

24-25 травня 2017 року,
м. Київ

МАТЕРІАЛ ДО ТРЕНІНГУ МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ІСРС-2*

**International classification for primary care (ICPC) розроблена
Всесвітньою організацією сімейних лікарів (WONCA)
для ефективного ведення пацієнтів на первинній ланці**

1. Історія

ІСРС була вперше видана в 1987 році. Зараз це видання **другого** перегляду, ІСРС-2.

2. Загальна інформація про класифікацію

ІСРС-2 — класифікація аспектів загальної практики — сімейної медицини (ЗПСМ), таких як **причини звернення (ПЗ)** та проблеми зі здоров'ям. Ця класифікація відображає характерний розподіл і зміст аспектів ЗПСМ.

3. Структура ІСРС-2

ІСРС-2 має таку структуру: 17 розділів-літер (A-Z) згідно з локалізацією процесів і **7 цифрових компонентів** (табл. 1).

ІСРС-2 **дозволяє класифікувати основні елементи ЗПСМ**, але вона має деякі обмеження.

Рубрики в **компонентах** із 2 до 6, що охоплюють процес надання медичної допомоги, є дуже широкими та неконкретними.

Залишкові рубрики, або «всяка всячина» знаходяться в кінці компонентів; їх опис включає в себе слово «інше». Це — -29, -49, -59, -69, -99. До них належать визначення, які не мають окремої рубрики, нечітко сформульовані або незвичайне чи незвичне.

РОЗДІЛИ:

- A Загальні та неспецифічні
- B Кров, кровотворні органи та імунні механізми (Blood)
- D Травна система (Digestive)
- F Око (Focal)
- H Вуха (Hearing)
- K Серцево-судинна система

Таблиця 1. Структура ІСРС-2: 17 розділів-літер та 7 цифрових компонентів

Розділ-літери Цифри компоненти	A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	W	X	Y	Z
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	

*У минулому номері «Практикуючого лікаря» (№1, 2018) були надруковані матеріали «ЩОДО ВПРОВАДЖЕННЯ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ІСРС-2». Сьогодні в поточному номері редакція продовжує тему й подає практичне керівництво до тренінгу з використання міжнародної класифікації ІСРС-2 в Україні.

- L Опорно-рухова система (Locomotion)
- N Нервова система (Neurological)
- P Психологічні (Psychological)
- R Дихальна система (Respiratory)
- S Шкірна система (Skin)
- T Ендокринні/метаболічні розлади та порушення харчування (Th thyroid)
- U Урологічні (Urological)
- W Вагітність, пологи, планування сім'ї (Women)
- X Жіночі статеві органи (X-хромосома)
- Y Чоловічі статеві органи (Y-хромосома)
- Z Соціальні проблеми

7 компонентів (стандартні для кожного розділу):

1. Скарги і симптоми (1-29)
2. Діагностика, скринінг, профілактика (30-49)
3. Лікування та маніпуляції (50-59)
4. Оцінка результатів дослідження (60-61)
5. Адміністрування (62)
6. Направлення (63-69)
7. Діагноз (70-99): інфекційні захворювання, новоутворення, травми, вроджені аномалії, інше. Розділ Z (соціальні проблеми) не має 7-го компонента

Практичне використання даних ІСРС-2

Класифікація ІСРС-2 використовується як для організації і зберігання **медичних даних пацієнтів**, так і для потреб **статистики**. Вимоги до класифікації та кодування для цих двох цілей різні. Для медичних карток потрібно якомога більше конкретних деталей, тоді як для статистики необхідні згруповані дані залежно від їх частоти або їх значення для формування політики.

Зрозуміло, що жодна класифікація не може задовольнити всіх користувачів.

Коди МКХ-10 варто використовувати як додаткові коди для запису історії пацієнта, коли ІСРС-2 не може додати конкретики.

Визначення ЗПСМ

WONCA визначає, що ЗПСМ стосується лікаря, який надає особисте, первинне, **безперервне** та **комплексне** медичне обслуговування окремим особам і сім'ям.

Інститут медицини вважає ЗПСМ наданням комплексних доступних медичних послуг лікарями, які несуть відповідальність за вирішення переважної більшості **особистих потреб** щодо медичної допомоги, розвиток **стійкого партнерства** з пацієнтами та **практику в контексті сім'ї та суспільства**.

Епізод медичної допомоги

Одне або більше звернень пацієнта становлять **епізод** медичної допомоги. Епізод є проблемою зі здоров'ям від першого звернення по медичну допомогу до останнього. Кожне окреме звернення може включати оцінювання більше ніж одного епізоду (кілька проблем).

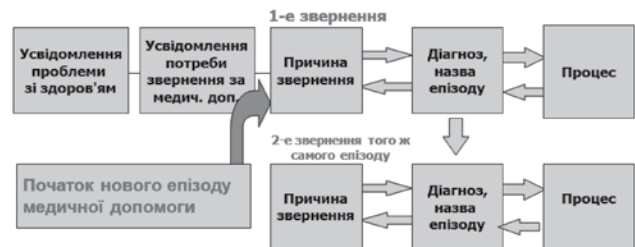
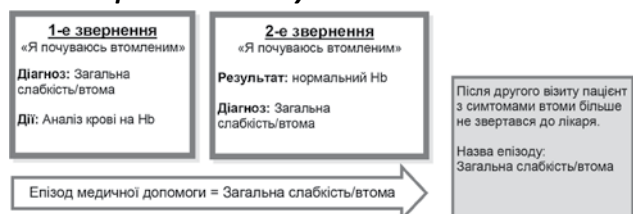


Рис. 1. Епізод медичної допомоги

Приклад епізоду медичної допомоги 1



Приклад епізоду медичної допомоги 2

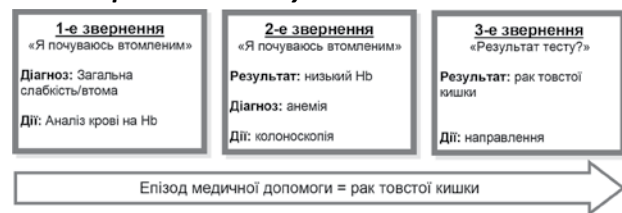


Рис. 2. Приклади епізоду медичної допомоги

Клінічні результати, знайдені лікарем у вигляді симптомів і скарг, кодуються на додаток до тих, які представлені як ПЗ.

Втручання або процедури медичної допомоги реєструються як такі, що відбуваються під час звернення, або такі, що будуть згодом зроблені.

Причина звернення — зрозуміле й узгоджене між пацієнтом і медичним працівником твердження, яке визнається пацієнтом як прийнятний опис причини його звернення по медичну допомогу.

ПЗ можуть бути симптоми або скарги (головний біль або страх раку), хвороби (грип чи діабет), прохання надати профілактичні або діагностичні послуги (вимірювання артеріального тиску або ЕКГ), запит на лікування (повторити рецепт), отримання результатів аналізів або адміністрування (довідка).

ПЗ, проблеми зі здоров'ям/діагнози, та **процес** медичної допомоги/втручань **становлять основу епізоду медичної допомоги**. Епізод складається з одного або декількох звернень,

у тому числі змін в їх взаємозв'язках із плином часу («переходи»). Епізод медичної допомоги, отже, стосується всієї медичної допомоги, що надається з проблеми зі здоров'ям або хвороби конкретного пацієнта.

Аналіз ПЗ в епізоді дозволяє визначити ймовірності проблеми зі здоров'ям на початку або під час спостереження.

Таким чином, **топ 10 проблем**, пов'язаних із кашлем на початку епізоду, демонструє важливі відмінності між дітьми віком 5-14 років і чоловіками віком 65-74 (табл. 2).

Таблиця 2. Топ 10 епізодів, які починаються з кашлю (R05)

Кашель у дітей (n=1267)	n	%
R74 ГРЗ	456	35,6
R78 Гострий бронхіт/бронхіоліт	261	20,4
R05 Кашель	159	12,4
R77 Гострий ларингіт/трахеїт	110	8,6
A77 Інші вірусні захворювання	54	4,2
R96 Астма	40	3,1
R81 Пневмонія	33	2,6
R75 Синусит гострий/хронічний	30	2,3
R80 Грип без пневмонії	24	1,9
R71 Кашлюк	22	1,7
Всього	1189	92,8
Чоловіки віком 65-74 (n=646)	n	%
R78 Гострий бронхіт/бронхіоліт	256	39,1
R74 ГРЗ	155	23,7
R05 Кашель	65	9,9
R77 Гострий ларингіт/трахеїт	45	6,9
R75 Синусит гострий/хронічний	22	3,4
K77 Серцева недостатність	15	2,3
R96 Астма	13	2,0
R91 Хронічний бронхіт/бронхіоліт	12	1,8
R81 Пневмонія	10	1,5
R95 Емфізема/ХОЗЛ	9	1,4
Всього	602	92,0

Зворотний процес однаковою мірою є актуальним із клінічної точки зору: які ПЗ були представлені на початку спостереження проблеми в кожній віковій статевій групі? Це дозволяє докладно документувати клінічні відмінності.

4. Використання ІСРС-2 під час записів ПЗ

Лікар повинен **визначити та уточнити ПЗ, як зазначено пацієнтом, без внесення будь-яких суджень** про правильність і точність причини.

Використовуйте три принципи:

1. ПЗ повинна бути **зрозумілою та узгодженою** між пацієнтом і лікарем.

2. Вибрана рубрика ІСРС-2 повинна бути якомога **ближче до твердження причини, наданої пацієнтом**, і повинна містити мінімальне перетворення або зовсім ніякого.
3. Спосіб, у який пацієнт висловлює ПЗ, визначає, яку главу та який **компонент** використовувати.

ПЗ може бути:

- Симптом/скарга (головний біль, втома, відчуття депресії, страх раку): **1-й компонент** кожного розділу.
- Хвороба (цукровий діабет, епідемічний паротит): **7-й компонент** кожного розділу (за винятком розділу Z).
- Запит на втручання (АТ, рецепт, результати аналізів, адміністративна процедура): **2-6-й компоненти** кожного розділу.

Для кодування ПЗ необхідно спочатку вибрати відповідну систему органів або розділ, призначити правильний літерний код, а потім двозначний цифровий код у відповідному **компоненті**. Розділ А використовується для ПЗ, які стосуються невизначених або декількох систем.

Коли ІСРС-2 використовується для запису ПЗ, необхідно застосовувати чотири правила до використання глав і **три правила до використання компонентів**.

Правило 1

ПЗ повинна бути закодована якомога більш конкретно.

Приклад. Біль у грудях може бути закодований як A11 (біль у грудях, якщо не вказано інше), або як K01 (біль стосується серця), або як R01 (біль у дихальних шляхах), або як L04 (симптоми/скарги щодо грудної клітки). Рішення щодо правильного вибору не ґрунтується на думці лікаря, а, найімовірніше, яким чином пацієнт висловлює свою ПЗ.

«Воно скрізь у моїх грудях...» (A11)

«Мої груди болять, коли я кашлюю» (R01)

«У мене біль у грудях... Я думаю, що це моє серце» (K01)

«У мене є біль у грудях після падіння вниз по сходах» (L04)

Правило 2

При кодуванні використовувати висловлювання і термінологію пацієнта.

Приклад. Жовтяницю у вигляді діагностичного описового терміну можна знайти в Розділі D (травна система), але пацієнт може представити цей симптом у вигляді жовтого кольору шкіри (Розділ S). Якщо пацієнт висловлює проблему як «жовтяниця», то код — D13. Якщо пацієнт стверджує: «Моя шкіра стала жовтою», пра-

вильний код буде S08, незалежно від того, що лікарю зрозуміло, що діагноз — одна з форм гепатиту.

Правило 3

Коли пацієнт не в змозі описати свою скаргу, ПЗ, надана особою, яка супроводжує пацієнта, має бути прийнята як така, що була зазначена пацієнтом (наприклад, мати привела дитину або родичі супроводжують несвідомого).

Правило 4

Усі проблеми, викладені в усній формі, необхідно закодувати як причини звернень.

«Мені потрібні таблетки для стабілізації кров'яного тиску. Крім того, мої груди дуже чутливі та болять» — K50, X18. Якщо пізніше пацієнти запитують: *«Що це за шишка на моїй шкірі?»*, це також кодується як ПЗ — S04.

Вибір коду компонента

1.1. Скарги і симптоми, компонент 1 (коди -1-29) — найбільш поширена ПЗ.

Симптоми є специфічними для кожного розділу: нудота (D09) — у розділі «Травна система», чхання (R07) — у розділі «Дихальна система». У більшості розділів, за винятком психологічного та соціального, перша рубрика пов'язана із симптоматичним болем: болі у вусі (H01) і головний біль (N01).

Є також чотири стандартних рубрики **компонента 1** у кожному розділі:

- 26 Страх захворіти на рак
- 27 Страх захворювання
- 28 Обмеження функцій/непрацездатність
- 29 Інші симптоми/скарги

Приклади

«Я боюся, що в мене туберкульоз» (A27)

«Я стурбована тим, що в мене рак грудей» (X26)

«Я боюся венеричних хвороб» (Y25)

Навіть якщо лікар вважає, що такий страх є необґрунтованим або нелогічним, він є ПЗ.

Рубрику -28 слід використовувати, коли ПЗ висловлюється в термінах інвалідності, яка впливає на повсякденне життя та соціальні функції.

Приклади. *«Я не можу підніматися по сходах через шину, яку вони поставили на мою ногу через перелом щиколотки»* — L28 (компонент 1) і L76 (компонент 7).

«Не можу працювати в офісі, тому що я не можу сидіти протягом тривалого часу через геморой» — K28 (компонент 1) і K96 (компонент 7).

1.2. Діагностика, скринінг, профілактика, компонент 2 (коди -30-49):

«Я хочу зробити аналіз сечі» (-35)

«Я тут, щоб зробити аналіз крові» (-34)

Пацієнт може запросити конкретну процедуру у зв'язку з вираженою проблемою або як єдиний запит:

«Я хочу, щоб лікар обстежив моє серце» (K31)

«Я думаю, що потрібно зробити аналіз сечі» (-35)

«Я прийшов за результатами мого рентгену» (-60)

«Мені потрібне щеплення» (-44)

Лікар з'ясовує, чому необхідний аналіз сечі, щоб вибрати відповідний код розділу.

Якщо це через можливу інфекцію сечового міхура — код U35; якщо через цукровий діабет — T35.

Якщо результат рентгену, про який запитує пацієнт, стосується приймання барієвої суспензії, — D60.

Прохання про вакцинацію проти краснухи — A44.

1.3. Лікування та маніпуляції, компонент 3 (коди -50-59). Цей компонент для таких процедур, які надаються на місці лікарем ЗПСМ.

Це не означає, що він буде використовуватися для документування процедур, проведених лікарями, до яких було направлено пацієнта, для яких потрібен ширший перелік процедур.

-50: *«Пропишіть мені препарат».*

Часто доводиться уточнювати причину запити, щоб вибрати код розділу. Якщо пацієнт хоче отримати (повторно -50) ліки через гіпертонію, — код K50; від синуситу — код R50.

«Я тут, щоб зняти шину» (-54). Якщо очевидно, що, наприклад, у пацієнта був перелом лівої руки, правильний літерний код для вибору буде L.

«Мені сказали прийти для зняття швів сьогодні» (-54). Хоча можна було б припустити, що все щодо зняття швів повинно бути в розділі «Шкірна система» — пацієнт може мати шви від хірургічної операції на повіках (F54) або після операції фімозу (Y54).

Увага! Імунізація закодована в **компоненті 2** (-44).

1.4. Результати аналізів. Компонент 4 (коди -60-61) не стосується процедури або втручання, лише оцінки результатів.

«Який результат рентгену мого шлунка?» (D60).

Якщо пацієнт хоче додаткової інформації про проблему, розглянути можливість використання додаткового коду -45 (навчання, консультація).

Цей **компонент** необхідно використовувати, коли пацієнт запитує результати аналізів, проведених раніше. Той факт, що результати аналізу можуть бути негативними, не впливає на використання цього **компонента**.

«Мені потрібні результати мого аналізу крові». Якщо тест був на анемію — код B60, якщо на ліпіди — T60, якщо пацієнт не може вказати — A60.

«Я хочу знати, що вони виявили на рентгєнівських знімках мого шлунка, які зробили минулого тижня» (D60).

«Я повинен забрати та віднести до уролога результат аналізу сечі. Також хочу знати, що він буде робити, які аналізи та лікування очікувати» (U60, U45).

1.5. Адміністрування, компонент 5 (код -62)

Цей **компонент** призначений для класифікації тих випадків, коли надання письмового документа або форми виправдано за існуючими правилами або наказами. Надання направлення вважається тільки адміністративною послугою, якщо це єдине, що здійснюється під час звернення, в іншому випадку це включається до **компонента 6**. Адміністрування включає в себе обстеження, які вимагає третя сторона (крім пацієнта), страхові форми, які необхідно заповнити, та обговорення з приводу передачі записів.

«Мені необхідно заповнити цю медичну страхову форму» (A62)

«Мій перелом зростається, й мені потрібна довідка, щоб повернутися до роботи» (L62)

1.6. Направлення, компонент 6 (-63-69)

Направлення до інших лікарів, лікарень, клінік або установ для терапевтичних або консультативних цілей повинні бути закодовані в цьому **компоненті**.

Увага! Направлення на рентген або лабораторні дослідження кодуєте в **компоненті 2**.

Якщо ПЗ необхідно передати іншому постачальнику послуг, використовуйте коди -66, -67 та -68. Якщо пацієнт стверджує, що його/її ПЗ є: *«Ви мені сказали прийти до вас знов»*, або *«направлений кимось іншим»*, необхідно використовувати коди -64 або -65 відповідно.

Пацієнту, який звернувся з приводу відчуття закладеного вуха через вушну сірку, яку видалено, виміряли артеріальний тиск і виявили, що він високий, а також надали рекомендацію щодо

куріння. ПЗ пацієнта та пов'язані проблеми, а також лікування буде записано таким чином:

H13 (відчуття закладеного вуха), H81 (вушна сірка), H51 (видалення вушної сірки).

K64 (за ініціативою медпрацівника), K85 (підвищений кров'яний тиск), K31 (перевірка артеріального тиску).

P64 (за ініціативою медпрацівника), P17 (зловживання тютюном), P45 (порада кинути палити).

Для отримання додаткової конкретики може бути доданий четвертий знак, наприклад направлення до іншого постачальника (-66):

-66.1 Медсестра

-66.2 Дієтолог

-66.3 Соціальний працівник

-67 Фахівець:

-67.1 Терапевт

-67.2 Кардіолог

-67.3 Хірург

1.7. Діагноз, компонент 7 (коди -70-99):

- *«Я тут через мою астму» (R96), «мою гіпертонію» (K86), «мій діабет» (T90);*

- виберіть код незалежно від того, чи є діагноз правильним; наприклад, коли пацієнт повідомляє: *«Я прийшов через мою мігрень»*, використовуйте код для мігрені (N89), навіть якщо ви знаєте, що це насправді головний біль напруги.

По-перше, виберіть розділ:

чи є це проблемою з травленням? → D

чи є це соціальною проблемою? → Z

чи є це проблемою зі шкірою? → S

Наступний крок: виберіть **компонент**.

Наприклад, **компонент 1** (скарги і симптоми) може відображати найвищу специфічність на даний момент. Наприклад, у пацієнта, який уперше прийшов на прийом із головним болем, відчуттям втоми, діагноз із плином часу може бути модифікований у діагноз **7-го компонента**.

Зверніть увагу на такі важливі коди:

- **A97:** у разі, якщо пацієнт приходиться із питанням або симптомом, що призводить до діагнозу *«ніякої хвороби»*;

- **A98: профілактика.**

Тільки тоді, як пацієнт висловлює ПЗ як конкретний діагноз або хворобу, її необхідно закодувати в **компоненті 7**. ПЗ пацієнта, який, як відомо, хворіє на цукровий діабет, але приходиться скаржитись на слабкість, не треба кодувати як діабет, кодувати треба таким чином, як проблема висловлюється: слабкість (A04). Однак, якщо пацієнт заявляє, що він прийшов із приводу його діабету, діагноз «діабет» повинен бути закодований як ПЗ (T90).

Якщо пацієнт називає ПЗ у вигляді діагнозу, який, як відомо лікарю, не є правильним, кодується «неправильна» ПЗ пацієнта, а не «правильна» — лікаря; наприклад, пацієнт, який, як відомо, має носові поліпи, приходить із *полінозом*.

Приклади

«Я тут через мою гіпертонію» (K86)

«Я приходжу щомісяця через артрит мого стегна» (L89)

Правила для компонентів

Такі правила використання кожного **компонента** посилять опис.

Правило 1

Щоразу замість тире (-) перед кодом вибирайте літеру розділу. Використовуйте **A**, коли ніякий конкретний розділ не може бути обраний або коли обираються декілька розділів.

Приклад

Біопсію буде закодовано -52, для системи травлення — D52, для шкіри — S52. Ліки, які прописують, кодують -50. Якщо просять ліки для лікування астми, — R50.

Правило 2

Рубрики з більш ніж одним **компонентом** можуть використовуватись для одного й того ж звернення, якщо називається більш ніж одна ПЗ.

Приклад

«У мене були болі в животі з минулої ночі, і мене кілька разів виврало» (D01, D10).

«У мене якийсь біль у животі, думаю, що в мене може бути апендицит» (D06, D88).

5. Використання ІСРС-2 для запису проблем зі здоров'ям та процесу медичної допомоги (втручання)

А. Проблеми зі здоров'ям

ІСРС-2 може використовуватися для запису оцінки проблем зі здоров'ям пацієнта. Це може бути зроблено з точки зору симптомів і скарг або діагнозів (**Компонент 1** або **7**).

Іноді немає ніякої очевидної проблеми зі здоров'ям в епізоді медичної допомоги, коли це стосується імунізації, взяття мазка або надання поради. Ці епізоди можуть бути позначені за допомогою рубрик, таких як A97 (Відсутність хвороби) або A98 (Підтримання здоров'я/профілактика).

Загальні правила кодування проблеми зі здоров'ям (діагнозу)

- діагноз відображає оцінку проблеми здоров'я пацієнта;
- код може бути або з **1-го компонента** (скарги і симптоми) або із **7-го** (діагноз);

компоненти 2-6 не використовуються для кодування діагнозу;

- кодування повинно відбуватися на найвищому рівні діагностичної точності роботи лікаря;
- рубрики в **компоненті 1** і **7** часто мають критерії (умови включення та виключення, критерії та «розглянути»). Розгляд критеріїв може бути корисним під час прийняття рішення «за» або «проти» коду.

У ІСРС-2 **локалізація** має пріоритет над етіологією.

Рекомендується записувати повний спектр проблем, які розглядаються, у тому числі органічних, психологічних і соціальних проблем зі здоров'ям, у формі епізоду медичної допомоги.

Пацієнт з ішемічною хворобою серця також може мати фібриляції передсердь і, як наслідок, тривогу. Фібриляція передсердь і тривога будуть записуватись як додаткові епізоди медичної допомоги.

Деякі системи вимагають, щоб проблеми кодувалися тільки з **компонентів 1 і 7**; інші також приймають коди з інших компонентів. Якщо, наприклад, пацієнт прийшов для імунізації проти правця без поранення, проблему можна закодувати як N44.

Стани, які **супроводжують і впливають** на вагітність або післяпологовий стан, зазвичай кодуються в розділі **W**. Але стан не кодується у розділі **W** просто тому, що пацієнтка вагітна. Стан має бути закодованим у відповідній рубриці в розділі, що представляє систему організму, яка задіяна.

Конкретні правила кодування проблем зі здоров'ям із використанням критеріїв включення (у розширеній таблиці ІСРС-2)

1. Кодування діагнозів має відбуватися на найвищому рівні конкретики, можливої під час звернення даного пацієнта.
2. Критерії включення містять мінімальну кількість критеріїв, необхідних для забезпечення кодування.
3. Зверніться до критеріїв після того, як діагноз було сформульовано. Вони НЕ є керівництвом для діагностики чи прийняття терапевтичних рішень.
4. Якщо критерії недостатні, зверніться до інших менш конкретних рубрик, запропонованих терміном «розглянути».
5. Для таких рубрик без критеріїв включення зверніться до списку термінів включення в рубриці, а також беріть до уваги будь-які умови виключення.

В. Процес медичної допомоги, втручання

- Для кодування втручань (процесів) можна використовувати **компоненти 2, 3, 5 і 6** (крім рубрик -63, -64, -65 і -69).
- Потенціал ICD-2 для кодування втручань (процесу) обмежений; рубрики широкі та загальні.
- 4-й знак може бути додано для конкретики відповідно до національних потреб.

-31 — це часткове обстеження конкретної системи органів або функції: наприклад, K31, вимірювання кров'яного тиску. Якщо включено понад 2 системи організму, код повинен бути A31;

-30 — повне обстеження відповідно до консенсусу місцевих фахівців. Це може бути повне обстеження системи організму, наприклад для ока (F30), або повне загальне обстеження (A30).

ICD-2 класифікує втручання, які використовуються в процесі надання медичної допомоги, з **компонентами 2, 3, 5** і частиною **компонента 6**; однак **компонент 4** і деякі рубрики **компонента 6**, а саме, **-63, -64, -65, -69**, і не можуть використовуватись таким чином.

Ці рубрики процесу є широкими і загальними, а не конкретними. Так, наприклад, аналіз крові (-34), навіть якщо він пов'язаний тільки з однією системою органів (наприклад, серцево-судинна, K34), може включати в себе велику різноманітність різних аналізів, таких як ферменти, ліпіди або електроліти.

У **компонентах 2, 3, 5** і частині **компонента 6**, який може бути використаний для класифікації процесу медичної допомоги, коди рубрики є стандартними протягом глав на двозначному рівні.

Може використовуватись більше ніж один код процесу для кожного звернення, але над-

звичайно важливо бути послідовним. Наприклад, вимірювання артеріального тиску, що є звичайним для гіпертонії, можна кодувати як K31 під час кожного звернення.

Нижче наведені приклади визначень для повних і часткових обстежень, які були використані в одній ситуації. Однак важливо, щоб кожна країна розробляла визначення того, що становить «повне обстеження — загальне» і «повне обстеження — система організму», для своєї культури і щоб ці визначення послідовно використовувались.

Повне обстеження — загальне, загальний огляд = A30

Повне неврологічне обстеження = N30

Часткове обстеження – загальне, обмежена перевірка декількох систем організму, таких як дихальна та серцево-судинна система = A31

Часткове обстеження — система організму, вимірювання артеріального тиску, K31

Такі процедури розглядаються як включені в планові обстеження, що підлягають кодуванню в рубриках -30 і -31, а не кодуються окремо:

- огляд, пальпація, перкусія, аускультация
- гострота зору та дослідження очного дна
- отоскопія
- відчуття вібрації (обстеження з використанням камертону)
- вестибулярна функція (за винятком калориметричних аналізів)
- пальцеве ректальне і вагінальне обстеження
- вагінальний огляд із дзеркалами
- запис артеріального тиску
- непряма ларингоскопія
- зріст/вага

Усі інші обстеження повинні бути включені в інші рубрики.