

Sundhedsstyrelsen

**Fællesindhold for
basisregistrering af
sygehuspatienter**

**Koordinationsgruppen for
individbaseret patientregistrering**

**3. udgave af
Rapport nr. 6 · 1993**

Forord

3. udgave af Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter er baseret på 2. udgaven med nogle få ændringer. Fællesindholdet for heldøgnspatienter er bl.a. blevet udvidet med en enkelt ny oplysning.

Herudover er der i teksten foretaget en del redaktionelle rettelser bl.a. forårsaget af indførelsen af 10. revision af Sygdomsklassifikationen (ICD-10).

Det ændrede fællesindhold træder i kraft med virkning fra 1. januar 1994.

Sundhedsstyrelsen, oktober 1993

Palle Juul-Jensen

Gunnar Schiøler

Indholdsfortegnelse

Formål	7
Fællesindhold	8
Ambulante patienter	10
Deldøgnspatienter	10
Ydre årsag til skader	11
Registrering af diagnoser	11
 Bilag 1	
Databeskrivelse	13
 Bilag 2	
Fejlsøgning for heldøgns-, deldøgns-, ambulatorie- og skadestuepatienter	43
 Bilag 3	
Koder til angivelse af svangerskabsuge	54

Formål

Fællesindholdet er de oplysninger, der er fælles for de lokale patientregistreringssystemer og Landspatientregisteret. Det er fastlagt, for at Landspatientregisteret kan ajourføres ved hjælp af dataoverførsel fra de lokale patientregistreringssystemer, og de lokale patientregistreringssystemer suppleres med dataoverførsel fra Landspatientregisteret. Fællesindholdet binder således på den ene side Landspatientregisteret og de lokale patientregistreringssystemer sammen med nogle basale data, men forhindrer på den anden side ikke sygehusene i at registrere flere oplysninger i de lokale registreringssystemer.

Landspatientregisteret har betydet, at de tidligere anvendte indberetninger til Sundhedsstyrelsen har kunnet afløses. Dette har ikke alene givet en arbejdslettelse på sygehusene, men også et væsentligt bedre grundlag for sygestatistikken, som i højere grad end tidligere kan anvendes i sundhedsplanlægningen og den løbende administration. Landspatientregisteret har tillige betydet, at medicinske forskningsprojekter kan baseres på meget større materialer end hidtil, enten ved direkte brug af patientdata evt. sammen med data fra andre kilder eller ved at bruge patientregistreringen til udtagning af repræsentative stikprøver.

Patientregistreringen med fællesindhold har muliggjort opgørelser af de enkelte kommuners sygehusforbrug baseret på oplysninger om den enkelte patients bopælskommune til supplerende af den traditionelle aktivitetsstatistik baseret på oplysninger om den enkelte sygehusenheds produktion. Forbrugsstatistikken kan i modsætning til aktivitetsstatistikken sættes i relation til en veldefineret befolkning, hvilket giver mulighed for standardberegninger, som korrigerer for forskelle i befolkningens køns- og alderssammensætning. Forbrugsstatistikken giver endvidere mulighed for fremskrivninger, hvorved man kan beregne konsekvensen af den fremtidige befolkningsudvikling på sygehusforbruget.

Ved epidemiologiske undersøgelser er det en væsentlig fordel, at opgørelserne kan baseres på det samlede antal registrerede sygdomstilfælde for et givet geografisk område eller for hele landet, hvorved antallet af sygdomstilfælde kan sættes i relation til en veldefineret befolkning. Det bør dog tilføjes, at den individbaserede patientregistrering kun giver oplysninger om patienter, der har været i kontakt med et sygehus i form af indlæggelse eller besøg på ambulatorium eller skadestue.

Til brug for den kliniske forskning er patientregistreringens oplysninger for uspecifikke - men de er velegnede til at uddrage repræsentative stikprøver og kontrollere dækningsgraden af igangværende projekter.

Med udbygningen af Landspatientregisteret med ambulatorie- og skadestuevirksomhed vil det blive muligt at belyse ændringer i sygehusvæsenets ydelsesomfang og -mønster samt at analysere patienternes behandlingsforløb i sygehusvæsenet.

Fællesindhold

Ved fastlæggelse af fællesindhold for registrering af stationære, ambulante og skadestuepatienter er der taget hensyn til de erfaringer, der er høstet under arbejdet med registreringerne på lokalt plan og i Landspatientregisteret siden udsendelsen af koordinationsgruppens rapporter Registrering af sygehusenes ambulatorievirksomhed (rapport nr. 1) og Fællesindhold for registrering af stationære patienter (rapport nr. 4), der senere er udvidet til Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter (rapport nr. 6), der omfatter alle typer af sygehuspatienter.

Registreringsgrundlaget for henholdsvis indlagte patienter og ambulante samt skadestuepatienter er gjort så ensartet som muligt. Endvidere er afgrænsningen af fællesindholdet foretaget under hensyntagen til "Definitioner af visse begreber vedrørende sygehussektoren (3. udgave af koordinationsgruppens rapport nr. 3, 1990).

I forhold til 2. udgaven af rapport nr. 6 er fællesindholdet for heldøgnspatienter udvidet med udskrivningstime, og kode for diagnosemodifikation er udgået.

En udførlig beskrivelse af fællesindholdet fremgår af bilag 1 og datanavnene herfra benyttes i Landspatientregisteret. Fællesindholdet er et minimumskrav, idet det overlades til de enkelte sygehuskommuner selv at afgøre, om registreringen skal være mere omfattende.

I tabel 1 er i oversigtsform angivet, hvilke dataoplysninger der indgår i henholdsvis registreringen for heldøgnspatienter, deldøgnspatienter, ambulante patienter og skadestuepatienter.

Tabel 1: Oversigt over hvilke data der indgår i registreringen af henholdsvis heldøgns-, deldøgns-, ambulatorie- og skadestuepatienter.

Datanavn	Indgår i registreringen for			
	Heldøgns-patienter	Deldøgns-patienter	Ambulante patienter	Skadestue-patienter
Sygehusnummer	x	x	x	x
Afdelings/afsnitnummer	x	x	x	x
Patienttype	x	x	x	x
Personnummer	x	x	x	x
Indlæggelsesdato/ Startdato for ambulant forløb/ Dato for ankomst til skadestue	x	x	x	x
Indlæggelsestid/ Time for ankomst til skadestue	x			x
Minut for ankomst til skadestue				x
Kommunenummer	x	x	x	x
Henvisningsdato	x	x	x	
Indlæggelsesmåde	x	(x)		
Henvisningsmåde	x	x	x	
Udskrivningsdato/ Slutdato for ambulant forløb	x	x	x	
Udskrivningstid	x			
Udskrivnings- eller afslutningsmåde	x	x	x	x
Udskrevet/afsluttet til sygehus/afdeling	(x)			
Kontaktårsagskode	x	(x)		x
Ulykkeskode	x	(x)		x
Behandlingsdage	(x)	x	x	
Antal diagnoser	x	x	x	x
Diagnosekodennummer	x	x	x	x
Kode for opererende afdeling	(x)	(x)		
Operationskodennummer	x	x	x	(x)
Kombination	x	x	x	(x)
Dato for besøg			x	

x = obligatorisk

(x) = fakultativ

Ambulante patienter

Som bekendt skal oplysninger om ambulante patienter indgå i Landspatientregisteret fra 1991. Registreringsenheden er "et ambulante forløb", som omfatter de besøg, der er aflagt i et bestemt ambulatorium af en given person, fra og med første besøg til og med sidste besøg.

Registrering af ambulante patienter omfatter individuelle besøg hos en sundhedsfagligt uddannet person. En undtagelse herfra er, at besøg hos fysioterapeut og ergoterapeut indtil videre ikke indgår i registreringen.

Ved opgørelsen af aktiviteten i løbet af et år kan det være et problem, at behandlingsforløb, der er uafsluttede ved årsskiftet, ikke inkluderes i registreringen.

Landspatientregisteret skal derfor omfatte samtlige uafsluttede ambulante patienter ved årets udgang og registreringen er i videst muligt omfang gjort identisk med registreringen af afsluttede ambulante patienter, idet dog enkelte oplysninger i følge sagens natur ikke kan medtages. Det drejer sig om følgende:

Dato for sidste besøg.

Afslutningsmåde.

Diagnoser vil ofte først være fastlagt senere i et ambulante forløb. Derfor er oplysninger om diagnoser fakultativ for uafsluttede ambulante patienter med et ambulante forløb under et år, men obligatorisk for uafsluttede ambulante patienter med et ambulante forløb på et år eller derover.

Tilsyn betragtes ikke som ambulante behandling, jf. "Definitioner af visse begreber vedrørende sygehussektoren" (3. udgave af rapport nr. 3, 1990).

Deldøgnspatienter

For deldøgnspatienter må der for hver afdeling træffes beslutning om, hvorvidt registreringen skal ske sammen med heldøgnspatienter eller ambulante patienter. Det første vil formentlig være mest hensigtsmæssigt i afdelinger, hvor deldøgnspatienterne fortrinsvis er under behandling i en sammenhængende periode, og hvor patienterne møder alle dage, med undtagelse af lørdage og søn- og helligdage; det sidste i afdelinger, hvor deldøgnspatienterne fortrinsvis modtager behandling i et antal dage med uregelmæssige mellemrum. Vedrørende definitioner af deldøgnspatienter henvises til databeskrivelse af patienttype i bilag 1 og til "Definitioner af visse begreber vedrørende sygehussektoren".

Uanset, hvor en deldøgnspatient registreres, skal det markeres i patienttype, at der er tale om en deldøgnspatient.

I de tilfælde, hvor deldøgnspatienter registreres sammen med ambulante patienter, skal antallet af registrerede besøgsdatoer transformeres til antal behandlingsdage, før der indberettes til Landspatientregisteret.

Ydre årsag til skader

Registrering af ydre årsag til skader sker ved hjælp af kontaktårsags- og ulykkeskoden. For stationære patienter tænkes kontaktårsags- og ulykkeskoden kun anvendt for patienter med en diagnose i intervallet S 000 - T 799, dvs. traumer, forgiftninger og anden voldelig legemsbeskadigelse, men undtagen komplikationer ved lægelig behandling.

Hvis en patient behandles for følgerne af mere end een ulykke, hvilket fortrinsvis kan være tilfældet, hvis patienten udsættes for en ulykke under indlæggelse, kan dette kun registreres, såfremt der afsættes et særligt felt til registrering af den ydre årsag for den eller de senest indtrufne ulykke(r). Såfremt en patient udsættes for en ulykke, mens vedkommende er under behandling for andet end en skade, vil kontaktårsags- og ulykkeskoden selvfølgelig frit kunne benyttes til registrering af ydre årsag for denne ulykke.

Registrering af diagnoser

Principperne for valg af første diagnose (aktionsdiagnose, hoveddiagnose) er beskrevet i indledningen til 1. bind af Sygdomsklassifikationen (ICD-10). Den først anførte diagnose ved udskrivelse eller afslutning af patienter skal angive den tilstand, der har ført til indlæggelse, plejebehov eller ambulant besøg/forløb, og som er den væsentligste årsag til det gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogram.

Diagnosekoderne vil ofte fremtræde med et 'D' foran den egentlige kode fra Sygdomsklassifikationen. Dette skyldes alene forberedelsen til registrering af koden i Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem (SKS), og vedrører ikke kodens anvendelse til andre formål.

En patient vil ofte have flere diagnoser, der kan være konkurrerende som årsager til undersøgelse, behandling og sengedagsforbrug. I sådanne tilfælde må den diagnose, som vurderes som den alvorligste også for prognosen på længere

sigt, betragtes som aktionsdiagnosen. De øvrige diagnoser registreres efterfølgende.

Symptomdiagnoser og dårligt definerede lidelser bør normalt undgås som aktionsdiagnose. Man skal dog ikke forsøge at beskrive et forløb med en specifik diagnose, hvis de undersøgelser, der er udført, kun har ført til en mistanke eller en dårligt defineret tilstand. I sådanne tilfælde kan det være bedst at anvende aktionsdiagnoser fra Sygdomsklassifikationens kap. XXI, som beskriver årsagen til kontakten med afdelingen. Som efterfølgende diagnoser kan tilstanden derudover registreres med symptomdiagnose(r) som febris causae ignotae, urininkontinens, lipotymi o.lign.

Modifikationer som 'obs. pro', 'ej befunden' m.v. kan ikke anvendes. Andre modifikationer som 'sequelae' findes i Sygdomsklassifikationen.

For registreringen af diagnoser gælder således følgende regler:

1. regel:

Aktionsdiagnosen anføres altid som første diagnose.

2. regel:

Ved konkurrerende aktionsdiagnoser anføres den væsentligste først. Øvrige aktionsdiagnoser medtages altid efterfølgende.

3. regel:

Aktionsdiagnosen er ikke altid sammenfaldende med den tilgrundliggende sygdom (grundmorbus). Grundmorbus anføres i så fald efter aktionsdiagnosen.

4. regel:

Øvrige diagnoser kan anføres i vilkårlig rækkefølge efter aktionsdiagnosen.

Individ formularbetegnelse						Strukturformularnavn
HELDØGNSPATIENTER						
	Program datanavn	Antal pos.	Antal cifre	Antal dec.	Repr.	Beskrivelse
1	SGH	4			CH	Sygehuskode
5	AFD	3			CH	Afdelingskode
8	PATTYPE	1			CH	Patienttype
9	CPRNR	10			CH	CPR-nummer
19	INDLÆGDTO	6			CH	Indlæggelsesdato
25	INDLÆGTIME	2			CH	Indlæggelsestid
27		2			CH	Benyttes ikke
29	KOMNR	3			CH	Bopælskommunekode
32	HENVISDTO	6			CH	Henvisningsdato
38	INDMÅDE	1			CH	Indlæggelsesmåde
39	HENVISNMÅDE	1			CH	Henvisningsmåde
40	UDSKRIVDTO	6			CH	Udskrivningsdato
46	UDSKRIVTIME	2			CH	Udskrivningstid
48	AFSLUTNMÅDE	1			CH	Afslutningsmåde
49	UDSKRTILSGH	7			CH	Udskrevet til sygehus-/afdelingskode
56	KONTÅRS	1			CH	Kontaktårsag
57	ULK	8			CH	Ulykkeskode
65	BEHDAGE	4			CH	Behandlingsdage
69	ANTALDIAG	2			CH	Antal diagnoser
71	DIAG	6			CH	Diagnosekode
77	OPRAFD	7		2)	CH	Opererende sygehus-/afdelingskode
84	OPR	5		1)	CH	Operationskode
89	KOMB	1			CH	Kombination
1051		6			CH	Benyttes ikke

1) forekommer 6 gange

2) forekommer fra 1 til 20 gange

Individ formularbetegnelse						Strukturformularnavn
DELDØGNSPATIENTER						
	Program datanavn	Antal pos.	Antal cifre	Antal dec.	Repr.	Beskrivelse
1	SGH	4			CH	Sygehuskode
5	AFD	3			CH	Afdelingskode
8	PATTYPE	1			CH	Patienttype
9	CPRNR	10			CH	CPR-nummer
19	INDLÆGDTO	6			CH	Indlæggelsesdato
25		2			CH	Benyttes ikke
27		2			CH	Benyttes ikke
29	KOMNR	3			CH	Bopælskommunekode
32	HENVISDTO	6			CH	Henvissningsdato
38	INDMÅDE	1			CH	Indlæggelsesmåde
39	HENVISNMÅDE	1			CH	Henvissningsmåde
40	UDSKRIVDTO	6			CH	Udskrivningsdato
46		2			CH	Benyttes ikke
48	AFSLUTNMÅDE	1			CH	Afslutningsmåde
49		7			CH	Benyttes ikke
56	KONTÅRS	1			CH	Kontaktårsag
57	ULK	8			CH	Ulykkeskode
65	BEHDAGE	4			CH	Behandlingsdage
69	ANTALDIAG	2			CH	Antal diagnoser
71	DIAG	6			CH	Diagnosekode
77	OPRAFD	7		2)	CH	Opererende sygehus-/afdelingskode
84	OPR	5		1)	CH	Operationskode
89	KOMB	1			CH	Kombination
1051		6			CH	Benyttes ikke

1) forekommer 6 gange

2) forekommer fra 1 til 20 gange

Individ formularbetegnelse						Strukturformularnavn
AMBULATORIEPATIENTER						
	Program datanavn	Antal pos.	Antal cifre	Antal dec.	Repr.	Beskrivelse
1	SGH	4			CH	Sygehuskode
5	AFD	3			CH	Afdelingskode
8	PATTYPE	1			CH	Patienttype
9	CPRNR	10			CH	CPR-nummer
19	DTOSTART	6			CH	Startdato for ambulant forløb
25		2			CH	Benyttes ikke
27		2			CH	Benyttes ikke
29	KOMNR	3			CH	Bopælskommunekode
32	HENVISDTO	6			CH	Henvisningsdato
38		1			CH	Benyttes ikke
39	HENVISNMÅDE	1			CH	Henvisningsmåde
40	DTOSLUT	6			CH	Slutdato for ambulant forløb
46		2			CH	Benyttes ikke
48	AFSLUTNMÅDE	1			CH	Afslutningsmåde
49		7			CH	Benyttes ikke
56		1			CH	Benyttes ikke
57		8			CH	Benyttes ikke
65	BEHDAGE	4			CH	Behandlingsdage=antal DTOBES'er
69	ANTALDIAG	2			CH	Antal diagnoser
71	DIAG	6			CH	Diagnosekode
77		7		2)	CH	Benyttes ikke
84	OPR	5		1)	CH	Operationskode
89	KOMB	1			CH	Kombination
1051	DTOBES	6		3)	CH	Dato for besøg

1) forekommer 6 gange

2) forekommer fra 0 til 20 gange

3) forekommer så mange gange som angivet i feltet BEHDAGE

Individ formularbetegnelse						Strukturformularnavn
SKADESTUEPATIENTER						
	Program datanavn	Antal pos.	Antal cifre	Antal dec.	Repr.	Beskrivelse
1	SGH	4			CH	Sygehuskode
5	AFD	3			CH	Afdelingskode
8	PATTYPE	1			CH	Patienttype
9	CPRNR	10			CH	CPR-nummer
19	DTOANSKA	6			CH	Dato for ankomst til skadestue
25	TANSKA	2			CH	Time for ankomst til skadestue
27	MIANSKA	2			CH	Minut for ankomst til skadestue
29	KOMNR	3			CH	Bopælskommunekode
32		6			CH	Benyttes ikke
38		1			CH	Benyttes ikke
39		1			CH	Benyttes ikke
40		6			CH	Benyttes ikke
46		2			CH	Benyttes ikke
48	AFSLUTNMÅDE	1			CH	Afslutningsmåde
49		7			CH	Benyttes ikke
56	KONTÅRS	1			CH	Kontaktårsag
57	ULK	8			CH	Ulykkeskode
65		4			CH	Benyttes ikke
69	ANTALDIAG	2			CH	Antal diagnoser
71	DIAG	6			CH	Diagnosekode
77		7		2)	CH	Benyttes ikke
84	OPR	5		1)	CH	Operationskode
89	KOMB	1			CH	Kombination
1051		6			CH	Benyttes ikke

1) forekommer 6 gange

2) forekommer fra 1 til 20 gange

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Sygehusnummer	SGH	4
DEFINITION		
Det sygehus, hvorpå patienten er under behandling		
VÆRDISÆT		
Ifølge den gældende sygehusklassifikation (udsendes årligt af Sundhedsstyrelsen)		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Heldøgnspatienter	ja	
Deldøgnspatienter	ja	
Ambulatoriepatienter	ja	
Skadestuepatienter	ja	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN		PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Afdelings/afsnitnummer		AFD	3
DEFINITION			
Heldøgns, deldøgns, ambulatorium og skadestue, hvorpå patienten er under behandling			
De 2 første positioner angiver normalt en administrerende overlæges område (afd.)			
3. position angiver afsnit som vedrører "subspeciale", ambulatorium, skadestue og lign.			
VÆRDISÆT			
Ifølge den gældende sygehusklassifikation (udsendes årligt af Sundhedsstyrelsen)			
INDGÅR I REGISTRERING FOR			
Heldøgnspatienter	ja		
Deldøgnspatienter	ja		
Ambulatoriepatienter	ja		
Skadestuepatienter	ja		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN		PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Patienttype		PATTYPE	1
DEFINITION Heldøgnspatient En patient, der er indlagt på et heldøgnsafsnit, som er et sengeafsnit til behandling, hvor der er normeret personale til overvågning af patienter hele døgnet Deldøgnspatient En patient, der er indlagt på et deldøgnsafsnit, som er et afsnit med faste pladser til behandling, hvor der er normeret personale til overvågning af patienter i indtil 12 sammenhængende timer pr. døgn Ambulatoriepatient En patient, der bliver behandlet i et ambulatorium, som er et afsnit uden faste pladser til behandling, hvor der ikke er normeret personale til overvågning af patienterne Skadestuepatient En patient, der bliver behandlet på en skadestue, som er et afsnit uden faste pladser til behandling af akutte patienter			
VÆRDISÆT 0 = heldøgnspatient 1 = deldøgnspatient 2 = ambulatoriepatient 3 = skadestuepatient			
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter ja			

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Personnummer	CPRNR	10

DEFINITION
For patienter, der har fået tildelt et dansk CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet. Hvis det danske CPR-nummer ikke foreligger ved indlæggelsen, kan der benyttes et midlertidigt erstatningsnummer, som udskiftes med CPR-nummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til Landspatientregisteret. For patienter, som ikke har noget dansk CPR-nummer, benyttes et erstatningsnummer, hvor de første 6 cifre angiver fødselsdag, -måned og -år, det 7. ciffer er 0 for patienter født i dette århundrede og 5 for patienter født før år 1900; 8. og 9. position udfyldes med bogstaver, og 10. ciffer er ulige for mænd og lige for kvinder. Alle rent numeriske personnumre skal undersøges for MODULUS 11-testen.
VÆRDISÆT

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN Indlæggelsesdato eller Startdato for ambulant forløb eller Dato for ankomst til skadestue		PROGRAMDATANAVN INDLÆGDTO DTOSTART DTOANKSKA	MAX. ANTAL POS.: 6
DEFINITION For hel- eller døgnspatienter Datoen for påbegyndelse af behandling af patient på hel- eller deldøgnsafsnit For ambulatoriepatienter Normalt dato for patientens første besøg i ambulatorium efter henvisning. Kan evt. være indskrivningsdato			
FØDSELSDATO $\leq$ INDLÆGDTO eller DTOSTART $\leq$ UDSKRIVDTO eller DTOSLUT DTOANKSKA $\geq$ FØDSELSDATO			
VÆRDISÆT På formen dag, måned og år INDLÆGDTO, DTOSTART eller DTOANKSKA skal være valid dato			
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter ja			

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Minut for ankomst til skadestue	MIANSKA	2
DEFINITION Kodelisten i nedlignet for indlæggelse af patienter i skadestue. Kodelisten er opdelt i to dele. Den første del omhandler patienter, der er indlagt i skadestue, og den anden del omhandler patienter, der er indlagt i skadestue og senere overført til anden afdeling.		
VÆRDISÆT 00-59		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter nej Deldøgnspatienter nej Ambulatoriepatienter nej Skadestuepatienter ja		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN		PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
	Kommunennummer	KOMNR	3
DEFINITION			
Bopælskommunennummer Der anføres nummeret på bopælskommunen umiddelbart før indlæggelsen/ 1.ambulatoriebesøg/skadestuebesøg			
For personer med fast bopæl i Grønland kodes et af numrene 901-961 For personer med fast bopæl på Færøerne kodes 970 For personer med fast bopæl i udlandet kodes et af numrene 971-992 For personer uden bopæl eller ukendt bopæl kodes 999			
VÆRDISÆT			
Ifølge gældende kommunekoder (indeholdes i sygehusklassifikationen) KOMNR skal være numerisk			
INDGÅR I REGISTRERING FOR			
Heldøgnspatienter	ja		
Deldøgnspatienter	ja		
Ambulatoriepatienter	ja		
Skadestuepatienter	ja		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN		PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Henvisningsdato		HENVISDТО	6
DEFINITION Dato for modtagelsen af henvisningsseddel på den afdeling, der skal behandle patienten. Dette gælder også for patienter på heldøgns- eller deldøgnsafsnit, der har været i forambulatorium, inden de indlægges			
FØDSELSDТО ≤ HENVISDТО ≤ INDLÆGDТО/DTOSTART			
VÆRDISÆT På formen dag, måned og år Obligatorisk for heldøgnspatienter, der er registreret med 2 i indlæggelsesmåde og 1, 2, 5 eller 6 under henvisningsmåde Obligatorisk for deldøgns- og ambulatoriepatienter, der er registreret med 1, 2, 5 eller 6 under henvisningsmåde			
INDGÅR I REGISTRERING FOR			
Heldøgnspatienter	ja		
Deldøgnspatienter	ja		
Ambulatoriepatienter	ja		
Skadestuepatienter	nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN Indlæggelsesmåde	PROGRAMDATANAVN INDMÅDE	MAX. ANTAL POS.: 1
DEFINITION Akut indlæggelse er indlæggelse, som ikke er planlagt		
VÆRDISÆT 1 = akut 2 = ikke akut 9 = uoplyst		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja fakultativ Ambulatoriepatienter nej Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Henvisningsmåde	HENVISNMADE	1
DEFINITION 		
VÆRDISÆT 0 Ingen henvisning Henvist fra: 1 Alment praktiserende læge 2 Praktiserende speciallæge 3 Eget hel/deldøgnsafsnit 5 Andet hel/deldøgnsafsnit 6 Skadestue eller ambulatorium 8 Herfødt 9 Uoplyst		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN		PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Udskrivningsdato eller Slutdato for ambulant forløb		UDSKRIVDTO DTOSLUT	6
DEFINITION			
For hel- eller deldøgns- patienter	Datoen for afslutning af behandling af patient på et heldøgnsafsnit respektive deldøgnsafsnit		
For ambulatoriepatienter	Normalt datoen for det besøg, hvor behandlingen af- sluttes, enten ved beslutning herom eller ved, at patienten udebliver fra det følgende besøg, uden at der er truffet aftale om et nyt besøg		
VÆRDISÆT			
På formen dag, måned og år			
UDSKRIVDTO/DTOSLUT skal være valid dato i registreringsåret			
DTOSLUT skal være blank for uafsluttede forløb			
INDGÅR I REGISTRERING FOR			
Heldøgnspatienter	ja		
Deldøgnspatienter	ja		
Ambulatoriepatienter	ja		
Skadestuepatienter	nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Udskrivningstime	UDSKRIVTIME	2
DEFINITION Klokkeslæt i hele timer for udskrivning		
VÆRDISÆT 00-23		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter nej Ambulatoriepatienter nej Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Udskrivnings- eller Afslutningsmåde	AFSLUTNMÅDE	1
DEFINITION		
VÆRDISÆT Udskrevet/afsluttet til: 1 Alment praktiserende læge 3 Eget heldøgns/deldøgnsafsnit 5 Andet heldøgnsafsnit eller andet deldøgnsafsnit 6 Ambulatorium 7 udebleven (kun ambulatoriepatienter) 8 død 9 uoplyst blank uafsluttet forløb (kun ambulatoriepatienter)		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja Afsluttede ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter ja		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Udskrevet/afsluttet til sygehus/afdeling	UDSKRTILSGH	7
DEFINITION		
VÆRDISÆT Ifølge den gældende sygehusklassifikation (udsendes årligt af Sundhedsstyrelsen) UDSKRTILSGH skal være numerisk eller blank		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Heldøgnspatienter	ja fakultativ	
Deldøgnspatienter	nej	
Ambulatoriepatienter	nej	
Skadestuepatienter	nej	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN		PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
8	Kontaktårsagskode	KONTÅRS	1
DEFINITION			
Senfølger efter ulykker			
Sygelige tilstande som følge af ulykker, herunder forgiftninger og vold, der manifesterer sig efter opheling af de umiddelbare læsioner og hertil knyttet optræning. Heri inkluderes kontakter og indlæggelser med henblik på fjernelse af osteosyntesemateriale og lign.			
VÆRDISÆT			
1 = sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion			
2 = ulykke			
3 = voldshandling			
4 = selvmord/selvmondsforsøg			
5 = senfølge			
8 = andet			
9 = ukendt/uoplyst			
For stationære patienter skal kontaktårsagskoden kun registreres, såfremt der er registreret en diagnose i intervallet (D)S00.0 - (D)T79.9 (ulykkestilfælde, selvmord og vold)			
Vedrørende vejledning henvises til den gældende klassifikation af sygdomme, udgivet af Sundhedsstyrelsen			
INDGÅR I REGISTRERING FOR			
Heldøgnspatienter	ja		
Deldøgnspatienter	ja fakultativ		
Ambulatoriepatienter	nej		
Skadestuepatienter	ja		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVERN		PROGRAMDATANAVERN	MAX. ANTAL POS.:
	Ulykkeskode	ULK	8
DEFINITION			
VÆRDISÆT 1. ciffer = stedkode 0 = Transportområde 1 = Boligområde 2 = Produktions- og værkstedsområde 3 = Butiks-, handels- og serviceområde 4 = Skole-, offentligt administrations- og institutionsområde 5 = Idræts- og sportsområde 6 = Forlystelses- og parkområde 7 = Fri natur 8 = Hav, sø, vådområde 9 = uoplyst 3. ciffer = skadesmekanismekode 0 = Slag, stød på grund af fald på samme niveau 1 = Slag, stød på grund af fald på trappe eller til lavere niveau 2 = Slag, stød på grund af kontakt med anden genstand, person el. dyr 3 = Klemning, snit, stik 4 = Fremmedlegeme 5 = Kvælning 6 = Kemisk påvirkning Ulykkeskoden skal kun registreres for patienter med kontakårsag 2, 3 eller 4 Vedr. vejl. henvises til den gældende klassifik. af sygd. udg. af Sundhedsstyrelsen			
5. ciffer 1 = Arbejdsulykke 2 = Ikke arbejdsulykke 6. ciffer 1 = Færdselsuheld 2 = Ikke færdselsuheld 3. ciffer (fortsat) 7 = Termisk, elektrisk, strålingspåvirkning 8 = Akut overbelastning af legeme/legemsdel 9 = Anden og ukendt skadesmekanisme 2., 4., 7. og 8. ciffer reserveres til udvidelse af koden			
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja, fakultativ Ambulatoriepatienter nej Skadestuepatienter ja			

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN		PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Behandlingsdage		BEHDAGE	4
DEFINITION For heldøgnspatienter er antal behandlingsdage lig med antal sengedage med fradrag af antal orlovsdage. Antal sengedage beregnes som forskellen mellem udskrivningsdato og indlæggelsesdato - dog mindst én dag. Antal orlovsdage beregnes som forskellen mellem dato for ophør af orlov og dato for påbegyndelse af orlov - dog mindst én dag, såfremt patienten har forladt sygehuset efter, at orlov er bevilget. For deldøgnspatienter, der registreres i modulet for heldøgnspatienter, er antal behandlingsdage lig med det antal dage eller nætter, som en patient har tilbragt i et deldøgnsafsnit under en indlæggelse. I de tilfælde, hvor der registreres i modulet for ambulante patienter beregnes antal behandlingsdage ved hjælp af besøgsdatoer inden indberetning til Sundhedsstyrelsen. For ambulatoriepatienter er antal behandlingsdage lig med antal besøgsdatoer.			
VÆRDISÆT BEHDAGE ≥ 1			
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja fakultativ Deldøgnspatienter ja Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter nej			

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN		PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
	Antal diagnoser	ANTALDIAG	2
DEFINITION			
Tælleværk der oplyser, hvor mange diagnoser der er i den variable del			
VÆRDISÆT			
1 ≤ ANTALDIAG ≤ 20			
Evt. blank for uafsluttede ambulante med et forløb < 1 år			
INDGÅR I REGISTRERING FOR			
Heldøgnspatienter	ja		
Deldøgnspatienter	ja		
Ambulatoriepatienter	ja		
Skadestuepatienter	ja		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN		PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Diagnosekodenummer		DIAG	6
DEFINITION			
Kodenummer/numre for patientens diagnose(r) på tidspunkt for udskrivning, sidste ambulatoriebesøg eller skadestuebesøg			
VÆRDISÆT			
I følge den gældende klassifikation af sygdomme, udgivet af Sundhedsstyrelsen (ICD-10)			
1. position skal være D			
2.-5. position ICD-10 koder			
6. position blank			
For skadestuepatienter er kun de fire første positioner obligatoriske			
Hvis DIAG indeholder en kode i intervallerne DO00-DO31, DO40-DO84 og DZ37-DZ38 skal svangerskabsuge angives med en diagnosekode i intervallet DU007-DU045, jf. bilag 3			
Registreringen er obligatorisk for heldøgns-, deldøgns- og ambulante patienter			
INDGÅR I REGISTRERING FOR			
Heldøgnspatienter:	ja	Afsluttede ambulatoriepatienter:	ja
Deldøgnspatienter:	ja	Uafsluttede ambulatoriepatienter	
Skadestuepatienter	ja	med ambulant forløb < 1 år:	ja, fakultativ
		Uafsluttede ambulatoriepatienter	
		med ambulant forløb ≥ 1 år:	ja

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Kodenummer for opererende afdeling	OPRAFD	7
DEFINITION		
Anden opererende afdeling end den, hvor patienten er indlagt		
VÆRDISÆT		
OPRAFD består af kodenummer for SGH og AFD ifølge den gældende sygehusklassifikation (udsendes årligt af Sundhedsstyrelsen)		
OPRAFD skal være numerisk		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Heldøgnspatienter	ja fakultativ	
Deldøgnspatienter	ja fakultativ	
Ambulatoriepatienter	nej	
Skadestuepatienter	nej	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN		PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Operationskodenummer		OPR	5
DEFINITION			
Kodenummer for den på patienten udførte operation			

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN		PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Kombinationer		KOMB	1
DEFINITION			
Registrering af sammenhørende operationer			
VÆRDISÆT			
+ hvis det er sammenhørende operationer			
" " hvis andet (" " betyder, at feltet er blankt)			
INDGÅR I REGISTRERING FOR			
Heldøgnspatienter	ja		
Deldøgnspatienter	ja		
Ambulatoriepatienter	ja		
Skadestuepatienter	ja fakultativ		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Dato for besøg (behandlingsdag)	DTOBES	6
DEFINITION For deldøgnspatienter, der registreres i modulet for ambulante patienter, registreres dato for hvert enkelt besøg i deldøgnsafsnittet. Besøgsdatoerne benyttes til beregning af antal behandlingsdage, inden indberetning til Sundhedsstyrelsen For ambulante patienter registreres dato for hvert enkelt besøg i ambulatoriet		
VÆRDISÆT På formen dag, måned og år		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter nej Deldøgnspatienter nej Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter nej		

Bilag 2

Fejlsøgning for heldøgns-, deldøgns-, ambulatorie- og skadestuepatienter.

Fejlsøgning for heldøgns-, deldøgns-, ambulatorie- og skadestuepatienter beskrives samlet med følgende opdeling:

- Fejlsøgning fast del
- Fejlsøgning variabel del
- Fejlsøgning feltsammenhænge

Fejlsøgning fast del:

CPRNR	Modulus-11 test Pos 1-6 valid dato (DDMMÅÅ) Pos 7-9 001-999 Pos 10 numerisk
Erstatnings- CPRNR	Pos 1-6 valid dato (DDMMÅÅ) Pos 7 0 person født i dette årh. 5 person født i forrige årh. Pos 8-9 alfabetisk Pos 10 numerisk
SGH og AFD	Skal findes i Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation og 1. speciale må ikke være 02 og 19 (psykiatri)
PATTYPE	En af værdierne 0, 1, 2, 3
INDLÆGDATE DTOSTART DTOANSKA	Gyldig dato (DDMMÅÅ)
INDLÆGTIME TANSKA	Blank eller 00-23
MIANSKA	Blank eller 00-59
KOMNR	Skal findes i Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation
HENVISDTE	Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)
INDMÅDE	En af værdierne blank, 1, 2, 9
HENVISNMÅDE	En af værdierne blank, 0, 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9
UDSKRIVDTE DTOSLUT	Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)
UDSKRIVTIME	Blank eller 00-23

AFSLUTNMÅDE	En af værdierne blank, 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9
UDSKRTILSGH	Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation
KONTÅRS	En af værdierne blank, 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9
ULK	1. ciffer = stedkode: en af værdierne blank, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 2. ciffer: blank (reserveret til fremtidig brug) 3. ciffer = skadesmekanismekode: en af værdierne blank, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 4. ciffer: blank (reserveret til fremtidig brug) 5. ciffer: en af værdierne blank, 1, 2 6. ciffer: en af værdierne blank, 1, 2 7. ciffer: blank (reserveret til fremtidig brug) 8. ciffer: blank (reserveret til fremtidig brug)
BEHDAGE	Blank eller 1-9999
ANTALDIAG	Blank eller 1-20
<u>Fejlsøgning variabel del:</u>	
DIAG	Skal findes i Sundhedsstyrelsens diagnoseklassifikation Position 1 skal være D Position 6 skal være blank
OPRAFD	Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation
OPR	Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens operationsklassifikation
KOMB	+ eller blank
DTOBES	Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ) i stigende orden

Fejlsøgning i feltsammenhænge:**Hvis PATTYPE = 0:**

- må INDLÆGTIME ikke være blank
- skal MIANSKA være blank
- må INDMÅDE ikke være blank
- må HENVISNMÅDE ikke være blank
- må UDSKRIVDTO ikke være blank
- må UDSKRIVTIME ikke være blank
- må AFSLUTNMÅDE ikke være blank
- må ANTALDIAG ikke være blank
- må DIAG ikke være blank
- skal DTOBES være blank

Hvis PATTYPE = 1:

- skal MIANSKA være blank
- skal INDLÆGTIME være blank
- må HENVISNMÅDE ikke være blank
- må UDSKRIVDTO ikke være blank
- må AFSLUTNMÅDE ikke være blank
- skal UDSKRILSGH være blank
- må BEHDAGE ikke være blank
- må ANTALDIAG ikke være blank
- må DIAG ikke være blank
- skal DTOBES være blank

Hvis PATTYPE = 2:

- skal INDLÆGTIME være blank
- skal MIANSKA være blank
- skal INDMÅDE være blank
- må HENVISNMÅDE ikke være blank
- skal UDSKRILSGH være blank
- skal KONTÅRS være blank
- skal ULK være blank
- må BEHDAGE ikke være blank
- må DTOBES ikke være blank
- skal OPRAFD være blank
- antal i BEHDAGE skal være summen af DTOBES
- hvis DTOSLUT er blank:
 - o skal AFSLUTMÅDE være blank
 - o ANTALDIAG må ikke være blank, hvis perioden mellem første og sidste besøg er større end eller lig et år
- hvis DTOSLUT ikke er blank:
 - o må AFSLUTMÅDE ikke være blank
 - o må ANTALDIAG ikke være blank

Hvis PATTYPE = 3:

- må TANSKA ikke være blank
- må MIANSKA ikke være blank
- skal HENVISDTO være blank

Hvis PATTYPE = 3: (fortsat)

- skal INDMÅDE være blank
- skal HENVISNMÅDE være blank
- skal UDSKRIVDTO være blank
- må AFSLUTNMÅDE ikke være blank
- skal UDSKRTILSGH være blank
- må KONTÅRS ikke være blank
- skal BEHDAGE være blank
- må ANTALDIAG ikke være blank
- må DIAG ikke være blank
- DIAG må være 4 positioner incl. D i 1. pos
- skal OPRAFD være blank

Hvis INDLÆGMÅDE = 2

Skal HENVISDTO være forskellig fra blank,
hvis HENVISMÅDE = 1, 2, 5 eller 6

For patienttype
1 og 2

Skal HENVISDTO være forskellig fra blank,
hvis HENVISMÅDE = 1, 2, 5 eller 6

DATOER

FØDSELSDATO skal ligge før eller være lig
med HENVISDTO, som skal ligge før eller være
lig med INDLÆGDTO, som skal ligge før eller
være lig med UDSKRIVDTO

DTOBES skal ligge stigende og skal være lig
eller efter DTOSTART og lig eller før
DTOSLUT, hvis forskellig fra blank

Hvis CPRNR inde-
holder alfabe-
tiske tegn

Skal KOMNR være lig 970-999

Hvis PATTYPE = 0
og hoveddiagnose
(D)S000-(D)T799

Skal KONTÅRS være forskellig fra blank

Hvis KONTÅRS = 2,
3 eller 4

Skal der være mindst 1 diagnose (D)S000-(D)T799

Hvis KONTÅRS = 2,
3 eller 4

Skal ULK's 1., 3., 5. og 6. ciffer være
forskellig fra blank

Diagnosetest

Fejlsøgning. Diagnoser i relation til køn og alder (gældende fra 1. januar 1994).

Følgende diagnoser må kun forekomme i relation til køn (M=mænd, K=kvinder) og aldersintervaller.

De angivne koder er ICD-10, som i SKS skal foranstilles et D.

Kode	M/K	Min. alder	Max. alder
A500		00	01
A501		00	01
A502		00	01
A504		02	99
A505		02	99
A506		02	99
A507		02	99
A510-A519		12	99
A520-A529		12	99
A530-A539		12	99
A540-A542		12	99
A544-A549		12	99
A559		12	99
A560-A568		12	99
A579		12	99
A589		12	99
B260	M		
C510-C519	K		
C529	K		
C530-C539	K		
C540-C549	K		
C559	K		
C560-C561	K		
C570-C579	K		
C589	K		
C600-C609	M		
C619	M		
C620-C629	M		
C630-C639	M		
D060-D069	K		
D070-D073	K		
D074-D076	M		
D250-D259	K		
D260-D269	K		
D270-D279	K		

D280-D289	K			
D290-D299	M			
D390-D399	K			
D400-D409	M			
E280-E289	K			
E290-E299	M			
E409		00	14	
F530-F539	K	10	55	
I863	K			
J409		15	99	
J809		15	99	
L211		00	14	
L229		00	14	
L291	M			
L292	K			
M061		15	99	
M080-M089		00	14	
M090-M098		00	14	
M302		00	14	
M330		00	14	
M410-M411		00	14	
M420		00	14	
M910-M919		00	14	
M920-M929		00	14	
M930		00	14	
N409	M	15	99	
N410-N419	M	00		
N420-N429	M			
N430-N434	M			
N449	M			
N450-N459	M			
N469	M			
N479	M			
N480-N489	M			
N490-N499	M			
N500-N509	M			
N510-N518	M			
N600-N609	K	00		
N619	K	00		
N629	K			
N639	K			
N640-N649	K			
N700-N709	K	00		
N710-N719	K			
N729	K			
N730-N739	K			
N740-N748	K			
N750-N759	K			
N760-N768	K			

N770-N778	K		
N800-N809	K		
N810-N819	K		
N820-N829	K		
N830-N839	K		
N840-N849	K		
N850-N859	K	00	
N869	K	00	
N870-N879	K		
N880-N889	K	21	
N890-N899	K	30	
N900-N909	K	00	
N910-N915	K	00	
N920-N926	K		
N930-N939	K		
N940-N949	K	21	
N950-N959	K	00	
N969	K	00	
N970-N979	K	00	
N980-N989	K	00	
N992-N994	K	00	
O000-O998	K	00 10	55
P000-P969		00 00	00
Q000-Q002		00	00
Q500-Q506	K		
Q510-Q519	K		
Q520-Q529	K		
Q530-Q539	M		
Q540-Q549	M		
Q550-Q559	M		
Q830-Q839	K		
Q960-Q969	K		
Q970-Q979	K		
Q980-Q989	M		
R549		60	99
R681		00	14
R860-R869	M		
R870-R879	K		
R929	K		
R959		00	01
S200	K		
S210	K		
S374-S376	K		
T192-T193	K		
T833	K		
T854	K		

Z001-Z002		00	14
Z123-Z124	K	12	99
Z127	K	12	99
Z134		00	14
Z301	K	10	55
Z303-Z305	K	10	55
Z311-Z312	K	10	55
Z320-Z321	K	10	55
Z339	K	10	55
Z340-Z349	K	10	55
Z350-Z359	K	10	55
Z360-Z369	K	10	55
Z370-Z379	K	10	55
Z380-Z388	K	10	55
Z390-Z392	K	10	55
Z412	M		
Z437	K		
Z443	K		
Z761-Z762		00	14
Z875	K	10	55
Z901	K		
Z975	K	10	55

Diagnosekontrol af DU-diagnoser (svangerskabsuger)

Hvis DIAG begynder med DU

- må den ikke forekomme som 1. diagnose (hoveddiagnose)

Følgende krav gælder begge veje, således at DU-diagnoser kun må forekomme som angivet, og at DIAG i de angivne intervaller skal være ledsaget af DU-diagnoser i de angivne intervaller:

Hvis DIAG er DO000-DO029

skal diagnosekode med DU i første to positioner forekomme

Hvis DIAG er DO030-DO039

skal kun DU-diagnosekoder DU007-DU028 forekomme

Hvis DIAG er DO040-DO049

skal kun DU-diagnosekoder DU007-DU012 forekomme

Hvis DIAG er DO050-DO059

skal kun DU-diagnosekoder DU013-DU028 forekomme

Hvis DIAG er DO060-DO089

skal kun DU-diagnosekoder DU007-DU028 forekomme

Hvis DIAG er DO100-DO200

skal diagnosekode med DU i første to positioner forekomme

Hvis DIAG er DO208

skal kun DU-diagnosekoder DU007-DU022 forekomme

Hvis DIAG er DO209

skal diagnosekode med DU i første to positioner forekomme

Hvis DIAG er DO210-DO211

skal kun DU-diagnosekoder DU007-DU022 forekomme

Hvis DIAG er DO212

skal kun DU-diagnosekoder DU023-DU045 forekomme

Hvis DIAG er DO218-DO318

skal diagnosekode med DU i første to positioner forekomme

Hvis DIAG er DO409-DO419

skal diagnosekode med DU i første to positioner forekomme

Hvis DIAG er DO420, DO422 eller DO424	skal kun DU-diagnosekoder DU029-DU037 forekomme
Hvis DIAG er DO421, DO423 eller DO425	skal kun DU-diagnosekoder DU038-DU045 forekomme
Hvis DIAG er DO429-DO469	skal diagnosekode med DU i første to positioner forekomme
Hvis DIAG er DO470	skal kun DU-diagnosekoder DU029-DU037 forekomme
Hvis DIAG er DO471	skal kun DU-diagnosekoder DU038-DU045 forekomme
Hvis DIAG er DO472 eller DO479	skal kun DU-diagnosekoder DU029-DU045 forekomme
Hvis DIAG er DO489	skal kun DU-diagnosekoder DU042-DU045 forekomme
Hvis DIAG er DO609	skal kun DU-diagnosekoder DU020-DU037 forekomme
Hvis DIAG er DO610-DO849	skal kun DU-diagnosekoder DU020-DU045 forekomme
Hvis DIAG er DZ370-DZ388	skal kun DU-diagnosekoder DU020-DU045 forekomme

Bilag 3

Koder til angivelse af svangerskabsuge

Svangerskabsuge angives obligatorisk med en DU-kode for alle patienter med en eller flere diagnoser i følgende grupper:

Svangerskabsugen angives som den svangerskabsuge i graviditeten som foreligger på indlæggelsestidspunktet respektive ved det ambulante besøg, hvor den pågældende diagnose første gang stilles.

DO00-DO08	Svangerskab, der ender med abort
DO10-DO16	Ødem, proteinuri og hypertension i svangerskab
DO20-DO29	Andre sygdomme hos moder overvejende forbundet med svangerskab
DO30-DO31 og	Visse tilstande med tilknytning til svangerskabskontrol med relation til foster, amnion, placenta og potentielle fødselsproblemer
DO40-DO84	
DZ37-DZ38	Fødsel

DU007	7. svangerskabsuge eller tidligere
DU008	8. svangerskabsuge
DU009	9. svangerskabsuge
DU010	10. svangerskabsuge
DU011	11. svangerskabsuge
DU012	12. svangerskabsuge
DU013	13. svangerskabsuge
DU014	14. svangerskabsuge
DU015	15. svangerskabsuge
DU016	16. svangerskabsuge
DU017	17. svangerskabsuge
DU018	18. svangerskabsuge
DU019	19. svangerskabsuge
DU020	20. svangerskabsuge
DU021	21. svangerskabsuge
DU022	22. svangerskabsuge
DU023	23. svangerskabsuge
DU024	24. svangerskabsuge
DU025	25. svangerskabsuge
DU026	26. svangerskabsuge
DU027	27. svangerskabsuge
DU028	28. svangerskabsuge
DU029	29. svangerskabsuge
DU030	30. svangerskabsuge
DU031	31. svangerskabsuge
DU032	32. svangerskabsuge
DU033	33. svangerskabsuge
DU034	34. svangerskabsuge

DU035	35. svangerskabsuge
DU036	36. svangerskabsuge
DU037	37. svangerskabsuge
DU038	38. svangerskabsuge
DU039	39. svangerskabsuge
DU040	40. svangerskabsuge
DU041	41. svangerskabsuge
DU042	42. svangerskabsuge
DU043	43. svangerskabsuge
DU044	44. svangerskabsuge
DU045	45. svangerskabsuge eller senere

SUNDHEDSSTYRELSEN

UCD10'søg

Tilføjelser og rettelser til

Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter (3. udgave af rapport nr. 6, 1993)

Nedenfor er nævnt tilføjelser og rettelser til Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter, jfr. siderne 48-55.

Tilføjelser og rettelser til "Diagnosetest" (siderne 48-51)

Tilføjelser

A349	K	10	55
B373	K		
C562-C569	K		
C796	K		
D176	M		
E894	K		
E895	M		
F524	M		
F525	K		
I861	M		
L705	K		
M800-M801	K		
M810-M811	K		
M830	K		
N992-N993	K		
P546	K	00	14
S312-S313	M		
S314	K		
U007-U045	K	10	55
Z014	K		
Z125	M		

Rettelser

M080-M089	Max. alder ændres fra 14 til 15
M420	Max. alder ændres fra 14 til 20
N629	Slettes af fejlsøgningem
N639	Slettes af fejlsøgningen
N994	Slettes af fejlsøgningen
Z123	Slettes af fejlsøgningen
Z380-Z388	Test på køn fjernes, og alderstest rettes fra 10-55 til 00-00

Tilføjelser og rettelser til "diagnosekontrol af DU-diagnoserne (svangerskabsuger) (siderne 52-53)

Følgende tilføjes:

Hvis DIAG er DZ320-DZ359	skal diagnosekode med DU forekomme
--------------------------	------------------------------------

Følgende linier slettes:

Hvis DIAG er DO420, DO422 eller DO424	skal kun DU-diagnosekoder DU029-DU037 forekomme
---------------------------------------	---

Hvis DIAG er DO470	skal kun DU-diagnosekoder DU029-DU037 forekomme
--------------------	---

Hvis DIAG er DO472 eller DO479	skal kun DU-diagnosekoder DU029-DU045 forekomme
--------------------------------	---

Følgende rettes:
(de omhandlede cifre er understreget)

Hvis DIAG er DZ370-DZ <u>379</u>	skal kun DU-diagnosekoder DU020-DU045 forekomme
----------------------------------	---

Side 54:

sidste linie i opremsningen af kodenumre, som skal kombineres med DU-koder:

DZ37-DZ38	Fødsel
-----------	--------

rettes til:

DZ32-DZ35	Graviditet
DZ37	Fødsel (resultat af fødsel)

Vedrørende svangerskabsuge DU-kode ændres betydningen af

DU007	7. svangerskabsuge eller tidligere til 7 svangerskabsuger eller tidligere
DU008	8. svangerskabsuge til 8 svangerskabsuger osv.