

INSTRUKSHÅNDBOG TIL PRAKTISKE ARBEJDSGANGE

Akutfdelingen Regionshospitalet Randers

Indhold

Indhold	0
Journalføring	1
SFI: Journaloptagelse	1
SFI: Behandlingsplan	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
Arbejdsgang for patientforløb	2
Informeret samtykke.....	2
Triage og TOKS	3
FMK	4
Behandlingsniveau	4
Dokumentation af ultralyd.....	5
Fælles sygdomshistorik	6
Forventet patientforløb	7
Tidlig udskrivelse	7
Epikriser.....	8
Den gode udskrivelse	10
Prøvesvar.....	12
Administrativ funktion	13
Rekvisation af billeddiagnostik	16
Ligsyn og dødsattest.....	20
Vejledning SEI2.....	21

Journalføring

Akutfdelingen er ikke afdeling for journalskrivning. Patienter kommer ikke på sygehuset for at få optaget journal, men for at blive udredt og behandlet for akut opstået sygdom eller tilskadecomst. Udredning og behandling samt beslutningsgrundlaget for dennes iværksættelse, skal lødigt dokumenteres, men journalen er ikke produktet af vores arbejde. Det er alene en dokumentation af vores arbejde.

- Patienter, du ikke selv kommer til at sende hjem eller skal overgå til anden afdeling skal have lavet en fokuseret modtagenotat (SFI: akutnotat)
- Patienter, du vurderer kan udskrives efter få timer, skal have lavet et kort akutnotat (SFI: akutnotat) med kort og konkret konklusion samt tilhørende plan med ordinationer. Når patienten er afklaret og bliver udskrevet, dokumenteres der med en epikrise.
- Patienter, der kun skal være på afdelingen i kort tid, kan nøjes med en epikrise ved udskrivelse.

I akutfdelingen lægger vi vægt på tidstro dokumentation. Det betyder bla. at uddannelseslæger selv skriver sine akutnotater og efterfølgende journalnotater. Det er alene epikriser, der dikteres, da det er forbundet noget registrering med epikrisen afsendelsen, som sekretærerne skal foretage.

SFI: Akutnotat

Vi vægter kortfattet og præcis journalføring med fokus på de akutte problemstillinger og det der skal ske fremadrettet - ikke resuméer af det, der er sket bagudrettet. Derfor:

- Undgå gentagelser af forhold, der allerede fremgår (flere gange) af journalen. Undgå f.eks at indlede alle notater med "68-årig kvinde med type 2 diabetes og KOL, nu indlagt med feber", når det allerede er beskrevet en gang under samme indlæggelse.
- Under konklusion dokumenteres netop konklusionen og ikke et resume
- Følgende punkter er der ikke behov for selvstændigt at dokumentere i en indlæggelsesjournal:
 - **Allergi** – dokumenteres særskilt i CAVE feltet
 - **Medicin** - dokumenteres i FMK. Feltet bruges kun til særlige oplysninger, såsom helt nystartet eller seponeret medicin eller hvis FMK undtagelsesvis ikke kan dokumenteres
 - **dispositioner** - skal kun dokumenteres hvis relevant for det akutte og i givet fald under aktuelt
 - **tidligere** - skal dokumenteres i den fælles sygdomshistorik (se senere)
 - **øvrige organsystemer** - der skal ikke systematisk spørges til svimmelhed, dobbeltsyn, vandladningsbesvær og afføringsændringer, som der alligevel ikke handles på. Der spørges kun til de forhold, der er relevante for det akutte og så skal det i givet fald dokumenteres under aktuelt.

I SFI'en "**akutnotat**" er alle felter således ikke obligatoriske. Du skal anvende relevante felter. Som regel bør det dog som minimum indebære:

- **Patienten vurderet af speciallæge**- Er den journalskrivende læge speciallæge eller er patienten set sammen med en speciallæge dokumenteres det med angivelse af speciallægens navn og tidspunkt for afsluttet tilsyn af speciallæge.
- **Patienten konfereret med speciallæge** - Har den journalskrivende læge alene konfereret patienten med speciallæge uden personligt tilsyn ved speciallægen dokumenteres det med speciallægens navn og angivelse af tidspunkt for afsluttet konferering med speciallæge
- **Kontaktsårsag**: Fokuseret anamnese optag med relevant information og evt. relevante negative fund (eks. hovedpine, svimmelhed, synsforstyrrelse, kvalme eller opkastning ved hovedtraumepatient). Brug gerne OPQRST+. Vanligt funktionsniveau, hvis relevant
- **Relevante KRAM** faktorer, eks. rygning ved obs AKS

- **Objektivt** - Fokuseret undersøgelse, samt supplerende relevante ABCDE oplysninger. Såfremt ustabil pt bruges ABCDE, som skrives i feltet "AT, ET etc". Undgå at dokumentere irrelevante fund såsom normal pupilrefleks hos en patient indlagt med akut obstipation
- **SELMORDSRISIKOVURDERING ZZ9970FA** KUN såfremt relevant
- **GYNÆKOLOGISK UNDERSØGELSE ZZ4190** KUN såfremt relevant
- **UXUC73 – TRANTHORAKAL ULTRALYDSDIAGNOSTIK, FOKUSERET**- KUN såfremt relevant
- **UXUD05 - UL- UNDERSØGELSE AF ABDOMEN, FOKUSERET** - KUN såfremt relevant
- **EKG** beskrivelse altid, når dette foreligger.
- **Relevante prøvesvar**, biokemi og u-stix, hvis dette foreligger
- **Konklusion** Husk konklusionen ikke er et resume, men en kortfattet konklusion med arbejdshypoteser
- **Diagnose ved journaloptagelse.** Her vælges med rullemenu den relevante diagnose, evt. en symptomdiagnose. De valgte diagnoser overføres til diagnoseoversigten i EPJ.
- **TOKS, ordination** udfyldes i henhold til instruks for dette.
- **Plan** her dokumenteres iværksatte og planlagte undersøgelser, iværksatte behandling, , oplysninger om faste, smerteplan, væskeplan og evt. tidspunkt for kontrol af blodprøver, inkl. hvilke prøver. Plan for opfølgning evt ved andre specialer
- **Forventet forløb, akutafdelingen** udfyldes med angivelse af det forventede forløb samt angivelse af, hvornår der forventes opfølgning af planen og hvad der skal følges op på. Det kan være svaret på bestilte undersøgelser eller klinisk opfølgning.
- **Aftalt behandlingsniveau** – Udfyldes i henhold til instruks for dette
- **Information og vejledning til patient og pårørende** - Når relevant
- **Informeret samtykke** udfyldes i henhold til instruks for dette
- **Husk dertil ALTID**
- 1. at ajourføre FMK og overføre medicin til EPJ
- 2. at spørge til allergier og opdatere CAVE-modulet i patientoverblikket.

Arbejdsgang for patientforløb

Ved indlæggelse:

Du tilser patienten med fokus på relevant anamneseoptag og fokuseret objektiv undersøgelse, samt ajourføring af FMK (se senere) og opdatering af CAVE modulet. Herefter følger indtastning af akutnotat. Når planen indtastes i EPJ kontaktes den patientansvarlige sygeplejerske med information om planen. Klinisk logistik opdateres med det forventede forløb, som er dokumenteret i akutnotatet.

Ved alle efterfølgende kontakter, opfølgninger, tilsyn eller "stuegang"

Opdatering af den foreløbige plan dokumenteres tidstro ved at lægen enten selv indtaster SFI journalnotat, der inkluderer opdateret plan. Er der ændringer til forventet forløb opdateres klinisk logistik svarende til dette

Informeret samtykke

Hver gang der udfyldes et plannotat i EPJ skal der samtidig dokumenteres i rubrikken informeret samtykke. Det er ikke nok at vinge den af. Som minimum anføres at patienten har samtykke til planen (uden at gentage denne).

Hvad er et samtykke:

Samtykket skal være givet til en konkret behandling. Det skal være klart, hvilken behandling, herunder behandlingsmetode, der må foretages, og hvad der er formålet med behandlingen. Vi har pligt til at sikre os samtykke til behandling, inden den iværksættes.

Hvad skal der informeres om:

Informationen skal indeholde tilstrækkelig oplysning om sygdomstilstand, behandlingsmuligheder, risici og bivirkninger, således at patienten med mening kan tage stilling til behandlingsspørgsmålet, herunder konsekvenser ved fravalg af behandling.

Specielt ved behandlinger med risiko for komplikationer skal vi vurdere, om der er tale om:

- | | |
|--|----------------------------|
| 1) alvorlige og ofte forekommende komplikationer mv. | → ALTID informeret |
| 2) alvorlige og sjældent forekommende | → OFTE informeret |
| 3) bagatelagtige og ofte forekommende eller | → OFTE informeret |
| 4) bagatelagtige og sjældent forekommende. | → ikke påkrævet informeret |

Hvad skal der dokumenteres:

Vi har pligt til journalføring af relevante oplysninger vedrørende information og samtykke til behandling, herunder afvisning af information (retten til ikke at vide) og vedrørende videregivelse af helbredsoplysninger. Samtidig kan vi ikke ordret dokumentere alt, hvad vi har talt med patienten om og i mange tilfælde vil mere overordnede vendinger som f.eks.: "Jeg har informeret patienten om fordele og ulemper ved behandlingen, bivirkninger etc." være tilstrækkelig. Jo mere omfattende eller alvorlige f.eks. bivirkningerne er, jo mere detaljerede skal vi være.

Stiltiende samtykke til almindelige delelementer i et undersøgelses- eller behandlingsforløb, for eksempel rensning af sår, undersøgelse af ben og armes funktionsevne, stetoskopi osv. skal ikke journalføres.

Triage og TOKS

TOKS score afhænger af vitalparametre (Sat, RF, Puls, BT, Temp).

Triage afhænger af TOKS og henvendelsesårsag jf DEPT guideline.

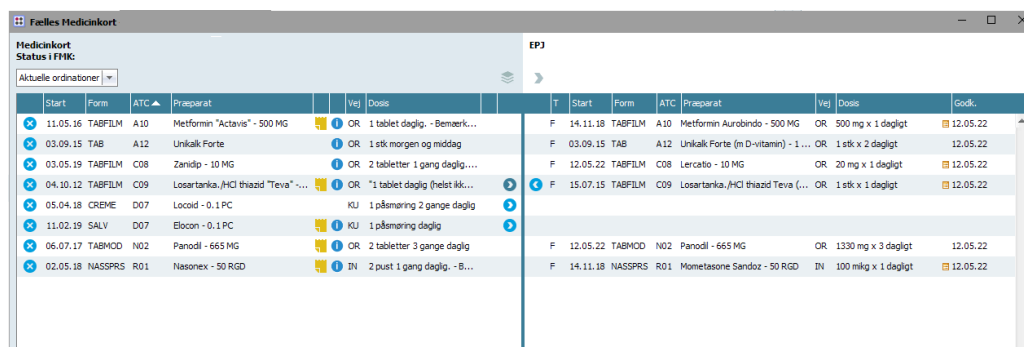
Når patienten er set af læge bortfalder triagen og den dertil tilknyttede observationshyppighed. I stedet laves en individuel TOKS-ordination, inkluderende hyppighed, tilladelige grænser og behandlingsmål. Observationsplanen dokumenteres af lægen som led i behandlingsplanen (SFI). TOKS-ordinationen opdateres herefter mindst én gang i døgnet (SFI: TOKS-ordination). Hvis du har en ustabil patient, hvor du ønsker hyppig observation af eks. blodtryk, kan du ordinere TOKS (alle værdier) x1 i vagten, men BT x1 i timen eksempelvis. Dette anføres i fritekst.

For at kunne følge udviklingen i patientens fysiologiske status og sikre entydig kommunikation med modtagende afdelinger dokumenteres efterfølgende observationer i SFI TOKS-ordination

Ved overflytning til stamafsnit skal seneste TOKS måling være foretaget < 2 timer før for at sikre modtagende afdeling et udgangspunkt. Inden overflytning ajourfører lægen TOKS-ordination i EPJ. Er der behov for observationshyppighed hyppigere end TOKS x 3/døgn (sv x1 i vagten) skal dette konfereres mellem teamansvarlige for patienten på akutafdelingen og stamafdelingen.

FMK

Det er vigtigt at forstå skellen mellem FMK og EPJ ordinationsoversigt. FMK er det fælles medicinkort for den enkelte patient, som både praktiserende læger og apoteker kan se. EPJ ordinationsoversigt bruges kun under indlæggelse på sygehus.



Start	Form	ATC	Præparat	Vej	Dosis	T	Start	Form	ATC	Præparat	Vej	Dosis	Godk.
11.05.16	TABFILM	A10	Metformin "Actavis" - 500 MG	OR	1 tablet daglig - Bemærk...	F	14.11.18	TABFILM	A10	Metformin Aurobindo - 500 MG	OR	500 mg x 1 dagligt	12.05.22
03.09.15	TAB	A12	Unikalk Forte	OR	1 stk morgen og middag	F	03.09.15	TAB	A12	Unikalk Forte (m D-vitamin) - 1 ...	OR	1 stk x 2 dagligt	12.05.22
03.05.19	TABFILM	C08	Zenidip - 10 MG	OR	2 tabletter 1 gang daglig....	F	12.05.22	TABFILM	C08	Lercato - 10 MG	OR	20 mg x 1 dagligt	12.05.22
04.10.12	TABFILM	C09	Losartanka, HCl thiazid "Teva" - ...	OR	1 tablet daglig (helel ikk...	F	15.07.15	TABFILM	C09	Losartanka, HCl thiazid Teva (...)	OR	1 stk x 1 dagligt	12.05.22
05.04.18	CREME	D07	Locoid - 0.1 PC	KUJ	1 påsmøring 2 gange daglig								
11.02.19	SALV	D07	Elocon - 0.1 PC	KUJ	1 påsmøring daglig								
06.07.17	TABMOD	N02	Panodil - 665 MG	OR	2 tabletter 3 gange daglig	F	12.05.22	TABMOD	N02	Panodil - 665 MG	OR	1330 mg x 3 dagligt	12.05.22
02.05.18	NASSPRIS	R01	Nasonex - 50 RGD	IN	2 pust 1 gang daglig - B...	F	14.11.18	NASSPRIS	R01	Mometasone Sandoz - 50 RGD	IN	100 mikg x 1 dagligt	12.05.22

- **Når en patient indlægges** skal lægen ajourføre og gemme ("ajourfør/gem") FMK, og overføre alle ordinationer til EPJ medicinmodul - så de to medicinlister stemmer overens.
- **Under indlæggelsen** bruges ordinationsoversigten i EPJ til at ordinere/pausere/seponere medicin.
- **Når patienten udskrives** skal eventuelle medicinændringer overføres til FMK, hvorpå der igen ajourføre/gem FMK. Husk at oprette eventuelle recepter via receptfunktionen i FMK. Ajourføringen skal ske efter, at sidste ordinationsændring er foretaget og skal være afsluttet senest to timer efter udskrivelsen.

Hvis der er lavet analog substitution i forbindelse med indlæggelsen, bevares den oprindelige ordination på FMK med mindre, der er lægelige grunde til at skifte præparat.

Faldgrupper ved FMK ajourføring:

- FMK er ajourført, men vi går efterfølgende ind og laver en (ubetydelig) ændring, men er ikke opmærksomme på at ajourføringen "ophæves" og derfor skal gentages
- Patienter, der slet ikke får medicin. Det er naturligt at overse, men vi skal faktisk også ajourføre i dette tilfælde også for at dokumentere at det er korrekt, at patienten ingen medicin får
- Undertiden kan vi ikke ajourføre FMK. Det kan f.eks. være patienter, der har været herinde i meget kort tid, og hvor vi ikke har været i stand til at få fat i valide medicinoplysninger. I det tilfælde er det fagligt korrekte at diktere til epikrisen, at man ikke har ajourført FMK af den og den grund. Gerne ledsaget af en opfordring til at patienten går til egen læge efter udskrivelsen og får det gjort. I det tilfælde er det selvfølgelig korrekt ikke at trykke på ajourført.

Behandlingsniveau

Der skal ved hver indlæggelse og udskrivelse tages stilling til fremtidigt behandlingsniveau, således at vi ikke risikerer at nogle handler på (eller netop ikke handler på) et "tændt" OBS-ikon, der ikke længere er relevant. SFI'en "aftalt behandlingsniveau" skal altid udfyldes, når der tændes for OBS-ikonet, så man let kan se, hvad der ligger til grund for den beslutning, der har ført til at OBS-ikonet er tændt.

Vi følger således den regionale instruks: [OBS-ikonet](#), [Midt-EPJ](#), [regional instruks](#)
Beslutning om begrænsning i behandlingsniveau konfereres altid med en speciallæge

Dokumentation af ultralyd

Der er en SFI til dokumentation af ultralyd.

- Fate/FLUS: UXUC73
- FAST/Abdomen: UXUD05

SFI'erne er en del af den samlede SFI "akutnotat"

Hvis du udover det får brug for at dokumentere en UL undersøgelse i forbindelse med et journalnotat, skal du have oprettet SFI punktet i notat, gør som følgende

- ➔ Åben almindelig journaloptagelse/journalnotat/behandlingsplan i Plan og Resultater.
- ➔ Klik på "Tilføj aktivitet..." i nedre venstre hjørne i dit åbne journalnotat.
- ➔ Klik på fanen "Søg i" og vælg "Underaktiviteter"
 - Ved FATE/FLUS vælg "UXUC73 - Transtorakal ultralydsdiagnostik, fokuseret"
 - Ved FAST/Abdomen vælg "UXUD05 - UL-undersøgelse af abdomen, fokuseret"

Eksempler

Bedside FATE	Ingen pericardievæske. VV: Ikke dilateret, ikke hypertrofisk. Vurderer normal/nedsat/svært nedsat kontraktilitet. EF X%. MSS: X cm. HV: Ikke dilateret. TAPSE X cm. Ingen tegn til høj sidig belastning. PSAX uden D-konfiguration. VCI: Normalt respiratorisk kollaps. Aorta Thorakalis: X cm Ø.
Bedside FLUS	Normal lungsliding svarende til 1-7R samt 1-7L. Ingen B-lines. Ingen pleuravæske- eller effusion bilat.
Bedside FAST	Ingen pericardievæske. Ingen pleuravæske bilat. Ingen fri væske sv.t. hepato- eller splenorenale recess. Ingen fri væske sv.t. fossa Douglasi / rektovesikale.
Bedside Abdomen	Lever normalt udseende. Galdeblæren ses (fyldt), tyndvægget uden slagskyggedannende konkrementer. Ingen hydronefroser bilat. Aorta abdominalis ses slank til bifurkatur. Ø X cm. Blæren ses fyldt/tom/halvtom (evt. volumen i cm ³).

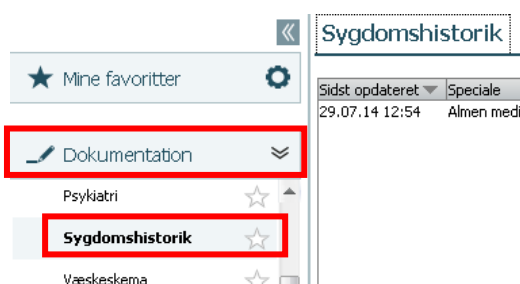
Fælles sygdomshistorik

Fælles Sygdomshistorik erstatter feltet "tidligere" i indlæggelsesjournaler

I praksis skal vi på alle patienter, der ikke allerede har oprettet en fælles sygdomshistorik, oprette den ved indlæggelse. Der skal stå det, man på studiet lærte, der skulle stå under punktet TIDLIGERE. Det skal nu skrives i fælles sygdomshistorik. Fokuser på at lave en opdatering, hvis der allerede foreligger en, altså nyttilkommet. Som øvrige notater indtaster man dette selv

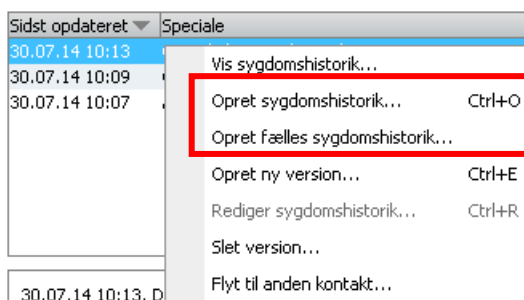
Ønsker man af hensyn til overblik at sygdomshistorik fremgår af indlæggelsesjournalen, selvom der ikke er nyt at tilføje, opretter man en ny version, så kommer den med i continuationerne. Se nedenfor.

Sådan opretter du Sygdomshistorik:



I værktøjskassen 'Dokumentation' vælger du værktøjet 'Sygdomshistorik'

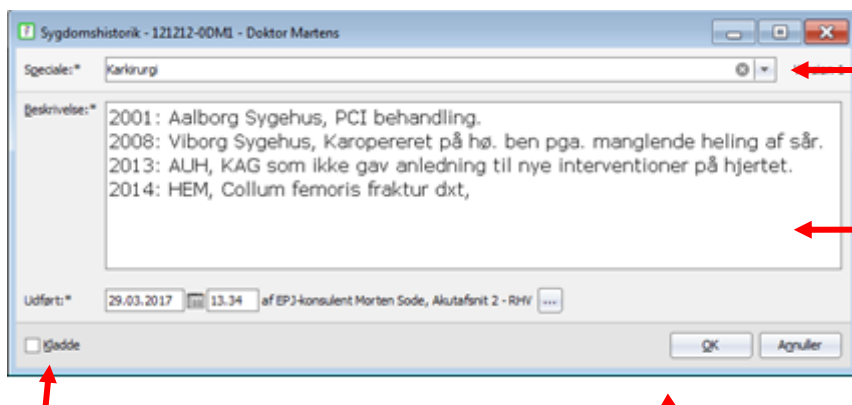
Sygdomshistorik



Højreklik i oversigten

Vil du oprette Specifikt speciale Sygdomshistorik: 'Opret sygdomshistorik'

Vil du oprette Fælles Sygdomshistorik: 'Opret fælles sygdomshistorik'



Klik i [dropdown] og vælg speciale.

Hvis du har valgt Fælles Sygdomshistorik, vil der kun være et beskrivelsesfelt

Feltet 'Beskrivelse' er et fritext felt. Brug følgende struktur:

- Årstal
- Sygehus/Afdeling
- Diagnose
- Behandling

Sygdomshistorikken kan gemmes som 'Kladde'

Klik 'OK' og Sygdomshistorikken får nu et versionsnummer

Forventet patientforløb

Efter modtagelse og igangsat initiale behandling for patient, skal der fra teamets side altid vurderes, om forventet patientforløb, herunder eks.

- forventer sengeafsnit
- forventer indlæggelse < 12 timer
- tidlig udskrivelse

Patienter, der forventes udskrevet inden for 12 timer forbliver som udgangspunkt i akutseng mhp. udskrivelse derfra.

Forventes det at patient skal indlægges i huset markeres forventes sengeafsnit.

Nogle patienter med forløb i akutmodtagelsen kan udskrives tidligt om morgen uden behov for stuegang ved tilkommende dagshold, dette hedder tidlig udskrivelse (se nedenfor).

Tidlig udskrivelse

Når et patientforløb slutter i vagttid kan man med fordel for patienten og plejepersonalet vælge at lave tidlig udskrivelse. En tidlig udskrivelse indebærer at vagtholdet inden kl. 8.00 har gjort alt klar til udskrivelse, herunder bestilt transport, set blodprøver, givet medicin, sendt recepter, henvisninger, epikrise mm. (se nedenfor). Det kan for eksempel være en patient med obs. AKS, som venter på 2. hold TNI, eller en ældre borger som vi ikke sender hjem om natten selv om behandling er afsluttet.

På denne måde undgår vi unødvendig forsinkelse i udskrivelsen og det nye vagthold skal ikke til at sætte sig ind i patienten. På samme måde har patienten haft det samme behandlende personale under hele sin indlæggelse, og skal ikke introduceres for nyt.

Fremgangsmåde:

1. Tidlig udskrivelse markeres på cetrea tavle
2. Lægen skal i journalen tydelig diktere **"tidlig udskrivelse"** og hvilke kriterier der evt. skal opfyldes før dette kan ske (blodprøve kontrol, smertefri osv.)
3. Ved behov for blodprøver til næste morgen, bestilles de til kl 03 runden og der noteres at prøverne først skal tages kl. 05.
4. Patienterne skal TOKSes i umiddelbar forlængelse af blodprøvetagning for at undgå unødige forstyrrelser hos patienten.
5. Lægen kan vælge at diktere epikrise, afstemme FMK og lave evt. recept på forhånd, hvorefter patienten kan sendes hjem af sygeplejerske inden kl. 8, hvis de aftalte kriterier er opfyldt.
6. Er der behov for nyt lægetilsyn inden udskrivelse ser den behandlingsansvarlige læge selv patienten inden vagten slutter kl. 8 mhp udskrivelse (+ epikrise, FMK og evt. recepter)
7. Akutkoordinator er opmærksomme og behjælpelige med disse patienter.
8. Sygeplejersken er ansvarlig for det administrative omkring **tidlig udskrivelse** bliver udført løbende, så det hele er klar når dagvagten møder ind. Der kan med fordel noteres på cetrea tavle i "note feltet" hvad der mangler til næste vagthold. Husk at evt. patienttransport også kan bestilles om natten.
9. Når kriterierne er opfyldt skiftes status for pt til: **skal hjem**. Skiftes der til denne markering forventes det, at der er dikteret epikrise.

Epikriser

Epikriser dikteres umiddelbart i forbindelse med patientens udskrivelse/overflytning.

Der skal laves epikrise når patienten

- Udskrives fra Akutafdelingen
- Overflyttes til et andet hospital f.eks. AUH

Husk også at lave epikrise på patienter som er gået mod givet råd.

Der skal ikke laves epikrise ved overflytning til andre afdelinger i Randers, inkl psykiatrisk afdeling.

Epikriser SKAL dikteres, og IKKE skrives, da der skal foretages samtidig registrering som kun sekretæren kan. Der dikteres efter den skabelon, der ligger i EPJ (Find den under "Plan og resultater" i EPJ, eller lommekort). Følger epikrisen ikke formatet kan sekretærerne ikke danne epikrisen og så havner den på fejlliste.

Man kan markere epikrise notat som "haste", hvis man fornemmer, at der er risiko for genindlæggelse.

Så er der nemmer for alle, hvis det skal ske. I noget tilfældet kan det forhindre en unødvendig genindlæggelse.

Epikrisen dikteres til følgende overskrifter:

Koder: Husk altid at diktere diagnosekode OG sygdomsforløb (se næste side)

Resumé af behandlingsforløb

Kort og praksisrelevant i et for læger alment forståeligt sprog.

Patientinformation og aftaler

Hvis der er tildelt en patientsansvarlig læge påføres dette her.

Medicinoplysninger

Ex. indikation ved ny medicinordination, ændring i eksisterende medicinsk behandling, evt. behov for hjælp til medicin- dispensering, oplysninger om dosisdispensering eller seponering.

Forebyggelse og Sundhedsfremmende plan

Ex. funktionsniveau ved udskrivelse, forslag til sygemelding, socialmedicinske foranstaltninger, potentielle senfølger, hvis patienten er terminal, samt sundhedsmæssige risikofaktorer (rygning, alkohol, fejlnæring, fysisk inaktivitet etc.).

Ikke afsluttede og planlagte undersøgelser og henvisninger

Det skal fremgå, hvis væsentlige undersøgelsesresultater ikke foreligger ved afsendelsen af epikrisen

Anbefaling om opfølgning hos egen læge

Der gives en tydelig beskrivelse af hvilken opfølgning der anbefales og hvornår den bør foregå. Teksten i dette felt kommer til at fremgå øverst i epikrisen hos den praktiserende læge.

Husk at få ajourført FMK, da den ajourførte medicinliste overføres til epikrisen

Vurdering af behov for opfølgning hos egen læge ved udskrivelse:

- **Hvid:** Ingen opfølgning
- **Grøn:** Patienten selv, dennes pårørende eller ex. hjemmepleje tager kontakt til egen læge. Egen lægen orienterer sig i epikrisen ved denne henvendelse.

- **Gul:** Der er behov for opfølgning hos egen læge inden for 2 uger. Patienten vurderes særligt sårbar og det vurderes ikke, at patienten eller dennes netværk (familie, hjemmepleje etc.) vil/kan kontakte egen læge.
- **Rød:** Der er behov for akut opfølgning hos egen læge inden for 2 dage. Der tages samtidig telefonisk kontakt til egen læge.

Diagnosekode

Alle epikrise skal have dikteret en A-diagnose for indlæggelsen. Bidiagnoser er ikke nødvendige. Diagnosekoden skal være så præcis som muligt. Det er muligt at bruge opslag som www.ICDpedia.dk eller www.diagnosekoder.dk.

Aktionsdiagnosen (A-diagnose)

Der skal dikteres én og kun én aktionsdiagnose. Det er den diagnose der er den væsentligste for den aktuelle kontakt (indlæggelse, ambulante besøg, skadestuebesøg) – dvs. årsagen til de gennemførte undersøgelser og behandlinger. Endelig vurdering foretages, når patienten udskrives eller afsluttes.

Bidiagnoser (B-diagnose)

Er sygdomme (tilstande) som patienten har i tilslutning til den aktuelle A-diagnose. Skal afspejle det diagnostiske og behandlingskrævende relevante i forhold til den aktuelle kontakt (indlæggelse, ambulante/skadestuebesøg).

Sygdomsforløb/Forløbskode

Alle indlagte akutte patienter skal have deres kontakt tilknyttet et sygdomsforløb

Her er et par tips og tricks

Intentionen er, at et sygdomsforløb som starter med at handle om f.eks. mistanke om hjertesvigt (DZ035E) skal have label "Hjertesygdomme". Det samme gælder også for mange DR-diagnoser, hvor f.eks. DR339 (urinretention) skal ind under "nyrer og urinveje (urologi)". Det samme gælder ved mistanke om kræft, underernæring, røgforgiftning osv.

Dvs:

DR100 Akutte mavesmerter	= Sygdomme i spiserør, mavesæk og tarmsystem
DR119 kvalme og opkastning	= Sygdomme i spiserør, mavesæk og tarmsystem
DZ034 obs. AMI	= hjertesygdomme
DE869A Dehydrering	= medfødte misdannelser eller metaboliske forstyrrelser
DR429 Svimmelhed UNS	= neurologiske sygdomme
DR522A Kramper UNS	= neurologiske sygdomme
DN390 Urinvejsinfektion	= nyrer og urinveje
DR509 Feber UNS	= andre forløb
DR074 Brystmerter UNS	= andre forløb
DR060 Dyspnø	= sygdomme og infektioner i luftveje
DR073 Andre brystmerter	= hjertesygdomme

På alle kontorer, og ved de fleste computer er en oversigt over alle sygdomsforløb.

HUSK AT DIAGNOSER TIL EPIKRISER SKAL HAVE 3 CIFRE, ikke 2 som oversigten viser.

Den gode udskrivelse

I akutafdelingen skal vi være dygtige til modtagelse af patienter med akut opstået sygdom. Da halvdelen af vores patienter udskrives direkte fra akutafdelingen er der også behov for, at vi er dygtige til at sende patienterne hjem igen. Det er velkendt, at dårligt forberedte og udført hjemsendelse giver risiko for utilsigtede hændelser og unødvendige genindlæggelser.

Vi har derfor valgt at epikrise så vidt muligt skal skrives tidstro og medsendes patienten i hånden. Det gør at patienten og pårørende kan se, hvad der er blevet aftalt og hvis patienten får brug for vagtlæge eller akutteam kan de fremvise den medsendte epikrise. Der er et særligt fokus for sårbare patienter med stor risiko for genindlæggelse. Det kan for eksempel være en patient, der allerede har en del genindlæggelser bag sig eller de skrøbelig ældre patienter.

Det man skal gøre anderledes er, at man markerer sit epikrise notat som haste og skriver i feltet "Den gode Udskrivelse". På den måde gøre man sekreterne opmærksom på. Man behøver ikke ringe dem op nødvendigvis. Sekreterne kommer ind til teamet med et udskift af epikrisen.

Som læge gennemgår man medicinskema med patienten forud for udskrivelsen (hvis der er ændringer og kun ændringer gennemgås) og FMK ajourføres. Alle prøvesvar godkendes. Hvis der er undersøgelser, der mangler svar på, eller patienten er henvist til videre ambulante undersøgelser skal det være aftalt med patienten og beskrevet i epikrisen, hvor de får svar. Patienten informeres om det forventede forløb efter udskrivelse og hvad de særlige skal være opmærksomme på.

Alle patienter skal have udleveret kontaktkort ved udskrivelsen og informeres om, at de indenfor 24 timer kan henvende sig direkte til afdelingen, hvis de har spørgsmål eller oplever forværring. Formålet med denne ordning er at skabe tryghed hos patienter (og personale) ved at blive udskrevet. Findes der behov for ny vurdering eller genindlæggelse, når patienten genhenvender sig, aftales det med patienten uden behov for kontakt til egen læge/vagtlæge

72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar

Formålet med 72 timers behandlingsansvar er, at sikre at patienterne oplever en tryk og sammenhængende overgang fra hospitalsindlæggelse og til det videre forløb i den kommunale sygepleje. Det sker ved, at den udskrivende afdeling stiller sig til rådighed for henvendelser fra kommunale sundhedsprofessionelle, praktiserende læger og lægevagt vedrørende patienten i 72 timer efter udskrivelse.

Målgruppen er patienter, der har været indlagt på en somatisk afdeling i Region Midtjylland i over 24 timer, er færdigbehandlede og efter indlæggelse udskrives til kommunal sygepleje på kommunale akutpladser/midlertidige pladser, plejehjem eller eget hjem.

Patienter der er omfattet af 72-timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar efter udskrivelse skal dokumenteres i SFI'en 'Udvidet lægefagligt behandlingsansvar efter udskrivelse (72-timer) (Sygeplejerske opgave).

På akutafdeling er det sjældent, at pt ligger over 24 timer, men det kan forekomme. Derfor vi skal være opmærksomme på det.

72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar

– Kommunens opgaver og ansvar

Ved telefonisk kontakt skal den kommunale sygeplejerske/SOSU-assistent have følgende oplysninger om patienten klar, når henvendelsen drejer sig om:

Medicin:

- Navn og cpr-nummer

Helbredstilstand:

- Blodtryk
- Puls
- Respirationsfrekvens
- Temperatur
- Observeret hud og generelle almentilstand
- Evt. andre relevante målinger, fx VAS, blodsukker, mv.



Grafisk Service 8098

Regionshospitalet
Randers

72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar

– Hospitalets opgaver og ansvar

Inden patienten kan udskrives, skal følgende være på plads:

- Ajourført FMK
- Recepter lagt på serveren
- Tydelig behandlingsplan
- Behandlingsniveau
- Rekvisition af hjælpemidler
- Udfyldt SFI
- Afsendt udskrivningsrapport
- Afsendt epikrise



Regionshospitalet
Randers

Prøvesvar

Alle undersøgelser og prøver man bestiller på en patient kommer der svar på i EPJ. Svarene ligger under biokemi, mikrobiologi, billeddiagnostik, arkiv (EKG) osv. Når svaret foreligger, er det markeret med fed skrift. Når behandlende læge har set svaret, skal man højreklikke og godkende prøvesvaret. Når man trykker godkend indikerer det for øvrige personale, at der er taget stilling til og reageret på svaret.

- ➔ Inden udskrivelse af patient godkendes og reageres på alle prøvesvar. Vær særlig opmærksom på EKG'er. For de prøver, der ikke er indkommet svar på endnu, aftales med patienten, hvordan svar fås på disse, hvis det er relevant. Aftaler om dette skal dokumenteres i epikrisen.
- ➔ Inden man har fri, sikrer man sig, at alle svar på de patienter, man har haft i løbet af dagen, er set og godkendt.

Du vil nå at få svar på langt de fleste prøvesvar, inden din vagt er omme. Enkelte gange fremkommer svaret først efter patienten er udskrevet. I disse tilfælde vil det fremgå af afdelingens liste over svar til godkendelse. Denne liste skal gennemgås og tømmes hver dag. Dette er en opgave, der tildeles en yngre læge (Som regel en KBU-læge) hver morgen til morgenkonference, 'Administrativ funktion'. Først når alle svar og epikriser er godkendt/dikteret må denne læge gå tilbage til det kliniske arbejde.

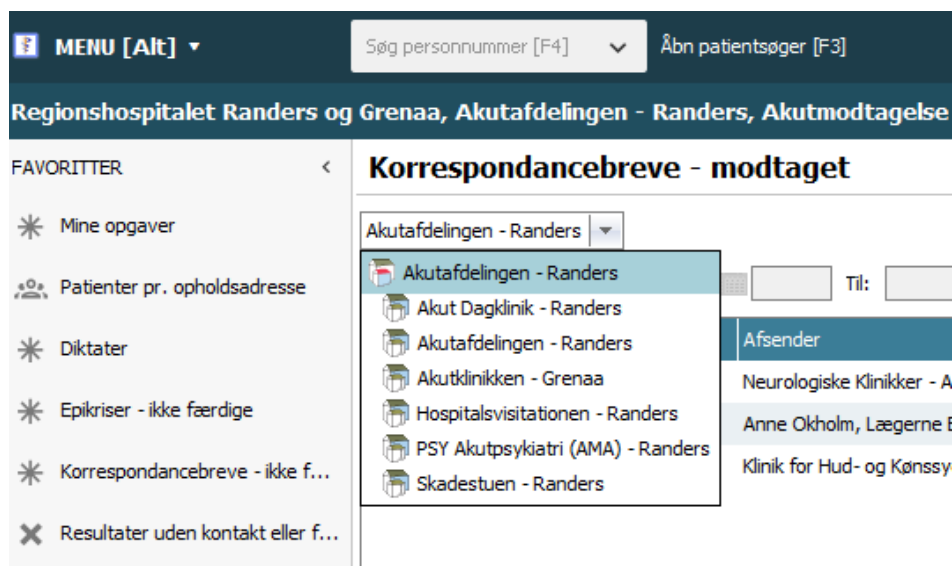
Administrativ funktioner

Administrativ opgave for mellemvagter

Opgaven er en uddannelsesopgave, der træner rollen som leder og administrator og kompetencer i samarbejde med primærsektor og andre afdelinger. Opgaven er en daglig opgave for mellemvagten, der i denne funktion er under supervision af bagvagt.

Opgaven er besvarelse af korrespondancebreve. De findes således

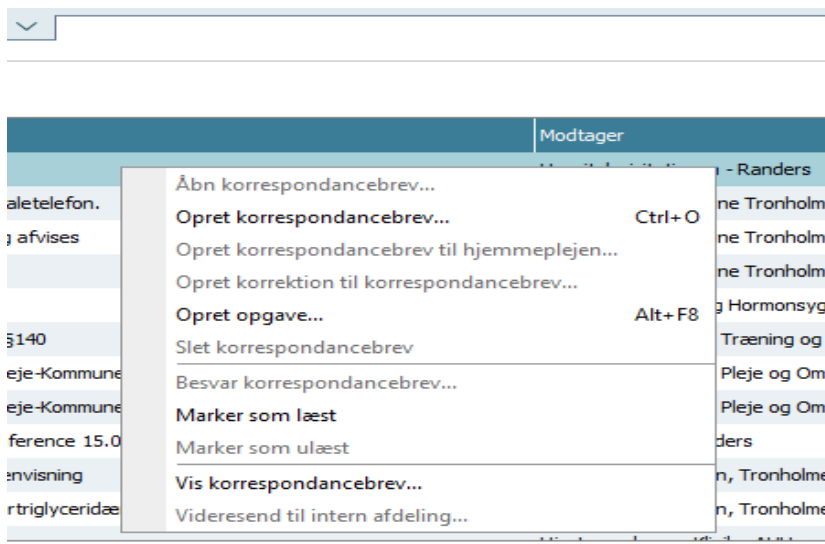
1. Stå på organisatorisk kontekst (F9)
2. Åbn fanen **Modtaget**
3. Åbn fanen **Korrespondancebreve – modtaget** (Stjernemarker evt. for nemmere adgang fremadrettet)
4. Vælg **Akutfdelingen – Randers** i drop down menuen (Det skal være den øverste)



5. Klik dig ind på korrespondancebrevet og håndter henvendelsen
6. Hvis det f.eks drejer sig om en afvist henvisning, skal vi sikre os, at patienten får besked om planen. Dikter et brev til patienten.
7. Hvis der i afvisningen er et ønske om at patienten går til egen læge for vurdering/opfølgning, skal vi sikre os, at egen læge får besked. F.eks gennem et kort journalnotat med plan, der sendes i kopi til egen læge.
8. Hvis korrespondancen er tydeligt fejlsendt eller drejer sig om en patient, der er overtaget af anden afdeling, der bør besvare korrespondancen, højre klik på korrespondancebrevet og vælg **videresend til intern afdeling**

6. Efter håndtering højre klik på korrespondancebrevet og **marker som læst**

27.11.2024 CHRSKJ



Administrativ opgave for forvagter

Forvagten med den administrative funktion skal diktere manglende epikriser og godkende afdelingen prøvesvar. Gennemgang af listen med svar til godkendelse er en uddannelsesfunktion. Det hører til de administrative opgaver for yngre læger i afdelingen og er en af de måder, vi træner denne lægerolle på. De mest lærerige prøvesvar er de, hvor der skal følges op, sættes noget i gang, tages kontakt til patienten. Udnyt denne læringsmulighed og sørg for at få supervision! Det er naturligvis **ikke i orden** at springe et svar over, fordi det kræver handling eller man ikke ved, hvad der skal gøres! Tænk på patienten og se det som en mulighed for læring og supervision ved en ældre kollega.

Akut bagvagt 23250 er din supervisor, når du skal konferere eller bruge hjælp

Når du åbner EPJ skal du favorisere afdelingsopgaverne

- Epikriser - ikke færdige
- Mine opgaver*
- Svar til godkendelse

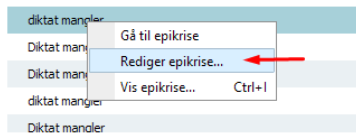
*skal tjekkes og løses hver gang du er på arbejde, dette er opgaver målrettet dig

✱ Afdelingsopgaver	
Epikriser - ikke færdige	★
Mine opgaver	★
Svar til godkendelse	★

Epikriser - ikke færdige

Arbejdsgang

- Sorter listen efter 'Note'
- Find dem, hvor der i noten står "diktat mangler"
- Dobbeltklik på patienten >> orienter dig i indlæggelsesforløbet >> dikter epikrise iht EPJ skabelon
- Gå tilbage til oversigten og højreklik på samme patient >> Rediger epikrise >> i Pop-up vinduet redigerer du intern kommentar og skriver "dikteret/initialer"



Svar til godkendelse

Dette er en liste med prøvesvar på de patienter vi har eller har haft i akutmodtagelsen. Nogle patienter er gået hjem, andre er stadig på afdelingen eller kommet på anden afdeling. Fælles for alle prøvesvar er, at de skal godkendes af den behandlingsansvarlige læge/afdeling. Alle

Arbejdsgang

Du skal forholde dig til om det enkelte prøvesvar har nogen konsekvens og om det ændrer på den behandlingsplan, der er blevet lavet.

1. Se prøvesvar
 2. Orienter dig i journalen, hvad der er lagt af plan og om der allerede er reageret på prøvesvaret
- ➔ Tag stilling til om der skal
- ... ændres i behandlingsplanen
 - ... iværksættes behandling
 - ... iværksættes opfølgning
- ➔ Du skal journalføre eventuelt iværksatte handlinger.
- Prøvesvar uden betydning for planen og hvor patient ikke kontaktes, skal ikke journalføres, herunder eks.
- EKG der godkendes uden ændringer i plan skal ikke dikteres med beskrivelse heraf, blot godkend
 - Mikrobiologi der er uden vækst eller betydning

Journalføring

Når der skal tilføjes et notat på det svar du godkender, kan du enten selv skrive det eller diktere det. Start notatet med at skrive eller diktere "Administrativ funktion".

Diktat Vælg kategorien "Ambulant" og dikter notat.
Hvis relevant dikteres, at der skal sendes en kopi til egen læge

Notat Når pt er udskrevet gøres følgende
"Plan og resultater" >> højreklik og vælg "Opret aktivitet" >> I feltet "Søg og tilføj" skriver du "journalnotat" og dobbeltklikker på dette og trykker OK. Så skriver du dit notat "Administrativ funktion: xxx". Når du er færdig med notatet, klikker du OK nederst. Så kommer der "vælg kontakt eller forløbsansvar" frem og her trykker du "Annuller"

Eksempel 1: Patient fået konstateret simpel cystitis som bifund under indlæggelse, og opstartes i standardbehandling med Penomax. Urindyrkning dagen efter viser resistens for dette præparat. Patienten skal ringes op med fund og ordineres ny behandling. Journalføring!

Eksempel 2: Patient er udskrevet fra akutmodtagelsen med henvisning til opfølgende ambulant scanning, hvor teksten skriver "obs tumor". Lægen skal her konferere med relevante specialer, informere patient og henviser til kræftpakkeforløb.

Hvilke svar skal godkendes og hvilke videresendes?

Brug bjælken til at orientere dig i typen af prøvesvar, hvor patienten er indlagt, godkenderafsnit og svar-dato.

Indlagt

Indikerer hvor patienten er indlagt, eks. akut2, medicinsk afdeling a/b/c, kirurgisk osv.

27.11.2024 CHRSKJ

Godk. person

Godkender person har INGEN betydning. Lægen kan være vikar, på ferie, fratrådt osv. Alle godkender derfor prøvesvar uden at tage hensyn til, at der er anført en bestemt person.

Godk. afs.

Godkender afsnit illustrerer, om ansvaret på prøvesvaret er placeret på en specifik afdeling. Er der angivet et andet godkender afsnit end akutafdelingen, skal det ikke godkendes af os.



Prøvesvar angivet med det **gule** ikon, er prøver rekvireret af en anden afdeling, hvorfor vi IKKE skal gøre noget. Det figurerer på vores liste så længe patienten er i vores afdeling.



Prøvesvar angivet med det **blå** ikon, indikerer at patienten er overflyttet til en anden afdeling på sygehuset, hvorfor godkenderansvaret nu også skal placeres på den afdeling.

- Hvis der er et blå ikon uden angivet godkender afsnit, skal du redigere dette
- Højreklik på bjælken med prøvesvar >> Tryk på rediger ansvarlig godkender
 - Vælg det godkender afsnit som patienten er indlagt på (aldrig person) >> tryk OK

Prøvesvar, der oplagt skal godkendes af et andet afsnit, f.eks. hjerte-CT eller myocardiesscintigrafier videresendes til hjertemedicinsk klinik ved at redigere ansvarlige godkenderafsnit.

Alle kardiopulmonale svar (EKG) SKAL godkendes af os - uanset om patienten er gået til anden afdeling.

Prøvesvar du kan godkende uden at forholde dig til svaret og uden at lave noget

- Negative dyrkningsvar (urin, blod mv)
- Normale eller uændrede forhold på røntgen og scanning
- Normalt EKG
- Normale blodprøvesvar (sorte tal) – røde tal, der er uændret fra tidligere må også godkendes
- Blodprøver ifbm. DVT forløb via egen læge jf [Patientforløb for DVT \(Dyb venetrombose\)](#)

Rekvisation af billeddiagnostik

Undersøgelse rekvireres under fanebladet billeddiagnostik. Alle akutte undersøgelser skal der ringes om, på nær rtg thorax i tidsrummet 8-15. Du får udleveret et lommekort med alle relevante telefonnumre

Henvisning til røntgen og scanning

Røntgen	CT			UL		MR
Henvisende enhed samt funktion på den der henviser*						
Den kliniske problemstilling der berettiger undersøgelsen – Kliniske og parakliniske fund samt tentativ(e) diagnose(r). Husk sideangivelse når relevant.*						
Tidligere relevante sygdomme og undersøgelser*						
Når relevant: Graviditet*, behov for tolk (husk der opkræves gebyr), Behov for støtte/ilt, kan pt. samarbejde til undersøgelsen eller indgrebet?						
Patientinformation og samtykke til undersøgelsen / indgrebet*						
Kategori:	Akut Husk at ringe	Haste Angiv tidsramme	Pakke 4-6 dage	Udredning Startdato!	Rutine 12-16 uger (CT/UL/MR)	Kontrol Ønskes hvornår?
E-doc: Bestilling af akutte radiologiske undersøgelser. Henvisning til radiologiske undersøgelser.	eGFR (min. 30 hvis + kontrast) Tidl. kontrastreaktion? Thyreotoksikose? Faste (ikke-akutte)			Ved dræn/biopsi/punktur: AK-behandling? AK-tal Evt. faste / fyldt blære		Metalskema Klaustrofobi eGFR hvis + kontrast

Paraklinik forud for billeddiagnostik

	CT Biokemi → eGFR. Hvis < 30 ml/min, skal der tages stilling til evt kontrastindgift og samtykke skal anføres i EPJ	Intervention - Biokemi → INR, APTT, trombocyt - Blodfortyndende → pausering UL obs galdesten → faste 4 timer	Se ovenfor
--	--	--	------------

Billeddiagnostik i tidsrummet 23-08

Her er der andre retningslinjer gældende, da der ikke er radiolog til stede på Randers sygehus, men kun radiografer til at udføre undersøgelserne. Ved hver ønsket undersøgelse, skal der således tages stilling til om det skal gøres om natten eller kan vente til næste dag.

Undersøgelser, der skal tages næste dag rekvireres som vanlig, men skal IKKE ringes med før 7.45 næste morgen. Undersøgelsen vil blive visiteret straks når dagholdet møder ind.

Undersøgelser, der ønskes om natten, gælder følgende

- **Røntgen samt ct- cerebrum og ansigts skelet** ringes til radiograf på Randers sygehus (20600)
- **Øvrige CT** ringes til fælles beskriverenhed (20298260) – se nedenfor
- **MR** udføres IKKE i vagten 23-08, hvis akut opsættende skal pt til AUH
- **UL** udføres IKKE i vagten 23-08, hvis akut opsættende skal pt til AUH

Fælles beskriverenhed i tidsrummet 23-08

I tidsrummet 23-08 er der ikke radiolog til stede i Randers. Ved behov for akutte CT scanninger benyttes den [fælles beskriverenhed](#).

Undersøgelse	Meldes til	Telefonnummer
CT af thorax, abdomen og bækken	FBE	20 29 82 60
CT af cerebrum, ansigtsskelet og col. cervicalis	Radiograf	20600

Kliniker skal som minimum oplyse følgende:

- Sygehus/afdeling
- Undersøgelse
- Indikation
- Patientens CPR-nr./navn
- Eget telefonnr./navn

Det er vigtigt, at telefonnummeret på henvisende læge fremgår af den elektroniske henvisning mhp. at kunne ringe tilbage med svar eller ved yderligere spørgsmål

Der gælder følgende retningslinjer vedr. CT om natten

CT-scanning, der ikke skal være akut om natten: Der sendes henvisning, men der skal IKKE ringes til hverken radiograf eller vagthavende radiolog. Henvisningen vil blive visiteret straks, når dagholdet møder ind næste dag.

Der bør som oftest foreligge blodprøvesvar mm., inden CT TAB rekvireres (infektions-, nyre-, evt. lever/pankreas-tal, d-dimer, urinstiks, A-gas, etc.). Dette bl.a. for at optimere hvilken protokol der skannes efter.

Ved tvivlstilfælde skal der konfereres med bagvagt/kirurg inden FBE-vagten kontaktes.

CT obs. absces, som forventes dræneret af radiolog næste dag, meldes som ovenfor anført for undersøgelser, der ikke skal foregå akut om natten.

CT obs. lungeemboli på ikke akut truet patient, bedes udskudt til efter kl. 8 næste dag under dække af fragmin. (Ved kontraindikation for fragmin scannes akut).

CT obs. fokus med kun let eller moderat forhøjet CRP kan foretages næste dag ifølge lokal instruks hurtigst muligt efter kl. 8.

CT obs. ileus kun på svært påvirkede patienter. Ventrikelsonde skal være anlagt.

27.11.2024 CHRSN

CT obs. nyresten (normale tal, blod i urinen) skannes ikke mellem 23-08. Henvisningen sendes som ovenfor anført for undersøgelser, der ikke skal være akut om natten, og patienten skannes efter lokal instruks hurtigst muligt efter kl. 8.

CT knogler foretages om natten kun på multitraumepatienter, der allerede er i skanneren samt på indikationen akut operation umiddelbart efter skanning. De beskrives ikke, og der laves ikke rekonstruktioner mellem 23-08. Ved akut behov for CT knogler bestilles den direkte hos den vagthavende radiograf.

Ved multitraumer ringer traumevagten til vagthavende i FBE, når 1. serie er scannet og er i PACS. Vagthavende i FBE giver telefonisk besked til traumevagten (23272) mht. resultatet af scanningen.

Retningslinier vedr. CT angio:

Da vi ikke har neurologer i huset tilbyder røntgen afd. ikke subspecialiserede neuroradiologiske undersøgelser såsom CT-angio af cerebrum. Det er dog teknisk muligt for os at lave skanningerne på patienter der ikke kan/skal overflyttes.

Når det vurderes, at der er indikation for CT-angio Cerebrum (typisk efter konf. med neurolog eller neurokirurg) skal pt. konfereres med neuroradiologisk vagthavende som skal visitere og beskrive angiodelen af undersøgelsen. Omstillingen AUH nås på tlf 50000. Det er ikke nok at undersøgelsen er ordineret af en neurolog, da det ikke er dem der skal beskrive. Det er henvisende læge der skal følge op på svaret og evt. kontakte AUH efter undersøgelsen. Radiologen i Randers er således kun mellemlid. Hvad angår CTC - /+ kontrast obs tumor er det en anden procedure som ikke går via neuroradiologerne. Disse pt. vil dog typisk få lavet tom-CT og supplerende MR i stedet.

Ligsyn og dødsattest

Akut FV 1 går ligsyn. De bliver ringet med til tlf 23357. Hvis der afventes ligsyn og afgående FV ikke har nået det i vagten, videreleveres denne information mundtligt til morgenkonference eller ved vagtoverlevering kl 17.30. Ud over mundtlig information kan man se hvilke ligsyn, der mangles udført på anywhere.

I Anywhere vælges fanebladet **Kapel Akutafd**. Her vil patienter i akut regi med behov for ligsyn figurere. Der er i højre side en drop down menu, hvor der enten er markeret én af fire muligheder. Hvis den er markeret **orange Afv Ligsyn**, er det Akut FV, der skal gå ligsynet. Når dette er gået ændres til **grøn Ligsyn udført** og patienten placeres i kølerum.

Ligsyn

- Afv.ligsyn
- Ligsyn udført
- Afv. Retslægelig ligsyn
- Retslægelig ligsyg

ANNULLER

KAPEL AKUTAFD RRA AMA AKUTMODTAGELSE OG -SENGEAFSNIT

ClickDrop

KAPEL - Indbragt Mors

MELDT TID	NAVN	CPR-NUMMER	STED / LIGSYN	SPECIALE
			Stor kølerum	Akut
			Ligsyn udført	
			Stor kølerum	Akut
			Ligsyn udført	
			Stor kølerum	Akut
			Ligsyn udført	
			Stor kølerum	Akut
			Retslægelig ligsyg	
			Intervalstue	Akut
			Afv.ligsyn	

KAPEL -Tidl. indlagt på Akutafdeling

MELDT TIL KAPellet	NAVN	CPR-NUMMER	STED / LIGSYN	SPECIALE
			Intervalstue	Akut
			Afv.ligsyn	

CCL Anywhere 2021.3

Se vejledning i [eDok](#)

Dødskonstatering

- En persons død konstateres ved uopretteligt ophør af åndedræt og hjertevirksomhed → auskultation af hjerte og lunge
- Ligblanket udfyldes og patient køres på intervalstue.
- Patientansvarlig læge laver epikrise og udfylder side 2 af dødsattest

Dødserklæring - Ligsyn

- Ligsyn foretages af en læge til afgørelse af, om dødsfald er indtrådt.
- Dødsattest side 1: Indeholder oplysninger om, hvor og hvornår en person er død samt dødstegn (livores, rigor mortis tc)
- Dødsattest side 2: Udfyldes af behandlingsansvarlige læge, oftest fra et stamafsnit eller praktiserende læge. Indeholder oplysninger døds måden og dødsårsagen.
- Når dødsattesten indberettes elektronisk, sker der samtidig dødsanmeldelse til det centrale personregister. Det betyder fx, at afdødes bankkonti lukkes.

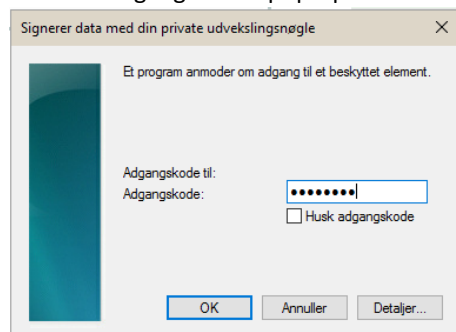
I akutafdelingen vil du oftest blive bedt om at gå ligsyn mhp. udfyldning af side 1. Side 2 udfylder vi på akutafdelingen når patienten er død i vores regi, og så vil det som oftest være den patientansvarlige læge der gør dette. Når du går ligsyn skal du udfylde blanketten i systemet SEI2. Det finder du i citrix under apps.

Vejledning SEI2

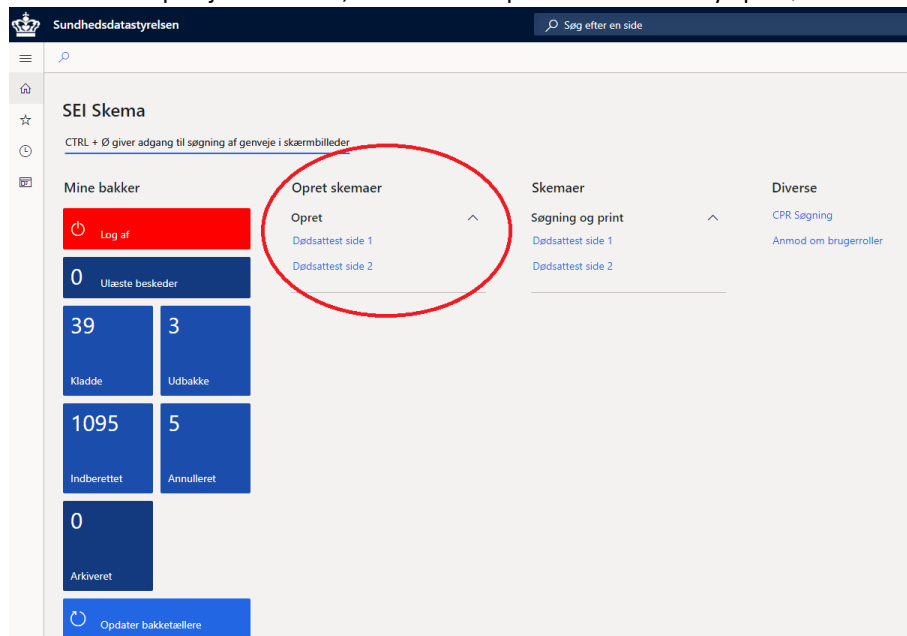
- Find SEI2 under apps i Citrix
- Log på med nøglefil. Første gang du logger på skal du muligvis trykke gennemse og finde din nøglefil.



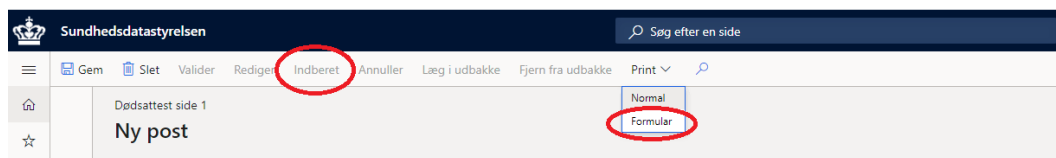
- Skriv din adgangskode i pop-up vindue



- Nu er du inde på hjemmesiden, hvor du skal oprette et skema. Tryk på dødsattest side 1.



- Du udfylder attesten slavisk. NB! Du kan lave CPR opslag, hvorved patientens data automatisk indskrives.
- Når du har udfyldt attesten skal du
 1. Tryk indberet i toppen OG
 2. Printe formular og placere den foran computer i kælderen (hvis printeren ikke vil printe, kan du gå op af trapperne til deres kontor og printe derfra)



Ny post

Skemainformation

[Link til brugervejledning](#)Oprettelsesdato
11-01-2021

Gruppe

GRP-020501

Brugergruppenavn

DAR Randers Centralsygehus

Aktivt skema version

☒ Ja

Arkiveret

☐ Nej

Patient

CPR-nr

☐ UidentificeretOpslag 

Køn

☐ Mand☐ Kvinde

Fornavn

Efternavn

Vej

Nr/etage/side

Postnr.

By

Landeкод

Land

Indberetning af side 2

Hvem indberetter side 2

☐ Det gør jeg☐ Det gør en anden læge

Dødfødsel

Tid og Sted

DØDSTIDSPUNKT

Dødsdato

FINDETIDSPUNKT

Findedato

Attestudfyldende læges funktion

Attestudfyldende læges funktion

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

Dødstegn

☐ Rigor☐ Livores☐ Cadaverositas☐ Maceratio☐ Andet

Tidspunkt for ligsyn

Ligsynsdato

Kontakt til politiet

Kontakt til politiet

☐ Ja ☐ Nej

Politikreds

Elektroniske implantater

Elektroniske implantater

☐ Ja - og det er fjernet☐ Ja - og det er ikke fjernet☐ Nej☐ Ved ikke

Ny post

Skemainformation

[Link til brugervejledning](#)Oprettelsesdato
11-01-2021

Gruppe

Brugergruppenavn

Aktivt skema version

Ja

Arkiveret

Nej

Patient

CPR-nr

☐

Uidentificeret

Opslag

Køn

☐

Mand

☐

Kvinde

Fornavn

Efternavn

Vej

Nr/etage/side

Postnr.

By

Døds måde

[Vejledning om dødsårsagerne](#)

Døds måde

☐

Naturlig

☐

Ulykke

☐

Drab/vold

☐

Selvmord

☐

Uoplyst

Dødsårsag I. Det sygdoms-, misbrugs- og/eller skadesforløb, der førte til døden

CPR-nummer skal være angivet for dødsårsagerne kan angives.

A - DEN UMIDDELBARE DØDSÅRSAG VAR

ICD10

Tekst

Tid

Tidsenhed

B - SOM VAR EN FØLGE AF

ICD10

Tekst

Tid

Tidsenhed

C - SOM VAR EN FØLGE AF

ICD10

Tekst

Tid

Tidsenhed

D - DEN TILGRUNDLIGGENDE ÅRSAG

ICD10

Tekst

Tid

Tidsenhed

Dødsårsag II. Andre aktive sygdomme, misbrug eller skader, der kan have medvirket til døden

1

ICD10

Tekst

Tid

Tidsenhed

2

ICD10

Tekst

Tid

Tidsenhed

3

ICD10

Tekst

Tid

Tidsenhed

4

ICD10

Tekst

Tid

Tidsenhed

Medicin, i forbindelse med forgiftning, medicinbivirkning og misbrug

[+ Ny](#) [Slet](#) [↺](#)☒

ATC Kode

Indholdsstof

Vi fandt ingenting at vise her.

Hændelsessted ved ikke-naturlig død

Hændelsessted

Obduktion

Obduktion

☐

Retslig obduktion

☐

Hospitalsobduktion

☐

Forbud mod obduktion

☐

Ingen obduktion

Væsentlige obduktionsfund

Retskemi

Konklusion af supplerende undersøgelser

Supplerende oplysninger

Supplerende oplysninger