

# Metodika kódování diagnóz pro využití v IR-DRG

---

Verze **014.001**

Autor / Autoři: | autoři: tým DRG Restart

Verze: | **014**

Datum: | **30. 6. 2016**

## Obsah

1.	Platná verze MKN-10 .....	4
2.	Podklady pro kódování .....	4
3.	Metodický postup kódování diagnóz, patologických nálezů, okolností, důvodů kontaktu se zdravotními službami a vnějších příčin (dále „diagnózy“) .....	4
4.	Hlavní diagnóza.....	5
5.	Kódování stavů, pro něž platí systém křížků a hvězdiček .....	6
6.	Kódování komplikací, komorbidit a jiných patologických nálezů jako vedlejší diagnózy .....	6
7.	Kódování komplikací zdravotní péče jako vedlejší diagnózy, nezařazené jinde (blok T80-T88) 7	7
8.	Směrnice pro kódování dehydratace E86 při gastroenteritidě .....	7
9.	Směrnice pro kódování akutního infarktu myokardu I21 .....	8
10.	Směrnice pro kódování akutního respiračního selhání po operaci J95.1, J95.2.....	8
11.	Směrnice pro kódování příznaků, znaků a abnormálních nálezů (R00-R99) .....	8
12.	Směrnice pro kódování inkontinence stolice R15.....	8
13.	Směrnice pro kódování imobility pacienta R26.3 .....	9
14.	Směrnice pro kódování izolace Z29.0.....	9
15.	Směrnice pro kódování rehabilitace Z50.....	10
16.	Směrnice pro kódování chemoterapie a radioterapie Z51.0, Z51.1 .....	11
17.	Kódování potenciálních problémů spojených s osobní nebo rodinnou anamnézou (Z80-Z99) 11	11
18.	Směrnice pro kódování vybraných dg na místě vedlejších dg u případů hospitalizovaných s hlavní dg duševní poruchy (MKN 10 – kap. V – poruchy duševní a poruchy chování), klasifikovaných do MDC 19 .....	12
19.	Směrnice pro kódování pohrudničního výpotku J90, J91* .....	12
	J90 – pohrudniční výpotek, nezařazený jinde .....	12
	J91* – pohrudniční výpotek při stavech zařazených jinde .....	13
20.	Směrnice pro kódování urosepse N39/A40/A41 .....	14
21.	Směrnice pro kódování septického šoku R57.2 .....	15
22.	Směrnice pro kódování vybraných diagnóz z MKN-10, III. kapitola „Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity“ .....	15
	D60 – D64 aplastické a jiné anemie .....	15

D68 – jiné vady koagulace .....	16
D68.5 primární trombofilie .....	16
D68.6 jiné trombofilie .....	16
D70 – agranulocytóza .....	16
<b>23. Směrnice pro kódování vybraných diagnóz z MKN-10, XVI. kapitola „Některé stavy vzniklé v perinatálním období“ .....</b>	<b>16</b>
P92 – problémy s krmením ze strany novorozence .....	16
P92.3 nedostatečný příjem potravy u novorozence .....	16
P92.5 Obtíže novorozence při krmení z prsu .....	17
P59 – novorozenecká žloutenka z jiných a neurčených příčin .....	17
P70 – přechodné poruchy metabolismu uhlovodanů specifické pro plod a novorozence .....	18
<b>24. Směrnice pro kódování febrilních křečí R56.0 .....</b>	<b>18</b>
<b>25. Směrnice pro kódování komplikací zdravotní péče, nezařazené jinde T80, T81 .....</b>	<b>19</b>
T80 – komplikace po infuzi, transfuzi a injekci .....	19
T80.1 – cévní komplikace po infuzi, transfuzi a injekci .....	19
T81 – komplikace výkonů, nezařazené jinde .....	19
T81.3 – roztržení – disrupce – operační rány .....	19
T81.4 - infekce po výkonu, jinde nezařazená .....	20
<b>26. Směrnice pro kódování akutního zánětu slinivky břišní po ERCP .....</b>	<b>20</b>
K85 – Akutní zánět slinivky břišní – pancreatitis acuta .....	20
<b>27. Směrnice pro kódování cévní mozkové příhody I60, I61 a I63 .....</b>	<b>21</b>
I60 – subarachnoidální krvácení .....	21
I61 – intracerebrální krvácení .....	21
I63 – mozkový infarkt .....	21
<b>28. Směrnice pro kódování hypotenze způsobené léčivou I95.2 .....</b>	<b>22</b>

## 1. Platná verze MKN-10

---

Pro rok 2017 je platnou verzí Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 2. aktualizované vydání 10. revize ve znění aktualizované druhé verze platné k 1. 4. 2014 (dále jen „MKN-10“). Tato verze MKN-10 zahrnuje:

- Instrukční příručku MKN-10 (verze aktualizovaná k 1. 4. 2014)
- Abecední seznam MKN-10 (verze aktualizovaná k 1. 4. 2014)
- Tabeleární seznam MKN-10 (verze k 1. 4. 2014).

Podrobně viz <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>.

## 2. Podklady pro kódování

---

Podkladem pro kódování a jeho revizi/audit je zdravotní dokumentace o hospitalizaci. Všechny kódované stavy musí být klinicky zdůvodněné ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Doporučuje se, uvádět všechny kódované stavy do diagnostického souhrnu závěrečné zprávy o hospitalizaci. Pokud však stav není uveden v diagnostickém souhrnu a lze jej dohledat jinde ve zdravotní dokumentaci o hospitalizaci, není nutno měnit diagnostický souhrn, který slouží především ke klinickým účelům.

Každý kódovaný stav musí mít vždy písemný podklad ve zdravotnické dokumentaci. Klinický stav, který může být kódován, určuje výhradně lékař (v souladu s vyhláškou č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci).

U ošetrovatelské dokumentace, která je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace jako celku, pak NLZP (nelékařský zdravotnický pracovník), ale pouze v případě, že se jedná o údaje související s popisem aktuálního klinického stavu pacienta s využitím objektivizujících škál (posouzení úrovně sebedpěče, rizika dekubitů, malnutrice). V případě zjištění nutnosti preskripce terapie či navazujících vyšetření, ošetření je nezbytný záznam do zdravotnické dokumentace pacienta - dekurzu.

## 3. Metodický postup kódování diagnóz, patologických nálezů, okolností, důvodů kontaktu se zdravotními službami a vnějších příčin (dále „diagnózy“)

---

Postup kódování diagnóz, patologických nálezů, okolností a důvodů kontaktu se zdravotními službami dle klasifikace MKN-10 určují v tomto pořadí závaznosti:

1. níže uvedené pokyny
2. Instrukční příručku MKN-10, Abecední seznam MKN-10, Tabeleární seznam MKN-10

V případě, že níže uvedené pokyny neposkytují jednoznačný návod na řešení konkrétní situace, postupuje se podle pokynů MKN-10.

Uvádí se kód (-y) diagnóz podle aktuálně platné verze MKN-10.

Kódy se uvádějí pouze pro ty stavy a okolnosti, které jsou relevantní pro konkrétní případ hospitalizace.

Používají se povinně pětímístné kódy; třímístný nebo čtyřmístný kód lze uvést pouze tehdy, neexistuje-li odpovídající pětímístný kód.

## 4. Hlavní diagnóza

---

Hlavní diagnóza je definována jako stav diagnostikovaný, tj. vyhodnocený po všech vyšetřeních na konci případu akutní lůžkové péče, který byl primárně odpovědný za potřebu hospitalizace v daném zařízení (dále jen „primární stav“). Existuje-li více než jeden takový primární stav, je třeba vybrat ten, který byl nejvíce zodpovědný za čerpání zdrojů (prostředků). Pokud se nedospělo k diagnóze, má se jako primární stav vybrat hlavní příznak, patologický nálezn nebo obtíž.

Jako hlavní diagnózu nelze kódovat ta onemocnění a stavy, které nastaly v průběhu hospitalizace.

Jako hlavní diagnózu by neměla být kódována onemocnění z bloku Z80-Z99 (osoby s potenciálně ohroženým zdravím ve vztahu k rodinné a osobní anamnéze a některým podmínkám, ovlivňujícím zdravotní stav), poněvadž tak zcela uniká důvod poskytované zdravotní péče.

### **Upřesnění stanovení hlavní diagnózy v případě aplikace pravidla „spojování případů“, v souladu s Metodikou sestavení případu hospitalizace**

Dojde-li ke spojení dvou hospitalizací do jednoho případu s:

- potenciální hlavní diagnózou A (první část případu)
- potenciální hlavní diagnózou B (druhá část případu)

Ize jako hlavní diagnózu vybrat i stav, který byl těžištěm poskytnuté zdravotní péče druhého přijetí. Přičemž dikce stanovení hlavní diagnózy ve vztahu k existenci více primárních stavů tímto není nikterak dotčena.

Pokud je však důvodem druhého přijetí komplikace zdravotní péče, míněno z bloku (T80-T88), která vznikla v návaznosti na potenciální hlavní diagnózu A, pak již hlavní diagnózu volit nelze!

### **Příklady:**

1. Pacient propuštěn 5. 11. z chirurgie: relaps Crohnovy choroby tračnicku, konzervativní léčba (potenciální HDG A).  
Dne 7. 11. přijat na neurochirurgii: traumatické krvácení do mozku, operace (potenciální HDG B)  
Výkon: kraniotomie  
Kódovat traumatické mozkové krvácení (S06.50) jako hlavní diagnózu. Kód K50.1 vykázat jako vedlejší.
2. Pacient propuštěn 8. 1. z chirurgie: karcinom sigmoidea, resekce (potenciální HDG A)  
Výkon: resekce tlustého střeva  
Dne 10. 1. přijat na chirurgii: teploty, infekce v ráně, ATB (potenciální HDG B)  
Kódovat karcinom tlustého střeva (C18.7) jako hlavní diagnózu. Kód T81.4 lze vykázat výhradně jen jako vedlejší stav, poněvadž je prokazatelně vzniklou komplikací zdravotní péče v souvislosti s již poskytnutou zdravotní péčí pro karcinom.

## 5. Kódování stavů, pro něž platí systém křížků a hvězdiček

---

MKN-10 povoluje uvedení diagnózy s hvězdičkou jako hlavní diagnózy, pokud je péče poskytována primárně pro danou manifestaci nemoci. Pro kódování nesmí být kód s hvězdičkou nikdy použit samostatně.

### Příklady:

1. Pacient s karcinomem sigmoidea odeslán hematologickou ambulancí ke krevním převodům při hospitalizaci. Podány dvě transfúzní jednotky (erytrocyty „resuspendované“). Kódovat anémii při onemocnění novotvary (D63.0) jako hlavní diagnózu. Kód C18.7 vykázat jako vedlejší.

Kódování diagnózy s hvězdičkou na pozici vedlejší diagnózy vždy podléhá dikci pro „Kódování komplikací, komorbidit a jiných patologických nálezů jako vedlejší diagnózy“.

1. Pacient s diabetem I. typu a diabetickou polyneuropatií, přijat a léčen pro dekompenzaci diabetu. V průběhu hospitalizace podávána chronická medikace na polyneuropatii. Kódovat diabetes I. typu s neurologickými komplikacemi (E10.4) jako hlavní diagnózu. Kód G63.2 vykázat jako vedlejší.
2. Pacient s diabetem I. typu a diabetickou polyneuropatií, přijat a léčen pro dekompenzaci diabetu. Žádný záznam o léčbě polyneuropatie. Kódovat diabetes I. typu s neurologickými komplikacemi (E10.4).

## 6. Kódování komplikací, komorbidit a jiných patologických nálezů jako vedlejší diagnózy

---

Kódy pro komorbiditu a komplikace popisují onemocnění, potíže nebo nálezy existující současně s hlavní diagnózou nebo vyvíjející se až v průběhu hospitalizačního případu, které mají prokazatelně vliv na poskytování zdravotní péče.

Komorbidity a komplikace mají být kódovány, pokud ovlivňují léčbu pacienta takovým způsobem, že je potřebný alespoň jeden z uvedených faktorů:

1. Klinické vyšetření
2. Terapeutický zásah nebo léčba (podání řádně zdokumentované chronické medikace, bez terapeutického zásahu, je dostatečným důvodem pro zakódování stavu)
3. Cílená diagnostika
4. Zvýšená ošetrovatelská péče a/nebo monitorování

Komorbidity a nálezy, které neměly vliv na současnou hospitalizaci, se nemají kódovat.

Na zařazení do DRG nemá vliv pořadí vedlejších diagnóz.

## 7. Kódování komplikací zdravotní péče **jako vedlejší diagnózy, nezařazené jinde (blok T80-T88)**

Komplikace zdravotní péče mají být kódovány vždy, pokud jsou důvodem přijetí a těžištěm poskytované zdravotní péče na akutním lůžku nebo pokud nastanou v průběhu hospitalizace nebo v průběhu hospitalizace vyžadují zdravotní péči. Při jejich vykazování je nutné dodržovat pravidla kódování uvedená v bodě 4. (jedná-li se o stanovení hlavní diagnózy) nebo v bodě 6. (jedná-li se o stanovení vedlejší diagnózy). Vždy však v souladu s dikcí kódování vedlejších diagnóz (viz bod 6.)

Kódování stavů a komplikací po výkonech určuje Instrukční příručka MKN-10 (II. díl, „Kódování stavů a komplikací po výkonech, str. 149). Terminologicky mohou být komplikací hospitalizačního průběhu, v přímé souvislosti s již poskytnutou zdravotní péčí, vnímány například:

- rozvoj pneumonie či plicní embolie
- krvácení po výkonu
- infekce chirurgické rány

### Kódování specifičtějších stavů má obvykle přednost před kódy z diagnostického bloku (T80-T88).

Jestliže je známa příčina komplikace, doplňte ke kódu komplikace dodatkový kód z kapitoly XX. kapitoly MKN-10, podkapitoly "Komplikace zdravotní péče (Y40-Y84)".

#### Příklady:

1. Pacient přijat překladem z jiného ZZ k řešení pneumotoraxu po kanylaci centrální žíly.  
Kódovat pneumotorax nezařazený jinde (J93.8) jako hlavní diagnózu. Kód Y60.6 vykázat na pozici diagnózy vedlejší.

#### Pozn.:

- V souladu s výše uvedenými pravidly je upřednostněna specifičtější klinická informace před diagnózou T81.2. Dodatkovým kódem z kapitoly XX. Vnější příčiny nemoci a úmrtnosti je ozřejmena příčina specificky kódovaného klinického stavu.

Nepřípustná kombinace: J93.8 (HDG) a T81.2 (VDG)

2. Pacient přijat k plánovanému vynětí osteosyntézy. Průběh komplikován pooperační infekcí v ráně. Nasazena antibiotika.  
Kódovat odstranění osteosyntézy (Z47.0) jako hlavní diagnózu. Kód T81.4 vykázat na pozici diagnózy vedlejší.

## 8. Směrnice pro kódování dehydratace E86 při gastroenteritidě

Pro účely vykazování v systému DRG může být dehydratace uvedena jako hlavní nebo vedlejší diagnóza v závislosti na okolnostech přijetí, poskytnuté péče a posouzení ošetřujícího lékaře. Pokud je v průběhu hospitalizačního případu léčba zaměřena především na dehydrataci, přičemž například gastroenteritida byla předtím léčena ambulantně, nebo by bez přítomnosti dehydratace ambulantně léčena být mohla, pak může být dehydratace použita na pozici hlavní diagnózy. V případě, že je infekční gastroenteritida léčena intravenózními antibiotiky nebo antivirotyky, má být uvedena jako hlavní diagnóza. Pokud je gastroenteritida léčena perorálními léčivými nebo je jen pozorována, přičemž jsou

léčeny pouze symptomy a dehydratace je léčena intravenózním podáváním tekutin, má být uvedena jako hlavní diagnóza dehydratace. V případě, že není intravenózní terapie použita vůbec, záleží na okolnostech při přijetí, poskytnuté péče a na rozhodnutí ošetřujícího lékaře.

## 9. Směrnice pro kódování akutního infarktu myokardu I21

---

Kódem I21- se vykazuje péče o akutní infarkt myokardu včetně péče, která je poskytnutá pro tuto diagnózu ve fázi, která již nepředstavuje vlastní akutní stav. Podmínkou je, že doba mezi vznikem onemocnění a přijetím k hospitalizaci je maximálně 28 dnů. Kódovat stav jako I21.- není možné, pokud je doba mezi vznikem akutního infarktu myokardu a přijetím k hospitalizaci více než 28 dnů. Toto pravidlo nedává možnost kódovat I21- pouze na základě splnění podmínky, že doba mezi vznikem akutního infarktu myokardu a přijetím k hospitalizaci je do 28 dnů; musí být vždy splněna podmínka, že v souvislosti s akutním infarktem myokardu je poskytována zdravotní péče.

## 10. Směrnice pro kódování akutního respiračního selhání po operaci J95.1, J95.2

---

Pro účely vykazování v systému DRG používejte kódy J95.1 a J95.2 pouze v případě, že je neočekávaně, z důvodu akutní plicní nedostatečnosti, nutná umělá plicní ventilace pacienta déle než 48 hodin po skončení operačního zákroku nebo je z důvodu respiračního selhání nutná neplánovaná intubace pacienta do 30 dnů po operačním zákroku.

## 11. Směrnice pro kódování příznaků, znaků a abnormálních nálezů (R00-R99)

---

Příznaky, znaky a abnormální nálezy se nekódují v případech, kdy je možné stanovit diagnózu, jejíž jsou součástí, a tím je zařadit jinam v rámci MKN-10 (například dušnost v důsledku verifikovaného a léčeného srdečního selhání).

Výjimku tvoří případy, kdy příznak, znak nebo abnormální nález představuje samostatný medicínský problém vyžadující:

1. samostatný terapeutický přístup
2. samostatný ošetřovatelský přístup

pro který sice byla stanovena diagnóza, nicméně daný příznak, abnormální patologický nález nebo obtíž je řešen ve své vlastní rovině, nezávisle na stanovené diagnóze. Pak jej lze kódovat.

Pod samostatným terapeutickým a ošetřovatelským přístupem se rozumí intervence a ošetřovatelská péče, které by nebyly součástí terapeutického postupu v rámci stanovené diagnózy v případě, kdy by předmětný příznak, znak či abnormální nález, nebyly přítomny.

## 12. Směrnice pro kódování inkontinence stolice R15

---

Inkontinence stolice R15 pro účely vykazování v českém systému DRG může být vykázána pouze tehdy, pokud zvyšuje nároky na ošetřovatelskou péči v průběhu hospitalizace po dobu minimálně 96 hodin



nebo je přítomna i při ukončení hospitalizačního případu. V dokumentaci musí být uveden záznam o nutnosti zvýšené ošetrovatelské péče.

### 13. Směrnice pro kódování imobility pacienta R26.3

Pro účely vykazování v systému DRG je kód R26.3 Imobilita vyhrazen výhradně pro **funkční kvadruparesu/kvadruplegii stav**, kdy pacient není schopen pohybu pro onemocnění, jehož není imobilita nedílnou součástí. **Funkční Stav** pacienta odpovídá paralýze, pacient není schopen samostatného pohybu mimo lůžko, vyžaduje intenzivní ošetrovatelskou péči, bez které je ohrožen závažnými komplikacemi, jako jsou dekubity, kontraktury a pneumonie. Pro vykázání kódu R26.3 musí být zároveň splněna podmínka, že imobilita přetrvává v průběhu hospitalizace minimálně 96 hodin nebo je přítomna i při ukončení hospitalizačního případu. Běžné pooperační nebo poúrazové stavy a akutní exacerbace chorob, kdy je pacient obvykle přechodně imobilní, se kódem R26.3 nesmějí kódovat. Pokud je imobilita způsobena poruchou vědomí klasifikovanou na jiném místě MKN, považuje se rovněž za její nedílnou součást a dodatkový kód R26.3 nesmí být použit.

#### Příklad:

Pacient s Alzheimerovým onemocněním, s Parkinsonovou chorobou, nechodící, ležící, neschopen sebeobsluhy, čemuž dle Metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR obvykle odpovídá i vykázaná kategorie pacienta.

#### Výklad:

Pacient, který není schopen vykonávat základní každodenní činnosti bez dopomoci ošetrovatelského personálu, není schopen sebeobsluhy. V případě, že jsou splněny i všechny další náležitosti uvedeny ve Směrnici pro kódování imobility pacienta, lze vykázat kód R26.3.

#### Poznámka:

U imobilních pacientů v důsledku neurologické příčiny (např. hemiplegie, paraplegie atd.), nemá být imobilita kódována diagnózou R26.3, nýbrž diagnózou z bloku G80-G83 (mozková obrna a jiné syndromy ochrnutí), odpovídající skutečnému stavu postižení.

### 14. Směrnice pro kódování izolace Z29.0

Pro účely vykazování v systému DRG je kód Izolace Z29.0 vyhrazen pro zaznamenání dodržování zvýšeného hygienického režimu a izolačních opatření u konkrétního pacienta nad rámec běžného provozu oddělení, zabraňujících riziku přenosu infekčního onemocnění z pacienta nebo na pacienta a to po dobu minimálně 96 hodin nebo je přítomna i při ukončení hospitalizačního případu.

Seznam opatření je závislý na cestě potenciálního přenosu infekce, ale vždy zahrnuje nejméně:

1. zvláštní izolační pokoj nebo box
2. důsledné používání jednorázových ochranných pomůcek (plášť, maska, rukavice) u personálu a pacienta podle rizikové cesty přenosu infekce
3. vyčlenění ošetřujícího personálu a úprava režimu lékařských vizit
4. omezení vstupu návštěv, označení izolačního režimu na dveřích pokoje/boxu a v dokumentaci
5. zvláštní desinfekční a úklidová opatření

Hospitalizace pacienta na infekčním oddělení není automaticky považována za izolaci, pokud nejsou zavedena zmíněná opatření.

Přítomnost infekční choroby není nutnou podmínkou pro vykazání kódu Izolace Z29.0, protože izolační režim může být například zaveden i při podezření na infekční onemocnění nebo jako ochrana imunosuprimovaného pacienta před nákazou.

## 15. Směrnice pro kódování rehabilitace Z50

Pokud je pacient hospitalizován na oddělení léčebné rehabilitace (odbornosti 2H1 a 2F1), je tento pobyt považován vždy za samostatný hospitalizační případ, i když se jedná o překlad v rámci jednoho nepřerušeno pobytu akutní lůžkové péče v jedné nemocnici. Za těchto okolností je příslušná položka Z50.- kódována povinně jako dg. hlavní.

Jako hlavní diagnózu na dokladu z rehabilitačního oddělení uveďte vždy patřičný kód z položky Z50.- a důvod rehabilitace (nemoc, stav, následek – viz příklady níže) uveďte jako vedlejší diagnózu. Pro kódování aktivního onemocnění musí být naplněna podmínka pro kódování komorbidit (bod 6. výše). Pokud již úraz nebo onemocnění léčeny nejsou, uveďte jako vedlejší diagnózu patřičný kód pro následek onemocnění či úrazu nebo jiný důvod rehabilitace. Pakliže ošetřující lékař označí stav pacienta, pro který je poskytována rehabilitační péče, za následek onemocnění, je tento stav kódován příslušným kódem pro následek.

Pokud je hlavním důvodem celého pobytu pacienta v nemocnici poskytování rehabilitace, postupujte rovněž podle této směrnice i v případě, že pacient je hospitalizován na oddělení jakékoliv jiné odbornosti.

- Příslušnou položku kap. XXI, dg. Z50.- kódujte pro účely dalšího vývoje klasifikace DRG jako vedlejší diagnózu v případě, že poskytování rehabilitační péče způsobí prodloužení délky hospitalizace pro vyřešení základní příčiny hospitalizace minimálně o 5 dnů. Zároveň platí, že důvodem setrvání na akutním lůžku je právě poskytování rehabilitační péče, kterou nelze nebo není vhodné poskytnout ambulantní formou.

### Příklady:

1. Vykazování vedlejší diagnózy a důvodu rehabilitace: **nemoc**  
Pacient s chronickou lumbalgii páteře, lumbosakrální krajina, přijat k opakované komplexní rehabilitační péči na akutní lůžko rehabilitace  
Jako vedlejší diagnózu kódovat lumbalgie v LS krajině (M54.57)
2. Vykazování vedlejší diagnózy a důvodu rehabilitace: **stav, následek**  
Pacient přeložen z neurologie, kde hospitalizován pro ischemickou cévní mozkovou příhodu s těžkou pravostrannou hemiplegií, na akutní lůžko rehabilitace ke zlepšení mobility  
Jako vedlejší diagnózu kódovat hemiplegii (G81.9). Jako dodatkovou vedlejší diagnózu lze doplnit diagnostickou kategorií I69 (následky cévních nemocí mozku), dle skutečnosti. Tím je ozřejmána příčina hemiplegie.  
(důvodem RHB péče tedy již není vlastní léčba ischemické cévní mozkové příhody, nýbrž řešení jejích následků, tj. konkrétního stavu: hemiplegie, hemiparéza, afázie atd.)

3. Vykazování vedlejší diagnózy a důvodu rehabilitace: stav, následek  
pacient přeložen z ortopedie, kde hospitalizován pro traumatickou zlomeninu krčku, provedena otevřená repozice, rána zhojena, překlád na akutní lůžko RHB k rozcvíčení a zlepšení mobility  
Jako vedlejší diagnózu kódovat následek zlomeniny kosti stehenní (T93.1).  
(důvodem RHB péče již není léčba aktivního onemocnění, fraktury, nýbrž řešení následků fraktury)

## 16. Směrnice pro kódování chemoterapie a radioterapie Z51.0, Z51.1

---

Je-li účelem hospitalizace provedení chemoterapie nebo radioterapie pro maligní novotvar, stanovte chemoterapii Z51.1 nebo radioterapii Z51.0 jako hlavní diagnózu a jako vedlejší diagnózu uveďte kód maligního novotvaru, pro který byla chemoterapie nebo radioterapie indikována.

Jestliže je během hospitalizace provedeno chirurgické odstranění nádoru následované chemoterapií nebo radioterapií, stanovte maligní novotvar jako hlavní diagnózu, následovanou kódy pro chemoterapii a/nebo radioterapii.

Jestliže je pacient hospitalizován k provedení chemoterapeutického nebo radioterapeutického cyklu a během hospitalizace dojde ke komplikacím jako nekontrolovatelná nevolnost a zvracení a/nebo dehydratace, uveďte jako hlavní diagnózu chemoterapii Z51.1 nebo radioterapii Z51.0 následovanou uvedenými komplikacemi.

## 17. Kódování potenciálních problémů spojených s osobní nebo rodinnou anamnézou (Z80-Z99)

---

Jestliže je v osobní anamnéze pacienta onemocnění, které prodělal v minulosti, jež není aktuálně léčeno nebo je vyléčeno bez průkazu recidivy a přítomnost tohoto onemocnění v anamnéze má vliv na současnou hospitalizaci, použijte pro jeho kódování patřičnou položku XXI. kapitoly MKN-10, podkapitoly Z80-Z99.

### Příklady:

- Pacient přijat ke kontrolnímu cystoskopickému vyšetření, před 3 měsíci mu byl odstraněn maligní nádor močového měchýře. Nebylo prokázáno reziduum ani recidiva nádoru.  
Hlavní diagnóza: Stav po excizi maligního nádoru měchýře. Přijetí ke kontrolnímu cystoskopickému vyšetření.  
Vedlejší diagnózy: ---  
Výkon: Cystoskopie  
Kódovat kontrolní vyšetření po chirurgickém výkonu pro maligní novotvar (Z08.0) jako hlavní diagnózu. Kód Z85.5 (Maligní novotvar močového ústrojí v osobní anamnéze) může být použit jako dodatkový kód.
- Pacient přijat k operaci tříselné kýly, má ischemickou chorobu srdeční a před méně než 12 měsíci prodělal infarkt myokardu, proto má zvýšené riziko při operaci v celkové anestezii.

Před operací bylo na žádost anesteziologa provedeno interní konzilium.

Hlavní diagnóza: Tříselná kýla

Vedlejší diagnóza: Ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu v osobní anamnéze

Výkony: Herniorafie

Kódovat tříselnou kýlu (K40.9) jako hlavní diagnózu, jako vedlejší diagnózy je možné uvést ischemickou chorobu srdeční (I25.9) a infarkt myokardu v osobní anamnéze (Z86.7).

## 18. Směrnice pro kódování vybraných dg na místě vedlejších dg u případů hospitalizovaných s hlavní dg duševní poruchy (MKN 10 – kap. V – poruchy duševní a poruchy chování), klasifikovaných do MDC 19

Jako vedlejší diagnózy pro rozlišení náročnosti péče lze vykázat následující diagnózy (při splnění uvedených podmínek)

### R45 – příznaky a znaky týkající se emočního stavu

- **R45.1 neklid a nepokoj**

Podmínky pro vykázání R45.1 - pacient z důvodů duševní nemoci aktuálně vykazuje známky psychomotorického neklidu, přechází, nevydrží na jednom místě, jednání je přítomno opakovaně během dne (záznam nejméně 3x za 24 hodin) a trvá více než 10 minut.

- **R45.4 popudlivost, vznětlivost a hněv**

Podmínky pro vykázání R45.4 - pacient z důvodů duševní nemoci aktuálně vykazuje známky vznětlivosti, podrážděně reaguje na podněty z okolí, hrubě odpovídá na dotazy, je patrný hněv na personál či jiné osoby, verbální agresivita, jednání je přítomno opakovaně během dne (záznam nejméně 3x za 24 hodin) a trvá více než 10 minut.

- **R45.6 fyzické násilí**

Podmínky pro vykázání R45.6 - pacient z důvodu duševní nemoci aktuálně vykazuje známky fyzického násilí vůči věcem nebo osobám v blízkosti pacienta, pacient v kategorii K3, K4, K5.

### Z74 – problémy spojené se závislostí na pečovateli

- **Z74.1 potřeba pomoci při osobní péči**

Podmínky pro vykázání Z74.1 - nesoběstačnost pacienta - pacient v kategorii K3, K4.

- **Z74.3 potřeba trvalého dozoru**

Podmínky pro vykázání Z74.3 - při kategorii pacienta K5 nebo při užití omezovacích prostředků a opakovaného užití parenterální medikace (2x/24 hodin) u pacientů v kategoriích K3, K4.

## 19. Směrnice pro kódování pohrudničního výpotku J90, J91\*

### J90 – pohrudniční výpotek, nezařazený jinde

Pro účely vykazování v systému DRG lze kód J90 u pohrudničního výpotku použít, pokud vyžadoval diagnostickou nebo terapeutickou intervenci nebo takový ošetrovatelský postup, který by nebyl proveden, pokud by výpotek nebyl přítomen. Příčina výpotku v okamžiku kódování nebyla zjištěna.

**Příklad:**

1. Pacient hospitalizován pro dušnost způsobenou objemným pleurálním výpotkem. Provedena hrudní drenáž s evakuací výpotku, který se již dále nedoplňoval. Drenáž ukončena, pacient propuštěn. Analýzou výpotku ani dalšími komplementárními vyšetřeními nebyla zjištěna příčina vzniku výpotku  
Kódovat pohrudniční výpotek, nezařazený jinde (J90) jako hlavní diagnózu.

**J91\* – pohrudniční výpotek při stavech zařazených jinde**

Pro účely vykazování v systému DRG lze kód J91\* u pohrudničního výpotku způsobeného známou příčinou použít, pokud vyžadoval diagnostickou nebo terapeutickou intervenci nebo ošetrovatelský postup, který by nebyl proveden, pokud by výpotek nebyl přítomen.

Pozn.:

- doplňující číselník vazeb duální klasifikace (Systém „křížků a hvězdiček“) bude v kompletní strukturované podobě vydán do konce r. 2016.

**Příklad:**

1. Pacient hospitalizován pro dušnost způsobenou objemným pleurálním výpotkem. Provedena hrudní punkce s evakuací výpotku. Jako příčina výpotku určena alkoholická cirhóza jater.  
Kódovat pohrudniční výpotek při stavech zařazených jinde (J91\*) jako hlavní diagnózu. Kód K70.3 vykázat na pozici vedlejší diagnózy.
2. Pacient hospitalizován pro městnavé srdeční selhání. Kromě standardní léčby musela být v průběhu hospitalizace provedena punkce pohrudničního výpotku.  
Kódovat městnavé srdeční selhání (I50.0) jako hlavní diagnózu. Kód J91\* vykázat na pozici vedlejší diagnózy.
3. Pacient hospitalizován pro městnavé srdeční selhání. Současně zjištěn pohrudniční výpotek, který se při léčbě srdečního selhání na kontrolních RTG a UZ hrudníku postupně vstřebal, takže nebylo nutné přikročit k jeho evakuaci. Ostatní provedená vyšetření neprokázala jinou příčinu výpotku. Příčinou výpotku tedy bylo srdeční selhání.  
Kódovat městnavé srdeční selhání (I50.0) jako hlavní diagnózu. Kód J91\* vykázat na pozici vedlejší diagnózy.

Pozn.:

- pro výpotek **opakovaně** prováděna diagnostická vyšetření (RTG nebo sonografie), která by nebyla indikována v případě samotného srdečního selhání.
4. Pacient hospitalizován pro městnavé srdeční selhání. Dle RTG drobný výpotek. Zahájena léčba. Stav pacienta se nelepší. Opakovaný RTG prokazuje významnou progresi fluidothoraxu. Z důvodu vysokého rizika iatrogenního poškození od punkce ustoupeno. Nasazena intenzivní diuretická terapie, včetně diagnostického sledování výpotku (opakované RTG).  
Kódovat městnavé srdeční selhání (I50.0) jako hlavní diagnózu. Kód J91\* vykázat na pozici vedlejší diagnózy.

Pozn.:

- pro výpotek **opakovaně** prováděna diagnostická vyšetření (RTG nebo sonografie), která by nebyla indikována v případě samotného srdečního selhání;
  - pokud by nehrozilo iatrogenní poškození, výpotek by byl punktován.
5. Pacient přijat pro městnavé srdeční selhání, na RTG drobný pleurální výpotek. Zahájena terapie srdečního selhání včetně diuretické terapie, kontrolní RTG neprovedeno.  
Kódovat městnavé srdeční selhání (I50.0) jako hlavní diagnózu. Vedlejší diagnóza žádná (J91\* nelze vykázat, bez specifické terapie a cíleného vyšetření v kontextu výše).

## 20. Směrnice pro kódování urosepsy N39/A40/A41

Urosepsy a ostatní septické stavy řadíme mezi tzv. SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome; syndrom systémové zánětlivé odpovědi).

V klasickém pojetí sepsy se jedná o systémovou reakci organismu na mikrobiální infekci, což zahrnuje rychle se rozvíjející kaskádu reakcí a poruch, které se šíří na vzdálené tkáně a orgány, kteřé nebyly primárně infektem vůbec zasažené. Za pozitivní nález se považuje přítomnost **alespoň** dvou a více projevů systémové zánětlivé odpovědi.

Na urosepsi tedy myslíme vždy u infekce močových cest (dále jen IMC), spojené s rozvojem náhlé horečky, třesavky, tachykardie, hyperventilace. Při pokročilejší fázi onemocnění se pak setkáváme s deteriorací vědomí a hypotenzí. Septická reakce se může rozvíjet pomaleji a plíživěji, kdy klasický učebnicový obraz může být mitigován předchozí antibiotickou a antipyretickou léčbou. V urosepsi může vyústit jakákoliv IMC.

**Klinický stav** (zdali se jedná o močovou infekci bez sepsy nebo o urosepsi, tedy septický stav) **určuje vždy lékař**.

Pro potřeby vykazování v systému DRG kódujte:

- **N39.0**
  - pokud pacient **nesplňuje** kritéria SIRS, nemá odebrání hemokulturu a ev. není monitorován, ATB terapie
- **A40; A41**
  - pokud pacient **splňuje** kritéria SIRS, je odebrána hemokultura, i když výsledek negativní, lékař o sepsi uvažoval, hemokultura nemusí vždy vyjít, ATB terapie

**Příklad:**

1. Pacientka (78 let) přijata pro celkovou slabost, dehydrataci a dysurické obtíže na interní oddělení. Vstupně v mikrobiologickém nálezu v moči 10<sup>6</sup> Escherichia coli hemolytických, nasazena ATB terapie dle citlivosti, rehydratace. Postupné zlepšení klinického stavu i laboratorního nálezu, pacientka propuštěna do domácí péče. Uzavřeno jako infekce močových cest způsobená Escherichia coli.  
Kódovat infekci močového ústrojí neurčené lokalizace (N39.0) jako hlavní diagnózu. Kód B96.2 vykázat na pozici vedlejší diagnózy.

2. Pacient 80 let přijat a léčen pro dekompenzovanou hypertenzi. Zahájena léčba. Vedlejším nálezem infekce močových cest, nasazena ATB. U pacienta i přes ATB terapii rozvoj febrilií, tachykardie, pacient zmatený, nespolupracuje, stav vyžaduje intenzivní péči. Kultivace vyvolávajícího bakteriologického agens negativní. Po domluvě s ATB střediskem změna terapie. Pacient dobře reaguje, stav se lepší. Překlad na standardní oddělení, dimise. Uzavřeno jako urosepsy na podkladě těžké močové infekce.  
Kódovat hypertenzi (I10) jako hlavní diagnózu. Kód N39.0 a A41.9 vykázat na pozici vedlejší diagnózy.

## 21. Směrnice pro kódování septického šoku R57.2

---

Šok znamená selhání periferní cirkulace, snížení perfúze tkání, centralizaci oběhu s následnou tkáňovou ischemií. Předpokládá se podávání tekutin, katecholaminů nebo obojí, dle typu šoku.

Sepse je SIRS, zapříčiněný infekcí. Septický šok lze kódovat v případě, že je přítomna hypotenze, komplikující těžkou sepsi, při současné adekvátní resuscitaci tekutinami a aplikací katecholaminů k udržení tlaku. Kód je možné kombinovat s kódy sepse z I. kapitoly MKN-10.

V tabelárním seznamu MKN-10 (I. díl), není pod kódem R57.2 uveden šok způsobený sepsi. Je odkazováno na kód A41.9. Toto lze chápat jako nesrovnalost MKN-10.

**Pro potřeby kódování v IR-DRG, za předpokladu výše uvedeného klinického naplnění, se septický šok kóduje diagnózou R57.2. Kód A41.9 se pro kódování septického šoku nepoužívá.**

**Příklad:**

1. Pacient přijat pro bronchopneumonii, zahájena terapie, následně rozvoj sepse, původce Staphylococcus aureus a rozvoj septického šoku. Podávána ATB, infuze a katecholaminy. Postupně dochází k regresi stavu. Pacient v dobrém stavu propuštěn do domácí péče.  
Kódovat bronchopneumonii NS (J18.0) jako hlavní diagnózu. Kód A41.0 a R57.2 vykázat na pozici vedlejší diagnózy.

## 22. Směrnice pro kódování vybraných diagnóz z MKN-10, III. kapitola „Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity“

---

### D60 – D64 aplastické a jiné anemie

Kódy D62, D63, D64.1, D64.2, D64.3 lze kódovat pouze tehdy, dojde-li k substituci erytrocytů krevní transfuzí nebo aplikaci erytropoézu stimulujících proteinů.

## D68 – jiné vady koagulace

### D68.5 primární trombofilie

### D68.6 jiné trombofilie

Trombofilní stavy jsou stavy vrozené nebo získané, které zvyšují srážlivost krve a tím i riziko tromboembolických komplikací. Podáváním antikoagulancií se trombofilní stav neléčí ve vlastní rovině, ale předchází vzniku komplikací. Pakliže indikace k podání antikoagulancia v dávce a v delším časovém intervalu, než jak by byl lék běžně podáván, lze místo Z92.1 - Dlouhodobé (průběžné) užívání antikoagulancií v osobní anamnéze, použít specifický kód z diagnostické kategorie D68.

#### **Příklady:**

1. Žena (36 let) s Leidenskou mutací v osobní anamnéze, bez dispenzarizace, bez terapie, byla přijata k operaci žlučníku pro cholecystolithiázu. V průběhu hospitalizace běžná prevence TEN. Výkon proběhl bez komplikací. Propuštěna.  
Kódovat kámen žlučníku bez cholecystitidy (K80.2) jako hlavní diagnózu.
2. Žena (36 let) s Leidenskou mutací, po plicní embolizaci v minulosti, trvale antikoagulována, přijata k operaci žlučníku pro cholecystolithiázu. Před výkonem náběr anti-Xa k ověření účinnosti antikoagulační léčby. Následně výkon na žlučníku bez komplikací. Propuštěna.  
Kódovat kámen žlučníku bez cholecystitidy (K80.2) jako hlavní diagnózu. Kód D68.5 vykázat na pozici vedlejší diagnózy.

## D70 – agranulocytóza

Kód D70 lze kódovat pouze tehdy, pokud absolutní hodnota neutrofilů v krvi při přijetí pacienta či kdykoliv v průběhu hospitalizace dosáhne hodnoty menší než  $1,0 \times 10^9/l$ , případně pokud lze tuto hodnotu kalkulovat poměrem z celkového počtu leukocytů. Zároveň však musí dojít k podání růstových faktorů.

## **23. Směrnice pro kódování vybraných diagnóz z MKN-10, XVI. kapitola „Některé stavy vzniklé v perinatálním období“**

### **P92 – problémy s krmením ze strany novorozence**

#### P92.3 nedostatečný příjem potravy u novorozence

Kódujte tehdy, pokud došlo u novorozence k většímu váhovému úbytku (nad 10 %). U těchto novorozenců bývá nutné dokrmování. Vždy se však musí jednat o problém příjmu potravy ze strany novorozence (nedostatečný sací reflex atd.).

Zároveň jsou prováděna kontrolní kojení, 2x denně monitorována váha (dle potřeby i více), písemně vedena bilance tekutin. Vše musí být náležitě zapsáno ve zdravotní dokumentaci.



### **P92.5 Obtíže novorozence při krmení z prsu**

Kódujte tehdy, pakliže problém se sáním z prsu ze strany novorozence (špatná technika sání u dítěte, spavost dítěte atd.) – někdy potřeba kloboučků, nutná pomoc zdravotního personálu při přikládání. Dítě často dokrmováno matčiným odstříkaným mateřským mlékem (nutný záznam v dokumentaci).

#### **Příklady:**

1. Donošený novorozenec, poporodní adaptace bez komplikací, porodní hmotnost 3300 g. Přijat na oddělení fyziologických novorozenců. Ve věku 72 hodin – hmotnost 2950 g (úbytek 10,6 %), dle záznamu malé váhové přírůstky, potřeba příkrmů počáteční formulí. Prováděno kontrolní kojení, prodloužení doby hospitalizace.  
Kódovat živě narozené děti podle místa narození (Z38) jako hlavní diagnózu. Kód P92.3 vykázat na pozici vedlejší diagnózy.
2. Donošený novorozenec, porodní hmotnost 3150 g, na oddělení fyziologických novorozenců. Váhový úbytek 5 %, pobyt bez komplikací, při propuštění plně kojen, hmotnost při propuštění 3130 g. V 1 týdnu věku při kontrole u PLDD hmotnost 3000 g. Odesláno k vyšetření do spádové nemocnice. Na oddělení během kontrolního kojení dítě líně saje, rychle se unaví, usíná. Laktace matky dostatečná, s pomocí personálu zpočátku dítě pije odstříkané mateřské mléko, postupné zvyšování dávek toleruje. S laktační poradkyní znovu probrána správná technika kojení z prsu. Postupně se dítě přisává pěkně, od matky z prsu pije dostatečné dávky, přibývá na váze. Propuštěno.  
Kódovat obtíže novorozence při kojení z prsu (P92.5) jako hlavní diagnózu.

### **P59 – novorozenecká žloutenka z jiných a neurčených příčin**

K hodnocení hyperbilirubinémie u novorozence je používán Hodrův graf.

Jedná-li se o hyperbilirubinémii pouze v pásmu observace, bez nutnosti fototerapie (FT), kódujte P59.8 nebo P59.9. Hyperbilirubinémii s nutností FT, kódujte kódem dle příčiny (P55 až P59) nebo P58.8.

#### **Příklady:**

1. Donošený novorozenec, 39. týden těhotenství, peripartálně bez komplikací, bez AB0 a Rh inkompatibility. Ve věku 60 hodin hodnota bilirubinu 280 µmol/l – dle Hodrova grafu odpovídá pásmu observace bez nutnosti FT.  
Kódovat živě narozené děti podle místa narození (Z38) jako hlavní diagnózu. Kód P59.9 (novorozenecká žloutenka NS) vykázat na pozici vedlejší diagnózy.
2. Donošený novorozenec, 39. týden těhotenství, peripartálně bez komplikací, s inkompatibilitou v AB0. Ve věku 48 hodin hodnota bilirubinu 300 µmol/l – dle Hodrova grafu odpovídá pásmu FT, která zahájena.  
Kódovat živě narozené děti podle místa narození (Z38) jako hlavní diagnózu. Kód P55.1 (AB0 izoimunizace plodu a novorozence) vykázat na pozici vedlejší diagnózy.
3. Donošený novorozenec, 39. týden těhotenství, perinatálně bez komplikací, bez inkompatibility v AB0. Nepřibývá na váze, ve věku 72 hodin hodnota bilirubinu 320 µmol/l, ostatní laboratorní

hodnoty v normě, mikrobiologické vyšetření moči s nálezem *Escherichia coli* 10 x 6. Zahájena fototerapie a ATB terapie.

Kódovat živě narozené děti podle místa narození (Z38) jako hlavní diagnózu. Kód P58.2 (novorozenecká žloutenka způsobená infekcí), P39.9 (novorozenecká infekce močového systému) a B96.2 (Escherichia coli jako příčina onemocnění zařazených do jiných kapitol) vykázat na pozici vedlejší diagnózy.

4. Novorozenec, 32. týden těhotenství, perinatálně bez komplikací, bez inkompatibility v ABO, bez jiných komorbidit. Ve věku 48 hodin hodnota bilirubinu 260  $\mu\text{mol/l}$  – dle Hodrova grafu indikována FT.

Kódovat živě narozené děti podle místa narození (Z38) jako hlavní diagnózu. Kód P59.0 (novorozenecká žloutenka sdružená s předčasným porodem) vykázat na pozici vedlejší diagnózy.

## **P70 – přechodné poruchy metabolismu uhlovdanů specifické pro plod a novorozence**

Pokud hodnota glykémie u novorozence pod 2,5 mmol, kódujte dle příčiny z diagnostického bloku P70.0 – P70.9. V dokumentaci musí být vždy zaznamenán terapeutický zásah (krmení, infúze) a kontrolní odběr.

### **Příklady:**

1. Donošený novorozenec, porozen ve 38. týdnu těhotenství, OGTT u matky v normě. Na oddělení fyziologických novorozenců, asymptomatický, naměřena hodnota glykémie 1,4 mmol/l, iniciální opatrné podávání stravy 5 - 10 ml/dávka, toleruje dobře, kontrolní glykémie do 30 minut po krmení 1,8 mmol/l. Pokračování th. stravou, kontrolní glykémie již v normě.  
Kódovat živě narozené děti podle místa narození (Z38) jako hlavní diagnózu. Kód P07.4 (jiná novorozenecká hypoglykémie, přechodná novorozenecká hypoglykémie) vykázat na pozici vedlejší diagnózy.
2. Donošený novorozenec, porozen ve 39. týdnu těhotenství, matka s léčeným DM I. typu. Na oddělení fyziologických novorozenců, asymptomatický, naměřena hodnota glykémie 1,2 mmol/l, iniciální opatrné podávání stravy 5-10 ml/dávka, toleruje dobře, kontrolní glykémie do 30 minut po krmení 1,4 mmol/l. Pokračování th. stravou, kontrolní glykémie za 1 hodinu 1,6 mmol/l, podána glukóza i. v., další kontrolní glykémie s postupnou úpravou hodnot.  
Kódovat živě narozené děti podle místa narození (Z38) jako hlavní diagnózu. Kód P70.1 (syndrom dítěte diabetické matky) vykázat na pozici vedlejší diagnózy.

## **24. Směrnice pro kódování febrilních křečí R56.0**

Febrilní křeče kódujte jako hlavní diagnózu pouze tehdy, je-li dítě pro tuto diagnózu přijímáno a jsou-li prováděna patřičná vyšetření (oční pozadí, neurologické vyšetření, ev. EEG), kteřá by jinak prováděna nebyla.

Je-li dítě přijato pro infekci a během hospitalizace se objeví febrilní křeče, pak jako hlavní diagnózu kódujte infekci a vedlejší R56.0 – Febrilní křeče.

Je-li dítě přijímáno s infektem a údajem o proběhlých febrilních křečích v anamnéze (při jiném infektu) a za hospitalizace je dodržována prevence febrilních křečí (antipyretika, Diazepam), kódujte jako hlavní diagnózu infekt a jako vedlejší Z86.6 – Nemoci nervové soustavy a smyslových orgánů v osobní anamnéze.

**Příklady:**

1. 2 letý chlapec přivezen RZP pro febrilní křeče. Během hospitalizace prevence febrilních křečí, symptomaticky léčena virosa, provedeno oční pozadí a neurologické vyšetření, které negativní. Kódovat febrilní křeče (R56.0) jako hlavní diagnózu. Kód B34.9 (virové infekční onemocnění NS) na pozici vedlejší diagnózy.
2. 3 letý chlapec přijat pro febrilie, respirační infekt. Na RTG srdce a plic - bronchopneumonia vpravo. Během hospitalizace při vzestupu ataka febrilních křečí, podán Diazepam per rectum, doplněno neurologické vyšetření a oční pozadí. Kódovat bronchopneumonie NS (N18.0) jako hlavní diagnózu. Kód R56.0 (febrilní křeče) na pozici vedlejší diagnózy.
3. 3,5 letá dívka přijata pro akutní gastroenteritidu. Stolice s příměsí krve (kultivačně zachycena Salmonella enteritidis). Rehydratována, podávána probiotika. V osobní anamnéze údaj o prodělaných febrilních křečích, prevence febrilních křečí (antipyretika a Diazepam per os, při vzestupu teploty). Kódovat salmonelová enteritis (A02.0) jako hlavní diagnózu. Kód Z86.6 (nemoci nervové soustavy a smyslových orgánů v osobní anamnéze) na pozici vedlejší diagnózy.

## 25. Směrnice pro kódování komplikací zdravotní péče, nezařazené jinde T80, T81

---

### T80 – komplikace po infuzi, transfuzi a injekci

#### T80.1 – cévní komplikace po infuzi, transfuzi a injekci

Pro účely vykazování v systému DRG lze T80.1 - Cévní komplikace po infuzi, transfuzi a injekci kódovat, pokud u pacienta klinikem popsána flebitida (obecné známky zánětu kolem postižené žíly). Zároveň však musí být splněna podmínka, že na daný stav bude terapeuticky reagováno. A to podáním ATB nebo antiflogistik.

Fyzikální opatření (ledování, elevace končetiny) není dostačujícím podkladem pro zakódování stavu.

### T81 – komplikace výkonů, nezařazené jinde

#### T81.3 – roztržení – disrupce – operační rány

Dehiscencí rány se rozumí samovolné roztržení rány.

**T81.3 nelze kódovat, pokud lékař rozpustí ránu z důvodu:**

- evakuace hematomu, pak kóduj T81.0 (Krvácení a hematom komplikující výkon, jinde nezařazené)
- evakuace abscesu rány, pak kóduj T81.4 (Infekce po výkonu, jinde nezařazená)
- evakuace seromu, pak kóduj T81.8 (Jiné komplikace výkonů, jinde nezařazené)

Pokud dojde k dehiscenci hlubokých vrstev, například fascie (i při fasciitidě) a lékař rozpustí kožní ránu a tím diagnostikuje dehiscenci hlubokých vrstev, pak kódujte T81.3.

### **T81.4 - infekce po výkonu, jinde nezařazená**

Pokud lékař uzavírá klinický stav jako pooperační či postprocedurální komplikaci, v kontextu diagnostické subkategorie zahrnující:

- rána s kolekcí seropurulentní tekutiny, indikována evakuace, stěr negativní, pacient bez celkových známek infekce, proto ATB nenasazena
  - rána pravidelně kontrolována, čištěna, lokálně antiseptika, bez ATB
- rána s kolekcí seropurulentní tekutiny, suspekce na infekční fokus, indikována evakuace, stěr negativní, rána zarudlá, klinicky známky lokální infekce, nasazena ATB
- rána s jasnými známkami infekce, rozrušení stehů, evakuace, krytí, ATB, stěr odeslán na kultivaci

pak kódujte T81.4.

## **26. Směrnice pro kódování akutního zánětu slinivky břišní po ERCP**

### **K85 – Akutní zánět slinivky břišní – pancreatitis acuta**

Pankreatitida představuje nejčastější komplikaci endoskopické retrogradní cholangiopankreatografie (ERCP). Rizikové faktory rozvoje pankreatitidy po ERCP se vztahují jak ke stavu pacienta, tak k povaze výkonu.

Pakliže po ERCP dojde:

- k rozvoji akutní pankreatitidy (trojnásobek horní hranice normálních hodnot AMS) do 24 hod. od výkonu
- a k zahájení léčby akutní pankreatitidy, přičemž za léčbu je považováno alespoň podávání infúzí (ATB mohou a nemusí být; parenterální/enterální výživa, ač vhodná, není vždy nezbytně nutná).

kódujte v souladu s obsahem bodu 7. „Kódování komplikací zdravotní péče jako vedlejší diagnózy (blok T80-T88)“ specifičtější diagnózu (v našem případě **K85.8**) před kódy z diagnostického bloku (T80-T88). Je-li známa příčina komplikace, doplňte ke kódu komplikace dodatkový kód z XX. kapitoly MKN-10, podkapitola „Komplikace zdravotní péče (Y40-Y84)“.

**Příklad:**

1. Pacientka přijata pro ikterus. Indikováno ERCP, zjištěna striktura žlučovodu, zaveden stent. S odstupem několika hodin od výkonu dochází k iritaci pankreatu a elevaci amyláz; monitoring. Ve stejný den AMS 19,96; uzavřeno jako akutní pankreatitida; zahájena adekvátní péče (bilance tekutin, opakované odběry, snazší volumová resuscitace).  
Kódotvat neprůchodnost žlučovodu (K83.1) jako hlavní diagnózu. Kódy K85.8 (akutní zánět slinivky břišní – pancreatitis acuta) a Y84.8 (jiné vyšetřovací a léčebné výkony jako příčina abnormální reakce pacienta nebo pozdější komplikace, bez zmínky o nehodě při výkonu) vykázat na pozici vedlejší diagnózy.

## 27. Směrnice pro kódování cévní mozkové příhody I60, I61 a I63

### I60 – subarachnoidální krvácení

Kód I60.- je určen pro kódování akutního subarachnoidálního krvácení prokazaného buď zobrazovacím vyšetřením, nebo vyšetřením likvoru. V případě pokračující hospitalizace (například po překlade z/do iktového centra) užíváme tento kód při splnění těchto podmínek:

- časový interval od vzniku onemocnění není delší než 6 týdnů
- je poskytována další diagnostická a / nebo terapeutická péče pro toto onemocnění (například dovyšetření či kontrolní vyšetření), léčba komplikací, monitorace vasospasmů, podávání či korekce již nastavené terapie apod.)

### I61 – intracerebrální krvácení

Hemoragická cévní mozková příhoda (CMP): kód I61.- je určen pro akutní cévní mozkové příhody hemoragické etiologie (vyjma subarachnoidálního krvácení). Pro tuto diagnózu je nezbytný průkaz intracerebrálního krvácení pomocí zobrazovacích vyšetření (CT mozku, MR mozku). V případě pokračující hospitalizace (například po překlade z / do iktového centra) užíváme kód I61.- při splnění těchto podmínek:

- časový interval od vzniku mozkového krvácení není delší než 6 týdnů
- je poskytována další diagnostická a / nebo terapeutická péče pro dané onemocnění (například dovyšetření etiologie iktu či kontrolní vyšetření), léčba komplikací, podávání či korekce již nastavené terapie apod.)

### I63 – mozkový infarkt

Ischemická CMP: kód I63.- je určen pro akutní cévní mozkové příhody ischemické etiologie. Musí být splněny tyto podmínky: -

- klinické příznaky svědčí pro možnost akutní cévní mozkové příhody, zejména jde o nově akutně vzniklý neurologický deficit (například porucha řeči, parézy, centrální vestibulární syndrom apod.)
- klinické příznaky trvají alespoň 24 hodin nebo pacient zemřel (pokud příznaky trvaly méně než 24 hodin a nebyl-li současně prokázán mozkový infarkt, kódujeme jako transitorní ischemickou ataku G45.- přechodně mozkové ischemické záchvaty a příbuzné syndromy)

- zobrazovací vyšetření vyloučilo intrakraniální krvácení nebo jinou příčinu neurologické symptomatologie (například absces, tumor, trauma apod.), negativní CT nález nevylučuje možnost mozkového infarktu
- v časně fázi iktu bývá často CT mozku negativní, CT vyšetření s odstupem již většinou ischemické ložisko zobrazí, ale nemusí to platit vždy (například ischemie kmene), navíc z klinického hlediska není vždy nezbytné kontrolní CT vyšetření indikovat
- v případě pokračující hospitalizace (například po překladech z / do iktového centra) užíváme kód I63.- při splnění těchto podmínek:
  - časový interval od vzniku mozkového infarktu není delší než 6 týdnů
  - je poskytována další diagnostická a / nebo terapeutická péče pro mozkový infarkt (například dovyšetření etiologie iktu či kontrolní vyšetření, léčba komplikací, podávání či korekce již nastavené antikoagulační terapie apod.)

## **28. Směrnice pro kódování hypotenze způsobené léčivými I95.2**

---

Hypotenze způsobená léčivými je jakýkoliv hypotenzní stav, akutní či chronický, prokazatelně způsobený hypotenzivním léčivem.

Pokud hypotenze u pacienta, který například na antihypertenzní medikaci, a ta vede k terapeutické intervenci (změna medikace, opakované měření tlaku či dokonce k i.v. hydrataci), kódujte I95.2.

K vyznačení léčiva lze použít dodatkový kód vnějších příčin (Kapitola XX.).