) de l'os et du cartilage).
- 5.7.9 La rupture traumatique et la lacération de la coiffe des rotateurs se code en AIS à 740400.2 (Lacération du muscle).
- 5.7.10 La luxation de l'apophyse styloïde du poignet se code en AIS à 751430.2 (Luxation aux articulations radio-carpiennes).
- 5.7.11 Le nerf ulnaire se code au même endroit que le nerf médian, radial ou cubital.
- 5.7.12 L'éraflure et l'abrasion sont des synonymes.
- 5.7.13 L'ecchymose et la contusion sont des synonymes.
- 5.7.14 La contusion profonde au niveau d'une articulation se code à contusion dans l'articulation concernée.
- 5.7.15 Les codes d'amputation comprennent les amputations partielles et totales.
- 5.7.16 Ne pas coder la lacération de la peau lorsqu'elle est associée à une fracture ouverte ou à une lacération d'un nerf, d'un muscle ou d'un tendon au même site.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

- 5.7.17 La lacération de l'articulation inclut la rupture, la déchirure et l'avulsion.
- 5.7.18 La contusion de nerf devrait être employée pour le diagnostic de la "paresthésie".
- 5.7.19 Une blessure par avulsion du revêtement cutané est la séparation et le détachement de la peau ET des structures neurovasculaires de l'os. C'est la différence entre le code avulsion du revêtement cutané 714002.2 et le code d'avulsion de la peau 710800.1.
- 5.7.20 Une blessure pénétrante à l'os et au tissu est codée comme une fracture ouverte à l'os spécifique.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

5.8 MEMBRE INFÉRIEUR

- 5.8.1 Dans la nomenclature AIS, la précision ouverte / avec déplacement / comminutive, doit être utilisée chaque fois qu'elle est mentionnée au dossier. Une fracture déplacée a le même indice de sévérité qu'une fracture ouverte. C'est pourquoi le code englobe les mêmes informations.
- 5.8.2 La fracture intertrochantérienne, pertrochantérienne ou la fracture d'Evans se codent en AIS à 851810.3 (transtrochantérienne).
- 5.8.3 La fracture sous-capitale, trans-cervicale, basi-cervicale, Garden ou sus-trochantérienne se codent en AIS à 851812.3 (col).
- 5.8.4 Les possibilités de codes AIS pour une fracture Open-Book (avec déformation et déplacement important...) sont : 852606.4 pour la fracture Open book avec perte de sang ou hématome rétropéritonéal (ne pas recoder la fracture bassin en plus) et 853000.3 pour la fracture Open book sans perte de sang ou hématome rétropéritonéal (ne pas recoder la fracture bassin en plus).
- 5.8.5 Les codes de l'hémarthrose du genou (si seule blessure) sont en AIS : 850826.2 et en CIM-10-CA :S83.6.
- 5.8.6 Pour coder la fracture ouverte avec lacération du tendon, Voir la règle #8 de l'AIS.

Par exemple :

Fracture ouverte diaphyse tibia avec lacération de tendon

Pour la fracture :

code AIS : 853422.3

code CIM-10-CA :S82.201

Pour lacération de tendon :

code AIS : 840802.2

S86.8

- 5.8.7 Une fracture du pilon tibial se définit comme une composante d'une fracture de la cheville (malléole postérieure et interne) et d'une fracture de la métaphyse du tibia distal. Le péroné distal (malléole externe) est également fracturé, à 85% des cas, lors d'une fracture du pilon tibial. Référence Base de discussion, réponse à la question "Fracture de la cheville" le 2002-04.

Le code de la fracture du pilon tibial pour la CIM-10-CA estS82.82X. Pour l'AIS, coder à 853404.2 (Fracture du tibia MRS) puisqu'il n'y a pas de section dans l'AIS pour le pilon tibial. De même, afin d'éviter de détailler chacune des atteintes et ainsi confondre avec les autres fractures de la malléole interne et postérieure. Il faut préciser dans la section structure anatomique spécifique, la fracture du pilon tibial afin de pouvoir les différencier et les récupérer facilement.

- 5.8.8 Pour les fractures au tibia et au péroné qui se situent sur la même partie de l'os, coder deux fois le code AIS et une seule fois le code CIM-10-CA. Pour les fractures qui se situent sur deux parties différentes de l'os, il y a répétition des codes AIS et CIM-10-CA puisqu'ils sont considérés comme deux blessures différentes.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

- 5.8.9 Une fracture spiralée et chevauchée est une fracture déplacée mais non ouverte.
- 5.8.10 La fracture pathologique traumatique de la hanche se code à S72.0XX puisque la fracture fait suite à un traumatisme.
- 5.8.11 La fracture sacro-iliaque se code en AIS à : 852800.3 (Fracture sacro-iliaque) et en CIM-10CA : S32.3XX et S31.1XX.
- 5.8.12 La diastasis de l'ischion se code en AIS à 852602.2 (Fracture fermée du bassin).
- 5.8.13 L'écrasement des orteils se code en AIS à 853606.2 (Orteil, écrasement).
- 5.8.14 L'amputation des orteils se code en AIS à 853604.2 (Orteil, amputation).
- 5.8.15 Les codes d'amputation comprennent les amputations partielles et totales.
- 5.8.16 Le tiers distal d'un os (proximal ou distal ou métaphyse) = diaphyse.
L'extrémité distale du péroné = la cheville.
L'épiphyse inférieure du péroné = malléole externe.
- 5.8.17 Les codes pour une luxation sacro-iliaque sont en AIS : 852800.3 et en CIM-10-CA :S33.2.
- 5.8.18 Coder le nerf sural au même endroit que le nerf crural, sciatique poplité interne et externe MRS.
- 5.8.19 Les codes pour une entorse de la symphyse pubienne sont en AIS : 850606.1 et en CIM-10-CA : S33.7.
- 5.8.20 Les codes pour un syndrome de la loge antérieure sont en AIS : 815000.2 (si au membre supérieur, l'inclure dans la description d'une blessure au membre supérieur) et en CIM-10-CA : T79.6.
- 5.8.21 Les codes pour une rupture du ligament tibio-astragalien sont en AIS : 840402.2 et en CIM-10-CA :S93.48.
- 5.8.22 Les codes pour une rupture de la syndesmose et du deltoïde au niveau de la cheville sont en AIS : 840402.2 et en CIM-10-CA : S93.40.
- 5.8.23 Les codes pour une brûlure à la jambe par abrasion sont en AIS : 810202.1 et en CIM-10-CA : T24.0.
- 5.8.24 Les codes pour une lacération du nerf plantaire sont en AIS : 830606.2 et en CIM-10-CA pour une lacération au nerf plantaire externe : S94.0X et pour une lacération au nerf plantaire interne : S94.1X.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

- 5.8.25 Ne pas coder la lacération de la peau lorsqu'elle est associée à une fracture ouverte ou à une lacération d'un nerf, d'un muscle ou d'un tendon au même site.
- 5.8.26 Les lacérations cutanées mesurant plus de 20 cm doivent être codées seulement si elles atteignent le tissu sous-cutané.
- 5.8.27 La contusion du psoas iliaque, de la fesse, de la crête iliaque et à la région lombo-sacrée se codent en AIS à 810402.1 (Contusion) (Ajout).
- 5.8.28 La lacération de l'articulation inclut la rupture, la déchirure et l'avulsion.
- 5.8.29 La contusion de nerf devrait être employée pour le diagnostic de la "paresthésie".
- 5.8.30 Une blessure par avulsion du revêtement cutané est la séparation et le détachement de la peau ET des structures neurovasculaires de l'os. C'est la différence entre le code avulsion du revêtement cutané 815002.2 et le code d'avulsion de la peau 810800.1.
- 5.8.31 La mise en code pour le code AIS de la fracture-luxation au niveau des diagnostics est le suivant : en présence d'une fracture et d'une luxation au même site, il faut coder les deux blessures distinctement. Pour la CIM -10-CA, il faut suivre les indications de l'index.

La mise en code des réductions de fractures-luxation est le suivant : coder la réduction de la luxation si elle est mentionnée, sinon le code de la réduction de fracture suffit.

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

5.9 AUTRES

- 5.9.1 À moins de précisions contraires, tous les traumatismes documentés au dossier médical sont à coder en AIS même si deux diagnostics se retrouvent dans la même rubrique avec un AIS (IGT) plus élevé. Par exemple : 140646.5 Hématome intracérébral / frontal / petit / bilatéral et 140642.4 Hématome intracérébral / temporal / petit / hémorragie pétéchiale. Les deux diagnostics sont à coder.
- 5.9.2 Lorsque la nomenclature AIS ne permet pas de possibilité pour une blessure traumatique, le code 999999.9 (*détailler la blessure dans structure anatomique*) doit être utilisé.
N.B. : À ne coder qu'en dernier recours puisque comme les autres codes dont la dernière position se termine par la valeur .9, l'ISS ne se calcule pas s'il est employé seul.
- 5.9.3 Considérer une fracture "fermée" à moins que la mention "ouverte" soit précisée dans le dossier médical. Ne pas coder "Fracture MRS".
- 5.9.4 En présence d'une fracture bilatérale, il faut coder deux codes AIS et deux codes CIM-10-CA.
- Précisions :
- Dans le cas d'une fracture multiple d'une vertèbre, ne pas coder en double le code CIM-10-CA puisque ce n'est pas défini comme une fracture bilatérale.
 - Pour une fracture bilatérale de l'apophyse transverse, coder une seule fois l'apophyse transverse puisque c'est considéré comme la même partie de la vertèbre.
 - Pour les traitements, appliquer la procédure provenant du document du CCAMQ, Avril 2002, #62, p.16. Coder en double les traitements si c'est précisé comme tel.
- 5.9.5 Coder les blessures des tissus mous à "Contusion".
- 5.9.6 Les parenthèses désignent des synonymes ou des explications supplémentaires. Par exemple, une plaie majeure s'explique par : longueur > 10 cm et jusqu'au tissu sous-cutané.
- 5.9.7 Il n'existe pas de définition commune pour définir un traumatisme sévère. En effet, il y a trop de critères qui doivent être pris en considération. Par conséquent, pour les demandes de statistiques afin d'avoir des données comparables, il faut s'assurer que les critères de recherche sont bien précisés. La notion de traumatisme sévère est définie selon les besoins identifiés.
- 5.9.8 Pour recevoir une copie du rapport du coroner, le directeur des services professionnels d'un centre hospitalier peut adresser une lettre au coroner adjoint. Sur réception de la copie de ce rapport, il faut la conserver dans un endroit sécuritaire puisqu'il n'est pas conseillé de l'insérer au dossier pour éviter toute possibilité de consultation par un tiers.
- 5.9.9 En moyenne, le temps de complétion est de 30 à 40 minutes par dossier. Il peut être diminué dépendamment des outils disponibles (saisie directe à l'écran).

Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ)

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Modalités particulières
Sous-section	2.1.3	PROCÉDURES D'INCLUSION ET DE CODIFICATION

- 5.9.10 Il est important de valider avec le médecin traitant lorsqu'il y a une incohérence entre les informations mentionnées au dossier médical et celles inscrites sur la feuille sommaire.
- 5.9.11 Lorsqu'il y a un décès à l'arrivée à l'urgence, coder toutes les blessures traumatiques décrites au dossier médical et celles inscrites sur le rapport de coroner. Un ISS à 75 n'est valable que s'il est obtenu par la présence des diagnostics notés au dossier.