

Dotazy ke kódování diagnóz CZ-DRG 7.0

Irena Molinari

Miroslav Zvolský

Zbyněk Bortlíček

Tomáš Pavlík

Frailty – nové kódy MKN-10 v roce 2025

U57	Výsledek screeningu nebo vyšetření geriatrické křehkosti	
U57.1	Orientační výsledek screeningu Frailty	
U57.10	Negativní výsledek screeningu Frailty	Orientační informace od jiných oborů
U57.11	Pozitivní výsledek screeningu Frailty	
U57.2	Výsledek vyšetření Frailty	
U57.20	Non-frailty (nepřítomnost křehkosti)	Na základě speciálního vyšetření geriatrem
U57.21	Pre-frailty (rizikový stav předcházející křehkosti)	
U57.22	Frailty (křehký pacient, geriatrická křehkost)	

Frailty

Metodika je ve fázi schvalování a bude vyvěšena na webu ÚZISu.

+

Drobná úprava Pravidel kódování

Aktualizace MKN-10 pro rok 2025 Kódy pro výsledek vyšetření geriatrické křehkosti

Miroslav Zvolský
Národní centrum pro medicínské nomenklatury a klasifikace,
Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Verze dokumentu 1.0

Poslední úprava 14. 1. 2025

Platnost dokumentu Verze po zapracování připomínek odborné společnosti, k připomínkám pracovním skupinám

Další metainformace:

Metodika byla vytvořena ve spolupráci a připomínkována Českou gerontologickou a geriatrickou společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

Kódování případů

Vyklenutá velká fontanela

5,5 měsíční kojeneček odeslán od PLDD pro vyklenutou velkou fontanelu. Při přijetí afebrilní, KP stabilní, orientační neurologický nálezn v normě, ve fyzikálním nálezu vyklenutá VF 2x2 cm. Vstupní laboratorní výsledky v normě. Metodou PCR virologie negativní. Kultivační vyšetření krku bez patologického nálezu. Neurologické vyšetření s nálezem normálního topického nálezu. Oční vyšetření s normální nálezem, bez městnání. Provedeno USG CNS, kde pouze hraniční šíře postranních komor, dána nejspíše tvarem hlavy, jinak bez patologie. Za hospitalizace pacient afebrilní, chová se zvykle, s dobrým perorálním příjmem, nezvracel, vylučování v normě. Druhý den hospitalizace velká fontanela v niveau, nepulzuje, observace v normě. Hodnotíme jako **vyklenutí velké fontanely** nejasné etiologie. Propouštíme v celkově dobrém klinickém stavu do domácí péče.

DOTAZ: DG Z03 je nepřipustná hlavní diagnóza, co vykázat jako HDG?

Vyklenutá velká fontanela

5,5 měsíční kojenec odeslán od PLDD pro vyklenutou velkou fontanelu. Při přijetí afebrilní, KP stabilní, orientační neurologický nálezn v normě, ve fyzikálním nálezu vyklenutá VF 2x2 cm. Vstupní laboratorní výsledky v normě. Metodou PCR virologie negativní. Kultivační vyšetření krku bez patologického nálezu. Neurologické vyšetření s nálezem normálního topického nálezu. Oční vyšetření s normální nálezem, bez městnání. Provedeno USG CNS, kde pouze hraniční šíře postranních komor, dána nejspíše tvarem hlavy, jinak bez patologie. Za hospitalizace pacient afebrilní, chová se zvykle, s dobrým perorálním příjmem, nezvracel, vylučování v normě. Druhý den hospitalizace velká fontanela v niveau, nepulzuje, observace v normě. Hodnotíme jako **vyklenutí velké fontanely** nejasné etiologie. Propouštíme v celkově dobrém klinickém stavu do domácí péče.

DOTAZ: DG Z03 je nepřipustná hlavní diagnóza, co vykázat jako HDG?

Kódujeme suspektní diagnózu, pokud nebyla vyvrácena, pokud ano, kódujeme příznak.

HDG: R29.8 - Jiné a neurčené příznaky a znaky týkající se nervové a svalové a kosterní soustavy

Spondylodiscitida

67-letý pacient s cca 2 měsíce trvajícím bolestmi mezi lopatkami po prodělané pleuritidě vpravo. 5/2024 byl přijat na naše oddělení k doplnění MRI Th páteře, analgetoterapii a nastavení ATB terapie při CT Th-p 16.7. nález: spondylodiscitis Th 8/9. MRI Th 17.7. potvrzuje spondylodiscitis Th7/8. Základní laboratorní vyšetření zde nezáporné, s hypercholesterolemií, dále bez nápadností. Kultivační vyšetření moči s vyšetřením močového sedimentu a biochemie bez patologie. Odběr hemokultur bez záchytu. Po konzultaci s radiologem a neurochirurgem vzhledem k obtížnosti výkonu, klinickému stavu a nálezu na MRI bez indikace a možnosti k odběru biopsie z ložiska zánětu. Nastavena empirická ATB terapie klindamycinem, nastavena adekvátní analgetická terapie. Pořízen stabilizační korzet - provedena edukace nasazení. Při dimisi pacient K-P i metabolicky komp., v korzetu samostatně mobilní, bolesti Th páteře zmírněny, topický neurologický nález bez patologie.

Terapie: Dalacin C, Zaldiar, Helicid, Rosucard, Enterol, Bigital, Fraxiparine

Diagnostický souhrn:

Spondylodiscitis Th 8/9, topický neurologický nerostatus v normě M 462 M 463

St.p. pleuropneumoni 5/2024 Z 861 Z 870

AHT I 10

Hypercholesterolemie E789

Syn. spánkové apnoe - na th. CPAP G 473

VAS LS M 5496

DOTAZ: Spondylodiscitida jak správně vykázat?

Spondylodiscitida

67-letý pacient s cca 2 měsíce trvajícím bolestmi mezi lopatkami po prodělané pleuritidě vpravo. 5/2024 byl přijat na naše oddělení k doplnění MRI Th páteře, analgetoterapii a nastavení ATB terapie při CT Th-p 16.7. nález: spondylodiscitis Th 8/9. MRI Th 17.7. potvrzuje spondylodiscitis Th7/8. Základní laboratorní vyšetření zde nezáporné, s hypercholesterolemií, dále bez nápadností. Kultivační vyšetření moči s vyšetřením močového sedimentu a biochemie bez patologie. Odběr hemokultur bez záchyty. Po konzultaci s radiologem a neurochirurgem vzhledem k obtížnosti výkonu, klinickému stavu a nálezu na MRI bez indikace a možnosti k odběru biopsie z ložiska zánětu. Nastavena empirická ATB terapie klindamycinem, nastavena adekvátní analgetická terapie. Pořízen stabilizační korzet - provedena edukace nasazení. Při dimisi pacient K-P i metabolicky komp., v korzetu samostatně mobilní, bolesti Th páteře zmírněny, topický neurologický nález bez patologie.

Terapie: Dalacin C, Zaldiar, Helicid, Rosucard, Enterol, Bigital, Fraxiparine

Diagnostický souhrn:

Spondylodiscitis Th 8/9, topický neurologický nerostatus v normě M 462 M 463

St.p. pleuropneumoni 5/2024 Z 861 Z 870

AHT I 10

Hypercholesterolemie E789

Syn. spánkové apnoe - na th. CPAP G 473

VAS LS M 5496

DOTAZ: Spondylodiscitida jak správně vykázat?

HDG: M46.44 – Zánět meziobratlové ploténky (discitida) NS - Torakální (hrudní) krajina není přesnější informace

VDG: I10 – Esenciální (primární) hypertenze léčba

E78.9 – Porucha metabolismu lipoproteinů NS léčba

G47.3 – Syndrom spánkové apnoe léčba

M54.96 – Dorzalgie NS – Lumbální (bederní) krajina dle epikrýzy bolest mezi lopatkami, zjištěna příčina

Anémie u onkologického pacienta

Polymorbidní pacient přijat k operaci dle Hartmanna pro tumor sigmatu verifikovaný kolonoskopicky. Předoperačně z důvodu anemie podány 2x EBRD, bez komplikací. Provedena resekce esovité kličky dle Hartmanna, terminální stomie. Pooperačně pacient na ARO, na chirurgické JIP, hojení komplikováno prodlouženou střevní paralýzou a seromem – povoleny stehy, serom vydrénován, překryt ATB, náhrada krevního obrazu (3x EBRD a 2x mražená plasma), sekundární hojení laparotomie i perinea-E.Coli.

Kodér:

- C19 - Zhoubný novotvar rektosigmoideálního spojení
- D630 - Anemie při onemocněních novotvary (C00-D48+)
- T810 - Krvácení a hematom komplikující výkon nezařazené jinde
- L022 - Kožní absces, furunkl a karbunkl trupu
- Y833 - Operace s vytv.vnějšího ústí jako příč. abnorm.reakce nebo pozd.kompl.
- B962 - Escherichia coli jako příčina nemoci zařazené do jiných kapitol

- D62 Akutní posthemoragická anemie
- D689 Porucha koagulace NS

Prosím o názor na kódování anemií - onkologický pacient předoperačně anemický D630 a z důvodu operace ztrátová D62. D689 Porucha koagulace nekódujeme, protože prý je to ztrátová anemie a já si myslím, že se plasmou doplňují mj. základní koagulační faktory a kódovat bychom mohli.

1. Lze kódovat dvě různé anemie v rámci jednoho hospitalizačního případu?
2. Lze kódovat současně D62 + D689? Z důvodu D62 podávány EBRD, D689 podávány mražené plasmu.

Anémie u onkologického pacienta

Polymorbidní pacient přijat k operaci dle Hartmanna pro **tumor sigmatu** verifikovaný kolonoskopicky. Předoperačně z důvodu anemie podány 2x EBRD, bez komplikací. Provedena resekce esovitě kličky dle Hartmanna, terminální stomie. Pooperačně pacient na ARO, na chirurgické JIP, hojení komplikováno prodlouženou střevní paralýzou a seromem – povoleny stehy, serom vydrénován, překryt ATB, náhrada krevního obrazu (3x EBRD a 2x mražená plasma), sekundární hojení laparotomie i perinea-E.Coli.

Kodér:

- ~~C19 - Zhoubný novotvar rektosigmoideálního spojení~~ **C18.7 Zhoubný novotvar esovitěho tračnicku [colon sigmoideum]**
 D630 - Anemie při onemocněních novotvary (C00-D48+)
 T810 - Krvácení a hematom komplikující výkon nezařazené jinde
 L022 - Kožní absces, furunkl a karbunkl trupu
 Y833 - Operace s vytv.vnějšího ústí jako příč. abnorm.reakce nebo pozd.kompl.
 B962 - Escherichia coli jako příčina nemoci zařazené do jiných kapitol
- D62 Akutní posthemoragická anemie
 D689 Porucha koagulace NS

Prosím o názor na kódování anemií - onkologický pacient předoperačně anemický D630 a z důvodu operace ztrátová D62. D689 Porucha koagulace nekódujeme, protože prý je to ztrátová anemie a já si myslím, že se plasmou doplňují mj. základní koagulační faktory a kódovat bychom mohli.

1. Lze kódovat dvě různé anemie v rámci jednoho hospitalizačního případu?
2. Lze kódovat současně D62 + D689? Z důvodu D62 podávány EBRD, D689 podávány mražené plasmy.

Anémie u onkologického pacienta

Polymorbidní pacient přijat k operaci dle Hartmanna pro tumor sigmoidu anemie podány 2x EBRD, bez komplikací. Provedena resekce esovitě pacient na ARO, na chirurgické JIP, hojení komplikováno prodloužen vydrénován, překryt ATB, náhrada krevního obrazu (3x EBRD a 2x m E.Coli.

Kodér:

~~C19 - Zhoubný novotvar rektosigmoideálního spojení~~ **C18.7 Zhoubný novotvar rektosigmoideálního spojení**
D630 - Anemie při onemocněních novotvary (C00-D48+)
T810 - Krvácení a hematoma komplikující výkon nezařazené jin
~~L022 - Kožní absces, furunkl a karbunkl trupu~~
Y833 - Operace s vytv.vnějšího ústí jako příč. abnorm.reakce n
~~B962 - Escherichia coli jako příčina nemoci zařazené do jiných kap~~

~~D62 - Akutní posthemoragická anemie~~

~~D689 - Porucha koagulace NS~~

Prosím o názor na kódování anemií - onkologický pacient předoperačně D689 Porucha koagulace nekódujeme, protože prý je to ztrátová anemie koagulační faktory a kódovat bychom mohli.

1. Lze kódovat dvě různé anemie v rámci jednoho hospitalizačního př
2. Lze kódovat současně D62 + D689? Z důvodu D62 podávány EBR

2.2 Standardní postup při stanovení kódu

2.2.1 Odpovědnost a kompetence

Za správnost klinických diagnóz a diagnostických konstatování odpovídá lékař.

Za správnost kódování odpovídá kodér.

Komentář k pravidlu:

Kodérem je v tomto dokumentu myšlena osoba lékařské nebo nelékařské profese pověřená kódováním, resp. odpovědná za správnost vykazovaného kódu.

Směrnice nevyklučuje, že roli kodéra plní lékař. I v takovém případě je nutné z procesního hlediska odlišovat oba kroky, kterými jsou:

1. stanovení klinické diagnózy,
2. klasifikace této klinické diagnózy v systému MKN-10.

Kodér nesmí interpretovat klinickou diagnózou příznaky, objektivní nálezy nebo jiné abnormální nálezy nebo jiné skutečnosti, které lékař sám neinterpretoval.

- způsobený určitým etiologickým agens na základě pouze mikrobiologického nálezu,
- anémii na základě krevního obrazu nebo podání krevní transfúze,
- sepsi na základě pozitivní hemokultury,
- šok na základě podání katecholaminů,
- apod.

Kodér může (samostatně, tedy bez konzultace s lékařem) vzít v úvahu při kódování:

- informace z dokumentace, které blíže specifikují klinickou diagnózu a doplnit tak znění, které použil lékař v závěrečné zprávě (např. upřesnit lokalizaci léze podle RTG závěru; je to proto, že RTG závěr již představuje lékařskou interpretaci výstupu zobrazovací metody),
- informace z dokumentace, které jsou samy o sobě nepochybně lékařskou interpretací dílčích nálezů a upřesňují, resp. rozšiřují popis stavu (např. závěr histologického vyšetření),
- záznamy v ošetřovatelské dokumentaci o stavech spadajících především do domény ošetřovatelství (dekubity, inkontinence apod.), které představují jednoduché konstatování, a nikoliv interpretaci dílčích nálezů.

Případná další upřesnění obsahují speciální pravidla.

Anémie u onkologického pacienta

Polymorbidní pacient přijat k operaci dle Hartmanna pro **tumor sigmatu** verifikovaný kolonoskopicky. Předoperačně z důvodu **anemie** podány 2x EBRD, bez komplikací. Provedena resekce esovité kličky dle Hartmanna, terminální stomie. Pooperačně pacient na ARO, na chirurgické JIP, hojení komplikováno prodlouženou střevní paralýzou a **seromem** – povoleny stehy, serom vydrénován, překryt ATB, náhrada krevního obrazu (3x EBRD a 2x mražená plasma), sekundární hojení laparotomie i perinea-E.Coli.

HDG: C18.7 – Zhoubný novotvar esovitého tračníku [colon sigmoideum]

VDG: D63.0 – Anemie při onemocněních novotvary (C00-D48+)

T81.0 – Krvácení a hematom komplikující výkon nezařazené jinde

Y83.3 – Operace s vytv.vnějšího ústí jako příč. abnorm.reakce nebo pozd.kompl.

Doléčení urosepse

77-letý, komorbidní pacient přeložen z neurochirurgie (jiné ZZ) k doléčení urosepse. Původně přijat na NCH k operačnímu výkonu pro gigantický meningeom sulcus olfactorius s přilehlým edémem, klinicky manifestní zmateností, kolapsem s bezvědomím. V předoperačním období rozvoj febrilií, dušnosti, hyposaturace, hypotenze, tachykardie, oligurie, dle CT AG plicnice bez průkazu infiltrace, laboratorně septické hodnoty zánětlivých parametrů, léčen na JIP. Podpora oběhu vazopresory, přechodně kontinuálně diuretika, iniciálně zaléčen empiricky Meropenem+Amikacin, poté deescalace dle močové citlivosti (*Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*) na Ceftazidim, hydratace. Postupně zlepšení stavu, stabilizace oběhu, pokles zánětlivých parametrů, přeložen do našeho ZZ k doléčení.

Při překladu oběhově stabilní, při vědomí, obtížně komunikující, vyhoví výzvě, spíše hypohydratovaný. Pokračováno v zavedené terapii (Ceftazidim), hydratace, postupný pokles zánětlivých parametrů, nadále tekutinové bilance negativní. Započato s rehabilitací, nadále oběhově stabilní, vnitřní prostředí normalizováno, CRP nízké, asymptomatický, pro sklon k bradykardii vysazen BB, překlad na ONPaR . Nebyla provedena žádná další vyšetření, konzilia... Lékařem uzavřeno jako sepsa při uroinfekci.

Dotaz: Pacient při přijetí již zaléčen, v našem ZZ nelze kódovat žádné orgánové selhání, jako HDG tedy N390? Speciální pravidlo pro sepsa (4.1.1) má přednost před obecným (3.1 HDG: překlad pacienta k doléčení z jednoho ZZ do druhého)...?

Doléčení urosepse

77-letý, komorbidní pacient přeložen z neurochirurgie (jiné ZZ) k doléčení urosepse. Původně přijat na NCH k operačnímu výkonu pro gigantický meningeom sulcus olfactorius s přilehlým edémem, klinicky manifestní zmateností, kolapsem s bezvědomím. V předoperačním období rozvoj febrilií, dušnosti, hyposaturace, hypotenze, tachykardie, oligurie, dle CT AG plicnice bez průkazu infiltrace, laboratorně septické hodnoty zánětlivých parametrů, léčen na JIP. Podpora oběhu vazopresory, přechodně kontinuálně diuretika, iniciálně zaléčen empiricky Meropenem+Amikacin, poté deescalace dle močové citlivosti (*Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*) na Ceftazidim, hydratace. Postupně zlepšení stavu, stabilizace oběhu, pokles zánětlivých parametrů, přeložen do našeho ZZ k doléčení.

Při překladech oběhově stabilní, při vědomí, obtížně komunikující, vyhoví výzvě, spíše hypohydratovaný. Pokračováno v zavedené terapii (Ceftazidim), hydratace, postupný pokles zánětlivých parametrů, nadále tekutinové bilance negativní. Započato s rehabilitací, nadále oběhově stabilní, vnitřní prostředí normalizováno, CRP nízké, asymptomatický, pro sklon k bradykardii vysazen BB, překlad na ONPaR. Nebyla provedena žádná další vyšetření, konzilia... Lékařem uzavřeno jako sepsa při uroinfekci.

Speciální pravidlo má přednost před pravidlem obecným

HDG: N39.0 – Infekce močového ústrojí neurčené lokalizace



Ruptura cysty ovária

Pacientka přijata pro hemopritoneum - st.p. ruptuře hemorrhagické cysty- provedena laparoskopie a odsátí koagul. Pooperační průběh klidný, afebrilní, bez komplikací. Vzhledem k anemii po ak. krevní ztrátě podána trf. 2x300ml EM.

Z oper. záznamu:

Dg.: Rpt. hemorrhagické cysty pravého ovaria, Hemoperitoneum

Op.: Lpsk op. Odsátí, laváž, drenáž hemoperitonea, Koagulace pr. ovaria

90804 Resekce ovaria laparosc

51711 Výkon laparosc. a torakosp.

Dotaz: Lze zakódovat takto?

HDG: N830 Folikulární cysta vaječníku

VDG: K661 Hemoperitoneum - HDG

D62 Ak. posthem. anemie

13-I14-01 Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s
CC=3-4

Ruptura cysty ovária

Pacientka přijata pro hemopritoneum - st.p. ruptuře hemorrhagické cysty- provedena laparoskopie a odsátí koagul. Pooperační průběh klidný, afebrilní, bez komplikací. Vzhledem k anemii po ak. krevní ztrátě podána trf. 2x300ml EM.

Z oper. záznamu:

Dg.: Rpt. hemorrhagické cysty pravého ovaria, Hemoperitoneum

Op.: Lpsk op. Odsátí, laváž, drenáž hemoperitonea, Koagulace pr. ovaria

~~90804 Resekce ovaria laparosc~~

90789 (DRG) KOAGULACE V MALÉ PÁNVI LAPAROSKOPICKY

90782 (DRG) LAVÁŽ A ODSÁTÍ DUTINY PERITONEÁLNÍ LAPAROSKOPICKY

51711 Výkon laparosc. a torakosp.

HDG: K66.1 – Hemoperitoneum

VDG: N83.2 – Jiné a neurčené cysty vaječníku

D62 – Akutní posthemoragická anémie

Centrální léze lícního nervu u CMP

87-letý pacient s léčenou fibrilací síní byl přivezen RZP na neurologii pro poruchu řeči. Při přijetí byl pacient somnolentní, se semiptózou vpravo, internukleární oftalmoplegie vpravo, lehká pravostranná hemiparéza, centr. léze n.VII dx., NIHSS 8. Na CT mozku prokázáno 16 mm ischemické ložisko v thalamu. Dle CTA oboustranné 50% stenózy karotid. V laboratoři byla zjištěna mírná hypokálemie. Vzhledem k antikoagulační léčbě byla kontraindikována IVT a pacient byl léčen konzervativně. Byla zahájena rehabilitace a substituce minerálů. V kontrolní lab. normalizace mineralogramu. Byla provedena úprava medikace změna na jiný NOAK. V průběhu hospitalizace se celkový stav pacienta zlepšil a v KP kompenzovaném stavu byl propuštěn do domácí péče.

Diagnostický závěr:

Akutní ischemická cévní mozková příhoda v pravém karotickém povodi, klin. manifestní expresivní afázií, centr. lézí n.VII dx, lehkou levostrannou hemiparézou, lehká paréza n. III. sin., etiol. v.s. kardioembolizace při fibrilaci síní. (NIHSS 5b)

* na nativním CT mozku dif. mozková atrofie, pokročilá encefalopatie, dle CTA odstup. stenózy ACI bilat. okolo 50%.

* indikován konzervativní postup (antikoagulace apixabanem)

* kontrolní CT mozku-proti min. vyš. 6.1.24 se vykreslila subakutní ischemie velikosti 16mm vpravo v thalamu

Ostatní obraz je stacionární- difuzní mozková atrofie, encefalopathie v bílé hmotě

Dotaz: Jako HDg. vykazujeme I63.5. Centrální léze n. VII kódována VDg. G519 (Porucha lícního nervu NS).

Nebo je to takto chybně kódováno a je nutné kódovat VDg. G83.6 (Jiné paralytické syndromy - Faciální paralýza při postižení horního motorického neuronu)?

Centrální léze lícního nervu u CMP

87-letý pacient s léčenou fibrilací síní byl přivezen RZP na neurologii pro poruchu řeči. Při přijetí byl pacient somnolentní, se semiptózou vpravo, internukleární oftalmoplegie vpravo, lehká pravostranná hemiparéza, centr. léze n.VII dx., NIHSS 8. Na CT mozku prokázáno 16 mm ischemické ložisko v thalamu. Dle CTA oboustranné 50% stenózy karotid. V laboratoři byla zjištěna mírná hypokálemie. Vzhledem k antikoagulační léčbě byla kontraindikována IVT a pacient byl léčen konzervativně. Byla zahájena rehabilitace a susbtituce minerálů. V kontrolní lab. normalizace mineralogramu. Byla provedena úprava medikace změna na jiný NOAK. V průběhu hospitalizace se celkový stav pacienta zlepšil a v KP kompenzovaném stavu byl propuštěn do domácí péče.

Diagnostický závěr:

Akutní ischemická cévní mozková příhoda v pravém karotickém povodi, klin. manifestní expresivní afázií, centr. lézí n.VII dx, lehkou levostrannou hemiparézou, lehká paréza n. III. sin., etiol. v.s. kardioembolizace při fibrilaci síní. (NIHSS 5b)

* na nativním CT mozku dif. mozková atrofie, pokročilá encefalopatie, dle CTA odstup. stenózy ACI bilat. okolo 50%.

* indikován konzervativní postup (antikoagulace apixabanem)

* kontrolní CT mozku-proti min. vyš. 6.1.24 se vykreslila subakutní ischemie velikosti 16mm vpravo v thalamu

Ostatní obraz je stacionární- difuzní mozková atrofie, encefalopathie v bílé hmotě

Dotaz: Jako HDg. vykazujeme I63.5. Centrální léze n. VII kódována VDg. G519 (Porucha lícního nervu NS).

Nebo je to takto chybně kódováno a je nutné kódovat VDg. G83.6 (Jiné paralytické syndromy - Faciální paralýza při postižení horního motorického neuronu)?

Centrální paréza n. facialis: G83.6 – Faciální paralýza při postižení horního motorického neuronu

Periferní paréza n. facialis: G51.9 – Porucha lícního nervu NS

Centrální léze lícního nervu u CMP

87-letý pacient s léčenou fibrilací síní byl přivezen RZP na neurologii pro poruchu řeči. Při přijetí byl pacient somnolentní, se semiptózou vpravo, internukleární oftalmoplegie vpravo, lehká pravostranná hemiparéza, centr. léze n.VII dx., **NIHSS 8**. Na CT mozku prokázáno 16 mm ischemické ložisko v thalamu. Dle CTA oboustranné 50% stenózy karotid. V laboratoři byla zjištěna mírná hypokálemie. Vzhledem k antikoagulační léčbě byla kontraindikována IVT a pacient byl léčen konzervativně. Byla zahájena rehabilitace a substituce minerálů. V kontrolní lab. normalizace mineralogramu. Byla provedena úprava medikace změna na jiný NOAK. V průběhu hospitalizace se celkový stav pacienta zlepšil a v KP kompenzovaném stavu byl propuštěn do domácí péče.

Diagnostický závěr:

Akutní ischemická cévní mozková příhoda v pravém karotickém povodi, klin. manifestní expresivní afázií, centr. lézí n.VII dx, lehkou levostrannou hemiparézou, lehká paréza n. III. sin., etiol. v.s. kardioembolizace při fibrilaci síní. (**NIHSS 5b**)

* na nativním CT mozku dif. mozková atrofie, pokročilá encefalopatie, dle CTA odstup. stenózy ACI bilat. okolo 50%.

4.22.2 Pravidla pro dodatkové kódy pro bližší určení vybraných stavů (U53–U69)

4.22.2.5 Výpočet NIHSS³ pro kódy U53.x je vyhodnocen pro stav pacienta při přijetí do zdravotnického zařízení.

Centrální léze lícního nervu u CMP

87-letý pacient s léčenou **fibrilací síní** byl přivezen RZP na neurologii pro poruchu řeči. Při přijetí byl pacient somnolentní, se semiptózou vpravo, internukleární oftalmoplegie vpravo, lehká pravostranná hemiparéza, centr. léze n.VII dx., **NIHSS 8**. Na CT mozku prokázáno 16 mm ischemické ložisko v thalamu. Dle CTA oboustranné 50% stenózy karotid. V laboratoři byla zjištěna mírná hypokálemie. Vzhledem k antikoagulační léčbě byla kontraindikována IVT a pacient byl léčen konzervativně. Byla zahájena rehabilitace a substituace minerálů. V kontrolní lab. normalizace mineralogramu. Byla provedena úprava medikace změna na jiný NOAK. V průběhu hospitalizace se celkový stav pacienta zlepšil a v KP kompenzovaném stavu byl propuštěn do domácí péče.

Diagnostický závěr:

Akutní ischemická cévní mozková příhoda v pravém karotickém povodi, klin. manifestní expresivní afázií, centr. lézí n.VII dx, lehkou levostrannou hemiparézou, lehká paréza n. III. sin., etiol. v.s. kardioembolizace při fibrilaci síní. (NIHSS 5b)

* na nativním CT mozku dif. mozková atrofie, pokročilá encefalopatie, dle CTA odstup. **stenosy ACI bilat.** okolo 50%.

* indikován konzervativní postup (antikoagulace apixabanem)

* kontrolní CT mozku-proti min. vyš. 6.1.24 se vykreslila subakutní ischemie velikosti 16mm vpravo v thalamu

Ostatní obraz je stacionární- difuzní mozková atrofie, encefalopathie v bílé hmotě

HDG: I63.2 – Mозkový infarkt způsobený neurčenou okluzí nebo stenózou přívodných mozkových tepen

VDG: I48.9 – Fibrilace a flutter síní NS

U53.05 – NIHSS skóre 8

G83.6 – ~~Faciální paralýza při postižení horního motorického neuronu – příznak –~~ **nebyla poskytnutá péče**

Porucha vědomí u onkologického pacienta

Pacientka s generalizovaným melanomem vulvy byla hospitalizována na neurologickém oddělení pro poruchu vědomí (char. stupor/polokoma) při známém metastatickém postižení mozku, klinickému stavu dále dominovala hemiplegie a edém mozku. Léčba byla vzhledem k onkologickému onemocnění pouze palativní. Došlo k rychlé progresi stavu a následně k exitus letalis.

Diagnostický závěr

*Progredující por. vědomí, levostranná těžká hemiparéza u pac. se známým metastat. procesem cerebrálním

*Generalizovaná malignita s meta postižením mozku a plic, meta nebo maligní LAP vpravo inguinálně, origo k dovyš. v.s. melanom vulvy

- Elevace CRP, při přijetí 152 mg/l, v průběhu hospitalizace afebrilní, od 9.12. do 15.12 empirická ATB terapie, pokles CRP do 39,9 mg/l

- dle MR mozku od 12/23 - prokázána vícečetná po KL se opacifikující metastatická prokrváčená ložiska v mozku supratentoriálně, deset ložisek, velikosti od 3 do 44 mm v průměru, s edémem v okolí větších ložisek. Redukce objemu komor supratentoriálně, hlavně pravé postranní komory, středočárový přesun doleva o 4 mm. Infratentoriálně ložiskové změny neprokázány. Nejsou známky poruchy cirkulace likvoru. Závěr: prokázáno deset metastatických ložisek supratentoriálně

- dle CT břicha od 12/23 - známé plicní meta, jaterní cysty, odlitková nefrolithiasa vpravo, meta nebo maligní LAP vpravo inguinálně, sférická LU vlevo subrenálně, nodulus/ložisko vlevo perineálně.

- dle RTG plíce 12/23 - dvě ložiska levé plíce charakteru metastáz

Kódováno:

HDG: R40.1 – Ztrnulost (stupor)

VDG: C79.3 – Sekundární zhoubný novotvar mozku a mozkových plen

C78.0 – Sekundární zhoubný novotvar plic

G81.1 – Spastická hemiplegie

G83.6 – Faciální paralýza při postižení horního motorického neuronu

Nebo je HP nutné kódovat HDg. C793, která byla hlavním předmětem péče...?

Porucha vědomí u onkologického pacienta

4.2.3 Pravidlo pro kódování léčby metastáz

- a) V případě, že je ZN diseminován do sekundárních lokalizací a zároveň je aplikována systémová protinádorová terapie, vykazujeme kód primárního novotvaru, a to bez ohledu na to, zda je onemocnění v primární lokalizaci přítomno či nikoliv (viz pravidlo 2.3.3.). V tomto případě pak vykazujeme kódy sekundárních lokalizací na pozicích VDG pouze při splnění pravidla 3.2.
- b) Pokud je za potřebu hospitalizace odpovědná lokální nebo lokoregionální léčba nebo diagnostika nádorových metastáz v konkrétní sekundární lokalizaci, vykazujeme na pozici HDG tuto sekundární lokalizaci. V rámci podvojného kódování vždy vykazujeme kód primárního novotvaru na místě VDG.

Komentář k pravidlu:

Podávání systémové protinádorové léčby u pacientů s metastatickým postižením není cílenou léčbou metastáz, ale jde o pokračování léčby původního primárního onemocnění ve stádiu generalizace.

Systémová protinádorová terapie zahrnuje léčbu cytostatiky, protinádorovými léčivy, hormonoterapií, imunoterapií atd., kdy je léčivo záměrně distribuováno do celého organismu.

Lokální nebo lokoregionální léčba a diagnostika metastáz zahrnuje diagnostickou punkci, chirurgické odstranění, radioterapii atd. Tyto postupy jsou zaměřeny lokálně na konkrétní sekundární lokalizace ZN a zohledňujeme je v kódování zejména při provedení kritických výkonů.

Porucha vědomí u onkologického pacienta

Pacientka s generalizovaným melanomem vulvy byla hospitalizována na neurologickém oddělení pro poruchu vědomí (char. stupor/polokoma) při známém metastatickém postižení mozku, klinickému stavu dále dominovala hemiplegie a edém mozku. Léčba byla vzhledem k onkologickému onemocnění pouze palativní. Došlo k rychlé progresi stavu a následně k exitus letalis.

HDG: C79.3 – Sekundární zhoubný novotvar mozku a mozkových plen

VDG: C51.9 – Zhoubný novotvar vulvy NS **podvojně kódování**

~~C78.0 – Sekundární zhoubný novotvar plic není poskytována žádná péče~~

G81.1 – Spastická hemiplegie **zvýšená ošetrovatelská péče**

~~G83.6 – Faciální paralýza při postižení horního motorického neuronu~~ **není informace o poskytnuté péči**

Propuštění kódy 04, 05

Úhradová vyhláška na rok 2025 kalkuluje s kódem ukončení léčení 5, jak je možno ověřit, kam spadá ZZ, do kterého je pacient překládán?

Například: kam patří DIOP, lázeňská zařízení (Lázně Poděbrady mají i akutní lůžko), hospice, rehabilitační ústavy,

Existuje nějaká rychlá pomůcka, jak najít dané ZZ a jeho typ?

Propuštění kódy 04, 05

Úhradová vyhláška na rok 2025 kalkuluje s kódem ukončení léčení 5, jak je možno ověřit, kam spadá ZZ, do kterého je pacient překládán?

Například: kam patří DIOP, lázeňská zařízení (Lázně Poděbrady mají i akutní lůžko), hospice, rehabilitační ústavy,

Paušální úhrada

První skupina bází (bod 3, část A, příloha č. 1) bude hrazena nadále paušální úhradou s produkčním cílem, úhradou nadprodukce a regulačními mechanismy.

Významnou změnou oproti minulým obdobím je deregulace překladů na následná lůžka, kde regulace vzhledem k rozvoji tohoto segmentu a podpoře doléčování pacientů na následných lůžcích ztrácí svůj význam.

1. NIS by měl obsahovat číselník všech ZZ (vyžádání péče) včetně vazeb na jednotlivé pojišťovny
2. Pojišťovny zveřejňují číselníky smluvních ZZ
3. ÚZIS ČR
 - disponuje v rámci NRPZS číselníkem ZZ <https://nrpzs.uzis.cz/index.php?pg=vyhledavani-poskytovatele--pro-poskytovatele#>
 - v rámci NZIS open nabízí datovou sadu, ve které je zároveň zaznamenán smluvní vztah ZZ se všemi pojišťovnami

Děkujeme Vám za pozornost

zbynek.bortlicek@uzis.cz

tomas.pavlik@uzis.cz

irena.molinari@uzis.cz

miroslav.zvolsky@uzis.cz