

Dotazy ke kódování diagnóz CZ-DRG 7.0

Irena Molinari

Miroslav Zvolský

Zbyněk Bortlíček

Tomáš Pavlík

Dílna CZ-DRG 7.0, prosinec 2025

Nové kódy MKN-10 v roce 2026

U60 – BODY MASS INDEX

U60 Podrobná informace o Body mass indexu [BMI] dospělé osoby

U60.1	Body mass index [BMI] 19.9 nebo menší, dospělý
U60.10	Body mass index [BMI] 10.9 nebo menší, dospělý
U60.11	Body mass index [BMI] 11.0-11.9, dospělý
U60.12	Body mass index [BMI] 12.0-12.9, dospělý
U60.13	Body mass index [BMI] 13.0-13.9, dospělý
U60.14	Body mass index [BMI] 14.0-14.9, dospělý
.....	
.....	
U60.68	Body mass index [BMI] 68.0-68.9, dospělý
U60.69	Body mass index [BMI] 69.0-69.9, dospělý
U60.7	Body mass index [BMI] 70.0 nebo vyšší, dospělý

Poznámka - povinný rozpad na páté místo u všech položek s výjimkou U60.7



U60 – BODY MASS INDEX

U60 **Podrobná informace o Body mass indexu [BMI] dospělé osoby**

U60.1 Body mass index [BMI] 19.9 nebo menší, dospělý

U60.10 Body mass index [BMI] 10.9 nebo menší, dospělý

U60.11 Body mass index [BMI] 11.0-11.9, dospělý

U60.12

U60.13

U60.14

.....

.....

U60.68

U60.69

U60.7

Nevykazujeme v rámci CZ-DRG

Účelem zavedení nových kódů je budoucí automatizace přenosu údajů o BMI automaticky z informačních systémů, především poskytovatelů primární péče.

Poznámka - povinný rozpad na páté místo u všech položek s výjimkou U60.7

N80 – endometrióza

- Dojde k rozšíření kódu o páté místo
- Bude doplněno **43 nových kódů** odpovídající klasifikaci endometrióz Enzian

N80	Existující kódy	N80	Návrh - rozšíření na pátém místě	Enzian
N80.0	Endometrióza dělohy	N80.00	Fokální <u>adenomyóza</u>	Enzian FA
		N80.01	Difuzní <u>adenomyóza</u>	Enzian FA
		N80.02	Retrocervikální <u>adenomyóza</u>	Enzian FA
		N80.09	Endometrióza dělohy, NS	

Kód N80.xx může být vykázána na pozici hlavní i vedlejší diagnózy dle aktuálních Pravidel kódování a vykazování diagnóz v systému CZ-DRG.

Diagnózu N80.xx podrobného členění endometriózy musí **povinně** vykazovat **centra vysoce specializované péče pro léčbu pokročilých forem endometriózy**.

Ostatní zdravotnická zařízení poskytující akutní lůžkovou péči vykazují nové kódy pro endometriózu **dle dostupných klinických informací**.

V ambulantním sektoru doporučujeme vykazovat endometriózu ekvivalentem dosavadního vykazování s doplněním 9 na konci, např. N80.19 Endometrióza vaječníku, NS

U64 – Doplnkové kódy pro záznam velikost kýly

Definice klasifikace šířky kýlního defektu W dle EHS pro ventrální/incizionální kýly:

U64.1 Velikost kýly W1	Maximální horizontální rozměr kýlního defektu menší než 4 centimetry
U64.2 Velikost kýly W2	Maximální horizontální rozměr kýlního defektu 4 centimetry nebo větší a zároveň menší než 10 centimetrů
U64.3 Velikost kýly W3	Maximální horizontální rozměr kýlního defektu 10 centimetrů nebo větší

Diagnózu typu kýly kódujte v rozsahu **K40–K46** na pozici **hlavní nebo vedlejší diagnózy** podle obecných pravidel pro kódování diagnóz.

Kód **U64** používejte jako **doplňkovou informaci** vždy, pokud je ve zdravotnické dokumentaci ošetřujícím lékařem uvedena klasifikace velikosti kýlního defektu dle **European Hernia Society (EHS)**, tj. stupně **W1–W3**. Samotný údaj o rozměru defektu bez přiřazení kategorie EHS **není dostačujícím podkladem** pro použití kódu U64. Pokud informace o velikosti kýly není ve zdravotnické dokumentaci uvedena, **kód U64 se neuvádí**.

Kód U64 zapisujte pouze na pozici **vedlejší diagnózy**.

U69.9 – specifikace epizody péče

Požadavek odborné společnosti na identifikaci charakteristik akutních případů ve vybraných psychiatrických ambulancích – snaha o systémové změny sítě psychiatrických pracovišť:

U69.90 - Akutní stav řešený psychiatrem na doporučení praktického lékaře nebo ambulantního specialisty

Nevykazujeme v rámci CZ-DRG

Nové výkony v roce 2026

Robotika v roce 2026

Na konferenci CZ-DRG 2025 bylo řečeno, že signální výkon **09539** nahrazuje staré zvyklosti - 76701 zavedení portů pro robot. op a 76703 materiál k robot. výkonu á 30 min.

1. Chápu to správně, že se 76701 a 76703 **už nebude vůbec vykazovat k dokončené** roboticky asistované operaci, která má ve svém názvu roboticky asistovaný operační výkon?
2. Kód **76701** (zavedení portů) se bude vykazovat jen při **konverzi**?
3. Kód **76703** materiál k robot. výkonu á 30 min se už nepoužije vůbec nikdy a nikde?

Např. u roboticky asistované resekce kolon vykážu jen výkon 51767 a 09539 signální výkon provedení výkonu za použití robot. chir. systému a ZUMy spotřebované během operace.

A pokud se domnívám správně, mohla by tato informace zaznít na DRG dílně?

Předem moc děkuji za zodpovězení mého dotazu.

4. Na konferenci byl zmíněn signál **09539**, s využitím v příštím roce, který jsme v metodice nenašli. Díky tomuto signálu lze vykazovat materiál.



Robotika v roce 2026

Na konferenci CZ-DRG 2025 bylo řečeno, že signální výkon **09539** nahrazuje staré zvyklosti - 76701 zavedení portů pro robot. op a 76703 materiál k robot. výkonu á 30 min.

1. Chápu to správně, že se 76701 a 76703 **už nebude vůbec vykazovat k dokončené** roboticky asistované operaci, která má ve svém názvu roboticky asistovaný operační výkon? **Výkony se vykazovat nebudou**
2. Kód **76701** (zavedení portů) se bude vykazovat jen při **konverzi**? **Ano, výkon se použije při konverzi**
3. Kód **76703** materiál k robot. výkonu á 30 min se už nepoužije vůbec nikdy a nikde? **Ano, výkon se nepoužije, výhledově bude zrušen**

2. Signální výkon

2.1. Zavádí se signální výkon: **09539 – PROVEDENÍ VÝKONU ZA POUŽITÍ CHIRURGICKÉHO ROBOTICKÉHO SYSTÉMU**

2.2. Tento výkon:

- se vyazuje **vždy ve spojení s hlavním operačním výkonem** ze SZV nebo DRG markerem,
- slouží jako **jednoznačný identifikátor** použití robotické technologie,

2.3. Výkon 09539 **nahrazuje stávající zvyklosti spojené s výkony 76701 ZAVEDENÍ PORTŮ PRO ROBOTICKOU OPERACI a 76703 MATERIÁL K ROBOTICKÉMU VÝKONU Á 30 MINUT.** Výkon 76701 vykazujte pouze v případě konverze z robotického systému na otevřený přístup. Výkon 76703 bude výhledově zrušen.

Robotika v roce 2026

4. Na konferenci byl zmíněn signál **09539**, s využitím v příštím roce, který jsme v metodice nenašli. Díky tomuto signálu lze vykazovat materiál. **Ano, signální kód 09539 umožní vykázat ZUM ze skupiny 90 ZP**

1.2. Vykazování ZUM se řídí obecným pravidlem: **ZUM lze vykázat pouze kvýkonům, které to umožňují.** Pokud byl robotický výkon vykázán prostřednictvím výkonu, který samostatné vykázání ZUM neumožňuje (např. DRG marker), nelze ZUM vykázat.

1.3. Pro tyto případy je zaveden **signální výkon 09539 – PROVEDENÍ VÝKONU ZA POUŽITÍ CHIRURGICKÉHO ROBOTICKÉHO SYSTÉMU**, který:

- Slouží jako **identifikátor** roboticky provedené operace,
- a **umožňuje vykázání ZUM ze skupiny 90 ZP pro robotické výkony**, i když ostatní výkony v rámci hospitalizace možnost vykázání ZUM samy o sobě neposkytují. Tím se odstraňuje překážka vykazování ZUM v případech, kdy je výkon vykázán DRG markerem, který samostatné vykázání ZUM neumožňuje
- ZUMy nespecifické pro robotické provedení se vykazují dle ostatních během případu provedených výkonů.

1.4. Samotné vykázání výkonu 09539 **nenahrazuje vykázání ZUM**, ale vytváří **technickou možnost, jak ZUM do dokladu připojit.** Úhrada ZUM se odvíjí od reálného použití a splnění pravidel vykazování.

1.5. Vykázání ZUM a jeho úhrada se řídí platnými pravidly klasifikace CZ-DRG a úhradovou vyhláškou.

Kódování případů

Afektivně respirační záchvat

Dívka, 21 měsíců, byla přivezena RZP po afektivně-respiračním záchvatu s apnoí, cyanózou a krátkodobou poruchou vědomí. Poprvé se při něm prohnula do luku a stočila bulby. Při přijetí byla afebrilní, při vědomí a bez známek infekce. Laboratorní vyšetření neprokázalo patologii. Neurolog ji vyšetřil s fyziologickým nálezem a uzavřel stav jako afektivně-respirační záchvat. EEG se nepodařilo během hospitalizace provést, bude doplněno ambulantně. Pacientka byla po observaci bez obtíží propuštěna domů ve stabilním stavu.

Dotaz:

Kóduji dětské oddělení a stále častěji se mi objevuje diagnóza „afektivně respirační záchvat“. Ráda bych Vás požádala o pomoc se zakódováním. Lékař mi u této diagnózy kóduje vždy „F“ diagnózu a já nevím, zda není potřeba psychiatrické konzilium. Lékař uzavřel jako F988 Já bych navrhla R568

Afektivně respirační záchvat

Dívka, 21 měsíců, byla přivezena RZP po afektivně-respiračním záchvatu s apnoí, cyanózou a krátkodobou poruchou vědomí. Poprvé se při něm prohnula do luku a stočila bulby. Při přijetí byla afebrilní, při vědomí a bez známek infekce. Laboratorní vyšetření neprokázalo patologii. Neurolog ji vyšetřil s fyziologickým nálezem a uzavřel stav jako **afektivně-respirační záchvat**. EEG se nepodařilo během hospitalizace provést, bude doplněno ambulantně. Pacientka byla po observaci bez obtíží propuštěna domů ve stabilním stavu.

HDG: R06.8 Jiné a neurčené nepravidelnosti dýchání

Pro rok 2026 bude opravena tabelární část MKN-10



Afektivní záchvaty

MUDr. Jan Hálek

Novorozenecké oddělení a Dětská klinika FN Olomouc

Afektivní záchvaty patří k častým problémům dětského, zejména batolecího věku. Pro svůj dramaticky vyhlížející průběh jsou častou příčinou obav rodičů. Přesto se z hlediska zdravotního stavu dítěte jedná v převážné většině o benigní problém, který nezanechává dlouhodobé následky. Mají však významné místo v diferenciální diagnostice záchvatových stavů dětského věku.

Klíčová slova: afektivní záchvaty, neepileptické záchvaty.

Breath-holding spells

Breath-holding spells are common events in infants and young children. They can be frightening to parents but are benign and do not result in any long-term sequelae. It is important to differentiate them from epileptic seizures.

Key words: breath-holding spells, nonepileptic events.

Pediatr. pro Praxi 2010; 11(6): 378–379

R06.8 Other and unspecified abnormalities of breathing

Apnoea NOS

Breath-holding (spells)

Choking sensation

Sighing

Excl.: apnoea (of):

- newborn (P28.4)
- sleep (G47.3)
- sleep
 - newborn (primary) (P28.3)

R06.8 Jiné a neurčené nepravidelnosti dýchání

Apnoe NS

Zadržování dechu (střídavé)

Pocit dušení

Vzdychání

Nepatří sem:

apnoe:

- . novorozence (P28.4)
- . ve spánku (G47.3)
- . novorozence (primární) (P28.3)

Syndrom periodické horečky

Chlapec byl přijat pro horečky, nález tonsillitidy s povlaky a čepy, krční lymfadenopatie, průjemové stolice. Užívá Cyklosporin A pro steroid-dependentní nefrotický syndrom. Vstupně v laboratoři elevace zánětlivých parametrů, leukocytóza, neutrofilie, pozitivní Streptest, moč bez proteinurie, bez známek IMC. Nasazen V-PNC, infuzní rehydratační terapie, další léčba symptomatická. Virologie stolice, výtěr z rektu, stěr z krku negativní, v kultivaci moči nesignifikanční nález, provedena sérologie na EBV, CMV - negativní. Z počátku měl chlapec febrilní špičky á 4-6 hod. Postupně došlo k vymizení průjemovitých stolic, v kontrolní laboratoři došlo ještě k elevaci CRP, PCT nízký. Provedeno ORL konzilium (viz výše), kde kromě tonsillitidy bez nálezů patologie. Pro 2. recidivu obdobného stavu febrilií s vysokými zánětlivými parametry bez jasné etiologie pomýšleno na susp. PHAPA syndrom - podán jednorázově Prednison p.o. Od té doby afebrilní, je čilý, má větší chuť k jídlu, v kontrolní lab. došlo k poklesu CRP (84 mg/l), kalemie na horní hranici normy, ostatní nález v normě, tonsillitida s postupnou regresí. Za hosp. provedeno opakované měření TK i ve spánku - opakovaně nad 90. perc. - k dalšímu došetření cestou nefrologické ambulance. Chlapce propouštíme do domácí péče. Hmotnost 13 kg, TK 102/57 mmHg.

Diagnostický souhrn:

- D899 Susp. Sy. periodické horečky - PHAPA
- Febrilie, tonsillitis, lymfadenopatie, průjemové stolice
- N042 Steroid-dependentní nefrotický syndrom
- Na terapii Cyklosporinu A
- Q614 Multicystická dysplazie pravé ledviny

Dotaz:

Jak případ zakódovat?

E85.0 Rodinně – dědičná amyloidóza bez neuropatie

Familiární středozevní horečka

Dědičná amyloidní nefropatie

- Periodická horečka
- Periodický syndrom asociovaný s receptorem pro tumor-nekrotizující faktor [Tumor necrosis factor receptor 1 associated periodic syndrome]

[ORPHA 32960](#) 

- **PFAPA syndrom [PFAPA syndrome]**

[ORPHA 42642](#) 

Syndrom periodické horečky

Chlapec byl přijat pro horečky, nález tonsillitidy s povlaky a čepy, krční lymfadenopatie, průjemové stolice. Užívá Cyklosporin A pro steroid-dependentní nefrotický syndrom. Vstupně v laboratoři elevace zánětlivých parametrů, leukocytóza, neutrofilie, pozitivní Streptest, moč bez proteinurie, bez známek IMC. Nasazen V-PNC, infuzní rehydratační terapie, další léčba symptomatická. Virologie stolice, výtěr z rektu, stěr z krku negativní, v kultivaci moči nesignifikanční nález, provedena sérologie na EBV, CMV - negativní. Z počátku měl chlapec febrilní špičky á 4-6 hod. Postupně došlo k vymizení průjemovitých stolic, v kontrolní laboratoři došlo ještě k elevaci CRP, PCT nízký. Provedeno ORL konzilium (viz výše), kde kromě tonsillitidy bez nálezů patologie. Pro 2. recidivu obdobného stavu febrilií s vysokými zánětlivými parametry bez jasné etiologie pomýšleno na susp. PFAPA syndrom - podán jednorázově Prednison p.o. Od té doby afebrilní, je čilý, má větší chuť k jídlu, v kontrolní lab. došlo k poklesu CRP (84 mg/l), kalemie na horní hranici normy, ostatní nález v normě, tonsillitida s postupnou regresí. Za hosp. provedeno opakované měření TK i ve spánku - opakovaně nad 90. perc. - k dalšímu došetření cestou nefrologické ambulance. Chlapce propouštíme do domácí péče. Hmotnost 13 kg, TK 102/57 mmHg.

Diagnostický souhrn:

- D899 Susp. Sy. periodické horečky - PFAPA
- Febrilie, tonsillitis, lymfadenopatie, průjemové stolice
- N042 Steroid-dependentní nefrotický syndrom
- Na terapii Cyklosporinu A
- Q614 Multicystická dysplazie pravé ledviny

HDG: D89.8 Jiné určené poruchy imunity nezařazené jinde

VDG: N04.8 Nefrotický syndrom jiné

R03.0 Zjištění zvýšeného krevního tlaku bez diagnózy hypertenze

Pro rok 2026 bude opraven odkaz PFAPA v abecedním seznamu MKN-10

Sepse

80letý pacient recentně po TAVI pro **těžkou aortální stenózu** byl přijat pro **sepsi nejasné etiologie**. Při minulé hospitalizaci po výkonu (TAVI) došlo k intermitentní bradykardii s nutností dočasné KS (48h), pobyt byl komplikován **herpes zoster** (přeléčeno acyklovirem) a **uroinfekcí** (E. Coli, přeléčeno ertapenem). Při přijetí k aktuální hospitalizaci měl pacient febrilie, ve všech HKT (21.4.+23.4.) byl prokázán **E.faecium**. Dle citlivosti byla nasazena ATB terapie (Vankomycin) dle infektologa. Pro anizokorii bylo provedeno 24.4. CTag mozku (bez významné patologie), zároveň bylo provedeno CT břicha (bez nálezu perif. Embolizací). Doplněno TEE kde bez známek infekční endokarditis. Pátráno po zdroji sepse - známá objemná cysta ledviny není dle urologa inf. fokus, další screening infekčního fokusu negativní. Doplněno PET/CT vyšetření, kde bez projevů infekční endokarditidy na aortální bioprotéze, vedlejší nález patologie v céku. Následně hospitalizace komplikována **náhlým poklesem trombocytů** bez manifestního krvácení (trombocytopenie < 10), proto vysazena DAPT navzdory recentní PCI a TAVI. Dle hematologického konzilia **trombocytopenie v.s. parainfekční**, podány pulzy kortikosteroidů s dobrou laboratorní odezvou. Po dostatečné stabilizaci doplněna kolonoskopie, kde velká asi 3cm **polypoidní léze v caeku** JNET 2B (benigního vzhledu), mnohočetné polypy colon (jasně benigního vzhledu) do 10mm, divertikulóza. V druhé době po normalizaci trombocytů při vysazeném clopidogrelu odstraněn polyp s nutností zástavy krvácení hemoklipem, vzorek polypu odeslán na histologii. Laboratorně normalizace zánětlivých parametrů. Provedena kontrolní jícnová echokardiografie, kde nález bez známek infekční endokarditis. Dle infektologického rekonzilia ukončena ATB terapie, fokus sepse uzavíráme při **polypóze střeva**.

Lze uzavřít jako A40.2 a za orgánové selhání považovat D69.6?

Sepse

4.1.1 Pravidlo pro kódování sepse

Pro potřeby CZ-DRG je sepsa definována jako život ohrožující orgánová dysfunkce způsobená porušenou reakcí organismu na infekci.

Sepsi kódujeme na pozici HDG, pokud byly příznaky septického stavu přítomny již při přijetí a sepsa se rozvine i přes včasnou diagnózu a terapii do 48 hod od přijetí.

Komentář k pravidlu:

Bakteriémie se od sepse liší nepřítomností orgánové dysfunkce. Sepsa je dynamický stav a orgánové dysfunkce se mohou postupně rozvíjet i při správně vedené léčbě. Uvedená definice sepse vychází z Nové definice sepse [5].

Orgánová dysfunkce je rozpoznána nárůstem např. SOFA skóre² o 2 a více bodů nad výchozí skóre pacienta následkem infekce. Orgánové dysfunkce jsou definovány jako akutní respirační selhání (ALI/ARDS), akutní renální selhání (AKI), diseminovaná intravaskulární koagulopatie (DIC) apod. Konkrétní orgánové dysfunkce kódujeme specifickými kódy na pozici VDG v souladu s pravidlem 3.2. Septický šok kódujeme dle pravidla 4.18.4.

Od septického stavu rozvíjejícího se již při přijetí je nutno odlišit nozokomiální infekci, jejíž příznaky se rozvíjejí u vstupně asymptomatického pacienta s odstupem více než 48 hodin od přijetí.

Sepse

HDG: A40.2 – Sepse, způsobená Streptokoky skupiny D a enterokoky

VDG: D69.6 – Trombocytopenie, NS

K63.5 – Polyp tlustého střeva



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



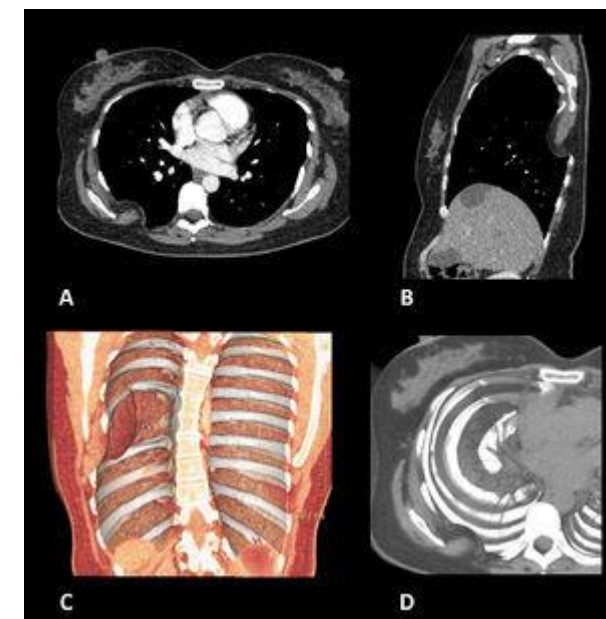
Mezižební kýla

Jak správně vykázat mezižební kýla (nejedná o kýlu v oblasti břicha nebo brániční kýlu!) dle MKN 10:

- a) řešeno plánovanou operací
- b) pooperační komplikace – plíce v kýle, řešeno reoperací
- c) eventuálně i uskřinutá mezižební kýla (analogue K40-K46 – Kýly)

Interkostální hernie je velmi vzácné onemocnění, které je většinou popisováno v souvislosti s traumatem nebo po hrudní chirurgii.^{1,2} Podle etiologie mohou být interkostální hernie klasifikovány jako získané (traumatické, spontánní nebo patologické) nebo vrozené.² Pooperační hrudní hernie jsou obvykle důsledkem nedostatečného uzávěru hrudní stěny.²

U většiny pacientů však dochází k herniaci plíce,^{1,2} která je definována jako vyklenutí plicní tkáně mimo hranice hrudní dutiny.³ Naproti tomu protruze měkkých tkání do pleurální dutiny (invertovaná interkostální hernie) je extrémně vzácná.¹



T. Iwata, T. Yasuoka, S. Hanada, Y. Suehiro, A. Nishibayashi, K. Inoue, et al. Inverted intercostal hernia of soft tissue manifested as slow-growing chest wall tumor after thoracotomy. Ann Thorac Surg, 90 (2010), pp. 1355-1357 <http://dx.doi.org/10.1016/j.athoracsur.2010.04.042> | Medline

[2] D. Weissberg, Y. Refaely Hernia of the lung. Ann Thorac Surg, 74 (2002), pp. 1963-1966 Medline

[3] M. Bhalla, B.S. Leitman, C. Forcade, E. Stern, D.P. Naidich, D.I. McCauley Lung hernia: radiographic features. Am J Roentgenol, 154 (1990), pp. 51-53

<https://www.archbronconeumol.org/en-inverted-intercostal-hernia-soft-tissue-articulo-S1579212913001766>

Mezižební kýla

Jak správně vykázat mezižební kýla (nejedná o kýlu v oblasti břicha nebo brániční kýlu!) dle MKN 10:

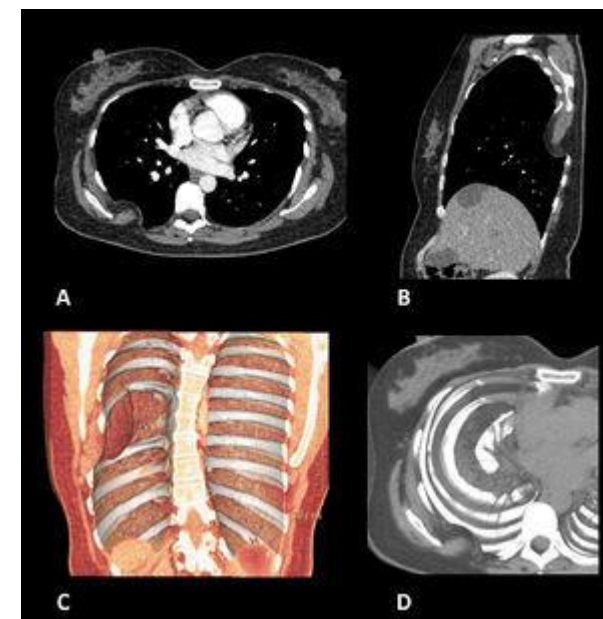
- a) řešeno plánovanou operací
- b) pooperační komplikace – plíce v kýle, řešeno reoperací
- c) eventuálně i uskřínutá mezižební kýla (analogie K40-K46 – Kýly)

Mezižební kýla plíce

J98.4 Jiná onemocnění plic

Mezižební kýla svalů

M62.8 Jiná určená onemocnění svalů



<https://www.archbronconeumol.org/en-inverted-intercostal-hernia-soft-tissue-articulo-S1579212913001766>

Drenáž posttraumatických kolekcí

Při první hospitalizaci v září byla pacientka přijata pro celkovou slabost a únavu, byla zjištěna ruptura sleziny s perilienálním hematodem. Na pozici HDG byl vykázán kód S36.00.

Při druhé hospitalizaci v listopadu byla pacientka přijata k plánované drenáži posttraumatických kolekcí v levém hypochondriu a perilienálně. Lékaři opakovaně provedli USG-navigované punkce a zavedli tři pigtail drény do oblasti sleziny, levého laloku jater a epigastria. Drény postupně evakuovaly hustou nehemoragickou tekutinu. CT poté potvrdilo vydrénovanou jaterní cystu, přetrvávající perisplenické residuum a malou kolekci vlevo prerenálně. Pacientka následně prodělala nekomplikovaný průběh, drény byly extrahovány a léčba pokračovala konzervativně.

Otázka:

Jakou hlavní diagnózu (HDG) správně vykázat při 2. hospitalizaci, jejímž cílem byla drenáž posttraumatických kolekcí (perisplenických a v levém hypochondriu), které souvisely s předchozí rupturou sleziny?

Drenáž posttraumatických kolekcí

Při první hospitalizaci v září byla pacientka přijata pro celkovou slabost a únavu, byla zjištěna **ruptura sleziny s periliennálním hematodem**. Na pozici HDG byl vykázán kód S36.00.

Při druhé hospitalizaci v listopadu byla pacientka přijata k plánované drenáži posttraumatických kolekcí v levém hypochondriu a perilienně. Lékaři opakovaně provedli USG-navigované punkce a zavedli tři pigtail drény do oblasti sleziny, levého laloku jater a epigastria. Drény postupně evakuovaly hustou nehemoragickou tekutinu. CT poté potvrdilo vydrénovanou jaterní cystu, přetrvávající **perisplenické residuum** a malou kolekci vlevo prerenálně. Pacientka následně prodělala nekomplikovaný průběh, drény byly extrahovány a léčba pokračovala konzervativně.

HDG: S36.80 – Poranění jiných nitrobřišních orgánů

Iritace pankreatu

Jak kódovat - IRITACI PANKREATU- lékaři k tomu dávají Dg. K85.9 - ta ale neodpovídá stavu ani léčbě. Je nějaká dg. vhodnější? Je možno uzavřít jako R10.4 bolest břicha či jinak? Nebo nechat dg. K85.9?

K86.8 Jiné určené nemoci slinivky břišní

Pro rok 2026 bude přidán termín „iritace pankreatu“ v abecedním seznamu MKN-10

Močová infekce

Pacient s infekcí močovou. Dle kultivace z nově zavedeného katetru Candida albicans 10⁵ Enterococcus faecium 10⁴. Proběhla konzultace ATB centra – dop. Mycomax tbl. a Amoksiklav i.v., následně tbl.

Mohu kódovat?

HDG N39.0

VDG B37.4 (kandidóza jiných močových a pohlavních lokalizací) závažnost 3

B95.2 závažnost 2

Případ to zařadí do skupiny CC 3-4, mohou to pojišťovny napadnout?

Močová infekce

Pacient s infekcí močovou. Dle kultivace z nově zavedeného katetru **Candida albicans** 10^5 **Enterococcus faecium** 10^4 . Proběhla konzultace ATB centra – dop. Mycomax tbl. a Amoksiklav i.v., následně tbl.

Mohu kódovat?

HDG N39.0

VDG B37.4 (kandidóza jiných močových a pohlavních lokalizací) závažnost 3

B95.2 závažnost 2

Případ to zařadí do skupiny CC 3-4, mohou to pojišťovny napadnout?

Lékař by měl případ uzavřít jako uroinfekci kombinované etiologie – Candida a Enterokok, léčba byla poskytnuta – lze vykázat kódy N39.0, B37.4, B95.2

Děkujeme Vám za pozornost

zbynek.bortlicek@uzis.cz

tomas.pavlik@uzis.cz

irena.molinari@uzis.cz

miroslav.zvolsky@uzis.cz