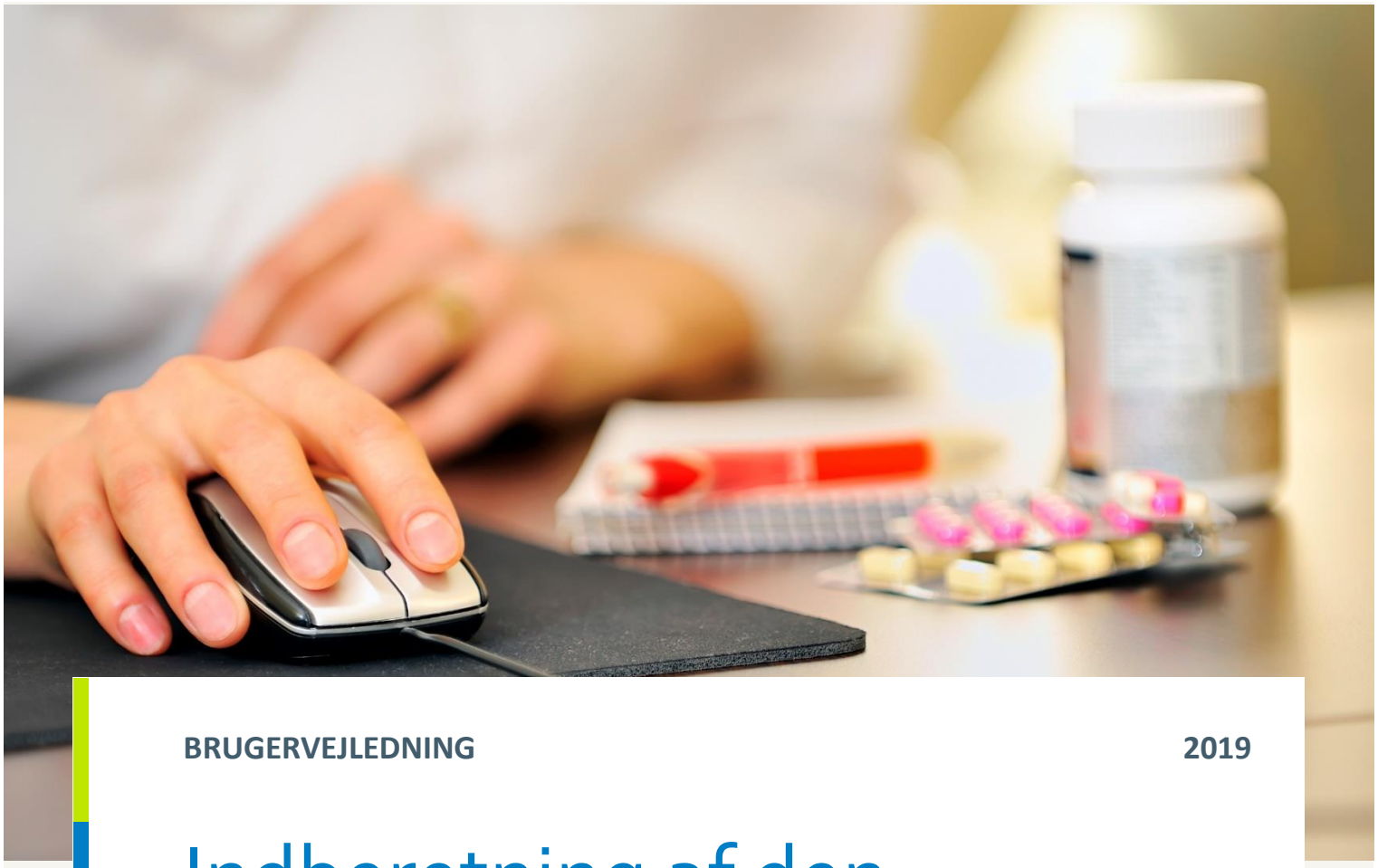


BRUGERVEJLEDNING 2019

Indberetning af den elektroniske dødsattest

Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem

SUNDHEDSDATA-
STYRELSEN

Forord

Dette er en brugermanual (1. udgave), der teknisk beskriver, hvordan sundhedssektoren skal indberette den elektroniske dødsattest via **S**undhedsdatastyrelsens nye webbaserede **E**lektroniske **I**ndberetningssystem (SEI).
Brugervejledningen vil blive opdateret, såfremt der sker væsentlige ændringer i programmet. De opdaterede brugervejledninger kan hentes på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside www.sundhedsdatastyrelsen.dk under Elektronisk indberetning (SEI).

Sundhedsdatastyrelsen
Afdeling for Datakvalitet og -indhold

Udgiver	Sundhedsdatastyrelsen
Ansvarlig institution	Sundhedsdatastyrelsen
Design	
Copyright	
Version	1
Versionsdato	23. januar 2019
Web-adresse	www.sundhedsdatastyrelsen.dk
Titel	Indberetning af den elektroniske dødsattest

Brugervejledningen kan kun refereres til efter tilladelse fra Sundhedsdatastyrelsen

Indhold

1. Generelt om indberetning af den elektroniske dødsattest 4
2. Start programmet og log ind 5
3. Programopbygning 6
3.1 Programvinduets indhold 6

4. Opret nyt skema 8
4.1 Opret nyt skema 8

5. Dødsattest side 1 9
5.1 Skemaets opbygning og indhold 9

5.1.1 Skema information 10
5.1.2 Patient (civile oplysninger) 10
5.1.3 Indberetning af side 2 11
5.1.4 Dødfødsel 12
5.1.5 Tid og sted 13
5.1.6 Attestudfyldende læges funktion 16
5.1.7 Dødstegn 16
5.1.8 Tidspunkt for ligsyn 17
5.1.9 Kontakt til politiet 17
5.1.10 Elektroniske implantater 17

6. Dødsattest side 2 18
6.1 Skemaets opbygning og indhold 18

6.1.1 Skema information 19
6.1.2 Patient (civile oplysninger) 20
6.1.3 Dødsmåde 21
6.1.4 Dødsårsag I. Det sygdoms- misbrug og/eller skadesforløb der førte til døden 21
6.1.5 Dødsårsag II 22
6.1.6 Medicin i forbindelse med forgiftning, medicinbivirkning og misbrug 23
6.1.7 Hændelsessted ved ikke naturlig død 23
6.1.8 Obduktion 24
6.1.9 Retskemi 25
6.1.10 Supplerende oplysninger 25

7. Efter et skema er oprettet 26

1. Generelt om indberetning af den elektroniske dødsattest

- Siden 2007 har det været obligatorisk at indberette dødsattester elektronisk. Den elektroniske dødsattest blev indført i 2007 for at modernisere Dødsårsagsregisteret. Dødsårsagsregisteret er en vigtig kilde til viden om befolkningens sundhed generelt. Det er derfor afgørende, at man har et præcist og opdateret billede af dødeligheden i Danmark.

- Den elektroniske dødsattest består af to adskilte sider, der begge indeholder civile oplysninger – CPR-nr., køn og adresse på afdøde, eller i tilfælde af dødfødsel, de civile oplysninger om moderen.

- Dødsattestens side 1 indeholder formelle oplysninger til identifikation af afdøde samt lægens erklæring om, at døden er indtruffet, herunder hvis omstændigheder ved dødsfaldet giver anledning til, at politiet skal underrettes.

- Siden juni 2013 overføres oplysninger fra den elektroniske indberettede side 1 til begravelsesmyndighedernes sagsbehandlingssystem (PersonSag). Så snart dette system modtager dødsdata, registreres dødsfaldet i CPR. Det er derfor vigtigt, at dødsattestens side 1 bliver indberettet hurtigst muligt og senest to hverdage efter ligsynet.

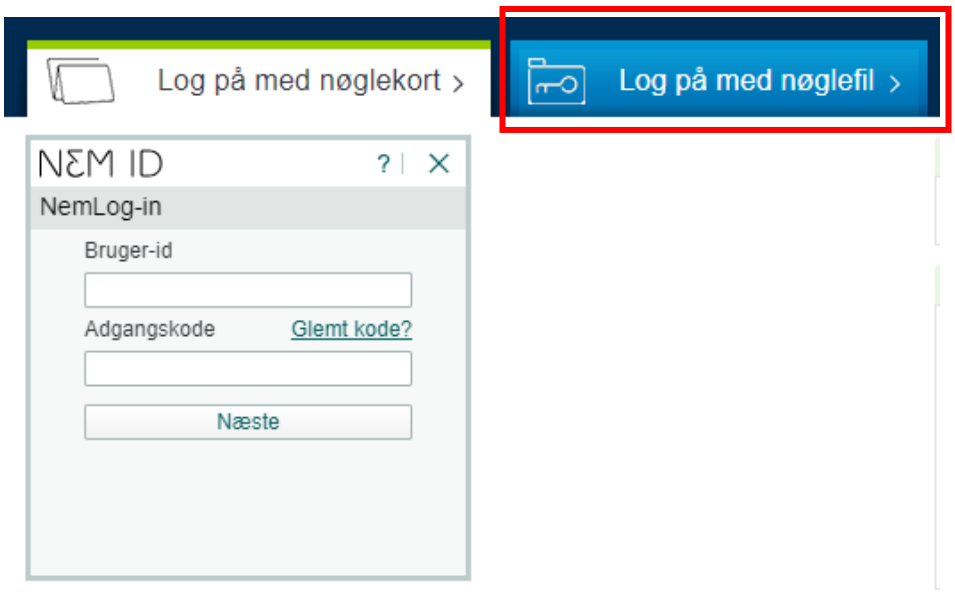
- Oplysningerne på side 2 omhandler dødsårsag og dødsmåde. Disse medicinske oplysninger danner grundlag for dødårsagsstatistikken.

- Det er vigtigt at bemærke, at dødsattestens side 1 og side 2 skal oprettes og indberettes hver for sig som selvstændige dokumenter. Indberetningen af begge sider kan læses om i denne vejledning.

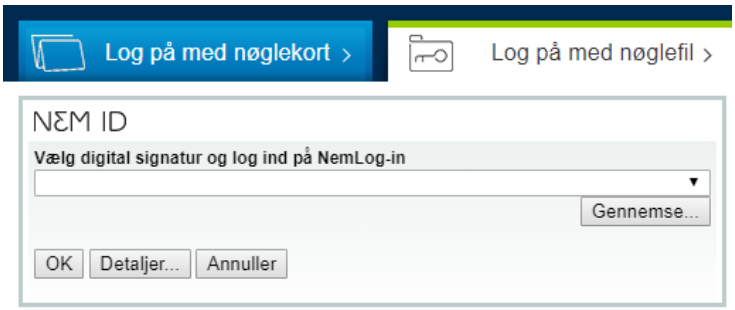
2. Start programmet og log ind

Indberetningssiden åbnes ved at bruge nedenstående link:
https://sei.sundhedsdata.dk/namespaces/AXSF/

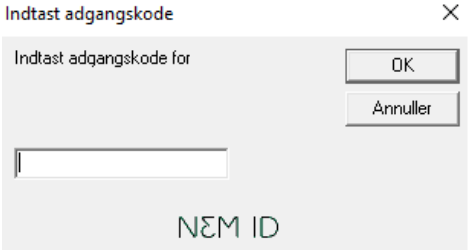
Klik på **'Log på med nøglefil'** for at logge ind med din medarbejder signatur.



Vælg navn samt CVR nummer vha. rullemenuen i feltet 'Vælg digital signatur og log ind med Nemlog-in'. Klik herefter på 'OK'.



Indtast adgangskoden til din medarbejder signatur og klik på 'OK'.

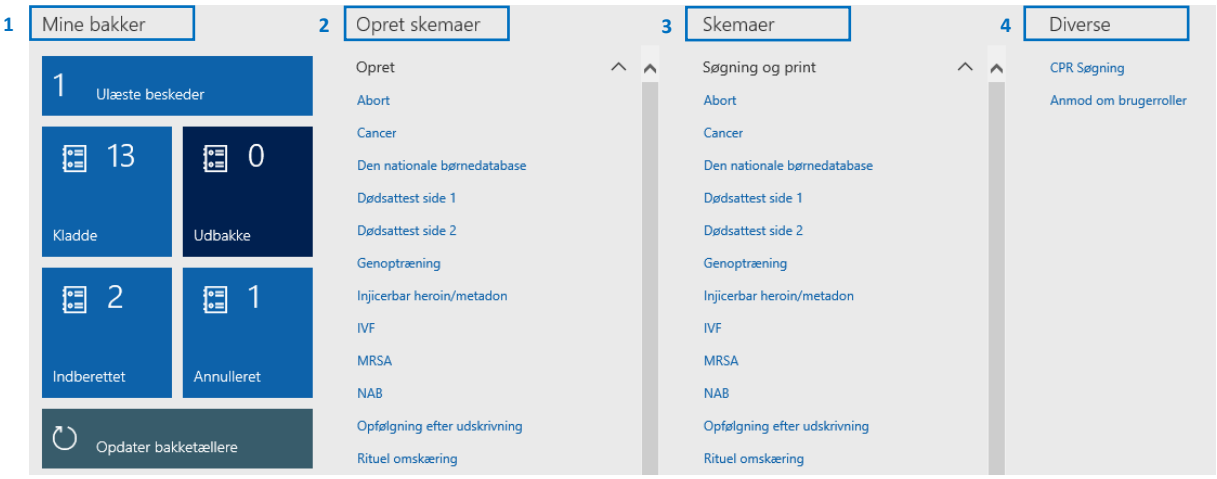


3. Programopbygning

Dette afsnit er en kort introduktion til nogle af de basale funktioner, der findes i det nye webbaserede indberetningssystem. For generel introduktion og tilmelding til Sundhedsdatastyrelsen Elektroniske Indberetningssystem (SEI) henvises til:
http://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-indberetning/indberetning-sei

3.1 Programvinduets indhold

Når du har åbnet programmet vises dette skærmbillede:



1. Mine bakker

Under sektionen "Mine bakker" findes:

- Ulæste beskeder: Bakke med ulæste beskeder fra Sundhedsdatastyrelsen (SDS) om SEI og beskeder vedrørende skemaer (attester), som du skal gøre færdig.
- Kladde: Bakke med ikke færdige skemaer gemmes her. Medlemmer af samme brugergruppe[1] deler bakken 'Kladde'.
- Udbakke: Bakke med skemaer, der netop er gjort parat til afsendelse. Medlemmer af samme brugergruppe deler bakken 'Udbakke'.
- Indberettet: Bakke med skemaer, der er indberettet til SDS. Medlemmer af samme brugergruppe deler bakken 'Indberettet'.
- Annulleret: Bakke med gruppens annullerede (ikke slettede) indberettede skemaer. Medlemmer af samme brugergruppe deler bakken 'Annulleret'.
- Opdater bakketæller: Knap, der opdaterer alle bakker.

[1] Når du bliver oprettet som bruger første gang, bliver du samtidig medlem af en brugergruppe. En brugergruppe kan bestå af bare et enkelt medlem – fx en praktiserende læge, eller flere medlemmer – fx alle læger på en afdeling. Man kan godt være medlem af flere grupper. Alle medlemmer af samme brugergruppe har bl.a. adgang til de samme attester.

2. **Opret skema**
   Under sektionen 'Opret skema' benyttes rullemenuen til at finde det ønskede skema til indberetning. Klik på det ønskede skema for at oprette og udfylde en ny indberetning. Når man har oprettet et skema, er det muligt at finde en skemaspecifik vejledning i fanebladet 'Skema information' øverst på siden.

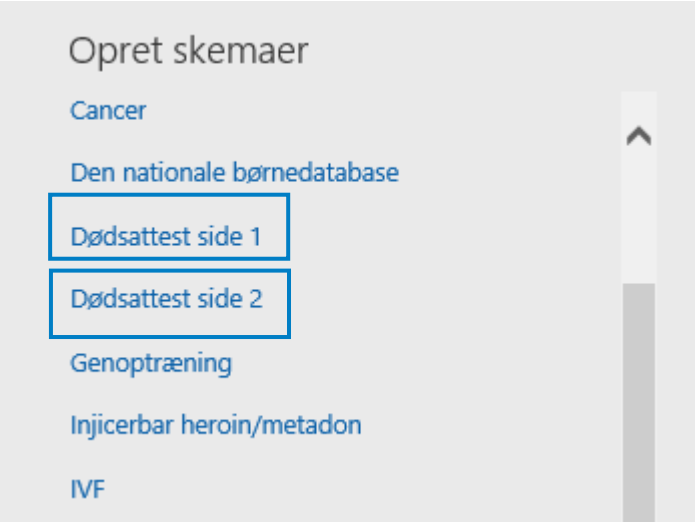
3. **Skemaer**
   Under sektionen 'Skemaer' benyttes rullemenuen til at finde alle påbegyndte, indberettede eller annullerede skemaer i gruppen, fordelt på skematype.

4. **Diverse**
   Under sektionen 'Diverse' findes følgende to moduler:
   - CPR søgning:
     Visning af samtlige skemaer der ligger for pågældende cpr-nummer i gruppen.
   - Anmode om brugerroller
     Her kan man søge om adgang til at læse, indtaste i eller indberette et skema. Anmodningen skal godkendes af en administrator.

4. Opret nyt skema

4.1 Opret nyt skema

Når man skal oprette et nyt skema, gøres det ved at vælge enten 'Dødsattest side 1' eller 'Dødsattest side 2' under 'Opret skemaer'.
Dødsattestens side 1 og side 2 er i SEI2 oprettet som to selvstændige skemaer og indberettes således hver for sig.



Når der er valgt enten dødsattestens side 1 eller side 2 åbnes en kladde på skærmen af det oprettede skema. Kladden udfyldes efter anvisningen i kapitel 5 og 6.

5. Dødsattest side 1

5.1 Skemaets opbygning og indhold

1)	Skema information	6)	Attestudfyldende læges funktion
2)	Patient	7)	Dødstegn
3)	Indberetning af side 2	8)	Tidspunkt for ligsyn
4)	Dødfødsel	9)	Kontakt til politiet
5)	Tid og Sted	10)	Elektroniske implantater

Dødsattestens side 1 er opbygget i følgende grundelementer:

1. **Skema information**
   Indeholder felterne 'Skema oprettelsesdato' og 'Gruppe' som udfyldes automatisk af programmet, hvis man er medlem af kun en enkel gruppe. Hvis man er medlem af flere grupper, vælges den korrekte gruppe fra rullemenuen.

2. **Patient (civile oplysninger)**
   Indeholder felter til indtastning af afdødes civile oplysninger eller i tilfælde af dødfødsel de civile oplysninger om moderen.

3. **Indberetning af side 2**
   Indeholder felter til markering af hvem der skal indberette side 2.

4. **Dødfødsel**
   Indeholder et felt til markering, hvis der er tale om en dødfødsel, samt felter til udfyldelse af fødselsdato og barnets køn.

5. **Tid og sted**
   Indeholder felter til udfyldelse af dødstidspunkt eller findetidspunkt.

6. **Attestudfyldende læges funktion**
   Her er felter til markering af lægens funktion f.eks. egen læge eller hospitalslæge.

7. **Dødstegn**
   Indeholder felter til markering af dødstegn.

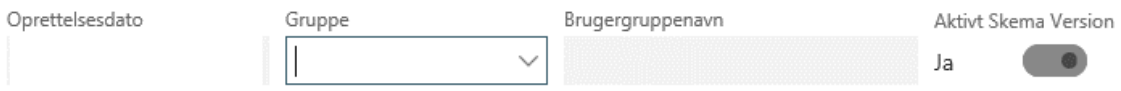
8. **Tidspunkt for ligsyn**
   Indeholder felter til udfyldelse af ligsynsdato.

9. **Kontakt til Politiet**
   Her angives det om der har været kontakt til politiet og, hvis ja, hvilken politikreds.

10. **Elektroniske implantater**
    Indeholder felter til at angive om der er kendskab til om afdøde har elektroniske implantater og om de er fjernet.

5.1.1 Skema information

Feltet oprettelsesdato udfyldes automatisk af programmet med dags dato. I feltet gruppe vælges den gruppe dødsattesten skal indberettes for, hvorefter det tilhørerende brugernavn udfyldes automatisk.



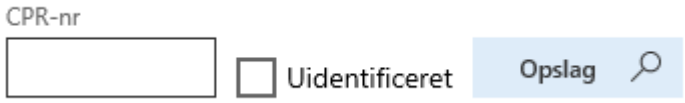
Bemærk at i nogle tilfælde er gruppen også udfyldt af programmet. Vær derfor opmærksom på at det er den korrekte gruppe, som er angivet.

5.1.2 Patient (civile oplysninger)

CPR-nummer.

I feltet 'CPR-nr.' indtastes afdødes CPR-nummer. Herefter klikkes på 'Opslag' hvorved systemet fremsøger afdødes navn, køn og adresse. Et ikke gyldigt CPR-nummer accepteres ikke og vil fremkalde en advarsel.

Er afdøde uidentificeret kan dette angives ved at sætte hak i det pågældende felt. Fortsæt derefter til næste faneblad 'Indberetning af side 2'



Erstatnings-CPR-nummer

Har afdøde – fx en udlænding død i Danmark – ikke et CPR-nummer, skal der benyttes et erstatnings CPR-nummer. Opbygning af et erstatnings CPR-nummer er:

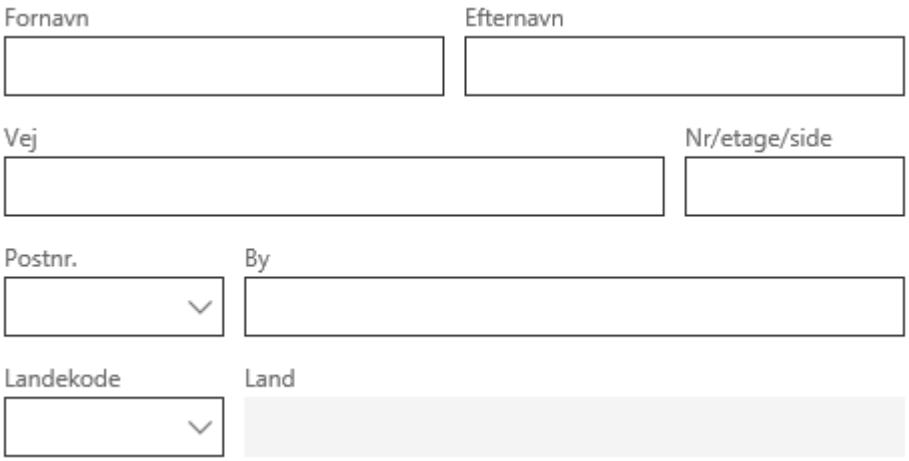
- AAAAAA-BCCD

- A = Fødselsdato og år
  B = Århundrede for fødsel (5=før 1900, 0=1900-1999, 6=efter 1999)
  C = Initialer (efternavn fornavn)
  D = Løbenummer (lige for kvinder, ulige for mænd)

Er der tale om et erstatnings CPR-nummeret skal alle oplysninger om afdøde indtastes manuelt. Det gælder oplysninger om navn, adresse og land, se nedenfor.
Bemærk at skemaet ikke kan valideres, før skemaet er gemt, hvis der anvendes et erstatnings CPR-nummer.

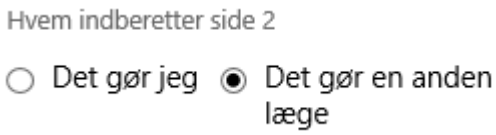
Navn og adresse

Er der tal om et erstatnings CPR-nummer skal afdødes fulde navn og adresse indtastes.



5.1.3 Indberetning af side 2

Ved udfyldelse af dødsattestens side 1 angives det, om samme eller anden læge skal udfylde attestens side 2. Dette gøres ved at markere én af de to muligheder.



Hvis du selv skal udfylde side 2, markerer du feltet ”Det gør jeg” og går videre til næste felt.

Hvis du markerer feltet ”Det gør en anden læge” skal du specificere hvem der skal indberette dødsattestens side 2.
Sker dødsfaldet under indlæggelse skal sygehuslægen udfylde side 2.
Hvis afdødes egen (praktiserende) læge skal udfylde side 2, får denne automatisk besked af Sundhedsdatastyrelsen, når feltet afkrydses.

Anden indberetter

- ○ Praktiserende læge
- ○ Læge på hospital
- ○ Overlæge i Styrelsen for Patientsikkerhed
- ○ Retmediciner
- ○ Læge på Hospice
- ○ Sædvanlig læge (gruppe 2)

Hvis det er ’sædvanlig læge’ (sygesikringsgruppe 2) eller ’læge på hospice’, der skal udfylde attestens side 2, skal oplysninger om navn og adresse på pågældende angives.

- ○ Læge på Hospice
- ◉ Sædvanlig læge (gruppe 2)

Navn

Vej | Nr/etage/side

Postnr. | By

5.1.4 Dødfødsel

Ved dødfødsel anføres de civile oplysninger om moderen i fanebladet ’Patientoplysninger’. Det er vigtigt at sætte kryds i feltet til venstre for ’dødfødt’, da det ellers er moderen, der registreres som værende død. Herefter kan dato for fødslen udfyldes ved at indtaste en dato dd/mm/åååå)

eller ved at vælge den pågældende dato fra kalenderen til højre i feltet. Der skal også sættes kryds udfor barnets køn.

5.1.5 Tid og sted

Der skal enten oplyses en dato for dødstidspunkt eller findetidspunkt. Hvis dødstidspunktet er ukendt, anføres dato for findetidspunkt. Datoen indtastes manuelt i formatet DD-MM-ÅÅÅÅ eller ved at vælge en dato fra kalenderen ved at klikke på denne til højre i det pågældende felt.

Når datoen er angivet, dukker der et felt frem til udfyldelse af 4-cifret klokkeslæt for døds- eller findetidspunkter. Klokkeslækket kan anføres med eller uden separation af timer og minutter.

Dødssted eller findested

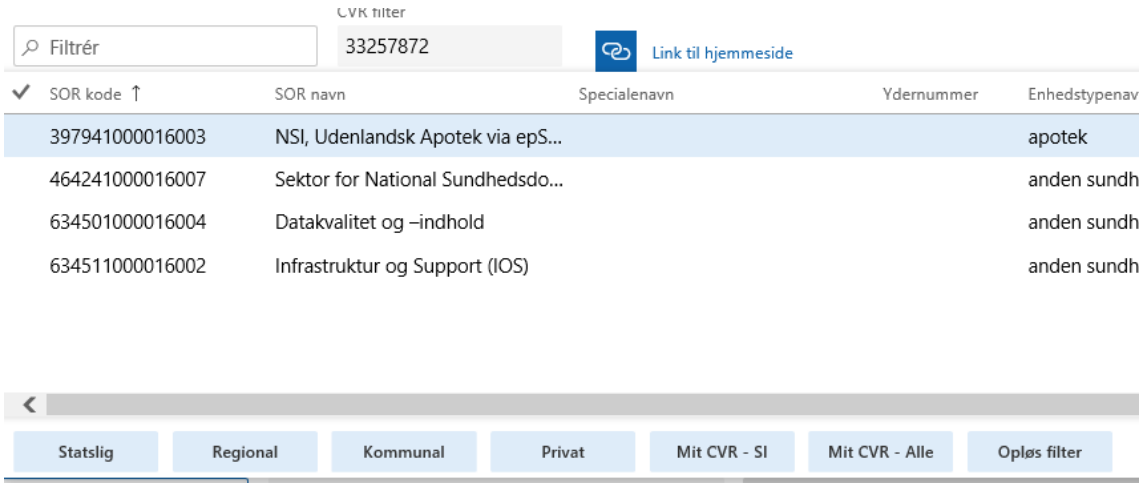
Dødssted eller findested skal angives. Dette gøres ved at markere en af de muligheder, der dukker frem, afhængigt af om der er angivet dødstidspunkt eller findetidspunkt.

Sygehus eller hospice

Har dødsfaldet fundet sted på sygehus eller hospice skal sygehus/afdelingskode eller SOR-kode anføres.

- **SOR-kode**

SOR-koden kan angives ved enten manuelt at indtaste SOR-koden for den ansvarlige organisation eller ved at fremsøge organisationen. SOR-kode kan fremsøges ved at klikke på pilen i feltet.



Klik dernæst på 'Mit CVR - SI', herved fremsøges alle de sundhedsinstitutioner(SI'er) tilhørende ens CVR-nummer. Vælg til sidst den relevante enhed, der har forløbsansvaret.

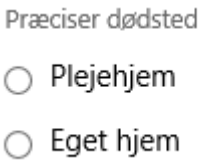
Hvis der skal angives en organisatorisk enhed (OE), så klik på 'Mit CVR –Alle'. Herved fremsøges alle sundhedsinstitutioner og organisatoriske enheder tilhørende ens CVR-nummer. Man kan skelne mellem de to niveauer, ved at kigge i kolonne 'Niveau' yderst til højre.

Hvis den ønskede enhed ikke fremkommer så klik i stedet for på enten 'Statslig', 'Regional', 'Kommunal' eller 'Privat'. Herved fremsøges enten statslige, regionale, kommunale eller private organisationer. Ved at anvende filtrene for hver kolonne kan man filtrere yderligere – f.eks. filtrere på baggrund af et ydernummer, enhedstype, navn etc.

- **Sygehus – og afdelingskode**
  Angiv en hospitalskode og afdelingskode. Felterne kan enten udfyldes manuelt ved at indtaste koden eller ved at vælge fra rullemenuerne. Rullemenuen kommer frem ved at klikke på pilen til højre i felterne. De tilhørende felter med beskrivelse udfyldes automatisk ved anførelse af en kode.

Bopælsadresse

For dødssted 'død på bopælsadresse' eller 'fundet på bopælsadresse' skal det angives, om det er eget hjem eller plejehjem.



Kendt adresse

For dødssted 'død på kendt adresse' eller 'fundet på kendt adresse' (ikke bopælsadressen) udfyldes den fulde adresse, vej, nr./etage/side, postnr., og by, på stedet, hvor dødsfaldet fandt sted.

DØD PÅ KENDT ADRESSE

Vej

Nr/etage/side

Postnr.

By

Uden adresse

For dødssted 'Dødssted uden adresse' eller 'Findested uden adresse' angives en så præcis steds-angivelse som muligt.

Dødssted uden adresse

5.1.6 Attestudfyldende læges funktion

Lægen som udfylder attesten skal angive sin funktion ved at vælge en af de seks valgmuligheder.

Attestudfyldende læges funktion

- ○ Egen læge
- ○ Vagtlæge
- ○ Hospitalslæge
- ○ Læge ved Retsmedicinsk Institut
- ○ Læge ved Styrelsen for Patientsikkerhed
- ○ Læge på Hospice

5.1.7 Dødstegn

Sikre dødstegn skal angives, ved at klikke i feltet til venstre for dødstegnet. Mindst ét skal noteres, men der kan angives flere.

☐ Rigor ☐ Livores ☐ Cadaverositas ☐ Maceratio ☐ Andet

5.1.8 Tidspunkt for ligsyn

Dato og tidspunkt for ligsynet skal angives på samme måde som for døds- eller findetidspunkt (se afsnit 5.1.5).

5.1.9 Kontakt til politiet

Der skal altid oplyses, om der har været kontakt til politiet ved at markere enten 'ja' eller 'nej'. Hvis der har været kontakt til politiet, så skal politikredsen angives ved brug af rullemenuen, som fremkommer ved at klikke på pilen til højre i feltet.

5.1.10 Elektroniske implantater

Det er obligatorisk at oplyse, om afdøde har elektroniske implantater, og om de i givet fald er fjernet.

6. Dødsattest side 2

6.1 Skemaets opbygning og indhold

1) Skema information
2) Patient
3) Dødsmåde
4) Dødsårsag I. Det sygdoms-, misbrugs- og/eller skadesforløb, der førte til døden
5) Dødsårsag II. Andre stadig aktive sygdomme, misbrug eller skader, der kan have medvirket til døden
6) Medicin, i forbindelse med forgiftning, medicinbivirkning og misbrug
7) Hændelsessted ved ikke-naturlig død
8) Obduktion
9) Retskemi
10) Supplerende oplysninger

Dødsattestens side 2 indeholder oplysninger om følgende:

1. **Skema information**
   Indeholder felterne 'Skema oprettelsesdato' og 'Gruppe'.

2. **Patient (civile oplysninger)**
   Indeholder felter til indtastning af afdødes civile oplysninger eller i tilfælde af dødfødsel de civile oplysninger om moderen.

3. **Dødsmåde**
   Indeholder felter til indtastning af dødsmåde.

4. **Dødsårsag I. Det sygdoms- misbrug- og/eller skadesforløb, der førte til døden**
   Indeholder felter til udfyldelse af det forløb som førte til døden. Der kan angives op til fire dødsårsager.

5. **Dødsårsag II. Andre aktive sygdomme, misbrug eller skader, der kan have medvirket til døden**
   Indeholder felter til udfyldelse af ikke direkte dødsårsager. Der kan angives op til fire medvirkende årsager.

6. **Medicin, i forbindelse med forgiftning, medicinbivirkning og misbrug**
   Indeholder felter til udfyldelse af eventuelle lægemidler, der har medvirket i sygdoms-forløbet.

7. **Hændelsessted ved ikke naturlig død**
   Indeholder et felt til udfyldelse af hændelsessted.

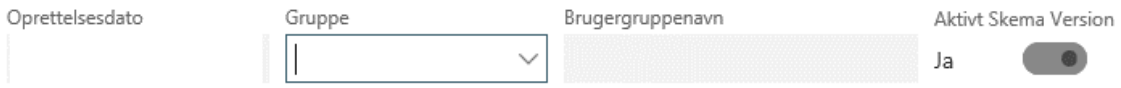
8. **Obduktion**
   Indeholder felter til anførelse af, om der er foretaget obduktion samt væsentlige ob-duktionsfund.

9. **Retskemi**
   Indeholder et felt til udfyldelse af konklusion af de retskemiske undersøgelser. Dette skal kun udfyldes, hvis der er foretaget retslig obduktion.

10. **Supplerende oplysninger**
    Indeholder et felt til udfyldelse af supplerende oplysninger om omstændighederne ved dødsfaldet.

6.1.1 Skema information

Feltet oprettelsesdato udfyldes automatisk af programmet med dags dato. I feltet gruppe vælges den gruppe dødsattesten skal indberettes for, hvorefter det tilhørerende brugernavn udfyldes automatisk.



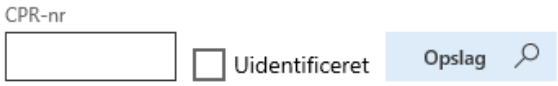
Bemærk at i nogle tilfælde er gruppen også udfyldt af programmet. Vær derfor opmærksom på at det er den korrekte gruppe, som er angivet.

6.1.2 Patient (civile oplysninger)

CPR-nummer.

I feltet 'CPR-nr.' indtastes afdødes CPR-nummer. Herefter klikkes på 'Opslag' hvorved systemet fremsøger afdødes navn, køn og adresse. Et ikke gyldigt CPR-nummer accepteres ikke og vil fremkalde en advarsel.

Er afdøde uidentificeret kan dette angives ved at sætte hak i det pågældende felt. Fortsæt derefter til næste faneblad 'Indberetning af side 2'



Erstatnings-CPR-nummer

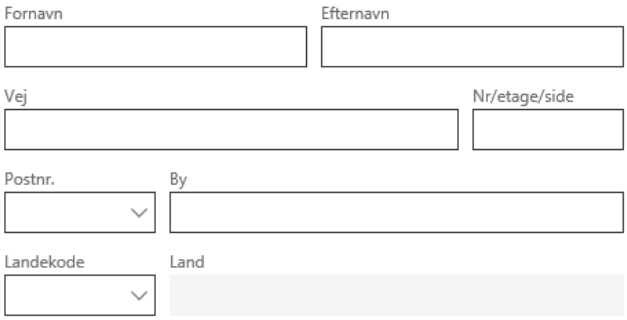
Har afdøde – fx en udlænding død i Danmark – ikke et CPR-nummer, skal der benyttes et erstatnings CPR-nummer. Opbygning af et erstatnings CPR-nummer er:

- AAAAAA-BCCD
  - A = Fødselsdato og år
    B = Århundrede for fødsel (5=før 1900, 0=1900-1999, 6=efter 1999)
    C = Initialer (efternavn fornavn)
    D = Løbenummer (lige for kvinder, ulige for mænd)

Er der tale om et erstatnings CPR-nummeret skal alle oplysninger om afdøde indtastes manuelt. Det gælder oplysninger om navn, adresse og land, se nedenfor.
Bemærk at skemaet ikke kan valideres, før skemaet er gemt, hvis der anvendes et erstatnings CPR-nummer.

Navn og adresse

Er der tal om et erstatnings CPR-nummer skal afdødes fulde navn og adresse indtastes.



6.1.3 Dødsmåde

Dødsmåden skal angives indenfor mulighederne 'naturlig død', 'ulykke', 'drab/vold', 'selvmord' eller 'uoplyst'.

Dødsmåde

○ Naturlig ○ Ulykke ○ Drab/vold ○ Selvmord ○ Uoplyst

6.1.4 Dødsårsag I. Det sygdoms- misbrug og/eller skadesforløb der førte til døden

I attestens 'Dødsårsag I' skal der angives mindst én dødsårsag. Man kan også beskrive et forløb ved at angive op til fire dødsårsager.

Hvis man angiver mere end én dødsårsag, er det vigtigt at forstå, at den der angives nederst i felt D, er den tilgrundliggende dødsårsag, altså den sygdom eller hændelse, som lagde patienten i seng. Den dødsårsag, der angives øverst i felt A, er i givet fald den umiddelbare dødsårsag. Hvis der mellem den tilgrundliggende og den umiddelbare dødsårsag har været stadier i forløbet, der kan benævnes med en diagnose/dødsårsag, så skal disse også angives. Der skal altså være et logisk forløb i rækkefølgen efter følgende princip.

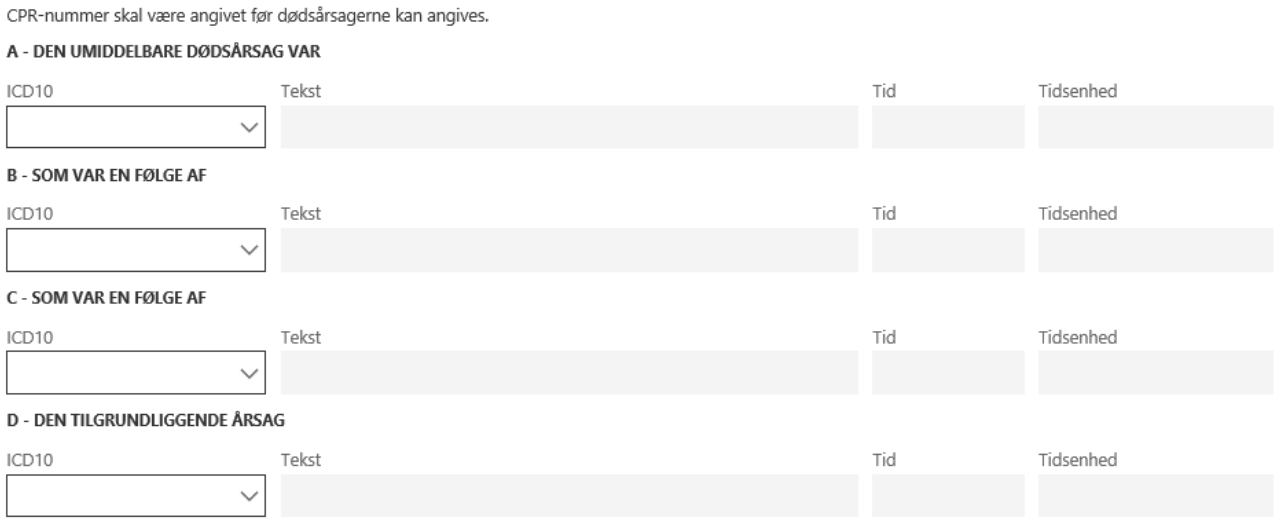
Døden
↑
Diagnose A (umiddelbar dødsårsag)
↑
Diagnose B (mellemliggende trin i forløbet)
↑
Diagnose C (mellemliggende trin i forløbet)
↑
Diagnose D (tilgrundliggende dødsårsag)

Sygdomsdiagnoserne kan vælges fra listen med ICD-10 koderne, der findes i rullemenuen. Sygdomsdiagnoserne kan kun vælges blandt de diagnoser, der findes på den diagnoseliste der er tilknyttet SEI.

Diagnoser/dødsårsager kan angives i attesten på to måder.

1. Er ICD-10 koden, kan den indtastes i feltet "ICD-10", hvorefter diagnoseteksten fremkommer

2. Der indtastes en stump af enten kode eller diagnosen i feltet "ICD-10" feltet. Det vil indsnævre udvalget af mulige diagnoser til de diagnoser, hvor denne stump tekst indgår. Taster man eksempelvis "neopl" vil man få et udvalg af diagnoser hvor "neoplasma" indgår. Vælger man en diagnose fra listen, fremkommer ICD-10 koden automatisk.



Det er muligt at søge på flere forskellige navne på samme diagnose, fx 'Cancer', 'Kræft' og 'Neoplasma Malignum'.
Ved diagnosetekster, der rækker ud over rullemenuen eller tekstfelterne, vises hele teksten når musen holdes over.

Når en diagnose/dødsårsag er angivet vil felterne 'Tid' og 'Tidsenhed' være åbne for anførelse af tidsrummet mellem relevant sygdoms opståen og dødens indtræden. Der skrives et tal i feltet under 'Tid' og vælges en enhed (sekund, minut, time, dag, uge, måned, år) fra rullemenuen i feltet under 'Tidsenhed'. Tidsangivelse anbefales, og har betydning for den registrerede dødsårsagsstatistik, men er ikke obligatorisk.

6.1.5 Dødsårsag II

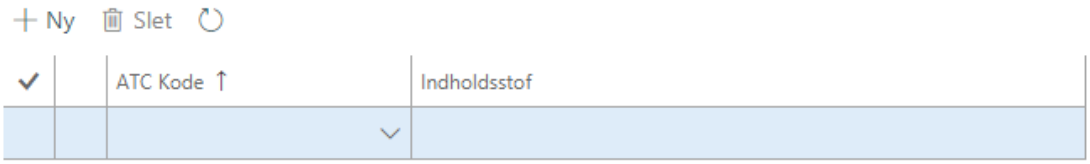
Her angives andre aktive sygdomme, misbrug eller skader, der kan have medvirket, men som ikke har være direkte årsag til døden.

Der er ingen obligatorisk rækkefølge for angivelsen af sygdommene. Diagnosekoder og Tidsrum mellem relevant sygdoms opståen og dødens indtræden angives på samme måde som for 'Dødsårsager I', hvilket kan læses ovenfor i afsnit 6.1.4.

6.1.6 Medicin i forbindelse med forgiftning, medicinbivirkning og misbrug

Hvis lægemidler har medvirket i sygdomsforløbet, skal det angives.

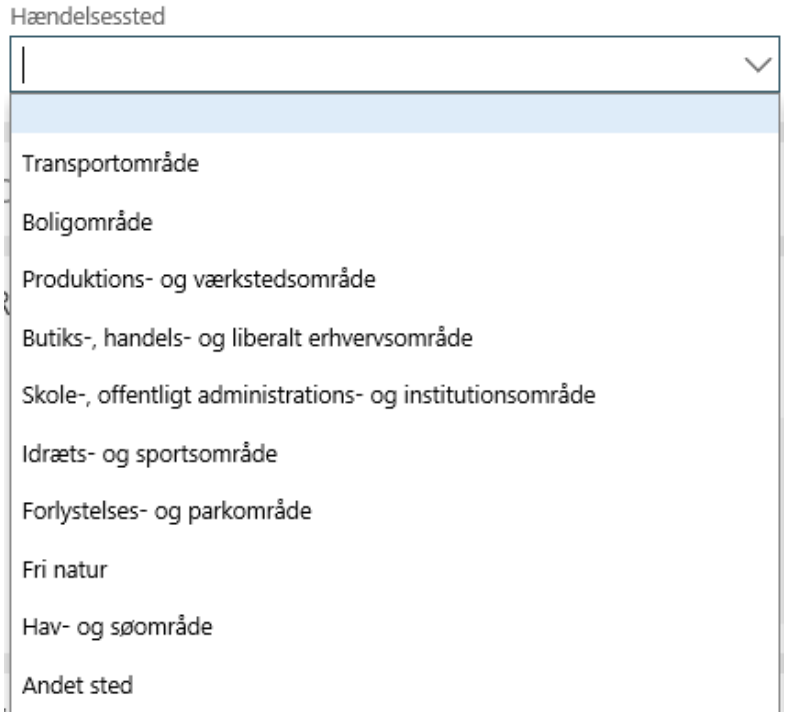
Der vælges fra listen over ATC koder. Dette gøres ved først at klikke på '+Ny', hvorved der vil komme en række frem. Her kan en ATC kode indtastes eller vælges fra rullemenuen. Rullemenuen kan filtreres ved at indtaste en del af ATC koden eller indholdsstoffet i feltet under ATC-kode. Når en ATC kode er valgt, vil feltet under 'Indholdsstof' automatisk blive udfyldt.



Skal der tilføjes endnu et indholdsstof, så klik igen på '+Ny'. Herefter kan en ny række udfyldes som ovenfor. Skal et indholdsstof slettes, så sæt et hak til venstre for rækken udfor det ønskede indholdsstof og klik derefter på 'Slet'.

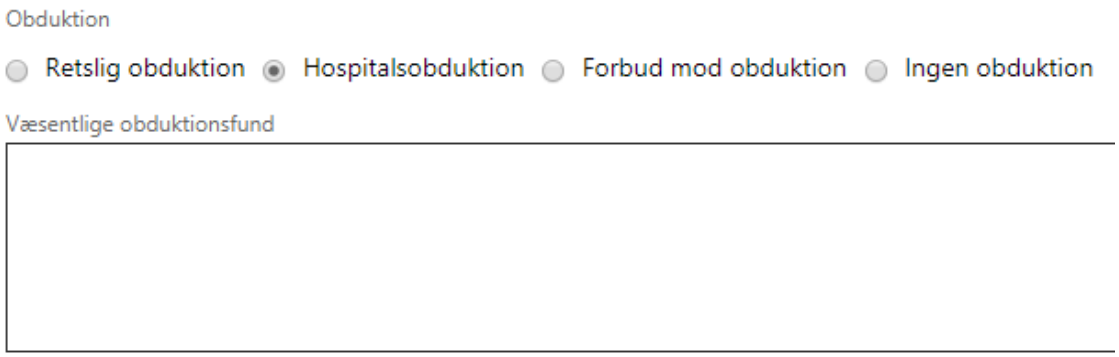
6.1.7 Hændelsessted ved ikke naturlig død

Hændelsessted skal angives, hvis dødsmåden er ikke-naturlig død. Dette felt vil altså kun være åben for indtastning, hvis en ikke-naturlig dødsårsag er angivet i 'Dødsårsager I.' Hændelsesstedet vælges ved at klikke på pilen til højre i feltet og derefter vælge en af de muligheder, der findes i rullemenuen ved at klikke på den.
Hændelsesstedet kan præciseres nærmere i 'Supplerende oplysninger' (se afsnit 6.1.10).



6.1.8 Obduktion

Det skal altid angives, om der er foretaget obduktion. Dette gøres ved at vælge en af de fire muligheder, der er angivet. Hvis der er foretaget retslig- eller hospitalsobduktion, skal tekstfeltet 'Væsentlige obduktionsfund' udfyldes. Her beskrives de fund, der bliver gjort under obduktionen – dog kun fund, der har relevans for selve dødsfaldet.



Hvis der er foretaget retslig obduktion, skal fanebladene 'Retskemi' også udfyldes (se afsnit 6.1.9).

6.1.9 Retskemi

Hvis der er foretaget en retlig obduktion skal, så skal fanebladet 'Retskemi' udfyldes. Feltet er låst for indtastning, hvis der ikke er anført 'Retslig obduktion i fanebladet 'Obduktion'. Er der foretaget retskemiske undersøgelser, noteres konklusionen af disse undersøgelser i tekstfeltet 'Konklusion af supplerende undersøgelser'.

Konklusion af supplerende undersøgelser

6.1.10 Supplerende oplysninger

Her kan omstændighederne ved dødsfaldet præciseres nærmere, eller der kan suppleres med yderligere oplysninger. Det kan være særligt relevant i forbindelse med ikke-naturlig død. Oplys gerne, hvis der er foretaget en operation samt type og tidspunkt for denne.

Supplerende oplysninger

7. Efter et skema er oprettet

Når man er inde i et skema er der i udgangspunktet følgende skemafunktioner 'Gem', 'Slet', Valider', 'Rediger', 'Indberet', 'Annuller', 'Læg i udbakke', 'Fjern fra udbakke' og 'Print'.

Gem

Tryk på 'Gem' og skemaet bliver gemt under kladder. Skemaet bliver automatisk gemt under kladder, hvis man forlader skemaet. Vær opmærksom på at et skema ikke kan gemmes, hvis der ikke er angivet en gruppe.

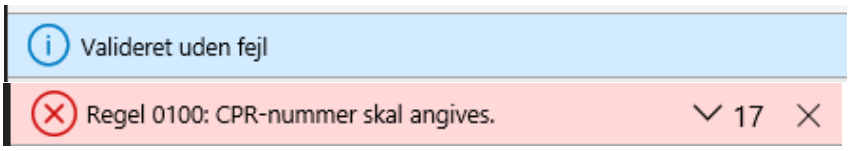
Slet

Tryk på 'Slet' og skemaet slettes, og det vil ikke være muligt at genfinde skemaet. Et indberettet skema kan ikke slettes, men derimod annulleres.

Valider

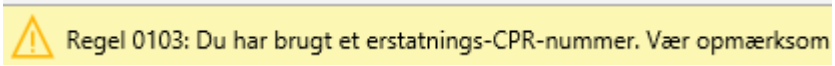
Valider funktionen benyttes til at tjekke, at et skema ikke indeholder fejlindtastninger. Dette sikrer, at man mindsker antallet af skemaer, der indberettes med fejl. Med valideringsfunktionen kan man bl.a. foretage logiske tjek af de udfyldte felter. Eksempelvis kan man ikke indberette et skema med et ugyldigt CPR-nummer eller en dødsdato, der ligger efter dags dato. Man kan vælge selv at validere et skema undervejs i indtastningen ved at klikke på knappen 'Valider'. Et skema vil dog altid blive valideret automatisk inden det indberettes.

Når et skema er blevet valideret, vil der gives besked om eventuelle fejl. Er skemaet uden fejl vil der dukke en blå tekstboks op, med beskeden 'Valideret uden fejl'.
Er der derimod fejl i skemaet vil en rød tekstboks dukke op med besked om hvilke fejl skemaet indeholder. For at se samtlige fejl klikkes på pilen helt til højre i den røde tekstboks.



En gul tekstboks med en advarselstrekant betyder ikke, at der er fejl i skemaet, men blot at du skal være opmærksom. Et skema kan altså godt indberettes selvom der er en advarsel.
Advarslen kan dukke op hvis der mangler en oplysning eller hvis du har indtastet en oplysning som ofte bliver angivet forkert eller som giver anledning til fejl. F.eks. i tilfælde af at der er anført

et erstatnings-CPR, vil programmet ved validering give besked om, at det kun må benyttes i forbindelse med udlændinge.



Bemærk:

- Hvis man ikke man forlade et skema pga. en valideringsfejl tryk da på <Esc>.
- Hvis man ikke kan validere et skema med erstatnings-CPR klik da på 'Gem' og derefter 'Valider'

Rediger

I tilfælde af at der er indberettet et skema med forkerte oplysninger eller mangler, så er det muligt at redigere skemaet. Åben det pågældende skema i bakken 'Indberettet' og klik på 'Rediger'. Redigeres et skema flyttes det automatisk fra bakken 'Indberettet' til 'Kladder'. Er skemaet, efter redigering, korrekt, skal det indberettes igen, så det oprindelige skema opdateres med de nye oplysninger. I skemaoversigterne under kolonne version kan man se, hvor mange gange et skema er blevet indberettet.

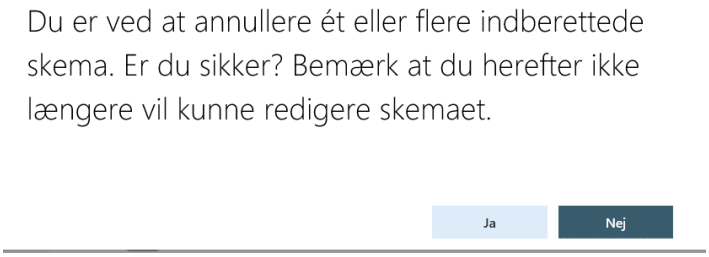
Bemærk, at det er ikke muligt at ændre patientens personoplysninger, hvis skemaet har været indberettet. Er disse oplysninger forkerte, er man nødsaget til at annullere skemaet og oprette et nyt med de korrekte personoplysninger.

Indberet

Et færdigt skema indberettes direkte ved at klikke på 'Indberet'. Valideringsfunktion tjekker automatisk skemaet for fejl og mangler inden indberetningen, hvis skemaet valideres uden fejl, bliver det indberettet og flyttes til bakken 'Indberettet'. Kan et skema ikke indberettes, så kan det skyldes, at de nødvendige rettigheder mangler.

Annuller

Hvis man har indberettet et skema fejlagtigt, så kan man annullere dette skema. Dette gøres ved, at man i bakken 'Indberettet' vælger det pågældende skema ved at klikke på det. Når skemaet er åbent, kan man klikke på 'Annuller'. Herefter vil der dukke en dialogboks op, hvor man skal bekræfte annullering ved at klikke på 'Ja'.



Er skemaet annulleret, flyttes skemaet fra bakken 'Indberettet' til bakken 'Annulleret'. Bemærk at, som det fremgår af dialogboksen, kan et skema ikke redigeres, hvis det er blevet annulleret.

Læg i udbakke

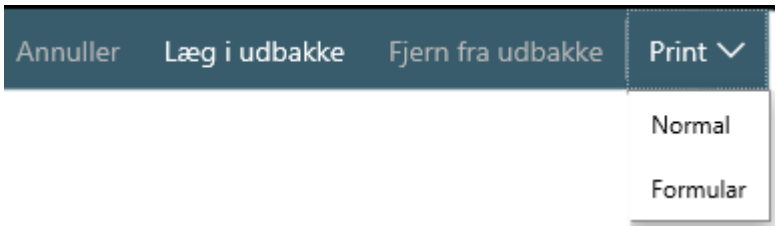
Benyttes denne funktion flyttes skemaet til bakken 'Udbakke'. Funktionen kan ikke benyttes, hvis man allerede befinder sig i udbakken.

Fjern fra udbakke

Denne funktion fjerner beskeden fra udbakken og flytter beskeden til kladder. Befinder skemaet sig ikke i udbakke kan funktionen ikke benyttes.

Print

Du kan udskrive en dødsattest uanset om dødsattesten ligger som kladde, i udbakken eller er blevet indberettet. Der kan vælges mellem to typer af print, *normal print* og *formular print*.



Du vil måske ofte have brug for at udskrive en side 1 til bedemand/pårørende. Det er også muligt at udskrive en tom eller delvis udfyldt attest til kladdebrug (mærket 'kladde').

Den endelig udfyldte og indberettede elektroniske dødsattest kan udskrives i sin fulde form ved at klikke på "Formular" under printfunktionen.