

# Dotazy ke kódování diagnóz CZ-DRG 7.0

*Irena Molinari*

*Miroslav Zvolský*

*Zbyněk Bortlíček*

*Tomáš Pavlík*

# Konference CZ-DRG

4. – 5. listopadu 2025  
Grandior hotel, Praha

Srdečně Vás zveme



# Kódování případů

# Umělé ukončení těhotenství po sterilizaci

Gravidní 33letá pacientka po císařském řezu a sterilizaci 1/24, byla přijata k ukončení těhotenství (selhání sterilizace). Bylo provedeno ukončení těhotenství, laparoskopická sterilizace a pro zjištěné srůsty byla doplněna adheziolýza 2.stupně.

**Dotaz:**

Jaké diagnózy máme vykázat: Z302, O049, T818?, N994

# Umělé ukončení těhotenství po sterilizaci

Gravidní 33letá pacientka po císařském řezu a sterilizaci 1/24, byla přijata k ukončení těhotenství (selhání sterilizace). Bylo provedeno ukončení těhotenství, laparoskopická sterilizace a pro zjištěné srůsty byla doplněna adheziolýza 2.stupně.

**HDG: O04.9 Úplný nebo neurčený lékařský potrat bez komplikací**

**VDG: N99.4 Srůsty pánevní pobřišnice po výkonu  
(Z30.2 Sterilizace)**

Kód diagnózy pro sterilizaci doporučujeme spíše nevykazovat, informace o poskytnuté péči nese DRG marker **90791 (DRG) STERILIZACE LAPAROSKOPICKY**

# Neuroinfekce u dítěte

## DIAGNOSTICKÝ SOUHRN:

Enterovirová encefalitida

Neuroborrelióza - pozitivní intratékální syntéza borrelií IgG

Izolace

## SOUHRN HOSPITALIZACE:

9-ti letý pacient přijat pro intenzivní bolesti hlavy, zvracení, spavost. V neurologickém nálezu diskrétně pozitivní opozice šije, bez přesvědčivé ložiskové léze. Doplněné CT mozku s kontrastem bez ložiskových změn, splavy varietně vlevo sinus transversus a sigmoideus gracilnější, vpravo širší. Laboratorně D-Dimery negativní, nelačná hyperglykemie, neutrofilie, zánětlivá aktivita nízká. Realizována lumbální punkce i s měřením intrakran. tlaku. Mok arteficiálně zkrvavělý, PCR detekován Enterovirus, hlášena i pozitivní intrathek. syntéza protilátek proti borreliím. Uložen na JIP, zavedena infúzní a analgetická terapie, vitamíny, ATB léčba neuroborreliózy (plánovaně Ceftriaxon 14 dnů). V dalším průběhu postupně bez klinických potíží. Doplněno EEG, kde lehce opožděna elektrogenéza, lehké zpomalení aktivity - koreluje se základní diagnózou neuroinfekce. Dítě ve stabilizovaném stavu propuštěno do domácí a ambulantní péče.

## Dotaz:

Jaké diagnózy máme vykázat?

# Neuroinfekce u dítěte

## DIAGNOSTICKÝ SOUHRN:

Enterovirová encefalitida

Neuroborrelióza - pozitivní intratékální syntéza borrelií IgG

Izolace

**Neuroborrelióza  $\neq$  meningitida**

**HDG: A85.0+ Enterovirová encefalitida**

**VDG: A69.2 Lymeská nemoc**

**Z29.0 Izolace**

Pokud lékař klinický stav uzavře jako meningitidu – lze vykázat kód G01 - Meningitida při bakteriálních nemocech zařazených jinde

### 2.3.3.1 Podvojně kódování v systému křížek – hvězdička

Kód s hvězdičkou nesmí být použit samostatně.

Pro kódování DRG (morbidity) může být na pozici HDG kód s hvězdičkou, pokud je péče poskytována primárně pro danou manifestaci nemoci a diagnóza s hvězdičkou vyhovuje pravidlu 3.1 pro výběr HDG.

Za „diagnózu s hvězdičkou“ jsou považovány výhradně položky označené v MKN-10 symbolem hvězdičky.

Za diagnózu s křížkem jsou považovány podpoložky, které:

- mají symbol křížku uvedený v MKN-10:

- u příslušného kódu,
- nebo u zahrnutých termínů (v informaci „Patří sem“) příslušného kódu,
- nebo u kódu s hvězdičkou ve formě odkazu na kód s křížkem,

- nemají symbol křížku uvedený u kódu nebo názvu kódu v klasifikaci MKN-10, ale klinický stav je tímto kódem v kombinaci s kódem s hvězdičkou správně popsán.

A85.0+ [Enterovirová encefalitida \(G05.1\\*\)](#)

Enterovirová encefalomyelitida

G05.1\* [Encefalitida, myelitida a encefalomyelitida při virových nemocech zařazených jinde](#)

Kód G05.1 nepřináší v kombinaci a A85.0+ žádnou informaci navíc

# Klíšťová meningoencefalitida

Dotaz:

Jak správně kódovat středoevropskou klíšťovou meningoencefalitidu?

1. Kódovat pouze A841 (kam patří klíšťová meningoencefalitida viz MKN-10) a ponechat samostatně
2. Přidat do VDG G039 Meningitida NS, případně G049 Encefalitida, myelitida a encefalomyelitida NS?

# Klíšťová meningoencefalitida

## Dotaz:

Jak správně kódovat středoevropskou klíšťovou meningoencefalitidu?

1. Kódovat pouze A841 (kam patří klíšťová meningoencefalitida viz MKN-10) a ponechat samostatně
2. Přidat do VDG G039 Meningitida NS, případně G049 Encefalitida, myelitida a encefalomyelitida NS?

## A84.1 Středoevropská encefalitida přenášená klíšťaty

A84	<a href="#">Virová encefalitida přenášená klíšťaty</a>
	Patří sem: <div style="border: 2px solid red; padding: 2px;">Virová meningoencefalitida přenášená klíšťaty</div>
A84.0	<a href="#">Encefalitida dálného východu přenášená klíšťaty (ruská jarně-letní encefalitida)</a>
A84.1	<a href="#">Středoevropská encefalitida přenášená klíšťaty</a>
A84.8	<a href="#">Jiná virová encefalitida přenášená klíšťaty</a>  Louping ill Encefalitida, původce: virus Pawassan
A84.9	<a href="#">Virová klíšťová encefalitida NS</a>

# Sutura poševního pahýlu

Pacientka byla operována - Hysterectomia abdominalis. Ještě tentýž den pro krvácení provedena reoperace – ošetření krvácení poševního pahýlu, vaginálně provedena spec sutura poševního pahýlu v celém rozsahu s difus krvácením z poševní sliznice.

## Dotaz:

Nevíme, jakým výkonem vykázat suturu poševního pahýlu po abdominální hysterektomii.

Jaký výkon použít pro druhou operaci – suturu? Nenašli jsme žádný vhodný výkon

# Sutura poševního pahýlu

Pacientka byla operována - Hysterectomia abdominalis. Ještě tentýž den pro krvácení provedena reoperace – ošetření krvácení poševního pahýlu, provedena speciální sutura poševního pahýlu v celém rozsahu s difusním krvácením z poševní sliznice.

**Výkon 63137 SUTURA RUPTURY (NÁSTŘIHU) HRDLA DĚLOŽNÍHO NEBO POCHVY**

# Mnohočetné fraktury obličeje

Pacientka po úrazu byla přijata při vědomí (GCS 14), hypertenze (220/170), s objemným hematomem čela, epistaxí, poraněním nosu a levé tváře, zvracením krve. Neurologicky bez lateralizace.

Na ambulanci byla ošetřena – sutura ran, tamponáda nosu. Provedené CT prokázalo mnohočetné fraktury obličejového skeletu (čelo, očnice, nos, maxilly, patro, pterygoidní výběžky), rozsáhlý pneumocefalus, hemosiny v PND, intrakraniálního krvácení nebylo přítomno.

Pacientka byla preventivně intubována kvůli riziku aspirace, následně byla převezena na stomatochirurgii k operaci.

## Dotaz:

Je možno vykázat pneumocefalus na pozici HDG (RV 2,92), S dg – RV 0,4?

Je možno na pozici VDG vykázat J96.99?

# Mnohočetné fraktury obličeje

Pacientka po úrazu byla přijata při vědomí (GCS 14), hypertenze (220/170), s objemným hematomem čela, epistaxí, poraněním nosu a levé tváře, zvracením krve. Neurologicky bez lateralizace.

Na ambulanci byla ošetřena – sutura ran, tamponáda nosu. Provedené CT prokázalo mnohočetné fraktury obličejového skeletu (čelo, očné, nos, maxilly, patro, pterygoidní výběžky), rozsáhlý pneumocefalus, hemosiny v PND, intrakraniálního krvácení nebylo přítomno.

Pacientka byla preventivně intubována kvůli riziku aspirace, následně byla převezena na stomatochirurgii k operaci.

## Dotaz:

Je možno vykázat pneumocefalus na pozici HDG (RV 2,92), S dg – RV 0,4?

Je možno na pozici VDG vykázat J96.99?

## HDG: S02.10 - Zlomenina lebeční spodiny [fractura baseos cranii], zavřená

Pro pneumocefalus nebyla poskytována žádná cílená terapie ani diagnostika, tudíž bychom ho nekódovali ani na pozici VDG. Jedná se o následek úrazu.

UPV byla poskytována preventivně, tudíž není možno vykázat žádný kód respiračního selhání.

Doporučujeme konzultovat lékaře, která zlomenina byla nejnáročnější

# Hemangiom temenní kosti

Pacient byl přijat pro plánovanou resekci léze temenní kosti, byla provedena kranioplastika s titanovou sítkou a miniplatničkami, histologicky byl prokázán hemangiom. Lékaři vykázali výkony: 56177 – Kraniotomie a 56135 – Kranioplastika.

**Dotaz:**

**Případ se řadí do MDC 88x s CM 0,456.**

**Pokud by byla HDG D18.02 – bude RV 3,18 – DRG skupina 01-I06-05, můžeme překódovat?**

# Hemangiom temenní kosti

Pacient byl přijat pro plánovanou resekci léze temenní kosti, byla provedena kranioplastika s titanovou síťkou a miniplatničkami, histologicky byl prokázán hemangiom. Lékaři vykázali výkony: 56177 – Kraniotomie a 56135 – Kranioplastika.

## Dotaz:

Případ se řadí do MDC 88x s CM 0,456.

Pokud by byla HDG D18.02 – bude RV 3,18 – DRG skupina 01-I06-05, můžeme překódovat?

## HDG: D18.08 - Hemangiom jiných určených lokalizací

Pozor nejedná se o intrakraniální hemangiom

## Výkony:

## 56135 KRANIOPLASTIKA AKRYLÁTOVÁ, PLEXISKLOVÁ, KOVOVÁ NEBO KOSTNÍ PLOTÉNKOU

Číslo výkonu	56177	Pozor nelze vykázat, není naplněn obsah registračního listu
Název	KRANIOTOMIE A RESEKCE, PŘÍPADNĚ LOBEKTOMIE PRO TUMOR ČI METASTÁZU NEBO OPERACE INTRAKRANIÁLNÍHO ANEURYSMATU NEBO OPERACE PÍŠTĚLE KAROTIDOKAVERNOSNÍ INTRAKRANIÁLNĚ NEBO HEMISFEREKTOMIE NEBO EXSTIRPACE KOROVÉ JIZVY NEBO LOBEKTOMIE PRO EPILEPSII NEBO REKONSTRUKČNÍ OPERACE PRO ENCEFALOKELU ČI DEKOMPRESIE ZADNÍ JÁMY	
Popis	Typ neurochirurgické operace zaměřené k radikálnímu či paliativnímu odstranění tumoru či metastázy se současnou resekci mozkového laloku. Zahrnuje i odstranění tumoru hypofýzy subfrontálním přístupem.	
Čím výkon začíná	Po uvedení nemocného do celkové endotracheální anestezie upevnění hlavy do trojbodového fixátoru v poloze dle lokalizace expanze, dezinfekce operačního pole a krytí steri-drapem, zarouškování odklopení kožního laloku, expozice tvrdé pleny provedením osteoplastické nebo osteoklastické trepanace.	
Obsah a rozsah výkonu	Otevření tvrdé pleny, lokalizace léze (punkce, peroperační sonografie, atd.), cerebrotomie dle lokalizace a rozsahu léze, peroperační biopsie, maximálně radikální odstranění léze (klasická resekce, mikrochirurgická resekce, ultrazvukový selektor CUSA, laser) s přihlédnutím na lokalizaci a charakter léze. V rámci vnitřní dekomprese resekce části nebo celého mozkového laloku. Stavění krvácení (koagulace, bipolární koagulace), uzavření tvrdé pleny (sutura, plastika fascií), epidurální drenáž dle Redona.	
Čím výkon končí	Přiklopení kostní ploténky a kožního laloku, sutura po anatomických vrstvách. Dezinfekce operačního pole, sterilní krytí operační rány. Ošetření vpichů po tříbodové fixaci. Sepsání operačního protokolu a vyplnění předepsaných formulářů.	

# Preeklampsie

Pacientka byla přijata na porodní sál pro hraniční hodnoty krevního tlaku a zhoršující se otoky dolních končetin. Byly odebrány základní laboratorní ukazatele preeklampsie. Pro zvýšené laboratorní hodnoty bylo rozhodnuto o indukci porodu per Prostin PGE2. Došlo k nástupu pravidelné děložní činnosti a postupné progresi vaginálního nálezu až k zašlé brance. Proběhl porod indukovaný záhlavím, bez komplikací.

Bylo porozeno dítě mužského pohlaví, 2440 g.

**Porodní poranění:** ruptura perinei gr. II, ruptura parietis vag. I. dx., haematoma vag.

Časně šestinedělí afebrilní, močení a stolice bez potíží.

**Krevní skupina:** AB, Rh- (dítě A, Rh+, aplikován Igamad 1500 IU i.m.)

## Diagnostický souhrn:

- partus maturus inductus per PGE2 in grav. hebd. 38+6
- praesentatio occipitis
- EPH gestosis
- disp. na psychiatrii - panická ataka
- ruptura perinei gr. II
- ruptura parietis vag. I. dx.
- haematoma vaginae
- SAG negativitas
- anaemia secundaria matris
- KS: AB Rh-

## Přehled terapie:

- PARAMAX RAPID (500MG TBL NOB 100) POR,
- TARDYFERON (247,25MG TBL MRL 30) POR,
- BUSPIRON-EGIS (5MG TBL NOB 30) POR,
- OLWEXYA (150MG CPS PRO 30) POR
- Igamad 1500 IU
- Prostin PGE2
- uterotonika (MEM)
- sutura Chirlac

Dotaz:

Jak případ zakódovat?

# Preeklampsie

Pacientka byla přijata na porodní sál pro hraniční hodnoty krevního tlaku a zhoršující se otoky dolních končetin. Byly odebrány základní laboratorní ukazatele preeklampsie. Pro zvýšené laboratorní hodnoty bylo rozhodnuto o indukci porodu per Prostin PGE2. Došlo k nástupu pravidelné děložní činnosti a postupné progresi vaginálního nálezu až k zašlé brance. Proběhl porod indukovaný záhlavím, bez komplikací.

Bylo porozeno dítě mužského pohlaví, 2440 g.

**Porodní poranění:** ruptura perinei gr. II, ruptura parietis vag. I. dx., haematoma vag.

Časně šestinedělí afebrilní, močení a stolice bez potíží.

**Krevní skupina:** AB, Rh- (dítě A, Rh+, aplikován Igamad 1500 IU i.m.)

**Diagnostický souhrn:**

- partus maturus inductus per PGE2
- praesentatio occipitis
- EPH gestosis
- ~~disp. na psychiatrii – panická ataka~~
- ruptura perinei gr. II
- ruptura parietis vag. I. dx.
- haematoma vaginae
- ~~SAG negativitas~~
- anaemia secundaria matris
- KS: AB Rh-

## 4.15.1 Pravidla pro kódování porodů

Pro účely vykazování v systému CZ-DRG vykazujeme kódy O80-O84 – Porod:

4.15.1.1. Na pozici HDG, pokud je porod důvodem přijetí do daného zařízení.

4.15.1.2 Na pozici VDG, pokud v průběhu hospitalizace porod proběhl, ale důvodem přijetí je jiný stav.

**HDG: O80.0 Spontánní porod záhlavím**

**VDG: Z37.0 Jediné dítě, živě narozené**

**O14.9 Preeklampsie NS**

**O70.1 Trhlina hráze druhého stupně při porodu**

**O36.0 Péče o matku pro izoimunizaci Rh**

**D50.0 Anemie z nedostatku železa, sekundární po ztrátě krve (chronická)**

**O99.0 Anemie komplikující těhotenství, porod a šestinedělí**

**Dotaz:**

**Jak případ zakódovat?**

# Vakuumextrakce I

Pacientka byla přijata na porodní sál pro spontánní odtok plodové vody a nepravidelné slabé bolesti. Postupně došlo k nástupu pravidelné děložní činnosti a progresi vaginálního nálezu až k zašlé brance. Pro alteraci ozev plodu ve II. době porodní byl porod ukončen vakuumextrakcí.

Bylo porozeno dítě mužského pohlaví, 3400 g.

**Porodní poranění:** episiotomia mediolateralis l.dx.

Časné šestinedělí afebrilní, močení bez potíží.

**Krevní skupina:** A, Rh-, dítě A, Rh-, Igamad 1500 IU i.m. neaplikován

## Diagnostický souhrn:

- Partus maturus operativus per VEX in grav. hebd. 40+5
- Praesentatio occipitis
- Hypoxia foetus incipiens
- Defluvium liquoris amnialis praecox
- Primipara
- Episiotomia mdl.l.dx.
- SAG negativitas
- Anaemia matris secundaria post partum
- Haemoroidi anales externi

## Přehled terapie:

- Uterotonika
- sutura Chirlac
- Paramax 500mg
- Sorbifer durules
- Buscopan i.m.
- Faktu ung.
- Hirudoid ung.
- Lactulosa

**Dotaz:**

**Jak případ zakódovat?**

# Vakuumextrakce I

Pacientka ve 41 tt. byla přijata na porodní sál pro spontánní odtok plodové vody a nepravidelné slabé bolesti. Postupně došlo k nástupu pravidelné děložní činnosti a progresi vaginálního nálezu až k zašlé brance. Pro alteraci ozev plodu ve II. době porodní byl porod ukončen vakuumextrakcí.

Bylo porozeno dítě mužského pohlaví, 3400 g.

**Porodní poranění:** episiotomia mediolateralis l.dx.

Časné šestinedělí afebrilní, močení bez potíží.

**Krevní skupina:** A, Rh-, dítě A, Rh-, Igamad 1500 IU i.m. neaplikován

## Diagnostický souhrn:

- Partus maturus operativus per VEX  
in grav. hebd. 40+5
- Praesentatio occipitis
- Hypoxia foetus incipiens
- Defluvium liquoris amnialis praecox
- Primipara
- ~~Episiotomia mdl.l.dx.~~
- ~~SAG negativitas~~
- Anaemia matris secundaria post partum
- Haemoroidi anales externi

**HDG: O81.4 Porod vakuumextrakcí**

**VDG: Z37.0 Jediné dítě, živě narozené**

**O68.0 Porod komplikovaný nenormální srdeční frekvencí plodu**

**D50.0 Anemie z nedostatku železa,  
sekundární po ztrátě krve (chronická)**

**O99.0 Anemie komplikující těhotenství, porod a šestinedělí**

**O22.4 Hemoroidy v těhotenství**

Epiziotomie je lékařský zákrok nikoli porodní poranění. V hlášení pro NZIS je bohužel její provádění mezi porodní poranění zahrnuto.

## Dotaz:

Jak případ zakódovat?

# Vakuumextrakce II

Pacientka ve 37+6 týdnu těhotenství, I/0, byla přijata pro pravidelné kontrakce. Postupně nastoupila pravidelná děložní činnost s progresí vaginálního nálezu až k zašlé brance. V závěru II. doby porodní došlo alterace ozev, vyčerpání rodičky, proto byl porod ukončen operačně vakuumextrakcí.

Bylo porozeno dítě mužského pohlaví, 2860g.

Porodní poranění: episiotomia mdl.l.dx., ruptura parietis vag. l.sin., laceratio labii min. l.sin.

Časně šestinedělí afebrilní, močení a stolice bez potíží.

Krevní skupina: A, Rh+

## Diagnostický souhrn:

- Partus maturus operativus per VEx in grav. hebd. 37+6
- Alteratio sonoris cordis foetus in perioda obstetrica secunda
- Hypoxia foetus incipiens
- Exhaustio matris
- Presentatio occipitis
- Manus foetus elevata
- Duniculus umbilicalis circum colli foetus semel
- Primipara
- Episiotomia mdl.l.dx.
- Ruptura parietis vaginae l.sin.
- Laceratio labii min. l.sin.
- SAG negativitas
- Anaemia matris secundaria levis post partum

## Přehled terapie:

- Uterotonika
- sutura Chirlac
- Paramax 500mg
- Sorbifer durules
- Paracetamol accord 1g i.v.
- Dicynone 2 amp i.v.

## Dotaz:

Jak případ zakódovat?

# Vakuumextrakce II

Pacientka ve 37+6 týdnu těhotenství, I/0, byla přijata pro pravidelné kontrakce. Postupně nastoupila pravidelná děložní činnost s progresí vaginálního nálezu až k zašlé brance. V závěru II. doby porodní došlo alterace ozev, vyčerpání rodičky, proto byl porod ukončen operačně vakuumextrakcí.

Bylo porozeno dítě mužského pohlaví, 2860g.

Porodní poranění: episiotomia mdl.l.dx., ruptura parietis vag. l.sin., laceratio labii min. l.sin.

Časně šestinedělí afebrilní, močení a stolice bez potíží.

Krevní skupina: A, Rh+

## Diagnostický souhrn:

- Partus maturus operativus per VEx  
in grav. hebd. 37+6
- Alteratio sonoris cordis foetus  
in perioda obstetrica secunda
- Hypoxia foetus incipiens
- Exhaustio matris
- Presentatio occipitis
- Manus foetus elevata
- Duniculus umbilicalis circum colli foetus semel
- Primipara
- ~~Episiotomia mdl.l.dx.~~
- Ruptura parietis vaginae l.sin.
- Laceratio labii min. l.sin.
- ~~SAG negativitas~~
- Anaemia matris secundaria levis post partum

**HDG: O81.4 Porod vakuumextrakcí**

**VDG: Z37.0 Jediné dítě, živě narozené**

**O68.0 Porod komplikovaný nenormální srdeční frekvencí plodu**

**D50.0 Anemie z nedostatku železa, sekundární po ztrátě krve (chronická)**

**O99.0 Anemie komplikující těhotenství, porod a šestinedělí**

**O70.0 Trhlina hráze prvního stupně při porodu**

# Metrorrhagie

Pacientka přijata k provedení separované abraze a ablaci cervikálního polypu pro metrorrhagii. Zákrok a po zákroku bez komplikací. Při propuštění se cítí dobře, břicho klidné, palpačně nebolestivé, nekrvácí, špiní.

## Histologické vyšetření:

I. Polyp - drobný endocervikální polyp.

II. Abradát hrdla - hlen a lamely dlaždicového epitelu čípku bez dysplázie.

## Diagnostický souhrn:

- Metrorrhagia postmenop.
- Polypus cervicis uteri
- Uterus myomatosus
- Renální insuficience, dehydratace
- Diabetes mellitus 2. typu na POAD + inzulinoterapii
- Arteriální hypertenze
- Kognitivní deficit

## Dotaz:

Jak případ zakódovat?

## Přehled terapie:

- TRESIBA (200U/ML INJ SOL PEP 3X3ML I) SDR,
- NOVORAPID (100U/ML INJ SOL VIA 1X10ML) SDR,
- TRITACE (5MG TBL NOB 30) POR,
- GODASAL (100MG/50MG TBL NOB 50 II) POR,
- HELICID (20MG CPS ETD 90 I) POR,
- AGEN (5MG TBL NOB 30 II) POR,
- CALTRATE D3 (600MG/400IU TBL FLM 90) POR,
- ESSENTIALE FORTE (600MG CPS DUR 30) POR,
- VEROSPIRON (25MG TBL NOB 20) POR,
- FURON (40MG TBL NOB 50) POR,
- PURINOL (100MG TBL NOB 100) POR,
- EBIXA (20MG TBL FLM 28 I) POR,
- AMOKSIKLAV 1 G (875MG/125MG TBL FLM 14) POR,
- GLUKÓZA 5% VIAFLO (50MG/ML INF SOL 20X500ML) IVN,

# Metrorrhagie

Pacientka přijata k provedení separované abraze a ablaci cervikálního polypu pro metrorrhagii. Zákrok a po zákroku bez komplikací. Při propuštění se cítí dobře, břicho klidné, palpačně nebolestivé, nekrvácí, špiní.

## Histologické vyšetření:

- I. Polyp - drobný endocervikální polyp.
- II. Abradát hrdla - hlen a lamely dlaždicového epitelu čípku bez dysplázie.

## Diagnostický souhrn:

- ~~Metrorrhagia postmenop.~~
- Polypus cervicis uteri
- Uterus myomatosus
- ~~Renální insuficience, dehydratace~~
- Diabetes mellitus 2. typu na POAD + inzulinoterapii
- Arteriální hypertenze
- ~~Kognitivní deficit~~

**HDG: N84.1 Polyp hrdla děložního**

**VDG: E11.9 Diabetes mellitus 2. typu bez komplikací  
I10 Esenciální (primární) hypertenze**

Dotaz:

Jak případ zakódovat?

# Zlomenina obou hlezů

Pacient byl přivezen RZP pro úraz obou hlezů (přiražení 600kg vozíkem - přimáčknut byl zejména pravý bérce). Medikuje Eliquis. Provedeny zobrazovací vyšetření (RTG, CT pravého hlezna). Vzhledem ke crush poranění pravého bérce je třeba vyčkat s definitivní osteosyntézou. Byla nasazena plná analgoterapie, vasodilatační terapie, pravidelné převazy. Vzhledem k nálezům na levém hleznu - zde postup konzervativní naložena ortéza. Po demarkaci avitální tkáně pravého bérce bylo přistoupeno k osteosyntéze. Operace proběhla bez komplikací. Pooperační průběh byl klidný. Návěk přesunů. To pac. zvládá. Pravidelné převazy. Pac. propouštím do ambulantní péče.

**RTG bérce vpravo:** Fraktura ediálního malleolu tibie, dále fraktura distální diafýzy fibuly, šikmá, a v.s. i fraktura distál fibuly v úrovni TF syndesmosy, celkově posun laterálně.

**RTG hlezna vlevo:** Zlomenina vnitřního malleolu, jemná konturální nerovnost na kloubní ploše, šikmá zlomenina dist. fibuly Weber B. Štěrbina TC kloubu je mediálně diskrétně rozšířená.

**CT vyšetření pravého hlezna:** Fraktura dist. tibie - odlomený mediální malleolus, jeden hlavní fragment a tříšť drobných fragmentů, posun lehce kaudálně. Dále vylomený fragment ventrolaterálně, zasahující do incisura fibularis, také s tříšť drobných fragmentů, s posunem laterálně. Vylomený fragment dorsálně laterálně, také zasahuje do incisura fibularis, a také na zadní hranu, tento fragment je rotován. Fraktura dist. fibuly, šikmá fraktura distální diafýzy, s posunem o polovinu šíře kosti laterálně a zkrácením

## Diagnostický souhrn:

- S8270 fractura distalis cruris l. dx. comminutiva luxata
  - necrosis cutis distalis cruris reg. antero--lateralis - ke spont. Odloučení
  - compresio distalis cruris magni
  - W1801 .....
- Fractura distalis cruris l. sin. sine dislocata

## Přehled terapie:

- |                  |                   |               |
|------------------|-------------------|---------------|
| • AESCIN TEVA    | • ELIQUIS         | • PARACETAMOL |
| • ALMIRAL, AZEPO | • LACIDOFIL       | • ACCORD      |
| • CIPRALEX       | • METAMIZOL STADA | • PARALEN     |
| • CLEXANE        | • NOLPAZA         | • ROSUCARD    |
| • COMBOGESIC     | • ORCAL NEO       | • VALSACOMBI  |

Dotaz:

Jak případ správně zakódovat?



# Zlomenina obou hlezů

Pacient byl přivezen RZP pro úraz obou hlezů (přiražení 600kg vozíkem - přimáčknut byl). Provedeny zobrazovací vyšetření (RTG, CT pravého hlezna). Vzhledem ke crush poranění osteosyntézou. Byla nasazena plná analgoterapie, vasodilatační terapie, pravidelné převazování. Postup konzervativní naložena ortéza. Po demarkaci avitální tkáně pravého bérce bylo při RTG komplikací. Pooperační průběh byl klidný. Nácvik přesunů. To pac. zvládá. Pravidelné převazování.

**RTG bérce vpravo:** Fraktura **mediálního malleolu tibie**, dále fraktura distální diafýzy fibuly a syndesmosy, celkově posun laterálně.

**RTG hlezna vlevo:** Zlomenina **vnitřního malleolu**, jemná konturální nerovnost na kloubní ploše. Štěrbina TC kloubu je mediálně diskrétně rozšířená.

**CT vyšetření pravého hlezna:** Fraktura dist. tibie - odlomený mediální malleolus, jeden hlavní fragment a tříšť drobných fragmentů, posun lehce kaudálně. Dále vylomený fragment ventrolaterálně, zasahující do incisura fibularis, také s tříšť drobných fragmentů, s posunem laterálně. Vylomený fragment dorsálně laterálně, také zasahuje do incisura fibularis, a také na zadní hranu, tento fragment je rotován. Fraktura dist. fibuly, šikmá fraktura distální diafýzy, s posunem o polovinu šíře kosti laterálně a zkrácením.

**HDG: S82.50 Zlomenina vnitřního kotníku [fractura malleoli medialis], zavřená**

**VDG: W23.99 Zachycení, rozdrčení, zmáčknutí nebo skřípnutí do předmětů nebo mezi ně**

**T02.50 Zlomeniny postihující více částí obou dolních končetin, zavřené**

**T79.6 Úrazová ischemie svalů**

T02

Zlomeniny postihující více částí těla

Tam, kde není nutné nebo vhodné použít mnohočetné kódování více položkami (kódy) k vyznačení zlomeniny a otevřené rány, jsou pro nezávazné použití na doplňkovém (dalším) místě položky (kódu) poskytnuty následující podpoložky. Zlomenina neurčená (neoznačená) jako zavřená nebo otevřená se musí zařadit jako zavřená.

- . 0 zavřená
- . 1 otevřená

T02.5

Zlomeniny postihující více částí obou dolních končetin

Zlomeniny lokalizací zařaditelných do [S72.-](#), [S82.-](#), [S92.-](#) a [T12](#) určené jako oboustranné

**Nepatří sem:**

jestliže jsou kombinovány se zlomeninami:

- . hrudníku, dolní části zad a pánve ([T02.7](#))
- . horní(-ch) končetin(-y) ([T02.6](#))

# Amputace pro nekrózu po amputaci

Pacient po amputaci levé dolní končetiny v bérce (1.7.25) byl přijat pro lokálně progredující nekrózu v sutuře. Laboratorně byla zjištěna elevace CRP a anemizace. Zhojení v této úrovni amputace je nemožné, pacient souhlasí s amputací ve stehnu - ta je provedena 18.7., výkon bez komplikací. Po výkonu sledován na JIP, následně překládán na standartní oddělení. Podána 1x EBR na standartním oddělení začíná rehabilitovat do chodítka.

**Přehled terapie:** chronická medikace, Amoksiklavm metamizol, dipirolol, infuse., IPP

**Operační výkony:** amputatio e femore l.sin.

**Diagnostický souhrn:**

- I70.21 Gangraena diabetico-ischae mica femoris l.sin.
- anemie

**Dotaz:**

Jaká bude HDG? Nekróza amputačního pahýlu T 87.5 nebo původní nemoc, která byla důvodem první amputace tedy I 70.21 .

# Amputace pro nekrózu po amputaci

Pacient po amputaci levé dolní končetiny v bérce (1.7.25) byl přijat pro lokálně progredující nekrózu v sutuře. Laboratorně byla zjištěna elevace CRP a anemizace. Zhojení v této úrovni amputace je nemožné, pacient souhlasí s amputací ve stehnu - ta je provedena 18.7., výkon bez komplikací. Po výkonu sledován na JIP, následně přeclad na standartní oddělení. Podána 1x EBR na standartním oddělení začíná rehabilitovat do chodítka.

**Přehled terapie:** chronická medikace, Amoksiklavm metamizol, dipirolol, infuse., IPP

**Operační výkony:** amputatio e femore I.sin.

**Diagnostický souhrn:**

- I7021 Gangraena diabetico-ischaemica femoris I.sin.
- anemie

**Dotaz:**

Jaká bude HDG? Nekróza amputačního pahýlu T 87.5 nebo původní nemoc, která byla důvodem první amputace tedy I 70.21 .

**HDG: T87.5 Nekróza amputačního pahýlu**

**VDG: Y83.5 Operace a jiné operační výkony jako příčina abnormální reakce nebo pozdější komplikace, bez zmínky o nehodě při výkonu, amputace končetin(y)**

**D64.9 Anémie NS**

# Epiploická apendicitida

Pacient byl přijat pro bolesti břicha při epiploické apendicitis levého mesogastria. Byla podána analgetika, ATB, postupováno konzervativně, poté ústup obtíží, postupnou zátěž stravou toleruje, kontrolní odběry vyhovují, dimise.

**Přehled terapie:** BETALOC ZOK, BRIVIACT, CIPROFLOXACIN KABI, CLEXANE, GODASAL, HELIDES, LACIDOFIL, METRONIDAZOLE NORIDEM, PLASMALYTE, SORTIS, TARUZA, TRELEMA, TRIPLIXAM, VEROSPIRON, ZEBINIX

## Diagnostický souhrn:

- K523 Appendicitis epiploica reg. mesogastrii l. sin.

## Dotaz:

- Jak správně zařadit tento stav.
- Je epiploická apendicitida to stejné jako epiploitida?
- Dle MKN 10 epiploidita patří do K 65.9 Peritonitida NS. Je to správně?

# Epiploická apendicitida

Pacient byl přijat pro bolesti břicha při epiploické apendicitis levého mesogastria. Byla podána analgetika, ATB, postupováno konzervativně, poté ústup obtíží, postupnou zátěž stravou toleruje, kontrolní odběry vyhovují, dimise.

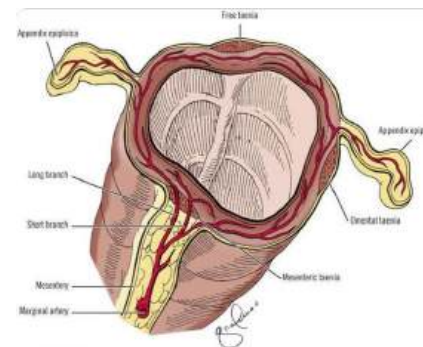
**Přehled terapie:** BETALOC ZOK, BRIVIACT, CIPROFLOXACIN KABI, CLEXANE, GODASAL, HELIDES, LACIDOFIL, METRONIDAZOLE NORIDEM, PLASMALYTE, SORTIS, TARUZA, TRELEMA, TRIPLIXAM, VEROSPIRON, ZEBINIX

## Diagnostický souhrn:

- K523 Appendicitis epiploica reg. mesogastrii l. sin.

## Dotaz:

- Jak správně zařadit tento stav.
- Je epiploická apendicitida to stejné jako epiploitida?
- Dle MKN 10 epiploidita patří do K 65.9 Peritonitida NS.  
Je to správně?



## Epiploický apendix

- Peritoneem kryté výčnělky/přívěsky subserózního tuku vyčnívající z povrchu kolon do peritoneální dutiny, obsahují tuk a drobné cévy
- Nacházejí se podél celého colon, nejsou v oblasti rekta
- Jejich počet se uvádí kolem 50-100  
Longitudinální distribuce podél tenia libera a tenia omentalis
- Velikost průměrně kolem 1.5 x 3.5 cm

**HDG: K65.9 Peritonitida NS**

# Biliární kolika s hydropsem žlučníku

Pacientka byla přijata s biliární kolikou a dle USG hydropsem žlučníku s litiázou. Po vstupním zálečení byla indikována akutní cholecystektomie, po přípravě výkon, ten proběhl bez komplikací, pooperačně stabilizace na CH JIP. Poté byla přeložena na standardní oddělení, zde průběh klidný, observace, analgetika, převaz. Zátěž stravou toleruje dobře, stolice normalizována, pac se cítí dobře, bolesti neguje, dimise.

**Operační výkony:** jedná se o incipientní akutní cholecystitidu, dle UZ hydrops žlučníku s mnohočetnou cholecystolithiasou, protrahující se biliární kolika, anamnéza 12 hod.

Res: cholecystitis acuta calc., pericholecystitis

Th: LACHE, drainage

## Diagnostický souhrn:

K802 Colica biliaris

K821 Hydrops vesicae felleae

## Dotaz:

Jak správně zakódovat tento případ ?

# Biliární kolika s hydropsem žlučníku

Pacientka byla přijata s biliární kolikou a dle USG hydropsem žlučníku s litiázou. Po vstupním zálečení byla indikována akutní cholecystektomie, po přípravě výkon, ten proběhl bez komplikací, pooperačně stabilizace na CH JIP. Poté byla přeložena na standardní oddělení, zde průběh klidný, observace, analgetika, převaz. Zátěž stravou toleruje dobře, stolice normalizována, pac se cítí dobře, bolesti neguje, dimise.

**Operační výkony:** jedná se o incipientní akutní cholecystitidu, dle UZ hydrops žlučníku s mnohočetnou cholecystolithiasou, protrahující se biliární kolika, anamnéza 12 hod.

**Res:** cholecystitis acuta calc., pericholecystitis

Th: LACHE, drainage

## Diagnostický souhrn:

K802 Colica biliaris

K821 Hydrops vesicae felleae

## Dotaz:

Jak správně zakódovat tento případ ?

**HDG K80.0 Kámen žlučníku s akutním zánětem žlučníku (cholecystitidou)**

# Amputace pro syndrom diabetické nohy

Polymorbidní pacient v dialyzačním programu byl plánovaně přijat k transmetatarsální amputaci PDK pro nehojící se defekt po amputaci palce 5/25 plus dle RTG osteolýza hlaviček II.-IV. MTT (Trombex a Godasal vysazené)

Po přípravě proběhl operační výkon bez komplikací, byla podávána atb, oběhově stabilní, převaz s vyšší krvácivostí v oper místě, po dialýze, lokálně klidné, bez progresu nekros, , oplachy, vložen Aquacel Ag, krytí

**Operační výkony:** Amputatio digiti II et III pedis transmetatarsalis

## Diagnostický souhrn:

U6974 Syndrom diabetické nohy

E115 Gangraena diabetica pedis

## Dotaz:

Dle pravidel MKN patří k U 6974 kód E 10.7  
nebo mohu rozkódovat

U 69.74 + E10.5 diabetická gangrena

E 10.4 + G 632 – diabetická polyneuropatie

E 10.2 + N 08.3 diabetická nefropatie

E 10.3 + H 36.0 diabetická retinopatie

# Amputace pro syndrom diabetické nohy

Polymorbidní pacient v dialyzačním programu byl plánovaně přijat k transmetatarsální amputaci PDK pro nehojící se defekt po amputaci palce 5/25 plus dle RTG osteolýza hlaviček II.-IV. MTT (Trombex a Godasal vysazené)

Po přípravě proběhl operační výkon bez komplikací, byla podávána atb, oběhově stabilní, převaz s vyšší krvácivostí v oper místě, po dialýze, lokálně klidné, bez progresu nekros, , oplachy, vložen Aquacel Ag, krytí

**Operační výkony:** Amputatio digiti II et III pedis transmetatarsalis

## Diagnostický souhrn:

U6974 Syndrom diabetické nohy

E115 Gangraena diabetica pedis

**HDG: U69.74 Syndrom diabetické nohy**

**VDG: E11.7 Diabetes mellitus 2. typu s mnohočetnými komplikacemi**

**N18.5 Chronické onemocnění ledvin, stádium 5**

Lze vykázat, pokud lékař uvede v diagnostickém souhrnu

Pokud je poskytována péče pro jednotlivé diabetické komplikace, lze je vykázat:

např. E11.4 Diabetes mellitus 2. typu s neurologickými komplikacemi + G63.2\*Diabetická polyneuropatie

# Bakteriální meningitida

33letý pacient byl 20. 4. přivezen pro febrilní cefaleu a somnolenci, při vyšetření meningeální syndrom. Laboratorně výrazná zánětlivá aktivita (CRP 256, PCT 25, leukocytóza  $36 \times 10^9/l$ ). CT mozku bez patologie, prokázána pansinusitida se suspektním odontogenním původem. Pacient přijat na OIM, zahájena empirická ATB terapie, provedena akutní FESS, následně extrakce chrupu. Likvor biochemicky purulentní, později PCR pozitivní na *Neisseria meningitidis*. Klinický průběh komplikován septickou artritidou levého kolene meningokokové etiologie. Po stabilizaci stavu a cílené antibiotické léčbě (penicilin, ceftriaxon, amoxicilin) úspěšně extubován a přeložen na infekční oddělení.

**Diagnózy:** meningitida způsobená *Neisseria meningitidis*, pansinusitida, odontogenní fokus, septická artritida kolene.

**Výkony:** FESS, extrakce chrupu v CA, punkce kolenního výpotku, UPV.

Jak tento případ správně zakódovat?

# Bakteriální meningitida

33letý pacient byl 20. 4. přivezen pro febrilní cefaleu a somnolenci, při vyšetření meningeální syndrom. Laboratorně výrazná zánětlivá aktivita (CRP 256, PCT 25, leukocytóza  $36 \times 10^9/l$ ). CT mozku bez patologie, prokázána pansinusitida se suspektním odontogenním původem. Pacient přijat na OIM, zahájena empirická ATB terapie, provedena akutní FESS, následně extrakce chrupu. Likvor biochemicky purulentní, později PCR pozitivní na *Neisseria meningitidis*. Klinický průběh komplikován septickou artritidou levého kolene meningokokové etiologie. Po stabilizaci stavu a cílené antibiotické léčbě (penicilin, ceftriaxon, amoxicilin) úspěšně extubován a přeložen na infekční oddělení.

**Diagnózy:** meningitida způsobená *Neisseria meningitidis*, pansinusitida, odontogenní fokus, septická artritida kolene.

**Výkony:** FESS, extrakce chrupu v CA, punkce kolenního výpotku, UPV.

Jak tento případ správně zakódovat?

UPV by měla být vykázána příslušnými DRG markery

**HDG: A39.0+ Meningokoková meningitida**

**VDG: J01.4 Akutní pansinusitida**

**K04.7 Periapikální absces bez dutiny**

**M01.06 \*Meningokoková artritida (A39.8+)**

**A39.8+ Jiné meningokokové infekce**

# Bypass žaludku

49letá pacientka byla přijata k operačnímu výkonu pro přetrvávající refluxní obtíže po předchozí sleeve gastrektomii (2020). Navzdory medikamentózní terapii přetrvával GERD. RTG ukázalo dilataci tubulizovaného žaludku, bez výraznější herniace. Indikována reoperace – provedena konverze na R-Y gastrický bypass.

při HDG K318 - případ se řadí do 06-K22-03

při HDG K219 - případ se řadí do 06-K03-03

V obou případech se jedná o bázi terapeutickou bez kritického výkonu, což není pravda.

**Jaká by měla být HDG, aby byl případ zařazen v bázi s invazivním kritickým výkonem?**

# Bypass žaludku

49letá pacientka byla přijata k operačnímu výkonu pro přetrvávající refluxní obtíže po předchozí sleeve gastrektomii (2020). Navzdory medikamentózní terapii přetrvával GERD. RTG ukázalo dilataci tubulizovaného žaludku, bez výraznější herniace. Indikována reoperace – provedena konverze na R-Y gastrický bypass.

při HDG K318 - případ se řadí do 06-K22-03

při HDG K219 - případ se řadí do 06-K03-03

V obou případech se jedná o bázi terapeutickou bez kritického výkonu, což není pravda.

Jaká by měla být HDG, aby byl případ zařazen v bázi s invazivním kritickým výkonem?

## K21.9 Gastroezofageální refluxní onemocnění bez ezofagitidy

HDG se volí dle pravidla 3.1, změna klasifikace může být podnětem pro analytický tým

# Překlad dítěte do léčebny

12ti letá pacientka byla přijata k pokračování terapie parézy n.facialis s velmi slabou regresí nálezu při intenzivní rehabilitaci. Pacientka byla přeložena do péče Dětské léčebny Vesna, Janské Lázně.

Jaké bude ukončení případu? Ukončení 4 u dětí do 15-ti let nelze.

# Překlad dítěte do léčebny

12ti letá pacientka byla přijata k pokračování terapie parézy n.facialis s velmi slabou regresí nálezu při intenzivní rehabilitaci. Pacientka byla přeložena do péče Dětské léčebny Vesna, Janské Lázně.

Jaké bude ukončení případu? Ukončení 4 u dětí do 15-ti let nelze.

## Ukončení případu

- **5 – překlad do jiného ZZ k hospitalizaci – má-li ZZ nasmlouvána lůžka akutní péče**
- **4 – překlad do lůžkového zařízení následné péče nebo na oddělení následné péče téhož SZZ**

### Ukončení hospitalizace (hukhosp)

Údaj popisuje způsob ukončení hospitalizace. Vyplňuje se podle číselníku - UKHOSP (číselník ÚZIS ČR).

- 0 - hospitalizace pokračuje (= konec zúčtovacího období)
- 1 - pacient propuštěn domů (do domova důchodců, seniorů)
- 2 - propuštěn do zařízení sociální péče
- 3 - přeložen na jiné lůžkové oddělení téhož zdravotnického zařízení
- 4 - přeložen do lůžkového zdravotnického zařízení následné péče (např.: LDN nebo na oddělení následné péče téhož zdravotnického zařízení)
- 5 - přeložen do zdravotnického zařízení akutní lůžkové péče
- 6 - předčasné ukončení hospitalizace
- 7 - zemřel - pitván (bez ohledu na to, kde je pitva provedena)
- 8 - zemřel - nepitván

Kód	Význam
0	Pokračuje ústavní péče na stejném lůžku
1	Pacient propuštěn do ambulantní péče
2	Pacient přeložen do ústavní péče - do zařízení sociální péče
3	Pacient přeložen do ústavní péče - na akutní lůžko jiné odbornosti téhož SZZ
4	Pacient přeložen do lůžkového zařízení následné péče nebo na odd. násled. péče téhož SZZ
5	Pacient přeložen do ústavní péče - na akutní lůžko jiného SZZ
6	Pacient propuštěn do ambulantní péče - předčasné ukončení hospitalizace
7	Pacient zemřel - vystaven poukaz na pitvu
8	Pacient zemřel - nevystaven poukaz na pitvu
P	Technické ukončení ústavní péče přechodem pojištěnce k jiné zdravotní pojišťovně

# Umělá plicní ventilace

71letý polymorbidní pacient (obezita, ICHS, OSAS, CHSS) byl 30. 7. 2025 přivezen RLP na ARO pro bezvědomí (GCS 5), oběhovou nestabilitu a hypoxii. V červenci prodělal stabilizaci L3–5 pro frakturu L4, komplikovanou epizodou bezvědomí s nutností umělé ventilace, následně byl propuštěn 29. 7. do domácí péče.

Při novém příjmu: oběhově nestabilní, febrilní (39,8 °C), neurolog bez CMP, CT mozku bez patologie. Nasazena empirická ATB (meropenem + linezolid). CT břicha: podezření na pancolitis a spondylodiscitidu L3–L5. Urologické vyšetření: akutní epididymitis. Kultivace nevytěžné. Po doplnění anamnézy diagnostikována Clostridioides difficile kolitida, nasazen Dificlir s ústupem průjmů. MR páteře spondylodiscitidu nepotvrdila, ATB ukončena.

Dne 6.8 byla provedena PDT tracheostomie pro očekávaně obtížný weaning. Stav se postupně stabilizoval, pacient při vědomí, nadále s léčbou CDI a epididymitidy, přeložen k další péči na NIV.

Může být vykázána VDG R402 (první hospitalizace) a zároveň J9600 (které nastalo při druhé hospitalizaci)?

# Umělá plicní ventilace

71letý polymorbidní pacient (obezita, ICHS, OSAS, CHSS) byl 30. 7. 2025 přivezen RLP na ARO pro bezvědomí (GCS 5), oběhovou nestabilitu a hypoxii. V červenci prodělal stabilizaci L3–5 pro frakturu L4, komplikovanou epizodou bezvědomí s nutností umělé ventilace, následně byl propuštěn 29. 7. do domácí péče.

Při novém příjmu: oběhově nestabilní, febrilní (39,8 °C), neurolog bez CMP, CT mozku bez patologie. Nasazena empirická ATB (meropenem + linezolid). CT břicha: podezření na pancolitis a spondylodiscitidu L3–L5. Urologické vyšetření: akutní epididymitis. Kultivace nevytěžné. Po doplnění anamnézy diagnostikována Clostridioides difficile kolitida, nasazen Dificlir s ústupem průjmů. MR páteře spondylodiscitidu nepotvrdila, ATB ukončena.

Dne 6.8 byla provedena PDT tracheostomie pro očekávaně obtížný weaning. Stav se postupně stabilizoval, pacient při vědomí, nadále s léčbou CDI a epididymitidy, přeložen k další péči na NIV.

Může být vykázána VDG R402 (první hospitalizace) a zároveň J9600 (které nastalo při druhé hospitalizaci)?

**Ano, je možné v tomto případě kódovat R40.2 i J96.00**

# Suspektní infarkt myokardu

84letý pacient byl přijat cestu urgentního příjmu na kardiologii pro susp. NSTEMI, den předtím vyšetřen na chir. urgentu s vyloučením náhlé příhody břišní. Mírná elevace troponinu bez dynamiky, vysoké pBNP, akinéza hrotu a přilehlé IVS, EFLK 45% dle ECHO. Doplněna SKG, kde pouze nevýznamné postižení věnčitých tepen. Vzhledem k bolestem břicha doplněno UZ i CTA břicha, bez hrubé patologie. Obtíže přisuzujeme nejspíše zácpě, na RTG S+P sporně pneumonie vlevo, vzestup CRP, proto empiricky AUG+AMPI s následným poklesem. Propuštěn domů KP kompenzován, zánětlivé parametry nízké, po dobu monitorace pouze 1x krátká nsVT asymptomatická.

Jak tento případ správně zakódovat?

# Suspektní infarkt myokardu

84letý pacient byl přijat cestu urgentního příjmu na kardiologii pro susp. NSTEMI, den předtím vyšetřen na chir. urgentu s vyloučením náhlé příhody břišní. Mírná elevace troponinu bez dynamiky, vysoké pBNP, akinéza hrotu a přilehlé IVS, EFLK 45% dle ECHO. Doplněna SKG, kde pouze nevýznamné **postižení věnčitých tepen**. Vzhledem k bolestem břicha doplněno UZ i CTA břicha, bez hrubé patologie. Obtíže přisuzujeme nejspíše zácpě, na RTG S+P sporně pneumonie vlevo, vzestup CRP, proto empiricky AUG+AMPI s následným poklesem. Propuštěn domů KP kompenzován, zánětlivé parametry nízké, po dobu monitorace pouze 1x krátká nsVT asymptomatická.

Jak tento případ správně zakódovat?

**HDG: I25.9 Chronická ischemická choroba srdeční NS**

**VDG: J18.9 Pneumonie NS**

**K59.0 Zácpa**

HDG se volí dle pravidla 3.1, vzhledem k nákladovosti (invazivní vyšetření)

# Děkujeme Vám za pozornost

[zbynek.bortlicek@uzis.cz](mailto:zbynek.bortlicek@uzis.cz)

[tomas.pavlik@uzis.cz](mailto:tomas.pavlik@uzis.cz)

[irena.molinari@uzis.cz](mailto:irena.molinari@uzis.cz)

[miroslav.zvolsky@uzis.cz](mailto:miroslav.zvolsky@uzis.cz)