

Dotazy ke kódování diagnóz CZ-DRG 2026

Irena Molinari

Miroslav Zvolský

Zbyněk Bortlíček

Tomáš Pavlík

Kódování případů

Endometrióza v jizvě

Pacientka byla přijata pro endometriózu v jizvě po císařském řezu (SC).

Operace:

V klidné krátkodobé celkové anestezii po zvyklé desinfekci operačního pole, incize ve staré jizvě po Phanenstielově řezu. Pomocí monopolární koagulace a nůžek postupná preparace ložiska ETRS o vel 15 mm, během exstirpace vytéká čokoládový obsah, které infiltruje ve spodině fascii mm. rectii abdominis. Exspirováno včetně části fascie ad histol. Bez průniku do dutiny břišní. Výkon bez komplikací.

Dotaz

- jaký operační výkon (kód výkonu) je správné přiřadit?
- HDG N80.69 -Endometrióza kůže, podkoží nebo břišní stěny, NS ?

Endometrióza v jizvě

Pacientka byla přijata pro endometriózu v jizvě po císařském řezu (SC).

Operace:

V klidné krátkodobé celkové anestezii po zvyklé desinfekci operačního pole, incize ve staré jizvě po Phanenstielově řezu. Pomocí monopolární koagulace a nůžek postupná preparace ložiska ETRS o vel 15 mm, během exstirpace vytéká čokoládový obsah, které infiltruje ve spodině fascii mm. rectii abdominis. Exspirováno včetně části fascie ad histol. Bez průniku do dutiny břišní. Výkon bez komplikací.

HDG: N80.60 – Endometrióza břišní stěny

Výkon: 66839 EXSTIRPACE NÁDORU MĚKKÝCH TKÁNÍ - POVRCHOVĚ ULOŽENÝCH

Dětská mozková obrna

Pacient s dětskou mozkovou obrnou - kvadraparetická forma s těžkou mentální retardací byl přijat k realizaci operační gastrostomie v celkové anestezii (stp. neúspěšném zavedení PEGu pro anatomické poměry). Důvodem zavedení gastrostomie jsou opakované aspirační pneumonie. Nyní bez pneumonie.

Operace provedena, pooperačně přechodně horečky, po ATB léčbě upraveno, pokles CRP, oper. rána zhojena p.p., gastrostomie funkční, toleruje menší dávky výživy, v kompenzovaném stavu propuštěn do péče ÚSP.

Dotaz:

Jak vykázat? HDG Z43.1-Ošetření gastrostomie nebo G80.0-Spastická kvadruplegická mozková obrna?

Dětská mozková obrna

Pacient s dětskou mozkovou obrnou - kvadraparetická forma s těžkou mentální retardací byl přijat k realizaci operační gastrostomie v celkové anestezii (stp. neúspěšném zavedení PEGu pro anatomické poměry). Důvodem zavedení gastrostomie jsou opakované aspirační pneumonie. Nyní bez pneumonie.

Operace provedena, pooperačně přechodně rána zhojena p.p., gastrostomie funkční, toler propuštěn do péče ÚSP.

Chybí diagnostický souhrn!

R13 – Dysfagie

Pravděpodobná příčina opakovaných aspiračních pneumonií

4.21.4 Pravidla pro kódování ošetřování umělých vyústění, drénů a stentů

4.21.4.1 Kódy „Z43.x – Ošetřování umělých vyústění“ vykazujeme na pozici HDG u hospitalizací, během kterých byly výhradně řešeny tyto stavy:

- a) výměna, ošetření či odstranění umělého zevního vyústění,
- b) ošetření a operativní uzavření (zrušení) stomie,
- c) operativní úprava stomie, aniž by šlo o stav, který je možno nazvat komplikací stomie.

4.21.4.2 Je-li během hospitalizace vytvořeno zevní vyústění (stomie), kódujeme základní klinický stav, který vedl k nezbytnosti vytvoření stomie.

4.21.4.3 Při endoskopické výměně stentu (drénu) kódujeme klinický stav, který původně vedl k zavedení stentu (drénu).

4.21.4.4 Prosté odstranění stentů a drénů v situaci, kdy již není řešen základní klinický stav, a kdy současně není proveden žádný jiný terapeutický výkon (např. papilotomie, extrakce zbytkové lithiázy apod.) kódujeme jako odstranění cizího tělesa (např. „T19.x – Cizí těleso v močovém a pohlavním ústrojí“, s dodatkovým kódem „Y83.1 – Operace s implantací umělé vnitřní pomůcky“).

Febrilní křeče

Dvouletý chlapec byl přijat k hospitalizaci pro suspektní druhou ataku febrilních křečí v terénu akutní gastroenteritidy. Dle anamnézy v den přijetí opakované vodnaté průjmy, následně rozvoj generalizovaného křečového stavu při hyperpyrexii. Přednemocniční péčí byla podána antipyretika a benzodiazepin, po kterých došlo k úpravě stavu. Během hospitalizace byl pacient bez recidivy křečí, oběhově i respiračně stabilní, afebrilní, bez alterace vědomí. Postupně zlepšoval celkový stav, byl aktivní, veselý, s dobrým perorálním příjmem tekutin, přetrvávaly řídké stolice bez známek dehydratace. Neurologický nálezn byl po celou dobu hospitalizace orientačně v normě, bez meningeálního dráždění. Laboratorně pouze mírná elevace zánětlivých parametrů, pozitivní průkaz rotavirů ve stolici, a pozitivní průkaz Campylobakteru ve výtěru z rektu, respirační PCR negativní. Hospitalizace probíhala v izolačním režimu. Průběh hospitalizace byl klidný, bez komplikací. Vzhledem k dobrému klinickému stavu a stabilizaci pacienta bylo rozhodnuto o dimisi do domácí péče.

Terapie: perorální rehydratace, Paralen, Nurofen per os dle potřeby

Diagnostický závěr:

R560 – Febrilní křeče

A080 - Rotavirová enteritida

A045 - Enteritida, původce: Campylobacter

E86 - Snížení objemu plazmy nebo extracelulární tekutiny

Z290 – Izolace.

Dotaz: Jak případ zakódovat?

Febrilní křeče

Dvouletý chlapec byl přijat k hospitalizaci pro suspektní druhou ataku febrilních křečí v terénu akutní gastroenteritidy. Dle anamnézy v den přijetí opakované vodnaté průjmy, následně rozvoj generalizovaného křečového stavu při hyperpyrexii. Přednemocniční péčí byla podána antipyretika a benzodiazepin, po kterých došlo k úpravě stavu. Během hospitalizace byl pacient bez recidivy křečí, oběhově i respiračně stabilní, afebrilní, bez alterace vědomí. Postupně zlepšoval celkový stav, byl aktivní, veselý, s dobrým perorálním příjmem tekutin, přetrvávaly řídké stolice bez známek dehydratace. Neurologický nálezn byl po celou dobu hospitalizace orientačně v normě, bez meningeálního dráždění. Laboratorně pouze mírná elevace zánětlivých parametrů, pozitivní průkaz rotavirů ve stolici, a pozitivní průkaz Campylobacter probíhala v izolačním režimu. Průběh hospitalizačního stavu a stabilizaci pacienta bylo rozhodnuto o dle

Terapie: perorální rehydratace, Paralen, Nurofen

4.18.3 Pravidlo pro kódování febrilních křečí

4.18.3.1 Diagnóza febrilních křečí je vyhrazena pouze dětské populaci.

4.18.3.2 Kód „R56.0 – Febrilní křeče“ vykážeme na pozici HDG pouze tehdy, je-li dítě pro tuto diagnózu přijímáno a vyšetřováno. Je-li zjištěna příčina febrilií, vykazujeme ji na pozici VDG v případě splnění podmínek obecného pravidla 3.2.

Neurologické vyšetření není podmínkou vykážení dg. R56.0

HDG: R56.0 – Febrilní křeče

VDG: A08.0 – Rotavirová enteritida

A04.5 – Enteritida, původce: Campylobacter

~~E86 – Snížení objemu plazmy nebo extracelulární tekutiny~~

Z29.0 – Izolace.

v kazuistice je uvedeno „bez známek dehydratace“

Hypotermie po anestezii

Pacient přijat ke komplexní pooperační péči na chirurgický JIP ... TT 34,5 st, zahříváme.
v dg souhrnu: pooperační hypotermie

Dotaz: je správné kódování (do VDG): T 88.5 + Y 48.2 nebo T 68 + Y83.8 ?

Hypotermie po anestezi

Pacient přijat ke komplexní pooperační péči na chirurgický JIP ... TT 34,5 st, zahříváme.
v dg souhrnu: pooperační hypotermie

T68

Hypotermie

Náhodná hypotermie

Nepatří sem:

omrzliny (T33-T35)

hypotermie:

. po anestezi (T88.5)

. novorozence (P80.-)

. nesdružená s nízkou teplotou prostředí (R68.0)

T88.5

Jiné komplikace anestezie

Hypotermie po anestezi

HDG: T68 – Hypotermie

VDG: Y48.2 – Jiná a neurčená celková anestetika

2.3.7.3 Kódování komplikací jiných, než vzniklých iatrogenním poraněním

Nepatří sem kódování komplikací porodu u novorozence a rodičky – viz pravidlo 2.3.7.1.

1. Modifikátor vyjadřující skutečnost, že jde o peri/postprocedurální komplikaci, použijeme, pokud vede ke stanovení kódu specifikujícího jak orgánovou soustavu, tak vzniklou patologii.
2. V ostatních případech vyhledáme kód bez modifikátoru pro peri/postprocedurální souvislost; skutečnost, že jde o komplikaci péče, je vyjádřena dodatkovým kódem z podkapitoly Y40-Y84, který vykazujeme bezprostředně za nosný kód.
3. Kódy T80-T88 použijeme pouze v případě, nelze-li přesněji určit orgán nebo orgánový systém a/nebo vzniklou patologii kódem z I., III. až XVI. a XVIII. kapitoly MKN-10.

1.2 Hierarchie pravidel

Obecná pravidla kódování pro CZ-DRG mají přednost před pravidly a instrukcemi MKN-10.

Speciální pravidla kódování pro CZ-DRG mají přednost před obecnými pravidly.

Komentář k pravidlu:

Pravidlo stanovuje vzájemný vztah ostatních pravidel v případě jejich kontroverze. Přitom pravidlo vyšší síly zneplatňuje pravidlo nižší síly jen v části, kde vzniká kontroverze. Zbývající část pravidla nižší síly (pokud taková je) zůstává v platnosti.

Bolesti na hrudi u chronického selhání ledvin

35letá pac. s CKD5, byla přijata elektivně k SKG pro recidivující bolesti na hrudi (celkem 3x epizody po HD) + před zařazením na transplantační program ledvin. Dle TTE EF hypertrofické LK 65%, bez lokální poruchy kinetiky, chlopně bez význ. vady. Dle SKG věnčité tepny bez stenóz. Výkon i průběh hospitalizace nekomplikovaný. Propuštěn domů KP komp.

Dotaz: Změnilo se v tomto případě něco, nebo můžeme stále kódovat N185 na pozici HD, případně je potřeba přidat ještě nějaký kód na VD?

Bolesti na hrudi u chronického selhání ledvin

35letá pac. s CKD5, byla přijata elektivně k SKG pro recidivující bolesti na hrudi (celkem 3x epizody po HD) + před zařazením na transplantační program ledvin. Dle TTE EF hypertrofické LK 65%, bez lokální poruchy kinetiky, chlopně bez význ. vady. Dle SKG věnčité tepny bez stenóz. Výkon i průběh hospitalizace nekomplikovaný. Propuštěn domů KP komp.

HDG: R07.4 – Bolest hrudi NS

VDG: N18.5 – Chronické onemocnění ledvin, stadium 5

Pokud byla poskytnuta péče

Y84.1 – Jiné vyšetřovací a léčebné výkony jako příčina abnormální reakce pacienta nebo pozdější komplikace, bez zmínky nehodě při výkonu - Ledvinná dialýza

Pokud byla popsána souvislost

Reoperace trikuspidální chlopně

54letý pacient po náhradě TV bioprotézou Epic Supra No 29 (1/22 NNH) s impl. 2D PCM pro AVB II. typu byl přijat k 1-denní SKG v rámci předoperační přípravy před plán. KCH výkonem pro těžkou stenózu na TVR. Echokardiograficky těžká stenóza TVR v trikusp. ústí, v.s. pannus, ELFK 65%, bez poruchy kinetiky, PS dilat., těžká stenóza na TVR v.s. pannus, PK s dobrou funkcí. Provedená reSKG s normálním nálezem na věnčitých tepnách, konz. postup. Pacient bude prezentován na KCH semináři s návrhem reoperace trikuspidální chlopně. O výsledku bude telefonicky informován. Laboratorně nález zvýšených jaterních testů bez symptomů, doporučena kontrola praktickým lékařem s doplněním UZ břicha i v rámci předoperačních vyšetření. Výkon i hospitalizace bez komplikací, předloktí klidné. Pacient propuštěn do ambulantní péče v KP komp. stavu.

Dotaz: Jak správně zakódovat?

Reoperace trikuspidální chlopně

54letý pacient po náhradě TV bioprotézou Epic Supra No 29 (1/22 NNH) s impl. 2D PCM pro AVB II. typu byl přijat k 1-denní SKG v rámci předoperační přípravy před plán. KCH výkonem pro těžkou stenózu na TVR. Echokardiograficky těžká stenóza TVR v trikusp. ústí, v.s. pannus, ELFK 65%, bez poruchy kinetiky, PS dilat., těžká stenóza na TVR v.s. pannus, PK s dobrou funkcí. Provedená reSKG s normálním nálezem na věnčitých tepnách, konz. postup. Pacient bude prezentován na KCH semináři s návrhem reoperace trikuspidální chlopně. O výsledku bude telefonicky informován. Laboratorně nález zvýšených jaterních testů bez symptomů, doporučena kontrola praktickým lékařem s doplněním UZ břicha i v rámci předoperačních vyšetření. Výkon i hospitalizace bez komplikací, předloktí klidné. Pacient propuštěn do ambulantní péče v KP komp. stavu.

HDG: T82.0 – Mechanická komplikace protézy srdeční chlopně

VDG: Y83.2 – Operace s anastomózou, by-passem nebo štěpem

Bio-chlopeň = štěp

Placenta adherens

Pacientka in g.h. 40+0. IV/ii, přijata na porodní sál pro pravidelné bolesti v podbříšku, á 10 min, Postupná progrese vag. nálezu k zašlé brance. **Dne 29.1. 2026 v 5:47 hodin porozeno dítě mužského pohlaví, 2850 g.** Po vybavení plodu pro placentu adherens v CA za asept. kautel provedena manuální lýza placenty, vybavena obtížně, potrhána, následně revize dutiny děložní a kontrola dělohy na UZ - dutina děložní bez reziduí, hladká, úzká. KZ 400ml. Časné šestinedělí afebrilní, močení a stolice bez potíží.

Diagnostický souhrn:

O800 Spontánní porod záhlavím

Partus maturus spontaneus in grav. hebd. 40+0

Presentatio occipitis

Funiculus umbilicalis circum colli foetus semel

Placenta adherens - LMP+RCUI

Tercipara

Episiotomia mdl.l.dx.

Laceratio periurethralis

SAG positivitas

Anemia post partum

Přehled terapie: PARAMAX RAPID (500MG TBL NOB 100) POR, OFOST 2,5 j. i.v. SORBIFER DURULES (320MG/60MG TBL MRL 100)

POR, PNC 5 mil IU i.v., CLEXANE (4000IU(40MG)/0,4ML INJ SOL ISP 50X0,4ML I) SDR, MEM 1 amp. i.v.

Operační terapie: 29.1. 2026 manuální lýza placenty adherens v CA a RCUI

Porodní poranění: episiotomia mediolateralis l.dx., laceratio periurethralis

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

Dotaz: Jak správně zakódovat?



Placenta adherens

Pacientka in g.h. 40+0. IV/ii, přijata na porodní sál pro pravidelné bolesti v podbříšku, á 10 min, Postupná progrese vag. nálezu k zašlé brance. **Dne 29.1. 2026 v 5:47 hodin porozeno dítě mužského pohlaví, 2850 g.** Po vybavení plodu pro placentu adherens v CA za asept. kautel provedena manuální lýza placenty, vybavena obtížně, potrhána, následně revize dutiny děložní a kontrola dělohy na UZ - dutina děložní bez reziduí, hladká, úzká. KZ 400ml. Časné šestinedělí afebrilní, močení a stolice bez potíží.

Diagnostický souhrn:

O800 Spontánní porod záhlavím

Partus maturus spontaneus in grav. hebd. 40+0

Presentatio occipitis

Funiculus umbilicalis circum colli foetus semel

Placenta adherens - LMP+RCUI

Tercipara

Episiotomia mdl.l.dx.

Kód O36.0 - *Péče o matku pro izoimmunizaci Rh* vykazujeme, jsou-li prokázány protilátky a podání léčivého přípravku je tudíž terapeutické a nikoli preventivní.
Kódy O73.0 - *Zadržaná placenta bez krvácení* a O72.2 - *Opožděné a sekundární poporodní krvácení* jsou doplňkové a vykazují se v situacích, kdy je informace k dispozici, což není případ této kazuistiky
Kód D50.0 - *Anemie z nedostatku železa, sekundární po ztrátě krve (chronická)* se týká chronického stavu, který v kazuistice popsán nebyl.

HDG: 080.0 – Spontánní porod jediného dítěte

VDG: Z37.0 – Jediné dítě, živě narozené

O43.2 – Chorobně adherující placenta

D64.8 – Jiné určené anemie

O99.0 – Anemie komplikující těhotenství, porod a šestinedělí

O70.0 – Trhlina hráze prvního stupně při porodu

Z29.1 – Profylaktická imunoterapie

~~**O69.1 – Porod komplikovaný pupečníkem kolem krku s kompresí**~~

Léčba Sorbiferem

Lacerace periuretrálně

Preventivní podání Igamadu

V kazuistice není uvedena informace o péči poskytnuté v souvislosti s pupečníkem kolem krku

Névus Reedové

Diagnostický souhrn:

L988 Pigmentová léze na preputiu - st.p. excisi a frenulotomii 16.2.2026

Přehled terapie: CA, Framykoin

Operační terapie: 16.02.2026 **OP Excissio naevus preputii, frenulotomia**

Histologické vyšetření:

Pigmentovaný vřetenobuněčný smíšený névus Reedové. Afekce dosahuje ke spodině excize.

Dotaz: Jak správně zakódovat?

Névus Reedové

Diagnostický souhrn:

L988 Pigmentová léze na preputiu - st.p. excisi a frenulotomii 16.2.2026

Přehled terapie: CA, Framykoin

Operační terapie: 16.02.2026 **OP Excissio naevus preputii, frenulotomia**

Histologické vyšetření:

Pigmentovaný vřetenobuněčný smíšený névus Reedové. Afekce dosahuje ke spodině excize.

D29	<p><u>Nezhoubné novotvary mužských pohlavních orgánů</u></p> <p>Patří sem: kůže mužských pohlavních orgánů</p>	<ul style="list-style-type: none"> • benigní novotvar těla penisu • benigní novotvar těla penisu • benigní novotvar žaludu penisu • Névus penisu • Névus praeputia • Nevus predkozky
D29.0	<p><u>Pyj.[penis]</u></p>	

HDG: D29.0 – Nezhoubné novotvary mužských pohlavních orgánů - Pyj [penis]

Krátká uzdička se vykazuje kódem Q55.6 - *Jiné vrozené vady pyje*

Ischemická cévní mozková příhoda

Pacient s anamnézou opakovaných ischemických cévních mozkových příhod byl přijat pro náhle vzniklou dysartrii a levostrannou hemiparézu (NIHSS 11). CT neprokázalo akutní lézi, CT angiografie neprokázala uzávěr velké mozkové tepny, byla zjištěna 70% symptomatická stenóza vnitřní karotické tepny vpravo. Byla podána intravenózní trombolýza. Hospitalizace byla komplikována fokálním motorickým epileptickým záchvatem (zaléčen diazepamem, nasazen levetiracetam). Kontrolní CT neprokázalo čerstvou ischemii. Přechodná elevace CRP nebyla jednoznačně vysvětlena, empiricky byla nasazena ATB, což vedlo k úpravě CRP. Byla indikována karotická endarterektomie. Pacient byl přeložen k výkonu, při propuštění léčen pro scabies.

Přehled terapie: BISOPROLOL VIATRIS, BURONIL, CEFTRIAXON KABI, CLEXANE, DERIN, ECOBEC, KEPPRA, LACIDOFIL, LOZAP, LUSOPRESS, NOLPAZA, PLASMALYTE, ROSUCARD, SUPPOSITORIA GLYCERINI IPSEN, TIAPRIDAL, TROMBEX

Ischemická cévní mozková příhoda

Diagnostický souhrn

I635 Ischemická cévní mozková příhoda s těžkou dysartrií, centrální lézí n.VII l.sin. a střední až těžkou levostrannou hemiparézou, NIHSS 11, vznik 24.1.2026 v 5:00 hod.

- na UP přivezen 24.1.2026 v 6:13 hod. po konzultaci našeho IC
- na CT mozku bez čerstvých změn, na CTAG 70% symptomatická stenosa ACI l.dx.
- v 6:32 hod. podána Metalyse 20mg/4ml
- na kontrolním CT mozku bez rozvinutí čerstvé ischemie, bez hemoragie, P-O a T vpravo jsou koru nešetřící hypodenzity - mají lehce různou denzitu, zřejmě ischemické změny různého stáří
- etiol. aterosklerotická při stenóze ACI vpravo
- při propuštění přetrvává lehká levostranná hemiparéza, lehká centrální léze n. VII vlevo, NIHSS 3 body, mRS 4

I652 Cca 70% symptomatická stenóza ACI l.dx., k CEA

Scabies, dg. 13.2.2026, opakovaně lokálně ošetřováno

Infekt nejasné etiologie, ATB Ceftriaxon in cursu

- RTG HO v normě, kultivace moči opakovaně negativní, hemokultury negativní

Intermitentní stavy neklidu, v.s. při incip. infektu, nově quetiapin

G402 Symptomatický fokální epileptický paroxysmus s klonickými záškuby levostranných končetin dne 24.1.2026 dopoledne, při akutní iCMP

- EEG 2.2.2026 - atypický beta záznam - varianta normy
- od 24.1.26 v medikaci levetiracetam na přechodnou dobu

I693 St.p. ischemické cévní mozkové příhodě s levostrannou homonymní hemianopsií a lehkou levostrannou hemiparesou,

- na CT mozku ischemické změny P-O vpravo, už subakutního charakteru
- při propuštění přetrvává levostranná homonymní hemianopsie, NIHSS 2, mRS 3

St.p. CMP s levostrannou symptomatologií, vznik 31.7.2008

I10 Arteriální hypertenze

N183 CKD IIIa...II, A1, norm.nález v močovém sedimentu vs nefrioangioskleroza při hypertenzní nemoci, cysta ledvé ledviny 11 cm (UZ 2017)

J410 Bronchitis chronica, exfumator

E782 Hyperlipoproteinemie

St.p.op. katarakty



Ischemická cévní mozková příhoda

Diagnostický souhrn

I635 Ischemická cévní mozková příhoda s těžkou dysartrií, centrální lézí n.VII l.sin. a střední až těžkou levostrannou hemiparézou, NIHSS 11, vznik 24.1.2026 v 5:00 hod.

HDG: I63.2 – Mozkový infarkt způsobený neurčenou okluzí nebo stenózou přívodných mozkových tepen

VDG: U53.11 – NIHSS skóre 11

G81.9 – Hemiplegie NS

G40.2 – Symptomatická epilepsie a epileptické syndromy (fokální) (parciální) příbuzné lokalizace s komplexem parciálních záchvatů

A49.9 – Bakteriální infekce NS

I10 – Esenciální (primární) hypertenze

J41.0 – Prostá chronická bronchitida

E78.2 – Smíšená hyperlipidémie

R45.1 – Neklid a nepokoj

Léčba quetiapinem

~~**B86 – Svrab [scabies]**~~

V závěru je uveden svrab B86 s opakovaným lokálním ošetřením, ale ve výčtu terapie není permethrin ani sírová mast

VDG I65.2 nemůže být kódována, protože v MKN-10 je uvedeno *Nepatří sem: jestliže je příčinou mozkového infarktu (I63.-)*

Výkony

Explantace ECMO

Pacient je indikován k explantaci ECMO.

Celková anestézie, standardní příprava operačního pole, incize v pravém třísele. Preparace VF kolem zavedené kanyly naložen tabáčkový steh Prolen 5/0. Dále preparace AFC, AFP, AFS. Odstranění venózní kanyly, dotažení tabáčkového stehu, bez krvácení ze žíly. Následně extrakce tepenných kanyl - hlavní je zavedená v AFC v místě větvení, prográdní je zavedená do AFS. Klamp, příčná sutura AFC Prolenem 5/0 pokračujícím stehem, sutura AFC Prolenem 6/0 křížovým stehem. Obnova perfuze, kontrola krvácení, cévní rekonstrukce je funkční. Sutura operační rány.

Krevní ztráta při operaci: 50ml

Umístění po operaci: KCH JIP3

Dotaz: Výkon k explantaci ECMO - jakým výkonem vykazovat. Používáme výkon 51821 + 07267 + 07562 + 07546 + 07571 + 07552 + 07550.

Explantace ECMO

Pacient je indikována k explantaci ECMO.

Celková anestézie, standardní příprava operačního pole, incize v pravém třísle. Preparace VF kolem zavedené kanyly naložen tabáčkový steh Prolen 5/0. Dále preparace AFC, AFP, AFS. Odstranění venózní kanyly, dotažení tabáčkového stehu, bez krvácení ze žíly. Následně extrakce tepenných kanyl - hlavní je zavedená v AFC v místě větvení, prográdní je zavedená do AFS. Klamp, příčná sutura AFC Prolenem 5/0 pokračujícím stehem, sutura AFC Prolenem 6/0 křížovým stehem. Obnova perfuze, kontrola krvácení, cévní rekonstrukce je funkční. Sutura operační rány.

Krevní ztráta při operaci: 50ml

Umístění po operaci: KCH JIP3

07267 (DRG) Odstranění krátko až střednědobé podpory srdeční chirurgicky

51821 Chirurgické odstranění cizího tělesa

07550 (DRG) Endovaskulární přístup perkutánní nebo s preparací přístupové cévy v kardiovaskulární chirurgii

07562, 07546, 07552 nevykazujeme - povinnost jejich vykázání se vztahuje k jiným výkonům ze SZV.

07571 POOPERAČNÍ REVIZE PRO KRVÁCENÍ, INFEKCI NEBO JINOU KOMPLIKACI V CHIRURGICKÉ RÁNĚ V KARDIOVASKULÁRNÍ CHIRURGII nevykazujeme - nejedná se o krvácení, infekci či jinou komplikaci, ale plánovaný výkon.

Výkony vs. ošetrovací dny

Můžete vysvětlit kontrolní vyšetření (21023, 35023, 36023, 37023, 37063 ...), která jsou uvedena např. v onkologickém dni, dni akutní psychiatrické péči. Kdy se správně vykazují a jaké jsou podmínky pro jejich vykázání.

Ve výkonu OD jsou zahrnuty veškeré vizity lékařů – viz Vyhláška č. 424/2025 Sb.

Výkony vs. ošetrovací dny

Můžete vysvětlit kontrolní vyšetření (21023, 35023, 36023, 37023, 37063 ...), která jsou uvedena např. v onkologickém dni, dni akutní psychiatrické péči. Kdy se správně vykazují a jaké jsou podmínky pro jejich vykázání.

Ve výkonu OD jsou zahrnuty veškeré vizity lékařů – viz Vyhláška č. 424/2025 Sb.

- **Cílem CZ-DRG je identifikovat kalendářní dny, kdy se pacientovi věnoval kdokoliv z vybraných odborností a v případě rehabilitace ještě v dostatečné intenzitě (čase).**
- **Výkon 21023 dle registračního listu není omezen AOD a je v hojné míře u hospitalizačních případů vykazován.**
- **Klasifikační pravidla se přizpůsobila zavedené praxi.**

Perineovaginální píštěl

Pacientka byly přijata k provedení excize perineovaginální píštěle s adaptační suturou zadní stěny poševní, defekt byl ponechán k sekundárnímu hojení. Po výkonu byla nasazena analgetika, ATB dle citlivosti. Byly prováděny denní převazy (Braunol/Octenisept, následně Aquacel Ag). CT nález byl původně hodnocen jako absces perinea, odpovídá však široce otevřenému pooperačnímu defektu. Rána se postupně čistila a granulovala. Pacientka byla afebrilní, plně mobilní, diabetes mellitus byl kompenzován. Bylo doporučeno pokračovat v ATB terapii celkem 3 týdny.

Op.protokol:

V klidné celkové anestezii, v gynekologické poloze nejprve odebrán stěr z píštěle těsně dorsálně od introitu vaginálního. Následně dezinfekce oper. pole a zarouškování, poté siodáž píštěle, lez pouze cca do 3 cm směruje do stěny poševní, pak proveden nástřik píštěle methylenovou modří, poté obříznuto zevní ústí a excise veškeré zbarvené tkáně. která končí ve velmi tuhém infiltrátu těsně dorsálně na stěně poševní. preparát ad histol. hojně krvácení stacvěno elektrokoagulací a na spodině 2 safilovými opichy. Adaptační sutura poševní sliznice safilem. Jinak celý defek po excisi ponechán otevřený, k sekundárnímu hojení. Po kontrole hemostázy longetka s Braunolem do defektu. Sterilní krytí. M.S.

Dotaz: jaký zde bude správně výkon?

61125 EXCIZE KOŽNÍ LÉZE NAD 10 CM², BEZ UZAVŘENÍ VZNIKLÉHO DEFEKTU, který se ale nespojí s dg N82.5 a případ padá do konzervativní skupiny 13-K05-00 Genitální píštěle a sestup ženských pohlavních orgánů

Nebo:

76387 UZAVŘENÍ VEZIKOVAGINÁLNÍ PÍŠTĚLE VAGINÁLNÍ CESTOU

- Tento výkon nejlépe odpovídá řešení stavu pacientky, ale defekt nebyl zcela uzavřen, byl ponechán k sekundárnímu hojení.
- Případ se správně řadí do skupiny 13-I10-02 Vaginální odstranění píštěle ženské reprodukční soustavy

Perineovaginální píštěl

Pacientka byly přijata k provedení excize perineovaginální píštěle s adaptační suturou zadní stěny poševní, defekt byl ponechán k sekundárnímu hojení. Po výkonu byla nasazena analgetika, ATB dle citlivosti. Byly prováděny denní převazy (Braunol/Octenisept, následně Aquacel Ag). CT nález byl původně hodnocen jako absces perinea, odpovídá však široce otevřenému pooperačnímu defektu. Rána se postupně čistila a granulovala. Pacientka byla afebrilní, plně mobilní, diabetes mellitus byl kompenzován. Bylo doporučeno pokračovat v ATB terapii celkem 3 týdny.

Op.protokol:

V klidné celkové anestezii, v gynekologické poloze nejprve odebrán stěr z píštěle těsně dorsálně od introitu vaginálního. Následně dezinfekce oper. pole a zarouškování, poté siodáž píštěle, lez pouze cca do 3 cm směruje do stěny poševní, pak proveden nástřik píštěle methylenovou modří, poté obříznuto zevní ústí a excise veškeré zbarvené tkáň. která končí ve velmi tuhém infiltrátu těsně dorsálně na stěně poševní. preparát ad histol. hojně krvácení stacvěno elektrokoagulací a na spodině 2 safilovými opichy. Adaptační sutura poševní sliznice safilem. Jinak celý defek po excisi ponechán otevřený, k sekundárnímu hojení. Po kontrole hemostázy longetka s Braunolem do defektu. Sterilní krytí. M.S.

63511 Excize vulvy

Operace nádoru esofagogastrické junkce

V operačním protokole máme lékařem uveden výkon 51387 Totální gastrektomie, subtotální gastrektomie, jenže když si přečteš operační protokol, tak výkon zdaleka nepokryje to, co se fakticky provedlo. Tento případ by si zasloužil další výkon, ale co jsme koukali, nic odpovídajícího jsme nenašli a teď co s tím?

Výkon 51387 je málo, nicméně vše, co je k dispozici – viz níže - je moc.

Double-tract rekonstrukce u Siewert II se dělá řadu let, ale prostě adekvátní výkon podle mého názoru není.

51213 SUBTOTÁLNÍ NEBO TOTÁLNÍ EXSTIRPACE JÍCNU BEZ TORAKOTOMIE (kritický výkon: Ano; terapeutický den: Ano [BRI POL])

51217 EZOFAGEKTOMIE BEZ TORAKOTOMIE S NÁHRADOU JÍCNU ŽALUDKEM (kritický výkon: Ano; terapeutický den: Ano [BRI POL])

51219 EZOFAGEKTOMIE BEZ TORAKOTOMIE S NÁHRADOU STŘEVEM, CERVIKÁLNÍ EZOFAGOKOLO (JEJUNO) ANASTOMÓZA (kritický výkon: Ano; terapeutický den: Ano [BRI POL])

51221 REKONSTRUKCE JÍCNU TENKÝM NEBO TLUSTÝM STŘEVEM EVENT. BYPASS S ANASTOMÓZOU NA KRKU (kritický výkon: Ano; terapeutický den: Ano [BRI POL])

C160 ZN - kardi časný adenokarcinom EG junkce (Siewert II)

Průběh operace: Celková + epidurální anestezie. Subkostální laparotomie protažená doleva. Břišní dutina je bez známek maligní diseminace, játra jsou jemná, bez ložisek. Přerušujeme pars flaccida malého omenta a natínáme frenoezofageální membránu kolem hiátu. Abdominální jícen mobilizujeme od krůr. Tumor vel. 3cm je hmatný přímo v EG junkci. Ventrálně natínáme krůra a provádíme mobilizaci jícnu v mediastinu. Periezofageální tuk dolního mediastina oddělujeme od jícnu, obou pleur a aorty a odesíláme na def. histologii. Po dostatečně vysoké mobilizaci jícnu jej přešujeme 3 cm nad horním okrajem tumoru. Okraj jícnu je dle POB bez nádoru. Dále mobilizujeme velkou kurvaturu žaludku, ponecháváme na preparátu LU podél velké kurvatury. Přerušujeme AGD 5cm před pylorem. Provádíme lymfadenektomii od AHC, truncus coeliacus a proximálních 2/3 průběhu AL. AGS přerušujeme u odstupu z trunku, dokončujeme lymfadenektomii subhiatálně. Distální žaludek přerušujeme 100mm lineárním staplerem cca v úrovni angulární řasy (ponecháno asi 15cm antra). Odstraňujeme preparát. První kličku jejunu přerušujeme 30cm aborálně od Treitzova ligamenta. Roux kličku protahujeme retrokolicky k hiátu. Do jícnu fixujeme pomocí pull-string kleští klobouček 25mm EEA stapleru Covidien. Stapler vsouváme do Roux kličky a vypichujeme cca 10 cm aborálně antimesenteriálně. Konstruujeme staplerovou ezofago-jejunální anastomozu end-to-side. Oba donaty jsou celistvé, jícnový odesíláme na defin. histologie. Celou anastomozu přešíváme v druhé vrstvě jednotlivými seromuskulárními PDS stehy. Slepý konec kličky resekuje EndoGIA 60mm lineárním staplerem cca 2cm od cirkulární anastomozy, která je nad hiátem v mediastinu. Jedním stehem zužujeme rozetnutý hiátus tak, že neutiskuje kličku jejunu. Asi 15cm aborálně od EJA konstruujeme jejunogastrickou anastomozu na antrum žaludku side-to-end, pokračujícím stehem ve dvou vrstvách. Ventrálním stehem druhé vrstvy taky zanořujeme staplerovou linii na žaludku, která již nebyla součástí anastomozy. Do pažylu žaludku protahujeme NG sondu. Asi 50cm aborálně od EJA konstruujeme jejunajejunální anastomozu side-to-side pokračujícím PDS stehem v jedné vrstvě. Uzavíráme otvor v mesenteriu několika stehy. Zprava zavádíme JP drén do mediastina preaortálně k anastomoze. Nic nekrvácí, materiál souhlasí. Sutura laparotomie PDS loop stehem ve dvou vrstvách. Redon do podkoží. Sutura podkoží a staplerová sutura kůže.

Histologie: 1. tuk od P krus, 2. LU dolní paraezofageální vpravo, 3. LU dolní paraezofageální vlevo, 4. LU od TC vpravo, 5. LU o AL, 6. okraj jícnu ze stapleru, 7. tuk velké kurv. distální, 8. tuk velké kurv. proximální, 9. tuk malé kurv., 10. LU PK vlevo, 11. LU PK vpravo, 12. LU od AGS, 13. resekát proximálního žaludku a terminálního jícnu, zbaven okolitého tuku, rozstřížen podél malé kurvatury - přímo v kardii je polypoidní tumor vel. 25mm laterálně, 15mm kraniokaudálně, horním koncem zasahuje Z-linii, nachází se ze strany velké kurvatury.

Operační výkon: proximální gastrektomie a resekce terminálního jícnu, double-tract rekonstrukce

Kódy výkonů: 0 0051387 (1.00x), 0 0051623 (1.00x), 0 0051625 (1.00x), 0 0091950 (1.00x)

Kódy ZÚM: 3 0012892 (1.00x), 3 0012979 (1.00x), 3 0053464 (1.00x), 3 0059007 (1.00x), 3 0059565 (1.00x), 3 0092440 (1.00x), 3 0092448 (3.00x)

Operace nádoru esofagogastrické junkce

V operačním protokole máme lékařem uveden výkon 51387 Totální gastrektomie, subtotální gastrektomie, jenže když si přečteš operační protokol, tak výkon zdaleka nepokryje to, co se fakticky provedlo. Tento případ by si zasloužil další výkon, ale co jsme koukali, nic odpovídajícího jsme nenašli a teď co s tím?

Výkon 51387 je málo, nicméně vše, co je k dispozici – viz níže - je moc.

Double-tract rekonstrukce u Siewert II se dělá řadu let, ale prostě adekvátní výkon podle mého názoru není.

51213 SUBTOTÁLNÍ NEBO TOTÁLNÍ EXSTIRPACE JÍCNU BEZ TORAKOTOMIE (kritický výkon: Ano; terapeutický den: Ano [BRI POL])

51217 EZOFAGEKTOMIE BEZ TORAKOTOMIE S NÁHRADOU JÍCNU ŽALUDKEM (kritický výkon: Ano; terapeutický den: Ano [BRI POL])

51219 EZOFAGEKTOMIE BEZ TORAKOTOMIE S NÁHRADOU STŘEVEM, CERVIKÁLNÍ EZOFAGOKOLO (JEJUNO) ANASTOMÓZA (kritický výkon: Ano; terapeutický den: Ano [BRI POL])

51221 REKONSTRUKCE JÍCNU TENKÝM NEBO TLUSTÝM STŘEVEM EVENT. BYPASS S ANASTOMÓZOU NA KRKU (kritický výkon: Ano; terapeutický den: Ano [BRI POL])

C160 ZN - kardi časný adenokarcinom EG junkce (Siewert II)

Průběh operace: Celková + epidurální anestezie. Subkostální laparotomie protažená doleva. Břišní dutina je bez známek maligní diseminace, játra jsou jemná, bez ložisek. Přerušujeme pars flaccida malého omenta a natínáme frenoezofageální membránu kolem hiátu. Abdominální jícen mobilizujeme od krůr. Tumor vel. 3cm je hmatný přímo v EG junkci. Ventrálně natínáme krůra a provádíme mobilizaci jícnu v mediastinu. Periezofageální tuk dolního mediastina oddělujeme od jícnu, obou pleur a aorty a odesíláme na def. histologii. Po dostatečně vysoké mobilizaci jícnu jej přešujeme 3 cm nad horním okrajem tumoru. Okraj jícnu je dle POB bez nádoru. Dále mobilizujeme velkou kurvaturu žaludku, ponecháváme na preparátu LU podél velké kurvatury. Přerušujeme AGD 5cm před pylorem. Provádíme lymfadenektomii od AHC, truncus coeliacus a proximálních 2/3 průběhu AL. AGS přerušujeme u odstupu z trunku, dokončujeme lymfadenektomii subhiálně. Distální žaludek přerušujeme 100mm lineárním staplerem cca v úrovni angulární řasy (ponecháno asi 15cm antra). Odstraňujeme preparát. První kličku jejunu přerušujeme 30cm aborálně od Treitzova ligamenta. Roux kličku protahujeme retrokolicky k hiátu. Do jícnu fixujeme pomocí pull-string kleští klobouček 25mm EEA stapleru Covidien. Stapler vsouváme do Roux kličky a vypichujeme cca 10 cm aborálně antimesenteriálně. Konstruujeme staplerovou ezofago-jejunální anastomozu end-to-side. Oba donaty jsou celistvé, jícnový odesíláme na defin. histologie. Celou anastomozu přešíváme v druhé vrstvě jednotlivými seromuskulárními PDS stehy. Slepý konec kličky resekuje EndoGIA 60mm lineárním staplerem cca 2cm od cirkulární anastomozy, která je nad hiátem v mediastinu. Jedním stehem zužujeme rozetnutý hiátus tak, že neutiskuje kličku jejunu. Asi 15cm aborálně od EJA konstruujeme jejunu-gastrickou anastomozu na antrum žaludku side-to-end, pokračujícím stehem ve dvou vrstvách. Ventrálním stehem druhé vrstvy taky zanořujeme staplerovou linii na žaludku, která již nebyla součástí anastomozy. Do pahýlu žaludku protahujeme NG sondu. Asi 50cm aborálně od EJA konstruujeme jejunu-jejunální anastomozu side-to-side pokračujícím PDS stehem v jedné vrstvě. Uzavíráme otvor v mesenteriu několika stehy. Zprava zavádíme JP drén do mediastina preaortálně k anastomoze. Nic nekrvácí, materiál souhlasí. Sutura laparotomie PDS loop stehem ve dvou vrstvách. Redon do podkoží. Sutura podkoží a staplerová sutura kůže.

Histologie: 1. tuk od P krus, 2. LU dolní paraezofageální vpravo, 3. LU dolní paraezofageální vlevo, 4. LU od TC vpravo, 5. LU o AL, 6. okraj jícnu ze stapleru, 7. tuk velké kurv. distální, 8. tuk velké kurv. proximální, 9. tuk malé kurv., 10. LU PK vlevo, 11. LU PK vpravo, 12. LU od AGS, 13. resekát proximálního žaludku a terminálního jícnu, zbaven okolitého tuku, rozstřížen podél malé kurvatury - přímo v kardii je polypoidní tumor vel. 25mm laterálně, 15mm kraniokaudálně, horním koncem zasahuje Z-linii, nachází se ze strany velké kurvatury.

Operační výkon: proximální gastrektomie a resekce terminálního jícnu, double-tract rekonstrukce

Kódy výkonů: 0 0051387 (1.00x), 0 0051623 (1.00x), 0 0051625 (1.00x), 0 0091950 (1.00x)

Kódy ZÚM: 3 0012892 (1.00x), 3 0012979 (1.00x), 3 0053464 (1.00x), 3 0059007 (1.00x), 3 0059565 (1.00x), 3 0092440 (1.00x), 3 0092448 (3.00x)

Bude nutno vytvořit nový výkon



Odstranění ventilačních trubiček (gromet, TVT) ze středouší 1

Pacient přijat plánovaně k hospitalizaci za účelem odstranění ventilačních trubiček ze středouší bilaterálně. Trubičky byly zavedeny v minulosti pro opakované záněty středouší.

Operační protokol

Extractio grometae I. utr.

V celkové anestezii pod kontrolou mikroskopu odstraněna nejdříve pravá a následně levá ventilační trubička. Středouší vzdušné, na bubínku bilaterálně perforace po grometě.

Výkon bez komplikací.

Diagnostický souhrn

Chronický hlenovitý zánět středního ucha.

Vykázané diagnózy

HDG: H65.3 – Chronický hlenovitý zánět středního ucha

Vykázané výkony

09233 Injekční okrsková anestezie

09572 Vícečetný zákrok

71535 Paracentéza včetně aspirace se zavedením drénu (2×)

71621 Elektrokoagulace nosní sliznice

71639 Endoskopická operace v nosní dutině

71763 Tonzilektomie (jednostranný výkon) (2×)

71823 Použití mikroskopu při operačním výkonu

Vykázané ZUM

0068223 Implantát středoušní – ventilační trubička

151172 Návlek na OPMI

Odstranění ventilačních trubice ze středouší 1

Pacient přijat plánovaně k hospitalizaci za účelem odstranění ve minulosti pro opakované záněty středouší.

Operační protokol

Extractio grometae I. utr.

V celkové anestezii pod kontrolou mikroskopu odstraněna nejdříve bilaterálně perforace po grometě.

Výkon bez komplikací.

Diagnostický souhrn

Chronický hlenovitý zánět středního ucha.

Vykázané diagnózy

HDG: H65.3—Chronický hlenovitý zánět středního ucha

Vykázané výkony

09233 Injekční okrsková anestezie

09572 Vícečetný zákrok

~~71535 Paracentéza včetně aspirace se zavedením drénu (2×)~~

~~71621 Elektrokoagulace nosní sliznice~~

~~71639 Endoskopická operace v nosní dutině~~

~~71763 Tonzilektomie (jednostranný výkon) (2×)~~

71823 Použití mikroskopu při operačním výkonu

Vykázané ZUM

0068223 Implantát středoušní—ventilační trubička

151172 Návlek na OPMI

4.21.4 Pravidla pro kódování ošetřování umělých vyústění, drénů a stentů

4.21.4.1 Kódy „Z43.x – Ošetřování umělých vyústění“ vykazujeme na pozici HDG u hospitalizací, během kterých byly výhradně řešeny tyto stavy:

a) výměna, ošetření či odstranění umělého zevního vyústění,

b) ošetření a operativní uzavření (zrušení) stomie,

c) operativní úprava stomie, aniž by šlo o stav, který je možno nazvat komplikací stomie.

4.21.4.2 Je-li během hospitalizace vytvořeno zevní vyústění (stomie), kódujeme základní klinický stav, který vedl k nezbytnosti vytvoření stomie.

4.21.4.3 Při endoskopické výměně stentu (drénu) kódujeme klinický stav, který původně vedl k zavedení stentu (drénu).

4.21.4.4 Prosté odstranění stentů a drénů v situaci, kdy již není řešen základní klinický stav, a kdy současně není proveden žádný jiný terapeutický výkon (např. papilotomie, extrakce zbytkové lithiázy apod.) kódujeme jako odstranění cizího tělesa (např. „T19.x – Cizí těleso v močovém a pohlavním ústrojí“, s dodatkovým kódem „Y83.1 – Operace s implantací umělé vnitřní pomůcky“).

Komentář k pravidlu:

Pro potřeby CZ-DRG se za stenty (drény) považují pomůcky, které neústí na povrch těla (např. stent v jícnu, ve žlučových, močových nebo dýchacích cestách).

HDG: T16 Cizí těleso v uchu

VDG: Y83.1 Operace a jiné operační výkony jako příčina abnormální reakce nebo pozdější komplikace, bez zmínky o nehodě při výkonu - Operace s implantací umělé vnitřní pomůcky

Výkony: 71517 ODSTRANĚNÍ CIZÍHO TĚLESA ZE STŘEDOUŠÍ

09569 Zákrok na pravé straně

09567 Zákrok na levé straně

71823 Použití mikroskopu při operačním výkonu

Odstranění ventilačních trubiček (gromet, TVT) ze středouší 2

Pacientka přijata k odstranění TVT trubiček v krátkodobé anestezii. Na operačním sále zjištěna dislokace trubiček: vpravo dislokace do středního ucha, vlevo dislokace do zvukovodu. Trubičky odstraněny, na bubínek aplikována zátka.

Diagnostický souhrn

Chronický hlenovitý zánět středního ucha.

Vykázané diagnózy

HDG: H65.3 – Chronický hlenovitý zánět středního ucha

Vykázané výkony

74021 Komplexní vyšetření dítěte dětským otorinolaryngologem

71544 Zákryt perforace v bubínku protézkou

71517 Odstranění cizího tělesa ze středouší

71511 Vyjmutí cizího tělesa ze zvukovodu

71823 Použití mikroskopu při operačním výkonu á 10 minut

anesteziologické výkony

78999 Zajištění dýchacích cest při anestezii

78989 Anestezie s řízenou ventilací á 20 minut

stranové výkony

09569 Zákrok na pravé straně

09567 Zákrok na levé straně

Odstranění ventilačních trubice ze středouší 2

Pacientka přijata k odstranění TVT trubiček v krátkodobé anestezi středního ucha, vlevo dislokace do zvukovodu. Trubičky odstraněny.

Diagnostický souhrn

Chronický hlenovitý zánět středního ucha.

Vykázané diagnózy

HDG: H65.3 – Chronický hlenovitý zánět středního ucha

Vykázané výkony

74021 Komplexní vyšetření dítěte dětským otorinolaryngologem

71544 Zákryt perforace v bubínku protézkou

71517 Odstranění cizího tělesa ze středouší

71511 Vyjmutí cizího tělesa ze zvukovodu

71823 Použití mikroskopu při operačním výkonu á 10 minut

anesteziologické výkony

78999 Zajištění dýchacích cest při anestezii

78989 Anestezie s řízenou ventilací á 20 minut

stranové výkony

09569 Zákrok na pravé straně

09567 Zákrok na levé straně

4.21.4 Pravidla pro kódování ošetřování umělých vyústění, drénů a stentů

4.21.4.1 Kódy „Z43.x – Ošetřování umělých vyústění“ vykazujeme na pozici HDG u hospitalizací, během kterých byly výhradně řešeny tyto stavy:

a) výměna, ošetření či odstranění umělého zevního vyústění,

b) ošetření a operativní uzavření (zrušení) stomie,

c) operativní úprava stomie, aniž by šlo o stav, který je možno nazvat komplikací stomie.

4.21.4.2 Je-li během hospitalizace vytvořeno zevní vyústění (stomie), kódujeme základní klinický stav, který vedl k nezbytnosti vytvoření stomie.

4.21.4.3 Při endoskopické výměně stentu (drénu) kódujeme klinický stav, který původně vedl k zavedení stentu (drénu).

4.21.4.4 Prosté odstranění stentů a drénů v situaci, kdy již není řešen základní klinický stav, a kdy současně není proveden žádný jiný terapeutický výkon (např. papilotomie, extrakce zbytkové lithiázy apod.) kódujeme jako odstranění cizího tělesa (např. „T19.x – Cizí těleso v močovém a pohlavním ústrojí“, s dodatkovým kódem „Y83.1 – Operace s implantací umělé vnitřní pomůcky“).

Komentář k pravidlu:

Pro potřeby CZ-DRG se za stenty (drény) považují pomůcky, které neústí na povrch těla (např. stent v jícnu, ve žlučových, močových nebo dýchacích cestách).

HDG: T85.6 Mechanická komplikace jiných určených vnitřních protetických pomůcek, implantátů a štěpů

VDG: Y83.1 Operace a jiné operační výkony jako příčina abnormální reakce nebo pozdější komplikace, bez zmínky o nehodě při výkonu – Operace s implantací umělé vnitřní pomůcky

Výkony: 71517 ODSTRANĚNÍ CIZÍHO TĚLESA ZE STŘEDOUŠÍ

71511 VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU

71544 Zákryt perforace v bubínku protézkou

09569 Zákrok na pravé straně

09567 Zákrok na levé straně

71823 Použití mikroskopu při operačním výkonu

Děkujeme Vám za pozornost

zbynek.bortlicek@uzis.cz

tomas.pavlik@uzis.cz

irena.molinari@uzis.cz

miroslav.zvolsky@uzis.cz