

# FÆLLESINDHOLD FOR BASISREGISTRERING AF SYGGEHUSPATIENTER

## Teknisk del



2016-1

Koordinationsgruppen for  
individbaseret patientregistrering

25. udgave af Rapport nr. 6

## FORORD

Fra januar 2016 skal uafsluttede indlæggelseskontakter obligatorisk indberettes løbende – se nedenfor. Ellers er der i forhold til version 2015-2 ikke væsentlige ændringer.

25. udgave af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2016 – Teknisk del" er baseret på 24. udgave med ganske få ændringer.

Den tekniske del er primært tiltænkt teknikere såsom dataleverandører og udviklere af de patientadministrative systemer.

Vejledninger, som primært er tiltænkt registrerende slutbrugere på sygehusene findes i "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2016 – Vejledningsdel".

Det ændrede Fællesindhold træder i kraft med virkning fra 1. januar 2016.

Sundhedsdatastyrelsen, december 2015

afdelingschef Karen Marie Lyng

---

### **Fællesindhold 2016-1 / Teknisk del**

Forfatter: Sundhedsdatastyrelsen

Udgiver: Sundhedsdatastyrelsen

Ansvarlig institution: Sundhedsdatastyrelsen

Copyright: Sundhedsdatastyrelsen

Version: 2016-1-TEKN (gældende fra januar 2016)

Versionsdato: 20151203

Format: PDF

# Indholdsfortegnelse

<b>FORORD</b>		<b>3</b>
<b>Indholdsfortegnelse</b>		<b>3</b>
<b>1</b>	<b>INDLEDNING</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>OVERSIGT OVER DATA, DER INDGÅR I INDBERETNINGEN</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>DATABESKRIVELSER</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>FEJLSØGNING</b>	<b>24</b>
4.1	Valideringer for de enkelte felter	24
4.1.1	Strukturen INDUD	24
4.1.2	Strukturen SKSKO	26
4.1.3	Strukturen BESØG	27
4.1.4	Strukturen PASSV	27
4.1.5	Strukturen VENDE	28
4.1.6	Strukturen BOBST	28
4.1.7	Strukturen MOBST	28
4.1.8	Strukturen PSYKI	29
4.1.9	Strukturen STEDF	29
4.2	Valideringer pr. område	30
4.2.1	Skaderegistrering	30
4.2.2	Diagnoser	30
4.2.3	Procedurer	31
4.2.4	Funktionsevne	32
4.2.5	Neonatal hørescreening	32
4.2.6	Tillægskoder	32
4.2.7	Fødsler og aborter	33
4.2.8	Psykiatri generelt	35
4.2.9	Forgiftninger	35
4.2.10	Kræft	35
4.2.11	Lokal validering af anvendelsen af anmeldelsesstatus: AZCA1 og AZCA4	37
<b>5</b>	<b>DETALJERET TENISK BESKRIVELSE</b>	<b>39</b>
5.1	Indberetning til LPR	39
5.2	Strukturoversigt	40
5.3	Eksempler på indberetningsrecords	42
5.3.1	Eksempel på indberetning af operationskoder som SKS-koder	42
5.3.2	Eksempel på indberetning af en operationskontakt med skaderegistrering startet efter 31.12.2013	42
5.3.3	Eksempel på indberetning af kræftdiagnose, aflyst operation, henvisende sygehusafsnit samt venteoplysninger	43
5.3.4	Eksempel på indberetning af en uafsluttet ambulans kontakt med startdato efter 31.12.2004	44
5.3.5	Sletning af kontakt	44
5.3.6	Eksempler på indberetning af en sletterecord	45
5.4	Detaljeret indhold af struktur	46
	<b>Stikordsregister</b>	<b>50</b>

# 1 INDLEDNING

"Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2016, Teknisk del" beskriver de tekniske aspekter af patientregistrering til Landspatientregisteret. Den indbefatter både den tekniske validering af patientoplysningerne og minimumskravene til registreringen af oplysningerne samt beskrivelse af selve indholdet og datastrukturene i indberetningsfilerne. Denne udgivelse henvender sig således primært til teknikere såsom dataleverandører og udviklere af patientadministrative systemer.

Af hensyn til overskueligheden i dokumentet er der kun beskrevet de valideringer der gør sig gældende for kontakter med slutdato efter 31.12.2015 samt uafsluttede kontakter. Valideringsregler gældende for kontakter med slutdato før 01.01.2016 kan findes beskrevet i tidligere udgaver af den tekniske del.

Selve vejledningen til patientregistrering kan findes i publikationen "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2016".

De første to kapitler beskriver alle de patientoplysninger, der kan indgå i registreringen, herunder en definition af datafelternes indhold, og information om hvilke sammenhænge de bruges i.

Det tredje kapitel beskriver valideringen af patientoplysningerne, dels validering af de enkelte datafelter og dels validering inden for hvert område.

Det fjerde og sidste kapitel beskriver selve opbygningen af indberetningsfilerne med en beskrivelse af de forskellige datastrukturer, der kan indgå og eksempler på typiske indberetninger.

Diverse kodelister kan findes i Bilag 1, der ligger som et selvstændigt dokument *FI-2015\_TEKN\_B1\_kodelister*.

## Tidstro indberetning

Fra 1. januar 2016 er det et krav, at alle patientkontakter skal indberettes umiddelbart efter kontakten er startet og herefter en gang om dagen, medmindre der ikke er sket en ændring med kontakten siden sidste indberetning.

For at lette registreringsbyrden er der lempet i valideringen af uafsluttede kontakter, således at kontakten først bliver fuldt valideret når den afsluttes.

# Teknisk del

## 2 OVERSIGT OVER DATA, DER INDGÅR I INDBERETNINGEN

Nedenstående tabel er en oversigt over hvilke data, der indgår i indberetning af henholdsvis indlagte og ambulante patienter.

Datanavn	Indgår i indberetning for	
	Indlagte patienter	Ambulante patienter
Sygehusnummer	X	X
Afdelings/afsnitsnummer	X	X
Personnummer	X	X
Kommunennummer	X	X
Startdato	X	X
Patienttype	X	X
Starttime	X	X
Startminut	X	X
Henvisningsdato	X	X
Henvisningsmåde	X	X
Indskrivningsmåde	X	X
Startvilkår (kun for psykiatriske afd.)	X	X
Slutdato	X	X
Sluttime	X	X <sup>1)</sup>
Afsluttet til sygehusafsnit	X	X
Kontaktårsagskode (kun for akutte somatiske patienter)	X	X
Afslutningsmåde	X	X
Kode for fritvalgsordning (kun private sygehuse)	X	X
Henvisende sygehusafsnit	X	X
Diagnoseart (indberettes sammen med SKS-diagnosekode)	X	X
Diagnosekode	X	X
Procedureart (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X
Procedurekode (SKS-kode)	X	X
Proceduredato (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X

Proceduretime (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X
Procedureminut (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X
Kodenummer for producerende afsnit (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	X	X
Dato for besøg		X <sup>2)</sup>
Ventestatus	X	X
Startdato for ventestatus	X	X
Slutdato for ventestatus	X	X
Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit	(X)	(X)
Sygehusafsnitskode for det afsnit det afslåede behandlingstilbud er givet til	(X)	(X)
Præcision for stedfæstelsen	(X)	(X)
UTM-zone for stedfæstelsen	(X)	(X)
X-koordinat	(X)	(X)
Y-koordinat	(X)	(X)

<b>Kun for fødsler</b>		
Paritet	X	X
Barnets vægt	X	X
Barnets længde	X	X
Besøg hos jordemoder	(X)	(X)
Besøg hos egen læge	(X)	(X)
Besøg hos sygehusafsnit/speciallæge	(X)	(X)
Nummer ved flerfoldfødsel	X	X

- (X) Frivillig
1. Obligatorisk for akutte ambulante patienter
  2. Frivillig for akutte ambulante patienter

### 3 DATABESKRIVELSER

Dette afsnit beskriver alle datafelterne, der kan indgå i indberetningen, herunder deres definitioner og værdisæt samt information om, for hvilke patienttyper de kan registreres.

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Sygehusnummer	SGH	4
<b>Definition/beskrivelse</b> Det sygehus, hvor patienten er indskrevet		
<b>Værdisæt</b> Ifølge den gældende sygehusklassifikation		
<b>Indgår i registrering for</b> Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Afdelings/afsnitsnummer	AFD	3
<b>Definition/beskrivelse</b> Sengeafsnit eller ambulatorium, hvor patienten er indskrevet (stamafsnit) De 2 første positioner angiver en administrerende overlæges/afdelings ledelses område (afd.) 3. position angiver afsnit som vedrører "subspeciale", ambulatorium og lignende		
<b>Værdisæt</b> Ifølge den gældende sygehusklassifikation		
<b>Indgår i registrering for</b> Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Patienttype	PATTYPE	1
<b>Definition/beskrivelse</b> Angivelse af patientens administrative relation til sygehuset  Indlagt patient: patienttype for patient, der er indskrevet på et sengeafsnit og optager en normeret sengeplads Ambulant patient: patienttype for patient, der er indskrevet på et ambulatorium herunder også skadestuefunktioner		
<b>Værdisæt</b> 0 indlagt patient 2 ambulant patient		
<b>Indgår i registrering for</b> Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Personnummer	CPRNR	10
<b>Definition/beskrivelse</b>		
<p>For patienter, der har fået tildelt et dansk CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet.</p> <p>Hvis det danske CPR-nummer ikke foreligger ved kontaktens start, kan der benyttes et midlertidigt erstatningsnummer, som udskiftes med CPR-nummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til Landspatientregisteret.</p>		
<b>Værdisæt</b>		
<p>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 år 1900 - 1999, og 5 for patienter født før 1900 og 6 for patienter født efter 1999; 8. og 9. position udfyldes med bogstaver, og 10. ciffer er ulige for mænd og lige for kvinder</p>		
<b>Indgår i registrering for</b>		
<p>Indlagte patienter Ambulante patienter</p>		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Startdato	STARTDATO	6
<b>Definition/beskrivelse</b>		
<p>For indlagte patienter: Datoen for påbegyndelse af indlæggelseskontakten</p> <p>For ambulante patienter: Datoen for påbegyndelse af den ambulante kontakt. FØDSELSDATO ≤ STARTDATO ≤ SLUTDATO</p>		
<b>Værdisæt</b>		
<p>På formen dag, måned og år (DDMMÅÅ)</p>		
<b>Indgår i registrering for</b>		
<p>Indlagte patienter Ambulante patienter</p>		



Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Starttime	INDLÆGTIME	2
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Klokkeslæt i hele timer for kontaktstart på sengeafsnit/start på ambulante kontakt		
<b>Værdisæt</b>		
00-23		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Startminut	MIANSKA	2
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Klokkeslæt i minutter for kontaktstart på sengeafsnit/start på ambulante kontakt		
<b>Værdisæt</b>		
00-59		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Kommunennummer	KOMNR	3
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Patientens bopælskommunennummer. Der anføres nummeret på bopælskommunen umiddelbart før indlæggelsen/starten på den ambulante kontakt		
<b>Værdisæt</b>		
Ifølge gældende kommunekoder, kan ses på SSI' s hjemmeside under "SOR" KOMNR skal være numerisk 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: 962-969 og 971 - 998 For personer uden bopæl eller ukendt bopæl kodes: 999		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Henvisningsdato	HENVISDTO	6
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Dato for modtagelse af henvisningen på den afdeling, der skal være stamafsnit for patienten Ved omvisitering registreres den oprindelige henvisningsdato – se vejledningsdelen		
<b>Værdisæt</b>		
På formen dag, måned og år (DDMMÅÅ) FØDSELSDATO ≤ HENVISDTO ≤ STARTDTO		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Indskrivningsmåde	INDMÅDE	1
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Angivelse af prioritet for kontaktstart		
<b>Værdisæt</b>		
1 akut		
2 ikke akut		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Henvisningsmåde	HENVISNMÅDE	1
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra		
<b>Værdisæt</b>		
0 Ingen henvisning		
Henvist fra:		
1 Alment praktiserende læge		
2 Praktiserende speciallæge		
8 Herfødt		
A Andet		
E Udlandet (kun patienter, der direkte henvises fra udlandet)		
F Henvist fra sygehusafsnit		
G Henvist fra sygehusafsnit, venteforløb		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Slutdato	SLUTDATO	6
<b>Definition/beskrivelse</b> Datoen for afslutning af indlæggelse eller ambulante kontakt		
<b>Værdisæt</b> På formen dag, måned og år (DDMMÅÅ) SLUTDATO skal være blank for uafsluttede kontakter		
<b>Indgår i registrering for</b> Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Sluttime	UDTIME	2
<b>Definition/beskrivelse</b> Klokkeslæt i hele timer for afslutning af indlæggelse eller ambulante kontakt		
<b>Værdisæt</b> 00-23		
<b>Indgår i registrering for</b> Indlagte patienter Akutte ambulante patienter Frivillig for øvrige ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Afsluttet til sygehusafsnit	UDSKRTILSGH	7
<b>Definition/beskrivelse</b> Angivelse af, hvilket afsnit patienten afsluttes til		
<b>Værdisæt</b> Ifølge den gældende sygehusklassifikation. UDSKRTILSGH skal være alfanumerisk eller blank Obligatorisk for kontakter der registreres med afslutningsmåde F, G, K og L		
<b>Indgår i registrering for</b> Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Afslutningsmåde	AFSLUTMÅDE	1
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til		
<b>Værdisæt</b>		
Blank Uafsluttede kontakter		
Udskrevet/afsluttet til:		
1	Alment praktiserende læge	
2	Praktiserende speciallæge	
4	Ingen lægelig opfølgning (må kun anvendes for psykiatriske afdelinger)	
7	Udeblevet (kun for ambulante patienter)	
8	Død	
A	Andet	
E	Behandling i udlandet (hvor sygehus beslutter behandling i udlandet)	
F	Afsluttet til sygehusafsnit	
G	Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb	
K	Afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet)	
L	Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)	
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Kontaktårsagskode	KONTÅRS	1
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset		
<b>Værdisæt</b>		
1	sygdom/tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion	
2	ulykke	
3	vold	
4	selvmordsforsøg	
6	skaderegistrering foretages på efterfølgende kontakt	
7	komplet skaderegistrering foretaget på tidligere kontakt	
8	andet	
<p>For alle akutte somatiske patienter med en afslutningsdato skal kontaktårsagskoden indberettes. Ved kontaktårsag 2, 3 eller 4 skal der være en aktionsdiagnose i intervallerne DR00*-DR99*, DS00*-DT89* eller DZ00*-DZ99*</p> <p>Vedrørende vejledning henvises til den gældende "Klassifikation af sygdomme", som udgives af Sundhedsdatastyrelsen</p>		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Akut indlagte somatiske patienter		
Akutte ambulante somatiske patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Kode for fritvalgsordning	FRITVALG	1
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Kode for om patienten er omfattet af den udvidede fritvalgsordning		
<b>Værdisæt</b>		
Indberettes kun på kontakter ved private sygehuse/klinikker.		
1 Patienten er omfattet af den udvidede fritvalgsordning		
Patienter, der ikke er omfattet af den udvidede fritvalgsordning, indberettes med kode for fritvalgsordning blank		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Henvissende sygehusafsnit	HENVSGH	7
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Angivelse af, hvilket afsnit patienten er henvist fra		
<b>Værdisæt</b>		
Ifølge den gældende Sygehusklassifikation.		
HENVSGH skal være alfanumerisk eller blank.		
Obligatorisk for kontakter der registreres med henvisningsmåde F og G		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Diagnoseart	DIAGART	1
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Angivelse af den efterfølgende SKS-diagnosekodes registreringsmæssige betydning		
<b>Værdisæt</b>		
A	Aktionsdiagnose	
B	Bidiagnose	
H	Henvissningsdiagnose	
Der skal altid være anført en aktionsdiagnose på en afsluttet kontakt. Vedr. uafsluttede kontakter henvises til databeskrivelsen for diagnosekodennummer		
Aktions- og henvisningsdiagnose må kun forekomme 1 gang pr. kontakt		
For bidiagnoser kan psykiatriske afdelinger foretage en prioritering efter indberetningsrækkefølge		
Henvissningsdiagnose er obligatorisk hvis henvisningsmåde er 1, 2, E, F eller G		
Indberettes sammen med en SKS-diagnosekode		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		

<b>Systemdatanavn</b>	<b>Programdatanavn</b>	<b>Max. antal positioner</b>
Diagnosekode	DIAG	10
<p><b>Definition/beskrivelse</b></p> <p>Klassificeret betegnelse for en diagnose, der er optaget i gældende "Klassifikation af sygdomme"</p> <p>Kodenummer/numre for patientens diagnose(r) skal indberettes efter følgende regler:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Henvisningsdiagnose på henvisningstidspunktet</li> <li>• For indlagte patienter skal der senest 1 måned efter indlæggelse være indberettet mindst én diagnose</li> <li>• For planlagte ambulante patienter, skal der senest 1 måned efter 1. besøg være indberettet mindst én diagnose</li> </ul>		
<p><b>Værdisæt</b></p> <p>I følge den gældende klassifikation af sygdomme i SKS-format, udgivet af Sundhedsdatastyrelsen (ICD-10).</p> <p>1. position: skal være D i overensstemmelse med kapitelinddelingen i SKS</p> <p>2.-10. position: skal følge kodelængden i "Klassifikation af Sygdomme".</p> <p>Diagnoser skal registreres med minimum 5 positioner, med mindre det drejer sig om henvisningsdiagnoser, hvor kun 4 positioner er nødvendige.</p> <p>Henvisningsdiagnoser fra før 1. januar 1994 kan indberettes som ICD-8 diagnosekoder. Hvis SKS-formatet anvendes skal ICD-8 koden knyttes til diagnosearten H.</p> <p>For visse sygdomme klassificeret med en ICD-10 kode kræves obligatorisk anvendelse af tillægskoder eller bidiagnoser.</p> <p>Der kan herudover frivilligt registreres SKS-tillægskoder.</p> <p>Indberettes som SKS-kode (SKSKO)</p>		
<p><b>Indgår i registrering for</b></p> <p>Indlagte patienter</p> <p>Uafsluttede indlagte patienter senest 1 måned efter indlæggelse</p> <p>Ambulante patienter</p> <p>Uafsluttede ambulante patienter senest 1 måned efter 1. besøg</p>		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Procedureart	PROCART	1
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Angivelse af den efterfølgende SKS-procedure (operations) kodes registreringsmæssige betydning		
<b>Værdisæt</b>		
Registrering af operationer (kapitlerne A - Y inkl.) i følge gældende "Klassifikation af operationer".		
V	Vigtigste operation i en afsluttet kontakt	
P	Vigtigste operation i et kirurgisk indgreb	
D	Deloperation: Anden/andre operation(er) i et kirurgisk indgreb	
<p>På kontakter afsluttet efter 1. januar 2004 er det frivilligt at anføre et "V" på én operationskode inden for en afsluttet kontakt. På kontakter afsluttet efter 1. januar 2005 kan "V" ikke anvendes. Der kan kun anføres ét "V" på én operationskode inden for en afsluttet kontakt.</p> <p>Operationer med procedurearten "V" på uafsluttede kontakter indberettes til Landspatientregisteret med procedureart "P".</p> <p>Kontakter påbegyndt før 1. januar 1996 og afsluttet efter 31. december 1995 kan være uden markering af vigtigste operationer, når vigtigste operationer er udført før 1. januar 1996.</p> <p>Andre procedurer indberettes med procedureart blank.</p> <p>Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO)</p>		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode		
Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Procedurekode	PROC	10
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Klassificeret betegnelse for en procedure, der er optaget i gældende SKS-klassifikationer		
<b>Værdisæt</b>		
Ifølge gældende SKS-klassifikationer af procedurer (inklusive operationer), udgivet af Sundhedsdatastyrelsen.		
1. position: skal være fra gældende SKS-hovedgrupper		
2.-10. position: skal følge kodelængden fra gældende SKS-klassifikation		
Procedurer med koden K* skal mindst være 6 positioner (inkl. K). Ikke-kirurgiske procedurer skal mindst være på 3 positioner. For visse procedurer kræves højere specificeringsniveau		
Midlertidige procedurekoder er oprettet i SKS-hovedgruppe "Z".		
For operationer udført før 1. januar 1996 anvendes koder fra 3. udgave af Operations- og behandlingsklassifikationen (1988)		
Indberettes som SKS-procedurekode (SKSKO)		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter: for operationer og radiologiske procedurer. Øvrige procedurer frivillige, bortset fra specifikt nævnte obligatoriske undersøgelses- og/eller behandlingskoder		
Ambulante patienter: som for indlagte patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Proceduredato	PROCDTO	6
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Dato for udførelse af procedure HENVISDTO ≤ PROCDTO ≤ SLUTDATO for indlagte og ambulante patienter		
<b>Værdisæt</b>		
På formen dag, måned og år, DDMMÅÅ Proceduredato er frivillig i forbindelse med aflyste operationer Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO)		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Kodenummer for producerende afsnit	PROCAFD	7
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Den instans, der har udført en procedure		
<b>Værdisæt</b>		
PROCAFD består af kodenummer for SGH og AFD ifølge den gældende sygehusklassifikation Skal også registreres, hvis producent er eget afsnit.  Kodenummer for producerende afsnit er frivillig for procedurer foretaget før 1. januar 1996 Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO)		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Proceduretime	PROCTIM	2
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Angivelse af time for en procedures udførelse Startklokkeslæt Hvis STARTDATO = PROCDTO skal INDLÆGTIME ≤ PROCTIM		
<b>Værdisæt</b>		
00-23 Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO)		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode		



Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Procedureminut	PROCMIN	2
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Angivelse af minut for en procedures udførelse Startminut		
<b>Værdisæt</b>		
00-59 Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO)		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Dato for besøg	DTOBES	6
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Dato for ambulante patienters fremmøde på stamafsnit Besøg kan ikke indberettes, hvis patienten ikke har en åben ambulante kontakt på behandlende afsnit		
<b>Værdisæt</b>		
På formen dag, måned og år, DDMMÅÅ		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Planlagte ambulante patienter Frivillig for akutte ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Dato for afslået tilbud om behandling på andet sygehusafsnit	DTOAFTLB	6
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Dato for hvornår tilbud om behandling på andet sygehusafsnit er afslået af patienten		
<b>Værdisæt</b>		
For indlagte patienter: Datoen for afslået tilbud skal ligge imellem henvisningsdatoen og startdato. HENVISDTO ≤ DTOAFTLB ≤ STARTDATO		
For ambulante patienter: Datoen for afslået tilbud skal ligge imellem henvisningsdatoen og slutdato. HENVISDTO ≤ DTOAFTLB < SLUTDATO		
På formen dag, måned og år, DDMMÅÅ		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter, frivillig Ambulante patienter, frivillig		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Sygehusafsnitskode for det afsnit det afslåede behandlingstilbuddet er givet til	BEHANDTILSGH	7
<b>Definition/beskrivelse</b> Angivelse af, hvilket sygehusafsnit behandlingstilbuddet er givet til		
<b>Værdisæt</b> Ifølge den gældende sygehusklassifikation BEHANDTILSGH skal være alfanumerisk eller blank. De 3 sidste cifre i BEHANDTILSGH må være "000"		
<b>Indgår i registrering for</b> Indlagte patienter, frivillig Ambulante patienter, frivillig		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Ventestatus	VENTESTATUS	2
<b>Definition/beskrivelse</b> Status for om en patient er ventende eller ikke ventende		
<b>Værdisæt</b> 11 ventende på udredning 12 ventende på behandling 13 ventende, omvisiteret fra andet afsnit 14 ventende pga. manglende oplysninger 15 ventende på assistance 21 ikke ventende, på udredning/behandling 22 ikke ventende, til kontrol 23 ikke ventende efter patientens ønske 24 ikke ventende pga. udredning/behandling andet afsnit 25 ikke ventende, under udredning 26 ikke ventende, under behandling  Kode 25 og 26 må kun benyttes for ambulante patienter, og perioden må kun ligge efter kontak- tens startdato		
<b>Indgår i registrering for</b> Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. Antal positioner
Startdato for ventestatus	DATOSTVENTE	6
<b>Definition/beskrivelse</b> Dato for start af en periode med ventestatus For hver periode med ventestatus skal der registreres en startdato På den VENTE-struktur der har den ældste DATOSTVENTE, skal DATOSTVENTE = HENVISDIO		
<b>Værdisæt</b> På formen dag, måned og år, DDMMÅÅ		
<b>Indgår i registrering for</b> Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Slutdato for ventestatus	DATOSLVENTE	6
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Dato for slut af en periode med ventestatus		
For hver periode med ventestatus skal der registreres en slutdato		
Der må ikke være overlap af venteperioderne inden for samme kontakt		
<b>Værdisæt</b>		
På formen dag, måned og år, DDMMÅÅ		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Nummer ved flerfoldsfødsel	FLERNR	1
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Angiver barnets nummer i rækkefølgen ved flerfoldfødsel		
<b>Værdisæt</b>		
Alfabetisk A–F:		
A første barn		
B andet barn		
C tredje barn		
D fjerde barn		
E femte barn		
F sjette barn		
<i>Ved enkeltfødsel registreres A</i>		
Skal indberettes, hvis der er en DZ38* som aktionsdiagnose		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Barnets vægt	VÆGT	4
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Barnets fødselsvægt		
<b>Værdisæt</b>		
Angives i gram (0000-9999).		
Ved vægt > 9999 gram registreres 9999		
Ved uoplyst registreres "0000"		
Skal indberettes, hvis der er en DZ38* som aktionsdiagnose		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter		
Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Barnets længde	LÆNGDE	2
<b>Definition/beskrivelse</b> Barnets længde ved fødsel		
<b>Værdisæt</b> Angives i cm (00-99) Ved uoplyst registreres "00" Skal indberettes, hvis der er en DZ38* som aktionsdiagnose		
<b>Indgår i registrering for</b> Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Paritet	PARITET	2
<b>Definition/beskrivelse</b> Angivelse af antallet af gennemførte svangerskaber, inkl. dødfødsler og aktuel fødsel		
<b>Værdisæt</b> Antal 01-20 Uoplyst = U (2. position blank) Skal indberettes, hvis der er en DO80*-DO84* som aktionsdiagnose		
<b>Indgår i registrering for</b> Indlagte patienter Ambulante patienter		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Besøg hos jordemoder	BESJORD	2
<b>Definition/beskrivelse</b> Antal besøg hos jordemoder som led i svangerkontrollen Oplysningen fås evt. fra vandrejournalen		
<b>Værdisæt</b> Antal 00-25 Uoplyst = U (2. position blank) Blank Kan indberettes, hvis der er en DO80*-DO84* som aktionsdiagnose		
<b>Indgår i registrering for</b> Indlagte patienter, frivillig Ambulante patienter, frivillig		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Besøg hos egen læge	BESLÆGE	1
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Antal besøg hos egen læge (praktiserende læge) som led i svangerkontrollen Oplysningen fås evt. fra vandrerjournalen		
<b>Værdisæt</b>		
Antal 0-9 Uoplyst = U Blank Kan indberettes, hvis der er en DO80*–DO84* som aktionsdiagnose		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter, frivillig Ambulante patienter, frivillig		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Besøg hos sygehusafsnit/speciallæge	BESSPEC	1
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Antal besøg hos læge på obstetrisk eller kirurgisk afsnit eller hos praktiserende speciallæge som led i svangerkontrollen. Oplysningen fås evt. fra vandrerjournalen		
<b>Værdisæt</b>		
Antal 0-9 Uoplyst = U Blank Kan indberettes, hvis der er en DO80*–DO84* som aktionsdiagnose		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter, frivillig Ambulante patienter, frivillig		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Startvilkår	INDVILK	1
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk kontakt		
<b>Værdisæt</b>		
For indlagte patienter:		
1	Almindelig frivillig indlagt	
2	Tvang ("rød blanket")	
3	Tvang ("gul blanket")	
5	Tvangstilbageholdelse	
6	Barn indlagt i henhold til Lov om Social Service	
7	Indlagt i henhold til dom	
8	Indlagt i henhold til dom til anbringelse	
9	Indlagt som mental-observand	
B	Indlagt som varetægtssurrogatfængslet	
C	Overført varetægtsarrestant	
D	Indlagt i henhold til farlighedsdekret	
E	Indlagt i henhold til andet retsligt forhold	
G	Retslig patient indlagt frivilligt	
For ambulante patienter:		
K	Almindelig frivillig ambulant	
L	Ambulant behandling i henhold til vilkår	
M	Ambulant behandling i henhold til dom	
N	Ambulant mentalundersøgelse	
O	Tvungen ambulant opfølgning	
P	Barn til ambulant undersøgelse i henhold til Lov om Social Service	
R	Andet ambulant retsligt forhold	
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter på psykiatriske afdelinger		
Ambulante patienter på psykiatriske afdelinger		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Præcision af stedfæstelse	PRÆCISION	10
<b>Definition/beskrivelse</b>		
Graden af præcision af stedfæstelse		
<b>Værdisæt</b>		
Ifølge gældende SKS-klassifikation.		
Angives med kode i intervallet EUZ*		
<b>Indgår i registrering for</b>		
Indlagte patienter, frivillig		
Ambulante patienter, frivillig		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
UTM-kode	UTM	2
<b>Definition/beskrivelse</b> Angivelse af UTM-zone for stedfæstelse		
<b>Værdisæt</b> 32 UTM-zone 32 33 UTM-zone 33 Blank		
<b>Indgår i registrering for</b> Indlagte patienter, frivillig Ambulante patienter, frivillig		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
X-koordinat	XKOORD	7
<b>Definition/beskrivelse</b> Angivelse af X-koordinat for stedfæstelse		
<b>Værdisæt</b> Blank eller 0400000-1000000		
<b>Indgår i registrering for</b> Indlagte patienter, frivillig Ambulante patienter, frivillig		

Systemdatanavn	Programdatanavn	Max. antal positioner
Y-koordinat	YKOORD	7
<b>Definition/beskrivelse</b> Angivelse af Y-koordinat for stedfæstelse		
<b>Værdisæt</b> Blank eller 6000000-6500000		
<b>Indgår i registrering for</b> Indlagte patienter, frivillig Ambulante patienter, frivillig		

## 4 FEJLSØGNING

Fejlsøgning for indlagte og ambulante patienter beskrives samlet med følgende opdeling:

- Først beskrives valideringen (fejlsøgningen) for de enkelte felter  
Det vil sige syntaksvalidering mod feltet selv samt simpel validering i forhold til andre felter. Felterne er rubriceret efter deres placering i strukturerne
- Herefter beskrives valideringerne pr. område

For de regler der omhandler stamafsnittets speciale, er der kun tale om hovedspeciale medmindre andet er nævnt.

### 4.1 Valideringer for de enkelte felter

#### 4.1.1 Strukturen INDUD

##### **SGH**

Skal findes i Sundhedsdatastyrelsens sygehusklassifikation på SLUTDATO (hvis udfyldt) ellers på STARTDATO.

##### **AFD**

Skal findes i Sundhedsdatastyrelsens sygehusklassifikation på SLUTDATO (hvis udfyldt) ellers på STARTDATO.

##### **PATTYPE**

En af værdierne 0 eller 2.

PATTYPE 3 må kun forekomme hvis STARTDATO ligger før 01.01.2014

##### **CPRNR**

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 år 1900 – 1999

5 person født før år 1900

6 person født efter år 1999

Pos 8 - 9 alfabetisk

Pos 10 numerisk

Hvis kontakten er påbegyndt før 01.01.97 må pos. 7 også være 8 eller 9.

##### **STARTDATO**

Gyldig dato (DDMMÅÅ)

FØDSELSDATO skal være før eller lig med STARTDATO

##### **INDLÆGTIME**

Blank eller 00-23

Hvis PATTYPE = 0, skal INDLÆGTIME være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 2 og STARTDATO er før 01.01.2005, skal INDLÆGTIME være blank

Hvis PATTYPE = 2 og STARTDATO er efter 31.12.2004, skal INDLÆGTIME være forskellig fra blank

##### **MIANSKA**

Blank eller 00-59

Hvis PATTYPE = 0 eller 2 og STARTDATO er før 01.01.2005, skal MIANSKA være blank

Hvis PATTYPE = 0 eller 2 og STARTDATO er efter 31.12.2004, skal MIANSKA være forskellig fra blank



**KOMNR**

Skal være en officiel kode. Koderne kan ses på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside

Hvis CPRNR indeholder alfabetiske tegn, skal KOMNR være lig 962-999

**DISTKOD**

Ingen validering (anvendt indtil 31.12.2000)

**HENVISDTO**

Gyldig dato (DDMMÅÅ)

HENVISDTO skal være før eller lig med STARTDATO

Hvis STARTDATO er mindre end 01.01.2004 og PATTYPE = 2 skal HENVISDTO være før eller lig med DTO-FORU (hvis denne udfyldt), som skal være før eller lig med DTOENBH (hvis denne udfyldt)

FØDSELSDATO skal være før eller lig med HENVISDTO

**HENVISNMÅDE**

En af værdierne 0, 1, 2, 8, A, E, F eller G

På kontakter med HENVISNMÅDE E skal HENVISDTO ligge efter 31.12.2001

På kontakter med HENVISNMÅDE F eller G skal HENVSGH være udfyldt

**INDMÅDE**

En af værdierne blank, 1 eller 2

Hvis PATTYPE = 0, skal INDMÅDE være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 2 og STARTDATO ligger efter 31.12.2013, skal INDMÅDE være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 2 og STARTDATO ligger før 01.01.2014, skal INDMÅDE være blank

**SLUTDATO**

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)

STARTDATO skal være mindre eller lig med SLUTDATO

Hvis PATTYPE = 0 og AFD ikke har speciale 50 eller 52 og STARTDATO er før 01.01.2015, så skal SLUTDATO være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 2 og INDMÅDE=1, skal SLUTDATO være forskellig fra blank

**UDTIME**

Blank eller 00-23

Hvis PATTYPE = 0 og AFD ikke har speciale 50 eller 52 og SLUTDATO er efter 31.12.1993, så skal UDTIME være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 0 og AFD har speciale 50 eller 52, må UDTIME være blank

Hvis PATTYPE = 2 og INDMÅDE = 1, skal UDTIME være forskellig fra blank

**AFSLUTMÅDE**

En af værdierne blank, 1, 2, 4, 7, 8, A, E, F, G, K eller L

Hvis SLUTDATO er blank, skal AFSLUTMÅDE være blank

Hvis SLUTDATO ikke er blank, skal AFSLUTMÅDE være forskellig fra blank

Hvis SLUTDATO er efter 31.12.1998 og AFD ikke har speciale 50 eller 52, så må AFSLUTMÅDE ikke være lig 4

Hvis AFSLUTMÅDE = 7, skal PATTYPE = 2

Hvis AFSLUTMÅDE = E skal SLUTDATO ligge efter 31.12.2001

**UDSKRILSGH**

Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsdatastyrelsens sygehusklassifikation på SLUTDATO. De sidste 3 cifre (afdelingskoden) kan være "000", såfremt sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode (SGH)

Hvis SLUTDATO er efter 31.12.2003 og AFSLUTMÅDE er lig med F, G, K eller L, så skal UDSKRILSGH være udfyldt

**KONTÅRS**

Blank eller 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8

Hvis INDMÅDE = 1 og AFD ikke har speciale 50 eller 52 og STARTDATO ligger efter 31.12.2013 og SLUTDATO er udfyldt, så skal KONTÅRS være forskellig fra blank

Hvis INDMÅDE=2 og STARTDATO ligger efter 31.12.2013, skal KONTÅRS være blank

Hvis AFD har speciale 50 eller 52 og STARTDATO ligger efter 31.12.2013, skal KONTÅRS være blank

Hvis PATTYPE = 2 og STARTDATO ligger før 01.01.2014, skal KONTÅRS være blank

Hvis PATTYPE = 0 og AFD har speciale 50 eller 52 og STARTDATO ligger efter 31.12.2005 og før 01.07.2009, skal KONTÅRS være forskellig fra blank

Hvis STARTDATO ligger før 01.01.2011, skal KONTÅRS være forskellig fra 7

Hvis STARTDATO ligger før 01.01.2014, skal KONTÅRS være forskellig fra 6

**BEHDAGE**

Skal være blank for kontakter der har STARTDATO efter 31.12.2001

**DTOFORU / DTOENBH**

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)

DTOFORU (hvis udfyldt) skal være før eller lig med DTOENBH (hvis udfyldt)

Hvis PATTYPE = 2 og DTOFORU og SLUTDATO begge er udfyldt, så skal DTOFORU være før eller lig med SLUTDATO

Hvis PATTYPE = 0 skal DTOFORU og DTOENBH være blank

Hvis HENVISDTO er større end 31.12.2003 skal både DTOFORU og DTOENBH være blanke

**FRITVALG**

En af værdierne blank eller 1

Hvis INDMÅDE = 1, skal FRITVALG være blank

**HENVSGH**

Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsdatastyrelsens sygehusklassifikation på HENVISDTO for PATTYPE 0 eller 2. De sidste 3 cifre (afdelingskoden) kan være "000", såfremt sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode (SGH).

**4.1.2 Strukturen SKSKO****ART**

En af værdierne blank, A, B, C, H, M, V, P, D eller +

**KODE**

I overensstemmelse med Sundhedsdatastyrelsens klassifikationer (se under Diagnoser, Procedurer og Tillægskoder)

**PROCAFD**

Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsdatastyrelsens Sygehusklassifikation på PROCDTO. Hvis PROCDTO ikke er udfyldt, så på en dato efter eller lig med STARTDATO og før eller lig med SLUTDATO (hvis udfyldt)

**PROCDTO**

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)

**PROCTIM**

Blank eller 00-23

**PROCMIN**

Blank eller 00-59

**4.1.3 Strukturen BESØG**

Hvis PATTYPE = 2 og STARTDATO er efter 31.12.1999 og INDMÅDE er forskellig fra 1, så skal der være mindst en BESØG - struktur eller mindst en ydelse med SKS-kode

**DTOBES**

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ). Skal indberettes i stigende orden på ÅÅÅMMDD

Efter 31.12.2002 må der indberettes flere besøg pr. dag pr. afdeling. Dvs. hvis der blandt en kontakts besøgsdatoer er flere DTOBES der er ens, skal disse datoer ligge efter 31.12.2002

DTOBES skal være lig med eller efter STARTDATO og lig med eller før SLUTDATO (hvis udfyldt)

Hvis PATTYPE = 0 skal DTOBES være blank

**4.1.4 Strukturen PASSV**

Hvis PATTYPE = 2 og INDMÅDE = 1 må der ikke være en PASSV struktur

Inden for samme kontakt må der ikke være datooverlap mellem PASSV-strukturerne

Hvis HENVISDTO ligger efter 31.12.2003 må ÅRSAGPAS, DTOSTPAS og DTOSLPAS ikke være udfyldt

PASSV-strukturen kan have følgende kombinationer af indhold:

- ÅRSAGPAS og DTOSTPAS og DTOSLPAS og DTOAFTLB og BEHANDTILSGH
- ÅRSAGPAS og DTOSTPAS og DTOSLPAS og DTOAFTLB
- ÅRSAGPAS og DTOSTPAS og DTOSLPAS
- DTOAFTLB og BEHANDTILSGH
- DTOAFTLB

Der må kun indberettes én PASSV indeholdende DTOAFTLB og BEHANDTILSGH pr. kontakt

**ÅRSAGPAS**

En af værdierne 0, 1, 2, 3, 4, A

Hvis DTOSTPAS er efter 30.06.2002 må ÅRSAGPAS ikke være 2, 4 eller A

**DTOSTPAS**

Gyldig dato (DDMMÅÅ)

Flere PASSV-strukturer skal komme i stigende orden på DTOSTPAS (på ÅÅMMDD)

DTOSTPAS skal være efter eller lig med HENVISDTO

**DTOSLPAS**

Gyldig dato (DDMMÅÅ)

DTOSLPAS skal være større end eller lig med DTOSTPAS

Der må ikke være et besøg i en passiv periode, dog må DTOSTPAS og DTOSLPAS godt være lig besøgsdato

**DTOAFTLB**

Gyldig dato (DDMMÅÅ) og hvor STARTDATO er efter 30.06.2002

Hvis PATTYPE = 0, så skal DTOAFTLB være lig med eller efter HENVISDTO og lig med eller før STARTDATO

Hvis PATTYPE = 2, så skal DTOAFTLB være lig med eller efter HENVISDTO og før SLUTDATO

**BEHANDTILSGH**

Skal være blank eller findes i Sundhedsdatastyrelsens sygehusklassifikation på DTOAFTLB.

De 3 sidste cifre i BEHANDTILSGH må være "000"

#### 4.1.5 Strukturen VEN TE

Skal indberettes i stigende orden på DATOSTVENTE (på ÅÅMMDD)

Ved indberetning af flere VEN TE-strukturer gælder at for VEN TE-strukturerne efter første VEN TE-struktur, skal DATOSTVENTE være lig med dagen efter DATOSLVENTE i foregående VEN TE-struktur

Dvs. inden for samme kontakt skal VEN TE-strukturerne dække en sammenhængende periode, og der må ikke være datooverlap mellem VEN TE-strukturerne

Hvis HENVISD TO ligger efter 31.12.2003 og HENVISD TO er forskellig fra STARTD ATO, skal der være mindst én VEN TE-struktur

##### **VENTESTATUS**

En af værdierne 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25 eller 26

VENTESTATUS 25 og 26 må kun benyttes for PATTY P E = 2

##### **DATOSTVENTE**

Gyldig dato (DDMMÅÅ)

DATOSTVENTE på den første VEN TE-struktur skal være lig med HENVISD TO

##### **DATOSLVENTE**

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)

DATOSLVENTE skal være større end eller lig med DATOSTVENTE

Hvis PATTY P E = 0 skal DATOSLVENTE på den sidste VEN TE-struktur være lig med STARTD ATO

Hvis PATTY P E = 2 skal DATOSLVENTE på den sidste VEN TE-struktur (hvis den er udfyldt) være lig med eller større end STARTD ATO og lig med eller mindre end SLUTD ATO hvis udfyldt. Ellers kun større end eller lig med STARTD ATO

Hvis PATTY P E = 2 og VENTESTATUS = 25 eller 26, skal DATOSTVENTE på VEN TE-struktur være lig med eller større end STARTD ATO

DATOSLVENTE må kun være blank, hvis PATTY P E=2 og SLUTD ATO er blank

#### 4.1.6 Strukturen BOBST

Må kun anvendes hvis ART=A og KODE tilhører DZ38\*

##### **FLERNR**

En af værdierne A-F

##### **VÆGT**

0000-9999

##### **LÆNGDE**

00-99

#### 4.1.7 Strukturen MOBST

Må kun anvendes hvis ART=A og KODE tilhører DO80\*-DO84\*

##### **PARITET**

01-20 eller U efterfulgt af blank

##### **BESJORD**

En af værdierne blank, 00-25 eller U efterfulgt af blank

##### **BESLÆGE**

En af værdierne blank, 0-9 eller U

##### **BESSPEC**

En af værdierne blank, 0-9 eller U

**SIDMEN**

Skal være blank for kontakter hvor STARTDATO er efter 31.12.2001

**4.1.8 Strukturen PSYKI**

PATTYPE = 0 eller 2

**INDVILK**

En af værdierne 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, B, C, D, E, F, G, K, L, M, N, O, P, R, S

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 0 og SLUTDATO eller STARTDATO er efter 31.12.1994 og før 01.01.2006, så skal INDVILK være en af værdierne 1, 2, 3, 4, 6

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 0 og STARTDATO er efter 31.12.2005 og før 01.01.2007, så skal INDVILK være en af værdierne 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, B, C, D, E

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 0 og STARTDATO er efter 31.12.2006 og før 01.01.2008, så skal INDVILK være en af værdierne 1, 2, 3, 6, E, F, G

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 0 og STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal INDVILK være en af værdierne 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, B, C, D, E, G

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 2 og STARTDATO er efter 31.12.2005 og før 01.01.2007, så skal INDVILK være en af værdierne K, L, M, N, P, R

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 2 og STARTDATO er efter 31.12.2006 og før 01.01.2008, så skal INDVILK være en af værdierne K, P, R, S

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 2 og STARTDATO er efter 31.12.2007 og INDMÅDE er forskellig fra 1, så skal INDVILK være en af værdierne K, L, M, N, O, P, R

Hvis INDVILK = 7, 8, 9, B, C, D, E, L, M, N, R og STARTDATO er efter 31.12.2007 og før 01.07.2009, så skal der være en KODE = DZ046\* på mindst 6 karakterer med ART = A, B

Hvis INDVILK = 7, 8, 9, B, C, D, E, G, L, M, N, R og STARTDATO er efter 30.06.2009, så skal der være en KODE = DZ046\* på mindst 6 karakterer med ART = A, B

Hvis PATTYPE = 2 og INDMÅDE = 1, skal INDVILK være blank

**4.1.9 Strukturen STEDF**

Hvis PRÆCISION forskellig fra EUZ9\*, så skal UTM være forskellig fra blank, XKOORD være forskellig fra blank og YKOORD være forskellig fra blank.

Hvis PRÆCISION er forskellig fra blank, så skal der være en KODE = EUG\*

**PRÆCISION**

I overensstemmelse med Sundhedsdatastyrelsens SKS-klassifikation på STARTDATO.

Skal være i intervallet EUZ\*

**UTM**

En af værdierne blank, 32 eller 33.

**XKOORD**

Blank eller 0400000-1000000

**YKOORD**

Blank eller 6000000-6500000

## 4.2 Valideringer pr. område

### 4.2.1 Skaderegistrering

Hvis STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal KODE = EU\* angives med mindst 4 karakterer samt have ART = blank.

Hvis INDMÅDE = 2 og STARTDATO er efter 31.12.2013, må der ikke være en KODE = EU\*

Hvis AFD har speciale 50 eller 52 og STARTDATO er efter 31.12.2013, må der ikke være en KODE = EU\*

Hvis PATTYPE = 2 og STARTDATO er før 01.01.2014, må der ikke være en KODE = EU\*

Hvis INDMÅDE = 1 og KONTÅRS = 2, 3, 4 og STARTDATO er efter 31.12.2013 og SLUTDATO er udfyldt, så skal der være en KODE tilhørende DR00\*-DR99\*, DS00\*-DT89\* eller DZ00\*-DZ99\* med ART = A

Hvis PATTYPE = 0 og ART = A og KODE tilhører DS00\*-DT79\* og STARTDATO er før 01.01.2014, så skal KONTÅRS være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 0 og KONTÅRS = 2, 3, 4 og AFD ikke har speciale 50 eller 52 og STARTDATO er efter 31.12.2007 og før 01.01.2014, så skal der være en KODE i intervallet DS00\*-DT79\* med ART = A

Hvis PATTYPE = 0 og AFD har speciale 50 eller 52 og KONTÅRS = 3 og STARTDATO er før 01.01.2014, så skal der være en KODE i intervallet DX85\*-DX99\* eller DY00\*-DY09\* med ART = A

Hvis PATTYPE = 0 og AFD har speciale 50 eller 52 og KONTÅRS = 4 og STARTDATO er før 01.01.2014, så skal der være en KODE i intervallet DX60\*-DX84\* med ART = A

Hvis AFD ikke har speciale 50 eller 52 og KODE tilhører DX\* eller DY\*, så skal ART være forskellig fra A

Hvis KODE = EUG1\* og STARTDATO er efter 31.12.2013 og SLUTDATO er udfyldt, så skal KODE være angivet med mindst 5 karakterer

#### Valideringer efter kontaktårsag

Hvis KONTÅRS = 2 eller 3 og STARTDATO er efter 31.12.2013 og SLUTDATO er udfyldt, så skal der være

- KODE = EUB\*, EUA\* og EUG\*

Hvis KONTÅRS = 2 og STARTDATO er efter 31.12.2013 og SLUTDATO er udfyldt og KODE = EUA0\* eller EUA2\*, så skal der være

- KODE = EUM\* og EUP\*

Hvis KONTÅRS = 4 og STARTDATO er efter 31.12.2013 og SLUTDATO er udfyldt, så skal der være

- KODE = EUB\* og EUG\*

Hvis KONTÅRS = 2, 3, 4 og SLUTDATO er udfyldt og KODE = EUY\*, så skal KODE være angivet med mindst 6 karakterer

Hvis KONTÅRS = 2, 3 og STARTDATO er efter 31.12.2007 og SLUTDATO er udfyldt og KODE = EUC\*, så skal KODE være angivet med mindst 5 karakterer

Hvis KONTÅRS = 6 og SLUTDATO er udfyldt, så skal AFSLUTMÅDE have en af værdierne F, G, K eller L

### 4.2.2 Diagnoser

#### Generelt

I overensstemmelse med Sundhedsdatastyrelsens klassifikation af sygdomme

Hvis ART = H, skal KODE være gyldig på HENVISDIO hvis udfyldt, ellers følges reglerne for ART = A

Hvis ART = A eller B, skal KODE være gyldig på SLUTDATO hvis udfyldt og ellers på STARTDATO eller en dato herefter

Hvis ART = A, B eller H, skal position 1 i KODE være D. Gælder ikke hvis ART = H og KODE er numerisk

Hvis 1. position i KODE er D, skal KODE være mindst 5 karakterer lang; med undtagelse af hvis ART = H, så skal KODE som hovedregel være mindst 4 karakterer lang

For visse koder er der krav om højere antal karakterer, f.eks. forgiftninger

ART = A og H må kun forekomme en gang pr. kontakt

Hvis SLUTDATO ligger efter 31.12.1994, skal der være en og kun en ART = A

Hvis PATTYTYPE = 0 og SLUTDATO er blank og STARTDATO ligger mere end en måned tilbage, skal der være en og kun en ART = A

Hvis PATTYTYPE = 2 og SLUTDATO er blank og første besøg ligger mere end en måned tilbage, skal der være en og kun en ART = A

#### Registrering af diagnoser - brug af diagnosearter

Hvis 1. position i KODE er D, skal eventuelle aldersbetingelser i Sundhedsdatastyrelsens "Klassifikation af sygdomme" være i overensstemmelse med alder ud fra CPRNR ved kontaktens start

Hvis STARTDATO er efter 31.12.98 og HENVISDTO er mindre end STARTDATO og HENVISMÅDE er 1, 2, 3, 5, B, C, D, E, F eller G, så skal der være en SKS-kode med ART = H

Hvis STARTDATO er efter 31.12.2013 må ART ikke være lig med M eller C

#### Brud på lårbenshals

Hvis SLUTDATO ligger efter 30.06.2000 og DIAGART = A / B og KODE tilhører DS720\*-DS722\*, DS727\* eller DS728\*, så skal der pr. diagnose være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2

#### Luksation af hoftedelesprotese

Hvis SLUTDATO ligger efter 31.12.2000 og DIAGART = A / B og KODE = DT840A, så skal der til pågældende diagnose være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2

#### Hjernedød

Hvis SLUTDATO ligger efter 31.12.2014 og KODE = DR991, så skal DIAGART = B

### 4.2.3 Procedurer

#### Generelt

Hvis ART = V, P, D eller blank, skal KODE være i overensstemmelse med Sundhedsdatastyrelsens klassifikationer på pågældende PROCDTO. Hvis PROCDTO ikke er udfyldt, så på en dato efter eller lig med STARTDATO og før eller lig med SLUTDATO (hvis udfyldt).

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.1997 og før 01.01.2003 og STARTDATO er lig med PROCDTO, så skal PROCTIM være større end eller lig med INDLÆGTIME

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000, må der ikke for ART = V eller P findes procedurer med samme PROCDTO, PROCTIM og PROCMIN

Hvis PROCDTO beskriver en dato før 31.12.2002, skal PROCDTO være efter eller lig med STARTDATO

Hvis PATTYTYPE 0 eller 2 og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2002, skal PROCDTO være efter eller lig med HENVISDTO.

Hvis PATTYTYPE = 2 og INDMÅDE = 1, skal PROCDTO være større end eller lig med STARTDATO og PROCTIM være større end eller lig med INDLÆGTIME

Hvis ART = blank, skal PROCDTO være udfyldt

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000, så skal KODE være mindst 3 karakterer lang

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000 og KODE tilhører UXA\*, UXC\*, UXM\* eller UXR\*, så skal pågældende kode være mindst 6 karakterer lang

Hvis KODE er forskellig fra ZPP\*, skal PROCDTO være før eller lig med SLUTDATO (hvis udfyldt)

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000 og KODE = ZWCM\*, så skal pågældende kode være mindst 5 karakterer lang

Hvis KODE = AF\*, så skal pågældende kode være mindst 6 karakterer lang

Hvis KODE tilhører AFBnnC\*, AFBnnF\*, AFBnnX\*, AFA01X\*, AFD01X\*, AFHnnC\*, AFHnnX\* eller AFH03B\* så skal pågældende kode være mindst 7 karakterer lang

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 30.06.2000 og KODE er forskellig fra ZPP1\*-ZPP9\*, ZWCM\* eller AF\*, så skal PROCAFD være udfyldt

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 30.06.2000 og KODE er forskellig fra ZPP1\*-ZPP9\*, ZWCM\* eller AF\*, så skal PROCTIM og PROCMIN være udfyldt

**Registrering af operationer**

Hvis ART = V, P eller D, skal position 1 i KODE være K

Hvis ART = V, P eller D, skal KODE være mindst 6 karakterer lang

Hvis ART = V / P, skal PROCDTO og PROCAFD være udfyldt

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.1995 og KODE tilhører K-koder, så skal PROCAFD være udfyldt

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.1997 og KODE tilhører K-koder, så skal PROCTIM og PROCMIN være udfyldt

**Procedurearter**

Hvis position 1 i KODE er K, så skal ART være V, P, D eller +

ART = V må kun forekomme en gang pr. kontakt

Hvis ART = D, skal der umiddelbart før komme en ART = V / P / D (evt. med tillægskode)

**Radiologiske procedurer**

Hvis KODE tilhører tabellen RADSIDE i Bilag 1, og PROCDTO til pågældende kode ligger efter 31.12.2000, så skal der være tilknyttet mindst en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2 (lateralitet)

Hvis KODE tilhører tabellen RADKONT i Bilag 1, og PROCDTO til pågældende kode ligger efter 31.12.2000, så skal der være tilknyttet mindst en tillægskode af typen UXZ1\* (kontrastindgift)

**Klassifikation af aflysningsårsager**

Hvis PROCDTO ligger efter 31.12.1999 og SLUTDATO er udfyldt og 1-3 position i KODE = ZPP, så skal KODE være mindst 5 karakterer lang

**Genoptræning**

Hvis KODE = ZZ0175\* og PROCDTO ligger efter 01.01.2007, så skal pågældende kode være mindst 7 karakterer lang.

Hvis KODE = AWX21 og PROCDTO efter 01.01.2007, så skal der være KODE = AWG1\* med PROCDTO mindre end eller lig med PROCDTO for AWX21.

Hvis KODE = AWX23\* og PROCDTO efter 01.01.2007, så skal der også være KODE = AWG2\* med PROCDTO mindre end eller lig med PROCDTO for AWX23\*.

Hvis KODE = AWX22 og PROCDTO efter 01.01.2015, så skal der være KODE=AWG5 med PROCDTO mindre end eller lig med PROCDTO for AWX22.

**Hofteledsalloplastik**

Hvis SLUTDATO er udfyldt og ART = V / P / D og KODE tilhører KNFB\*, KNFC\* eller KNFW\* og PROCDTO til pågældende kode ligger efter 30.06.2000, så skal der pr. operationskode være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2

**4.2.4 Funktionsevne**

Hvis KODE = FA\*, så skal der være tilknyttet en tillægskode fra FZAG1\*

Hvis KODE = FB\*, så skal der være tilknyttet en tillægskode fra FZBG1\*

Hvis KODE = FE\*, så skal der være tilknyttet en tillægskode fra FZEG1\*

Hvis KODE = FP\*, så skal der være tilknyttet en tillægskode fra FZPG1\*

Hvis KODE = FS\*, så skal der være tilknyttet en tillægskode fra FZSG1\*

**4.2.5 Neonatal hørescreening**

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2004 og PROCDTO ligger mindre end 90 dage efter FØDSELS-DATO og KODE tilhører ZZ1450A, ZZ7100A, ZZ7306A eller ZZ7307A, så skal der være tilknyttet en af følgende tillægskoder: ZPR01A, ZPR00A eller ZPR00B

**4.2.6 Tillægskoder**

Skal være i overensstemmelse med Sundhedsdatastyrelsens klassifikationer. Datovalideringen følger samme regel, som gælder for den primærkode, som tillægskoden er tilknyttet

Tillægskode (ART = +) kan kobles på en forudgående SKSKO med ART = blank, A, B, H, V, P eller D



Alle SKS-koder kan registreres som tillægskoder bortset fra koder af typen ZPP\*, AF\*, AG\*, AH\*, EU\* og FA\*-FS\* som skal have ART = blank

Der må maks. registreres 50 tillægskoder pr. KODE med tilhørende ART forskellig fra "+"

Følgende koder må kun registreres som tillægskoder:

- Koder i Tillægskodeklassifikationen
- Koder i Lægemiddelklassifikationen (M\*)
- Koder i Datoklassifikationen
- V\* (Talliste)
- DUnnDn og DU001\*-DU045\* (Svangerskabslængde)
- DUT\* (Rygevaner)
- DUP\* (Fosterpræsentation)
- DUM\* (Misdannelsesoplysning)

På procedurer med proceduredato efter 31.12.2000 må kun anvendes TUL1 og TUL2. Der valideres for, at TUL3 ikke er tilladt

På procedurer med proceduredato efter 31.03.2001 må der pr. procedure højst anvendes én af koderne TUL1 eller TUL2

ZKC\* må kun registreres som tillægskode til en K-kode

Fra 01.04.2011 må ZDW7\* kun bruges som tillægskode til aktions- og bidiagnoser med kodeværdi DZ03\*

#### 4.2.7 Fødsler og aborter

##### Svangerskabslængde

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1996 og KODE tilhører DO00\*-DO06\* eller DO80\*-DO84\*, så skal der være tilknyttet en tillægskode af typen DUnnDn (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1996 og KODE tilhører DO04\*, så skal der være tilknyttet en tillægskode af typen DU01D\*-DU11D\* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.03.2004 og KODE tilhører DO03\*, så skal der være tilknyttet en tillægskode af typen DU01D\*-DU21D\* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.03.2004 og KODE tilhører DO05\*, så skal der være tilknyttet en tillægskode af typen DU12D\*-DU21D\* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1996 og KODE tilhører DO060\*, DO062\*, DO064\* eller DO066\*, så skal der være tilknyttet en tillægskode af typen DU01D\*-DU11D\* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.3.2004 og KODE tilhører DO061\*, DO063\*, DO065\* eller DO067\*, så skal der være tilknyttet en tillægskode af typen DU12D\*-DU21D\* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1996 og KODE tilhører DO80\*-DO84\*, så skal der være tilknyttet en tillægskode af typen DU15D\*-DU45D\* eller DU99DX (svangerskabslængde)

##### Moderens record

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.03.1998 og KODE er i intervallet DO80\*-DO84\*, så skal:

- DUT\* og DUnnDn være registreret som tillægskode
- der findes en MOBST-struktur
- DZ37\* være tilknyttet som bidiagnose

Hvis KODE er i intervallet DO80\*-DO84\* og SLUTDATO ligger efter 31.12.1999, så skal tilhørende ART = A

Hvis KODE er i intervallet DO80\*-DO84\* og SLUTDATO ligger efter 31.12.2003, så skal der være en KODE = ZZ0241 med ART = blank og følgende tillægskoder tilknyttet

- VPH\* eller VV00005
- DU0000

Hvis KODE er i intervallet DO80\*-DO84\* og SLUTDATO ligger efter 31.12.2003, så skal der være en KODE = ZZ0240 med ART = blank og følgende tillægskoder tilknyttet

- VPH\* eller VV00005
- DU0000

Hvis KODE = ZZ0241 eller ZZ0240, må følgende felter være blanke

- PROCAFD
- PROCDTO
- PROCTIM
- PROCMIN

og PROCDTO må ligge før STARTDATO

Hvis KODE = DZ37\*, så skal ART = B, og der skal være en KODE i intervallet DO80\*-DO84\* med ART = A

#### **Barnets record**

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.2013 og KODE = DZ38\*, så skal INDMÅDE = 1

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1996 og KODE = DZ38\*, så skal der være:

- en KODE indenfor hver af grupperne DUA\*, DUH\*, DVnnnn og DVA\* med ART = B
- en udfyldt BOBST-struktur

Hvis KODE = DZ38\* og SLUTDATO ligger efter 31.12.2013, så skal ART = A

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.03.1998 og KODE = DZ38\*, så skal der være en tillægskode inden for gruppen DUP\*

Hvis KODE tilhører DUA\*, DUH\*, DVnnnn eller DVA\*, så skal ART = B, og der skal være en KODE = DZ38\* med ART = A

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.2003 og KODE = DZ38\*, og der samtidig findes en KODE = ZZ4232 med ART = blank, så skal ZZ4232 have tilknyttet en tillægskode af typen VPK\*

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.2003 og KODE = DZ38\*, og der samtidig findes en KODE = ZZ4229 med ART = blank, så skal ZZ4229 have tilknyttet en tillægskode af typen VNK\* eller VPK\*

Hvis ART=A og KODE tilhører DZ381B\*, DZ384B\* eller DZ387B\*, så skal PATTYPE = 2, og KODE skal være 7 karakterer lang

#### **Abortregistrering**

Hvis KODE er i intervallet DO040\*-DO067\*, så skal tilhørende ART = A, H eller +

Hvis KODE er i intervallet DO040\*-DO067\* og ART = A, skal der være en KODE i intervallet KLCH0\*-KLCH9\* eller en KODE = BKHD4\*

Hvis der er en KODE i intervallet KLCH0\*-KLCH9\* eller en KODE tilhørende BKHD4\* eller BKHD41\*-BKHD49\*, så skal der være en KODE tilhørende DO040\*-DO067\*, DO088J\*-DO088K\*, DO836\* eller DO846\* med ART=A

Hvis KODE = DO836\* eller DO846\* og ART = A, skal KODE være mindst 6 karakterer lang

### Misdannelsesregistrering

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.03.2004 og hvis:

- KODE tilhører DO053, DO054, DO836D, DO836E, DO846D eller DO846E og der er en tillægskode i intervallet DU12D\*-DU21D\*, så skal der være en tillægskode af typen DUM01, DUM02, DUM03 eller DUM09
- KODE = DO03\* og der er en tillægskode i intervallet DU16D\*-DU21D\*, så skal der være en tillægskode af typen DUM01, DUM02, DUM03 eller DUM09

Såfremt SLUTDATO ligger efter 31.12.1998 og der forekommer en tillægskode af typen DUM01 eller DUM03, så skal samme primærkode have mindst en tillægskode af typen DQ\*

### 4.2.8 Psykiatri generelt

Hvis ART = A eller G og AFD har speciale 50 eller 52 og SLUTDATO er efter 31.12.1995 eller blank, så skal KODE findes i tabellen PSYKDIA i Bilag 1

### 4.2.9 Forgiftninger

#### Generelt

Såfremt SLUTDATO ligger efter 31.12.2000 og ART = A og KODE findes i tabellen FORGIFT i Bilag 1, så skal der være tilknyttet en tillægskode af typen M\* (ATC-kode)

#### Forgiftningskoder for narkotika

Såfremt SLUTDATO ligger efter 31.12.2000 og ART = A / B og KODE tilhører DF11\*, DF15\* eller DF16\*, så skal der være tilknyttet en tillægskode af typen DT400\*-DT409\*, DT430A, DT436\*, DT438\* eller DT439\*. Tillægskoden kan også være en ATC-kode. ATC-koderne er kendetegnet ved, at 1. position er "M"

Såfremt SLUTDATO ligger efter 31.12.2005 og ART = A / B og KODE tilhører DZ036, så skal der være tilknyttet en tillægskode af typen DT40\*, DT436\*, DT438\*, DT439\* eller DT51\*-DT65\*. Tillægskoden kan også være en ATC-kode. ATC-koderne er kendetegnet ved, at 1. position er "M"

Hvis SLUTDATO ligger efter 31.12.2000 og der findes en diagnose med ART = A / B / + og KODE tilhørende DT406\* eller DT436\*, så skal pågældende kode være 6 karakterer lang

Hvis SLUTDATO ligger efter 31.12.2003 og der findes en diagnose med ART = A / B / + og KODE tilhørende DT409\*, så skal pågældende kode være 6 karakterer lang

### 4.2.10 Kræft

#### Anmeldelsesstatus

Hvis SLUTDATO ligger efter 31.12.2000 og DIAGART = A / B og KODE findes i tabellen CANCER i Bilag 1, så skal der pr. diagnose være tilknyttet en og maksimalt en tillægskode med anmeldelsesstatus AZCA1, AZCA2, AZCA3, AZCA4 eller AZCA9

Anmeldelsesstatus AZCA3 er kun tilladt for diagnoser med DIAGART = B

Anmeldelsesstatus AZCA9 er kun tilladt for afdelinger med hoved- eller bispeciale = 22 (onkologi)

Anmeldelsesstatus AZCA0 er kun tilladt hvis SLUTDATO er blank

#### Stadium

Hvis følgende betingelser er opfyldt:

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og før 01.07.2004 og
- DIAGART = A/B og
- KODE findes i tabellen STADIUM i Bilag 1
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- SLUTDATO udfyldt eller PATTYPE = 2 og STARTDATO ligger mere end 4 måneder før seneste ambulante besøg

så skal følgende betingelser være opfyldt for sygdommens udbredelse:

1. hvis KODE tilhører gruppen DC81\*-DC86\*, skal der være tilknyttet en tillægskode fra gruppen AZCC\*, og koden skal være mindst 5 karakterer lang
2. hvis KODE er forskellig fra DC81\*-DC86\*, skal der pr. diagnose være tilknyttet 3 tillægskoder, en i hver af grupperne AZCD1\*, AZCD3\* og AZCD4\*, og koderne skal være mindst 6 karakterer lange

Hvis følgende betingelser er opfyldt:

- STARTDATO ligger efter 30.06.2004 og
- DIAGART = A/B og
- KODE findes i tabellen STADIUM i Bilag 1 og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- SLUTDATO udfyldt, eller PATTYPE = 2 og STARTDATO ligger mere end 4 måneder før seneste ambulante besøg

så skal følgende betingelser være opfyldt for sygdommens udbredelse:

1. hvis KODE tilhører grupperne DB211\*-DB213\*, DC81\*-DC86\*, DC884\*, DC902\*, DC903\*, DC923\*, skal der være tilknyttet en tillægskode fra gruppen AZCC\*, og koden skal være mindst 5 karakterer lang
2. hvis KODE er forskellig fra DB211\*-DB213\*, DC81\*-DC86\*, DC884\*, DC902\*, DC903\*, DC923\*, skal der pr. diagnose være tilknyttet 3 tillægskoder. En i hver af grupperne AZCD1\*, AZCD3\* og AZCD4\*, og koderne skal være mindst 6 karakterer lange
3. hvis KODE slutter med M og STARTDATO er efter 31.03.2016, skal der være tilknyttet en tillægskode af typen AZCD41\*

Hvis STARTDATO efter 30.06.2004 så gælder at:

- AZCD11 kan kun anvendes for koderne: DD30\*, DD37\*-DD44\*, DD48\*, DD095\*, DD096\*
- AZCD12 kan kun anvendes for koderne: DD05\*, DD06\*, DD090\*, DD091\*

Hvis STARTDATO efter 30.06.2004 og før 01.07.2005 så gælder at:

- AZCD10 kan kun anvendes i kodeintervallet: DC78\*-DC80\*

Hvis STARTDATO efter 30.06.2005 så gælder at:

- AZCD10 kan kun anvendes i kodeintervallet: DC77\*-DC80\*

### Diagnosegrundlag

Hvis følgende betingelser er opfyldt:

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og
- DIAGART = A/B og
- KODE findes i tabellen CANCER i Bilag 1 og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1

så skal følgende betingelse være opfyldt:

Der skal være tilknyttet mindst en af tillægskoderne fra hver af grupperne AZCK\* og AZCL\*, og koderne skal være mindst 5 karakterer lange.

**Lateralitet**

Hvis følgende betingelser er opfyldt:

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og
- DIAGART = A/B og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- KODE findes i tabellen DIASIDE i Bilag 1

så skal følgende betingelse være opfyldt:

Der skal være tilknyttet mindst en af tillægskoderne TUL1, TUL2 eller TUL3

**Lokalisation**

Hvis:

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og før 01.07.2006 og
- DIAGART = A/B og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- KODE tilhører grupperne DB211\*, DB212\*, DC81\*-DC86\*, DC902\* og DC923\*

eller

- STARTDATO ligger efter 30.06.2004 og før 01.07.2006 og
- DIAGART = A/B og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- KODE tilhører DB213\*

så skal følgende betingelse være opfyldt:

Der skal være tilknyttet mindst en tillægskode i grupperne DC00\*-DC41\*, DC44\*, DC47\*-DC77\*

Hvis:

- STARTDATO ligger efter 30.06.2006 og
- DIAGART = A/B og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- KODE tilhører grupperne DB211\*-DB213\*, DC81\*-DC86\*, DC884\*, DC902\*, DC903\* og DC923\*

så skal der skal være tilknyttet mindst en tillægskode fra anatomiklassifikationen (T0\*)

**4.2.11 Lokal validering af anvendelsen af anmeldelsesstatus: AZCA1 og AZCA4**

Nedenstående figur beskriver overordnet set, hvordan reglerne for anvendelsen af anmeldelsesstatus AZCA1 og AZCA4 automatisk skal valideres i sygehusenes lokale IT-systemer. Der fokuseres altså udelukkende på statuskoderne AZCA1 og AZCA4. Nedenstående punkter gennemgår figuren fra toppen af og nedefter.

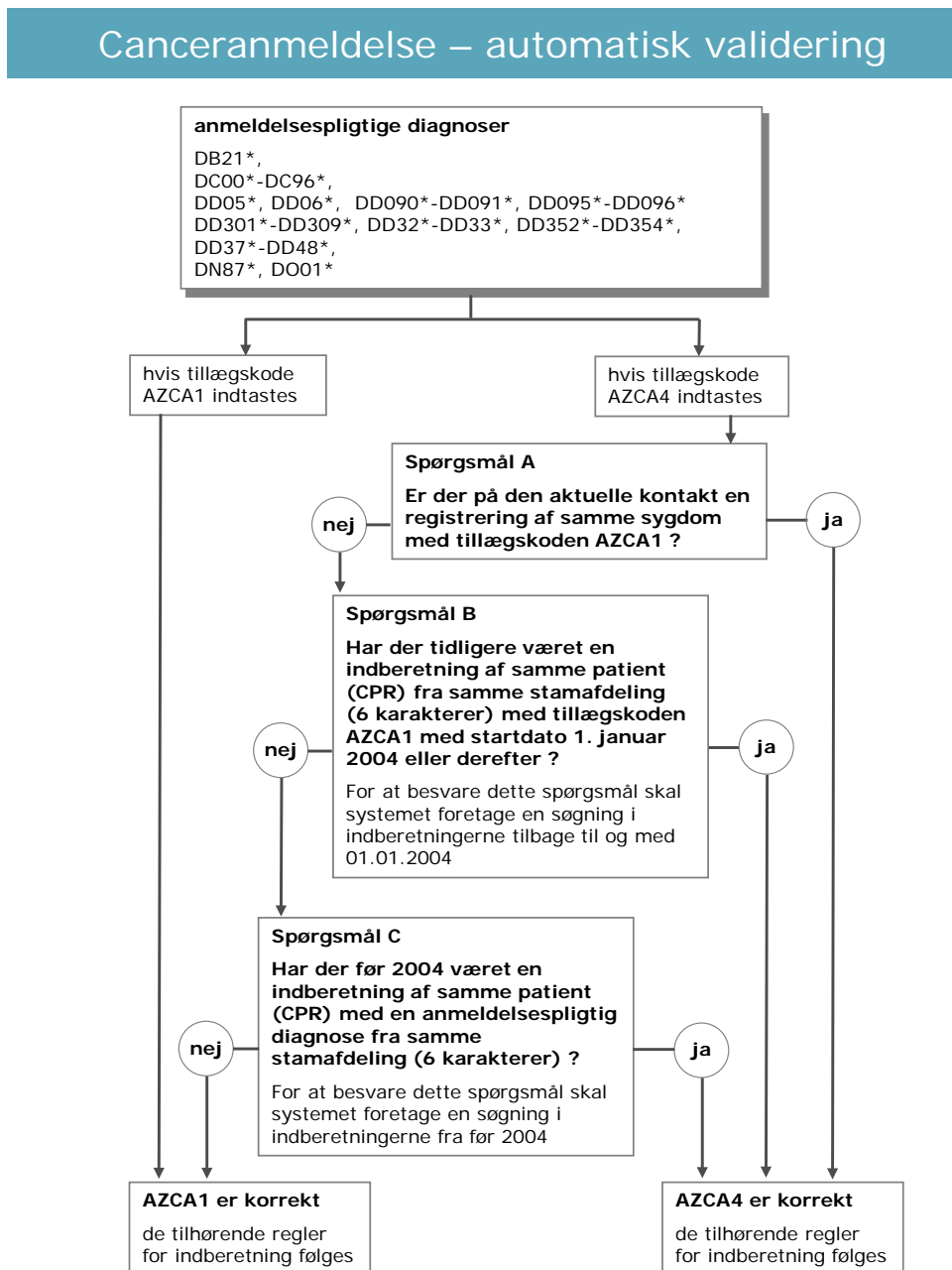
1. Øverst i figuren illustreres det, at man har med en indberetningspligtig cancerdiagnose at gøre
2. Dernæst viser figuren, at der enten forsøges registreret en statuskode AZCA1 eller AZCA4 på indberetningen
3. Registrering af AZCA1 er altid en valid indtastning
4. Valideringen, som følger af en indtastning af statuskode AZCA4, er illustreret i figurens højre side
5. Registrering af statuskode AZCA4 resulterer først i Spørgsmål A. Hvis der på den samme kontakt allerede er registreret en statuskode AZCA1 for sygdommen, er registrering af statuskode AZCA4 valid, og koden må dermed anvendes under hensyntagen til Fællesindholdets regler
6. Hvis dette ikke er tilfældet, skal systemet undersøge (Spørgsmål B), om der er en tidligere indberettet kontakt med fuld nyanmeldelse

7. Hvis Spørgsmål B kan besvares med et 'ja', er registrering af statuskode AZCA4 valid, og koden må dermed anvendes under hensyntagen til Fællesindholdets regler
8. Hvis svaret på Spørgsmål B er 'nej', følger Spørgsmål C
9. Hvis Spørgsmål C kan besvares med et 'ja', er registrering af statuskode AZCA4 valid, og koden må dermed anvendes under hensyntagen til Fællesindholdets regler

Hvis Spørgsmål C kan besvares med et 'nej', betragtes registreringen af statuskode AZCA4 som en fejl. Statuskode AZCA1 skal følgelig anvendes i stedet for AZCA4. Dette er illustreret i midten af figuren

Der henvises i øvrigt til vejledningsdelens kapitel om registrering af cancer

### Diagram: Oversigt over den automatiske validering



## 5 DETALJERET TENISK BESKRIVELSE

### 5.1 Indberetning til LPR

Dette afsnit indeholder en vejledning i, hvorledes data skal opbygges for at kunne indrapporteres til LPR. Vejledningen, som er forholdsvis teknisk, henvender sig primært til systemleverandører til patientadministrative systemer.

Ved indberetning til LPR skal data opbygges i strukturer identificeret med nøgleord. Strukturerne indeholder for eningsmængden af de datafelter, der kan indrapporteres i dag og de datafelter, som tidligere har kunnet indrapporteres.

Hvilke datafelter, der skal indrapporteres fra de enkelte afdelinger på de enkelte patienttyper, er anført i afsnit 2.

Udgåede datastrukturer og datafelter er ikke er angivet her, ved indberetning af disse skal definitionerne findes i tidligere udgaver af Fællesindholdet.

De enkelte strukturer er oprettet, så de primært indeholder data fra en patientkontakt som logisk hører sammen, f.eks. indlæggelses- og udskrivningsoplysninger. Da recorden med de forskellige strukturer bliver modtaget i et stort felt, skal de enkelte strukturer identificeres med et nøgleord på 5 karakter efterfulgt af en længdeangivelse på 3 karakter. En record skal afsluttes med nøgleordet "SLUT%", og selve indberetningsfilen afsluttes med 10 "%"-tegn efter slutmarkeringen på den sidste record.

En indberetning til LPR kræver, at alle data skal kunne identificeres.

#### **Følgende data kan indberettes til LPR pr. 01.01.2015:**

Sygehusnummer

Afdelings/afsnitsnummer

Patienttype

Personnummer

Indlæggelsesdato/Startdato for ambulant kontakt

Indlæggelsestid/Starttid for ambulant kontakt

Indlæggelsesminut/Startminut for ambulant kontakt

Kommunennummer

Henvisningsdato

Henvisningsmåde

Indskrivningsmåde

Startvilkår

Udskrivningsdato/Slutdato for ambulant kontakt

Udskrivningstid/Afslutningstid for ambulant kontakt

Afslutningsmåde

Afsluttet til sygehusafsnit

Kontaktårsagskode

Kode for fritvalgsordning (Kun for private sygehuse/klinikker)

Henvisende sygehusafsnit

Diagnoseart

Diagnosekodenummer

Procedureart

Procedurekodenummer

Proceduredato

Kode for opererende/producerende afsnit

Proceduretid

Procedureminut

Dato for besøg

Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit

Sygehusafsnitskode for det afsnit det afslåede behandlingstilbud er givet til

Paritet

Antal besøg hos jordemoder  
 Antal besøg hos egen læge  
 Antal besøg hos sygehusafsnit/speciallæge  
 Nummer ved flerfoldfødsel  
 Barnets vægt  
 Barnets længde  
 Ventestatus  
 Startdato for periode med ventestatus  
 Slutdato for periode med ventestatus  
 Præcision for stedfæstelsen  
 UTM-zone for stedfæstelsen  
 X-koordinat  
 Y-koordinat

## 5.2 Strukturoversigt

### INDUD

Indlæggelses-/udskrivningsoplysninger

### SKSKO

SKS kode. Første karakter i data er reserveret til artsfeltet, som kan antage følgende værdier:

Diagnoser:

A aktionsdiagnose  
 B bidiagnose  
 H henvisningsdiagnose

Operationer:

V vigtigste operation i en afsluttet kontakt  
 P vigtigste operation i et operativt indgreb  
 D deloperation: anden/andre operation(er) i et operativt indgreb  
 Skal indberettes efter en operationskode med arten 'V' eller 'P'.  
 Såfremt der er tillægskoder til 'V' eller 'P' koder, så skal 'D' indberettes efter tillægskoderne.

Uspecificeret SKS-kode:

# = blank uspecificeret SKS primærkode,  
fx procedurekode (ikke operation), ulykkeskode

Tillægskoder:

+ uspecificeret SKS tillægskode  
Skal indberettes umiddelbart efter den primærkode den knytter sig til.  
Hvis der er flere tillægskoder til samme primærkode, indberettes de umiddelbart efter hinanden.

A, B og H angiver diagnosearten. Skal efterfølges af en ICD-10 diagnosekode.

V, P og D angiver procedurearten ved operationsregistrering. Skal efterfølges af en operationskode. V og P skal yderligere efterfølges af en proceduredato, proceduretime, procedureminut og kode for producerende sygehusafdeling.

For procedurer (ikke kirurgiske) med arten "blank" er proceduredato, -time, -minut og kode for producerende afdeling obligatorisk.

Visse procedurer er undtaget dette krav.

### BESØG

Besøgs oplysninger



**PASSV**

Passiv ventetid (indlæggelses- / startdato efter 31.12.1998 og henvisningsdato før 31.12.2003) samt dato for afslået tilbud om behandling og tilhørende sygehusafdeling.

**VENTE**

Ventestatus og start- og slutdato for perioden med ventestatus.

**BOBST**

Barn - obstetrik oplysninger

**MOBST**

Moder - obstetrik oplysninger

**PSYKI**

Specifikke oplysninger fra psykiatriske afdelinger

**STEDF**

Stedfæstelse vha. geografiske koordinater

**SLUT%**

Slutmarkering

En indberetningsfil afsluttes med %%%%%%%%%% (10 %-tegn) efter slutmarkeringen på den sidste record i filen.

En struktur består af nøgleord, længde og data, fx:

- SKSKO            Nøgleord på 5 karakterer
- 006              Datalængde på 3 karakterer
- ADZ769        Data (A for aktionsdiagnose + ICD-10 DZ769)

### 5.3 Eksempler på indberetningsrecords

Strukturen for de enkelte nøgleord er vist på de efterfølgende sider.

Tegnet # indikerer en blank karakter i recorden.

#### 5.3.1 Eksempel på indberetning af operationskoder som SKS-koder

**INDUD067**13010310010101000102010112##701#####0201011100101121#####20008  
**SKSKO006**HDN801**SKSKO006**ADN801**SKSKO005**+TUL1  
**SKSKO006**BDN830**SKSKO005**+TUL2  
**SKSKO028**VKLAD00####02010113013311430**SKSKO005**+TUL1  
**SKSKO028**DKLAB10####02010113013311430**SKSKO005**+TUL2**SLUT%**

Følgende SKS-koder er anvendt:

- HDN801 Henvisningsdiagnose
- ADN801 Aktionsdiagnose
- +TUL1 Tillægskode (sideangivelse)
- BDN830 Bidiagnose
- +TUL2 Tillægskode (sideangivelse)
- VKLAD00 Vigtigste operative indgreb
- +TUL1 Tillægskode (sideangivelse)
- DKLAB1 Deloperation
- +TUL2 Tillægskode (sideangivelse)

#### 5.3.2 Eksempel på indberetning af en operationskontakt med skaderegistrering startet efter 31.12.2013

**INDUD063**1309100001010100010201141200101#####02011410080114115#####2  
**SKSKO006**ADS427**SKSKO006**BDS060**SKSKO006**BDS417  
**SKSKO007**VKNBJ61**SKSKO007**DKNBJ12  
**SKSKO005**#EUBA**SKSKO009**#EUYC0212  
**SKSKO006**#EUA12**SKSKO007**#EUE445**SLUT%**

Ovenstående er blandt andet eksempel på indberetning af ulykkeskoder til LPR.

Følgende SKS-koder er anvendt:

- ADS427 aktionsdiagnose
- BDS060 bidiagnose
- BDS417 bidiagnose
- VKNBJ61 vigtigste operation
- DKNBJ12 deloperation
- #EUBA skademekanisme
- #EUYC0212 produkt (skademekanisme)
- #EUA12 aktivitet
- #EUE445 branche

### 5.3.3 Eksempel på indberetning af kræftdiagnose, aflyst operation, henvisende sygehusafsnit samt venteoplysninger

INDUD087130129920101010001150304####701#####260204#  
G100504##F1309349#####1309349

SKSKO006HDC437SKSKO007ADC437ASKSKO006+AZCA1

SKSKO008+AZCD13BSKSKO007+AZCD31SKSKO007+AZCD49

SKSKO006+AZCK0SKSKO006+AZCL0SKSKO005+TUL1

SKSKO006BDC819SKSKO006+AZCA1SKSKO007+AZCC2A

SKSKO006+AZCK0SKSKO006+AZCK4SKSKO006+AZCL1

SKSKO007+DC774A

SKSKO028#ZPP21B####17030413012991000SKSKO007+KQDE10

SKSKO028VKQDE10A###24030413012991430SKSKO005+ZKC0

BESØG006150304BESØG006240304BESØG006290304

BESØG006150404BESØG006100504

VENTE01413260204020304VENTE01411030304080304

VENTE01423090304150304VENTE01412160304190304

VENTE01426200304240304SLUT%

Følgende SKS-koder er anvendt:

- HDC437 Henvisningsdiagnose (henvisningsdato = 26.02.2004)
- ADC437A Aktionsdiagnose
- +AZCA1 Tillægskode (Anmeldelsesstatus)
- +AZCD13B Tillægskode (Stadium-primær tumor)
- +AZCD31 Tillægskode (Stadium-regionale metastaser)
- +AZCD49 Tillægskode (Stadium-fjern metastaser)
- +AZCK0 Tillægskode (Diagnosegrundlag - makroskopisk)
- +AZCL0 Tillægskode (Diagnosegrundlag - mikroskopisk)
- +TUL1 Tillægskode (Lateralitet)
- BDC819 Bidiagnose
- +AZCA1 Tillægskode (Anmeldelsesstatus)
- +AZCC2A Tillægskode (Stadium-Ann Arbor lymfom)
- +AZCK0 Tillægskode (Diagnosegrundlag – makroskopisk)
- +AZCK4 Tillægskode (Diagnosegrundlag – makroskopisk)
- +AZCL1 Tillægskode (Diagnosegrundlag - mikroskopisk)
- +DC774A Tillægskode (Lokalisation)
- #ZPP21B Proc. aflyst pga. tekniske problemer et døgn før fastlagt dag (aflyst proceduredato = 17.03.2004)
- +KQDE10 Tillægskode til den aflyste procedure
- VKQDE10A Vigtigste operative indgreb (operationsdato = 24.03.2004)
- +ZKC0 Tillægskode (cancerrelateret kirurgisk indgreb)

Følgende BESØG indgår:

- 150304 Besøg (svarer til startdato og udredningsdag)
- 240304 Besøg (svarer til operations-/behandlingsdato)
- 290304 Besøg
- 150404 Besøg
- 100504 Besøg (svarer til slutdato)

Følgende VENTE-oplysninger indgår:

- 260204-020304 Ventestatus = 13 (Ventende omvisitering fra andet afsnit)
- 030304-080304 Ventestatus = 11 (Ventende på udredning)
- 090304-150304 Ventestatus = 23 (Ikke ventende efter patientens ønske)
- 160304-190304 Ventestatus = 12 (Ventende på behandling)
- 200304-240304 Ventestatus = 26 (Ikke ventende under behandling)

### 5.3.4 Eksempel på indberetning af en uafsluttet ambulanskontakt med startdato efter 31.12.2004

INDUD0871301299201010100011501051115701#####261004#F#####  
#####1309349

SKSKO006HDE109SKSKO007ADE109A

BESØG006180105

VENTE01411261004180105

VENTE01425190105#####SLUT%

Følgende SKS-koder er anvendt:

- HDE109 Henvisningsdiagnose (henvisningsdato = 26.10.2004)
- ADE109 Aktionsdiagnose

Følgende BESØG indgår:

- 180105 Besøg

Følgende VENTE-oplysninger indgår:

- 261004-180105 Ventestatus = 11 (Ventende på udredning)
- 190105-##### Ventestatus = 25 (Ikke ventende under udredning)

### 5.3.5 Sletning af kontakt

En kontakt slettes i Landspatientregisteret ved kun at indberette nøgleoplysninger.

Pr. 01.01.2005 er det muligt at indberette flere ambulante kontakter pr. patient pr. dag pr. sygehusafdeling. Derfor er der forskellige krav til sletterecords alt efter om startdatoen ligger før eller efter denne dato.

For kontakter med startdato før 01.01.2005 indberettes:

- Sygehusnummer
- Afdelings/afsnitsnummer
- Patienttype (altid blank ved sletning)
- Personnummer
- Indlæggelsesdato/Startdato for ambulansforløb/Dato for ankomst til skadestue
- Indlæggelsestid/Time for ankomst til skadestue
- Minut for ankomst til skadestue

For kontakter med startdato efter 31.12.2004 indberettes:

- Sygehusnummer
- Afdelings/afsnitsnummer
- Patienttype
- Personnummer
- Indlæggelsesdato/Startdato for ambulansforløb/Dato for ankomst til skadestue
- Indlæggelsestid/Time for ankomst til skadestue/starttid for ambulanskontakt
- Minut for ankomst til skadestue/Indlæggelsesminut/startminut for ambulanskontakt

Såfremt der foretages ændringer til en given kontakts nøgleoplysninger, skal der altid indberettes en sletterecord, før kontakten genindberettes.

### **5.3.6 Eksempler på indberetning af en sletterecord**

**INDUD0281301031#010101000102019412##SLUT%**

**INDUD0281401032201020500010301051205SLUT%**

## 5.4 Detaljeret indhold af struktur

Herunder beskrives opbygningen af hver datastruktur, der kan indgå i indberetningen. For hvert datafelt er der angivet, hvilken position i strukturen datafeltet starter og hvor mange karakterer det fylder samt en kort beskrivelse af indholdet.

For information om udgåede datastrukturer henvises til tidligere udgaver af Teknisk Del.

INDIVID / FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR / FORMULARNAVN
Indlæggelses-/udskrivningsoplysninger				INDUD
	PROGRAM DATANA VN	ANTAL POS.	REPR	BESKRIVELSE
1	SGH	4	CH	Sygehusnummer
5	AFD	3	CH	Afdelingsnummer
8	PATTYPE	1	CH	Patienttype
9	CPRNR	10	CH	CPR-nummer
19	STARTDATO	6	CH	Indlæggelses-/startdato
25	INDLÆGTIME	2	CH	Indlæggelses-/starttime
27	MIANSKA	2	CH	Startminut
29	KOMNR	3	CH	Bopælskommune
32	DISTKOD til 31.12.2000	7	CH	Distriktskode
39	HENVISD TO	6	CH	Henvisningsdato
45	INDMÅDE	1	CH	Indskrivningsmåde
46	HENVISNMÅDE	1	CH	Henvisningsmåde
47	SLUTDATO	6	CH	Udskrivningsdato
53	UDTIME	2	CH	Udskrivningstime
55	AFSLUTMÅDE	1	CH	Afslutningsmåde
56	UDSKRTILSGH	7	CH	Afsluttet til sygehus-/afdeling
63	KONTÅRS	1	CH	Kontaktårsag
64	BEHDAGE til 31.12.2001	4	CH	Behandlingsdage
68	DTOFORU til 31.12.2003	6	CH	Dato for forundersøgelse
74	DTOENBH til 31.12.2003	6	CH	Dato for endelig behandling
80	FRITVALG	1	CH	Kode for fritvalgsordning
81	HENVSGH	7	CH	Henvisende sygehusafsnit

INDIVID / FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR / FORMULARNAVN
SKS-koder				SKSKO
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR	BESKRIVELSE
1	ART	1	CH	Kodens art
2	KODE	10	CH	SKS kode
12	PROCDTO	6	CH	Proceduredato
18	PROCAFD	7	CH	Producerende sygehusafsnit
25	PROCTIM	2	CH	Proceduretime
27	PROCMIN	2	CH	Procedureminut

INDIVID / FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR / FORMULARNAVN
Besøgs oplysninger				BESØG
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR	BESKRIVELSE
1	DTOBES	6	CH	Besøgsdato
7	PERSKAT til 31.12.2000	3	CH	Personalekategori
10	YDESTED til 31.12.2000	1	CH	Ydelsessted
11	PSYKYD til 31.12.2000	1	CH	Psykiatrisk ydelse

INDIVID / FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR / FORMULARNAVN
Passiv ventetid				PASSV
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR	BESKRIVELSE
1	ÅRSAGPAS til 31.12.2003	1	CH	Årsag til passiv ventetid
2	DTOSTPAS til 31.12.2003	6	CH	Startdato for passiv ventetid
8	DTOSLPAS til 31.12.2003	6	CH	Slutdato for passiv ventetid
14	DTOAFTLB	6	CH	Dato for afslået tilbud om behandling i anden sygehusafsnit
20	BEHANDTILSGH	7	CH	Sygehusafsnitskode for den afsnit det afslåede behandlingstilbud er givet til

INDIVID / FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR / FORMULARNAVN
Venteoplysninger				VENTE
	PROGRAM DATANA VN	ANTAL POS.	REPR	BESKRIVELSE
1	VENTESTATUS	2	CH	Status for venteperiode.
3	DATOSTVENTE	6	CH	Startdato for periode med ventestatus.
9	DATOSLVENTE	6	CH	Slutdato for periode med ventestatus.

INDIVID / FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR / FORMULARNAVN
Barn - obstetrik oplysninger				BOBST
	PROGRAM DATANA VN	ANTAL POS.	REPR	BESKRIVELSE
1	FLERNR	1	CH	Nummer ved flerfoldfødsel
2	VÆGT	4	CH	Barnets vægt
6	LÆNGDE	2	CH	Barnets længde

INDIVID / FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR / FORMULARNAVN
Moder - obstetrik oplysninger				MOBST
	PROGRAM DATANA VN	ANTAL POS.	REPR	BESKRIVELSE
1	PARITET	2	CH	Paritet
3	BESJORD	2	CH	Antal besøg hos jordemoder
5	BESLÆGE	1	CH	Antal besøg hos egen læge
6	BESSPEC	1	CH	Antal besøg hos sygehusafsnit/special- læge
7	SIDMEN til 31.12.2001	6	CH	Dato for sidste menstruation

INDIVID / FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR / FORMULARNAVN
Psykiatri oplysninger				PSYKI
	PROGRAM DATANA VN	ANTAL POS.	REPR	BESKRIVELSE
1	INDFRA til 31.12.2000	1	CH	Indlagt fra
2	INDVILK	1	CH	Startvilkår
3	UDSKRTIL til 31.12.2000	1	CH	Udskrevet til



INDIVID / FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR / FORMULARNAVN
Stedfæstelse				STEDF
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR	BESKRIVELSE
1	PRÆCISION	10	CH	Præcision for stedfæstelsen
11	UTM	2	CH	UTM-zone for stedfæstelsen
13	XKOORD	7	CH	X-koordinat
20	YKOORD	7	CH	Y-koordinat

# Stikordsregister

<b>A</b>		<b>E</b>	
abortregistrering.....	34	erstatnings-CPRNR .....	24
AFD .....	7; 24	<b>F</b>	
afdelings/afsnitsnummer.....	7	fejlsøgning .....	24
<b>aflysning</b> .....	32	FLERNR .....	19; 28
AFSLUTMÅDE .....	12; 25	FORGIFT.....	35
afslutningsmåde .....	12	<b>forgiftninger</b> .....	35
afsluttet til sygehusafsnit .....	11	FRICTVALG .....	13; 22; 23; 26
afslået behandlingstilbud .....	17	<b>funktionsevne</b> .....	32
<b>anmeldelsesstatus</b> .....	35; 37	<b>fødsler og aborter</b> .....	33
<b>ART</b> .....	26	<b>G</b>	
ATC-tillægskodning .....	35	genoptræning .....	32
<b>automatisk validering</b> .....	38	<b>H</b>	
<b>B</b>		HENVISDTO.....	10; 25
barnets længde.....	20	henvisende sygehusafsnit .....	13
<b>barnets record</b> .....	34	henvisningsdato.....	10
barnets vægt.....	19	HENVISNMÅDE .....	10; 25
BEHANDTILSGH.....	18; 27	HENVSGH.....	13; 26
<b>BEHDAGE</b> .....	26	Hjernedød.....	31
BESJORD.....	20; 28	<b>hoftedalsalloplastik</b> .....	32
BESLÆGE.....	21; 28	<b>I</b>	
BESSPEC.....	21; 28	indberetningsrecord.....	42
<b>BESØG</b> .....	27; 40; 47	INDLÆGTIME .....	9; 24
besøg hos egen læge.....	21	INDMÅDE .....	10; 25
besøg hos jordemoder.....	20	indskrivningsmåde.....	10
besøg hos sygehusafsnit/speciallæge.....	21	<b>INDUD</b> .....	24; 40; 46
<b>BOBST</b> .....	28; 41; 48	INDVILK .....	22; 29
bopælskommune.....	9	<b>K</b>	
<b>brud på lårbenshals</b> .....	31	<b>KODE</b> .....	26
<b>C</b>		kode for fritvalgsordning .....	13; 22; 23
CANCER .....	35	kode nummer for producerende afsnit.....	16
CPRNR.....	8; 24	kommunenummer.....	9
<b>D</b>		KOMNR .....	9; 25
DATOSLVENTE .....	19; 28	kontaktårsag .....	12; 30
DATOSTVENTE .....	18; 28	KONTÅRS .....	12; 26
DIAG.....	14	<b>kræft</b> .....	35
DIAGART.....	13	<b>L</b>	
diagnoseart.....	13; 31	lateralitet.....	37
<b>diagnosegrundlag</b> .....	36	lokalisatión.....	37
diagnosekodenummer .....	14	luksatión af hofteledsprotese.....	31
<b>diagnoser</b> .....	30	LÆNGDE.....	20; 28
DIASIDE .....	37	<b>M</b>	
<b>DISTKOD</b> .....	25	MIANSKA .....	9; 24
DTOAFTLB.....	17; 27	<b>misdannelsesregistrering</b> .....	35
DTOBES.....	17; 27		
<b>DTOENBH</b> .....	26		
<b>DTOFORU</b> .....	26		
<b>DTOSLPAS</b> .....	27		
<b>DTOSTPAS</b> .....	27		

**MOBST** .....28; 41; 48  
**moderens record** ..... 33

**N**

**neonatal hørescreening** ..... 32  
 nummer ved flerfoldsfødsel ..... 19

**O**

**operationer** ..... 32

**P**

paritet ..... 20  
**PARITET** ..... 20; 28  
**PASSV** .....27; 41; 47  
 patienttype ..... 7  
**PATTYPE** ..... 7; 24  
 personnummer ..... 8  
**PROC** ..... 15  
**PROCAFD** ..... 16; 26  
**PROCART** ..... 15  
**PROCDO** ..... 16; 26  
 procedureart ..... 15; 32  
 proceduredato ..... 16  
 procedurekodenummer ..... 15  
 procedureminut ..... 17  
**procedurer** ..... 31  
 proceduretime ..... 16  
**PROCMIN** ..... 17; 27  
**PROCTIM** ..... 16; 26  
**PRÆCISION** ..... 29  
**PSYKDIA** ..... 35  
**PSYKI** .....29; 41; 48  
**psykiatri** ..... 35

**R**

**radiologiske procedurer** ..... 32  
**RADKONT** ..... 32  
**RADSIDE** ..... 32

**S**

**SGH** ..... 7; 24  
**SIDMEN** ..... 29  
**skaderegistrering** ..... 30  
**SKSKO** .....26; 40; 47

**sletning af kontakt** ..... 44  
**sletterecord** ..... 45  
**SLUT%** ..... 41  
**SLUTDATO** ..... 11; 25  
 slutdato for ventestatus ..... 19  
 speciale ..... 24  
**stadium** ..... 35  
**STADIUM** ..... 35  
 startdato ..... 8  
**STARTDATO** ..... 8; 24  
 startdato for ventestatus ..... 18  
 startvilkår ..... 22  
**STEDF** .....29; 41; 49  
 stedfæstelse ..... 41; 49  
**strukturoversigt** ..... 40  
**svangerskabslængde** ..... 33  
 sygehusnummer ..... 7

**T**

teknisk beskrivelse ..... 39  
**tillægskoder** ..... 32

**U**

**UDSKRTILSGH** ..... 11; 26  
**UDTIME** ..... 11; 25  
**UTM** ..... 29

**V**

**validering** ..... 24; 30  
**VENTE** .....28; 41; 48  
 ventestatus ..... 18  
**VENTESTATUS** ..... 18; 28  
**VÆGT** ..... 19; 28

**X**

**XKOORD** ..... 29

**Y**

**YKOORD** ..... 29

**Å**

**ÅRSAGPAS** ..... 27

# FÆLLESINDHOLD for basisregistrering af sygehuspatienter

Dette er 25. udgave af fællesindholdet. Denne udgave er baseret på de tidligere med nogle udvidelser og ændringer.

Kravene til indberetning til Landspatientregisteret i 2016 er vedtaget af Koordinationsgruppen for individbaseret registrering.

Fællesindholdet for basisregistrering af sygehuspatienter træder i kraft den 1. januar 2016