

Dotazy ke kódování diagnóz CZ-DRG 6.0

Irena Molinari

Miroslav Zvolský

Zbyněk Bortlíček

Tomáš Pavlík

Novinky ve vzdělávání

E-learningový kurz k verzi CZ-DRG 6.0 je k dispozici zde:

<https://skoleni.uzis.cz/login/index.php#section-6>



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



DRG
RESTART



Harmonogram dílen pro rok 2024

1. Zasílání dotazů bude probíhat do konce měsíce předcházejícího dílně (tj. pro zářijovou dílnu do konce srpna).
2. Týden před termínem dílny obdrží přihlášení účastníci prezentaci s dotazy – bez výsledného kódování, aby se mohli nad kazuistikami zamyslet a zkusit je zakódovat samostatně.
3. Po skončení dílny bude účastníkům rozeslán stručný dotazník pro zjištění zpětné vazby.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Kódování případů

Laparoskopické založení kolostomie

Jak správně vykázat laparoskopické založení kolostomie

Výkony:

- 91761 (DRG) derivační stomie
- 51357 Jejunostomie, ileostomie nebo kolostomie, antepozice tl. střeva

ZUM:

- 0115550 Stapler endolineární
- 0115553 Zásobník pro stapler endol.

Ize takto ?

Laparoskopické založení kolostomie

Jak správně vykázat laparoskopické založení kolostomie

Výkony:

- 91761 (DRG) derivační stomie
- 51357 Jejunostomie, ileostomie nebo kolostomie, antepozice tl. střeva

ZUM:

- 0115550 Stapler endolineární
- 0115553 Zásobník pro stapler endol.

Ize takto ?

51711 Výkon laparoskopický a torakoskopický

90822 Kolostomie laparoskopicky

91761 (DRG) Derivační stomie

ZUM

0058375 KOLOSTOMIE DRG 90822 - V ÚHRADĚ ZAHRNUTY KÓDY:12881,12886,12892,12899

Dle vyjádření zdravotní pojišťovny lze vykázat též

0115550 Stapler endolineární

0115553 Zásobník pro stapler endol.



Operace perianální píštěle

Jak správně vykázat operaci perianální píštěle:

- 91773 (DRG) Extirpace periproktální píštěle
- 51423 Minimální anální výkon

Operace perianální píštěle

Číslo výkonu	51423								
Název	MINIMÁLNÍ ANÁLNÍ VÝKON								
Nepočítat režii	<input type="checkbox"/>								
Poznámka									
Autorská odbornost	<table><thead><tr><th>Kód</th><th>Název</th><th>Pořadí</th><th>Sazba režie</th></tr></thead><tbody><tr><td>511</td><td>chirurgie - skupina 1</td><td>5020</td><td>7,27</td></tr></tbody></table>	Kód	Název	Pořadí	Sazba režie	511	chirurgie - skupina 1	5020	7,27
Kód	Název	Pořadí	Sazba režie						
511	chirurgie - skupina 1	5020	7,27						
Další odbornost	<table><thead><tr><th>Kód</th><th>Název</th><th>Sazba režie</th></tr></thead><tbody><tr><td>502</td><td>dětská chirurgie</td><td>4,85</td></tr></tbody></table>	Kód	Název	Sazba režie	502	dětská chirurgie	4,85		
Kód	Název	Sazba režie							
502	dětská chirurgie	4,85							
Kategorie	P - hrazen plně								
Omezení místem	BOM - bez omezení								
Omezení frekvencí	1/1 den								
Doba trvání	10								
Popis	Tímto výkonem se vykazuje divulze, manuální vybavení stolice, incize trombotizovaného hemeroidu, manuální repozice análního prolapsu, extrakce cizího tělesa apod. Použitá anestezie se vykazuje samostatným výkonem.								
Čím výkon začíná	Uložením pacienta na vyšetřovací stůl, jeho fixací v poloze, odpovídající následnému výkonu, zarouškování a případná anestezie.								
Obsah a rozsah výkonu	Provedení divulze, vyšetření anorekta, manuální vybavení stolice či cizího tělesa, incize tromb. hemeroidu, manuální repozice análního prolapsu apod.								
Čím výkon končí	Definitivním ošetřením a očistou, podrobným popisem lokálního nálezu a léčebného postupu.								

Operace perianální píštěle

Jak správně vykázat operaci perianální píštěle:

- 91773 (DRG) Extirpace periproktální píštěle
- ~~51423 Minimální anální výkon~~

Kód DRG markeru	Název DRG markeru	Pokyn / doplňující informace
91773	(DRG) EXSTIRPACE PERIPROKTÁLNÍ PÍŠTĚLE	Vyazuje se pro extirpaci píštělí suprasfinkterických, transsfinkterických i infrasfinkterických. Divulse je součástí tohoto výkonu, samostatně se nevyazuje.

HDG: K60.3 – Řitní píštěl

Výkon: 91773 (DRG) Extirpace periproktální píštěle

Profylaktický výkon pro onkologickou diagnózu

Pacientka přijata na gynekologii k profylaktickému operačnímu výkonu - k LAVH + AE bilat. pro odoperovaný karcinom prsu.

Provedené výkony : 51711, 90782, 90831, 09567, 09569, 90809, ZÚM 3-0058437.

HDG vykazujeme Z400 Profylaktická LAVH pro ca mammae v OA.

Podle CZ-DRG se nám zařadí do skupiny F

DRG 23-I07-00 Profylaktické odstranění dělohy, což je ve skupině, která je určena pouze pro centra a úhrada bude krácena na 75%.

Je správné, že profylaktické výkony by i u zdravých pacientek měly provádět pouze "centra"?

Profylaktický výkon pro onkologickou diagnózu

Pacientka přijata na gynekologii k profylaktickému operačnímu výkonu - k LAVH + AE bilat. pro odoperovaný karcinom prsu.

Provedené výkony : 51711, 90782, 90831, 09567, 09569, 90809, ZÚM 3-0058437.

HDG vykazujeme Z400 Profylaktická LAVH pro ca mammae v OA.

Podle CZ-DRG se nám zařadí do skupiny F

DRG 23-I07-00 Profylaktické odstranění dělohy, což je ve skupině, která je určena pouze pro centra a úhrada bude krácena na 75%.

Je správné, že profylaktické výkony by i u zdravých pacientek měly provádět pouze "centra"?

**Odbor regulace cen a úhrad Ministerstvo zdravotnictví potvrzuje toto nastavení.
Předpokládá se zahájení diskuze při reakreditaci Komplexních onkologických center.**

Císařský řez s následnými výkony

Pacientka přijata na gynekologii k porodu, indikace k SC pro O342 (stav po 2x s.c.), císařským řezem porozen plod, provedena salpingectomie bilaterální z oční indikace, GBS pozitivní, odstraněn myom, sekundární anémie.

Provedené výkony 63129, 91996, 63135, 63567,
biopsie : Mikroskopicky jsou zachyceny struktury benigního leiomyomu, hyalinně změněného, bez cytologických atypií, bez nekróz, bez signifikantní mitotické aktivity.

Mohu vykódovat myom?

HDG: O820

VDG: Z370, O998 + D259, Z292, O990

Císařský řez s následnými výkony

Pacientka přijata na gynekologii k porodu, indikace k SC pro O342 (stav po 2x s.c.), císařským řezem porozen plod, provedena salpingectomie bilaterální z **oční indikace**, **GBS pozitivní**, odstraněn myom, sekundární anémie.

Lze kódovat, je-li v dokumentaci uvedeno

Jsou-li podána ATB preventivně – lze kódovat Z29.2

Provedené výkony 63129, 91996, 63135, 63567,
biopsie : Mikroskopicky jsou zachyceny struktury benigního leiomyomu, hyalinně změněného, bez cytologických atypií, bez nekróz, bez signifikantní mitotické aktivity.



Mohu vykódovat myom?

HDG: O820

VDG: Z370, O998 + D259, Z292, O990

Císařský řez s následnými výkony

Pacientka přijata na gynekologii k porodu, indikace k SC pro O342 (stav po 2x s.c.), císařským řezem porozen plod, provedena salpingectomie bilaterální z oční indikace, GBS pozitivní, odstraněn myom, **sekundární anémie**.

► 2024 ICD-10-CM Diagnosis Code **D64.9**  

Anemia, unspecified

Approximate Synonyms

- Anemia
- Anemia chronic
- Anemia due to lead paint exposure
- Anemia due to medication
- Anemia due to radiation
- Anemia during pregnancy - baby not yet delivered
- Anemia in childbirth
- Anemia in mother complicating childbirth
- Anemia postpartum
- Anemia, due to another condition
- Anemia, due to medications
- Anemia, normocytic, normochromic
- Anemia, radiation
- Chronic anemia
- Maternal anemia in pregnancy, before birth
- Normocytic normochromic anemia
- Postpartum anemia (after childbirth)
- **Secondary anemia**

D64.9 – Anémie NS

O99.0 – Anemie komplikující těhotenství, porod a šestinedělí

O99 Jiné nemoci matky zařaditelné jinam ale komplikující těhotenství, porod a šestinedělí

Poznámka: uvedené stavy, jestliže komplikují stav těhotenství, jsou zhoršené při těhotenství nebo jsou-li důvodem pro porodnickou péči, pro něž Abecední seznam nedává specifické položky v kapitole XV.

K označení určitého stavu lze použít dodatkový kód z odpovídající kapitoly.

Nepatří sem: infekční a parazitární nemoci (O98.–) poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin (S00–T98) Jestliže důvodem péče o matku je zjištění nebo podezření, že onemocnění postihlo plod (O35–O36).

.0 Anemie komplikující těhotenství, porod a šestinedělí

Stavy uvedené pod položkami D50–D64

2.3.3.2 Podvojně kódování mimo systém křížek - hvězdička

Pokud prokázané infekční agens není součástí názvu kódovaného stavu, kódujte na pozici VDG také dodatkový kód z oddílu B95–B98.

Pokud je u nalezeného kódu poznámka „... lze použít dodatkový kód...“ a tento dodatkový kód neoznačuje další stav, je třeba brát pokyn jako **závazný**, pokud dodatkový kód **přesněji určuje kódovaný stav**.

Císařský řez s následnými výkony

Pacientka přijata na gynekologii k porodu, indikace k SC pro O342 (stav po 2x s.c.), císařským řezem porozen plod, provedena salpingectomie bilaterální z oční indikace, GBS pozitivní, odstraněn myom, sekundární anémie.

Provedené výkony 63129, 91996, 63135, 63567,
biopsie : Mikroskopicky jsou zachyceny struktury benigního leiomyomu, hyalinně změněného, bez cytologických atypií, bez nekróz, bez signifikantní mitotické aktivity.

Mohu vykódovat myom?

HDG: O820

VDG: Z370, O998 + D259, Z292, O990

HDG: O82.0 – Plánovaný císařský řez

VDG: Z37.0 – Jediné dítě, živě narozené

D25.9 – Leiomyom dělohy NS

O99.8 – Jiné určené nemoci a stavy komplikující těhotenství, porod a šestinedělí

D64.9 – Anémie NS

O99.0 – Anemie komplikující těhotenství, porod a šestinedělí

Kontrolní biopsie srdce

V poslední době se setkáváme s problémem jakou hlavní diagnózu stanovit u pacienta po transplantaci srdce, který k nám přichází na kontrolní biopsii srdce.

Pacient byl přijat ke kontrolní EMB. Výkon bez komplikací, stejně jako celá hospitalizace. Výsledek EMB příznivý, ECHO srdce rovněž, propouštíme domů.

Kontrolní biopsie srdce

V poslední době se setkáváme s problémem jakou hlavní diagnózu stanovit u pacienta po transplantaci srdce, který k nám přichází na kontrolní biopsii srdce.

Pacient byl přijat ke kontrolní EMB. Výkon bez komplikací, stejně jako celá hospitalizace. Výsledek EMB příznivý, ECHO srdce rovněž, propouštíme domů.

HDG: Z09.0 – Následné vyšetření po operačním výkonu pro jiné stavy

VDG: Z94.1 – Transplantované srdce – srdeční transplantát

Výkon: 17127 ENDOMYOKARDIÁLNÍ BIOPSIE TRANSVASKULÁRNÍ

MINOCA infarkt

66letá žena s anamnézou námahových bolestí na hrudi v posledním půl roce byla přijata pro **bolesti na hrudi v návaznosti na psychický stres**. Na EKG deprese inferolaterálně, pozitivní kardiomarkery (troponin T 1000...1800...60ng/l), neg. D-dimery, při přijetí trvajících bolestí. Koronarografie s normálním nálezem (revidováno, pouze abnormální odstup RC z pravého koron. sinu). Na UZ srdce akineza až incip. aneuryzma bazální 1/3 septa, těžká hypokineza bazální 1/3 posterodiamfragmaticky, mírná hypokineza i bazálně laterálně, EF 45-50%. Dále přítomna významná mitrální regurgitace, která potvrzena na TEE (mírný prolaps cípů a lehká dilatace anulu). Na TEE vyloučen PL zkrat, ouško LS čisté, bez záchytu fibrilace síní či jiných arytmií.

Příčina stavu nejasná - doplněna MR, kde postižení septa - jak edém, tak výrazná postkontrastní opacifikace septa LK s lokální poruchou kinetiky - dif. dg. **sarkoidoza** či **myokarditida**. Pro sarkoidozu nesvědčí CT nález na plicích, pro myokarditidu netypická anamnéza, která by podporovala stresovou KMP, pro kterou ovšem nesvědčí nález na MR. Nelze vyloučit **variantní anginu s protražovaným spasmem při stresu**, kterou by podporovala anamnéza námahových bolestí v chladném počasí v posledním půl roce. Pacientka nadále subjektivně bez obtíží (odeznění bolestí během 24hod.), na EKG postupná regrese depresí STT inferolaterálně, bez arytmií, bez projevů srdečního selhání. V léčbě pro sklon k habituální hypotenzi není prostor pro ACEi, pro susp. vasospatickou ICHS bez BB. Objednána kontrolní magnetická resonance a UZ v čase s dalším sledováním zde. Pacientka propuštěna v celkově dobrém stavu, subj. bez obtíží domů.

MINOCA infarkt

Diagnostický souhrn:

Myokardiální léze nejasné příčiny 30.1.24

- dif.dg. MINOCA/vasospastická angina
- normální koronarogram 30.1.24

! Nutno upřesnit s lékařem !

- akineza až incip. aneuryzma bazální 1/3 septa, těžká hypokineza bazální 1/3 posterodifragmaticky, mírná hypokineza i bazálně laterálně, EF 45-50% (TTE 2/24)
- edém a výrazná postkontrastní opacifikace septa LK s lokální poruchou kinetiky (MR 1.2.24)

Významná mitrální insuficience (TEE 2/24)

- mírně zhrubělá chlopeč, menší prolaps obou cípů, mírná dilatace anulu

Anomální odstup RC z pravého koronárního sinu (SKG 31.1.2024)

Dyslipidémie

Mírná anémie, leukopénie nově za hospitalizace 2/24

Dotaz: co vykázat na pozici HDG? Řešili jsme jestli I20.8 nebo I24.8. Nakonec vyhrála I24.8

HDG: MINOCA: I24.8 – Jiné formy akutní ischemické choroby srdeční

Vasospastická angina: I20.8 – Jiné formy anginy pectoris

NON-Q INFARKT

65letý muž s ICHS a od 10/22 i paroxysmálním flutterem síní byl přijat pro progredující angínu pectoris až do klidových obtíží. Při přijetí bez bolesti na hrudi. Laboratorně mírná elevace zánětlivých markerů, elevace CK i TnT a významně NTproBNP. Na RTG plic městnání. EKG v terénu LAH+RBBB ST deprese. Krátce po přijetí recidiva klidových obtíží s EKG obrazem globální ischémie - po NTG promptní úleva. Provedena akutní koronární angiografie s nálezem těžkého koronárního postižení - provedena rekonstrukce kmene (RIM, CTO RCx a PCI RIA2 s výtokem RD), výkon bez komplikací. Po výkonu progresse srdečního selhání do počínajícího edému plic. Při konzervativní léčbě stav postupně zlepšován. Doplněn TTE s popsanou akinezou až incip. aneurysmatem basální třetiny spodní stěny, hypokinesa laterální a basální poloviny přední stěny a anterosepta, EF 30%, Mi insuficience až významná. Nastavována medikace.

V dalším průběhu lab postupný nárůst jaterních enzymů, etiologie nejasná - v.s podíl těžkého prodělaného stavu + event LMWH. Léčba statinem + ezetimibem + rivaroxabanem + amiodaronem již delší dobu, t.č ale přerušena, resp. amiodaron vysazen, hypolipidemika přechodně přerušena.

Na UZ břicha 9.6. játra nehomogenní, rovných kontur, mapovitě staetotická. Serologie na hepatitidy dle telef. inf. negativní, chybí pouze vyš. na hepatitis E, které bude až na konci tohoto týdne.

Pacient t.č. bez obtíží, oběhově kompenzován, propuštěn domů.

NON-Q INFARKT

Diagnostický souhrn:

Ischemická choroba srdeční

- akutní non-Q infarkt myokardu při postižení kmene ACS (KG 6/23)
 - ad hoc rekonstrukce kmene - RIM-rekanalizace CTO RCx a PCI RIA2 (výtok RD)
 - funkční LIMA-RIA - kolaterály do RMS1 a ACD
 - uzávěr ACD - kolateralizovaný
- akineza až incip. aneurysma basální třetiny spodní stěny (v této oblasti ztečený, hyperechogenní myokard), hypokinesa lat. stěny, hypokinesa basální poloviny přední stěny a anterosepta, zachovalá kinetika v obl. středního septa a hrotu, EF 30% (TTE 6/23)
 -EF 40-45%, hypokineza lat. a akineza spodní stěny, hypertrofie LK (TTE 8/22)
- st.p. transmyokardiální laserové revaskularizaci z torakotomie IKEM 2007
- st.p. CABG - LIMA RIA a AKB ACD 2002
- st.p. IM 1996

Chronické srdeční selhání, progredující 2023, NYHA III před přijetím, HFrEF

Flutter síní isthmus dependentní, paroxysmální

- na EKG dokumentován 10/22 + 3/23
- v plánu RFA výkon elektivně

Trifascikulární blokáda 6/23 (Av blok I. stupně, RBBB, LAH) Hepatopatie vzniklá za hospitalizace 6/23

- et ne zcela jasná, v.s. podíl prodělaného závažného stavu a polékové (LMWH ?) Typický flutter síní paroxysmální
- negativní serologie infekčních hepatitid (zatím chybí jen výledek hepatitidy E)

Mitrální insuficience střední až významná (TTE 6/23)

Trikuspidální insuficience malá až středně významná (TTE 6/23)

Hyperlipoproteinemie

Vředová choroba duodena anamn.

NON-Q INFARKT

Tady vyhrála I21.4, ale nemyslím si, že je to správně.

HDG: I21.4 - Akutní subendokardiální infarkt myokardu

Fraktura žeber a nádor ledviny

57letý pacient s arteriální hypertenzí byl přijat po pádu na kolečko pro bolesti pravého hemitoraxu. CT vyšetřením byla prokázána fraktura VII. a VIII. žebra vpravo s pneumotoraxem. Vedlejším nálezem na CT bylo suspektní ložisko pravé ledviny a trombus vena cava inferior. Z důvodu prodlení byla neodkladně provedena transperitoneální nefrektomie vpravo s klemováním v. cava inf. Pooperační průběh byl komplikován uroinfekcí řešenou antibiotiky, mikrobiologicky prokázána Klebsiella pneumoniae. Histologicky byl potvrzen maligní nádor ledviny.

Diagnostický souhrn:

- Pneumothorax l.dx.
- Fractura costarum No.VII-VIII l.dx.
- Tumor ledviny l.dx
- Trombus VCI směřující ke spodní ploše jater
- Uroinfekt, Kl. Pneumoniae
- Hypertenze

Lze kódovat jako HDG tumor ledviny, který byl označen jako náhodný nález při provedení CT kvůli fraktuře žeber a úrazovému pneumotoraxu? Lze v tomto případě aplikovat pravidlo 3.1.b)? Tumor byl přítomen již při přijetí. Řešení tumoru ledviny rozhodně čerpalo více prostředků než konzervativní léčba fraktury žeber. Z rozhodnutí lékařů se výkon nefrektomie provedl neprodleně.

Fraktura žeber a nádor ledviny

57letý pacient s arteriální hypertenzí byl přijat po pádu na kolečko pro bolesti pravého hemitoraxu. CT vyšetřením byla prokázána fraktura VII. a VIII. žebra vpravo s pneumotoraxem. Vedlejším nálezem na CT bylo suspektní ložisko pravé ledviny a trombus vena cava inferior. Z důvodu prodlení byla neodkladně provedena transperitoneální nefrektomie vpravo s extrakcí trombu z v. cava inf. Pooperační průběh byl komplikován uroinfekcí řešenou antibiotiky, mikrobiologicky prokázána Klebsiella pneumoniae. Histologicky byl potvrzen maligní nádor ledviny.

HDG: C64 – Zhoubný novotvar ledviny mimo pánevníku

VDG: S22.40 – Mnohočetné zlomeniny žeber, zavřené

S27.00 – Úrazový pneumotorax, zavřený

W18.99 – Jiný pád na rovině, neurčené místo události, neurčená aktivita

N39.0 – Infekce močového ústrojí neurčené lokalizace

I82.2 – Embolie a trombóza duté žíly – venae cavae

B96.1 – Klebsiella pneumoniae [K. pneumoniae] jako příčina nemoci zařazené do jiných kapitol

I10 – Esenciální (primární) hypertenze

Hypoglykémie u Diabetes mellitus

mohli byste prosím upřesnit kódování DM E10.x / E11.x a hypoglykémie E16.x.
Kdy kódovat hypoglykémii samostatně a kdy je příznakem dekompenzace DM?
Lékaři to vykazují různě, tak abychom věděli, co je správně.

1. Pokud je pacient diabetik s **hypoglykemickým kómatem** – je to jasné E 10.0 nebo E11.0
2. Pokud je přijat pro **symptomatickou hypoglykémii**, zaléčenou podáním např. **40% glukózy i.v** a následně na lůžkách upravena léčba DM. Kóduji?

HDG = E16.0 Hypoglykémie bez kómatu způsobná léky (pokud vím, že byla např. po podání inzulínu s neadekvátním příjmem stravy) – beru jako příznak léčený ve své vlastní rovině

VDG = Y42.3 - inzulín a perorální antidiabetická léčiva

VDG = E10.x nebo E11.x

Nebo HDG = E10.x popř. E11.x - a je chápáno jako dekompenzace DM

3. Pokud je hypoglykémie zaléčena pouze **jídlem, sladkým nápojem** a pacient je hospitalizován k nastavení, úpravě medikace?

HDG = E10.x, E11.x – dekompenzace DM

Hypoglykémie u Diabetes mellitus

mohli byste prosím upřesnit kódování DM E10.x / E11.x a hypoglykémie E16.x.
Kdy kódovat hypoglykémii samostatně a kdy je příznakem dekompenzace DM?
Lékaři to vykazují různě, tak abychom věděli, co je správně.

1. Pokud je pacient diabetik s **hypoglykemickým kómatem** – je to jasné E 10.0 nebo E11.0
2. Pokud je přijat pro **symptomatickou hypoglykémii**, zaléčenou podáním např. **40% glukózy i.v** a následně na lůžkách upravena léčba DM. Kódují?

HDG = E16.0 Hypoglykémie bez kómatu způsobná léky (pokud vím, že byla např. po podání inzulínu s neadekvátním příjmem stravy) – beru jako příznak léčený ve své vlastní rovině

VDG = Y42.3 - inzulín a perorální antidiabetická léčiva

VDG = E10.x nebo E11.x

Nebo HDG = E10.x popř. E11.x - a je chápáno jako dekompenzace DM

HDG: E16.0 - Hypoglykemie bez kómatu, způsobená léky

**VDG: Y42.3 - Inzulín a perorální (hypoglykemizující) antidiabetická léčiva
E10.x či E11.x. dle typu Diabetes mellitus a typů komplikací**

Volba HDG dle pravidla 3.1 – např. dle délky hospitalizace, dalších vyšetření

Hypoglykémie u Diabetes mellitus

mohli byste prosím upřesnit kódování DM E10.x / E11.x a hypoglykémie E16.x.
Kdy kódovat hypoglykémii samostatně a kdy je příznakem dekompenzace DM?
Lékaři to vykazují různě, tak abychom věděli, co je správně.

1. Pokud je pacient diabetik s **hypoglykemickým kómatem** – je to jasné E 10.0 nebo E11.0
2. Pokud je přijat pro **symptomatickou hypoglykémii**, zaléčenou podáním např. **40% glukózy i.v** a následně na lůžkách upravena léčba DM. Kóduji?

HDG = E16.0 Hypoglykémie bez kómatu způsobná léky (pokud vím, že byla např. po podání inzulínu s neadekvátním příjmem stravy) – beru jako příznak léčený ve své vlastní rovině

VDG = Y42.3 - inzulín a perorální antidiabetická léčiva

VDG = E10.x nebo E11.x

Nebo HDG = E10.x popř. E11.x - a je chápáno jako dekompenzace DM

3. Pokud je hypoglykémie zaléčena pouze **jídlem, sladkým nápojem** a pacient je hospitalizován k nastavení, úpravě medikace?

HDG = E10.x, E11.x – dekompenzace DM

HDG: E10.x či E11.x

Pacient byl přijat k nastavení terapie DM, hypoglykémie byla zaléčena prehospitačně.

Postkanylační flebitida

Pacient byl přijat pro pneumonii vpravo. Byla zahájena ATB léčba v dvojkombinaci Klacid a Taximed, klinicky stav se postupně zlepšil. 5. den hospitalizace se na PHK objevila flebitis po kanyle, byla aplikována fyzikální léčba a lokální léčba heparoidem, pokračujeme v ATB terapii. K další léčbě přeložen na ONP.

Diagnostický závěr:

HDG : J189 - Pneumonie NS

VDG : Kanylová flebitis na PHK

T80.1-Cévní komplikace po infuzi, transfuzi a injekci ?

I80.8 - Flebitida a tromboflebitida jiných lokalizací ?

ATB terapie z důvodu pneumonie po celou dobu hospitalizace (hospitalizace 10dní), flebitida zjištěna pátý den hospitalizace. Cíleně na flebitidu ATB terapie nebyla zahájena, ale pokračujeme v ATB léčbě pro pneumonii.

Lze vykázat T80.1 pokud byla již antibiotická terapie z důvodu pneumonie?

Nebo správně I80.8 - Flebitida a tromboflebitida jiných lokalizací ?

Postkanylační flebitida

Pacient byl přijat pro pneumonii vpravo. Byla zahájena ATB léčba v dvojkombinaci Klacid a Taximed, klinicky stav se postupně zlepšil. 5. den hospitalizace se na PHK objevila flebitis po kanyle, byla aplikována fyzikální léčba a lokální léčba heparoidem, pokračujeme v ATB terapii. K další léčbě přeložen na ONP.

Diagnostický závěr:

HDG : J189 - Pneumonie NS

VDG : Kanylová flebitis na PHK

T80.1-Cévní komplikace po infuzi, transfuzi a injekci ?

I80.8 - Flebitida a tromboflebitida jiných lokalizací ?

ATB terapie z důvodu pneumonie po celou dobu hospitalizace (hospitalizace 10dní), flebitida zjištěna pátý den hospitalizace. Cíleně na flebitidu ATB terapie nebyla zahájena, ale pokračujeme v ATB léčbě pro pneumonii.

Lze vykázat T80.1 pokud byla již antibiotická terapie z důvodu pneumonie?

Nebo správně I80.8 - Flebitida a tromboflebitida jiných lokalizací ?

Postkanylační flebitida se vykazuje kódem T80.1 (nikoli I80.8).

V tomto případě nelze kód T80.1 vykázat, jelikož nebylo splněno pravidlo 4.19.1 - chyběla cílená ATB terapie

Amputace pro ICHDK

Polymorbidní pacient pokročilého věku (ICHS, fibrilace síní, užívání Xarelta, esenciální hypertenze, chronické renální selhání) byl přijat k amputaci pro dekompenzaci prokrvení LDK, defekt L bérce s těžkou ICHDK-CT angio tepen popisuje uzávěr obou femorálních tepen, chirurgicky neřešitelné. Provedena amputace LDK ve stehně pro vývoj gangrény. Hemotransfuze bez komplikace.

HDG: I7021 - Ateroskleróza končetinových tepen, s gangrénou

VDG: D62 - Akutní posthemoragická anemie

E117 - Diabetes mellitus 2. typu s mnohočetnými komplikacemi

I481 - Přetrvávající (perzistentní) fibrilace síní

N183 - Chronické onemocnění ledvin, stadium 3

I258 - Jiné formy chronické ischemické nemoci (choroby) srdeční

I10 - Esenciální (primární) hypertenze

I74.5 Embolie a trombóza pánevní tepny - lze vykázat jako HDG či I7021?

Nebo existuje jiná diagnóza "akutní cévní uzávěr"? I74.4 Embolie a trombóza tepen končetin NS (Akutní periferní arteriální okluze) ?

Provedené výkony: 66651 Amputace dlouhé kosti

90954 Kritická končetinová ischemie

Amputace pro ICHDK

Polymorbidní pacient pokročilého věku (ICHS, fibrilace síní, užívání Xarelta, esenciální hypertenze, chronické renální selhání) byl přijat k amputaci pro dekompenzaci prokrvení LDK, defekt L bérce s těžkou ICHDK-CT angio tepen popisuje uzávěr obou femorálních tepen, chirurgicky neřešitelné. Provedena amputace LDK ve stehně pro vývoj gangrény. Hemotransfuze bez komplikace.

HDG: I7021 – Ateroskleróza končetinových tepen, s gangrénou

VDG: ~~D62 – Akutní posthemoragická anemie~~

E11.7 – Diabetes mellitus 2. typu s mnohočetnými komplikacemi

I48.1 – Přetrvávající (perzistentní) fibrilace síní

~~N18.3 – Chronické onemocnění ledvin, stadium 3~~

N18.9 – Chronické onemocnění ledvin NS

I25.8 – Jiné formy chronické ischemické nemoci (choroby) srdeční

I10 – Esenciální (primární) hypertenze

- I74.5 nelze vykázat, jelikož se nejednalo o uzávěr pánevních tepen, ale tepen femorálních, tedy ev. I74.3. V kazuistice není zmínka o trombóze či embolii, ale o těžké ICHDK s uzávěrem femorálních tepen s gangrénou, proto na pozici HDG vykážeme kód I70.21.
- Pro vykázání kódu D62 není dostatek informací (pouze podání transfuzí, což nestačí ani pro vykázání anémie).
- Stupeň chronické renální insuficience není v kazuistice uveden

Amputace pro ICHDK II

Polymorbidní pacient s chronickou osteomyelitidou v oblasti distální části tibie a fibuly, trofickými defekty vpravo s hlubokými nekrózami dosahující TC kloubu, těžkou aterosklerózou končetinových tepen, vyčerpány možnosti cévní a intervenční léčby, klidová ischemie PDK, provedena amputace ve stehně vpravo. Pro anemii podány EBRD-bez komplikací.

HDG: I7021 - Ateroskleróza končetinových tepen, s gangrénou

VDG:D62 - Akutní posthemoragická anemie

M8696 - Osteomyelitida NS; bérec

L984 - Chronický vřed kůže NJ

I500 - Městnavé selhání srdce

I10 - Esenciální (primární) hypertenze

J449 - Chronická obstrukční plicní nemoc NS

I258 - Jiné formy chronické ischemické nemoci (choroby) srdeční

66651 Amputace dlouhé kosti

90954 Kritická končetinová ischemie

Lze jako HDG M8696 Osteomyelitida NS; bérec?

Amputace pro ICHDK II

Polymorbidní pacient s chronickou osteomyelitidou v oblasti distální části tibie a fibuly, trofickými defekty vpravo s hlubokými nekrózami dosahující TC kloubu, těžkou aterosklerózou končetinových tepen, vyčerpány možnosti cévní a intervenční léčby, klidová ischemie PDK, provedena amputace ve stehně vpravo. Pro anemii podány EBRD-bez komplikací.

HDG: I702.1 – Ateroskleróza končetinových tepen, s gangrénou

VDG: ~~D62 – Akutní posthemoragická anemie~~

D64.9 – Anemie NS

M86.96 – Osteomyelitida NS; bérec

~~L98.4 – Chronický vřed kůže NJ~~

~~I50.0 – Městnavé selhání srdce~~

~~I10 – Esenciální (primární) hypertenze~~

~~J44.9 – Chronická obstrukční plicní nemoc NS~~

~~I25.8 – Jiné formy chronické ischemické nemoci (choroby) srdeční~~

- Z kazuistiky nevyplývá, že by pro byla poskytována péče pro osteomyelitidu, proto na pozici HDG vykážeme kód I70.21.
- Pro vykázání kódu D62 není dostatek informací, je nutno vykázat kód D64.9.
- V kazuistice není dostatek informací k vykázání kódů: I50.0, I10, I25.8, J44.9, ani informace o péči stran L98.4 – pokud byly uvedené stavy řešeny, je možno je v souladu s pravidly vykázat, je-li o tom záznam ve zdravotnické dokumentaci.

Amputace pro diabetickou angiopatii

Pacient s periferní diabetickou angiopatií hospitalizován s osteomyelitidou distálního článku II prstu pravé nohy, provedena amputace II prstu pravé nohy.

I792 Periferní angiopatie při nemocech zařazených jinde
E115 Diabetes mellitus 2.typu s periferními oběhovými komplikacemi
M8697 Osteomyelitida NS, kotník a noha pod ním
U6974 Syndrom diabetické nohy

66679 Exartikulace (amputace metatarzální) falangeální-jedna

Prosím o pomoc s určením HDG.

Jsou možné I792, M8697, U6974 - záleží jak uzavře lékař?

Pokud připíše na vrub U6974 - v Průběhu hospitalizace by musel zmínit:

Pacient se syndromem diabetické nohy, periferní diabetickou angiopatií, osteomyelitidou distálního článku II prstu pravé nohy,...

- je takto správně?

Amputace pro diabetickou angiopatii

Pacient s periferní diabetickou angiopatií hospitalizován s osteomyelitidou distálního článku II prstu pravé nohy, provedena amputace II prstu pravé nohy.

HDG: M86.97 – Osteomyelitida NS, kotník a noha pod ním

VDG: I79.2 – Periferní angiopatie při nemocech zařazených jinde

E11.5 – Diabetes mellitus 2.typu s periferními oběhovými komplikacemi

U69.74 – Syndrom diabetické nohy

66679 Exartikulace (amputace metatarzální) falangeální-jedna

Prosím o pomoc s určením HDG.

Jsou možné I792, M8697, U6974 - záleží jak uzavře lékař?

Pokud připíše na vrub U6974 - v Průběhu hospitalizace by musel zmínit:

Pacient se syndromem diabetické nohy, periferní diabetickou angiopatií, osteomyelitidou distálního článku II prstu pravé nohy,...

- je takto správně?

- **Osteomyelitida byla důvodem hospitalizace a v.s. i amputace, proto na pozici HDG vykážeme kód M86.97.**
- **Pro vykázení kódu U69.74 není dostatek informací, je nutno aby lékař klinický stav uzavřel jako syndrom diabetické nohy.**
- **Pro vykázení kódu I79.2 je nutno poskytnout péči např. angiografií.**

Děkujeme Vám za pozornost

zbynek.bortlicek@uzis.cz

tomas.pavlik@uzis.cz

irena.molinari@uzis.cz

miroslav.zvolsky@uzis.cz