

Věstník

Ročník **2026**

MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ

ČESKÉ REPUBLIKY

Částka 12

Vydáno: 24. září 2026

OBSAH:

1. Metodika pro časný záchyt chronického onemocnění ledvin v ČR 3

Metodika

pro časný záchyt chronického onemocnění ledvin v České republice

Autorský kolektiv:**Národní screeningové centrum Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR**

- Ing. Eva Nevrtalová, Ph.D.
- Mgr. Pavel Němec, Ph.D.
- Mgr. Kateřina Hejčmanová
- RNDr. Ondřej Májek, Ph.D.
- PhDr. Karel Hejduk

Česká nefrologická společnost

- prof. MUDr. Ivan Rychlík, CSc., FASN, FERA, FISN
- prof. MUDr. Ondřej Viklický, CSc.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

- MUDr. Petr Šonka
- doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP

- MUDr. Richard Pikner, Ph.D.
- prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA
- MUDr. Daniel Rajdl, Ph.D.
- doc. Ing. Drahomíra Springer, Ph.D.

Česká diabetologická společnost ČLS JEP

- prof. MUDr. Martin Prázný, CSc., Ph.D.

Obsah

Obsah	5
1 Úvod.....	6
1.1 Cíl a účel metodiky.....	6
1.2 Definice.....	6
2 Cílová populace a frekvence vyšetření	7
2.1 Rizikové skupiny pro časný záchyt CKD	7
3 Sledované parametry a laboratorní výkony	7
3.1 Odhad glomerulární filtrace (eGFR).....	7
3.2 Poměr albumin/kreatinin v moči (uACR)	8
3.3 Ověření pozitivního nálezu.....	9
3.4 Pokyny pro laboratoře	9
4 Klasifikace stadií CKD podle kombinace kategorií A (albuminurie) a G (eGFR).....	9
5 Doporučený postup péče při kombinaci hodnot kategorií A a G.....	10
5.1 Doporučený postup péče podle zjištěného rizika (specifický pro ČR).....	11
5.1.1 Doporučená režimová a léčebná opatření dle rozdělení.....	11
5.1.2 Doporučená režimová a léčebná opatření podle míry rizika	12
5.2 Pokyny pro indikující lékaře.....	13
6 Odpovědnost poskytovatelů zdravotních služeb	13
6.1 Poskytovatelé zdravotních služeb zapojení do časného zachytu CKD	13
6.2 Zdravotnická dokumentace	13
7 Zdroje.....	13
8 Přehled zkratk	15
9 Přílohy.....	17
9.1 Příloha 1: Převody jednotek z KDIGO	17
9.2 Příloha 2: Výkony vykazované pro vyšetření eGFR a uACR pro účely časného zachytu CKD	18
9.3 Příloha 3: Vyšetření uACR (poměr albumin/kreatinin v moči).....	19
9.4 Příloha 4: Pokyny pro laboratoře.....	20
9.5 Příloha 5: Pokyny pro indikující lékaře	21

1 Úvod

Metodika stanovuje jednotný postup pro časný záchyt chronického onemocnění ledvin (dále jen „CKD“) v České republice (ČR) a vytváří rámec pro systematickou identifikaci osob se zvýšeným rizikem vzniku nebo progresu tohoto onemocnění. Vychází z aktuálně doporučeného postupu České nefrologické společnosti (ČNS) pro diagnostiku a léčbu CKD u praktických lékařů a z novelizované vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, ve znění účinném ke dni 1. ledna 2026, (dále jen „vyhláška č. 70/2012 Sb.“).

Metodika je založena na mezinárodních *doporučeních* Kidney Disease: Improving Global Outcomes (dále jen „KDIGO“), která jsou přizpůsobena podmínkám českého zdravotnického systému. Jednotlivé postupy a doporučení jsou specifikovány pro prostředí ČR, včetně nově zavedených zdravotních výkonů platných od 1. ledna 2026. Časný záchyt CKD je založen na vyšetření a hodnocení parametrů uACR (poměr albumin/kreatinin v moči) a eGFR (odhad glomerulární filtrace z kreatininu podle rovnice CKD-EPI) a na stanovení kombinace kategorií CKD A (albuminurie) a G (eGFR), včetně doporučení pro dispenzarizaci pacientů a zahájení odpovídajících intervencí. Včasný záchyt onemocnění snižuje riziko progresu do konečného stadia CKD, výskytu kardiovaskulárních komplikací i předčasného úmrtí. Vzhledem k dostupnosti moderní renoprotektivní terapie je zásadní CKD včas zachytit a léčit. V ČR je záchyt CKD součástí preventivních prohlídek u praktických lékařů podle vyhlášky č. 70/2012 Sb. Doporučený postup ČNS zdůrazňuje význam cíleného preventivního sledování CKD u rizikových skupin s využitím laboratorních vyšetření, která mohou být doplněna o související signální a výpočtové výkony laboratoře, jež nemají stanovené bodové ohodnocení.

1.1 Cíl a účel metodiky

Cílem metodiky je:

- identifikovat CKD v časných stádiích onemocnění (G1–G3, A1–A2),
- klasifikovat riziko progresu CKD na základě kombinace kategorií A (albuminurie) a G (odhad glomerulární filtrace),
- zajistit včasné zahájení odpovídajících intervencí a indikaci návazné péče, včetně odeslání pacientů k lékařům s příslušnou specializovanou způsobilostí v oboru nefrologie, endokrinologie a diabetologie, kardiologie a další.

1.2 Definice

CKD je definováno jako přetrvávající porucha struktury nebo funkce ledvin trvající déle než tři měsíce, která má dopad na zdraví pacienta (nejtypičtěji snížená eGFR $<1 \text{ ml/s/1,73 m}^2$ nebo přítomnost albuminurie). Klasifikace stupně CKD je založena na určení příčiny CKD, hodnotě GFR (dané jako eGFR CKD-EPI) a stupni albuminurie (dané jako uACR). CKD postihuje každého desátého dospělého obyvatele vyspělých zemí a představuje rizikový faktor pro kardiovaskulární morbiditu a mortalitu.

2 Cílová populace a frekvence vyšetření

Cílovou populaci pro časný záchyt CKD tvoří obecná populace a osoby se zvýšeným rizikem vzniku nebo progresu CKD.

Cílová skupina	Frekvence vyšetření
Obecná populace	Časný záchyt CKD v rámci preventivních prohlídek u VPL každé 2 roky od 50 let věku.
Rizikové skupiny	Jednou ročně nebo každých 3–12 měsíců podle míry rizika a doporučeného postupu ČNS.

2.1 Rizikové skupiny pro časný záchyt CKD

Riziková skupina
Pacienti s diabetes mellitus (1. nebo 2. typu)
Pacienti s arteriální hypertenzí
Pacienti s kardiovaskulárními onemocněními (ischemickou chorobou srdeční, srdečním selháním, ischemickou chorobou dolních končetin, cévní mozkovou příhodou nebo fibrilací síní)

3 Sledované parametry a laboratorní výkony

Časná diagnostika CKD je založena na hodnocení dvou základních parametrů doporučených ČNS a mezinárodními doporučeními KDIGO: odhadované glomerulární filtrace (eGFR) a poměru albumin/kreatinin v moči (uACR). Laboratorní vyšetření těchto parametrů zajišťuje poskytovatel zdravotních služeb, který má oprávnění k poskytování zdravotních služeb v oboru klinická biochemie (odbornost 801 – klinická biochemie).

3.1 Odhad glomerulární filtrace (eGFR)

Parametr eGFR představuje odhad glomerulární filtrace vypočtený z koncentrace kreatininu v séru pomocí rovnice CKD-EPI. Vyšetření se provádí ze vzorku periferní krve.

Vykazované výkony:

Kód výkonu	Název výkonu	Charakteristika
81499	KREATININ	Stanovení kreatininu v séru (základní výkon). S tímto výkonem se současně vykazuje výkon 81902.
81902	ODHAD GLOMERULÁRNÍ FILTRACE (eGFR) Z KREATININU V SÉRU DLE ROVNICE CKD-EPI	Odhad eGFR dle rovnice CKD-EPI (signální výpočtový výkon). Vykazuje se společně s výkonem 81499 – KREATININ. Současně se vykazuje také výkon 81904.
81904	HODNOCENÍ STÁDIA CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ LEDVIN (CKD) DLE ODHADU GLOMERULÁRNÍ FILTRACE (eGFR)	Hodnocení stadia CKD podle hodnoty eGFR (interpretační signální výkon). Výstupem je zařazení do kategorií G1–G5. Výkon musí být vykázán současně s výkonem 81902.

3.2 Poměr albumin/kreatinin v moči (uACR)

Parametr uACR představuje kvantitativní stanovení albuminu a kreatininu v moči a vyjádření jejich vzájemného poměru. Vyšetření se provádí přednostně z prvního ranního vzorku moči nebo z náhodného vzorku. Výsledek je uváděn v jednotkách g/mol nebo mg/mmol.

Výkony vykazované při vyšetření uACR (poměr albumin/kreatinin v moči)

Kód výkonu	Název výkonu	Popis
81675	uACR (POMĚR ALBUMIN/KREATININ V MOČI)	Kvantitativní stanovení albuminu v moči a jeho poměru ke kreatininu stanovenému ve stejném vzorku moči. Výsledkem je hodnota poměru albumin/kreatinin. Současně se vykazují výkony 81499 – KREATININ a 81900 .
81499	KREATININ	Stanovení kreatininu v moči. Výkon se vykazuje současně s výkonem 81675 .
81900	HODNOCENÍ STÁDIA CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ LEDVIN (CKD) PODLE uACR (POMĚR ALBUMIN/KREATININ V MOČI)	Hodnocení stadia CKD podle hodnoty uACR (interpretační signální výkon). Výstupem je zařazení do kategorií A1–A3 . Výkon musí být vykázán současně s výkonem 81675 .

Poznámka: Výkony **81900**, **81902** a **81904** jsou signální výkony bez finančního dopadu (bez bodového ohodnocení), jejich vykazování je však nezbytné pro správnou diagnostiku a klasifikaci CKD. Vyšetření jsou prováděna v laboratořích v odbornosti **801 – klinická biochemie**.

3.3 Ověření pozitivního nálezu

V případě pozitivního nálezu (viz Tabulka 1) je nezbytné výsledek ověřit opakovaným vyšetřením s odstupem přibližně tří měsíců od předchozího vyšetření. Ošetřující lékař zajistí kontrolní odběr biologického materiálu a jeho odeslání do laboratoře. Cílem opakovaného vyšetření je potvrzení trvalého charakteru zjištěné odchylky a vyloučení přechodných či náhodných změn laboratorních hodnot.

3.4 Pokyny pro laboratoře

Při požadavku na vyšetření mikroalbuminurie nebo uACR laboratoř vždy provede vyšetření uACR, včetně hodnocení stadia CKD v kategoriích A1–A3, a vykáže výkony 81675, 81499 a 81900.

Při požadavku na stanovení kreatininu v séru nebo vyšetření eGFR laboratoř vždy provede výpočet eGFR, včetně hodnocení stadia CKD v kategoriích G1–G5, a vykáže výkony 81499, 81902 a 81904.

Všechny výsledky laboratorních vyšetření, provedené výpočty a hodnocení stadia CKD musí být uvedeny v laboratorním nálezu (výsledkové zprávě). Laboratoř předává laboratorní nález indikujícímu poskytovateli zdravotních služeb v listinné nebo elektronické podobě.

4 Klasifikace stadií CKD podle kombinace kategorií A (albuminurie) a G (eGFR)

CKD se podle doporučení ČNS klasifikuje na základě kombinace hodnot odhadované glomerulární filtrace (eGFR; kategorie G) a poměru albumin/kreatinin v moči (uACR; kategorie A). Tato klasifikace umožňuje posouzení rizika progresu onemocnění, vzniku kardiovaskulárních komplikací a mortality.

Kategorie G (podle eGFR v ml/s/1,73 m²)

- **G1:** $\geq 1,50$ (normální nebo vysoká hodnota eGFR)
- **G2:** 1,00–1,49 (mírně snížená hodnota eGFR)
- **G3a:** 0,75–0,99 (mírně až středně snížená hodnota eGFR)
- **G3b:** 0,50–0,74 (středně až výrazně snížená hodnota eGFR)
- **G4:** 0,25–0,49 (výrazně snížená hodnota eGFR)
- **G5:** $<0,25$ (selhání ledvin)

Kategorie A (podle uACR v mg/mmol)

- **A1:** <3 (normální až mírně zvýšená albuminurie)
- **A2:** 3–30 (středně zvýšená albuminurie)
- **A3:** > 30 (výrazně zvýšená albuminurie)

Tato klasifikace slouží jako podklad pro rozdělení rizika pacientů s CKD a pro stanovení dalšího diagnostického, dispenzárního a terapeutického postupu.

Obrázek 1 Stádia CKD

Stádia CKD				
Kategorie GFR ml/s/1,73 m ²	eGFR		ALBUMINURIE	
	G1	>1,5	Kategorie	albumin/kreatinin (ACR) v moči
	G2	1,0-1,49		mg/mmol mg/g
	G3a	0,75-0,99	A1	<3 <30
	G3b	0,5-0,74	A2	3-30 30-300
	G4	0,25-0,49	A3	>30 >300
	G5	<0,25		
Sledování pacientů s CKD u praktických lékařů				
G1-2, A1: PL T2D konzultace diabetologa		G3, A2: PL T2D konzultace nebo dispenzarizace u diabetologa Konzultace internisty, kardiologa, nefrologa dle dg		G4-5, A3: PL Vždy konzultace nebo dispenzarizace u nefrologa, internisty T2D konzultace nebo dispenzarizace u diabetologa

5 Doporučený postup péče při kombinaci hodnot kategorií A a G

Na základě doporučeného postupu ČNS, který vychází z doporučení KDIGO, se riziko progrese CKD rozděluje do čtyř úrovní. Klasifikace slouží k rozhodování o dalším sledování pacienta, indikaci léčebných opatření a případném odeslání ke specialistovi. Hodnocení provádějí lékaři podílející se na péči o pacienty s rizikem CKD, zejména lékaři s příslušnou specializovanou způsobilostí v oboru nefrologie, endokrinologie a diabetologie, kardiologie a další ve spolupráci PL.

Tabulka 1 Riziko vzniku a progrese CKD

KATEGORIE A (mg/mmol) G (ml/s/1,73 m ²)	A1 (<3)	A2 (3–30)	A3 (>30)
G1 (≥1,50)	Nízké riziko	Střední riziko	Vysoké riziko
G2 (1,0–1,49)	Nízké riziko	Střední riziko	Vysoké riziko
G3a (0,75–0,99)	Střední riziko	Vysoké riziko	Velmi vysoké riziko
G3b (0,50–0,74)	Vysoké riziko	Velmi vysoké riziko	Velmi vysoké riziko
G4 (0,25–0,49)	Velmi vysoké riziko	Velmi vysoké riziko	Velmi vysoké riziko
G5 (<0,25)	Velmi vysoké riziko	Velmi vysoké riziko	Velmi vysoké riziko

5.1 Doporučený postup péče podle zjištěného rizika (specifický pro ČR)

5.1.1 Doporučená režimová a léčebná opatření dle rozdělení

A. Režimová opatření

Režimová opatření jsou doporučena u všech kategorií rizika. Jedná se zejména o podporu zdravého životního stylu zahrnující ukončení kouření, dodržování zdravé stravy, redukci nadváhy, přiměřený příjem tekutin a pravidelnou aerobní fyzickou aktivitu v rozsahu přibližně 150 minut týdně.

B. Farmakoterapie (hlavní zásady)

Renoprotektivní medikace

- blokátory systému RAS (ACEi a ARB) – renoprotektivní, antiproteinurický a antihypertenzní účinek; doporučeny u všech pacientů, pokud nejsou kontraindikovány, zpravidla v maximální tolerované dávce,
- inhibitory SGLT2 (SGLT2i) při eGFR > 0,33 ml/s/1,73 m²; doporučeny u všech pacientů, pokud nejsou kontraindikovány,
- antagonisté mineralokortikoidních receptorů (MRA; finerenon) u pacientů s diabetem mellitus 2. typu a kategorií A2–A3,
- agonisté receptoru GLP-1 (GLP-1 RA) u pacientů s diabetem mellitus 2. typu a kategorií A2–A3.

Hypolipidemická medikace

Doporučuje se u všech pacientů s diabetem mellitus a/nebo aterosklerotickým kardiovaskulárním onemocněním a u pacientů starších 50 let:

- statin,
- případně kombinace statinu s ezetimibem.

Antihypertenzivní medikace

- dihydropyridinové blokátory kalciových kanálů (CCB),
- betablokátory,
- diuretika.

Cílové hodnoty krevního tlaku (na základě standardizovaného opakovaného měření):

- u všech pacientů dle tolerance: systolický krevní tlak přibližně 120 mmHg,
- po transplantaci ledviny: krevní tlak 130/80 mmHg.

Antidiabetická medikace

- metformin u pacientů s diabetem mellitus 2. typu při eGFR > 0,5 ml/s/1,73 m².

C. Specifická opatření

- kyselina acetylsalicylová (ASA) u pacientů s aterosklerózou,
- opatření zajišťovaná zejména nefrologem v rámci predialyzační péče:
 - management renální anémie (diferenciální diagnostika příčin, metabolismus a suplementace železa, vitamin B12, foláty, léčba ESA),
 - management kostní choroby (dieta s omezením příjmu fosfátů, farmakoterapie poruch metabolismu kalcia, fosforu a parathormonu, DEXA),
 - management metabolické acidózy (bikarbonát) a prevence hyperkalémie,
 - sledování a úprava tekutinové bilance včetně kombinační léčby diuretiky.

5.1.2 Doporučená režimová a léčebná opatření podle míry rizika vzniku a progresu CKD

Nízké riziko

Pacient je sledován praktickým lékařem každé 2 roky v rámci preventivních prohlídek. Doporučena jsou režimová opatření a kontrola rizikových faktorů. Odeslání ke specialistovi je indikováno pouze při přítomnosti jiných klinických důvodů.

Střední riziko

Pacient je sledován praktickým lékařem nebo lékařem s příslušnou specializovanou způsobilostí v oboru nefrologie, endokrinologie a diabetologie, kardiologie a dalších oborů v intervalu přibližně 12 měsíců. Doporučena jsou režimová opatření a farmakoterapie. Odeslání k nefrologovi je indikováno zejména při progresi onemocnění.

Vysoké riziko

Pacient je sledován lékařem s příslušnou způsobilostí v oboru nefrologie, endokrinologie a diabetologie, kardiologie nebo vnitřní lékařství v intervalu přibližně 6 měsíců. Doporučena jsou režimová opatření a farmakoterapie. Pacient má být odeslán k nefrologovi ke komplexnímu vyšetření a zvážení dalších specifických opatření.

Velmi vysoké riziko

Pacient má být odeslán k nefrologovi zpravidla do jednoho měsíce, v urgentních případech neodkladně nebo po předchozí konzultaci. Doporučená frekvence sledování je každé 1–3 měsíce. Součástí péče jsou režimová opatření, specifická léčebná opatření, příprava na ledvinovou substituční terapii (dialýzu nebo transplantaci) a multidisciplinární spolupráce včetně lékaře s příslušnou způsobilostí v oboru endokrinologie a diabetologie a kardiologie.

Podezření na akutní poškození ledvin

Při rychlém poklesu eGFR nebo podezření na akutní poškození ledvin je indikováno urgentní odeslání na interní oddělení nebo nefrologické pracoviště; obvykle je nutná hospitalizace.

5.2 Pokyny pro indikující lékaře

1. Při požadavku na vyšetření mikroalbuminurie nebo uACR bude vždy provedeno vyšetření uACR včetně hodnocení stadia CKD v kategoriích A1–A3.
2. Při požadavku na vyšetření kreatininu v séru nebo eGFR bude vždy proveden výpočet eGFR podle rovnice CKD-EPI včetně hodnocení stadia CKD v kategoriích G1–G5.
3. Výsledky laboratorních vyšetření včetně provedených výpočtů a hodnocení stadia CKD jsou indikujícímu poskytovateli zdravotních služeb předávány laboratoří formou laboratorního nálezu v listinné nebo elektronické podobě.

6 Odpovědnost poskytovatelů zdravotních služeb

Poskytovatelé zdravotních služeb zapojení do časného zachytu CKD odpovídají za identifikaci osob se zvýšeným rizikem chronického onemocnění ledvin, provedení příslušných vyšetření, vyhodnocení výsledků a zajištění návazné péče v souladu s touto metodikou.

6.1 Poskytovatelé zdravotních služeb zapojení do časného zachytu CKD

Na časném zachytu CKD se podílejí lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství v rámci preventivních prohlídek a dále lékaři s příslušnou způsobilostí v oboru nefrologie, endokrinologie a diabetologie, kardiologie nebo vnitřní lékařství a dalších oborech podílejících se na péči o pacienty s rizikovými faktory nebo přidruženými onemocněními souvisejícími s CKD. Laboratorní vyšetření zajišťují klinické biochemické laboratoře.

6.2 Zdravotnická dokumentace

Výsledky provedených vyšetření, včetně jejich hodnocení a navazujících doporučení, se zaznamenávají do zdravotnické dokumentace pacienta vedené v podobě listinné, elektronické nebo v kombinaci obou těchto podob v souladu s platnými právními předpisy a vnitřními předpisy poskytovatele zdravotních služeb.

7 Zdroje

1. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.
2. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*.
3. Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
4. ČESKÁ NEFROLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Doporučený postup ČNS pro diagnostiku a léčbu CKD u praktických lékařů*. (2024) Ondřej Viklický, Ivan Rychlík za ČNS, Martin Prázny za ČDS, Bohumil Seifert, Petr Šonka za SVL. Dostupné z: <https://www.nefrol.cz>.

5. ČESKÁ NEFROLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Doporučené postupy České nefrologické společnosti* [online]. Praha: Česká nefrologická společnost [cit. 2026-07-23]. Dostupné z: <https://www.nefrol.cz>
6. KOVESDY, Csaba P., FURTH, Susan L. a ZOCCALI, Carmine. Obesity and Kidney Disease: Hidden Consequences of the Epidemic. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*. 2017, roč. 4. DOI: 10.1177/2054358117698669.
7. KDIGO. *KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease* [online]. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) [cit. 2026-07-23]. Dostupné z: <https://kdigo.org>

8 Přehled zkratk

Zkratka	Význam
ACEi	Inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (<i>Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors</i>)
ACR	Poměr albuminu ke kreatininu (<i>Albumin-to-Creatinine Ratio</i>)
ARB	Blokátory receptorů angiotenzinu II (<i>Angiotensin Receptor Blockers</i>)
ASA	Kyselina acetylsalicylová (<i>Acetylsalicylic Acid</i>)
BMI	Index tělesné hmotnosti (<i>Body Mass Index</i>)
CCB	Blokátory kalciových kanálů (<i>Calcium Channel Blockers</i>)
CKD	Chronické onemocnění ledvin (<i>Chronic Kidney Disease</i>)
CKD-EPI	Rovnice pro odhad glomerulární filtrace (<i>Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration</i>)
ČDS	Česká diabetologická společnost
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně.
ČNS	Česká nefrologická společnost
ČSKB	Česká společnost klinické biochemie
DEXA	Dual-energy X-ray absorptiometrie (<i>Dual-Energy X-ray Absorptiometry</i>)
DM	Diabetes mellitus
eGFR	Odhadovaná glomerulární filtrační rychlost (<i>Estimated Glomerular Filtration Rate</i>)
ESA	Erythropoiesis stimulující agens (<i>Erythropoiesis-Stimulating Agents</i>)
GLP-1 RA	Agonisté receptoru glukagonu podobného peptidu-1 (<i>Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists</i>)
KDIGO	<i>Kidney Disease: Improving Global Outcomes</i>
KRT	Ledvinová substituční terapie (<i>Kidney Replacement Therapy</i>)
MRA	Antagonisté mineralokortikoidních receptorů (<i>Mineralocorticoid Receptor Antagonists</i>)
NSC	Národní screeningové centrum
PTH	Parathormon (<i>Parathyroid Hormone</i>)

Zkratka	Význam
RAS	Renin-angiotenzinový systém (<i>Renin-Angiotensin System</i>)
SGLT2i	Inhibitory sodík-glukózového kotransportéru 2 (<i>Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitors</i>)
T2DM	Diabetes mellitus 2. typu (<i>Type 2 Diabetes Mellitus</i>)
TK	Krevní tlak

9 Přílohy

9.1 Příloha 1: Převody jednotek z KDIGO

KATEGORIE	eGFR (ml/s/1,73 m ²) (SI)	eGFR (ml/min/1,73 m ²) (KDIGO)
G1	≥1,50	≥90
G2	1,0–1,49	60–89
G3a	0,75–0,99	45–59
G3b	0,50–0,74	30–44
G4	0,25–0,49	15–29
G5	<0,25	<15

Přepočtový výpočet: 1 ml/s/1,73 m² = 60 ml/min/1,73 m²

KATEGORIE	uACR (mg/mmol) (SI)	uACR (mg/g) (KDIGO)
A1	<3	<30
A2	3–30	30–300
A3	>30	>300

Přepočtový výpočet: 1 mg/mmol = 8,84 mg/g

9.2 Příloha 2: Výkony vykazované pro vyšetření eGFR a uACR pro účely časného zachytu CKD

Vyšetření eGFR (odhad glomerulární filtrace dle CKD-EPI)		
Kód výkonu	Název výkonu	Popis
81499	KREATININ	Stanovení kreatininu v séru (základní výkon).
81902	ODHAD GLOMERULÁRNÍ FILTRACE (eGFR) Z KREATININU V SÉRU DLE ROVNICE CKD-EPI	Odhad eGFR dle CKD-EPI (signální výpočtový výkon).
81904	HODNOCENÍ STÁDIA CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ LEDVIN (CKD) DLE ODHADU GLOMERULÁRNÍ FILTRACE (eGFR)	Hodnocení stádia CKD dle eGFR (interpretační signální výkon, nabývá hodnoty G1–G5).

9.3 Příloha 3: Vyšetření uACR (poměr albumin/kreatinin v moči)

Vyšetření uACR (poměr albumin/kreatinin v moči)		
Kód výkonu	Název výkonu	Popis
81675	uACR (POMĚR ALBUMIN/KREATININ V MOČI)	Kvantitativní stanovení albuminu v moči a jeho poměru se stanovením kreatininu v moči ve stejném vzorku. Výsledné vyjádření je poměr albumin/kreatinin.
81499	KREATININ	Stanovení kreatininu v moči.
81900	HODNOCENÍ STÁDIA CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ LEDVIN (CKD) PODLE uACR (POMĚRU ALBUMIN/KREATININ V MOČI)	Hodnocení stadia CKD dle uACR (interpretační signální výkon, nabývá hodnoty A1–A3).

9.4 Příloha 4: Pokyny pro laboratoře

Pokyny
U všech požadavků na vyšetření mikroalbuminurie nebo uACR vždy provést vyšetření uACR (a hodnocení stádia CKD A1–A3) a vykázat výkony 81675, 81499 a 81900.
U všech požadavků na vyšetření kreatininu v séru nebo eGFR vždy vypočítat eGFR (a hodnocení stádia CKD G1–G5) a vykázat výkony 81499, 81902 a 81904.
Výsledky vyšetření, včetně provedených výpočtů a hodnocení stadií CKD, jsou laboratoří předávány indikujícímu poskytovateli zdravotních služeb prostřednictvím laboratorního nálezu v listinné nebo elektronické podobě.

9.5 Příloha 5: Pokyny pro indikující lékaře

Č.	Pokyny
1	Pokud je na žádance uveden požadavek na vyšetření mikroalbuminurie nebo uACR, bude vždy provedeno vyšetření uACR včetně hodnocení stadia CKD v kategoriích A1–A3.
2	Pokud je na žádance uveden požadavek na vyšetření kreatininu v séru nebo eGFR, bude vždy proveden výpočet eGFR dle rovnice CKD-EPI včetně hodnocení stadia CKD v kategoriích G1–G5.
3	Výsledky vyšetření, včetně provedených výpočtů a hodnocení stadií CKD, jsou laboratoří předávány indikujícímu poskytovateli zdravotních služeb prostřednictvím laboratorního nálezu v listinné nebo elektronické podobě.

