

# Manuál pro lékaře standardních COVID stanic

Dlouhý P., Štefan M., Chrdle A., Bartoš H.

Manuál obsahuje základní informace o diagnóze, léčbě a organizaci péče o pacienty s covidem-19 hospitalizované na standardních lůžkách.

## I. Diagnóza

- a) Pacient testován již před přijetím a přijímán s **dříve potvrzenou pozitivitou** antigenního či PCR testu – vždy zaznamenejte datum testu – důležité pro délku izolace
- b) **Antigenní rychlotest u pacienta s příznaky covidu-19**
  - pozitivní = diagnóza potvrzena; druhý vzorek odeslat na mikrobiologii k ověření metodou PCR
  - negativní = diagnózu nevylučuje; doplnit PCR statim či hodie
- c) **PCR SARS-CoV-2**
  - pozitivní = diagnóza potvrzena; již se neopakuje (během hospitalizace ani v rekonvalescenci)
  - negativní – při trvajícím podezření provést další PCR test v odstupu 1-3 dnů
- d) **Další laboratorní testy vstupně**
  - KO+dif (lymfopenie absolutně pod 1000/ $\mu$ l jako rizikový faktor)
  - biochemie (urea, kreatinin, minerály, jaterní testy, glukosa, CRP), m+s

*Fakultativně:*

  - moč: antigen legionely a pneumokoka (zvl. při jednostranném nálezů na rtg plic či negativitě PCR SARS-CoV-2)
  - PCR chřipka + RSV (v chřipkové sezóně)
  - sputum na kultivaci (pokud má pacient produktivní kašel)
  - d-dimery (zejména při podezření na tromboembolickou nemoc)
  - prokalcitonin (při CRP nad 100 a podezření na bakteriální superinfekci)
- e) **Zobrazení: rtg plic u každého pacienta v den přijetí**

**Prostý skiagram** může být normální na počátku onemocnění a u mírných forem. Jindy naopak překvapí nález oboustranných plicních infiltrátů typických pro virovou pneumonii u osob s minimálními příznaky. Konzolidace a denzity mléčného skla se pozorují v obou plicních křídlech spíše na periférii a bazálně, s pozvolnou progresí a maximem 10-12 dnů od počátku příznaků. Naopak rozsáhlejší jednostranný infiltrát svědčí spíše proti diagnóze covid-19. Skiagram je potřebný také k diagnóze komplikací – např. fluidothoraxu, pneumothoraxu, superinfekce. **CT plic** poskytuje lepší zobrazení, ale používá se zejména s angiografií při podezření na plicní embolii.

## II. Rizikové faktory závažnějšího průběhu a smrti

Zásadní je **vztah k věku**, do 39 let věku zemře 0,1 % pacientů, ve věku 40-49 let 0,4 %, 50-59 let 0,9 %, 60-69 let 2,4 %, 70-79 let 10,2 %, nad 80 let 29,8 % pacientů bez jiných rizikových faktorů. Významnými **rizikovými faktory** jsou:

- diabetes mellitus
- obezita s BMI nad 30
- arteriální hypertenze
- CHOPN a jiná chronická plicní onemocnění, nervosvalové postižení ovlivňující dýchání
- těžká orgánová dysfunkce kardiální, hepatální (cirhóza) nebo renální
- závažný imunodeficit, imunosupresivní léčba, probíhající onkologická léčba

**Klinické známky závažného stavu** jsou zejména:

- dušnost
- zchvácenost
- dehydratace a neschopnost orálního příjmu tekutin

- porucha vědomí (i kvalitativní – charakteru apatie, neklidu, zmatenosti)
- horečka nad 38,3 °C nereagující dostatečně na antipyretika
- hypoxémie: SpO<sub>2</sub> <93 % na vzduchu
- počet dechů nad 25/min (u dětí do 2 měsíců >60/min, 2-11 měsíců >50/min, 1-5 let >40/min)
- puls nad 125/min
- vyšší zánětlivé markery: CRP >100 mg/l, event.. ferritin >300 ug/l
- D-dimery >1 ug/l; současně jako známka rizika / přítomnosti tromboembolické komplikace

U některých pacientů s mírnými potížemi může dojít zhruba po týdnu k prudkému zhoršení stavu s respiračním selháním.

Rychlé zhoršení dušnosti s poklesem SpO<sub>2</sub> a tachykardií může být projevem plicní embolie (doplnit D-dimery, EKG, CTAngio).

### III. Klinické vyšetření – průběžné

- a) **Dušnost:** dechová frekvence, zapojování pomocných svalů, povrchové dýchání, potřeba sedět, zadýchávání se při řeči. Objektivizace pulsní oxymetrií (může být zkresleno chladnými akry, pohybem pacienta, arytmií; odečítat až po chvíli a při kvalitní pulsové křivce)
- b) **Poslechový nález na plicích:** vrzoty, pískoty, chrůpky
- c) **Tepová frekvence:** tachykardie, nepravidelná akce, nápadná bradykardie
- d) **Otoky DKK:** oboustranné při srdeční slabosti, jednostranné při trombóze
- e) **Dehydratace, diuréza:** oschlé sliznice, kožní řasa, tmavá moč malého množství, bilance tekutin, pozor na možnou retenci moče
- f) **Příjem stravy:** nauzea, zvracení, nechutenství (dotazem u pacienta i ošetřujícího personálu)

### IV. Konzultace intenzivisty či lékaře pověřeného dohledem

- hyposaturace pod 90% při oxygenoterapii 8-10 l/min polomaskou s rezervoárem
- porucha vědomí
- trvající hypotenze i po rehydrataci
- trvající tachykardie bez jasné příčiny
- progresivně se zhoršující pacient i při nesplnění předchozích kritérií

Pravidlo: konzultovat radši dříve a „zbytečně“, než později.

### V. Dokumentace

- datum počátku příznaků, datum antigenního / PCR testu !!
- sociální situace: s kým bydlí, kdo se o něj stará, kam se může vrátit, pečovatelská služba, domov seniorů
- funkční stav před covidem-19, soběstačnost a frailty score u seniorů
- v každém dekurzu přehled diagnóz, např.:
  - COVID-19, oboustranná pneumonie, PCR+ dne ...**
  - Izolace od 22.10.2020, 15:45 hodin**
  - Výčet všech aktivních diagnóz (zásadní pro lékaře ve službě, víkendovou vizitu)**

Event. existence rozvahy a případného zastropování smysluplné péče; plánované intervence.

### VI. Terapie

#### a) Oxygenoterapie

Podává se vždy při SpO<sub>2</sub> 93% a méně, průtok se upravuje s cílem 93-97%. Zahajujeme brýlemi 3 litry/O<sub>2</sub>/min, při vyšších průtocích se použije polomaska s rezervoárem. Zlepšení očekáváme v minutách. Pokud se stav nezlepší na 8-10 l/min maskou, voláme pomoc (atestovaný lékař/intenzivista) - ke zvážení HFNO resp. přijetí na JIP.

Pacienti s chronickým plicním onemocněním mohou být adaptováni na nižší hodnoty SpO<sub>2</sub> – cílová hodnota pak bývá 88-92%. V případě těžší CHOPN je třeba myslet na riziko hyperkapnie (sledovat stav vědomí a event. pokles pH v Astrupu).

#### b) Symptomatická léčba

- **antipyretika** v dostatečných dávkách, např. střídat paracetamol 3x1g, ibuprofen 3x400-600mg pokud není kontraindikace, metamizol = Novalgin 4x500mg, v případě potřeby paracetamol 1g i.v. nebo Novalgin 2ml i.v.
- **antitusika** při dráždivém kašli, dostatečná dávka (např. Codein 3x30mg, Stoptussin 4x40 kapek apod.)
- **expektorancia** jen při nemožnosti odkašlat (Mucosolvan, Erdomed, ACC Long, Ambrobene)
- **bronchodilatancia** při spastickém poslechovém nálezu (např. Ventolin, Berodual N nebo Atrovent N až 4x2 vdechy; Euphyllin 2x200mg p.o., Syntophyllin 240mg i.v.)
- **nebulizace** se standardně neprovádí (riziko aerosolu)

#### c) Remdesivir (Veklury)

- dospělý či dospívající (nad 12 let s hmotností nejméně 40 kg), za hospitalizace
- **s pneumonií vyžadující oxygenoterapii**
- s příznivou prognózou, u seniorů frailty score v pásmu 1-6
- indikaci podporuje přítomnost rizikových faktorů (lymfopenie, obezita, DM, hypertenze, CHOPN, hematologická malignita, vaskulitida)
- nutné podat včas, ideálně do 7 dnů od počátku příznaků
- nepodává se pacientům na umělé plicní ventilaci
- nepodává se při renální insuficienci eGFR < 30 ml/min, hepatopatii ALT vyšší než 5x norma
- podmínkou úhrady pojišťovnou je schválená žádanka v Portálu intenzivní péče MZ
- podává se 5 dnů, první den najednou 2 lahvičky (200mg), od druhého dne 100mg, vždy v 250ml FR, kapat alespoň 60 minut.

#### d) Dexamethason

Podává se za hospitalizace, u **pneumonie vyžadující oxygenoterapii (!!)**

- Dexamethason tbl. 4mg (= Fortecortin tbl. 4mg) 1,5 tbl. p.o. jednou denně
- pokud není pacient schopen přijímat perorálně, pak Dexamethason 6mg i.v. 1x denně; v případě výpadku lze nahradit Solu-Medrolem 40mg 1x denně i.v.

Podávání se zahajuje obvykle 6.-7. den od začátku příznaků a vysazuje najednou po 7-10 dnech. Nepodává se u osob významně imunokompromitovaných a při lymfopenii pod 0,5 absolutně. Inhibitor protonové pumpy se současně nepodává, pokud není jiný rizikový faktor krvácení do GIT. V průběhu léčby kortikoidy je třeba kontrolovat glykémie, kalium a hodnoty TK.

#### e) Nízkomolekulární heparin

Covid-19 je spojen s vyšším rizikem tromboembolických komplikací, proto se

- chronická antikoagulační medikace se nemění a nepřerušuje
- u všech ostatních pacientů se **zahajuje v den přijetí do nemocnice profylaxe enoxaparinem**
  - v dávce 40mg (4000 U) s.c. 1x denně
  - redukce dávky u nemocných s hmotností pod 50 kg, s významnou trombocytopenií, pokročilou renální insuficiencí
  - navýšení dávky při BMI ≥35 kg/m<sup>2</sup> na 60mg (6000 U) 1x denně
  - navýšení dávky při BMI ≥40 kg/m<sup>2</sup> na 40mg (4000 U) 2x denně
- sledování účinnosti terapie vyšetřením anti-Xa se běžně neprovádí, lze zvážit zejména u výrazně obézních či kachektických osob, při renální insuficienci, u gravidních a při zvýšeném riziku krvácení (od třetí dávky, odběr 4 hodiny po aplikaci, cílová hodnota u profylaxe je 0,2-0,4 IU/ml)

- **při propuštění se profylaxe ukončí;** u nemocných ve vysokém riziku tromboembolismu se pokračuje v aplikaci LMWH po dobu 2-6 týdnů po dimisi. Riziko možno posuzovat např. podle skóre IMPROVE-VTE (LMWH nutno ponechat nemocným se skóre  $\geq 4$  body; nebo  $\geq 2$  body při současné elevaci D-dimerů) případně na základě individuálního posouzení stavu (pozitivní anamnéza, známý trombofilní stav, obezita, aktivní onkologické onemocnění, trvající infekce, imobilizace) v kontextu rizika krvácení.
- tromboembolické komplikace (hluboká žilní trombóza, plicní embolie, cévní mozková příhoda, akutní končetinová ischemie) se diagnostikují a léčí dle standardních pravidel, obvykle 0,1 ml / 10 kg tělesné váhy 2x denně.

#### f) Antibiotická léčba

Není primárně indikována, vysoké hodnoty CRP vstupně (50-150 mg/l) jsou běžné a nejsou důvodem k podávání antibiotik. Při rozpacích lze odebrat prokalcitonin (PCT). Při bakteriální superinfekci se preferují jednoduché režimy s nízkým počtem dávek, podobně jako při ambulantní parenterální antibiotické terapii (OPAT), či s orálním podáním, například:

- p.o. v dávkování 2x denně: amoxicilin/klavulanát, cefuroxim, cefprozil, levofloxacin, linezolid, vorikonazol.
- i.v. v dávkování 1x denně: ceftriaxon, ertapenem, levofloxacin, flukonazol.

#### g) Chronická farmakoterapie

- ACE inhibitory a blokátory angiotenzinových receptorů se podávají i za hospitalizace, není-li důvodem k vysazení například hypotenze.
- chronicky podávaná nesteroidní antiflogistika, kortikosteroidy, antiagregační či antikoagulační léčba se nevysazují, někdy je třeba dávky i navýšit.

#### h) Vitamíny

Maximální denní dávky: Celaskon 1x250mg, Vitamin D3 1000 IU (nebo 7000 IU jednou týdně), B komplex 1x1. Účinek vyšších dávek nebyl prokázán.

#### i) Morphin

Při dušnosti tlumí dechovou práci, snižuje respirační frekvenci i stres. Lze podávat 5-10mg s.c., i.v., případně p.o. (Sevredol 10mg, Vendal retard 30mg tbl.). Úvodní denní dávka bývá 20-40 mg za 24 hodin. Dávkovat dle efektu, cílem je pacient bez dušnosti, který ale není somnolentní. Pečlivě vést dokumentaci dle pravidel o nakládání s opiáty!

#### ch) Tekutiny:

Většina pacientů je vstupně dehydratovaná (horečka, tachypnoe). První dny hospitalizace je ideální pozitivní tekutinová bilance: +1000-1500ml/24 hodin, od 3.-4. dne již opatrně - dolejš, ale nepřelejš!

#### i) Zmatenost, delirium

Snaha o stabilizaci somatického onemocnění (horečka, dehydratace, hyposaturace, srdeční selhání, hypotenze, minerálová dysbalance). Neuroleptika:

- Tiapridal 100mg ½-1-1-2 tbl. (maximálně 600mg denně)
- Buronil 25mg 0-0-1-1 (maximálně 75mg denně)
- delirium: Haloperidol 1,5mg (=1 tbl. nebo 15 kapek) po 3-4 hodinách, nejvýše 10mg/den, u starých a oslabených osob poloviční dávky
- akutní neklid: Tiapridal 100mg nebo Haloperidol ½ amp. i.m..

Možno přidat benzodiazepiny: Oxazepam 10mg nebo Rivotril 0,5mg 1-2x denně, spíše na noc.

**j) Výživa:**

Nechutenství je u covidu-19 časté, do jídla je nutné pobízet, volit správnou dietu (např. kašovitou), přidávat vysokoenergetický sipping (Nutridrink Compact, Fresubin, pro diabetiky Diben, Diasip), přidávat bílkoviny (Fresubin Protein Powder, 2-2-0 odměrky do pití, jogurtu či polévky). Při nauze podávat prokinetika. Jídlo podávat zásadně vsedě (aspirace má fatální následky). Křehčí pacienti jedí pod dohledem nebo jsou krmeni. Parenterální výživa jen při nemožnosti enterálního příjmu, např. Nutriflex peri.

**k) Polohování:**

Extrémně důležité pro dobře provzdušněné plíce - pacient instruován a vybaven letákem (viz příloha), opakovaně připomínat. Pronační poloha (často nutná v intenzivní péči), vede k zásadnímu zlepšení ventilačně perfuzního poměru v plicích a zlepšuje dodávku kyslíku do tkání.

**VII. Organizace péče**

- **minimalizovat kontakt personálu s pacientem:** plánovat léčebnou a ošetrovatelskou péči tak, aby bylo co nejvíce úkonů provedeno najednou (sdružovat ordinace, odběry, toalety, výživu, ...). Do pokoje pacienta se vstupuje co nejméně. Každou ordinaci lékaře musí někdo vykonat – buďme ohleduplní k sestřím !!!
- **neprovádět žádná zbytečná či odkladná vyšetření – pouze ta, která změní osud pacienta či další postup!**
- **kriticky posoudit medikaci** včetně té chronické a vysadit vše zbytečné; léky včetně infuzí a intervaly mezi nimi se volí s cílem **redukovat kontakt s pacientem.**
- ochrana personálu před infekcí je absolutní prioritou – pozor na všechny **aerosol působící procedury**. Pokud je na pokoji umístěn pacient s HFNO, používá personál respirátor FFP3 nebo nanoroušku.
- při transportu, vyšetření či zákroku a ošetrovatelské péči je **v kontaktu s pacientem** vždy **nejmenší možný počet osob**. Před nezbytným přesunem pacienta je personál předem upozorněn a nevychází na chodby, je používán vyhrazený výtah. Pacienti mají při přesunu respirátor FFP2, přesouvají se vždy v doprovodu zdravotníka.
- před příchodem pacienta **na pokoj** jsou připraveny **osobní individualizované pomůcky** (teploměr, tlakoměr, oxymetr), sklenice, pití, prádlo. Pokud se z pokoje či vyšetřovny vynášejí jakékoliv předměty, musejí se dezinfikovat dezinfekčním prostředkem s virucidním účinkem ve formě roztoku, spreje, pěny či napuštěných ubrousků
- před **vstupem personálu na pokoj** (po zaklepaní) si pacient nasadí ústenku. Pokud neleží na lůžku, ustoupí co nejdále od dveří. Personál si obléká předepsané osobní ochranné pomůcky (respirátor FFP2, brýle či štít, plášť, čepici, rukavice). Před opuštěním infikovaných prostor (ideálně v meziprostoru / předsíni / filtru) se ochranné pomůcky svlékají předepsaným postupem a odkládají do nebezpečného odpadu. Brýle a štít nejsou jednorázovými pomůckami, dezinfikují se a používají opakovaně. Následuje vždy dezinfekce rukou
- pokud provádí lékař **vizitu** na více pokojích s COVID-19 pacienty, mezi nemocnými, resp. pokoji si mění rukavice, ponechává si ostatní ochranné pomůcky, dezinfikuje si vždy ruce
- ke **komunikaci s pacientem** se přednostně využívá dálkové dorozumívací zařízení a na pokoj se nevstupuje, pokud to není nutné pro poskytování péče. **Vzdálená komunikace ale musí být častá** - slouží k pravidelné a kontrole stavu pacienta, dotazům na jeho potřeby a k poskytování podpory
- **strava:** pacienti se stravují na pokoji, nádobí se po jídle dezinfikuje dezinfekcí s virucidním účinkem a odváží na tabletu s poklopem zpět do stravovacího provozu, kde je v myčkách dekontaminováno. Tento postup lze nahradit používáním jednorázového nádobí.
- při **resuscitaci** volat resuscitační tým, intubuje nejzkušenější lékař, personál je při resuscitaci vždy vystrojen kompletními ochrannými pomůckami. Při náhlé změně stavu myslet na plicní embolii, spontánní pneumothorax, aspiraci jídla.

- pacient s podezřením na covid-19 a negativním prvním testem je izolován na samostatném pokoji a přistupuje se k němu jako k infekčnímu. I nadále se dodržují povinné izolace z jiných důvodů (MRSA, clostridia apod.).

### VIII. Limity péče – rozvaha

Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, má každý pacient právo na poskytování péče na náležité odborné úrovni – podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti (postup „de lege artis“). V případě dosažení maxima léčebných možností s ohledem na stav pacienta a jeho prospěch se vyhotoví písemná rozvaha o případném nerozšiřování péče s podpisem 2 lékařů (minimálně 1 s atestací), ideálně se volí postup v souladu s přáním pacienta a rodiny. Pokračuje aktivní léčbě v rozsahu, který přináší pacientovi prospěch, a současně je zajištěna paliativní péče.

### IX. Epidemiologická opatření

- Základním protiepidemickým opatřením je nařízení **IZOLACE pacienta** v minimální délce 14 dnů od průkazu přítomnosti viru SARS-CoV-2
  - metodou PCR nebo
  - antigenním testem u osob, které zároveň vykazují příznaky onemocnění covid-19.
- **Ukončení izolace osoby s prokázanou infekcí SARS-CoV-2**, pokud splňuje současně tato kritéria:
  - uplynulo 14 dnů od prvního pozitivního testu
  - alespoň 3 dny nevykazuje klinické příznaky covidu-19 nebo lze přetrvávající klinické příznaky vysvětlit jinak (pacient je afebrilní bez užívání antipyretik, absence či výrazné zlepšení rýmy, kašle, dušnosti či zažívacích obtíží apod.)

Kontrolní PCR test se neprovádí – pozitivita přetrvává i řadu týdnů a není dokladem trvající nakažlivosti. Výjimkou jsou nemocní, u kterých byla zjištěna přítomnost SARS-CoV-2 varianty 501.Y V2, linie B.1.357 (tzv. „jihoafrická mutace“): izolace se ukončí po negativním PCR SARS-CoV-2 testu provedeném nejdříve po 14 dnech ode dne odběru prvního pozitivního testu.

#### Propuštění - do zprávy se uvádí formulace:

- Izolace pacienta ukončena dle algoritmu MZ – pacienta lze považovat za COVID-neinfekčního nebo
- V souladu s algoritmem MZ se nařizuje izolace do 14 dnů od pozitivního PCR testu – tedy nejméně do ...datum. Izolaci ukončí praktický lékař, pokud je pacient současně nejméně 3 dny bez příznaků covidu-19.

**KARANTÉNA po úzkém kontaktu s infikovanou osobou trvá nejméně 14 dnů. Dle výsledku PCR testu provedeného 5. – 7. den (nejpozději do 10. dne) od posledního kontaktu (u osoby sdílející společnou domácnost od prvního pozitivního výsledku infikované osoby):**

- test negativní – karanténa se ukončí 14. den od posledního kontaktu
- test negativní – u osoby sdílející společnou domácnost s pozitivně testovanou osobou, kdy ve společné domácnosti nelze pozitivně testovanou osobu izolovat v samostatném prostoru nebo nelze dodržet rozstup nejméně 2 metry nebo dochází k fyzickému kontaktu, se karanténa ukončuje nejdříve 14 dní ode dne, kdy byl proveden pozitivní osobě odběr prokazující přítomnost viru SARS-CoV-2
- pokud se výjimečně nepodaří provést PCR test v průběhu 10 dnů od posledního kontaktu s pozitivně testovanou osobou, karanténní opatření asymptomatických osob se ukončí bez provedení testu za 14 dnů od posledního kontaktu
- test pozitivní – izolace
- v případě rozvoje klinických příznaků covidu-19 se provede neprodleně PCR test
- výjimkou jsou osoby, které byly v úzkém kontaktu s osobou, u které byla zjištěna přítomnost SARS-CoV-2 varianty 501.Y V2, linie B.1.357 (tzv. „jihoafrická mutace“): karanténa se ukončí po negativním PCR SARS-CoV-2 testu provedeném nejdříve po 14 dnech od posledního kontaktu s pozitivní osobou.

#### Karanténa se nenařídí osobám, které

- **prodělaly** laboratorně potvrzené **onemocnění covid-19**, uplynula u nich doba povinné izolace, nejeví příznaky covidu-19 a od prvního pozitivního testu neuplynulo více než 90 dní



- mají vystavený certifikát Ministerstva zdravotnictví ČR o provedeném **očkování** proti covidu-19 a od aplikace druhé dávky uplynulo nejméně 14 dnů. Pokud se u takové osoby vyskytnou příznaky covidu-19 ve 14 dnech od posledního úzkého kontaktu s pozitivně testovanou osobou, podstoupí PCR test na přítomnost SARS-CoV-2 a v případě positivity se nařídí izolace.

## **X. Vykazování péče u hospitalizovaných s covidem-19**

- kód **U07.1** Onemocnění COVID-19 způsobené virem SARS-CoV-2 (povinný doplňkový kód na místě vedlejší diagnózy v případě, že je přítomnost viru laboratorně potvrzena). Zároveň použijte jako hlavní diagnózu:
- „**J12.8** Jiná virová pneumonie“ v případě přítomnosti pneumonie
- „**J06.8** Jiné akutní infekce horních dýchacích cest na více místech“, nebo jiný specifický kód projevů infekce bez pneumonie
- „**Z22.8** Přenašeč (nosič) jiných infekčních nemocí“ u hospitalizovaných nosičů onemocnění nebo oligosymptomatických pacientů, například z izolačních důvodů
- Vykazování izolačního režimu se řídí pravidly pro vykazování izolace.

**Vykazování při hospitalizaci pro podezření na infekci COVID-19, při kterém nebyla infekce SARS-CoV-2 prokázána:**

- „**Z03.8** Pozorování pro podezření na jiné nemoci a patologické stavy“
- „**U69.75** Podezření na COVID-19“ na pozici VDG

**Vykazování pacientů s těžkým respiračním syndromem vyžadujícím resuscitační péči** včetně použití neinvazivní (HFNO, NIV) nebo invazivní ventilace, eliminačních metod (CVVHD, IHD) nebo ECMO se řídí pravidly pro vykazování symptomatických diagnóz (respirační selhání, renální selhání apod.) včetně vykazání kódů výkonů a DRG markerů. Specifické diagnózy mají přednost před nespecifickými (SIRS).

### **Pro kódování ambulantní péče:**

Podezření na COVID-19 a výtěry na SARS-CoV-2 kódujte na dokladech 01 nebo 06 kódem „U69.75 Podezření na COVID-19“.

### **Pro kódování v Listu o prohlídce zemřelého:**

Použijte kód U07.1 k vyznačení příčiny úmrtí na LPZ v části I., pokud bylo úmrtí způsobeno onemocněním COVID-19 způsobeného virem SARS-CoV-2, nebo v části II., pokud tato diagnóza k úmrtí přispěla.

## **XI. Přílohy**

Leták pro pacienty – polohování  
Frailty score

Poznámka: doporučení vychází ze stavu poznatků a předpisů k 7.4.2021.

Uvádí heslovitě základní poznatky s cílem rychlé orientace v problematice, zejména pro lékaře absolventy a se specializací mimo obory vnitřního lékařství. Nemůže nahradit klinický úsudek ošetřujícího lékaře a studium další odborné literatury. Nezavazuje lékaře zodpovědnosti přizpůsobit postupy aktuálnímu klinickému stavu pacienta, případně konzultovat lékaře pověřeného odborným dohledem či dozorem.

# POLOHOVÁNÍ

URYCHLUJE HOJENÍ ZÁPALU PLIC










Na zádech  
ležte co  
nejméně

Točte se po  
30 - 120 min





Tabulka: Clinical Frailty Scale - CFS - Škála geriatrické křehkosti

Hodnota	piktogram	stupeň	popis stavu
1		<b>velmi zdatní</b> (very fit)	Jsou silní, aktivní, energičtí a motivovaní. Tito lidé obvykle pravidelně cvičí. Jsou to nejzdatnější jedinci ve své věkové kategorii.
2		<b>zdraví</b> (well)	Nemají příznaky aktivní nemoci, ale méně zdatní než ti z předchozí kategorie. Obvykle cvičí nebo jsou příležitostně velmi aktivní, např. sezónně sportují.
3		<b>dobře kompenzovaní</b> (managing well)	Choroby jsou dobře kompenzovány. Nejsou pravidelně aktivní nad rámec běžných procházek.
4		<b>ohrožení (vulnerabilní)</b> (vulnerable)	Ačkoli nejsou závislí na denní pomoci druhých, příznaky nemocí často omezují aktivity. Obvyklou potíží bývá pocit zpomalení a únavy během dne.
5		<b>mírně křehcí</b> (mildly frail)	Je zřetelné zpomalování psychomotorického tempa, potřebují pomoc v náročnějších denních činnostech (spravování financí, přeprava, těžší domácí práce, užívání léků). Mírná křehkost typicky postupně narušuje schopnost nakupovat a chodit sám ven, připravovat si jídlo a starat se o domácnost.
6		<b>středně křehcí</b> (moderately frail)	Lidé potřebují pomoc se všemi venkovními aktivitami a s chodem domácnosti. Doma mají problémy s chůzí po schodech a potřebují pomoc s koupáním a mohou potřebovat minimální asistenci (dohled) s oblékáním.
7		<b>závažně křehcí</b> (severely frail)	Plně závislí na péči druhé osoby z jakékoli příčiny (fyzické či kognitivní). Přesto vyhlíží stabilizovaně a nejsou ve vysokém riziku úmrtí (v horizontu asi 6 měsíců).
8		<b>velmi závažně křehcí</b> (very severely frail)	Plně závislí na celodenní péči, blíží se konci života. Typicky se nemohou zotavit ani z lehké nemoci.
9		<b>terminálně nemocní</b> (terminally ill)	Blíží se konci života. Tato kategorie se vztahuje na lidi s očekávanou délkou dožití menší než 6 měsíců, kteří ale nejeví známky křehkosti.