

Dotazy ke kódování diagnóz CZ-DRG 7.0

Irena Molinari

Miroslav Zvolský

Zbyněk Bortlíček

Tomáš Pavlík

Změna datového rozhraní pro VDG

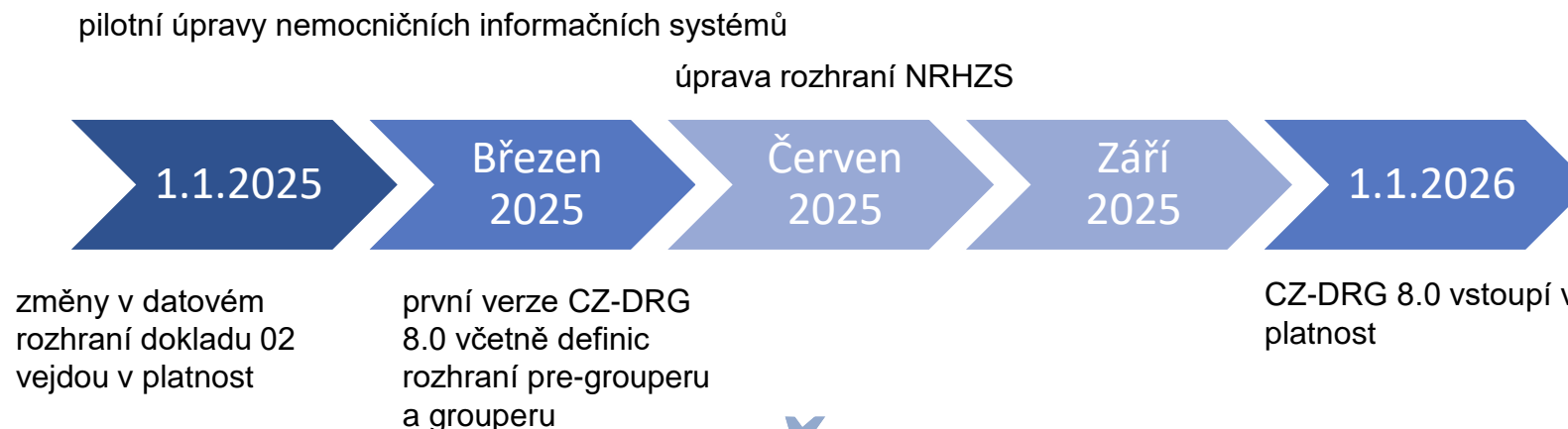
1) 4. typ věty – ostatní diagnózy

změna počtu ze **14 na 30**

2) 5. typ věty - diagnózy chronických stavů nezahrnuté do zařazení dle klasifikace CZ-DRG

nový typ, max. 30 výskytů, **nemá vliv na grouper ve verzi 7.0 (rok 2025)**

3) Harmonogram



Aktualizace Pravidel kódování 2025

4.10.2 Pravidlo pro kódování pohrudničního výpotku na pozici VDG

Kódy „J90 – Pohrudniční výpotek, nezařazený jinde“ a „J91* – Pohrudniční výpotek při stavech zařazených jinde“ vykazujeme na pozici VDG, pokud pohrudniční výpotek vyžadoval cílenou ~~terapii terapeutickou intervenci~~, která by nebyla provedena, pokud by výpotek nebyl přítomen.

Výpotek nevykazujeme

Pacient byl hospitalizován pro **dekompensaci městnavého srdečního selhání s pleurálním výpotkem**. Navýšením diuretické léčby došlo ke kardiopulmonální stabilizaci a ústupu výpotku.

HDG: I50.0 – Městnavé selhání srdce

VDG: U58.0 – Akutní selhání nebo akutní dekompenzace chronického srdečního selhání

Komentář:

Kód J91 nevykazujeme, jelikož byl pacient léčen diuretiky pro srdeční selhání a pro výpotek nebyla provedena žádná cílená léčba.*

Výpotek vykazujeme

Dětský pacient byl hospitalizován pro **pneumokokovou pneumonii s oboustranným fluidothoraxem**. Pacient byl zaléčen antibiotiky a na fluidothorax byly nasazeny kortikoidy, po kterých fluidothorax ustoupil.

HDG: J13 – Zánět plic, původce: Streptococcus pneumoniae

VDG: J91* – Pohrudniční výpotek při stavech zařazených jinde

Komentář:

Kód J91 vykazujeme, jelikož byl pohrudniční výpotek cíleně léčen kortikoidy, které by pacientovi s pneumonií nebyly podávány.*

Kódování případů

Vysazení antihypertenzní léčby

Lze vysazení léčby (antihypertenzivy) považovat za dostatečný důvod vykázaní hypotenze ?

Vysazení antihypertenzní léčby

Lze vysazení léčby (antihypertenzivy) považovat za dostatečný důvod vykázání hypotenze ?

<https://www.uzis.cz/registry-sber-dat--klasifikace--klasifikace-hospitalizacnich-pripadu-cz-drg#pravidla-kodovani>

19. Klinické informace k položce I95 – Hypotenze

Hypotenze je poměrně často se vyskytujícím klinickým stavem, který si vyžádá poskytování specifické péče. V základu musíme rozlišovat, zda se jedná o hypotenzi spontánně vzniklou, idiopatickou, tedy bez zjištění jasné a evidentní příčiny. V takové situaci použijeme kód **I95.0** Idiopatická hypotenze.

Pokud je vyvolávajícím faktorem hypotenze změna polohy těla při postavení ze sedu nebo z lehu, použijeme kód **I95.1** Ortostatická hypotenze.

Pokud hypotenze vznikne v důsledku nadměrné léčby hypertenze a řešením je pouze korekce dávek antihypertenziv a monitorace krevního tlaku, tak vykazujeme kód hypertenze (I10, případně další specifické kódy), protože všechny tyto postupy jsou v podstatě zaměřené na samotné ovlivnění hypertenze.

Kód **I95.2** Hypotenze způsobená léčivou používáme společně s kódem pro hypertenzi, pouze když jsou nezbytné další léčebné, případně diagnostické postupy, které neprovádíme v rámci léčby hypertenze, jako jsou infuze, podávání dalších léčiv apod. Kód I95.2 užíváme samostatně (bez kódů hypertenze) v situaci, kdy je hypotenze navozena jinými léčivými, než jsou antihypertenziva. Jako dodatkový kód vykazujeme kód léčiva nebo skupiny léčiv z XX. kapitoly MKN-10.



Vysazení léčby **není** oprávněným důvodem vykázání kódu hypotenze

Uzávěr ouška levé síně

Pacient arteriální hypertenzí a smíšenou hyperlipidémií byl přijat k chirurgickému řešení perzistující fibrilace síní. Byl proveden TT Maze s uzávěrem ouška levé síně. Výkon proběhl bez komplikací, pacient byl v dobrém stavu propuštěn do domácího ošetřování.

HDG: I48.1 Perzistující fibrilace síní

VDG: I10 Esenciální hypertenze

E78.2 Smíšená hyperlipidémie

Z98.8 Jiné určené pooperační stavy

DRG markery:

07095 (DRG) CHIRURGICK8 ABLACE SÍNÍ

07551 (DRG) HYBRIDNÍ OPERAČNÍ PŘÍSTUP

07581 (DRG) AMPUTACE (RESEKCE) NEBO UZÁVĚR OUŠKA LEVÉ NEBO OBOU SÍNÍ KLIPEM, STAPLEREM, NEBO JINÝM JEDNORÁZOVÝM ZDRAVOTNÍM PROSTŘEDKEM – CHIRURGICKY

DRG 05-I13-04 CHIRURGICKÝ VÝKON NA SRDEČNÍCH SÍNÍCH NEBO KOMORÁCH BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE

RV 6,1088

Uzávěr ouška levé síně

Pacient arteriální hypertenzí a smíšenou hyperlipidémií byl přijat k chirurgickému řešení perzistující fibrilace síní. Byl proveden TT Maze s uzávěrem ouška levé síně. Výkon proběhl bez komplikací, pacient byl v dobrém stavu propuštěn do domácího ošetřování.

HDG: I48.1 Perzistující fibrilace síní

VDG: I10 Esenciální hypertenze

E78.2 Smíšená hyperlipidémie

Z98.8 Jiné určené pooperační stavy

DRG markery:

07095 (DRG) CHIRURGICK8 ABLACE SÍNÍ

07551 (DRG) HYBRIDNÍ OPERAČNÍ PŘÍSTUP

~~07581 (DRG) AMPUTACE (RESEKCE) NEBO UZÁVĚR OUŠKA LEVÉ NEBO OBOU SÍNÍ KLIPEM, STAPLEREM, NEBO JINÝM JEDNORÁZOVÝM ZDRAVOTNÍM PROSTŘEDKEM – CHIRURGICKY~~

DRG 05-I15-00 CHIRURGICKÁ ABLACE PORUCHY SRDEČNÍHO RYTMU

RV 7,2059



Dotaz: Pokud nevykážeme DRG marker 07581 dojde k zařazení hospitalizace do DRG skupiny s vyšší relativní váhou. Paradoxně tak další operační výkon mění zařazení hospitalizačního případu a vede ke snížení RV.

Uzávěr ouška levé síně

Pacient arteriální hypertenzí a smíšenou hyperlipidémií byl přijat k chirurgickému řešení perzistující fibrilace síní. Byl proveden TT Maze s uzávěrem ouška levé síně. Výkon proběhl bez komplikací, pacient byl v dobrém stavu propuštěn do domácího ošetřování.

HDG: I48.1 Perzistující fibrilace síní

VDG: I10 Esenciální hypertenze

E78.2 Smíšená hyperlipidémie

Z98.8 Jiné určené pooperační stavy

DRG markery:

07095 (DRG) CHIRURGICK8 ABLACE SÍNÍ

07551 (DRG) HYBRIDNÍ OPERAČNÍ PŘÍSTUP

~~07581 (DRG) AMPUTACE (RESEKCE) NEBO UZÁVĚR OUŠKA LEVÉ NEBO OBOU SÍNÍ KLIPEM, STAPLEREM, NEBO JINÝM JEDNORÁZOVÝM ZDRAVOTNÍM PROSTŘEDKEM – CHIRURGICKY~~

DRG 05-I15-00 CHIRURGICKÁ ABLACE PORUCHY SRDEČNÍHO RYTMU

Děkujeme za podnět, situace bude řešena ve verzi CZ-DRG pro rok 2026

Pneumonie s bronchitidou

73 letá pacientka přijata pro již 5 dnů trvající infekci horních cest dýchacích se zhoršující se dušností. Dle vstupního RTG S+P bez výrazného patologického nálezu, nicméně poslechově výrazné oslabení vlevo se zhoršující se dušností. Pacientce nasazeny ATB (levofloxacin), nasazena bronchodilatační a expektorační terapie, pro chraptot podáván chlorhexidin. Na výše uvedené medikaci celkové zlepšení stavu. Pro dušnost, pacientkou udávanou bolest za hrudní kostí při nádechu, nově zachyceném RBBB a výrazné laboratorní elevaci D-dimerů (2685) provedena CT angiografie k vyloučení plicní embolie - ta byla vyloučena. Jako vedlejší nález byl na CT popsána konsolidace l.sin. od hilové oblasti až k pleuře. Kultivace bez zachytu patogenu. provedeno kontrolní ECHOKG kde popsána EF 50%, diastolická dysfunkce (porucha relaxace), bez poruch v kinetice. Na výše uvedené terapii celkové zlepšení stavu a pokles v zánětlivých parametrech a zlepšení klinického stavu. Pacientku kardiopulmonálně kompenzovanou a v celkově dobrém stavu propouštíme do ambulantní péče.

Diagnózy:

HDG: J180 - Pneumonie l. sin.

VDG:

J209 - Bronchitis acuta

I500 - Kardiální dekompenzace, HFpEF 50%, NTBNP 8952 ng/l, diastolická dysf.

I10 - Arteriální hypertenze II. st. dle ESH/ESC

E039 - Hypotyreosis v substituci podáván EUthyrox

E7809 - Dyslipidémie

I350 - Degenerativní poškození aortální chlopně dnes stenoza s PG max./mean 18/9 mmHg regurgitace I.II st

Dotaz: Je možné kódovat k HDG J180 VDG J209 . A pokud by byla HDG J189, lze kódovat jako vedlejší J209?

Pneumonie s bronchitidou

4.10.6 Pravidlo pro vykazování infekce dýchací soustavy vícečetné lokalizace

Pokud je popsána infekce dýchací soustavy jako vyskytující se současně na více než jednom místě a zároveň v MKN-10 neexistuje kombinovaná položka (např. „J18.0 – *Bronchopneumonie NS*“), vykazujeme pouze lokalizaci infekce anatomicky níže položenou.

Příklad 4.10.10

Pacient byl hospitalizován pro tracheobronchitidu. V den přijetí byla na RTG vyšetření prokázána počínající pneumonie, která byla přeléčena antibiotiky. Stav byl lékařem uzavřen jako tracheobronchitida s pneumonií.

HDG: J18.9 – Pneumonie NS

VDG: –

Pneumonie s bronchitidou

73 letá pacientka přijata pro již 5 dnů trvající infekci horních cest dýchacích se zhoršující se dušností. Dle vstupního RTG S+P bez výrazného patologického nálezu, nicméně poslechově výrazné oslabení vlevo se zhoršující se dušností. Pacientce nasazeny ATB (levofloxacin), nasazena bronchodilatační a expektorační terapie, pro chraptot podáván chlorhexidin. Na výše uvedené medikaci celkové zlepšení stavu. Pro dušnost, pacientkou udávanou bolest za hrudní kostí při nádechu, nově zachyceném RBBB a výrazné laboratorní elevaci D-dimerů (2685) provedena CT angiografie k vyloučení plicní embolie - ta byla vyloučena. Jako vedlejší nález byl na CT popsána konsolidace l.sin. od hilové oblasti až k pleuře. Kultivace bez zachytení patogenu. provedeno kontrolní ECHOKG kde popsána EF 50%, diastolická dysfunkce (porucha relaxace), bez poruch v kinetice. Na výše uvedené terapii celkové zlepšení stavu a pokles v zánětlivých parametrech a zlepšení klinického stavu. Pacientku kardiopulmonálně kompenzovanou a v celkově dobrém stavu propouštíme do ambulantní péče.

Diagnózy:

HDG: J180 - Pneumonie l. sin.

VDG:

J209 - Bronchitis acuta

I500 - Kardiální dekompenzace, HFpEF 50%, NTBNP 8952 ng/l, diastolická dysf.

I10 - Arteriální hypertenze II. st. dle ESH/ESC

E039 - Hypotyreosis v substituci podáván EUthyrox

E7809 - Dyslipidémie

I350 - Degenerativní poškození aortální chlopně dnes stenoza s PG max./mean 18/9 mmHg regurgitace I.II st

Bronchopneumonie – tj. zánětlivé poškození bronchů a plic se vykazuje pouze jedním kódem J18.0

Patologická zlomenina

Onkologický pacient, za hospitalizace spadl z postele. Fraktura femuru byla řešena otevřenou repozicí, dlaha, šroub.

CT pravého femuru nativně: Fraktura střední 1/3 diafýzy pravého femuru s dislokací dist. fragm. ad latus mediálně o šíři kosti a s úhlovou dislokací - úhel cca 150 st. otevřený dorsálně. Okraje lomné linie jsou nehomogenně prořídlé, kortikalis místy usurovaná, nepravidelné šíře, kostní dřeň diafýzy femuru je značně nehomogenní - susp. patol. fraktura.

Traumatologické konzilium: pacient přijatý na onkologii pro ca hrtanu meta do plic a uzlin dnes spadl provedeno rtg kde zlomenina diafýzy femuru vs patologická v rámci meta do skeletu

Dotaz: bude správné nakódování úrazovým kódem S 72.30 nebo patologickou frakturou při novotvaru M 90.75

Patologická zlomenina

Onkologický pacient, za hospitalizace spadl z postele. Fraktura femuru byla řešena otevřenou repozicí, dlaha, šroub.

CT pravého femuru nativně: Fraktura střední 1/3 diafýzy pravého femuru s dislokací dist. fragm. ad latus mediálně o šíři kosti a s úhlovou dislokací - úhel cca 150 st. otevřený dorsálně. Okraje lomné linie jsou nehomogenně prořídlé, kortikalis místy usurovaná, nepravidelné šíře, kostní dřev diafýzy femuru je značně nehomogenní - susp. patol. fraktura.

Traumatologické konzilium: pacient přijatý na onkologii pro ca hrtanu meta do plic a uzlin dnes spadl provedeno rtg kde zlomenina diafýzy femuru vs patologická v rámci meta do skeletu

Dotaz: bude správné nakódování úrazovým kódem S 72.30 nebo patologickou frakturou při novotvaru M 90.75

Doplnění informace od tazatele:

Histologické vyšetření vzorku kosti: Nález je vysoce suspektní z metastasy spinocelulárního karcinomu.

Patologická zlomenina

Onkologický pacient, za hospitalizace spadl z postele. Fraktura femuru byla řešena otevřenou repozicí, dlaha, šroub.

CT pravého femuru nativně: Fraktura střední 1/3 diafýzy pravého femuru s dislokací dist. fragm. ad latus mediálně o šíři kosti a s úhlovou dislokací - úhel cca 150 st. otevřený dorsálně. Okraje lomné linie jsou nehomogenně prořídle, kortikalis místy usurovaná, nepravidelné šíře, kostní dřeň diafýzy femuru je značně nehomogenní - susp. patol. fraktura.

Traumatologické konzilium: pacient přijatý na onkologii pro ca hrtanu meta do plic a uzlin dnes spadl provedeno rtg kde zlomenina diafýzy femuru vs patologická v rámci meta do skeletu

Záleží na klinickém závěru ošetřujícího lékaře, pokud stav uzavře jako patologickou zlomeninu vykáže se kódem M90.75 Zlomenina kosti při novotvaru, pánevní krajina a stehno.

Izolace

Izolace: nově se změnila definice podmínky vykazání izolace – „... musí trvat minimálně 96 hodin nebo je přítomna do ukončení HP“. U gastroenteritid infekčního původu u dětí bývá hospitalizace většinou kratší (2-3 dny), ale izolace trvá ještě v domácím režimu (zápis v propouštěcí zprávě).

Dotaz: Je možné izolaci vykazovat i v těchto případech?

Izolace

Izolace: nově se změnila definice podmínky vykázání izolace – „... musí trvat minimálně 96 hodin nebo je přítomna do ukončení HP“. U gastroenteritid infekčního původu u dětí bývá hospitalizace většinou kratší (2-3 dny), ale izolace trvá ještě v domácím režimu (zápis v propouštěcí zprávě).

Ano, izolaci je možno vykázat, pokud trvala do ukončení hospitalizace, není nutno, aby pokračovala v domácích podmínkách (např. MRSA pozitivní pacienti).

Hematom po katetrizaci u warfarinizovaného pacienta

Pacientka warfarinizovaná pro chronickou fibrilaci síní byla přijata pro koronární příhodu, která byla akutně řešena PTCA a zavedením stentu. Po výkonu došlo ke komplikaci – hematomu stehna v místě vpichu, který byl řešen konzervativně (neproběhlo žádné konsiliární vyšetření).

Dotaz: Podle jakého pravidla se má kódér při vykazování hematomu řídit?

**4.3.2 Pravidlo pro kódování stavů souvisejících s antikoagulační léčbou a
4.19.2 Pravidla pro kódování krvácení v souvislosti s výkonem jsou dle našeho názoru v rozporu.**

Hematom po katetrizaci u warfarinizovaného pacienta

Pacientka warfarinizovaná pro chronickou fibrilaci síní byla přijata pro koronární příhodu, která byla akutně řešena PTCA a zavedením stentu. Po výkonu došlo ke komplikaci – hematomu stehna v místě vpichu, který byl řešen konzervativně (neproběhlo žádné konsiliární vyšetření).

4.3.2 Pravidlo pro kódování stavů souvisejících s antikoagulační léčbou

4.3.2.1 Pokud dojde při léčbě antikoagulancii ke krvácivým komplikacím, užíváme kombinaci dvou kódů:

- odpovídající kód, který specificky popisuje krvácení: např. I62.x pro nitrolební krvácení, K66.1 pro hemoperitoneum nebo retroperitoneální krvácení, H44.8 pro nitrooční krvácení, R31 pro hematurii apod.
- D68.3 – *Krvácivé stavy způsobené cirkulujícími antikoagulancii*

4.3.2.2 Pokud dojde při léčbě antikoagulancii ke zvýšení hodnot koagulačních parametrů, na které musí být terapeuticky reagováno, a zároveň se nevyskytují krvácivé komplikace, užíváme kódy:

- T45.5 – *Otrava léčivými – antikoagulancia*
- Y44.2 – *Nežádoucí účinky léčby – antikoagulancia*

Komentář k pravidlu:

Volba hlavní diagnózy se řídí pravidlem 3.1.

Pro terapeuticky navozený hypokoagulační stav nelze použít kód D68.4 – Získaný nedostatek koagulačních faktorů (viz pravidlo 2.3.10).

4.19.2 Pravidla pro kódování krvácení v souvislosti s výkonem

4.19.2.1 Krvácení v souvislosti s výkonem způsobené iatrogenním poraněním kódujeme specifickým kódem iatrogenního poranění dle pravidla 2.3.7.2.

4.19.2.2 Krvácení v souvislosti s výkonem bez zmínky o iatrogenním poranění kódujeme dle pravidla 2.3.7.3.

4.19.2.3 Kódy zvolené dle pravidel 4.19.2.1 a 4.19.2.2 vykazujeme na pozici VDG při splnění alespoň jedné z níže uvedených podmínek, kdy si krvácivá komplikace výkonu vyžádala:

- a) změnu plánovaného postupu výkonu, vykazatelnou položkou ze Seznamu zdravotních výkonů nebo číselníku DRG markerů,
- b) konziliární vyšetření,
- c) cílený invazivní nebo endoskopický zásah.

Komentář k pravidlu:

Příklady kódování vybraných klinických stavů krvácení v souvislosti s výkonem dle pravidla 4.19.2.1 jsou uvedeny v tabulce č. 3 (nejedná se o kompletní výčet) a dle pravidla 4.19.2.2 jsou uvedeny v tabulce č. 4 (nejedná se o kompletní výčet). V případech, kdy je z dokumentace jasně znám zdroj krvácení při iatrogenním poranění, postupujeme při kódování tak, že vyhledáme kód poranění, které k tomuto krvácení vedlo. Informace o poranění při výkonu nemusí být zaznamenána v primárním operačním protokolu, ale může vyplynout z dostupné zdravotnické dokumentace o řešení tohoto stavu.

Hematom po katetrizaci u warfarinizovaného pacienta

Pacientka warfarinizovaná pro chronickou fibrilaci síní byla přijata pro koronární příhodu, která byla akutně řešena PTCA a zavedením stentu. **Po výkonu** došlo ke komplikaci – hematomu stehna v místě vpichu, který byl řešen konzervativně (neproběhlo žádné konsiliární vyšetření).

4.19.2 Pravidla pro kódování krvácení v souvislosti s výkonem

4.19.2.1 Krvácení v souvislosti s výkonem způsobené iatrogenním poraněním kódujeme specifickým kódem iatrogenního poranění dle pravidla 2.3.7.2.

4.19.2.2 Krvácení v souvislosti s výkonem bez zmínky o iatrogenním poranění kódujeme dle pravidla 2.3.7.3.

4.19.2.3 Kódy zvolené dle pravidel 4.19.2.1 a 4.19.2.2 vykazujeme na pozici VDG při splnění alespoň jedné z níže uvedených podmínek, kdy si krvácivá komplikace výkonu vyžádala:

- a) změnu plánovaného postupu výkonu, vykazatelnou položkou ze Seznamu zdravotních výkonů nebo číselníku DRG markerů,
- b) konsiliární vyšetření,
- c) cílený invazivní nebo endoskopický zásah.

Komentář k pravidlu:

Příklady kódování vybraných klinických stavů krvácení v souvislosti s výkonem dle pravidla 4.19.2.1 jsou uvedeny v tabulce č. 3 (nejedná se o kompletní výčet) a dle pravidla 4.19.2.2 jsou uvedeny v tabulce č. 4 (nejedná se o kompletní výčet). V případech, kdy je z dokumentace jasně znám zdroj krvácení při iatrogenním poranění, postupujeme při kódování tak, že vyhledáme kód poranění, které k tomuto krvácení vedlo. Informace o poranění při výkonu nemusí být zaznamenána v primárním operačním protokolu, ale může vyplýnout z dostupné zdravotnické dokumentace o řešení tohoto stavu.

Hematom po katetrizaci u warfarinizovaného pacienta

Pacientka warfarinizovaná pro chronickou fibrilaci síní byla přijata pro koronární příhodu, která byla akutně řešena PTCA a zavedením stentu. **Po výkonu** došlo ke komplikaci – hematomu stehna v místě vpichu, který byl řešen konzervativně (neproběhlo žádné konsiliární vyšetření).

V uvedené kazuistice nebyla splněna ani jedna podmínka bodu 4.19.2.3 tj. hematom nevykazujeme.

4.19.2 Pravidla pro kódování krvácení v souvislosti s výkonem

4.19.2.1 Krvácení v souvislosti s výkonem způsobené iatrogenním poraněním kódujeme specifickým kódem iatrogenního poranění dle pravidla 2.3.7.2.

4.19.2.2 Krvácení v souvislosti s výkonem bez zmínky o iatrogenním poranění kódujeme dle pravidla 2.3.7.3.

4.19.2.3 Kódy zvolené dle pravidel 4.19.2.1 a 4.19.2.2 vykazujeme na pozici VDG při splnění alespoň jedné z níže uvedených podmínek, kdy si krvácivá komplikace výkonu vyžádala:

- a) změnu plánovaného postupu výkonu, vykazatelnou položkou ze Seznamu zdravotních výkonů nebo číselníku DRG markerů,
- b) konsiliární vyšetření,
- c) cílený invazivní nebo endoskopický zásah.

Komentář k pravidlu:

Příklady kódování vybraných klinických stavů krvácení v souvislosti s výkonem dle pravidla 4.19.2.1 jsou uvedeny v tabulce č. 3 (nejedná se o kompletní výčet) a dle pravidla 4.19.2.2 jsou uvedeny v tabulce č. 4 (nejedná se o kompletní výčet). V případech, kdy je z dokumentace jasně znám zdroj krvácení při iatrogenním poranění, postupujeme při kódování tak, že vyhledáme kód poranění, které k tomuto krvácení vedlo. Informace o poranění při výkonu nemusí být zaznamenána v primárním operačním protokolu, ale může vyplynout z dostupné zdravotnické dokumentace o řešení tohoto stavu.

Suspektní ruptura šlachy

Pacient byl plánovaně přijat pro suspektní rupturu dlouhé šlachy bicepsu levé horní končetiny. Při operaci ruptura prokázána nebyla.

Výkon: 66927 Revize šlachových pochev

HDG: S46.1 Poranění svalu a šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu (bicepsu)

Případ byl zařazen do MDC 88.

Jak se má případ správně zakódovat?

Suspektní ruptura šlachy

Pacient byl plánovaně přijat pro suspektní rupturu dlouhé šlachy bicepsu levé horní končetiny. Při operaci ruptura prokázána nebyla.

Výkon: 66927 Revize šlachových pochev

HDG: S46.1 Poranění svalu a šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu (bicepsu)

Případ byl zařazen do MDC 88.

Jak se má případ správně zakódovat?

MDC 88 není chybová kategorie, ale informace pro analytický tým, že se v praxi vyskytuje kombinace HDG a výkonu, se kterou klasifikace původně nepočítala.

Pokud bude takových případů více, může to vést ke změně klasifikace.

Suspektní ruptura šlachy

Pacient byl plánovaně přijat pro suspektní rupturu dlouhé šlachy bicepsu levé horní končetiny. Při operaci ruptura prokázána nebyla.

Výkon: 66927 Revize šlachových pochev

HDG: S46.1 Poranění svalu a šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu (bicepsu)

Případ byl zařazen do MDC 88.

Jak se má případ správně zakódovat?

Záleží na klinickém závěru lékaře.

Pokud posoudí, že k poranění šlachy nedošlo, je možno kódovat příznakovou diagnózu.

HDG: M79.61 Bolest v končetině, ramenní krajina

DRG skupina: 08-I31-04 Ostatní excize a menší výkony na měkkých tkáních a kůži

Děkujeme Vám za pozornost

zbynek.bortlicek@uzis.cz

tomas.pavlik@uzis.cz

irena.molinari@uzis.cz

miroslav.zvolsky@uzis.cz