

## Check-list DRG MIG

Principes dans la documentation médicale → avec la plus grande précision possible (les diagnostics non spécifiques ne sont pour la plupart pas déterminants pour les DRG)

Décrire la dépense pour chaque diagnostic → dépense diagnostique, thérapeutique ou en soins infirmiers

<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	
<b>Insuffisance cardiaque</b>	Stade NYHA I-IV, insuffisance ventriculaire droite vs gauche (ou biventriculaire), épanchement pleural, ascite
<b>Pathologies valvulaires</b>	Indication de la valve cardiaque atteinte
<b>Crise hypertensive</b>	>180/120 mmHg (selon définition), le cas échéant avec lésions d'organes cibles. Étiologie, complications, sit. d'urgence?
<b>Hypertension, artérielle</b>	Complications (cardiopathie, néphropathie), investigation de la cause (formes primaire vs secondaires, p. ex. rénovasculaire, rénoparenchymateuse, endocrinienne) vs cardiopathie / néphropathie hypertensive (ou combin.?)
<b>Cardiomyopathie</b>	Dilatative, obstructive, etc. Mesures thérapeutiques?
<b>Coronaropathie</b>	Angine de poitrine CCS 0-IV, ACS, 1/2/3 vaisseaux, avec/sans sténose, intervention (vaisseau, nombre de stents)
<b>Fibrillation/flutter auriculaire</b>	Paroxystique, persistant, permanent? Flutter auriculaire de type I (typique) ou II (atypique)? (le flutter est pertinent pour les DRG!)
<b>Anomalies du rythme cardiaque</b>	Fibrillation/flutter auriculaire, tableaux de bloc cardiaque, QT long, syndrome de pré-excitation Mesures diagnostiques, p. ex. Holter, R-test, etc. Indication PM/CDI, spécification exacte du modèle (compatible IRM?)
<b>Anémie</b>	Préciser: anémie hémorragique postopératoire/aiguë, anémie hémolytique, anémie aplastique, anémie falciforme, anémie au cours de maladies tumorales, insuff. rénale chronique, anémie post chimiothérapie, anémie ferriprive / anémie chronique posthémorragique, anémie mégaloblastique, anémie scorbutique, thalassémie (α,β,etc?), substitution (nombre d'Ec), administration de fer, agents stimulant l'érythropoïèse
<b>Troubles de la coagulation / Déficit en facteur de coagulation du sang</b>	Préciser: thrombocytopénie, DIC, secondaire (hépatopathies), déséquilibre de l'hémostase sous ACO. Dépense exacte: substitution de facteurs de coagulation, concentrés de plaquettes, Konakion, fibrinogène ou Beriplex après/en cours d'hémorragie → Dg «Déficit acquis en facteur de coagulation»
<b>Diathèse hémorragique</b>	Étiol.? Anticoagulants (coumarines, héparines), anticorps, déficit acquis en facteur de coagulation. Avec/sans hémorragie?
<b>Hémorragie aiguë</b>	Avec choc hémorragique/hypovolémique? Sous ACO/AAS? Anémie hémorragique aiguë, déficit en facteur de coagulation?
<b>Saignements gastrointestinaux</b>	Hémorragie GI supérieure vs inférieure, avec vs sans choc, sous AAS/ACO. Étiologie, décrire les mesures immédiates
<b>Artériopathie oblitérante périphérique, insuffisance veineuse</b>	Stade de Fontaine 1-4, étiol. / interventions. Aiguë, chronique, périph., avec/sans ulcération
<b>Microangiopathie thrombotique</b>	Différencier (aHUS, TTP, déficit en ADAMTS 13, EHEC)/mesures (plasmaphérèse, immunothérapie, transfusions le cas échéant)
<b>Poumon</b>	
<b>ARDS</b>	Stade? léger (FIO <sub>2</sub> 200-300mmHg), modéré (FIO <sub>2</sub> 100-200mmHg), sévère (<100mmHg)?
<b>Pneumonie</b>	Acquise en ambulatoire vs nosocomiale (>48h post admission, hospitalisation précédente < /> 28j), hypostatique Localisation (basale, lobaire, bronchique) Pathogène (bactérien, viral?), résistances), antibiothérapie, drainage
<b>Insuffisance respiratoire</b>	Aiguë vs chron./insuff. partielle vs globale (y c. valeurs pathol. des gaz du sang) Insuffisance pulmonaire aiguë après une chirurgie Durée de l'intubation/de la VNI, administration d'O <sub>2</sub> , complications
<b>Foie</b>	
<b>Ascite</b>	Étiol.? Dépense: ponction, traitement méd., suivi échographique?
<b>Hépatite</b>	Aiguë, chronique? Dépense? (p. ex. changement de médication, mesures protectives?)
<b>Hypertension portale</b>	Étiologie, mesures, complications
<b>Insuffisance hépatique</b>	Insuffisance hépatique aiguë/subaiguë/chronique
<b>Cirrhose du foie</b>	Stade CHILD, complications associées, ascite, etc Étiol. p. ex. auto-immune, éthylique. Mesures thérapeutiques
<b>Rein / appareil urinaire</b>	
<b>Insuffisance rénale aiguë</b>	Utiliser les classifications AKIN, KDIGO stade 1-3, étiol.
<b>Insuffisance rénale chronique</b>	DFG (formule CKD-EPI) stade 1-5/albuminurie A1-3/maladies associées (anémie rénale, hyperparathyroïdie sec., acidose, HTA), étiol., traitement / dialyse?

<b>Cystite aiguë</b>	P. ex. en remplacement du diagnostic «Infection des voies urinaires» Pathogène, statut des résistances, antibiothérapie, sonde à demeure
<b>Maladies endocriniennes</b>	
<b>Adiposité</b>	Classification selon l'OMS: IMC 25-29.9 surpoids, IMC 30-34.9 stade I, IMC 35-39.9 stade II, IMC > 40 stade III Dépense? (adapt. médication, conseil diététique, équipement/matelas spécial, positionnement, assistance de tiers, etc.)
<b>Diabète sucré</b>	Type 1 vs type 2, cortico-induit, pancréatoprive, déséquilibré vs non déséquilibré, syndrome du pied diabétique, complications diagnostiquées et traitées/complications tardives Critères d'un diabète déséquilibré (basés sur le contrôle de la glycémie): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Épisodes récidivants d'hypoglycémie (&lt; 3 mmol/l) avec symptômes</li> <li>• Fortes fluctuations de la glycémie (différence &gt; 5 mmol/l)</li> <li>• HbA1c &gt; 9%</li> <li>• Au moins 3 valeurs de glycémie &gt; 15 mmol/l</li> <li>• Prise en charge coûteuse même en dessous de 15 mmol/l</li> </ul>
<b>Défaut d'apport énergétique et carence protéique, cachexie</b>	Score NRS, dénutrition légère, modérée ou sévère, Conseil nutritionnel/nutrition parentérale (min. 2x), nutrition parentérale ou entérale (y c. durée)
<b>Carence en vitamines / micronutriments</b>	Indication exacte de la carence, indication des vitamines/micronutriments substitués, nutrition parentérale ou entérale
<b>Ostéoporose</b>	Postménopausique, post ovariectomie, d'origine médicamenteuse, idiopathique Secondaire à un plasmocytome, à des troubles endocriniens, avec/sans fracture (pathologique)
<b>Laboratoire</b>	
<b>Agranulocytose/aplasie</b>	Indiquer durée en jours, étiologie (p. ex. post cthérapie), antibiotiques
<b>Autres cytopénies</b>	Thrombocytopénie (primaire/secondaire), neutropénie ☒ à documenter toutes séparément. Étiologie
<b>Hyponatrémie et autres déséquilibres électrolytiques</b>	Documenter tels quels (de même que p. ex. un SIADH), y c. les dépenses (substitution ou mesures de diminution, documenter impérativement le traitement: L'administration de bouillon, p. ex., suffit comme mention de dépense)
<b>Produits sanguins</b>	Mentionner le nombre de concentrés érythrocytaires/plaquettaires (ainsi que le PFC)
<b>Système</b>	
<b>Réactions allergiques</b>	Décrire le grade (1-4), le facteur déclencheur, les mesures immédiates
<b>Maladies congénitales</b>	Documenter les dépenses supplémentaires dans le dossier de prise en charge de la patiente ou du patient
<b>Métastases</b>	Décrire clairement toutes les métastases (rapportées à la tumeur primaire)
<b>Tumeur</b>	Classification TNM de la tumeur primaire, de toutes les métastases, des récidives Traitement de première ligne, type de chimiothérapie, complications
<b>Limitations fonctionnelles</b>	Barthel/FIM dans les 5 jours post admission → limit. fonctions motrices MMS → limit. fonctions cognitives
<b>Lymphœdème</b>	Stades I – III avec mention de la localisation, de l'étiologie, des mesures thérapeutiques
<b>Infections</b>	Foyer, pathogène, résistances (p. ex. 3MRGN / 4 MRGN), ostéomyélite? Infection de plaie? Infection de prothèse? Cause? → Score SOFA si sepsis!
<b>Choc</b>	septique, hypovolémique, hémorragique, traumatique. Pouls<TA? Poser le diagnostic! Choc septique: une tension artérielle moyenne de >64 mmHg ne peut être atteinte qu'avec des vasopresseurs en dépit d'un apport volémique adéquat + taux de lactate >2mmol/l
<b>Sepsis</b>	Foyer? Agent pathogène? Avec choc, avec/sans complications organiques → Diagnostics séparés des organes, p. ex insuffisance respiratoire partielle/globale aiguë, insuffisance rénale aiguë (stade), instabilité hémodynamique, trouble de la coagulation, iléus paralytique, thrombocytopénie, défaillance/insuffisance hépatique) Le score SOFA doit être mesuré, SOFA 2 plus que préexistant
<b>Psychisme</b>	
<b>Dépendance à l'alcool</b>	S'il y a dépendance, indiquer le diagnostic «Dépendance à l'alcool» (et pas seulement «Abus d'alcool» = mode de consommation nocif) Vaut aussi pour d'autres toxicomanies (p. ex aux benzodiazépines)
<b>Trouble délirant</b>	Préciser si post-interventionnel, causé par une infection ou un sevrage, hypo-/hyperactif, délirant; si incertain, indiquer «sans autre précision» ou «multifactoriel». Score DOS? Investigations, traitement médicamenteux, mesures de soins infirmiers
<b>Démence</b>	Préciser: démence d'Alzheimer vs vasculaire, Parkinson, démence fronto-temporale, vasculaire sous-corticale, multi-infarctus, décrire la dépense
<b>Dépression</b>	Épisode unique vs récidivant vs chronique, indiquer le degré de sévérité
<b>Maladies psychiques</b>	Trouble schizotypique, trouble délirant, trouble de la personnalité paranoïaque/schizoïde, trouble du développement intellectuel léger, modéré, sévère, profond (avec/sans trouble du comportement)

<b>Dépendances psychiques</b>	Alcool, nicotine, opioïdes, cannabinoïdes, sédatifs ou hypnotiques, cocaïne, autres stimulants, solvants volatils, hallucinogènes. Dépendance, syndrome de sevrage avec/sans délire, syndrome amnésique
<b>Maladies neurologiques</b>	
<b>Encéphalopathie</b>	Étiol., p. ex hépatique, grade 1-4, traitement laxatif, mesures de soutien
<b>Épilepsie</b>	Localisée, focale, partielle, idiopathique, généralisée, grand mal/petit mal, état de mal épileptique?
<b>Hémiparésie et hémiplégie</b>	Nouvelle ou résiduelle, flasque ou spastique, complète ou incomplète Étiologie, décrire la dépense (en soins infirmiers), avec/sans lésion médullaire!
<b>Maladie de Parkinson</b>	Classification des stades d'après Höhn et Yahr Primaire/secondaire, vasculaire, d'origine médicamenteuse? Étiol.
<b>AVC aigu – séquelles de l'AVC</b>	Hémorragie ou infarctus? Cause thrombose/embolie? Symptomatologie associée? Paraplégies (spastiques, flasques)? Hémi-/tétraplégie?, aphasie, dysphagie, etc.
<b>Soins infirmiers</b>	
<b>Ulcère de décubitus/de la peau</b>	Grade 1-4, surface (taille) de la plaie, cause, localisation? Débridement? Soins de la plaie, recouvrement du défaut selon taille (en cm <sup>2</sup> )
<b>Érysipèle/cellulite/phlegmons</b>	Localisation, étiologie, antibiothérapie, mesures de soutien Différencier les phlegmons p.r. à l'érysipèle, la cellulite, la fasciite (diagnostic précis!)
<b>Diarrhée</b>	Dépense? Étiol.? infectieuse/non infectieuse? → Entraîne une gastro-entérite
<b>Iléus</b>	Postopératoire, brides, paralytique
<b>Incontinence</b>	Fécale? Urinaire? Quel type? (i.d'effort., i. impérieuse, i. par regorgement, etc.)
<b>Coprostase</b>	Diagnostic «Coprostase» lors de constipation, mesures thérapeutiques? Constipation à transit ralenti, troubles de la motilité du gros intestin, orig. médicamenteuse?
<b>Saignement GI</b>	Localisation? Méléna?

Autrice: Linda Meier, déléguée SwissDRG de la SSMIG, 2023