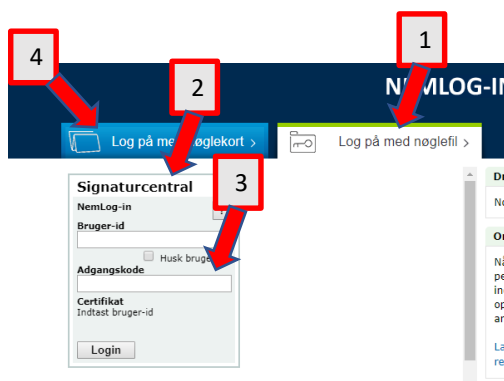


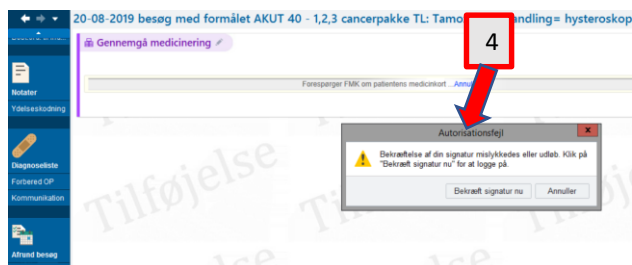
# Udfyld en dødsattest (Aug. 2019)

(Udpluk af generel vejledning: se side 3)

1. Dødsattesterne åbnes via, [SEI2](http://www.sei2.sundhedsdata.dk) på [www.sei2.sundhedsdata.dk](http://www.sei2.sundhedsdata.dk), som sender dig til NEMLOG-IN, hvor du bør "Log på med nøglefil"
2. Her er din Bruger-id det samme som din BAM ID (ex. LMOE0001)
3. Password er det samme som du bruger, når du åbner FMK i SP
4. Virker det ikke, kan du bruge "Log på med nøglekort" (eget CPR og password), men tilstræb at undgå det.



5. Klik på "Dødsattest side 1" og udfyld [attesten](#) (side 2 skal **ikke** udfyldes, hvis der laves obduktion)



## 6. Generelt:

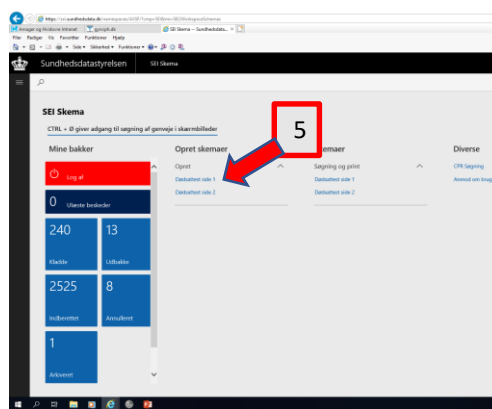
- Moderens CPR bruges ved dødfødsler efter 22+0.

**Husk ved dødsfødsel afkrydsning i feltet "dødsfødsel"** (midt på side 1), da du ellers laver dødsattest på mor.

- Døde fostre før 22 uger, skal ikke have dødsattest.

- Børn der beskrives som **levende**, skal have eget CPR-nummer **uanset** gestationsalder. Dødsattesten udfyldes med barnets CPR-nummer! (Der går ca. 2 dage før man kan lave opslag på dette CPR-nr. Alternativt: skrive "Dødfødt Jensen" og tilføje manuelt adressen).

**6a Undgå opslag ved levendefødte**, da CPR nummeret endnu ikke er nået til SST.



Det gør jeg  
 Det gør en anden læge

Dødsfødsel

Dødfødt

Fødselsdato: \_\_\_\_\_ Køn:  Dreng  Pige

Tid og Sted

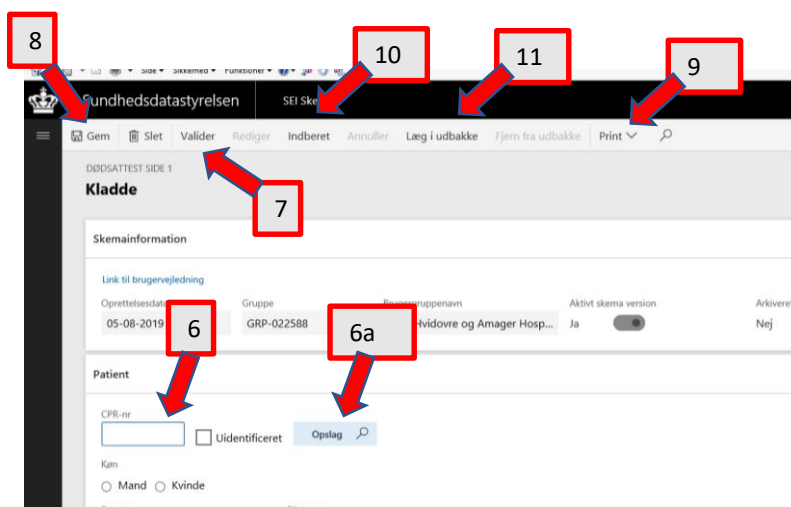
DODSSTIDSPUNKT: Dødsdato: \_\_\_\_\_ FINDETIDSPUNKT: Findedato: \_\_\_\_\_

7. Når du er færdig tryk "Valider"
8. Herefter på "Gem"
9. Tryk "Print" og vælg "Formular" En kopi til forældrene og et til bedemanden.
10. Tryk indberet" (se dog herunder) hvis side to skal udfyldes

**Hvis der foretages obduktion:**

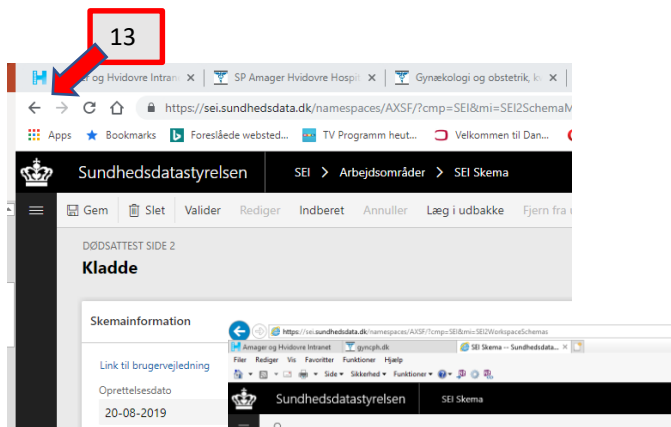
11. Tryk "Læg i udbakke" (hvis du vil indberette både side 1 og 2 på samme tid)
12. Skal du kun indberette side 1: Tryk "Indberet"

**Hvis ikke der foretages obduktion.. se næste side!**

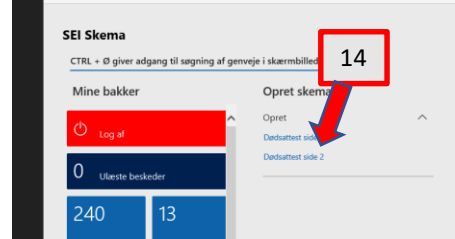


# Udfyld en dødsattest (fortsat), hvis ikke der laves obduktion (Aug. 2019)

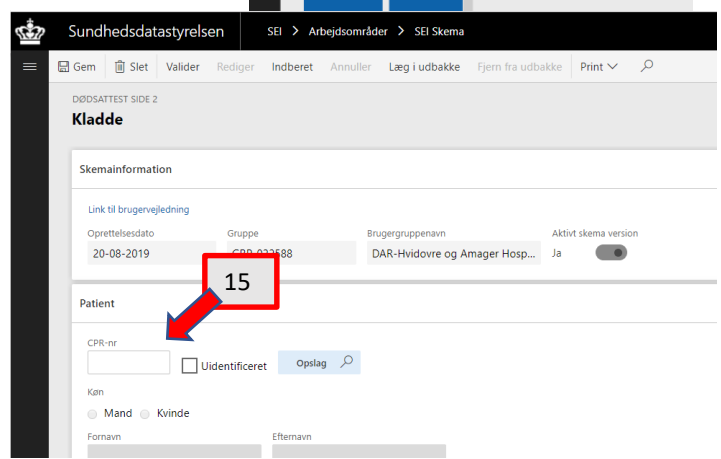
13. Efter du har valideret og trykket "Gem" på side 1 skal du **Udfyld side 2:** Tryk nu "Tilbage" på pilen i v.hjørne og



14. vælg "Dødsattest side 2"



15. Udfyld på ny (muligvis med indtastning af navnet endnu en gang) (Døds måde: Selv om det føles som en ulykke, bruger vi aldrig denne årsag men altid "Naturlig")



De **diagnoser** der **kan** bruges , kan ses på <http://medinfo.dk/daars/index.php> (hjertestop er ikke en dødsårsag iflg. SS) Se evt. hele [SS's vejledning](#)

- **Felt D** Tilgrundliggende årsag anføres (ex. cancersygdommen, præeklampsi)
- **Felt A:** Den umiddelbare årsag (ex. broncopneumoni, asfyksi).

*eksempel (naturlig død)*

|                |             |                    |
|----------------|-------------|--------------------|
| A              | G935        | Compressio cerebri |
| B              |             |                    |
| C              | C793        | Hjernemetastase    |
| <b>D (=TD)</b> | <b>C509</b> | <b>Brystkræft</b>  |

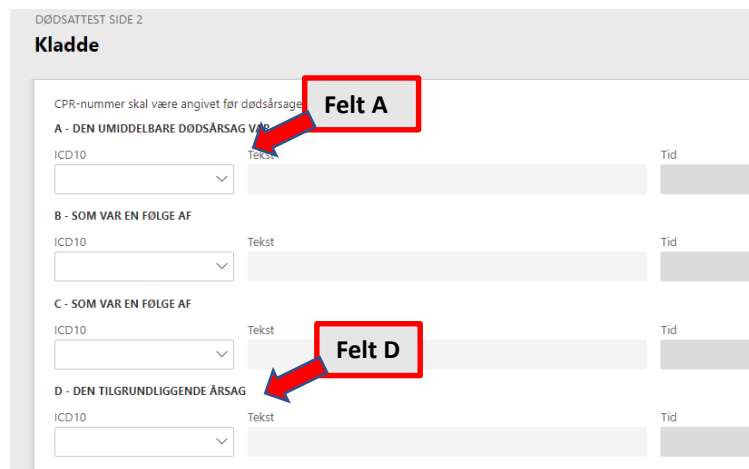
*Der skal altid ved metastaseret malign sygdom registreres mindst 2 koder – primær tumor og metastase (lokalisering). Om metastase-koden angives i felt C, B eller i A er ikke afgørende*

*eksempel (naturlig død)*

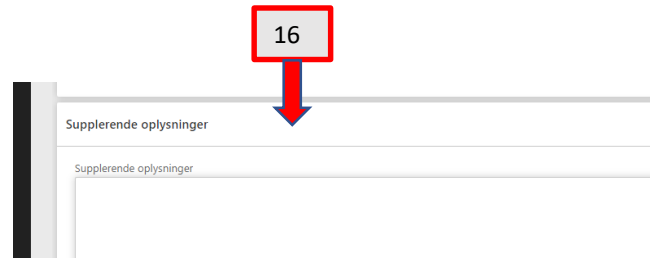
|                |             |                   |
|----------------|-------------|-------------------|
| A              | J180        | Bronkopneumoni    |
| B              | R649        | Kakeksi           |
| C              | C793        | Hjernemetastase   |
| <b>D (=TD)</b> | <b>C509</b> | <b>Brystkræft</b> |

*Eksemplet inddrager umiddelbar dødsårsag og mellemtrin. Det er afgørende, at kæden trækkes helt tilbage til den **tilgrundliggende dødsårsag** - her c. mammae. Dette er den statistiske dødsårsag*

Kan du som kliniker beskrive forløbet bedre med ekstradiagnose sættes de i felterne **C og B** i kronologisk rækkefølge med ældste diagnose i D, herefter C og B og den akutte dødsårsag i A (se eksempler herover)



16. Nederst i skemaet kan man anføre kommentarer



# Sundhedsstyrelsens vejledning i uddrag (2019)

## 1 Dødsmåde

Hele forståelsen af dødsattesten som klinisk dokumentationsredskab, herunder principper og krav til struktur og kodeanvendelse, tager udgangspunkt i "Dødsmåden".

I 'Dødsmåde' angives den overordnede kategorisering af det aktuelle dødsfald. Overordnet opdeles dødsmåde i 'Naturlig død', 'Ikke-naturlig død' og 'Uoplyst'.

**Naturlig død** er død primært som følge af sygdom eller eventuelt symptom på ikke-erkendt sygdom. Naturlig død omfatter også død som følge af arbejdsbetinget sygdom, misbrug, psykisk sygdom, alderdomssvækkelse samt bivirkninger og andre komplikationer til undersøgelse og behandling.

**Ikke-naturlig død** opdeles yderligere i 'Ulykke', 'Selvmord', 'Drab/vold' samt 'Legal intervention/krigshandling'. Ikke-naturlig død er alle tilfælde af død, som ikke direkte skyldes sygdom, og hvor forløbet til død er initieret af en "ydre årsag" – klassificeres efter WHO's kap. 20 – dvs. en bevidst eller ubevidst udført handling eller hændelse, der har ført til en skade. Skader inkl. forgiftninger klassificeres efter WHO's kap. 19.

*Se videre i Kap. 4 og 5 om, hvad der henregnes til naturlig død hhv. ikke-naturlig død, samt hvilke principper og koder, der anvendes ved de forskellige dødsmåder.*

Ved tvivlstilfælde, hvor det ikke kan fastslås, om der er tale om naturlig eller ikke-naturlig død, anvendes dødsmåde 'Uoplyst'. Dette bør dog først ske efter, at der er gjort den nødvendige indsats for at søge at afklare, om der er tale om naturlig eller ikke-naturlig død. Det er kun embedslæger, der kan anvende 'uoplyst'. Dette betyder, at embedslægen altid skal indrages i alle tilfælde, hvor der er mistanke om ikke-naturlig død.

## 2 Klassifikation af dødsårsager (ICD10-mortalitet)

Til kodning af dødsårsagerne (Del I og II) anvendes en tilpasset udgave af WHO's internationale sygdomsklassifikation ICD10, der også indeholder koder for ydre årsager (kap. 20) til skade ved ikke-naturlig død, dvs. ved ulykker, drab/vold, tilsigtet selvskade og legalintervention/krigshandling. Denne del af klassifikationen er ikke kendt fra den normale diagnoseregistrering, hvorimod de øvrige dele af klassifikationen stort set er de samme, som anvendes i den almindelige sygdomsregistrering.

Der er i forhold til sygdomsklassifikationen, der anvendes i patientregistreringen, en række diagnosekoder, der ikke kan være dødsårsager. Disse er fjernet fra den klassifikation, der ligger bagved dødsattesten. Der er herudover koder, der ikke kan være tilgrundliggende dødsårsag (TD). Disse vil senere blive blokeret i felt D.

### 2.2 Diagnosebrowser

Den til enhver tid gældende klassifikation af dødsårsager med synonymer ligger bag diagnosefelterne i SSIs elektroniske dødsattest (SEI-attest) og også i hjælpeværktøjet (diagnosebrowser) "Diagnoser i dødsattesten", der findes her: <http://medinfo.dk/daars/index.php>

### 3.1 Rækkefølgen - fra felt D til A

Rækkefølgen af dødsårsagerne i Del I skal afspejle den ubrudte årsagskæde fra start til slut af forløbet til død, dvs. fra den tilgrundliggende dødsårsag (i felt D) til den umiddelbare dødsårsag (i felt A), evt. via mellemliggende trin (indgående dødsårsager i C og evt. B), der binder forløbet sammen. Der er således mulighed for at udfylde maksimalt 4 dødsårsager i årsagskæden, startende med den tilgrundliggende.

#### Tilgrundliggende dødsårsag i Felt D skal altid udfyldes

Her anføres altid den tilgrundliggende dødsårsag (TD), som klinikerens ud fra de i det følgende beskrevne principper har valgt som den mest sandsynlige starttilstand for forløbet til død. Den tilgrundliggende lidelse kan være nyopstået, men den har oftest været til stede i kortere eller især længere tid.

Felt D er ved *naturlig død* en sygdom, mens det ved *ikke-naturlig død* er en "ydre årsag til skade". Dette er nærmere beskrevet i Kap. 4 hhv. 5.

I linjerne ovenfor (C til A) anføres de tilstande, der relevant beskriver det kliniske videre forløb frem til den umiddelbare dødsårsag.

#### Felt C-A skal kun udfyldes, hvis det er relevant i det aktuelle tilfælde

Det er ved alle tilfælde af ikke-naturlig død ud over "ydre årsag" i Felt D obligatorisk at udfylde et af de ovenstående felter med en skade-diagnose. *Se videre i kap. 5.*

Felt 'A' er den umiddelbare dødsårsag. Det tidligere i papirattesten for ofte anvendte "hjertestop" har ingen mening - næsten alle dør af det - og en kode for hjertestop kan heller ikke findes på diagnoselisten. Det er årsagen og forløbet, der fører til det ultimative hjertestop, der er interessant og adskiller de forskellige patienter – "Hvorfor hjertestop?"

Hvis dødsårsagen ikke kendes overhovedet, og dette er det bedste, der kan siges i det aktuelle tilfælde, er den rigtige dødsårsag således ikke "hjertestop", men derimod (R999) 'Død uden kendt årsag'.