

Dotazy ke kódování diagnóz CZ-DRG 2026

Irena Molinari

Miroslav Zvolský

Zbyněk Bortlíček

Tomáš Pavlík

Metodika kódování kýly

Ve verzi 1.1 byl upraven rozsah kódů pro praktické použití v bodě 4 na K40-K44.

4 Praktické doporučení užití kódů

Diagnózu typu kýly kódujte v rozsahu **K40–K44** 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

<https://www.uzis.cz/res/file/klasifikace/mkn/mkn-10-kyly-metodika-20260408.pdf>

Kódování případů

Komplikace po TEP kolene

Hospitalizace ZZ1

Pacient byl přijat na ortopedii ZZ 1 k provedení TEP kolene pro gonatrózu, výkon byl bez komplikací. Druhý den při kontrole operační rány došlo k náhlé zástavě dechu a oběhu - vstupní rytmus asystolie, byla zahájena kardiopulmonální resuscitace (defibrilace, atropin), přeložen na ARO, kde navíc isoprenalin. UPV, poresuscitační péče, TTE s EF LK nad 50 %, bylo konzultováno vyšší pracoviště ohledně provedení selektivní koronarografie – byl doporučen konzervativní postup. Další den byla vysazena sedace, pacient byl extubován s reziduální kvalitativní poruchou vědomí, k další péči a rehabilitaci byl přeložen do ZZ 2.

Hospitalizace ZZ2

Pacient po TEP kolene a úspěšné resuscitaci byl přeložen k další péči a rehabilitaci. V klinickém stavu dominovala posthypoxická encefalopatie - vypsána následně detence, během, první noci byla nutná kurtace (prevence automutilace - pac. si povytahoval CŽK/PMK/zasahoval do op. rány), vzhledem k tendencím k sinus. bradykardii (45/min) intermit. i přes den, hraničnímu QT intervalu prozatím bez BB. 12.11.2025 oběhově beze změny, lehce až středně hypertenzní, s tendencí k sinusové bradykardii až k 40/min., přičemž QTC hraničně delší. Encefalopatie s výbavností dlouhodobé paměti, ale s poruchou krátkodobé a noční zmateností. K vyloučení poranění skeletu hrudního koše a APE bylo provedeno CTA vyšetření hrudníku/plicnice – prokázána bilaterální plicní embolie, fraktury žeber bilaterálně, bez pneumotoraxu, dilatovaná ascendentní aorta na 46 mm, malé fluidotoraxy. DUS žil DKK 12.11.2025 bez nálezu jasně trombozy, proto nevyvstaly limitace popooperační RHB po TEP. Dvacátý den byla provedena embolizace I71.5

Dotaz: Jde mi hlavně o HDG ZZ2? V průběhu hospitalizace byla prováděna i rehabilitace a motodlaha pro TEP Lékař zakódoval na pozici HDG I46.0, **já bych kódovala I71.5**. Byl proveden výkon 89323 – TERAPEUTICKÁ EMBOLIZACE V CÉVNÍM ŘEČIŠTI

Hospitalizace spadá do 88 s RV 5,1807

Embolizace 05-M08-00 s RV 6,8706

Komplikace po TEP kolene

Diagnostický souhrn lékaře ZZ2:

HDG: I46.0 – Srdeční zástava s úspěšnou resuscitací

VDG: I26.9 – Bilatelární plicní embolie

Z98.8 – Stp. Po TEP kolene dx 5.11.2025

I49.0 – Primárně záchyt asystolie, poté 2x s odstup

I49.5 – Tendence k sinusové bradykardii, prodl. QT;

I48.0 – Paroxysmální fibrilace síní

S22.40 – Bilaterální fraktury žeber při KPCR

S20.2 – Zhmoždění (kontuze) hrudníku při KPCR

I25.9 – ICHS chron., stp. PCI RIA před lety

I50.0 – EF LK 50%

I71.5 – Dilatace ascendentní aorty na 46 mm

I10 – Es. Hypertenze III. St.

E78.5 – Dyslipidémie

Z88.8 – Alergie pyly, prach, zvířecí srst

K72.9 – Lab. Znamky hepatopatie

U82.2 – Pozitivní močový nálezn Klebsiella ESBL v moči

T81.0 – Retroperitoneální a ilický hematom vpravo při AK terapii

3.1 Hlavní diagnóza

- a) Hlavní diagnóza (HDG) je definována jako stav diagnostikovaný, tj. vyhodnocený po všech vyšetřeních na konci případu akutní lůžkové péče jako odpovědný za potřebu hospitalizace v daném zařízení. Jako HDG nelze kódovat onemocnění a stavy, které nastaly v průběhu hospitalizace. Jako HDG nelze kódovat stav, který je příznakem diagnostikovaného onemocnění; výjimkou jsou případy, kdy léčba příznaku vedla k většímu čerpání prostředků, než léčba vlastního diagnostikovaného onemocnění (např. hospitalizace cílená na řešení ascitu, epistaxe, hematurie apod.)
- b) Existuje-li více než jeden stav odpovídající definici HDG (podle bodu 3.1 a), vybere se ten, který je zodpovědný za největší čerpání prostředků poskytovatele zdravotní péče, vyhodnocené dle dostupných nákladových informací.

Komentář k pravidlu:

Pokud je pacient přeložen z jednoho ZZ do druhého ZZ z důvodu léčby nebo vyšetření komplikace či komorbiditu stavu, pro který byl hospitalizován v prvním ZZ, vykazujeme ve druhém ZZ na pozici HDG tuto komplikaci či komorbiditu. V ostatních případech vykazujeme na pozici HDG ve druhém ZZ stav, pro který byl pacient hospitalizován v prvním ZZ.

**Klinický stav přítomen při přijetí do ZZ2
Jedná se o komorbiditu
Zvolen jako HDG dle pravidla 3.1. b)**

HDG: I71.2 Aneurizma hrudní aorty, bez zmínky o ruptuře

Akutní dekompenzace chronického cor pulmonale

Pacientka s chronickým cor pulmonale při idiopatické plicní arteriální hypertenzi byla přijata pro progredující otoky dolních končetin, vstupně do třísel, námahovou dušnost a intoleranci horizontály. Byla zahájena diuretická terapie za kontroly bilance tekutin, substituce hypokalémie při diuretické terapii. Doplněno CT angiografie plicnice s nálezem nástěnných trombů v hlavních větvích pro dolní laloky chronického vzhledu, kardiomegalie s výraznou dilatací plicnice, vedlejší nález perikardiální výpotek nepravidelné šíře místy až 2.5 cm. Pro tento nález bylo doplněno transtorakální echokardiografické vyšetření, kde nebyl prokázán významný perikardiální výpotek, nález na srdci podobný jako 6/2025, na CT zřejmě obraz ze šikmého řezu, proto byl výpotek popisován větší. Pacientka byla ve stabilizovaném stavu propuštěna do domácího ošetřování.

Diagnostický souhrn:

Dekompenzace chronického cor pulmonale

- manifestace dušnost a otoky dolních končetin do třísel, NT-proBNP 5247 ng/l

Lehká hypokalémie při diuretické terapii

- korigována

Tromby v plicní cirkulaci

- dle CT angiografie plicnice 8.4.2026 nástěnné tromby v hlavních větvích pro dolní laloky chronického vzhledu, zavedena Pradaxa v redukované dávce

- diff. dg. st. p. PE, chronická tromboembolická plicní hypertenze (CTEPH)

Perikardiální výpotek při dolní stěně 13/9mm, zadní stěna 12/7mm, při PK 5/4mm v.s. chronický dle TTE vyšetření 9.4.2026 (nález podobný jako 6/2025)

Idiopatická plicní arteriální hypertenze NYHA/WHO III, chronické cor pulmonale, tri reg II/III

- jinak st. dg. již od 01/2016, dle PSK 30/9/2019 těžká perzistující fixovaná plicní arteriální hypertenze prekapilární, bez evidence intrakardiálního levo-pravého zkratu, normální plnicí tlaky LK, snížený klidový pravostranný srdeční výdej, vysoká plicní vaskulární rezistence

DOTAZ: Dekompenzace chronické nemoci by se podle pravidel měla kódovat akutním stavem, je zde správné kódovat I 26.0?

Akutní dekompenzace chronického cor pulmonale

2.3.8 Kódování akutních a chronických stavů

1. Tam, kde je stav uveden zároveň jako akutní (subakutní) i chronický a tabelární část MKN-10 disponuje zvláštními položkami nebo podpoložkami pro každý z nich, ale nikoliv pro jejich kombinaci, je možno vykazovat oba stavy pouze při splnění obecných pravidel 3.1 a 3.2.

2. Tam, kde je stav uveden jako subakutní a tabelární část MKN-10 pro něj nedisponuje zvláštní položkou, kódujeme tento stav jako akutní.

3. Pokud tabelární část MKN-10 neobsahuje pokyny ke kódování akutního zhoršení (progrese, dekompenzace, relapsu) chronického stavu, kódujeme tento stav jako akutní.

Komentář k pravidlu:

Pokud poskytujeme péči pro akutní (subakutní) stav, případně akutní zhoršení chronického stavu, vykazujeme tento akutní (subakutní) stav. V případě, že tabelární část MKN-10 obsahuje samostatný kód také pro odpovídající chronický stav, lze tento kód vykázat pouze za podmínky, že pro chronický stav byla poskytována ještě jiná péče, než pro stav akutní nebo subakutní.

Kódování akutní exacerbace chronické respirační insuficience se řídí speciálním pravidlem 4.10.3.4

~~I26.0 Plicní embolie s akutním cor pulmonale~~

I50.0 Městnavé selhání srdce - kód více vystihuje klinický stav

- dekompenzované chronické cor pulmonale - bude doplněno do abecedního seznamu MKN-10 pro rok 2027

I27.9 Kardiopulmonální nemoc NS

Chronická kardiopulmonální nemoc
Cor pulmonale (chronické) NS

I26.0 Plicní embolie s akutním cor pulmonale

Akutní cor pulmonale NS

Neepileptický záchvat vyvolaný alkoholem

PRŮBĚH HOSPITALIZACE:

Pacient hospitalizovaný pro epizáchvat v.s. toxonutritivní etiologie při ebrietě 1,2 promile. CT hlavy bez nálezu čerstvé ischemie či akut. krvácení. Vstupně v lab. mírná hypokalemie a retence N-látek. Zahájena telemetr. monitorace, prevence TEN, substituce inotogramu. Dle telemetrické monitorace SR o průměrné f 75, bez významných pauz, četné SVES, ojed. KES. Doděláno neurologické vyšetření, které bez akutních patologií. Dle UZ MMT bez hemodynamicky významných stenoz. Stav hodnocen jako neepileptický záchvat vyvolaný alkoholem, doporučujeme režimová opatření. Pacienta propouštíme do ambulantní péče.

DIAGNÓZY PACIENTA:

Neepileptický záchvat vyvolaný alkoholem

Hypertenze

Ebrieta 1,2 promile

Hypokalemie

Retence N látek

G405 nebo R568+F100 nebo F100?

Neepileptický záchvat vyvolaný alkoholem

PRŮBĚH HOSPITALIZACE:

Pacient hospitalizovaný pro epizáchvat v.s. toxonutritivní etiologie při ebrietě 1,2 promile. CT hlavy bez nálezu čerstvé ischemie či akut. krvácení. Vstupně v lab. mírná hypokalemie a retence N-látek. Zahájena telemetr. monitorace, prevence TEN, substituce inotogramu. Dle telemetrické monitorace SR o průměrné f 75, bez významných pauz, četné SVES, ojed. KES. Doděláno neurologické vyšetření, které bez akutních patologií. Dle UZ MMT bez hemodynamicky významných stenoz. Stav hodnocen jako neepileptický záchvat vyvolaný alkoholem, doporučujeme režimová opatření. Pacienta propouštíme do ambulantní péče.

DIAGNÓZY PACIENTA:

Neepileptický záchvat vyvolaný alkoholem

Hypertenze

Ebrieta 1,2 promile

Hypokalemie

Retence N látek

G405 nebo R568+F100 nebo F100?

R56.8 Jiné a neurčené křeče

F10.0 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu akutní intoxikace

Léčba karcinomu prsu

V případě léčby karcinomu prsu je podáván např. Tamoxifen - lék používaný k léčbě rakoviny prsu.

Tamoxifen je syntetický nesteroidní antagonist estrogenu, který brání estrogenu v navázání na receptory rakovinných buněk, čímž zpomaluje jejich růst.

Osobně kóduji jako C50.x jako léčbu pro ca, neboť i v příbalovém letáku je uvedeno - Tento přípravek se používá pro léčbu některých typů rakoviny prsu. Dle názoru jiného lékaře se prý ale jedná spíše o prevenci, tedy by mohlo být kódováno jako Z85.3 -Zhoubný novotvar prsu v osobní anamnéze.

Jak správně postupovat?

Léčba karcinomu prsu

V případě léčby karcinomu prsu je podáván např. Tamoxifen - lék používaný k léčbě rakoviny prsu.

Tamoxifen je syntetický nesteroidní antagonist estrogenu, který brání estrogenu v navázání na receptory rakovinných buněk, čímž zpomaluje jejich růst.

Osobně kóduji jako C50.x jako léčbu pro ca, neboť i v příbalovém letáku je uvedeno - Tento přípravek se používá pro léčbu některých typů rakoviny prsu. Dle názoru jiného lékaře se prý ale jedná spíše o prevenci, tedy by mohlo být kódováno jako Z85.3 -Zhoubný novotvar prsu v osobní anamnéze.

Jak správně postupovat?

HDG: C50.x Zhoubný novotvar prsu

Antikoagulační léčba při fibrilaci síní

K antikoagulační léčbě antitrombotiky pro fibrilaci síní se užívají přípravky Rivaroxaban, Apixaban, Xalerto - dle příbal.letáku se jedná o prevenci krevních sraženin. Je pouze při této léčbě obhajitelná I48.x nebo spíše volit Z92.1-Dlouhodobé (průběžné) užívání antikoagulancií v osobní anamnéze a I48.x pouze při léčbě betablokátory, blokátory kalc.kanálů apod.? Zase jako léčba fibrilace síní zahrnuje kontrolu srdeční frekvence, obnovení normálního rytmu, prevenci krevních sraženin.

Jak správně postupovat?

Antikoagulační léčba při fibrilaci síní

K antikoagulační léčbě antitrombotiky pro fibrilaci síní se užívají přípravky Rivaroxaban, Apixaban, Xalerto - dle příbal.letáku se jedná o prevenci krevních sraženin. Je pouze při této léčbě obhajitelná I48.x nebo spíše volit Z92.1-Dlouhodobé (průběžné) užívání antikoagulancií v osobní anamnéze a I48.x pouze při léčbě betablokátory, blokátory kalc.kanálu apod.? Zase jako léčba fibrilace síní zahrnuje kontrolu srdeční frekvence, obnovení normálního rytmu, prevenci krevních sraženin.

Jak správně postupovat?

Doporučujeme kódovat I48.x Fibrilace a flutter síní

Frailty skóre

Další zajímavou otázkou je kódování Frailty skóre. Lékaři nám např. v předanestetickém vyšetření kódují Clinical Frailty Score:3 a když bych chtěla k tomu přiřadit příčnou VDG U57, nevím jakou dg. přesně přiřadit, čemu odpovídá score 3.

Stupně dle Friedové (Fried Frailty Criteria, 2001):

Robustní (0 kritérií): Senior bez somatických deficitů.

Pre-frail (1–2 kritéria): Přítomna mírná ztráta hmotnosti, únava nebo snížená rychlost chůze.

Riziková skupina.

Frail (3 a více kritérií): Křehký senior s vysokým rizikem disability, pádů, nutnosti institucionalizace a úmrtí

U57.1 - Orientační výsledek screeningu Frailty

U57.10 - Negativní výsledek screeningu Frailty

U57.11 - Pozitivní výsledek screeningu Frailty

U57.2 - Výsledek vyšetření Frailty

U57.20 - Non-frailty (nepřítomnost křehkosti)

U57.21 - Pre-frailty (rizikový stav předcházející křehkosti)

U57.22 - Frailty (křehký pacient, geriatrická křehkost)

Jak správně postupovat?

Frailty skóre

Další zajímavou otázkou je kódování Frailty skóre. Lékaři nám např. v předanestetickém vyšetření kódují Clinical Frailty Score:3 a když bych chtěla k tomu přiřadit příčnou VDG U57, nevím jakou dg. přesně přiřadit, čemu odpovídá score 3.

<https://www.uzis.cz/res/file/klasifikace/mkn/mkn-10-frailty-metodika-20250114.pdf>

Stupně dle Friedové (Fried Frailty Criteria, 2001):

Robustní (0 kritérií): Senior bez somatických deficitů.

Pre-frail (1–2 kritéria): Přítomna mírná ztráta hmotnosti, únava nebo snížená rychlost chůze.

Riziková skupina.

Frail (3 a více kritérií): Křehký senior s vysokým rizikem disability, pádů, nutnosti institucionalizace a úmrtí

4.1 U57.1 Orientační výsledek screeningu Frailty

Pro screening frailty s použitím **FRAIL SCALE** primární péče a neakutní péče **a/nebo ISAR** (akutní péče).

Reference:

Ruiz JG, Dent E, Morley JE, Merchant RA, Beilby J, Beard J, Tripathy C, Sorin M, Andrieu S, Aprahamian I, Arai H. Screening for and managing the person with frailty in primary care: ICFSR consensus guidelines. *The journal of nutrition, health & aging*. 2020 Sep;24:920-7.

Salvi, F. et al. Screening for frailty in elderly emergency department patients by using the Identification of Seniors At Risk (ISAR). *Journal of Nutrition, Health and Ageing*. 2012;16:4 313-318).

- **Vykazování kódu U57.11 je podmíněno používáním škálovacích systémů uvedených v metodice.**
- **V řádu dnů bude na webových stránkách ÚZIS ČR umístěny metodické informace a on-line kalkulačor FRAIL Scale.**

Porod mrtvého plodu

Pacientka in grav. heb. 32+6, III/II byla přijata pro interauterinní úmrtí plodu, při absenci pohybů, k indukci porodu. Při přijetí kompletní laboratoře, zahájena preindukce a indukce porodu. ATB iv., kontrola glyklémií, po dohodě s diabetologem vysazení medikace, kontrola lab. v čase. Pro neúspěšnou indukci s vyčerpáním všech možných postupů bylo indikováno ukončení gravidity per Sectionem caesaream v CA. Bylo porozeno dítě mužského pohlaví bez známek života, 1630g, pupečník omotán 3x kolem krku, 1x kolem ramen, na pupečníku pravý uzel. Operační výkon proběhl bez komplikací, krevní ztráta 1000ml. Po porodu pacientka na monitorovaném lůžku, poté přesun na porodní oddělení, zástava laktace per Dostinex 2tbl. p.o., po porodu aplikován Igamad 1500IU i.m., časně šestinedělí afebrilní, močení a stolice bez potíží. Při propuštění pacientka bez subj. potíží, děloha dobře zavinitá, lochia odcházejí přiměřeně, LPT klidná. Prsa volná.

Diagnostický souhrn:

O364 mors foetus intrauterina in grav heb. 33+1
 Partus operativum per SC - pro nezdařenou indukci porodu presentatio occipitis
 Funiculus umbilicalis circum colli fetus tres
 Nodus verus funiculi umbilicalis
 GDM na POAD a inzulínu
 panická úzkost
 FGR susp
 Anemia secundaria terciara

Jakou vykázat hlavní diagnózu?

Přehled terapie:

Ofost iv., Prostin, Angusta, Misoprostol, Spamoanlagetika, espumisan (100mg/ml por gtt eml 1x30ml) por, tardyferon (247,25mg tbl mrl 30) por, medoclav 1000mg/200mg inj/inf plv sol 10 i) ivn, clexane (6000iu(60mg)/0,6ml inj sol isp 50x0,6ml i) sdr, metamizole kalceks (500mg/ml inj sol 10x2ml) ivn, paracetamol accord (10mg/ml inf sol 0x100ml) vn, ofost (5iu/ml inj/inf sol 10x1ml) ivn,

Porod mrtvého plodu

Pacientka in grav. heb. 32+6, III/II byla přijata pro interauterinní úmrtí plodu, při absenci pohybů, k indukci porodu. Při přijetí kompletní laboratoře, zahájena preindukce a indukce porodu. ATB iv., kontrola glykemií, po dohodě s diabetologem vysazení medikace, kontrola lab. v čase. Pro neúspěšnou indukci s vyčerpáním všech možných postupů bylo indikováno ukončení gravidity per Sectionem caesaream v CA. Bylo porozeno dítě mužského pohlaví bez známek života, 1630g, pupečník omotán 3x kolem krku, 1x kolem ramen, na pupečníku pravý uzel. Operační výkon proběhl bez komplikací, krevní ztráta 1000ml. Po porodu pacientka na monitorovaném lůžku, poté přesun na porodní oddělení, zástava laktace per Dostinex 2tbl. p.o., po porodu aplikován Igamad 1500IU i.m., časně šestinedělí afebrilní, močení a stolice bez potíží. Při propuštění pacientka bez subj. potíží, děloha dobře zavinutá, lochia odcházejí přiměřeně, LPT klidná. Prsa volná.

4.15.1 Pravidla pro kódování porodů

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

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

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

HDG: O82.8 Jiný porod jediného plodu císařským řezem

- Porod císařským řezem pro určený stav NJ

Nádorová duplicita

Pacientka byla přijata k došetření suspektní rezistence malé pánve vlevo, ascites, dilatace kalichopánvičkového systému vlevo. Primárně bylo vysloveno podezření na karcinom vaječníku vlevo. Pacientka původně přišla pro bolesti v podbřišku. Byla zavedena symptomatická medikace, provedeno konzilium urologa a domluven derivační výkon, v celkové anestezii byl zaveden ureterální stent vlevo, výkon proběhl bez komplikací, poté kontrolně pokles urea, kreat. Bylo provedeno CT břicha kde susp. nález z duplicity nádoru kaudy pankreatu a solidní cystická rezistence malé pánve vs. ovarii, ascites. Vzhledem k popisu CT konzultace, internisty byla zahájena terapie LMWH. Lab. elevace gyn. onkomarkerů. Vzhledem k nálezům byla pacientka objednána na specializované pracoviště. Pacientka si po CT přeje krátkou dimisi, o terapii a aplikaci LMWH poučena, močení v normě, bez příměsí krve, stolice v normě. Břicho nad niveau, měkké, omezeně prohmatné, nebolestivé, vag. při prop. nevyš., KP komp., .afeb.

Diagnostický souhrn:

C56 Dg. CA ovarii l.sin. susp., Ascites na UZ břicha

Dle CT 2.4. susp. duplicita tu kaudy pankreatu

31.3. zavedení ureterálního stentu vlevo v CA na urol.- dilace KPS renis l.sin. na UZ, elevace urea, kreat.

Pelvipathie

disp. na psychiatrii pro nespavost

Anemie normocytární, normochromní

Hyponatremie, hypochloremie - možný podíl psych. medikace, CKD v progresi, t.č. G4

Hyperglykemie

Cholecystolithiasis a cystes renis l.dx.

Bronchitis chronica, obstrukce v periférii, fumator do r. 2019 1/23: BDT(ventolin) : negat., FEV1 +1%,FEF 50 +19% zůstává nazn. obstrukce na periférii, FEV1% 72,32

St.p. bronchopneumonii bilat 03/2019

Hepatopatie při cholecystolithiase v dok. , JS 06/2019 zlepšeny.

St.p. operaci L ruky pro zlomeninu v r. 2015

Dispenzarizace v PA pro insomnii - Poliklinika ZR

6/2019 osteolytické ložisko kalvy T-P benigního charakteru - prav.hemangiom

St.p. operaci katarakty bilat.

Přehled terapie:

trinitico prolong (150mg tbl pro 14) por, trinitico ac (150mg tbl mrl 45) por, asentra (100mg tbl lm 84) por, esogno (2mg tbl flm 28 i) por, combogesic (10mg/ml+3mg/ml inf sol 10x100ml) ivn, metamizole kalceks (500mg/ml inj sol 10x2ml) ivn, ondansetron kabi (2mg/ml inj sol 5x4ml) ivn, hartmannův roztok viaflo (inf sol 20x500ml) ivn,

Urologické konzilium

Nález: dříve bez urol. anam., bolesti v L boku neměla, ale přišla pro pobolívání podbřišku, při tom nález tu v malé pánvi - s dilatací vlevo a ren. insuf.

Základní vyšetření 30.03.26: S/P-urea: 10,4; S/P-kreatinin: **184**

Zánětlivé markery 30.03.26: S/P-CRP: **20,5**

Závěr: Objemný solidně cystický tumor v malé pánvi mediálně a více vlevo (z levého ovaria?) **s dilatací ureteru vlevo a KPS levé ledviny.** Ascites středního množství.

Známa cholecystolithiasis a cystes renis l.dx.

Závěr a doporučení: u pacientky je indikovaný derivační výkon, provedli bychom dnes, pacientka zůstane lačná, prosím o předoperační vyšetření , ARO premedikaci a odpoledne pak k derivačnímu výkonu - zavedení stentu případně nefrostomie vlevo - pacientce vysvětleno, rozumí, souhlasí



Jakou vykázat hlavní diagnózu?

CT vyšetření

1.Tumor kaudy pankreatu velikosti cca 47x23x29mm do kterého zavzata a. lienalis.Trombotizovaná v. lienalis s portosystémovými kolaterálami a v.s šířením tu ve smyslu zamlžení tuku kolem TC směrem do brány jaterní,dále kolem dorzálního okraje LJL do FLH a pod kaudu pankreatu ,dále do burzy omentální Tromboza portální větve v 5.segmentu PJL jater.Játra bez zřejmých susp. lož. změn s dilatací IŽC v 2. a 4a segmentu LJL,příčina ?-výše popsané tu zamlžení šířící se z tu kaudy pankreatu do úrovně FLH?

2.Ovariální ,solidně cystický tumor velikosti cca 15x15x10cm,uložený centrálně, nelze zjistit, z kterého ovária pochází. Děloha bez expanze Střední množství ascitu. Peritoneální carcinomatoza na omentu supra i infrakolicky,mezikličkově.Subrenálně ,vlevo v retroperitoneu lymfadenopathie.

Nádorová duplicita

Pacientka byla přijata k došetření suspektní rezistence malé pánve vlevo, ascites, dilatace kalichopánvičkového systému vlevo. Primárně bylo vysloveno podezření na karcinom vaječníku vlevo. Pacientka původně přišla pro bolesti v podbřišku. Byla zavedena symptomatická medikace, provedeno konzilium urologa a domluven derivační výkon, v celkové anestezii byl zaveden ureterální stent vlevo, výkon proběhl bez komplikací, poté kontrolně pokles urea, kreat. Bylo provedeno CT břicha kde susp. nález z duplicity nádoru kaudy pankreatu a solidní cystická rezistence malé pánve vs. ovarii, ascites. Vzhledem k popisu CT konzultace, internisty byla zahájena terapie LMWH. Lab. elevace gyn. onkomarkerů. Vzhledem k nálezům byla pacientka objednána na specializované pracoviště. Pacientka si po CT přeje krátkou dimisi, o terapii a aplikaci LMWH poučena, močení v normě, bez příměsí krve, stolice v normě. Břicho nad niveau, měkké, omezeně prohmatné, nebolestivé, vag. při prop. nevyš., KP komp., .afeb.

Diagnostický souhrn:

C56 Dg. CA ovarii l.sin. susp., Ascites na UZ břicha

Dle CT 2.4. susp. duplicita tu kaudy pankreatu

31.3. zavedení ureterálního stentu vlevo v CA na urol.- dilace KPS renis l.sin. na UZ, elevace urea, kreat.

Pelvipathie

disp. na psychiatrii pro nespavost

Anemie normocytární, normochromní

Hyponatremie, hypochloremie - možný podíl psych. medikace, CKD v progresi, t.č. G4

Hyperglykemie

Cholecystolithiasis a cystes renis l.dx.

Bronchitis chronica, obstrukce v periférii, fumator do r. 2019 1/23: BDT(ventolin) : negat., FEV1 +1%,FEF 50 +19% zůstává nazn. obstrukce na periférii, FEV1% 72,32

St.p. bronchopneumonii bilat 03/2019

Hepatopatie při cholecystolithiase v dok. , JS 06/2019 zlepšeny.

St.p. operaci L ruky pro zlomeninu v r. 2015

Dispensarizace v PA pro insomnii - Poliklinika ZR

6/2019 osteolytické ložisko kalvy T-P benigního charakteru -

Přehled terapie:

trinitico prolong (150mg tbl pro 14) por, trinitico ac (150mg tbl mrl 45) por, asentra (100mg tbl lm 84) por, esogno (2mg tbl flm 28 i) por, combogesic (10mg/ml+3mg/ml inf sol 10x100ml) ivn, metamizole kalceks (500mg/ml inj sol 10x2ml) ivn, ondansetron kabi (2mg/ml inj sol 5x4ml) ivn, hartmannův roztok viaflo (inf sol 20x500ml) ivn,

Urologické konzilium

Nález: dříve bez urol. anam., bolesti v L boku neměla, ale přišla pro pobolívání podbřišku, při tom nález tu v malé pánvi - s dilatací vlevo a ren. insuf.

Základní vyšetření 30.03.26: S/P-urea: 10,4; S/P-kreatinin: **184**

Zánětlivé markery 30.03.26: S/P-CRP: **20,5**

Závěr: Objemný solidně cystický tumor v malé pánvi mediálně a více vlevo (z levého ovaria?) **s dilatací ureteru vlevo a KPS levé ledviny.** Ascites středního množství.

Známa cholecystolithiasis a cystes renis l.dx.

Závěr a doporučení: u pacientky je indikovaný derivační výkon, provedli bychom dnes, pacientka zůstane lačná, prosím o předoperační vyšetření , ARO premedikaci a odpoledne pak k derivačnímu výkonu - zavedení stentu případně nefrostomie vlevo - apcienfce vysvětleno, rozumí, souhlasí

CT vyšetření

1.Tumor kaudy pankreatu velikosti cca 47x23x29mm do kterého zavzata a. lienalis.Trombotizovaná v. lienalis s portosystémovými kolaterálami a v.s šířením tu ve smyslu zamlžení tuku kolem TC směrem do brány jaterní,dále kolem dorzálního okraje LJL do FLH a pod kaudu pankreatu ,dále do burzy omentální Tromboza portální větve v 5.segmentu PJL jater.Játra bez zřejmých susp. lož. změn s dilatací IŽC v 2. a 4a segmentu LJL,příčina ?-výše popsané tu zamlžení šířící se z tu kaudy pankreatu do úrovně FLH?

2.Ovariální ,solidně cystický tumor velikosti cca 15x15x10cm,uložený centrálně, nelze zjistit, z kterého ovária pochází. Děloha bez expanze Střední množství ascitu. Peritoneální carcinomatoza na omentu supra i infrakolicky,mezikličkově.Subrenálně ,vlevo v retroperitoneu lymfadenopathie.

HDG: N13.0 Hydronefróza s obstrukcí pelviureterálního spojení

Astma s bronchitidou při respirační viróze

81-letá pacientka, s generalizovaným karcinomem močového měchýře na probíhající chemoterapii, byla přijata pro bronchitidu při respirační viróze. Na vstupním RTG plic byl zobrazen mnohočetný metastatický proces, jinak bez přesvědčivých infiltrativních změn. Již od přijetí dominuje klinicky desaturace, poslechově spastický nález. Byla podávána bronchodilatancia, kortikoidy. Laboratorně byl stav provázen vlnovitým průběhem zánětlivých parametrů, které po počátečním vzestupu spontánně klesají bez antibiotické léčby. V odebraném sputu nebyla prokázána bakteriální superinfekce. Vzhledem k pokračující závislosti na kyslíku u pacientky s bronchiálním astmatem a metastatickým procesem plic v anamnéze bylo doporučeno zapůjčení kyslíkového koncentrátoru do domácího prostředí.

Jak správně zakódovat astma s bronchitidou při respirační viróze?

Astma s bronchitidou při respirační viróze

81-letá pacientka, s generalizovaným karcinomem močového měchýře na probíhající chemoterapii, byla přijata pro bronchitidu při respirační viróze. Na vstupním RTG plic byl zobrazen mnohočetný metastatický proces, jinak bez přesvědčivých infiltrativních změn. Již od přijetí dominuje klinicky desaturace, poslechově **spastický nález**. Byla podávána **bronchodilatancia, kortikoidy**. Laboratorně byl stav provázen vlnovitým průběhem zánětlivých parametrů, které po počátečním vzestupu spontánně klesají bez antibiotické léčby. V odebraném sputu nebyla prokázána bakteriální superinfekce. Vzhledem k pokračující závislosti na kyslíku u pacientky s bronchiálním astmatem a metastatickým procesem plic v anamnéze bylo doporučeno zapůjčení kyslíkového koncentrátoru do domácího prostředí.

HDG: J46 Astmatický stav [status asthmaticus]

Kontrola antikoagulace u polytraumatu

Pacientka přijata v režimu polytraumatu po pádu z 10 schodů, subj. při příjmu bolesti celého těla, nejvíce trupu a HKK, s difusními bolestmi paží, bez anamnézy poruchy hybnosti či citlivosti končetin.

Dle vstupního CT fr. přední horní hrany Th1, víceúlomková fr. kloubních výběžků C7 bilat. s transdiskální lézí C7/Th1 a ventrálním posunem C7 o 11mm, s poraněním zadního segmentu páteře a prokrávecním v okolí vazů zadního segmentu. Susp. myelopatie, doplnění MR Cp. Lockované facety C7/Th1 (vlevo top a top, vpravo kompletní). Rozsáhlý epidurální hematom v celém zachyceném rozsahu krční a horní hrudní páteře na MR, maximální šíře Th1-2, odtlačující míchu s esovitou deviací. Menší epidurální hematom i ventrálně za těly C6-7, míšní edém v segmentech C6-Th1. Minim. komprese s kostním edémem i na tělech Th1-3. Obj. vstupně lehký motorický zánik pro C8 l. sin., bez sens. zániku.

Příprava k operačnímu řešení na UP, odtud na OP sál, pre- a perioperačně podáno 6g fibrinogenu + Beriplex 2000UI + Ondexxa (andexanetum alfa) pro krvácivé projevy při užívání DOAC.

Lze na základě podání přípravku Ondexxa kódovat na pozici VDG Z92.1 nebo případně D68.3?

Kontrola antikoagulace u polytraumatu

4.3.2 Pravidlo pro kódování stavů souvisejících s antikoagulační léčbou

4.3.2.1 Pokud dojde při léčbě antikoagulancii ke krvácivým komplikacím, užíváme kombinaci dvou kódů:

- odpovídající kód, který specificky popisuje krvácení: např. I62.x pro nitrolební krvácení, K66.1 pro hemoperitoneum nebo retroperitoneální krvácení, H44.8 pro nitrooční krvácení, R31 pro hematurii apod.
- D68.3 – *Krvácivé stavy způsobené cirkulujícími antikoagulancii*

4.3.2.2 Pokud dojde při léčbě antikoagulancii ke zvýšení hodnot koagulačních parametrů, na které musí být terapeuticky reagováno, a zároveň se nevyskytují krvácivé komplikace, užíváme kódy:

- T45.5 – *Otrava léčivy – antikoagulancia*
- Y44.2 – *Nežádoucí účinky léčby – antikoagulancia*

Komentáře k pravidlu:

Volba hlavní diagnózy se řídí pravidlem 3.1.

Pro terapeuticky navozený hypokoagulační stav nelze použít kód D68.4 – Získaný nedostatek koagulačních faktorů (viz pravidlo 2.3.10).

D68.3 Krvácivé stavy způsobené cirkulujícími antikoagulancii

V roce 2027 bude upřesněno pravidlo 4.3.2

Epistaxe při antikoagulační léčbě

72letý pacient byl přijat pro neinfekční exacerbaci CHOPN. Byla zahájena oxygenoterapie, systémové kortikosteroidy, maximalizována bronchodilatační terapie. Pacient pro oxygenodependenci byl přijat na plicní oddělení. Zde byly průtoky kyslíku do max. 3l/min. Vstupně v.s. fibrilace síní s vyrovnanou komorovou odpovědí, byla zahájena terapie LMWH, do terapie přidána malá dávka betablokátoru. Za hospitalizace přetrvává nízké CRP. Nicméně pro výraznou expektoraci světlého sputa byl pacient přeléčen antibiotiky. V laboratoři mírná elevace NT pro BNP, přechodně malá dávka furosemidu, doplněno echokg, kde normální nález. **Za hospitalizace epistaxe v.s. při terapii LMWH, tento vysazen, pacient ošetřen na ORL, dále již bez krvácení.** Byl nasazen furosemid. Vzhledem k protrahované exacerbaci byla doplněna CTA plicnice s vyloučením plicní embolie s pokročilým plicním emfyzémem, drobná lokalizovaná bronchiolitis. Za hospitalizace dále proběhla epizoda bolesti na hrudi při epistaxi, EKG bez ischemických změn, hsTnT lehce elevovaný, ale bez dynamiky typické pro AKS, pacient s pouze 1x epizodou bolestí na hrudi, bez námahových stenokardií, echokg s normálním nálezem - po konzultaci s kardiologem t.č. není indikace k akutní koronarografii. V dalším průběhu pacient bez obtíží, bez krvácení, vzhledem k hraniční oxemii byl proveden kyslíkový test, pacientovi na jeho základě indikováno DDOT průtokem 1l O₂/min. Pacient dimittován do ambulantní péče. Při dimisi KP kompenzován.

Nechci řešit celou kazuistiku, stačila by mi odpověď na tučně zvýrazněné.

Bude vykódováno jako R04.0 + D63.8? Když vlastně žádná terapie nebyla, pouze byl vysazen Clexane?

Epistaxe při antikoagulační léčbě

4.3.2 Pravidlo pro kódování stavů souvisejících s antikoagulační léčbou

4.3.2.1 Pokud dojde při léčbě antikoagulancii ke krvácivým komplikacím, užíváme kombinaci dvou kódů:

- odpovídající kód, který specificky popisuje krvácení: např. I62.x pro nitrolební krvácení, K66.1 pro hemoperitoneum nebo retroperitoneální krvácení, H44.8 pro nitrooční krvácení, R31 pro hematurii apod.
- D68.3 – *Krvácivé stavy způsobené cirkulujícími antikoagulancii*

4.3.2.2 Pokud dojde při léčbě antikoagulancii ke zvýšení hodnot koagulačních parametrů, na které musí být terapeuticky reagováno, a zároveň se nevyskytují krvácivé komplikace, užíváme kódy:

- T45.5 – *Otrava léčivy – antikoagulancia*
- Y44.2 – *Nežádoucí účinky léčby – antikoagulancia*

Komentáře k pravidlu:

Volba hlavní diagnózy se řídí pravidlem 3.1.

*Pro terapeuticky navozený hypokoagulační stav nelze použít kód D68.4 – *Získaný nedostatek koagulačních faktorů* (viz pravidlo 2.3.10).*

Pro epistaxi bylo provedeno ORL vyšetření, vykázání kódů R04.0 + D68.3 je v souladu s pravidlem 4.3.2.1

Děkujeme Vám za pozornost

zbynek.bortlicek@uzis.cz

tomas.pavlik@uzis.cz

irena.molinari@uzis.cz

miroslav.zvolsky@uzis.cz