

# Dotazy ke kódování diagnóz CZ-DRG 2026

*Irena Molinari*

*Miroslav Zvolský*

*Zbyněk Bortlíček*

*Tomáš Pavlík*

**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

## Metodika zveřejněna 30.1.2026

- 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	<b>N80.00</b>	<b>Fokální adenomyóza</b>	<b>Enzian FA</b>
		<b>N80.01</b>	<b>Difuzní adenomyóza</b>	<b>Enzian FA</b>
		<b>N80.02</b>	<b>Retrocervikální adenomyóza</b>	<b>Enzian FA</b>
		<b>N80.09</b>	<b>Endometrióza dělohy, NS</b>	

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

## U64.1 Velikost kýly W1

U primární pupeční či ventrální kýly (K42, K43.9): Maximální horizontální rozměr kýlního defektu menší než 1 centimetr

U incizionální kýly, kýly v jizvě (K43.0-K43.2): Maximální horizontální rozměr kýlního defektu menší než 4 centimetry

U hiátové kýly: Skluzná kýla, typ I

U inguinální a femorální kýly: Menší než jeden prst (menší než 1,5 cm), klasifikace EHS L1, M1

Metodika zveřejněna 30.1.2026

# U64 – Doplnkové kódy pro záznam velikost kýly

## *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)*

O klasifikaci

Publikace

Vzdělávání

**Aktualizace**

### *Aktualizace MKN-10*

*Aktualizace MKN-10-CZ k 1. 1. 2026*

<https://www.uzis.cz/mkn#aktualizace>

## 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 vykazuje **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 nespécifické 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.

# **Jednodenní péče lůžková**

# Jednodenní péče lůžková 2026

Příloha č. 13 ve Vyhlášce č. 432/2025 Sb. - platí pouze pro poskytovatele JPL, kteří vykazují kód výkonu a kritický výkon.

Příloha č. 14 v dané vyhlášce platí pro poskytovatele, kteří vykazují podle přílohy č. 10 - tedy akutní lůžková péče.

- Část A a C je limitována výší jednodenní úhrady
- Část B a D není limitována výší jednodenní úhrady a ZZ je hrazeno podle toho co je pro ně výhodnější - tedy buď výše jednodenní úhrady nebo RV x ZS daného ZZ.

## Dotaz

1. Je můj výklad správný, nebo to je jinak?
2. Je výhodnější vykazovat všude u JPL (den příjmu a propuštění je totožný) doplňkový kód U54.x nebo tento doplňkový kód vykazovat u každé hospitalizace s kritickým výkonem?

# Jednodenní péče lůžková 2026

**Jednodenní péče** (ať už poskytovanou samostatnými poskytovateli JPL nebo poskytovanou nemocnicemi, které mají JPL zasmulvněnou) - platí **příloha č. 13**.

- pro úhradu vždy nutné vykázat **U54.1** nebo **U54.2**
- péče se vykazuje kódem výkonu dle tabulky v této příloze + jsou vykazovány i další provedené výkony.

**Krátkodobá akutní lůžková** péči v režimu **CZ-DRG** platí **příloha č. 14**, která má několik částí podle úhradového mechanismu:

- Části A, B a D fungují tak, že pro poskytovatele se vybere to, co je pro něj **výhodnější** (funkce maximum), v případě části A to je casemix, v případě části B a D to jsou přímo Kč
- Části C a E jsou limitující výší JPL úhrady – uplatní se vždy tato úhrada, pokud se jedná o relevantní případy (viz níže)
- Z hlediska **vykazování U54** je klíčové, co obsahuje sloupec „**Podmínky jednodenní úhrady**“ v příloze č.14 u konkrétní DRG skupiny
  - u některých skupin není vykazování tohoto kódu potřeba vůbec
  - u některých je pro možnost JPL úhrady třeba vykázat **U54.1** nebo **U54.2**
  - u **povinných JPL** je textace taková, že tato JPL úhrada se automaticky uplatní pro U54.1 nebo U54.2 a zároveň, pokud U54 není vůbec vykázána (pro zamezení obcházení) – pro vyvinění z povinné JPL je tak třeba **proaktivně vykázat U54 jinou než U54.1 nebo U54.2**.

# **Kódování případů**

# Krvácení po operaci píštěle

Pacientka byla přijata k plánované exstirpaci inkompletní píštěle břišní stěny v jizvě po laparotomii. Předoperační vyšetření prokázalo píštěl s průběhem přes přímý břišní sval do preperitoneálního prostoru. Byla provedena exstirpace píštěle včetně části m. rectus abdominis. Krátce po výkonu došlo k rozvoji hypotenze a bolestivosti. CT vyšetření prokázalo rozsáhlý hematom v oblasti operační rány a masivní hemoperitoneum. Pacientka byla urgentně reoperována, při revizi dutiny břišní bylo zjištěno aktivní krvácení z pravé dolní epigastrické cévy, které bylo ošetřeno ligaturou. Po přechodné monitoraci na ARO a následné péči na JIP došlo ke stabilizaci stavu. Histologicky byla potvrzena chronická píštěl v jizvě. Pacientka byla propuštěna ve stabilizovaném stavu.

## Diagnostický souhrn:

- K661 Hemoperitoneum
- L022 - st.p. oper. fistulae in cicatrice post APPE
- I952 Hypotenze způsobená léčivý
- D62 Akutní posthemoragická anemie

## Dotaz:

Jak se má případ správně zakódovat?

# Krvácení po operaci píštěle

Pacientka byla přijata k plánované laparotomii. Předoperační vyšetření **preperitoneálního prostoru**. Bylo zjištěno, že se jedná o píštěl. Krátce po výkonu došlo k rozvoji hematomu v oblasti operační rány. Pacientka byla reoperována, při revizi dutiny břicha bylo zjištěno krvácení z **cévy**, které bylo ošetřeno ligaturou. Stav pacientky došlo ke stabilizaci stavu. Histologie z rány propuštěna ve stabilizovaném stavu.

## T81.8 Jiné komplikace výkonů nezařazené jinde

Komplikace inhalační terapie

Emfyzém (podkožní) vyplývající z výkonu

Přetrvávající pooperační píštěl

### Nepatří sem:

hypotermie po anestezii ([T88.5](#))

maligní hypertermie způsobená anestezí ([T88.3](#))

**HDG: T81.8 Jiné komplikace výkonů nezařazené jinde**

**VDG: Y83.8 Operace a jiné operační výkony jako příčina abnormální reakce nebo pozdější komplikace, bez zmínky o nehodě při výkonu –**

**Jiné operační výkony**

**S35.2 Poranění břišní nebo mezenterické tepny**

Pokud bude doplněno, že se jednalo o tepnu

**Y60.0 Neúmyslné říznutí, píchnutí, perforace nebo krvácení při zdravotní péči při operaci**

**D62 Akutní posthemoragická anemie**

# Krvácení po operaci píštěle

Pacientka byla přijata k plánované exstirpaci inkompletní píštěle břišní stěny v jizvě po laparotomii. Předoperační vyšetření prokázalo píštěl s průběhem přes přímý břišní sval do preperitoneálního prostoru. Byla provedena exstirpace píštěle včetně části m. rectus abdominis. Krátce po výkonu došlo k rozvoji hypotenze a bolestivosti. CT vyšetření prokázalo rozsáhlý hematoma v oblasti operační rány a masivní hemoperitoneum. Pacientka byla urgentně reoperována, při revizi dutiny břišní bylo zjištěno aktivní krvácení z pravé **dolní epigastrické cévy**, které bylo ošetřeno ligaturou. Po přechodné monitoraci na ARO a následné péči na JIP došlo ke stabilizaci stavu. Histologicky byla potvrzena chronická píštěl v jizvě. Pacientka byla propuštěna ve stabilizovaném stavu.

**HDG: T81.8 Jiné komplikace výkonů nezařazené jinde**

**VDG: Y83.8 Operace a jiné operační výkony jako příčina abnormální reakce nebo pozdější komplikace, bez zmínky o nehodě při výkonu – Jiné operační výkony**

**S35.8 Poranění jiných krevních cév v úrovni břicha, dolní části zad a pánve**

**Y60.0 Neúmyslné říznutí, píchnutí, perforace nebo krvácení při zdravotní péči při operaci**

**D62 Akutní posthemoragická anemie**

Dokumentace  
nebude doplněna

# Pankreatitida jako komplikace ERCP

Pacientka byla přijata k ERCP, dle CT břicha choledocholithiázou. Výkon byl komplikován iatrogenní pankreatitidou. Byla zaléčena ATB (ciprofloxacin), parenterálně hydratována, další terapie symptomaticky.

## Diagnostický souhrn:

Choledocholitriáza

Pankreatitida po ERCP

## Dotaz:

Prosím, jak kódovat pankreatitidu po ERCP? Dle konzultace s lékařem „komplikace vzniklá iatrogenním poraněním“, znamená to tedy použití kódu pro úrazy dle pravidla 2.3.7.2 (asi S362)? Nebo použít specifičtější kód K85.? V obou případech plus Y dg.

# Pankreatitida jako komplikace ERCP

Pacientka byla přijata k ERCP, dle CT břicha choledocholithiázou. Výkon byl komplikován iatrogenní pankreatitidou. Byla zaléčena ATB (ciprofloxacin), parenterálně hydratována, další terapie symptomaticky.

## Diagnostický souhrn:

Choledocholitriáza

Pankreatitida po ERCP

**HDG: K80.5 Kámen žlučových cest bez cholangitidy nebo cholecystitidy**

**VDG: K85.8 Jiná akutní pankreatitida**

**Y84.8 Jiné lékařské výkony jako příčina abnormální reakce nebo pozdní komplikace, bez uvedení nehody při výkonu**

# Sepse a IMC

Hospitalizace pro sepsi při močové infekci, kultivačně prokázána *Kl. pneumoniae*.

## Diagnostický souhrn:

Sepse při IMC, v moči *Klebsiela pneumoniae*

SOFA 7 -> 3

AKI 1

## Dotaz:

Kódovat sepsi A419 + N390 a B962, protože kultivace z moči, nebo spojit jako A415 + N390?

# Sepse a IMC

Hospitalizace pro sepsi při močové infekci, kultivačně prokázána Kl. pneumoniae.

## Diagnostický souhrn:

Sepse při IMC, v moči Klebsiella pneumoniae

SOFA 7 -> 3

AKI 1

Popsána souvislost mezi Klebsielou a sepsí

**HDG: A41.5 Sepse, způsobená jinými gramnegativními organismy**

**VDG: B96.1 Klebsiella pneumoniae [K. pneumoniae] jako příčina nemoci  
zařazené do jiných kapitol**

**N39.0 Infekce močového ústrojí neurčené lokalizace**

**N17.91 Akutní selhání ledvin NS - stádium AKI I**

**U56.07 Výsledek SOFA skóre 7**

# Sepse a IMC

Hospitalizace pro sepsi při močové infekci, kultivačně prokázána Kl. pneumoniae.

## Diagnostický souhrn:

Sepse při IMC, v moči Klebsiella pneumoniae

SOFA 7 -> 3

AKI 1

Nepopsána souvislost mezi Klebsielou a sepsí

**HDG: A41.9 Sepse NS**

**VDG: B96.1 Klebsiella pneumoniae [K. pneumoniae] jako příčina nemoci  
zařazené do jiných kapitol**

**N39.0 Infekce močového ústrojí neurčené lokalizace**

**N17.91 Akutní selhání ledvin NS - stádium AKI I**

**U56.07 Výsledek SOFA skóre 7**

# Kandidóza (plíce)

Na kontrolním snímku plic 27.10. v.s. atypická pneumonie bilaterálně, odebráno sputum, PCR respiračních infekcí s negat. nálezem, do kombinace ATB přidán klaritromycin. Přes terapii další vzestup CRP, kontrolní CT low dose plic s výraznou progresí nálezu atypické pneumonie bilat., proto switch ATB na kombinaci meropenem + klaritromycin, od 31.10. pro nález orální kandidosy a kultivačnímu nálezem ze sputa k ATB antimykotika

Dotaz:

Kódovat J189 (klaritromycin) + B370, případně přidat B371?

# Kandidóza (plíce)

Na kontrolním snímku plic 27.10. v.s. atypická pneumonie bilaterálně, odebráno sputum, PCR respiračních infekcí s negat. nálezem, do kombinace ATB přidán klaritromycin. Přes terapii další vzestup CRP, kontrolní CT low dose plic s výraznou progresí nálezu atypické pneumonie bilat., proto switch ATB na kombinaci meropenem + klaritromycin, od 31.10. pro nález orální kandidosy a kultivačnímu nálezem ze sputa k ATB antimykotika

Lékař popíše pneumonii jako kandidovou

**HDG: J17.2\* Pneumonie při mykózách zařazených jinde**

**VDG: B37.1 Plicní kandidóza**

**B37.0 Kandidová stomatitida**

# Kandidóza (plíce)

Na kontrolním snímku plic 27.10. v.s. atypická pneumonie bilaterálně, odebráno sputum, PCR respiračních infekcí s negat. nálezem, do kombinace ATB přidán klaritromycin. Přes terapii další vzestup CRP, kontrolní CT low dose plic s výraznou progresí nálezu atypické pneumonie bilat., proto switch ATB na kombinaci meropenem + klaritromycin, od 31.10. pro nález orální kandidosy a kultivačnímu nálezu ze sputa k ATB antimykotika

Lékař nepopíše pneumonii jako kandidovou

**HDG: J18.9 Pneumonie NS**

**VDG: B37.0 Kandidová stomatitida**

# Kandidóza (moč)

Uroinfekt

- kultivačně E. coli, Candida A

V moči kultivačně nález E. coli, nasazena ATB Furolin dle citlivosti... V kontrolních odběrech pozvolný vzestup CRP, v moči kultivačně Candida albicans ve významné kvantitě, do medikace flukonazol s poklesem CRP.

Dotaz:

Jak kódovat IMC? N390 + B962 + B374?

# Kandidóza (moč)

Uroinfekt

- kultivačně E. coli, Candida A

V moči kultivačně nález E. coli, nasazena ATB Furolin dle citlivosti... V kontrolních odběrech pozvolný vzestup CRP, v moči kultivačně Candida albicans ve významné kvantitě, do medikace flukonazol s poklesem CRP.

**HDG: N39.0 Infekce močového ústrojí neurčené lokalizace**

**VDG: B96.2 Escherichia coli [E. coli] jako příčina nemoci zařazené do jiných kapitol**

**B37.4 Kandidóza jiných močových a pohlavních lokalizací**

# Chřipka typu A

Pacientovi na urgentním příjmu byla zjištěna chřipka typu A. Pacient byl přijat na infekční oddělení . Na RTG byl zjištěn zápal plic. CRP v den přijetí bylo 120. Lékař nasadil medikaci Tamiflu a Ampicilin i.v. Pacient byl v izolačním režimu.

Dotaz:

Jak vykázat?

HDG J18.9 VDG J10.1, Z29.0 RV - 1,07

HDG J10.1 VDG J18.9, Z29.0 RV - 0,59

Poznámka: Při přijetí byly přítomny oba stavy. Máme vykázat dle Metodiky DRG co je nákladnější, což neumíme posoudit.

# Chřipka typu A

Pacientovi na urgentním příjmu byla zjištěna chřipka typu A. Pacient byl přijat na infekční oddělení. Na RTG byl zjištěn zápal plic. CRP v den přijetí bylo 120. Lékař nasadil medikaci Tamiflu a Ampicilin i.v. Pacient byl v izolačním režimu.

**HDG: J10.0 Chřipka se zánětem plic, jiný sezónní chřipkový virus identifikován**

**VDG: Z29.0 Izolace**

# Porod Rh-negativní matky s komplikacemi

Pacientka byla přijata ve 40+5. týdnu gravidity pro pravidelné děložní kontrakce. Dne 18. 12. 2025 spontánně porodila vaginální cestou živé donošené dítě ženského pohlaví o hmotnosti 3600 g v poloze hlavičkou. Po porodu placenty se rozvinula děložní hypotonie při suspektní retenci části kotyledonu, proto byla provedena instrumentální revize dutiny děložní, při níž byly odstraněny zbytky placentární tkáně a koagula. Celková krevní ztráta činila přibližně 350 ml. Porod byl dále komplikován rupturou perinea II. stupně, řešenou mediolaterální epiziotomií vpravo.

V časném šestinedělí byl průběh afebrilní a bez komplikací, involuce dělohy probíhala přiměřeně, sutura hráze byla klidná a lochie odcházely fyziologicky. Kojení bylo zahájeno bez obtíží. Vzhledem k Rh-negativitě matky a Rh-pozitivitě novorozence byl aplikován anti-D imunoglobulin. Pacientka byla propuštěna ve stabilizovaném stavu s doporučením pokračovat v perorální suplementaci železa.

Dotaz:

Jak případ zakódovat?

# Porod Rh-negativní matky s komplikacemi

Pacientka byla přijata ve 40+5. týdnu gravidity pro pravidelné děložní kontrakce. Dne 18. 12. 2025 spontánně porodila vaginální cestou živé donošené dítě ženského pohlaví o hmotnosti 3600 g v poloze hlavičkou. Po porodu placenty se rozvinula děložní hypotonie při suspektní retenci části kotyledonu, proto byla provedena instrumentální revize dutiny děložní, při níž byly odstraněny zbytky placentární tkáně a koagula. Celková krevní ztráta činila přibližně 350 ml. Porod byl dále komplikován rupturou perinea II. stupně, řešenou mediolaterální epiziotomií vpravo.

V časném šestinedělí byl průběh afebrilní a bez komplikací, involuce dělohy probíhala přiměřeně, sutura hráze byla klidná a lochie odcházely fyziologicky. Kojení bylo zahájeno bez obtíží.

Vzhledem k Rh-negativitě matky a Rh-pozitivitě novorozence byl aplikován anti-D imunoglobulin. Pacientka byla propuštěna ve stabilizovaném stavu s doporučením pokračovat v perorální suplementaci železa.

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

**VDG: O73.0 Zadržaná placenta bez krvácení**

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

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

**Z37.0 Jediné dítě, živě narozené**

Anémie není konstatována lékařem

# Plánovaný císařský řez

Pacientka byla ve 39+3. týdnu gravidity přijata k plánovanému ukončení těhotenství císařským řezem pro stav po předchozí sekci a suspektní makrosomii plodu, při současném gestačním diabetu kompenzovaném dietou a anémií matky. Dne 18. 12. 2025 bylo těhotenství ukončeno císařským řezem dle Ladacha. Operační výkon byl komplikován výraznou velikostí plodu, proto bylo nutné provedení T-řezu na děloze a revize dutiny děložní, další průběh operace byl bez komplikací. V 8:26 hodin bylo vybaveno živé dítě mužského pohlaví o hmotnosti 4360 g. Pooperační a časný šestinedělí probíhalo afebrilně a bez komplikací, pacientka spontánně močila i defekovala, děloha se dobře zavinovala, lochie odcházely přiměřeně a laparotomie byla klidná. Kojení bylo zahájeno bez obtíží, dolní končetiny byly bez otoků. Pacientka byla propuštěna ve stabilizovaném stavu s doporučením pokračovat v perorální suplementaci železa.

Dotaz:

Jak případ zakódovat?

# Plánovaný císařský řez

Pacientka byla ve 39+3. týdnu gravidity přijata k plánovanému ukončení těhotenství císařským řezem pro stav po předchozí sekci a suspektní makrosomii plodu, při současném gestačním diabetu kompenzovaném dietou a anémií matky. Dne 18. 12. 2025 bylo těhotenství ukončeno císařským řezem dle Ladacha. Operační výkon byl komplikován výraznou velikostí plodu, proto bylo nutné provedení T-řezu na děloze a revize dutiny děložní, další průběh operace byl bez komplikací. V 8:26 hodin bylo vybaveno živé dítě mužského pohlaví o hmotnosti 4360 g. Pooperační a časný šestinedělí probíhalo afebrilně a bez komplikací, pacientka spontánně močila i defekovala, děloha se dobře zavinovala, lochie odcházely přiměřeně a laparotomie byla klidná. Kojení bylo zahájeno bez obtíží, dolní končetiny byly bez otoků. Pacientka byla propuštěna ve stabilizovaném stavu s doporučením pokračovat v perorální suplementaci železa.

**HDG: O82.0 Plánovaný císařský řez**

**VDG: O24.4 Diabetes mellitus vzniklý v těhotenství**

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

**D64.9 Anemie NS**

**Z37.0 Jediné dítě, živě narozené**

# Plánovaný císařský řez II

Pacientka byla přijata na porodní oddělení v 37+5. týdnu těhotenství k plánovanému císařskému řezu. V anamnéze má st.p. TIA z roku 2016, zvýšený faktor VIII a předchozí císařský řez. Indikací k operaci byly předchozí císařský řez a riziková anamnéza. Operačně byl proveden císařský řez s RCUI a sterilizací legalis, narodil se chlapec o hmotnosti 2930g. Šestinedělí probíhalo bez komplikací, pacientka byla mírně subfebrilní, souběžně s virózou v rodině, děloha byla dobře zavinitá, lochia přiměřená, laparotomie klidná a prsa bez potíží. Dolní končetiny bez otoků. Pacientka byla při propuštění v dobrém stavu. Doporučena byla kontrola D-dim na hematologii 14 dní po porodu s možností úpravy medikace dle výsledku.

Dotaz:

Jak případ zakódovat?

# Plánovaný císařský řez II

Pacientka byla přijata na porodní oddělení v 37+5. týdnu těhotenství k plánovanému císařskému řezu. V anamnéze má st.p. TIA z roku 2016, zvýšený faktor VIII a předchozí císařský řez. Indikací k operaci byly předchozí císařský řez a riziková anamnéza. Operačně byl proveden císařský řez s RCUI a sterilizací legalis, narodil se chlapec o hmotnosti 2930g. Šestinedělí probíhalo bez komplikací, pacientka byla mírně subfebrilní, souběžně s virózou v rodině, děloha byla dobře zavinutá, lochia přiměřená, laparotomie klidná a prsa bez potíží. Dolní končetiny bez otoků. Pacientka byla při propuštění v dobrém stavu. Doporučena byla kontrola D-dim na hematologii 14 dní po porodu s možností úpravy medikace dle výsledku.

**HDG: O82.0 Plánovaný císařský řez**

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

# Pooperační krvácení

Pacient plánovaně přijat k LCHCE pro cholecystolithiázu. Anamnesticky bez jiných léčených interních či neurologických onemocnění. Samotný výkon proběhl bez komplikací v CA. 2. pooperační den stále zvýšené odpady do BD, rozhodnuto o operační revizi, s nálezem stopového krvácení z lůžka po CHCE, které stavěno koagulací.

Co se týká podmínky vykázání ZV, ten splníme výkonem 51711-VÝKON LAPAROSKOPICKÝ A TORAKOSKOPICKÝ, ale jaký DRG marker použít, pokud je krvácení stavěno koagulací nebo opichem - tedy bez specifického DRG markeru.

**Dotaz:**

**Jaký DRG marker by měl být dle metodiky vykázán?**

**Pokud během operace provedli laváž a odsátí DB, kódujeme 90782 (DRG) LAVÁŽ A ODSÁTÍ DUTINY PERITONEÁLNÍ LAPAROSKOPICKY, ale jaký použít pokud staví krvácení POUZE OPICHEM ČI KOAGULACÍ?**

v případě pooperačního krvácení řešeného operační revizí, kdy je krvácení stavěno pouze koagulací či opichem bez provedení samostatného hemostatického výkonu, se DRG marker nevykazuje. Koagulace a opich jsou považovány za integrální součást revizního výkonu. DRG marker lze vykázat pouze při provedení výkonu se samostatným výkonovým kódem, např. laváže a odsátí dutiny peritoneální (90782).

# Pooperační krvácení

Pacient plánovaně přijat k LCHCE pro cholecystolithiázu. Anamnesticky bez jiných léčených interních či neurologických onemocnění. Samotný výkon proběhl bez komplikací v CA. 2. pooperační den stále zvýšené odpady do BD, rozhodnuto o operační revizi, s nálezem stopového krvácení z lůžka po CHCE, které stavěno koagulací.

Co se týká podmínky vykázání ZV, ten splníme výkonem 51711-VÝKON LAPAROSKOPICKÝ A TORAKOSKOPICKÝ, ale jaký DRG marker použít, pokud je krvácení stavěno koagulací nebo opichem - tedy bez specifického DRG markeru.

## 51713 DIAGNOSTICKÁ VIDEOLAPAROSKOPIE A VIDEOTORAKOSKOPIE

<b>Popis</b>	Zjištění rozsahu onemocnění nebo poranění, posouzení operability. Nelze kombinovat s laparoskopickým a torakoskopickým výkonem terapeutickým.
<b>Čím výkon začíná</b>	Příprava operačního pole.
<b>Obsah a rozsah výkonu</b>	V malé rance založení pneumoperitonea Verresovou jehlou, trokar 10mm, zavedení optiky, zavedení druhého trokaru, s dopomocí polohování nemocného přehlédnutí celé dutiny břišní, odtahování či odtlačování orgánů, rozhodnutí o dalším postupu.
<b>Čím výkon končí</b>	Výsledkem je buď ukončení výkonu nebo následuje laparoskopický nebo klasický chirurgický výkon s vlastním kódem. Pozn: Tímto výkonem začíná každá laparoskopická operace. Provádí se na standardním operačním chirurgickém sále s plnou výbavou t.j. klimatizace, osvětlení, elektrokoagulace včetně bipolární, polohovací operační stůl, odsávačka, standardně se provádí kompletní rouškování. V tomto výkonu se počítá s klasickými nástroji jen na incize, stavění krvácení a sutury.,

# Virem indukované astma

Pacientka byla přijata s dušností při virem indukované astmatu. Během hospitalizace byla zahájena bronchodilatační terapie a nasazen Prednison, PCR na respirační viry negativní. Postupné zlepšení stavu dítěte, afebrilní, saturace v normě, bez klidové dušnosti, přetrvává zahlenění, na konci expiria diskrétně pískoty, v medikaci ponechána bronchodilatační terapie.

Dotaz:

Jak vykázat?

# Virem indukované astma

Pacientka byla přijata s dušností při virem indukované astmatu. Během hospitalizace byla zahájena bronchodilatační terapie a nasazen Prednison, PCR na respirační viry negativní. Postupné zlepšení stavu dítěte, afebrilní, saturace v normě, bez klidové dušnosti, přetrvává zahlenění, na konci expiria diskrétně pískoty, v medikaci ponechána bronchodilatační terapie.

## 4.10.5 Pravidla pro kódování astmatu

4.10.5.1 Kód „J46 – Astmatický stav [*status asthmaticus*]“ užíváme pro stavy, kdy si exacerbace astmatu vyžádá hospitalizaci nebo podání systémových kortikoidů či navýšení chronické kortikoterapie. Pro ostatní stavy užíváme při kódování bronchiálního astmatu kódy z položky „J45.x – Astma“, není-li v MKN-10 uvedeno jinak.

4.10.5.2 V případě, že je důvodem hospitalizace pacienta současně exacerbace astmatu a pneumonie, užíváme jako HDG kód pneumonie a kód J46 uvádíme jako VDG.

**HDG: J46 Astmatický stav [*status asthmaticus*]**

# Operace akcesorní kosti dolní končetiny

Pacientka byla přijata k plánované operaci pro os thibiale externum, naviculare cornutum vpravo. Operace a pooperační období bez komplikací. Za hospitalizace bez obtíží, bez teploty. Bylo provedeno kontrolní ortopedické vyšetření a převaz rány. Při propuštění dívka kardiopulmonálně stabilní, pravá noha v obvazu, rány klidné, ostatní interní pediatrický nálezn v normě. V celkově dobrém stavu propouštíme do domácí péče. Hmotnost 60,5 kg.

Dotaz:

Jak vykázat?

# Operace akcesorní kosti dolní končetiny

Pacientka byla přijata k plánované operaci pro os thibiale externum, naviculare cornutum vpravo. Operace a pooperační období bez komplikací. Za hospitalizace bez obtíží, bez teploty. Bylo provedeno kontrolní ortopedické vyšetření a převaz rány. Při propuštění dívka kardiopulmonálně stabilní, pravá noha v obvazu, rány klidné, ostatní interní pediatrický nález v normě. V celkově dobrém stavu propouštíme do domácí péče. Hmotnost 60,5 kg.

**HDG: Q74.2 Jiné vrozené vady dolní(-ch) končetin(-y) včetně pánevního pletence**

# Expoziční test na antibiotika

Pacientka byla přijata k expozičnímu testu na antibiotika.

Dotaz:

Jak vykázat?

# Expoziční test na antibiotika

Pacientka byla přijata k expozičnímu testu na antibiotika.

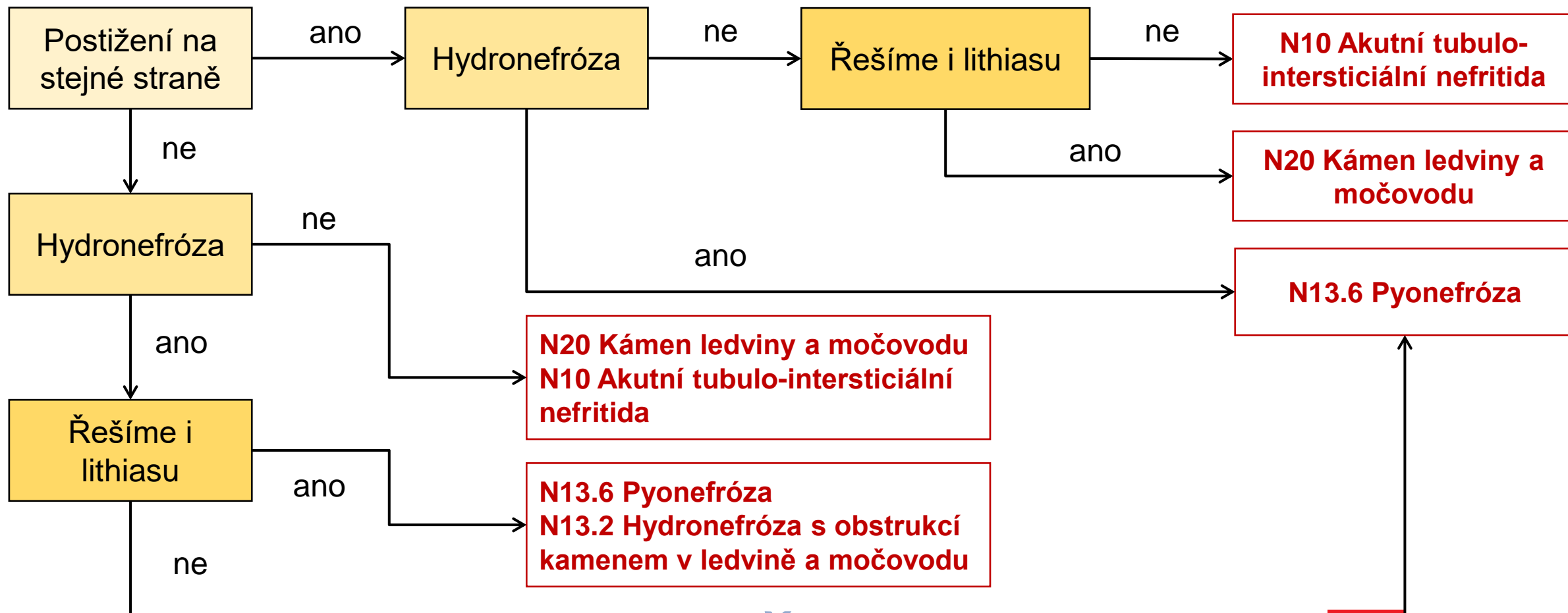
**Příznak se v minulosti vyskytl a expoziční test ověřuje, kterou látkou byl vyvolán.**

**Alergie byla vyvrácena – vykážeme kód Z01.8**

**Alergie byla potvrzena či suspekce dále trvá – vykážeme příznak např. L27.0 a Y40.1**

**Cefalosporiny a jiná beta-laktamová antibiotika**

# Akutní pyelonefritida v terénu lithiázy



# 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)