

Dotazy ke kódování diagnóz CZ-DRG 6.0

Irena Molinari

Miroslav Zvolský

Zbyněk Bortlíček

Tomáš Pavlík

Novinky ve vzdělávání

E-learningový kurz k verzi CZ-DRG 6.0 je k dispozici zde:

<https://skoleni.uzis.cz/login/index.php#section-6>



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



DRG
RESTART

CZ-DRG

Harmonogram dílen pro rok 2024

1. Zasílání dotazů bude probíhat do konce měsíce předcházejícího dílně (tj. pro květnovou dílnu do konce dubna).
2. Týden před termínem dílny obdrží přihlášení účastníci prezentaci s dotazy – bez výsledného kódování, aby se mohli nad kazuistikami zamyslet a zkusit je zakódovat samostatně.
3. Po skončení dílny bude účastníkům rozeslán stručný dotazník pro zjištění zpětné vazby.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Kódování případů

Chronická renální insuficience

Pacientka byla přijata na doporučení interní ambulance, kam byla přivezena RZP pro malátnost, slabost, únavu, zhoršení chronické dušnosti a zmatenost. Vstupně byla v laboratorních výsledcích patrná renální insuficience, hyperkalcémie, vzestup markerů srdečního selhání, bez elevace zánětlivých parametrů. Pacientka byla indikována k hemodialýze, celkem proběhly 4 cykly s dobrou klinickou odezvou a postupnou úpravou laboratorních hodnot. Během hospitalizace jsme upravili chronickou medikaci. Pacientka se po léčbě cítila lépe, na hemodialýzu bude dojíždět ambulantně, byla dimittována v kompenzovaném stavu do domácího prostředí převozovou sanitou.

Chronická renální insuficience

Diagnostický souhrn:

Chronické renální selhání na podkladě diabetického onemocnění ledvin a vaskulární nefrosklerozy, stav po zavedení A-V shuntu (12/2023), známky hyperhydratace

Chronická ischemická choroba srdeční, stav po Q-IM v povodí RCx (5/2013) s nálezem těsné proximální stenózy RCx (konzervativní postup), stav po Q-IM spodní stěny, stav po PCI ACD + DES (2009)

Hypertenzní nemoc

Diabetes mellitus II. typu na PAD

Anemie chronických chorob

Sekundární hyperparathyreóza

Obezita

Smíšená dyslipidémie

Tromboembolická nemoc v anamnéze (embolia a. pulmonalis 2004, phlebothrombosis profunda extremitatis inferioris dx. in anamnesim 2007)

Chronická žilní insuficience, varixy dolních končetin

Intolerance Zoremu pro otoky DK

Stav po Wertheimově operaci pro karcinom těla děložního (3/2013)

Perikardiální výpotek v anamnéze

Cholecystolithiasis

Metabolická acidosa s mírnou hyperkalémií v osobní anamnéze

**Dotaz: byly vykázány tyto dg:
HDG N185,
VDG E112, I10, E788, U6975, I259
Výkony 18550 hemodiafiltrace**

Je toto kódování správné?

Chronická renální insuficience

Pacientka byla přijata na doporučení interní ambulance, kam byla přivezena RZP pro malátnost, slabost, únavu, zhoršení chronické dušnosti a zmatenost. Vstupně byla v laboratorních výsledcích patrná renální insuficience, hyperkalcémie, vzestup markerů srdečního selhání, bez elevace zánětlivých parametrů. Pacientka byla indikována k hemodialýze, celkem proběhly 4 cykly s dobrou klinickou odezvou a postupnou úpravou laboratorních hodnot. Během hospitalizace jsme upravili chronickou medikaci. Pacientka se po léčbě cítila lépe, na hemodialýzu bude dojíždět ambulantně, byla dimitována v kompenzovaném stavu do domácího prostředí převozovou sanitou.

Dotaz: byly vykázány tyto dg:

HDG N185,

VDG E112, I10, E788, U6975, I259 Výkony 18550 hemodiafiltrace

Je toto kódování správné?

HDG: N18.9 – Chronické onemocnění ledvin NS

VDG: I25.9 – Chronická ischemická choroba srdeční NS

I10 – Esenciální (primární) hypertenze

E11.2 – Diabetes mellitus 2. typu s ledvinovými komplikacemi

E78.8 – Jiné poruchy metabolismu lipoproteinů

! není určen stupeň CHRI !

Neprůchodný shunt

73letá pravidelně dialyzovaná pacientka s chronickým renálním selháním 5. stupně byla přijata na doporučení nefrologa pro nefunkčnost AV shuntu. Byla odeslána do AngioCentra Příbram k pokusu o zprůchodnění AV shuntu, ten se ale zprůchodnit nepodařilo. Proto byla přechodně zavedena hemodialyzační kanyla, následně byl zaveden Permcath a prováděna hemodialýza dle plánu. Pacientku dimitujeme do domácí péče v kompenzovaném stavu, odvoz domů.

Prosím, jak kódovat tuto hospitalizaci, HDG jako N185? Lze nějakým kódem zohlednit neprůchodnost AV shuntu? Děkuji.

Neprůchodný shunt

73letá pravidelně dialyzovaná pacientka s chronickým renálním selháním 5. stupně byla přijata na doporučení nefrologa pro nefunkčnost AV shuntu. Byla odeslána do AngioCentra Příbram k pokusu o zprůchodnění AV shuntu, ten se ale zprůchodnit nepodařilo. Proto byla přechodně zavedena hemodialyzační kanyla, následně byl zaveden Permcath a prováděna hemodialýza dle plánu. Pacientku dimitujeme do domácí péče v kompenzovaném stavu, odvoz domů.

Prosím, jak kódovat tuto hospitalizaci, HDG jako N185? Lze nějakým kódem zohlednit neprůchodnost AV shuntu? Děkuji.

4.19.3 Pravidlo pro kódování komplikací srdečních a cévních pomůcek, implantátů a štěpů

Chorobné stavy postihující srdeční a cévní pomůcky, implantáty a štěpy kódujeme „T82.x – Komplikace srdečních a cévních protetických pomůcek, implantátů a štěpů“. Pouze případy infekční endokarditidy postihující srdeční a cévní pomůcky, implantáty a štěpy, kódujeme „I33.0 – Akutní a subakutní infekční endokarditida“.

Jako dodatkový kód vykazujeme některou podpoložkou kódu „Y83 – Operace a jiné operační výkony jako příčina abnormální reakce nebo pozdější komplikace, bez zmínky o nehodě při výkonu“.

Komentář k pravidlu:

Pro potřeby CZ-DRG považujeme za infekční endokarditidu na srdečních a cévních pomůčkách, implantátech a štěpech stavy, kdy se jedná o infekci chlopenních náhrad. Z pravidla plyne, že kód „T82.6 – Infekční a zánětlivá reakce způsobená protézou srdeční chlopně“ nepoužíváme.

Neprůchodný shunt

73letá pravidelně dialyzovaná pacientka s chronickým renálním selháním 5. stupně byla přijata na doporučení nefrologa pro nefunkčnost AV shuntu. Byla odeslána do AngioCentra Příbram k pokusu o zprůchodnění AV shuntu, ten se ale zprůchodnit nepodařilo. Proto byla přechodně zavedena hemodialyzační kanyla, následně byl zaveden Permcath a prováděna hemodialýza dle plánu. Pacientku dimitujeme do domácí péče v kompenzovaném stavu, odvoz domů.

Prosím, jak kódovat tuto hospitalizaci, HDG jako N185? Lze nějakým kódem zohlednit neprůchodnost AV shuntu? Děkuji.

HDG: T82.5 – Mechanická komplikace jiných srdečních a cévních pomůcek

VDG: Y83.2 – Operace a jiné operační výkony jako příčina abnormální reakce nebo pozdější

komplikace, bez zmínky o nehodě při výkonu - Operace s anastomózou, by-passem nebo štěpem

N18.5 – Chronické onemocnění ledvin 5.stupně

Hemateméza u kojence

4 měsíční chlapec přivezen RZP z ordinace PLDD pro zvracení s příměsí krve. Při vstupním klinickém vyšetření somatický nález v normě, na oblečení zvratky s příměsí čerstvé krve. Vstupní laboratoř včetně koagulací bez hrubé patologie, mikrobiologické vyšetření (kultivace rekta, krku a panel resp.virů)-vše negativní. Doplněn UZ břicha s normálním nálezem. Během prvního dne již jen ublinknutí s malou příměsí natrávené krve, dále nezvrací. 2. hospitalizační den při kojení si matka se zdravotní sestrou všimla dutiny ústní s větší příměsí krve, při vyšetření prsní bradavky patrna výrazná krvavá sekrece z prsu.Terapie: observace

Diagnostický závěr:

Zvratky s příměsí krve- etiologie: zdroj krve je extraintestinální maternální při poranění prsní bradavky
Dvoudenní hospitalizace.

Pro novorozence je Dg. P78.2 - Novorozenecká hemateméza a meléna způsobená spolykáním mateřské krve. Pro kojence nevím jakou Dg. zvolit. Z03.8 - Pozorování pro podezření na jiné nemoci a patologické stavy a Z03.9 - Pozorování pro podezření na nemoc nebo patologický stav NS je na pozici HDG nepřipustná

Hemateméza u kojence

4 měsíční chlapec přivezen RZP z ordinace PLDD pro zvracení s příměsí krve. Při vstupním klinickém vyšetření somatický nález v normě, na oblečení zvratky s příměsí čerstvé krve. Vstupní laboratoř včetně koagulací bez hrubé patologie, mikrobiologické vyšetření (kultivace rektu, krku a panel resp.virů)-vše negativní. Doplněn UZ břicha s normálním nálezem. Během prvního dne již jen ublinknutí s malou příměsí natrávené krve, dále nezvrací. 2. hospitalizační den při kojení si matka se zdravotní sestrou všimla dutiny ústní s větší příměsí krve, při vyšetření prsní bradavky patrna výrazná krvavá sekrece z prsu.Terapie: observace

Diagnostický závěr:

Zvratky s příměsí krve- etiologie: zdroj krve je extraintestinální maternální při poranění prsní bradavky
Dvoudenní hospitalizace.

Pro novorozence je Dg. P78.2 - Novorozenecká hemateméza a meléna způsobená spolykáním mateřské krve. Pro kojence nevím jakou Dg. zvolit. Z03.8 - Pozorování pro podezření na jiné nemoci a patologické stavy a Z03.9 - Pozorování pro podezření na nemoc nebo patologický stav NS je na pozici HDG nepřipustná

V návaznosti na vyloučení použití kódu Z03.8 na pozici HDG doporučujeme kódovat suspektní diagnózu, pokud nebyla vyvrácena, pokud ano, kódovat příznak. Ve vámi uvedené kazuistice tedy doporučujeme vykázat na pozici HDG kód K92.0 - Hemateméza

Hypovolemický šok

Pacientka polymorbidní, pokročilého věku odoperována akutně pro gangrenozní apendicitidu z 12.2., operace klasicky, po výkonu na JIP pro pokles TK přechodně na NOR oběhové podpoře, infuze, ATB. Postupně zlepšení stavu, realimentace zvládla dobře, rána zahojená, stehy extrahovány, propuštěna v celkově dobrém stavu Pacientka hospitalizována na JIP, ATB, infuze, oběhová podpora Noradrenalinem - 8 ml/ hod 2 dny, třetí den 4ml/hod

- 1) **Prosím o specifikaci kódování R57.1 Hypovolemického šoku. Lze v tomto případě kódovat?**
- 2) **Všeobecný dotaz: R57.1 se kóduje pouze náhlý, akutní pokles tlaku vzniklý náhlou krevní ztrátou či pokles tlaku vyžadující JIP, NOR, infuzní terapii (např. pacient přijat v septickém stavu, TK 70/40) ?**

Hypovolemický šok

Pacientka polymorbidní, pokročilého věku odoperována akutně pro gangrenozní apendicitidu z 12.2., operace klasicky, po výkonu na JIP pro pokles TK přechodně na NOR oběhové podpoře, infuze, ATB. Postupně zlepšení stavu, realimentace zvládla dobře, rána zahojená, stehy extrahovány, propuštěna v celkově dobrém stavu Pacientka hospitalizována na JIP, ATB, infuze, oběhová podpora Noradrenalinem - 8 ml/ hod 2 dny, třetí den 4ml/hod

- 1) **Prosím o specifikaci kódování R57.1 Hypovolemického šoku. Lze v tomto případě kódovat?**
- 2) **Všeobecný dotaz: R57.1 se kóduje pouze náhlý, akutní pokles tlaku vzniklý náhlou krevní ztrátou či pokles tlaku vyžadující JIP, NOR, infuzní terapii (např. pacient přijat v septickém stavu, TK 70/40) ?**

4.18.4 Pravidlo pro kódování šoku

Pro vykázaní kódů ze skupiny R57.x v systému DRG je nezbytné, aby se jednalo o klinicky manifestní šokový stav. Těmito kódy nelze vykazovat incipientní šok (počínající šokový stav), jehož klinické projevy poměrně rychle (v řádu hodin) odezní buď spontánně, nebo na základě běžné a obvyklé léčebné intervence (např. rehydratační infuze).

- 1) Šok v tomto případě nekódujeme, jelikož lékař nekonstatoval, že pacient tento stav měl, doporučujeme vykázaní kódu I95.8 Jiná hypotenze.
- 2) Hypovolemický šok vykazujeme v případě, že nestačí ke stabilizaci tlaku tekutinová resuscitace a je nutná katecholaminová podpora

Fraktura femuru

Pacientka s postmenopauzální osteoporózou (chronická terapie - Caltrade D3, Vigantol) přijata po pádu po uklouznutí, dle provedených vyšetření zjištěna subkapitická zlomenina proxim, femuru. Vzhledem ke klinickému stavu pacientka ke konzervativnímu postupu. Přeložena na ONP k další léčbě.

Je správně níže uvedené zakódování?:

HDG: M8005 Postmenopauzální osteopor.s patol.zlom.; pánevní krajina a stehno

S7200 Zlomenina krčku kosti stehenní, zavřená - nevykazovat?

M810 Postmenopauzální osteoporóza

Fraktura femuru

Pacientka s postmenopauzální osteoporózou (chronická terapie - Caltrade D3, Vigantol) přijata po pádu po uklouznutí, dle provedených vyšetření zjištěna subkapitická zlomenina proxim, femuru. Vzhledem ke klinickému stavu pacientka ke konzervativnímu postupu. Přeložena na ONP k další léčbě.

Je správně níže uvedené zakódování?:

HDG: M8005 Postmenopauzální osteopor.s patol.zlom.; pánevní krajina a stehno

S7200 Zlomenina krčku kosti stehenní, zavřená - nevykazovat?

M810 Postmenopauzální osteoporóza

HDG: S72.00 – Zlomenina krčku kosti stehenní [fractura colli femoris]

VDG: W01.99 – Pád na rovině následkem uklouznutí, zakopnutí nebo klopýtnutí

M81.0 – Postmenopauzální osteoporóza

Kdyby lékař uzavřel, že se jednalo o patologickou zlomeninu v terénu osteoporózy, doporučujeme vykázat **pouze** položku M80.05.

Laparotomie s laparoskopii v rámci jedné operace

Máme hospitalizační případy, kdy jsou v rámci jednoho operačního výkonu provedeny laparoskopické a laparotomické operace současně. Výkony byly provedeny v rámci jedné anestezie v jeden den. Pojišťovna odmítla současně uhradit 51711+ 90818 a 51517

Jak postupovat, aby byly pojišťovnou uhrazeny všechny výkony?

Pacient přichází pro operaci oboustranné tříselné kýly a pupeční kýly.

K402 Oboustranná tříselná kýla bez neprůchodnosti nebo gangrény

K429 Pupeční kýla bez neprůchodnosti nebo gangrény

výkony:

51711 VÝKON LAPAROSKOPICKÝ A TORAKOSKOPICKÝ

90838 (DRG) HERNIOPLASTIKA OBOUSTRANNÁ PRIMÁRNÍ LAPAROSKOPICKY

51517 OPERACE KÝLY S POUŽITÍM ŠTĚPU ČI IMPLANTÁTU, OPERACE KÝLY NEBO KÝLY V JIZVĚ S POUŽITÍM ŠTĚPU ČI IMPLANTÁTU

ZUM:

0058384 HERNIOPLASTIKA OBOUSTRANNÁ PRIMÁRNÍ

0169002 SÍTKA KÝLNÍ EXTRAPERITONEÁLNÍ DYNAMESH CICAT NEVSTŘEBATELNÁ

Pojišťovna odmítla současně uhradit 51711+ 90838 a 51517 , včetně obou ZUMů.

Laparotomie s laparoskopii v rámci jedné operace

Máme hospitalizační případy, kdy jsou v rámci jednoho operačního výkonu provedeny laparoskopické a laparotomické operace současně. Výkony byly provedeny v rámci jedné anestezie v jeden den. Pojišťovna odmítla současně uhradit 51711+ 90818 a 51517

Jak postupovat, aby byly pojišťovnou uhrazeny všechny výkony?

Pacient přichází pro operaci oboustranné tříselné kýly a pupeční kýly.

K402 Oboustranná tříselná kýla bez neprůchodnosti nebo gangrény

K429 Pupeční kýla bez neprůchodnosti nebo gangrény

výkony:

51711 VÝKON LAPAROSKOPICKÝ A TORAKOSKOPICKÝ

90838 (DRG) HERNIOPLASTIKA OBOUSTRANNÁ PRIMÁRNÍ LAPAROSKOPICKY

51517 OPERACE KÝLY S POUŽITÍM ŠTĚPU ČI IMPLANTÁTU, OPERACE KÝLY NEBO KÝLY V JIZVĚ S POUŽITÍM ŠTĚPU ČI IMPLANTÁTU

- 1) V případě konverze z laparoskopie na laparotomii se vykáže 51713 (diagnostická laparoskopie) a k tomu laparotomický výkon.
- 2) V případě odmítnutých souběžných výkonů doporučujeme individuální komunikaci s konkrétní pojišťovnou, a to dopředu před provedením výkonů.

Sepse

Měla bych všeobecný dotaz ohledně vykázání sepse A41.9

např. pacient přijat v septickém stavu na JIP, CRP 355 mg/l, Interleukin 1122 ng/l, popř. vysoký Prokalcitonin. Od počátku léčby nasazena ATB, antipyretika, nedochází k vysokým febriliím, hemokultura neodebrána, nebo negativní. Orgánová dysfunkce je přítomna - respirační, kardiální, kardiovaskulární (změna SOFA skóre nejméně o 2 body)

Je možné kódovat A41.9 pokud lékař diagnostikuje septický stav na základě klinického stavu pacienta (s podmínkou změny SOFA skóre nejméně o 2 body) nebo je pozitivní hemokultura podmínkou k vykázání A41x?

4.1.1 Pravidlo pro kódování sepse

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

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

Komentář k pravidlu:

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

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

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

Vykazování sepse na pozici VDG se řídí pravidlem 3.2.

Sepse

Měla bych všeobecný dotaz ohledně vykázání sepse A41.9

např. pacient přijat v septickém stavu na JIP, CRP 355 mg/l, Interleukin 1122 ng/l, popř. vysoký Prokalcitonin. Od počátku léčby nasazena ATB, antipyretika, nedochází k vysokým febriliím, hemokultura neodebrána, nebo negativní. Orgánová dysfunkce je přítomna - respirační, kardiální, kardiovaskulární (změna SOFA skóre nejméně o 2 body)

Je možné kódovat A41.9 pokud lékař diagnostikuje septický stav na základě klinického stavu pacienta (s podmínkou změny SOFA skóre nejméně o 2 body) nebo je pozitivní hemokultura podmínkou k vykázání A41x?

Dle pravidla 4.1.1 není podmínkou vykázání sepse pozitivní hemokultura

Chronický subdurální hematóm

Pacient s náhle vzniklou zmateností, susp. pokles koutku, volána RZP pro susp. iCMP, vážne řeč, neumí se vyjádřit, neposlouchala PHK, chodící samost. Trauma nepamatuje, neguje.

Dle CT chronický SDH FTP vlevo, indik. k trepanaci a drenáži.

Po OP na stand NCH odd. afebrilní, KP komp., postupně vertikalizován, rána se hojí ppi. 28.2. kontr CT mozku kde reziduum tekutiny cca 1/3 - 1/2 od původního množství, proplach SD drénu 29.2. zlepšení řeči, SD neodvadí, proto ex.

HDG změním z lékařem stanovené I620 na S0650.

Tím pádem potřebuji určit Klasifikaci zranění dle AIS.

Jak toto určit, když k traumatu nedošlo?

Chronický subdurální hematóm

Pacient s náhle vzniklou zmateností, susp. pokles koutku, volána RZP pro susp. iCMP, vážne řeč, neumí se vyjádřit, neposlouchala PHK, chodící samost. Trauma nepamatuje, neguje.

Dle CT chronický SDH FTP vlevo, indik. k trepanaci a drenáži.

Po OP na stand NCH odd. afebrilní, KP komp., postupně vertikalizován, rána se hojí ppi. 28.2. kontr CT mozku kde reziduum tekutiny cca 1/3 - 1/2 od původního množství, proplach SD drénu 29.2. zlepšení řeči, SD neodvadí, proto ex.

HDG změním z lékařem stanovené I620 na S0650.

Tím pádem potřebuji určit Klasifikaci zranění dle AIS.

Jak toto určit, když k traumatu nedošlo?

HDG: I62.0 – Neúrazové subdurální krvácení

Ve zdravotnické dokumentaci není o traumatu žádná informace, doporučujeme proto na pozici HDG vykázat kód I62.0

Profylaktická hysterektomie pro BRCA pozitivitu

Pacientka s prokázanou mutací v BRCA 2 genu byla přijata k provedení hysterektomie s adnexektomií a oboustranné mastektomie.

Profylaktická hysterektomie pro BRCA pozitivitu

Pacientka s prokázanou mutací v BRCA 2 genu byla přijata k provedení hysterektomie s adnexektomií a oboustranné mastektomie.

HDG: Z40.0 – Profylaktický operační výkon pro rizikové faktory spojené se zhoubnými novotvary

Akutní cévní uzávěr u onkologického pacienta

Pacient s tu močového měchýře v OA přijat pro akutní cévní uzávěr AFC, AFS, AFP vpravo. Indikován k terapii kontinuálním heparinem. Pak podávána antikoagulační terapie v terapeutické dávce. Pacient indikován k aortofemorálnímu bypassu vpravo. Nález však inoperabilní. Pooperačně postupně stabilizován a rehabilitován. Ze stran hematurie, konzultován urolog. Stran antibiotické terapie konzultován infektolog. Za hospitalizace verifikovaná pneumonie na rtg srdce a plíce. Nastavena léčba dle internisty. V laboratoři postupný pokles zánětlivých parametrů. Antibiotika dle infekčního konzilia vysazena. Na kontrolním rtg snímku regrese zánětlivého ložiska. Nález konzultován s pneumologem, který indikuje PET-CT, které prokázalo hypermetabolický urotelový TU v pánvičce a dolním kalichu levé ledviny - meta či duplicita., celkem 4 hypermetabolická meta ložiska v obou plicních křídlech, hypermetabolickou meta pravé nadledviny a hypermetabolické vícečetné meta skeletu. Následně konzultace s onkology. Rána v tříse komplikovaná tvorbou seromu a následně dehiscence rány. Opakované převazy. Dne 4.2.2024 propuštěn do ambulantní péče v celkově dobrém stavu, rána se hojí sekundárně. Při dimisi kardiopulmonálně stabilní, bez kašle, bez dušnosti, afebrilní.

- 1. Lze použít výkon 54190 OSTATNÍ REKONSTRUKCE TEPEN A BYPASSY + DRG marker 07429 - Revize tepen stehna pro inoperabilní nález chirurgicky? Pokud nelze v tomto případě použít DRG marker, tak v jakých případech čistě hypoteticky použít lze?**
- 2. A jak kódovat diagnózy?**

Akutní cévní uzávěr u onkologického pacienta

OP protokol:

Revize třísla I.dx. - Inoperabilní nález na AFC, AFS, AFP I. dx

Polymorbidní pacient s Ca MM (recidiva) indikován k pokusu o aortounifemorální bypass I.dx pro akutní cévní chirurgický uzávěr AFC, AFS, AFP s úlevou obtíží po terapii Heparinem. Původní pokus o cévní rekonstrukce vlevo z roku 2017, kde nález vlevo inop. Vzhledem k malignímu onemocnění na MM a těžké podvýživě pacienta od **aortounifemorálního bypassu primárně odstupujeme**, proto pokus o revizi třísla vpravo/embolektomii.

V klidné CA a poloze na zádech po zvyklé přípravě OP, řezem v třísle I.dx postupně preparujeme AFC, AFS, AFP, tepny třísla v celém dostupném rozsahu těžce ateromatické, nestlačitelná, není možnost ani dát svorku na tepny, z tohoto důvodu není možnost provést ani embolektomii.

Nález hodnotíme jako **inoperabilní**. Pacient je v případě zhoršení stavu chirurgicky neřešitelný. Sutura fascie, podkoží a intradermální steh na kůži. Suché krytí.

Akutní cévní uzávěr u onkologického pacienta

Pacient s tu močového měchýře v OA přijat pro akutní cévní uzávěr AFC, AFS, AFP vpravo. Indikován k terapii kontinuálním heparinem. Pak podávána antikoagulační terapie v terapeutické dávce. Pacient indikován k aortofemorálnímu bypassu vpravo. Nález však inoperabilní. Pooperačně postupně stabilizován a rehabilitován. Ze stran hematurie, konzultován urolog. Stran antibiotické terapie konzultován infektolog. Za hospitalizace verifikovaná pneumonie na rtg srdce a plíce. Nastavena léčba dle internisty. V laboratoři postupný pokles zánětlivých parametrů. Antibiotika dle infekčního konzilia vysazena. Na kontrolním rtg snímku regrese zánětlivého ložiska. Nález konzultován s pneumologem, který indikuje PET-CT, které prokázalo hypermetabolický urotelový TU v pánvičce a dolním kalichu levé ledviny - meta či duplicita., celkem 4 hypermetabolická meta ložiska v obou plicních křídlech, hypermetabolickou meta pravé nadledviny a hypermetabolické vícečetné meta skeletu. Následně konzultace s onkology. Rána v třísele komplikovaná tvorbou seromu a následně dehiscence rány. Opakované převazy. Dne 4.2.2024 propuštěn do ambulantní péče v celkově dobrém stavu, rána se hojí sekundárně. Při dimisi kardiopulmonálně stabilní, bez kašle, bez dušnosti, afebrilní.

- 1. Lze použít výkon 54190 OSTATNÍ REKONSTRUKCE TEPEN A BYPASSY + DRG marker 07429 - revize tepen stehna pro inoperabilní nález chirurgicky? Pokud nelze v tomto případě použít DRG marker, tak v jakých případech čistě hypoteticky použít lze?**

Výkon 54190 nelze vykázat, jelikož nebyl proveden celý (dokončen) a vykazuje se pouze DRG marker 07429, který označuje, že šlo o revizi pro inoperabilní nález.

Akutní cévní uzávěr u onkologického pacienta

3.2 Vedlejší diagnózy

Vedlejší diagnóza (VDG) je stav, který existoval při přijetí nebo vznikl během hospitalizačního případu a měl vliv na péči alespoň jedním z těchto způsobů:

- a) byl důvodem klinického vyšetření,
- b) byl předmětem terapeutického zásahu nebo léčby (včetně podávání chronické medikace),
- c) byl důvodem cílené diagnostiky,
- d) vyžadoval zvýšenou ošetrovatelskou péči a/nebo kontinuální monitorování.

Stavy, které se vztahují k období před hospitalizací a které nemají vliv na průběh hospitalizačního případu, nekódujeme.

2.3.3 Podvojně kódování

Při podvojném kódování se vztahují dva kódy k jednomu stavu.

Pořadí kódů je určeno pravidly pro výběr hlavní diagnózy a pro pořadí diagnóz (3.1, 3).

Do podvojněho kódování patří:

- podvojně kódování v systému křížek – hvězdička,
- podvojně kódování mimo systém křížek – hvězdička,
 - zhoubné novotvary v sekundární lokalizaci (metastázy): ke kódu zhoubného novotvaru v sekundární lokalizaci vykazujeme zároveň kód primárního zhoubného novotvaru,

Akutní cévní uzávěr u onkologického pacienta

Pacient s tu močového měchýře v OA přijat pro akutní cévní uzávěr AFC, AFS, AFP vpravo. Indikován k terapii kontinuálním heparinem. Pak podávána antikoagulační terapie v terapeutické dávce. Pacient indikován k aortofemorálnímu bypassu vpravo. Nález však inoperabilní. Pooperačně postupně stabilizován a rehabilitován. Ze stran hematurie, konzultován urolog. Stran antibiotické terapie konzultován infektolog. Za hospitalizace verifikovaná pneumonie na rtg srdce a plíce. Nastavena léčba dle internisty. V laboratoři postupný pokles zánětlivých parametrů. Antibiotika dle infekčního konzilia vysazena. Na kontrolním rtg snímku regrese zánětlivého ložiska. Nález konzultován s pneumologem, který indikuje PET-CT, které prokázalo hypermetabolický urotelový TU v pánvičce a dolním kalichu levé ledviny - meta či duplicita., celkem 4 hypermetabolická meta ložiska v obou plicních křídlech, hypermetabolickou meta pravé nadledviny a hypermetabolické vícečetné meta skeletu. Následně proběhla konzultace s onkology. Rána v tříse komplikovaná tvorbou seromu a následně dehiscence rány. Opakované převazy. Dne 4.2.2024 propuštěn do ambulantní péče v celkově dobrém stavu, rána se hojí sekundárně. Při dimisi kardiopulmonálně stabilní, bez kašle, bez dušnosti, afebrilní.

HDG: I74.3 – Embolie a trombóza tepen DK

VDG: J18.9 – Pneumonie NS

T81.3 – Roztržení (disrupce) operační rány NJ

R31 – Neurčená hematurie

C67.9 – ZN Močový měchýř NS

C65 – ZN Zhoubný novotvar ledvinné pánvičky

C78.0 – Sekundární ZN plic

C79.7 – Sekundární ZN nadledviny

C79.5 – Sekundární ZN kosti a kostní dřeň

Děkujeme Vám za pozornost

zbynek.bortlicek@uzis.cz

tomas.pavlik@uzis.cz

irena.molinari@uzis.cz

miroslav.zvolsky@uzis.cz