

Dotazy ke kódování diagnóz CZ-DRG 7.0

Irena Molinari

Miroslav Zvolský

Zbyněk Bortlíček

Tomáš Pavlík

Klinické kódování pro CZ-DRG v praxi

- Kurz realizujeme 1x ročně ve spolupráci s IPVZ- hotel ILF:
 - ÚT – ČT **18. – 20.11. 2025** (3 dny)
- Určeno pro:
 - pro osoby kódující a vykazující zdravotní služby na úrovni poskytovatelů zdravotních služeb
 - mírně pokročilé/**pokročilé začátečníky** – předpokládáme pouze základní povědomí o problematice
- Na kurz se lze již přihlašovat na webu IPVZ:
 - <https://www.ipvz.cz/vzdelavaci-akce/64680-kurz-klinicke-kodovani-pro-cz-drg-v-praxi>
- Program je zaměřen na získání teoretických znalostí i praktického procvičení kódování
 - Příklad témat: Teoretický úvod do problematiky; Onkomarkery; Systémy úhrad ve zdravotnictví; MKN-11; Interaktivní klasifikátor; Pravidla kódování- teorie a kazuistiky; Revize a komunikace se ZP; Praktické cvičení MKN-10, Praktika- práce s propouštěcí zprávou aj...

Kódování případů

Resekce pakloubu žebra

46letý pacient s CHOPN 3.-4. stupně po zlomenině 3 žeber vlevo zřejmě při pertusi 2024 přijatý 3.3.2025 na chirurgii k operačnímu řešení bolestivého pakloubu žebra. 4.3. v klidné CA v trvání 195 min, resekován pakloub, poté osteosyntéza 7. žebra s cca 1 cm defektem, 8. s kontaktem žeber, pomocí Syntes dlah. Laváž hrudníku.

Operační protokol:

Řez nad defektem hrudní stěny, před úhlem lopatky, 7. m.ž. Pod 8. žebrem otevřen hrudník, plíce rýžová, evid. patologie nevidět. 6 žebrop srostlé svalkem, na 7 pakloub velikosti kaštanu s patol. hybností, 8. s dislokací ad lat. a oddálením. Uvolněna žebra k OS, resekován pakloub, poté osteosyntéza 7. žebra s cca 1 cm defektem žebra, 8. s kontaktem žeber, pomocí Syntes dlah. Laváž hrudníku, 1 HD posterolater. Poté perikost sutura mezi 8. a 9 žebrem 9. transkostálně uzavírá defekt hrudní stěny, z odděl. řezu obnaženy chrupavky prasklého oblouku žeberního a další stehem PDS perikost. sutura. Sutura svalů, podkoží, kůže.

Dotaz:

V SZV existuje jen jeden výkon, který přesně odpovídá popisu operace: 57221 OPERAČNÍ STABILIZACE HRUDNÍKU PO ÚRAZE - JEDNA STRANA

V případě správného nakódování M 84.18 Nespojení kostí – pakloub, se případ zařadí do DRG skupiny 08-K04-01 Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání, která vůbec nezohledňuje provedení operačního výkonu, protože HDG není úrazová. Existuje nějaké jiné řešení? Jiný operační výkon, který by odpovídal? Nebo je správné dát to v tomto případě úrazovou zlomeninou žeber?

Resekce pakloubu žebra

Číslo výkonu	57221
Název	OPERAČNÍ STABILIZACE HRUDNÍKU PO ÚRAZE - JEDNA STRANA
Doba trvání	120
Popis	Fixace žeber případě sternu při sériových zlomeninách žeber s nestabilitou hrudníku a paradoxním dýcháním.
Čím výkon začíná	Desinfekce kůže a zarouškování operačního pole.
Obsah a rozsah výkonu	Podélná incize kůže a podkoží na straně sériové zlomeniny, uvolnění zlomených žeber a jejich deperiostace v místě fraktury. Je-li současně zraněná pleura, pak revize plíce. Založení drénu do hrudníku. Přiložení dlahy na žebro /dle počtu žeber zlomených/. Při porušení sternu kostálního skloubení pak fixace cerkláží. Pripouští se stabilizace pouze na jedné straně, i při oboustranné seriové fraktuře.
Čím výkon končí	Kontrola krvácení, založení hrudního drénu a Redonova do podkoží, sutura po vrstvách.

Řez nad defektem hrudní stěny, před úhlem lopatky, 7. m.ž. Pod 8. žebrem otevřen hrudník, plíce rýžová, evid. patologie nevidět. 6 žebrop srostlé svalkem, na 7 pakloub velikosti kaštanu s patol. hybností, 8. s dislokací ad lat. a oddálením. Uvolněna žebra k OS, resekován pakloub, poté osteosyntéza 7. žebra s cca 1 cm defektem žebra, 8. s kontaktem žeber, pomocí Syntes dlah. Laváž hrudníku, 1 HD posterolater. Poté perikost sutura mezi 8. a 9 žebrem 9. transkostálně uzavírá defekt hrudní stěny, z odděl. řezu obnaženy chrupavky prasklého oblouku žeberního a další stehem PDS perikost. sutura. Sutura svalů, podkoží, kůže. Výkon trval 195 minut.

Resekce pakloubu žebra

46letý pacient s CHOPN 3.-4. stupně po zlomenině 3 žeber vlevo zřejmě při pertusi 2024 přijatý 3.3.2025 na chirurgii k operačnímu řešení bolestivého pakloubu žebra. 4.3. v klidné CA v trvání 195 min, resekován pakloub, poté osteosyntéza 7. žebra s cca 1 cm defektem, 8. s kontaktem žeber, pomocí Syntes dlah. Laváž hrudníku.

Operační protokol:

Řez nad defektem hrudní stěny, před úhlem lopatky, 7. m.ž. Pod 8. žebrem otevřen hrudník, plíce rýžová, evid. patologie nevidět. 6 žebrop srostlé svalkem, na 7 pakloub velikosti kaštanu s patol. hybností, 8. s dislokací ad lat. a oddálením. Uvolněna žebra k OS, resekován pakloub, poté osteosyntéza 7. žebra s cca 1 cm defektem žebra, 8. s kontaktem žeber, pomocí Syntes dlah. Laváž hrudníku, 1 HD posterolater. Poté perikost sutura mezi 8. a 9 žebrem 9. transkostálně uzavírá defekt hrudní stěny, z odděl. řezu obnaženy chrupavky prasklého oblouku žeberního a další stehem PDS perikost. sutura. Sutura svalů, podkoží, kůže.

HDG: M84.18 – Nespojení kostí – pakloub, po zlomenině, jiné

Výkon: 57221 OPERAČNÍ STABILIZACE HRUDNÍKU PO ÚRAZE - JEDNA STRANA

UPV po velkém výkonu

Pacientka s verifikovaným dlaždicobuněčným karcinom pravé hrany jazyka, G1, Stadium II. Indikována k parciální hemiglossektomii, ND R (I-IV), rekonstrukci S-FAIF. Výkon proveden 6.1.2025 v ATB cloně, po výkonu plánovaně přijata na KARIM v pokračující anestezii, pokračováno v UPV, vstupně mírná vazopresorická podpora noradrenalinem. Nemocná nekomplikovaně odtlumena, vysazena farmakologická podpora oběhu, započato s weaningem. Dne 8.1. nemocná extubována.

Dotaz:

Pokud je nemocná ponechána na UPV z důvodu velkého výkonu v DÚ a předpokladu respiračních potíží při brzké extubaci, je možné vykazovat dg. J95.8 – Jiné poruchy dýchací soustavy po výkonech? Nebo se tento stav diagnózou vůbec nevykazuje, pouze markery ventilace? (je nám jasné, že J95.1 a J95.2 nelze - nesplňuje pravidlo 4.10.3.5)

UPV po velkém výkonu

Pacientka s verifikovaným dlaždicobuněčným karcinom pravé hrany jazyka, G1, Stadium II. Indikována k parciální hemiglossektomii, ND R (I-IV), rekonstrukci S-FAIF. Výkon proveden 6.1.2025 v ATB cloně, po výkonu plánovaně přijata na KARIM v pokračující anestezii, pokračováno v UPV, vstupně mírná vazopresorická podpora noradrenalinem. Nemocná nekomplikovaně odtlumena, vysazena farmakologická podpora oběhu, započato s weaningem. Dne 8.1. nemocná extubována.

Pokud je nemocná ponechána na UPV z důvodu velkého výkonu v DÚ a předpokladu respiračních potíží při brzké extubaci...

2.3.5 Hrozící stavy

Hrozící stavy nelze kódovat, jestliže skutečně nenastaly, s výjimkou diagnóz, kdy pojem „hrozící“ je součástí názvu položky v MKN-10.

Komentář k pravidlu:

Pojem „hrozící“ v názvu má kód O20.0 – Hrozící potrat.

Jako stavy, které nastaly, nelze kódovat např. hrozící posthemoragickou anemii, hrozící gangrénu, hrozící mozkovou ischemii, hrozící respirační insuficienci atd.

UPV po velkém výkonu

Pacientka s verifikovaným dlaždicobuněčným karcinom pravé hrany jazyka, G1, Stadium II. Indikována k parciální hemiglossektomii, ND R (I-IV), rekonstrukci S-FAIF. Výkon proveden 6.1.2025 v ATB cloně, po výkonu plánovaně přijata na KARIM v pokračující anestezii, pokračováno v UPV, vstupně mírná vazopresorická podpora noradrenalinem. Nemocná nekomplikovaně odtlumena, vysazena farmakologická podpora oběhu, započato s weaningem. Dne 8.1. nemocná extubována.

V těchto situacích vykazujeme provedenou péči DRG markery UPV, které nejsou podmíněné vykazáním diagnózy respirační insuficience.

Na pozici HDG budeme vykazovat zhoubný novotvar jazyka.

Polytrauma

Dotaz:

Pokud je pacient přijímám pro polytrauma – jako HDG se vybere nejzávažnější stav, který za sebou vede největší čerpání finančních prostředků, dle pravidla 2.3.2. Je nutné jako VDG kódovat T06.x – T07 – pokud se vykazují markery polytraumatu?

Polytrauma

Dotaz:

Pokud je pacient přijímám pro polytrauma – jako HDG se vybere nejzávažnější stav, který za sebou vede největší čerpání finančních prostředků, dle pravidla 2.3.2. Je nutné jako VDG kódovat T06.x – T07 – pokud se vykazují markery polytraumatu?

2.3.2 Kódování mnohočetných stavů

Obecně platí, že kódování jednotlivých stavů má přednost před kódováním pomocí položek pro mnohočetné stavy, s výjimkou položek pro oboustranné lokalizace (např. M16.4 – *Pouřazová koxartróza, oboustranná*).

Případné výjimky a další upřesnění obsahují speciální pravidla.

Polytrauma

Dotaz:

Pokud je pacient přijímám pro polytrauma – jako HDG se vybere nejzávažnější stav, který za sebou vede největší čerpání finančních prostředků, dle pravidla 2.3.2. Je nutné jako VDG kódovat T06.x – T07 – pokud se vykazují markery polytraumatu?

K DRG markeru pro polytrauma nevykazujeme kódy T06.x – T07.

Stenóza spinálního kanálu

55-letý muž přichází pro 3týdenní zhoršování mobility, nyní má berle, bolesti kyčlí, kolene, ochablost, stp IMC březen 2025 přeléčeno ATB per os.

Vstupní RTG páteře jen s minimálním nálezem, podezření na CMP nepotvrzeno. Jako vedlejší nález při UZ krčních tepen -významná stenóza 80-85procent v počátečním úseku ACI I.sin. a nevýznamná stenóza 50proc. ACI I.dx.

MR páteře- lordóza, chondroza disku C6/7, bulbing disků C3/4 - C6/7s impresí míchy a absolutní stenózou spinálního kanálu, známky myelopatie, kvadruparéza , retence močová.

Po opakovaných konzultacích odeslán k akutní operaci na vyšší pracoviště.

Hdg u případu M4712, Vdg G819, I652, M4212.

Dotaz:

Je případ správně zakódován?

Stenóza spinálního kanálu

55-letý muž přichází pro 3týdenní zhoršování mobility, nyní má berle, bolesti kyčlí, kolene, ochablost, stp IMC březen 2025 přeléčeno ATB per os.

Vstupní RTG páteře jen s minimálním nálezem, podezření na CMP nepotvrzeno. Jako vedlejší nález při UZ krčních tepen -významná stenóza 80-85procent v počátečním úseku ACI I.sin. a nevýznamná stenoza 50proc. ACI I.dx.

MR páteře- lordoza, chondroza disku C6/7, **bulging disků** C3/4 - C6/7s impresí míchy a absolutní stenózou spinálního kanálu, známky myelopatie, kvadruparéza , retence močová.

Po opakovaných konzultacích odeslán k akutní operaci na vyšší pracoviště.

Hdg u případu M4712, Vdg G819, I652, M4212.

Při začínajícím výhřezu (protruzi) dochází k vyklenutí jádra ploténky, které ale neporušuje vnější pevný prstenec. Tento stav „vyboulení“ se někdy označuje anglickým termínem „bulging“ disk.

HDG: M50.0+ – Onemocnění krční meziobratlové ploténky s myelopatií (G99.2*)

VDG: G99.2* – Myelopatie při nemocech zařazených jinde

I65.2 – Okluze a stenóza krkavice (karotidy)

Bylo poskytnuto cílené vyšetření

G82.5 – Tetraplegie NS

Pokud byla poskytována péče (zvýšená ošetrovatelská péče)

Izolace

Dotaz:

Lze vykázat Z290 - třeba Covid+ a za 48 hodin, když následuje úmrtí - platí podmínka do?

Izolace

Dotaz:

Lze vykázat Z290 - třeba Covid+ a za 48 hodin, když následuje úmrtí - platí podmínka do?

4.21.9 Pravidla pro kódování izolace

4.21.9.1 Kód „Z29.0 – *Izolace*“ je vyhrazen pro zaznamenání dodržování zvýšeného hygienického režimu, izolačních a bariérových opatření u konkrétního pacienta nad rámec běžného provozu oddělení, zabraňujících riziku přenosu infekčního onemocnění.

Pro vykázání musí izolace trvat po dobu minimálně 96 hodin nebo je přítomna do ukončení hospitalizačního případu.

Informace o zahájení a případném ukončení izolace musí být řádně uvedeny ve zdravotnické dokumentaci.

Kód Z29.0 lze v tomto případě vykázat.

DRG marker

Dotaz:

Marker 99910 je pouze pro JPL a typ OD 00040?

DRG marker

Dotaz:

Marker 99910 je pouze pro JPL a typ OD 00040?

Jedná se o signální výkon VZP

99910 - (VZP) signální výkon pro péči poskytnutou v režimu JPL u poskytovatele akutní lůžkové péče

- Výkon byl zaveden v návaznosti na metodické doporučení MZ ČR k vykazování jednodenní péče viz mzd.gov.cz/uhradova-vyhlaska-2025
- Tento výkon slouží k identifikaci hospitalizačních případů, kdy péče je poskytnuta na akutním lůžku v režimu JPL, ale není možné vykázat dg. U54 (ASA skóre), která je v tuto chvíli jediným identifikátorem takového případu pro úhradu dle Přílohy č. 1 oddíl A), odst. 4.2 a 5.2 úhradové vyhlášky pro rok 2025. V případě, že diagnózu U54 není možné u pacienta vykázat (např. výkon v lokální anestezii a ASA skóre se nestanovuje; nebo u případů, kde se ASA skóre v průběhu jednodenní hospitalizace mění) je péče v režimu JPL identifikována právě tímto signálním výkonem.
- Signální výkon není možné vykazovat v případech, kdy dg. U54 lze vykázat.

ASA

Dotaz:

U54x - ASA nestanovena, nelze vykazovat?

ASA

Dotaz:

U54x - ASA nestanovena, nelze vykazovat?

V rámci kódu U54 neexistuje položka pro ASA nestanovena.

U54

Výsledek klasifikace fyzického stavu ASA

Jedná se o doplňkový kód pro záznam výsledku klasifikace ASA (Klasifikace fyzického stavu dle American Society of Anesthesiologists).

U54.1

Výsledek klasifikace fyzického stavu ASA 1

U54.2

Výsledek klasifikace fyzického stavu ASA 2

U54.3

Výsledek klasifikace fyzického stavu ASA 3

U54.4

Výsledek klasifikace fyzického stavu ASA 4

U54.5

Výsledek klasifikace fyzického stavu ASA 5

U54.6

Výsledek klasifikace fyzického stavu ASA 6

Přijetí k hospitalizaci

Dotaz:

Pacient přivezen na záchytku RZP, po ostřízlivění přijat na lůžko - je přijetí k hosp. 4?

Přijetí k hospitalizaci

Dotaz:

Pacient přivezen na záchytku RZP, po ostřízlivění přijat na lůžko - je přijetí k hosp. 4?

Číselník DOPHOSP v. 834 (platnost od 1. 2. 2024)

Kód	Název doporučení
P	Pokračování péče na stejném lůžku po změně zdrav. pojišťovny
0	Narozen v nemocnici
1	Všeobecný praktický lékař/Praktický lékař pro děti a dorost
2	Jiný ošetřující lékař - ambulantní péče
3	Lékař LPS
4	Výjezdová skupina ZZS
5	Jiné zařízení
6	Jiné oddělení téhož zařízení
7	Bez doporučení lékaře
8	Sociální pracovník
9	Hospitalizace pokračuje (=začátek nového zúčtovacího období)

Dušnost při onkologickém onemocnění

76letý pacient s generalizovaným hepatocelulárním karcinomem s chronickým perikardiálním výpotkem a meta v PK, plicích, s CHRI byl přivezen pro zhoršení dušnosti a bolesti v prekordiu. Dušnost chronického charakteru, zhoršující se ve večerních hodinách, nativně vstupně lehká hyposaturace, dobře reagující na nízkoprůtokovou oxygenoterapii. Dle RTG S+P zvětšení srdečního stínu, fluidoperikard, lehký fluidothorax, četné metastázy. Provedeno bedside TTE se stac. nálezem. Pac. za hospitalizace anxiózní, do medikace přidán oxazepam s efektem. Navýšena diuretická terapie, subj. regrese dušnosti, nutnost kyslíkové podpory s průtokem 2l/min. Po domluvě s pacientem a jeho rodinou pacienta propouštíme do domácí péče, pacient při dimisi KP kompenzován, afebrilní, samostaně chodící, s nutností kyslíkové podpory. Pacient dimitován za doprovodu rodiny.

Dotaz:

Jaká by měla být HDG?

Dušnost při onkologickém onemocnění

76letý pacient s generalizovaným hepatocelulárním karcinomem s chronickým perikardiálním výpotkem a meta v PK, plicích, s CHRI byl přivezen pro zhoršení dušnosti a bolesti v prekordiu. Dušnost chronického charakteru, zhoršující se ve večerních hodinách, nativně vstupně lehká hyposaturace, dobře reagující na nízkoprůtokovou oxygenoterapii. Dle RTG S+P zvětšení srdečního stínu, fluidoperikard, lehký fluidothorax, četné metastázy. Provedeno bedside TTE se stac. nálezem. Pac. za hospitalizace anxiózní, do medikace přidán oxazepam s efektem. Navýšena diuretická terapie, subj. regrese dušnosti, nutnost kyslíkové podpory s průtokem 2l/min. Po domluvě s pacientem a jeho rodinou pacienta propouštíme do domácí péče, pacient při dimisi KP kompenzován, afebrilní, samostaně chodící, s nutností kyslíkové podpory. Pacient dimitován za doprovodu rodiny.

Dotaz:

Jaká by měla být HDG?

Chybí diagnostický závěr lékaře !

HDG: R06.0 – Dušnost [dyspnoe]

VDG: dle poskytované péče a uvedených souvislostí

Lumbální infuzní test

Polymorbidní pac. po opak iCMP v.s. s encefalopatií, stp. epileptickým záchvatu, cca 1 rok porucha chůze, dle MRI dilatace komorového systému, odlehčovací LP bez efektu. Přijat k lumbálnímu infuznímu testu (LIT), který podstoupil se závěrem - zkratová operace není indikována, nejedná se o normotenzní hydrocefalus (NPH). Dle psychologického vyšetření - sy. demence. Během hospitalizace byl pacient ve stacionárním neurologickém/klinickém stavu - bez zhoršení. Dimise pacienta v stabilizovaném stavu s doporučením

Dotaz:

Jaká by měla být HDG?

Lumbální infuzní test

Polymorbidní pac. po opak iCMP v.s. s encefalopatií, stp. epileptickém záchvatu, cca 1 rok porucha chůze, dle MRI **dilatace komorového systému**, odlehčovací LP bez efektu. Přijat k lumbálnímu infuznímu testu (LIT), který podstoupil se závěrem - zkratová operace není indikována, nejedná se o normotenzní hydrocefalus (NPH). Dle psychologického vyšetření - sy. demence. Během hospitalizace byl pacient ve stacionárním neurologickém/klinickém stavu - bez zhoršení. Dimise pacienta v stabilizovaném stavu s doporučením

Dotaz:

Jaká by měla být HDG?

Chybí diagnostický závěr lékaře !

HDG: G93.8 – Jiné určené poruchy mozku

VDG: F03 – Neurčená demence

Pokud byla poskytována péče (zvýšená ošetrovatelská péče nebo cílené vyšetření)

Vigilní koma po srdeční zástavě – ukázka propouštěcí zprávy

67 letý muž byl přivezen 20.2.2025 na OUM po úspěšné KPR. Anamn. s manželkou na cestě domů, v parku po návštěvě u syna, na nic si nestěžovat, bolela ho noha, která bolí dlouhodobě, náhlý kolaps, bezvědomí, gasping. Zahájen TANR, výzva v 17:50, first responderi PČR, před napojením AED dojezd RLP. Při příjezdu RLP v 17:57 kvalitní komprese hrudníku policistou, gasping, zornice iso, vstupní rytmus fibrilace komor, podán 1x výboj, OTI, napojen na UPV, po výboji PEA, nadále nedefibrilovatelný rytmus, podán 1x adrenalin, ROSC po 10 min. ALS, celkem 17 min. Pro interference s ventilátorem sedován, relaxován, transport na OUM KNL. Zde provedeno bed side TTE, dysfunkční LK, EF 30%, PK nedilatovaná, bez perikard výpotku, na EKG komorové bigeminie, salvy KES až krátké nesetrválé KT. Etiol. zástavy nejspíše primárně arytmogenní, v aKP hypokalémie 3,3 při pH 7,1, laktát 8,8. Přijat na OIM CARIM k další péči.

21.2. v noci opak. paroxysmy monomorfní VT, hemodyn. nevyznamná, pokračováno v poresusc. péči. Kardiol. konzilium a TTE, kde dobrá funkce LK, PK lehce dilatována - nejspíše podíl UPV. Doporučen konzervativní postup.

22.2. pro spasticitu a obtížnou ventilaci přidány inhalační a systémové KS, vyměněna ETK za EVAC HiLo, bronchoskopie s odsátím zátek bilat., poté zlepšení oxygenace. NSE po 48hod od ROSC nízká

23.2. opět BSK s nálezem hlenových zátek, odsáto, nasazena ATB (taximed) pro susp. bronchopneumonii.

24.2. doplněno CT mozku a hrudníku a CTA plicnice s nálezem PE do segmentární a subsegmentární větve pro SVIII vpravo. Dále zánětlivé nebo postaspirační změny v dolních lalocích bilat., s hypoventilací, v bazálních segmentech vlevo i podílem atelektázy.

26.2. snižována sedace, neklidný, bez účelného kontaktu, febrilní, odběr HMKT, zánětlivé parametry bez progresu. Změna sedace (přidán dexmedetomidin), odpoledne bez spouštěcího inzultu celotělové křeče, terminováno bolusem propofolu a apaurinem (5mg i.v.). Večer další GM epiparoxysmus, navýšena sedace,

27.2. doplněno EEG, kde popsán NCSE, navýšena sedace, přidán valproát, plánovaná PDT k weaningu zatím odložena.

28.2. navozen burst supression. Ukončeny antibiotika

1.3. snižování sedace

2.3. Při postupném snižování sedace nedochází ke křečím.

3.3. hladina valproátu vyhovuje, kontrolní EEG.

4.3. Vysazen Propofol a nasazen Cordaron pro paroxysm.FiS.

5.3. Dnes sleduje očima.

6.3. Operační tracheostomie cestou ORL.

7.3. Nadále se nebudí do validního kontaktu, jen spontánně otvírá oči a otáčí hlavou. Kontrolní eeg s obrazem, který může odpovídat obrazu vigilního komatu, případně s podílem Lance-Adamsova sy, neodpovídá obrazu NCSE. Domluven překlad na NIP Tanvald, rodina informována. Za spolupráci a převzetí pacienta velice děkujeme.

Dotaz:

Jaká by měla být HDG, váháme na pozici HD mezi diagnózami R4002 a J9600?

Vigilní koma po srdeční zástavě – úprava s pomocí AI

Pacient byl přijat po úspěšné KPR pro náhlou zástavu oběhu v terénu, vstupně s fibrilací komor, následně ROSC po 17 minutách ALS. Po stabilizaci na JIP byl napojen na UPV, s nálezem dysfunkce levé komory a opakovanými paroxysmy komorových arytmií. V průběhu hospitalizace došlo ke komplikacím v podobě aspirační bronchopneumonie, plicní embolie a paroxysmální fibrilace síní..

Při pokusu o snižování sedace se objevily generalizované křeče, potvrzeny epileptické paroxysmy a non-convulzivní status epilepticus, vyžadující eskalaci sedace a antiepileptické léčby. Postupně se stav stabilizoval, EEG později bez známek epileptické aktivity.

Po tracheostomii a pokusu o snižování sedace pacient spontánně otevírá oči a otáčí hlavu, nicméně nevstupuje do validního kontaktu. EEG nález odpovídá vigilnímu kómatu. Stav je stabilizovaný, indikováno pokračování péče na neurorehabilitačním lůžku.

HDG: I49.0 – Komorová fibrilace

VDG: G93.1 – Anoxické poškození mozku (sekundární po zástavě)

(R40.2 – Kóma vigilní (aktuální neurologický stav)) ????

G41.9 – Status epilepticus NS

J96.00 – Akutní respirační insuficience

I26.9 – Plicní embolie

I48.0 – Fibrilace síní, paroxysmální

J69.0 – Aspirační pneumonie

Vlastní ventilátor během hospitalizace

Narazili jsme na následující problém, se kterým si nevíme rady. Na dětské oddělení, na JIP přijata pacientka v režimu DUPV. Při hospitalizaci měla vlastní ventilátor a při hospitalizaci náš oxygenátor.

Nynější onemocnění:

Dívka na domácí UPV s vrozenou vadou mozku - Dandy-Walker přivezena RZP pro poklesy saturace na zavedeném režimu. Doma mají oxygenátor, ale nyní zde na pobytu u příbuzných nemají s sebou. Poslední dny zhoršení zahlenění HCD, ale jinak dle maminky stav obdobný. Příjem cestou výživového knoflíku toleruje. Horečku neměla Nyní v rodině respirační infekce DC. Nyní 2. den nasazen Klacid. V RZP navýšení kyslíku - 1 litr za minutu a na této terapii SpO2 v normě.

Přehled terapie: ACC INJEKT, AMBROBENE, ATROVENT N, FLIXOTIDE DISKUS 100 inh plv 60x100rg, FORLAX, KLACID, NASIVIN 0,025% NAS GTT SOL 10ML, SIALANAR, VENTOLIN, VENTOLIN INHALER N

Průběh hospitalizace: Po přijetí potřeba O2 k dosažení sat 95% a více, průtokem max 3 l/min do směšovače ventilátoru, zvyšuje se zahlenění, nažloutlé sputum. Ponechán claritromycin via PEG, zajištěna iv. periferní žilní vstup, lab, hypokalémie, elevace CRP, kapilární ASTRUP hyperkapnie. Ventilací režim ponechán, upravována jen oxygenoterapie. Inhalační a iv. mukolytická a bronchodilatační tp., krátkodobě infuzní tp. krystaloidy a minerály.

Celkový stav stabilní, postupně se zlepšuje dechově, RTG plic ani poslechový nálezn bez zn. ložiska. Trvale RHB, kašlací asistent, odsávání, polohování. Kultivačně Serratia a Pseudomonas aer. Subfebrilie provní 3 dny, dále safebrilní, po 3 dnech zlepšení, bez nutnosti oxygenoterapie, pokračováno v podpurné tp., ATB celkem 8 dní.

Přechodně Forlax pro 4-denní zácpu, dále reakce a postupné snížení dávky, výživa cestou PEG jak zavedeno, bez reziduí po dobu pobytu, peristaltika+ po celou dobu.

Bez poruchy kožního krytu, okolí stomií klidné.

Před propuštěním výměna TS kanyly, v dobrém, stavu propuštěna do dom. péče. TK 120/70, nezávažná při propuštění.

Dotaz:

Lze vykázat výkon UPV pokud má vlastní ventilátor? Na dětské JIP máme nasmlouvan pouze výkon 91929 - (DRG) DÉLKA TRVÁNÍ HFNO, nikoliv výkony 91927 - (DRG) DÉLKA TRVÁNÍ INVAZIVNÍ UPV nebo 91928 - (DRG) DÉLKA TRVÁNÍ NEINVAZIVNÍ UPV. Nešel by vykázat výkon 91929 když byla pacientka na oxygenoterapii?

Vlastní ventilátor během hospitalizace

Narazili jsme na následující problém, se kterým si nevíme rady. Na dětské oddělení, na JIP přijata pacientka v režimu DUPV. Při hospitalizaci měla vlastní ventilátor a při hospitalizaci náš oxygenátor.

Nynější onemocnění:

Dívka na domácí UPV s vrozenou vadou mozku - Dandy-Walker přivezena RZP pro poklesy saturace na zavedeném režimu. Doma mají oxygenátor, ale nyní zde na pobytu u příbuzných nemají s sebou. Poslední dny zhoršení zahlenění HCD, ale jinak dle maminky stav obdobný. Příjem cestou výživového knoflíku toleruje. Horečku neměla Nyní v rodině respirační infekce DC. Nyní 2. den nasazen Klacid. V RZP navýšení kyslíku - 1 litr za minutu a na této terapii SpO2 v normě.

Přehled terapie: ACC INJEKT, AMBROBENE, ATROVENT N, FLIXOTIDE DISKUS 100 inh plv 60x100rg, FORLAX, KLACID, NASIVIN 0,025% NAS GTT SOL 10ML, SIALANAR, VENTOLIN, VENTOLIN INHALER N

Průběh hospitalizace: Po přijetí potřeba O2 k dosažení sat 95% a více, průtokem max 3 l/min do směšovače ventilátoru, zvyšuje se zahlenění, nažloutlé sputum. Ponechán claritromycin via PEG, zajištěna iv. periferní žilní vstup, lab, hypokalémie, elevace CRP, kapilární ASTRUP hyperkapnie. Ventilací režim ponechán, upravována jen oxygenoterapie. Inhalační a iv. mukolytická a bronchodilatační tp., krátkodobě infuzní tp. krystaloidy a minerály.

Celkový stav stabilní, postupně se zlepšuje dechově, RTG plic ani poslechový nález bez zn. ložiska. Trvale RHB, kašlací asistent, odsávání, polohování. Kultivačně Serratia a Pseudomonas aer. Subfebrilie provní 3 dny, dále safebrilní, po 3 dnech zlepšení, bez nutnosti oxygenoterapie, pokračováno v podpůrné tp., ATB celkem 8 dní.

Přechodně Forlax pro 4-denní zácpu, dále reakce a postupné snížení dávky, výživa cestou PEG jak zavedeno, bez reziduí po dobu pobytu, peristaltika+ po celou dobu.

Bez poruchy kožního krytu, okolí stomií klidné.

Před propuštěním výměna TS kanyly, v dobrém, stavu propuštěna do dom. péče. TK 120/70, nezávažná při propuštění.

Je možno vykazovat pouze nasmlouvané výkony

Diagnózu je možno vykázat, pokud má vliv na péči bez ohledu na vlastnictví přístroje (může být darován, zapůjčen).

Karcinom prostaty zachycen screeningem

Pacient vyšetřován ve screeningovém programu časného záchytu karcinomu prostaty od spádového urologa odeslán na MR, kde byl shledán pozitivní nález, indikována punkční biopsie prostaty za hospitalizace na urologickém oddělení s nálezem:
pac. s elevací PSA 14,9 - po provedené punkci prostaty

MRI: Závěr: PI RADS 5, velké ložisko prakticky v celém rozsahu PZ pravého laloku subcapsulárně, susp. EPE+, cT3a, N0

HISTOLOGIE Závěr: acinární karcinom prostaty v punkcích z obouh laloků (s převahou vpravo).

Primární Gleason grade: 3 Sekundární Gleason grade: 4 Gleason skóre (Gleason sum): 7

Grade group: 2 Počet pozitivních core biopsií: 6 Počet negativních core biopsií: 6

Klasifikace pro onkologii (MKN-O-3, TNM 8. vyd.): C61: 81403; G2; C619; pT1c

dop: doplnit staging onemocnění . - PET CT

Při vyloučení disseminace k lokál. th - radikální prostatektomie s lymfadenektomií

či radioth s neoadjuv ADT , při nálezu meta systémová Th cestou onkologie

Diagnostický závěr:

C61 ca prostate GS 3+4 T1c NO MX iPSA 14,9

Dotaz:

Jaké máme v tomto případě použít výkony, výkon pro punkční biopsii prostaty 76621 – punkční biopsie prostaty v rámci programu časného záchytu karcinomu prostaty nebo výkon 76255 – punkční biopsie prostaty? Jakou máme použít diagnózu, Z125 nebo C61? Většinou provádíme u screeningových pacientů punkční biopsii prostaty v ambulantním režimu, v tomto případě byl ale výkon proveden za hospitalizace.

Karcinom prostaty zachycen screeningem

Pacient vyšetřován ve screeningovém programu časného záchytu karcinomu prostaty od spádového urologa odeslán na MR, kde byl shledán pozitivní nález, indikována punkční biopsie prostaty za hospitalizace na urologickém oddělení s nálezem:
pac. s elevací PSA 14,9 - po provedené punkci prostaty

MRI: Závěr: PI RADS 5, velké ložisko prakticky v celém rozsahu PZ pravého laloku subcapsulárně, susp. EPE+, cT3a, N0

HISTOLOGIE Závěr: acinární karcinom prostaty v punkcích z obou laloků (s převahou vpravo).

Primární Gleason grade: 3 Sekundární Gleason grade: 4 Gleason skóre (Gleason sum): 7

Grade group: 2 Počet pozitivních core biopsií: 6 Počet negativních core biopsií: 6

Klasifikace pro onkologii (MKN-O-3, TNM 8. vyd.): C61: 81403; G2; C619; pT1c

dop: doplnit staging onemocnění . - PET CT

Při vyloučení disseminace k lokál. th - radikální prostatektomie s lymfadenektomií

či radioth s neoadjuv ADT , při nálezu meta systémová Th cestou onkologie

Diagnostický závěr:

C61 ca prostate GS 3+4 T1c NO MX iPSA 14,9

HDG: C61 Zhoubný novotvar prostaty

Výkon: záleží na smluvních podmínkách se zdravotní pojišťovnou, preferenčně doporučujeme 76621 – Punkční biopsie prostaty v rámci programu časného záchytu karcinomu prostaty

Děkujeme Vám za pozornost

zbynek.bortlicek@uzis.cz

tomas.pavlik@uzis.cz

irena.molinari@uzis.cz

miroslav.zvolsky@uzis.cz