

# Metodika kódování diagnóz pro využití v IR-DRG

---

Verze 013

Autor / Autoři:	autoři: tým DRG Restart
Verze:	013
Datum:	18. 12. 2015

## Obsah

---

1.	Platná verze MKN-10.....	3
2.	Podklady pro kódování.....	3
3.	Metodický postup kódování diagnóz, patologických nálezů, okolností, důvodů kontaktu se zdravotními službami a vnějších příčin (dále „diagnózy“)	3
4.	Hlavní diagnóza .....	4
5.	Kódování stavů, pro něž platí systém křížků a hvězdiček.....	5
6.	Kódování komorbidit a jiných patologických nálezů jako vedlejší diagnózy .....	5
7.	Kódování komplikací zdravotní péče jako vedlejší diagnózy (blok T80-T88) .....	6
8.	Směrnice pro kódování dehydratace E86 při gastroenteritidě .....	6
9.	Směrnice pro kódování akutního infarktu myokardu I21 .....	6
10.	Směrnice pro kódování akutního respiračního selhání po operaci J95.1, J95.2 .....	6
11.	Směrnice pro kódování příznaků, znaků a abnormálních nálezů.....	7
12.	Směrnice pro kódování inkontinence stolice R15 .....	7
13.	Směrnice pro kódování imobility pacienta R26.3.....	7
14.	Směrnice pro kódování izolace Z29.0.....	8
15.	Směrnice pro kódování rehabilitace Z50.....	8
16.	Směrnice pro kódování chemoterapie a radioterapie Z51.0, Z51.1.....	9
17.	Kódování potenciálních problémů spojených s osobní nebo rodinnou anamnézou Z80-Z99 ..	10
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 .....	10

## 1. Platná verze MKN-10

---

Pro rok 2016 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)
- Tabelární 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 sebepečce, 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 příručka MKN-10, Abecední seznam MKN-10, Tabelární 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 pětimístné kódy; třímístný nebo čtyřmístný kód lze uvést pouze tehdy, neexistuje-li odpovídající pětimístný 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 nález 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 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)

Lze jako hlavní diagnózu vybrat i stav, který byl těžištěm poskytnuté zdravotní péče druhého přijetí. Příčemž 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 tračníku, 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 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 komorbidity 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 (blok T80-T88)

---

Komplikace zdravotní péče mají být kódovány vždy, nastanou-li v průběhu hospitalizace nebo v průběhu hospitalizace vyžadují zdravotní péči. **Vždy však v souladu s dikcí kódování vedlejších diagnóz (viz bod 6.)**

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

## 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 antivirotiky, 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 vyazuje 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

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 ošetrovatelský přístup

Pod samostatným terapeutickým a ošetrovatelským přístupem se rozumí intervence a ošetrovatelská 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 ošetrovatelskou 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, 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 nepřerušovaného 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 lumbalgií 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, překlad na akutní lůžko RHB k rozcvičení 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 nauzea 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:

1. 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 ustrojí v osobní anamnéze) může být použit jako dodatkový kód.
2. 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 vykázt následující diagnózy (při splnění uvedených podmínek)

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

- **R45.1 neklid a nepokoj**  
Podmínky pro vykázení 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 vykázaní 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 vykázaní 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 vykázaní Z74.1 - nesoběstačnost pacienta - pacient v kategorii K3, K4.

- **Z74.3 potřeba trvalého dozoru**

Podmínky pro vykázaní 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.