

SUP-specifikation

Bilag 1 - version 2.2

Elementstruktur

28. maj 2010

Udarbejdet for

E-Journal-Styregruppen

Hændelser

Planlagt procedure

Ordination

Medicin-ordination

Rekvisation

Bookning af proc.

Udført proc.

Medicin-givning

Kontaktperiode

Anamnestisk oplys.

Observation – fund

Prøveresultat

Effekt af behandling

Komplikation – bivirk.

Diagnose

Problem

Mål

Adm. karak. m.m.

Notat

De fremhævede bruges i dag.

De ikke fremhævede kan bruges for 3. generations EPJ

Felt	Beskrivelse
Hændelsestype	Denne kolonne er alene en rækkeoverskrift ved denne beskrivelse og ikke en del af datasættet
Person-ID	F: Alfanumerisk. Patientens CPR-nummer. Skal almindeligvis anonymiseres i dataudtræk til analyseformål. Det anonymiserede ID skal i så fald være ens for den enkelte person i forskellige udtræk.
Køn	F: Kodet værdi. Værdisæt: M, K, U (ukendt). Personens køn på hændelsens starttidspunkt.
Personalder	F: Heltal. Personens alder på hændelsens starttidspunkt rundet ned.
Fødesystem	F: Kodet værdi. Kode for det fødesystem, som forløbet er udtrukket fra. Bemærk at de udtrukne data oprindeligt kan være registreret i et andet system. Klassifikationen er bygget op som en streng med 5 karakterer til leverandørnavnet og 5 karakterer til systemet.
Teknisk forløb	Markering af teknisk oprettet forløb ved kontaktregistrering. Værdier: x = teknisk oprettet forløb. Ellers blank.
Forløbs-ID	F: Alfanumerisk. Oprindelig identifikation af forløbet. Den entydige forløbs-ID fra det system, hvor forløbet oprettes. Ved teknisk oprettet forløb er forløbs-ID = oprindelig Kontakt-ID.
Forløbs-start	F: SUP-tidspunkt. Forløbets starttidspunkt.
Forløbs-afslut	F: SUP-tidspunkt. Forløbets afslutningstidspunkt.
Opr. forløbsansv. enhed kode	F: Kodet værdi efter: 1) SST's Sgh-afd-klas., min. 6, max. 7 karak. 2) Ydernummerklas. Oprindelig forløbsansvarlig enhed. Den lægefagligt ansv. Enhed (institution-afdeling / praksis), der opretter forløbet / kontaktperioden.
Opr. forløbsansv. inst. tekst	F: Alfanum. Kodetekst til forudgående kode. Her angives sygehusets navn eller kodetekst til ydernummeret.
Opr. forløbsansv. afd. tekst	F: Alfanum. Kodetekst til forudgående kode. Her angives afdelingens navn.
Forløbs-diag. kode	F: Kodet værdi. Den på hændelsens starttidspunkt gældende forløbsdiagnose (eller aktionsdiagnose ved kontaktregistrering).
Diag. klas	Kodet værdi. Klassifikationstype for diagnosekoden. Værdier: SKS=SKS-klassifikationen. ICPC=ICPC-klas.
Forløbs-diag. tekst	F: Alfanum. Kodetekst til forudgående diagnosekode.
Hæn. ID	F: Alfanumerisk. Registreringssystemets entydige ID for hændelsen. Bruges til identifikation, herunder ved referencer.
Hæn. type	F: Kodet værdi. Forkortelse for hændelsens type. Udfyldes jf. nedenstående klass.
Hæn. start	F: SUP-tidspunkt. Hændelsens starttidspunkt. Vil ofte være forskellig fra hændelsens registreringstidspunkt.

Felt	Beskrivelse
Hæn. slut	F: SUP-tidspunkt. Hændelsens sluttidspunkt. Feltet er kun relevant ved hændelser, der har en informatisk relevant udstrækning, fx en operation. Det er en forudsætning, at sluttidspunktet er en del af hændelsen, og det skal derfor være registreret samtidig med starttidspunktet. Hvis der er tale om en afslutning af en hændelse af længere varighed (fx en periode med gipsbandage), som sker efter en konkret vurdering, anvendes i stedet afslutningstidspunkt = "Andet tidspunkt".
Andet tidspunkt	F: SUP-tidspunkt. Et tidspunkt, som har relation til hændelsen, men som ikke er en del af hændelsen. Bruges for det meste til afslutning af hændelser med udstrækning. Kan være besluttet og reg. af en anden end reg. inst./afd./pers.
Ansv. enhed kode	F: Kodet værdi efter: 1) SST's Sgh-afd-klas., min. 6, max. 7 karak. 2) Ydernummerklass. Den for hændelsen ansvarlige enhed (institution-afdeling / praksis).
Ansv. inst. tekst	F: Alfanum. Kodetekst til forudgående kode. Her angives sygehusets navn eller kodetekst til ydernummeret.
Ansv. afd. tekst	F: Alfanum. Kodetekst til forudgående kode. Her angives afdelingens navn.
Ansv. person	F: Alfanum. Den ansvarlige person fra den ansvarlige enhed. Konkaterering af titel og navn. Skal helst være kodetekster fra et personaleregister.
Anden enhed kode	F: Kodet værdi efter: 1) SST's Sgh-afd-klas., min. 6, max. 7 karak. 2) Ydernummerklas. Den enhed (institution-afdeling / praksis), som den ansvarlige enhed arbejder sammen med om hændelsen. Kan være lig ansvarlig enhed (fx kan producent og rekvirent være den samme enhed).
Anden inst. tekst	F: Alfanum. Kodetekst til forudgående kode. Her angives sygehusets navn eller kodetekst til ydernummeret.
Anden afd. tekst	F: Alfanum. Kodetekst til forudgående kode. Her angives afdelingens navn.
Anden person	F: Alfanum. Den ansvarlige person fra den "Anden enhed". Konkaterering af titel og navn. Skal helst være kodetekst fra personaleregister.
Afslut. enhed kode	F: Kode værdi efter: 1) SST's Sgh-afd-klas., min. 6, max. 7 karak. 2) Ydernummerklas. Den enhed (institution-afdeling / praksis), som afslutter den pågældende hændelse.
Afslut. inst. tekst	F: Alfanum. Kodetekst til forudgående kode. Her angives sygehusets navn eller kodetekst til ydernummeret.
Afslut. afd. tekst	F: Alfanum. Kodetekst til forudgående kode. Her angives afdelingens navn.
Afslut. person	F: Alfanum. Den ansvarlige person fra den afsluttende enhed. Konkaterering af titel og navn. Skal helst være kodetekst fra personaleregister.
Stedkode	F: Kodet værdi fra lokal klas. Det relevante geografiske sted i forbindelse med hændelsen. Ved booking dog stedet, hvor den påtænkte procedure skal foregå. Feltet skal ses som supplement til den organisatoriske enhed, dvs. den institution-afdeling / praksis, der har ansvaret for procedurens udførelse.
Sted-tekst	F: Alfanum. Kodetekst til forudgående stedkode.

Felt	Beskrivelse
Forløb-status	F: Kodet værdi. Udfyldes med værdisættet: H (henvist), A (ambulant), I (indlagt), L (lægepraksis), D (død) og S (inaktiv). Patientens forløbsstatus på hændelsens starttidspunkt. Ved kontaktregistrering anvendes kontakttypen.
Ugyl. tidsp	F: SUP-tidspunkt. Blank=gyldig. Udfyldt=ugyldig fra det anførte tidspunkt. Ugyldighedstidspunkt. Tidspunkt fra hvilket en hændelses informationselement er ugyldigt pga. opdatering. Ugyldige inf.elementer skal ikke medtages ved kommunikation. Feltet er beregnet til brug ved opdateringer og til analyseformål.
Reg. tidsp	F: SUP-tidspunkt. Automatisk tidsstempel ved registreringen. Dette felt vil ikke dække alle felterne i recorden. Nogle felter er systemudfyldte / hentet fra anden registrering. Dette fremgår af kommentarerne til de enkelte felter eller implicit af sammenhængen.
Reg. inst-afd	F: Kodet værdi efter: 1) SST's Sgh-afd-klas., min. 6, max. 7 karak. 2) Ydernummerklas. Logon ved registreringen. Dette felt vil kun dække nogle af felterne i recorden. Andre er systemudfyldte.
Reg. pers.	F: Alfamerisk. Reg. persons ID. Logon ved registreringen. Dette felt vil kun dække nogle af felterne i recorden. Andre er systemudfyldte.
Tilstede tidsp	F: SUP-tidspunkt. Tidspunkt for tilføjelse af elementet til systemets database. Overskrives af modtageren ved overførsel af data til modtagerens SUP-database. Bevares ved udtræk af data til analyse. Anvendes primært ved visse analyser.
Sik. kode	F: Kodet værdi. Værdisæt ikke fastlagt. Reserveret til fremtidig brug, fx til angivelse af adgangs-betingelser etc.
Hæn. ref.	F: Alfamerisk. Reference til anden hændelses-ID. En hændelse kan kun ref. til én anden hændelse, og kun indenfor samme person. Ved flere valgmuligheder (fx Re/ord/plan) vælges den hændelse, som går umiddelbart forud for (udløser) den givne hændelse.
Objekt ref.	F: Inter-/intranet-link. Reference til objektfil (fx billede, EKG eller datasæt) i form af en inter-/intranet-link til en server. Links medtages kun, hvis de kan anvendes i praksis af SUP-brugere. Anvendelsen må dog godt forudsætte en særlig autorisation.
Fri tekst	F: TXT. Fri tekst til hændelsen. Her gengives al fri tekst vedr. hændelsen, undt. Brødteksten i notater (som findes i attributten "Brødtekst" formateret i XHTML).
Værdi 1	F: Talværdi. For visse hændelsestyper (se disse) evt. forudgået af >, <, >= eller <= uden blanke karakterer i mellem. Bruges forskelligt i de enkelte hændelser.
Enhed værdi 1	F: Alfamerisk. Enhed for "Værdi 1". Der skal altid være en enhed til en værdi.
Værdi 2	F: Talværdi. For visse hændelsestyper (se disse) evt. forudgået af >, <, >= eller <= uden blanke karakterer i mellem. Bruges forskelligt i de enkelte hændelser.
Enhed værdi 2	F: Alfamerisk. Enhed for "Værdi 2". Der skal altid være en enhed til en værdi.
Værdi 3	F: Talværdi. For visse hændelsestyper (se disse) evt. forudgået af >, <, >= eller <= uden blanke karakterer i mellem. Bruges forskelligt i de enkelte hændelser.
Enhed værdi 3	F: Alfamerisk. Enhed for "Værdi 3". Der skal altid være en enhed til en værdi.

Felt	Beskrivelse
Art	F: Kodet værdi. Primært SST's værdisæt for procedureart og diagnoseart. Bruges dog også til *-markering af prøveresultater og mål (se nedenfor).
Primær-kode	F: Sammensat kodet værdi. Kode, der beskriver hændelsens primære indhold. Både supplerende koder og tillægskoder supplerer primærkodens indhold.
Klas	F: Kodet værdi. Klassifikationstype. Værdisæt p.t.: SKS=SKS-klassifikationen. SNO=Snomed. SUP=dedikeret SUP-kode. LOK=lokal kode. ICPC=ICPC-klassifikation. IUPAC=International Union of PURE and Applied Chemistry. LMS=Lægemedelstyrelsens spec.takst. KOM=Kommunekode-klas. Andre klassifikationstyper kan umiddelbart oprettes af SUP-projektet.
Kode-tekst	F: Alfamerisk. Den på hændelsesstart-tidspunktet gældende tekst til koden. Kan alternativt være ledeteksten til et struktureret, men ikke kodet felt i registreringssystemet. Primærkodefeltet skal i så fald være blankt og klassifikationstypen = "Ingen".
Suppl. kode 1	F: Kodet værdi. 1. supplerende kode, der supplerer primærkoden. Fast anvendelse.
Klas	Se kommentar til primærkodens "Klas"
Kode-tekst	Se kommentar til primærkodens kodetekst
Suppl. kode 2	F: Kode. 2. supplerende kode, der supplerer primærkoden. Fast anvendelse.
Klas	
Kode-tekst	
Suppl. kode 3	F: Kode. 3. supplerende kode, der supplerer primærkoden. Fast anvendelse.
Klas	
Kode-tekst	
Suppl. kode 4	F: Kode. 4. supplerende kode, der supplerer primærkoden. Fast anvendelse.
Klas	
Kode-tekst	
Suppl. kode 5	F: Kode. 5. supplerende kode, der supplerer primærkoden. Fast anvendelse.
Klas	
Kode-tekst	
Tillægs-kode 1	F: Kodet værdi. 1.-5. tillægskode, der supplerer primærkoden, dvs. tillægskoder hentet fra den aktuelle tillægs-kodning. Fri anvendelse indenfor SKS-systemets regler for tillægskodning.
Klas	
Kode-tekst	
Tillægs-kode 2	
Klas	
Kode-tekst	
Tillægs-kode 3	

Felt	Beskrivelse
Klas	
Kode-tekst	
Tillægs-kode 4	
Klas	
Kode-tekst	
Tillægs-kode 5	
Klas	
Kode-tekst	

Ifht. domænemodellen mangler følgende felter i elementstrukturen:

Alle persondatafelter, Cave-oplysninger, Fødselsdato, Styrke (medicinering), Form (medicinering), Brødtekst i notater, Ansvarlig person-ID

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Hændelsestype	Planlagt procedure	En procedure (eller et sæt af procedurer), som planlægges udført, men som på planlægningstidspunktet ikke er hverken ordineret eller rekvireret. Kan f.eks. være et referenceprogram eller standardforløb.
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	PLPROC	
Hæn. start	Planlæg.tidsp	Tidsp. hvor planlægningen foretages for en given ptt., f.eks. en visitationsdato eller forundersøgelsesdato
Hæn. slut		
Andet tidspunkt	Afslut.tidsp	Tidspunkt hvor planen afsluttes, enten fordi den er gennemført, opgivet, eller man har skiftet til en anden plan.
Ansv. enhed kode	Plan.enh	Den enhed, der lægger / vælger planen for patienten.
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode		Anden afdeling bruges ikke for planlagte hændelser, da der ofte er tale om en plan med mange producenter.
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		
Afslut. enhed kode	Afslut.enh	Den enhed, der afslutter planen for den pågældende ptt.
Afslut. inst. tekst		
Afslut. afd. tekst		
Afslut. person		
Stedkode	Plan.sted	Sted, hvor planlægningen foretages.

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Sted-tekst		
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.		
Objekt ref.		Evt. link til den pågældende plan, protokol eller ref.program.
Fri tekst		
Værdi 1		
Enhed værdi 1		
Værdi 2		
Enhed værdi 2		
Værdi 3		
Enhed værdi 3		
Art		
Primær-kode	Procedure	Primærkode for den planlagte procedure. Kan evt. være en kode for en protokol, et standardforløb eller et ref.program
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 1	Indikation	Begrundelse for valg af denne plan. Oftest en diagnosekode.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2	Prioritet	Prioritet for plan.
Klas	SUP	
Kode-tekst		
Suppl. kode 3	Afsl.årsag	Kode for årsagen til, at planen afsluttes, f.eks. "Fuldført", "Behov for ny plan" eller "Opgivet".
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Tillægs-kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Obligatorisk / Mandatory

Udtrækkes hvis data findes / Optional

Benyttes ikke for hændelsestypen

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Hændelsestype	Ordination	En ordination, som ikke er en medicinordination.
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	ORD	
Hæn. start	Starttidsp	Ordinationens starttidsp. Det tidsp. hvor ordinationen skal træde i kraft. Vil ofte principielt være lig beslut.tidsp.
Hæn. slut	Sluttidsp	Ordinationens sluttidsp. Et ved ordinationen fastsat sluttidspunkt for den ordinerede procedure.
Andet tidspunkt	Sepo.tidsp	Ordinationens seponeringstidspunkt. Afbrydelse af ordinationen før det fastsatte sluttidspunkt eller hvis der ikke er registreret et sluttidspunkt. Skal ligge før ordinationens sluttidspunkt, hvis dette er registreret.
Ansv. enhed kode	Ord.enh	Den enhed, der foretager ordinationen.
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode	Prod.enh	Den planlagte producerende enhed
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		
Afslut. enhed kode	Sepo.enh	Den enhed, der seponerer (afslutter) ordinationen (før det planlagte sluttidsp., hvis et sådant findes).
Afslut. inst. tekst		
Afslut. afd. tekst		
Afslut. person		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Stedkode	Ord.sted	Det sted, hvor den ordinerende enhed foretager ordinationen.
Sted-tekst		
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.	Planl.proc	Ref. til den planlagte procedure, som evt. udløser ordinationen.
Objekt ref.		
Fri tekst		
Værdi 1	Antal	F.eks. antal fysiurgiske behandlinger
Enhed værdi 1		
Værdi 2		
Enhed værdi 2		
Værdi 3		
Enhed værdi 3		
Art		
Primær-kode	Procedure	Primærkode for den ordinerede procedure.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 1	Indikation	Begrundelse for ordinationen. Oftest en diagnosekode.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2	Prioritet	Prioritet for proceduren.
Klas	SUP	
Kode-tekst		
Suppl. kode 3	Afsl.årsag	Kode for årsagen til, at den seponerende enhed seponerer ordinationen.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Tillægs-kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Obligatorisk / Mandatory

Udtrækkes hvis data findes / Optional

Benyttes ikke for hændelsestypen

Felt	Hændelse	Beskrivelse
	Medicin-ordination	
Hændelsestype		Ordination af medikamentel behandling. Omfatter også anæstesi.
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	MEDORD	
Hæn. start	Starttidsp	Det ordinerede starttidspunkt for første dosis
Hæn. slut	Sluttidsp	Et ved ordinationen fastsat sluttidspunkt (sidste dosis).
Andet tidspunkt	Sepo.tidsp	Medicin-ordinationens seponeringstidspunkt. Afbrydelse af ordinationen før det fastsatte sluttidspunkt, eller hvis der ikke er registreret et sluttidspunkt. Skal ligge før ordinationens sluttidspunkt, hvis dette er registreret.
Ansv. enhed kode	Ord.enh	Den enhed, der foretager medicin-ordinationen.
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode	Prod.enh	Den planlagte producerende enhed, dvs. den afdeling som skal give medicinen.
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		
Afslut. enhed kode	Sepo.enh	Den enhed, der seponerer (afslutter) ordinationen (før det planlagte sluttidsp., hvis et sådant findes).
Afslut. inst. tekst		
Afslut. afd. tekst		
Afslut. person		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Stedkode	Ord.sted	Det sted, hvor den ordinerende enhed foretager medicin-ordinationen.
Sted-tekst		
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.	Planl.proc	Ref. til den planlagte procedure, som evt. udløser ordinationen.
Objekt ref.		Der kan evt. linkes til udvidet datasæt om medicinordination.
Fri tekst		Her tilføjes i fri tekst relevante supplerende oplysninger, som ikke er medtaget på struktureret form, f.eks. dosering (f.eks. 2+1+1), dosingstidspunkter, infusionshastighed og særlige instrukser.
Værdi 1	E-dosis	Enkeltdosis ved engangsordinationer og pn-ordinationer. Her angives ENTEN mængden af det aktive indholdsstof pr. enkeltdosis fx i mg. ELLER antal præparatenheder, fx antal tabletter, dråber eller pust jf. SST-klas. Valget mellem de to muligheder vil fremgå af feltet "Enhed værdi 2".
Enhed værdi 1		
Værdi 2	D-dosis	Døgndosis ved faste ordinationer. Her angives ENTEN mængden af det aktive indholdsstof pr. enkeltdosis fx i mg. ELLER antal præparatenheder, fx antal tabletter, dråber eller pust jf. SST-klas. Valget mellem de to muligheder vil fremgå af feltet "Enhed værdi 2".
Enhed værdi 2		
Værdi 3	M-dosis	Max-døgndosis ved pn-ordinationer. Her angives ENTEN mængden af det aktive indholdsstof pr. enkeltdosis fx i mg. ELLER antal præparatenheder, fx antal tabletter, dråber eller pust jf. SST-klas. Valget mellem de to muligheder vil fremgå af feltet "Enhed værdi 3".
Enhed værdi 3		Fælles enhed for alle tre værdier. ENTEN fx mg ELLER fx stk (ved tabletter), antal dråber og pust jf. SST-klas.
Art		
Primær-kode	Præparat	Drug-ID for det ordinerede præparat.
Klas		For officielle præparater: LMS (Lægemiddelstyrelsens specialitetstakst). For uofficielle præparater: Lokal

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Kode-tekst		Konkatenering af felterne: "Navn", "Form", "Styrke" uden overflødige blanke. Hentes fra LMS-takst. Ved lokal kode anv. lokal tekst.
Suppl. kode 1	Indikation	Begrundelse for medicin-ordinationen. Oftest en diagnosekode.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2	Type	Fast dosering, engangsdosis, efter skema eller p.n.-medicin kodet efter SUP-klassifikation.
Klas	SUP	
Kode-tekst		
Suppl. kode 3	Sep.årsag	Kode for årsagen til, at den seponerende enhed seponerer medicin-ordinationen.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 4	ATC	Kodet værdi efter ATC-klassifikationen.
Klas	ATC	
Kode-tekst		
Suppl. kode 5	Adm.måde	Administrationsmåde (adgangsvej) for præparat. SKS- Behandlingsklassifikationens kapitel BZA. Hvis denne ikke benyttes i det lokale system, kan den lokale klassifikation anvendes.
Klas	SKS	
Kode-tekst		
Tillægs-kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Obligatorisk / Mandatory		
Udtrækkes hvis data findes / Optional		
Benyttes ikke for hændelsestypen		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Hændelsestype	Rekvisition	Rekvisition af en procedure. Inkluderer også henvisninger. Alm. ventetid og intern ventetid repræsenteres således ens.
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	REKV	
Hæn. start	Rekv.tidsp	Tidspunkt for foretagelse af rekvisitionen. Som regel lig reg.tidsp.
Hæn. slut		
Andet tidspunkt	Afslut.tidsp	Afslutningstidspunkt = effektiveringstidspunkt. Det tidspunkt, hvor rekvisitionen udføres eller annulleres. Anvendes fx til beregning af ventetid. Svarer for henvisninger til afslutningsdato. Kommer som regel fra procedurehændelsen.
Ansv. enhed kode	Rekv.enh	Den enhed, der foretager rekvisitionen.
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode	Prod.enh	Den enhed, som rekvirenten sender rekvisitionen til, dvs. den planlagte producerende enhed.
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		
Afslut. enhed kode	Afslut.enh	Den enhed, der faktisk effektuerer/afslutter rekvisitionen. Det vil normalt være producenten, men kan også være rekvirenten selv ved annullering af rekvisitionen.
Afslut. inst. tekst		
Afslut. afd. tekst		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Afslut. person		
Stedkode	Rekv.st	Det sted, hvor den rekvirerende enhed foretager rekvitionen.
Sted-tekst		
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.	Ord./planl.	Ref. til den planlagte procedure eller ordination, som evt. udløser rekvitionen.
Objekt ref.		
Fri tekst		
Værdi 1	Antal	F.eks. antal fys. behandlinger
Enhed værdi 1		
Værdi 2		
Enhed værdi 2		
Værdi 3		
Enhed værdi 3		
Art		
Primær-kode	Procedure	Primærkoden for den rekvirerede procedure.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 1	Indikation	Begrundelse for rekvitionen. Oftest en diagnosekode.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2	Prioritet	Prioritet for proceduren.
Klas	SUP	
Kode-tekst		
Suppl. kode 3	Afsl.årsag	Kode for årsagen til, at rekvitionen afsluttes, f.eks. "effektueret" eller annulleret.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 5		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Obligatorisk / Mandatory

Udtrækkes hvis data findes / Optional

Benyttes ikke for hændelsestypen

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Hændelsestype	Bookning af proc.	Booking af en procedure. Behøver ikke nødvendigvis være ordineret eller rekvireret.
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	BOOK	
Hæn. start	Starttidsp	Det bookedede starttidspunkt
Hæn. slut	Sluttidsp	Det bookedede sluttidspunkt.
Andet tidspunkt	Afslut.tidsp	Afslutningstidspunkt = aflysningstidspunkt for bookingen. Når den bookedede procedure udføres, afsluttes bookingen ikke med en afslutningsdato. Anv. til belysning af aflyste bookinger.
Ansv. enhed kode	Prod.enh	Den enhed, der skal gennemføre den bookedede procedure. Hvis andre end producenten selv booker, gør de det på producentens vegne, og bookeren vil fremgå af reg. afd. og person.
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode	Rekv.enh	Den enhed, der har rekvireret proceduren. Herunder også ordinerende enhed, hvis der ikke foreligger en rekvisation.
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		
Afslut. enhed kode	Afslut.enh	Den enhed, der afslutter = aflyser bookingen. Ved patientens udeblivelse er afslut. enhed = proc.enhed. Årsagen til aflysningen bør fremgå af afslutningsårsagen. Når bookingen gennemføres, er der ingen afsluttende enhed.

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Afslut. inst. tekst		
Afslut. afd. tekst		
Afslut. person		
Stedkode	Proc.st	Bemærk: Her stedet, hvor den bookedede procedure skal foregå.
Sted-tekst		
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.	Re/ord/plan	Ref. til den umiddelbart forudgående rekvisition, ordination eller planlagte procedure, som får producenten (eller evt. rekvirenten) til at booke proceduren.
Objekt ref.		
Fri tekst		
Værdi 1		Man kan kun booke én enhed ad gangen.
Enhed værdi 1		
Værdi 2		
Enhed værdi 2		
Værdi 3		
Enhed værdi 3		
Art		
Primær-kode	Procedure	Primærkode for den bookedede procedure.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 1	Indikation	Begrundelse for bookingen. Oftest en diagnosekode.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2	Prioritet	Prioritet for proceduren.
Klas	SUP	
Kode-tekst		
Suppl. kode 3	Afsl.årsag	Kode for årsagen til, at bookingen afsluttes uden at proceduren gennemføres, f.eks. "annulleret af rekvirent" eller "Patient udeblevet".
Klas		
Kode-tekst		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Suppl. kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 5		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Obligatorisk / Mandatory

Udtrækkes hvis data findes / Optional

Benyttes ikke for hændelsestypen

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Hændelsestype	Udført proc.	En udført procedure, der hverken er en medicingivning eller en status / kontaktperiode.
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	PROC	
Hæn. start	Starttidsp	Det faktiske starttidsp. for procedurens udførelse.
Hæn. slut	Sluttidsp	Det faktiske sluttidspunkt for selve proceduren, f.eks. sluttidspunkt for en operation
Andet tidspunkt	Afslut.tidsp	Afslutning af en procedure med udstrækning, f.eks. aftagning af gipsbandage eller fjernelse af kateter. Nogle operative indbrev afsluttes med en dedikeret kode, fx "Fjernelse af osteosyntesemateriale", og de registreres så som en selvstændig procedure.
Ansv. enhed kode	Prod.enh	Den enhed, der har udført proceduren.
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode	Rekv.enh	Den enhed, der har rekvireret proceduren. Herunder også ordinerende enhed, hvis der ikke foreligger en rekvisition.
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		
Afslut. enhed kode	Afslut.enh	Den enhed, der afslutter en procedure med udstrækning, f.eks. fjerner et kateter.
Afslut. inst. tekst		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Afslut. afd. tekst		
Afslut. person		
Stedkode	Proc.st	Det sted, hvor proceduren udføres.
Sted-tekst		
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.	Re/ord/plan	Ref. til den umiddelbart forudgående rekvisition, ordination eller planlagte procedure, som evt. får producenten til at udføre proceduren.
Objekt ref.		Link til evt. notat eller anden beskrivelse af proceduren, f.eks. operationsbeskrivelse.
Fri tekst		
Værdi 1		Hver proc. hændelse repræsenterer kun én enhed (f.eks. stk.)
Enhed værdi 1		
Værdi 2		
Enhed værdi 2		
Værdi 3		
Enhed værdi 3		
Art	X	Procedureart jf. SST. En af værdierne: V, P eller D efter SST's klassifikation. Obl. Hvis operation, ellers blank.
Primær-kode	Procedure	Primærkoden for den udførte procedure.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 1	Indikation	Begrundelse for proceduren. Oftest en diagnosekode. Indikation kan ved en anæstesi være en operation.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2	Prioritet	Prioritet for proceduren.
Klas	SUP	
Kode-tekst		
Suppl. kode 3	Afsl.årsag	Kode for årsagen til, at en procedure med lang udtrækning afsluttes. Se kommentar til procedurens afslutningstidspunkt.
Klas		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Kode-tekst		
Suppl. kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 5		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Obligatorisk / Mandatory

Udtrækkes hvis data findes / Optional

Benyttes ikke for hændelsestypen

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Hændelsestype	Medicin-givning	En konkret medicingivning, dvs. én dosis, herunder en infusion. Kan også omfatte et anæstesi præparat. Der udtrækkes kun givninger i udtræksdøgnet og de 2 forudgående døgn.
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	MEDGIV	
Hæn. start	Starttidsp	Faktisk givningstidspunkt (eller starttidspunkt ved f.eks. infusioner).
Hæn. slut		
Andet tidspunkt	Afslut.tidsp	Faktisk sluttidspunkt for medicingivningen af den pågældende dosis, f.eks. ved infusion.
Ansv. enhed kode	Prod.enh	Den enhed, der giver medicinen.
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode	Ord.enh	Den enhed, der har ordineret medicinen.
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		
Afslut. enhed kode	Afslut.enh	Den enhed, der afslutter en medicingivning, f.eks. ved nedtagning af et drop.
Afslut. inst. tekst		
Afslut. afd. tekst		
Afslut. person		
Stedkode	Proc.st	Det sted, hvor medicingivningen foregår.

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Sted-tekst		
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.	Med.ord.	Ref. til den medicin-ordination, der evt. udløser givningen.
Objekt ref.		Der kan evt. linkes til udvidet datasæt om medicingivning.
Fri tekst		
Værdi 1	E-dosis	Enkeltdosis, der er givet. Her angives ENTEN mængden af det aktive indholdsstof pr. enkeltdosis fx i mg. ELLER antal præparatenheder, fx antal tabletter, dråber eller pust jf. SST-klas. Valget mellem de to muligheder vil fremgå af feltet "Enhed".
Enhed værdi 1		Enhed for E-dosis. ENTEN fx mg ELLER fx stk (ved tabletter), antal dråber og pust jf. SST-klas.
Værdi 2		
Enhed værdi 2		
Værdi 3		
Enhed værdi 3		
Art		
Primær-kode	Præparat	Drug-ID for det givne præparat.
Klas		For officielle præparater: LMS (Lægemiddelstyrelsens specialitetstakst). For uofficielle præparater: Lokal.
Kode-tekst		Konkatenering af felterne: "Navn", "Form", "Styrke" uden overflødige blanke. Hentes fra LMS-takst. Ved lokal kode anv. lokal tekst.
Suppl. kode 1	Indikation	Begrundelse for medicingivningen. Oftest en diagnosekode. Hentes normalt fra medicinordinationen.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2	Type	Fast dosering, engangsdosis, efter skema eller p.n.-medicin kodet efter SUP-klassifikation.
Klas	SUP	
Kode-tekst		
Suppl. kode 3	Afsl.årsag	Koden for årsagen til afslutning af en medicin-givning, f.eks. afbrydelse af en infusion pga. allergisk reaktion.

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 4	ATC	Kodet værdi efter ATC-klassifikationen.
Klas	ATC	
Kode-tekst		
Suppl. kode 5	Adm.måde	Administrationsmåde (adgangsvej) for præparat. SKS- Behandlingsklassifikationens kapitel BZA. Hvis denne ikke benyttes i det lokale system, kan den lokale klassifikation anvendes.
Klas	SKS	
Kode-tekst		
Tillægs-kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Obligatorisk / Mandatory

Udtrækkes hvis data findes / Optional

Benyttes ikke for hændelsestypen

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Hændelsestype	Kontaktperiode	En kontaktperiode ved kontaktregistrering og en status ved forløbsregistrering. Der kan skiftes til samme kontaktttype ved overflytninger. Kan ordineres, rekvireres og bookes. Omfatter fx en indlæggelse og et ambulært forløb, men ikke skift af adresse-afd.
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	KONSTA	
Hæn. start	Starttidsp	Starttidsp. for kontaktperioden eller den pågældende status.
Hæn. slut		
Andet tidspunkt	Afslut.tidsp	Afslutningstidspunkt for en kontaktperiode eller en status, f.eks. udskrivningstidspunkt. Der skal være ét minut imellem sammenhængende statusser/kontakters afslutningstidsp. og starttidsp.
Ansv. enhed kode	Ansv.enh	Den lægeligt ansvarlige enhed for kontakten / statussen (dvs. stamafdelingen). Hvis ansvaret skifter, skal der oprettes en ny kontakt/status og dermed en ny hændelse af denne type.
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode	Rekv.enh	Den enhed, der har rekvireret kontaktperioden/statussen, f.eks. henvisende enhed. Herunder også ordinerende afd., hvis der ikke foreligger en rekvisition. Obligatorisk for sygehusafdelinger.
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Afslut. enhed kode	Afslut.enh	Den enhed, der afslutter den givne status/kontakt. Næsten altid lig stamafdelingen, men personen vil ofte være en anden end "Ansvarlig person".
Afslut. inst. tekst		
Afslut. afd. tekst		
Afslut. person		
Stedkode	Stam.st	Det sted, der har det lægelige ansvar for patienten under kontaktperioden. Bemærk: Adresseafdeling er en selvstændig procedure.
Sted-tekst		
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.	Re/ord/plan	
Objekt ref.		
Fri tekst		F.eks. henvisningstekst
Værdi 1		
Enhed værdi 1		
Værdi 2		
Enhed værdi 2		
Værdi 3		
Enhed værdi 3		
Art		
Primær-kode	Status	SUP-kode for statustype eller kontaktperiodetype
Klas	SUP	
Kode-tekst		
Suppl. kode 1	Indikation	Begrundelse for kontaktperioden / statussen. Vil ofte være en henvisningsdiagnose.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2	Prioritet	Prioritet for kontakten eller statussen.
Klas	SUP	
Kode-tekst		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Suppl. kode 3	Afsl.årsag	Kode for årsagen til afslutning af kontaktperioden, f.eks. udskrivningsmåde.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 5		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Obligatorisk / Mandatory

Udtrækkes hvis data findes / Optional

Benyttes ikke for hændelsestypen

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Hændelsestype	Anamnestisk oplys.	En oplysning om patientens sygdomsforløb, som fortælles til en sundhedsfaglig person af patienten selv eller en anden person, f.eks. en pårørende.
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	ANAM	
Hæn. start	Konst.tidsp.	Konstateringstidspunkt. Tidspunkt, hvor fx lægen modtager oplysningen fra patienten eller en anden kilde.
Hæn. slut		
Andet tidspunkt	Anam.tidsp	Anvendes til et anamnestisk tidspunkt, f.eks. datoen for sidste menstruation eller et ulykkestilfælde. Alternativt kan længde af perioden siden den anamnestiske indtraf / startede repræsenteres med "Værdi 1". Varigheden af den anamnestiske begivenhed (fx et smerteanfald) kan repræsenteres med "Værdi 2".
Ansv. enhed kode	Konst.enh	Den enhed, der konstaterer oplysningen.
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode		
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		
Afslut. enhed kode		
Afslut. inst. tekst		
Afslut. afd. tekst		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Afslut. person		
Stedkode	Konst.sted	Det sted, hvor konstateringen finder sted (f.eks. ambulatoriet), hvis det er relevant.
Sted-tekst		
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.	Us. hæn.	Ref. til den undersøgelse (udf. procedure), som ligger til grund for konstateringen, f.eks. "Stuegang" eller "Samtale med pårørende".
Objekt ref.		Link til evt. notat eller anden beskrivelse (f.eks. et indscannet brev eller tidligere journal) med den anamnesticke oplysning.
Fri tekst		
Værdi 1	Periode	F: Talværdi, evt. forudgået af >, <, >= eller <= uden blanke karakterer i mellem. Længden af perioden siden den anamnesticke begivenhed indtraf / startede angivet i fx dage / uger / år jf. "Enhed".
Enhed værdi 1		Enhed for periode, f.eks. dage, måneder eller år.
Værdi 2	Varighed	F: Talværdi, evt. forudgået af >, <, >= eller <= uden blanke karakterer i mellem. Varigheden af den anamnesticke begivenhed (fx et smerteanfald eller udslæt)
Enhed værdi 2		Enhed for varighed, f.eks. dage, måneder eller år.
Værdi 3		
Enhed værdi 3		
Art		
Primær-kode	Anam. opl.	Primærkode for den anamnesticke oplysning, f.eks. "Allergi for ...". En tidligere operation angives med en kode for "Tidligere udført procedure" og så den konkrete procedure som 1. tillægskode.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 1	Us.proc.	Kode for hvordan oplysningen er fremkommet og fra hvem den stammer (f.eks. samtale med pårørende).
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 5		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Obligatorisk / Mandatory

Udtrækkes hvis data findes / Optional

Benyttes ikke for hændelsestypen

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Hændelsestype	Observation / fund	En observation eller et fund, der almindeligvis gøres af en sundhedsfaglig person. Bruges til værdier/forhold konstateret ved en klinisk undersøgelse af patienten, herunder fx puls, blodtryk og temperatur, en følt ømhed eller et udslæt.
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	OBSFUND	
Hæn. start	Obs.tidsp	Observationstidsp. Tidsp. hvor observationen eller fundet er gjort (ikke nødvendigvis lig reg. tidsp.)
Hæn. slut		
Andet tidspunkt		
Ansv. enhed kode	Obs.enh	Den observerende enhed.
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode		
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		
Afslut. enhed kode		
Afslut. inst. tekst		
Afslut. afd. tekst		
Afslut. person		
Stedkode	Obs.sted	Stedet, hvor observationen / fundet er gjort.
Sted-tekst		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.	Us. hæn.	Ref. til den undersøgelse (udf. procedure), som ligger til grund for observationen / fundet.
Objekt ref.		
Fri tekst		
Værdi 1	Værdi	F: Talværdi, evt. forudgået af >, <, >= eller <= uden blanke karakterer i mellem. Observeret, målt eller fundet værdi, fx temperatur, puls, respiration, diurese. Anvendes ikke til blodtryksværdier, hvis værdi 2 og 3 anvendes.
Enhed værdi 1		
Værdi 2	Syst. BT	Systolisk blodtryk. Feltet anvendes kun ved blodtryksmåling.
Enhed værdi 2		
Værdi 3	Dias.BT	Diastolisk blodtryk. Feltet anvendes kun ved blodtryksmåling.
Enhed værdi 3		Fælles enhed for alle tre værdier.
Art		
Primær-kode	Obs./fund	Primærkode for observation eller fund, f.eks. puls eller temperatur.
Klas	SUP	SUP-klassifikation for de vigtigste. "Lokal" eller "Ingen" for resten.
Kode-tekst		
Suppl. kode 1	Us.proc.	Koden for den undersøgelse, der påviste observationen eller fundet.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 5		
Klas		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Kode-tekst		
Tillægs-kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Obligatorisk / Mandatory

Udtrækkes hvis data findes / Optional

Benyttes ikke for hændelsestypen

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Hændelsestype	Prøveresultat	Et resultat af andre undersøgelser end den kliniske. Omfatter fx lab.svar, rtg.svar og klin. fys. Resultater. Hændelsestypen benyttes kun, når der kan angives et konkret og sigende svar eller evt. et link til det pågældende svar.
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	RESULT	
Hæn. start	Prøvetidsp	Tidspunkt for undersøgelsen eller prøvetagningen.
Hæn. slut	Svartidsp	Tidspunkt, hvor den producerende afdeling afgiver/fremsender svaret/resultatet.
Andet tidspunkt		
Ansv. enhed kode	Prod.enh	Den enhed, der frembringer prøveresultatet / svaret, f.eks. et laboratorium.
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode	Rekv.enh	Rekvirerende enhed. Herunder også ordinerende afd., hvis der ikke foreligger en rekvisition.
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		
Afslut. enhed kode		
Afslut. inst. tekst		
Afslut. afd. tekst		
Afslut. person		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Stedkode	Proc.st	Sted for fremkomst af resultat, f.eks. hvilken af flere rtg. afsnit eller lokalafdelinger
Sted-tekst		
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.	Us. hæn.	Ref. den undersøgelse (udf. procedure), der har givet anledning til resultatet.
Objekt ref.		Link til f.eks. billedfil, elektronisk EKG-repræsentation eller special-datasæt. Der registreres en hændelse for hver objekt-fil.
Fri tekst		Herunder f.eks. tekstuelle svar, kommentarer og advarsler.
Værdi 1	Værdi	F: Talværdi, evt. forudgået af >, <, >= eller <= uden blanke karakterer i mellem. Resultatværdi.
Enhed værdi 1		
Værdi 2	Nedre	Nedre grænseværdi for resultatværdien
Enhed værdi 2		
Værdi 3	Øvre	Øvre grænseværdi for resultatværdien.
Enhed værdi 3		Fælles enhed for alle tre værdier.
Art	*	Bruges til markering med en *, når resultatet er uden for normalområdet.
Primær-kode	Result./svar	Primærkode for resultatet (ikke us. proc.!) f.eks. "Hæmoglobin". Udover lab.prøver er kun få resultater og svar klassificeret indtil nu. For patologisvar anvendes her en SUP-kode for "Patologisvar". Blodtypesvar (og lignende) angives enten her efter en klassifikation over blodtyper eller som tekst i feltet "Fri tekst".
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 1	Us.proc.	Koden for undersøgelses-proceduren, hvis det er relevant. Ofte vil us.typen dog være indlysende, f.eks. ved blodprøvetagning. Ved patologisvar lig undersøgelsestype, f.eks. "Histologi" iht. SUP-klas.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2	Anat.lok.	Anvendes til anatomisk lokalisation og dermed f.eks. T-koden ved patologisvar.

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Klas	SNO	Oftest Snomed, men ellers lokal eller ingen klassifikation.
Kode-tekst		
Suppl. kode 3	Morfologi	Anvendes til morfologi og dermed f.eks. M-koden ved patologisvar. Øvrige patologikoder repræsenteres som tillægskoder.
Klas	SNO	Oftest Snomed, men ellers lokal eller ingen klassifikation.
Kode-tekst		
Suppl. kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 5		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Obligatorisk / Mandatory

Udtrækkes hvis data findes / Optional

Benyttes ikke for hændelsestypen

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Hændelsestype	Effekt af behandling	En effekt af en bestemt behandling, repræsenteret ved før- og efterværdier (eller koder) for en effektparameter, f.eks. et prøveresultat, en observation, et fund eller patientens vurdering.
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	EFFEKT	
Hæn. start	Obs.tidsp	Tidsp. for observation af effektparameteren efter behandlingen (efterværdien - se "Værdi 2"). Det kan være behandlerens eller patientens observation.
Hæn. slut		
Andet tidspunkt	Beh.tidsp.	Starttidspunktet for den behandling, som tilskrives den pågældende effekt.
Ansv. enhed kode	Obs.enh	Den enhed, der observerer, konstaterer eller får oplyst effekten.
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode	Prod.enh	Den enhed, der har udført den procedure, som man tilskriver effekten.
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		
Afslut. enhed kode		
Afslut. inst. tekst		
Afslut. afd. tekst		
Afslut. person		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Stedkode	Obs.sted	Stedet, hvor observationen foregår.
Sted-tekst		
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.	Beh.hæn.	Ref. til den behandlingshændelse, som effekten tilskrives.
Objekt ref.		
Fri tekst		
Værdi 1	Førværdi	F: Talværdi, evt. forudgået af >, <, >= eller <= uden blanke karakterer i mellem. Værdi af effektparameteren målt/konstateret inden behandlingens start, fx et blodprøveresultat eller en målt bevægelighed før en hofteoperation.
Enhed værdi 1		
Værdi 2	Efterværdi	F: Talværdi, evt. forudgået af >, <, >= eller <= uden blanke karakterer i mellem. Værdi af effektparameteren målt/konstateret efter behandlingen på den angivne observationsdato, fx et blodprøveresultat eller en målt bevægelighed efter en hofteoperation.
Enhed værdi 2		
Værdi 3		
Enhed værdi 3		
Art		
Primær-kode	Effektparam.	Primærkode for den observerede effektparameter, f.eks. patienttilfredshed, smerter, bevægelighed eller en blodprøve. Der findes ikke p.t. en officiel klas. for effektparametre.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 1	Us.proc.	Evt. undersøgelse, der påviste behandlings-effekten.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2	Beh.proc.	Procedurekoden for den behandling, som effekten tilskrives.
Klas		
Kode-tekst		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Suppl. kode 3	Førkode	Kode for effektparameteren målt/konstateret inden behandlingens start.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 4	Efterkode	Kode for effektparameteren målt/konstateret på observationstidspunktet.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 5		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Obligatorisk / Mandatory

Udtrækkes hvis data findes / Optional

Benyttes ikke for hændelsestypen

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Hændelsestype	Komplikation/bivirk.	Komplikationer og bivirkninger til en given behandling eller undersøgelse. Beskrives ofte med en diagnosekode, men de er en særskilt hændelsestype i SUP, fordi det er hensigtsmæssigt at medtage specielle oplysninger og relationer vedr. disse hændelser.
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	KOMBIV	
Hæn. start	Obs.tidsp	Observationstidspunkt. Tidsp. for observation af komplikationen / bivirkningen (eller evt. patientens oplysning om observationstidspunktet).
Hæn. slut		
Andet tidspunkt	Proc.tidsp.	Starttidspunktet for den procedure, som komplikationen eller bivirkningen tilskrives.
Ansv. enhed kode	Obs.enh	Den enhed, der observerer eller får oplyst komplikationen eller bivirkningen.
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode	Prod.enh	Den enhed, der har udført den procedure, som udløser en komplikation eller bivirkning.
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		
Afslut. enhed kode		
Afslut. inst. tekst		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Afslut. afd. tekst		
Afslut. person		
Stedkode	Obs.sted	Det sted, hvor komplikationen eller bivirkningen observeres eller oplyses.
Sted-tekst		
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.	Proc.hæn.	Ref. til den proc.hændelse, der har medført komplikationen / bivirkningen.
Objekt ref.		
Fri tekst		Evt. supplerende tektuel beskrivelse af komplikationen / bivirkningen.
Værdi 1		
Enhed værdi 1		
Værdi 2		
Enhed værdi 2		
Værdi 3		
Enhed værdi 3		
Art		
Primær-kode	Diagnose	Diagnosekode (eller problemkode) for den pågældende komplikation eller bivirkning.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2	Proc.	Kode for den procedure, der udløste komplik. eller bivirkning
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 4		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 5		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Obligatorisk / Mandatory

Udtrækkes hvis data findes / Optional

Benyttes ikke for hændelsestypen

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Hændelsestype	Diagnose	Andre diagnoser end komplikationer og bivirkninger (hvis ellers hændelsestypen "Komplikation/bivirkning" er taget i brug i det pågældende system).
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	DIAG	
Hæn. start	Diag.tidsp	Diagnosetidspunktet. Det tidspunkt, hvor diagnosen stilles. Ved kontaktregistrering tidfæstes diagnoser ofte traditionelt til kontaktens sluttidspunkt. Ved mangel på et korrekt starttidspunkt kan man derfor ved afsluttede kontakter anvende dette sluttidspunkt i stedet. Ellers må man som en nødløsning anvende diagnosens registreringstidspunkt som starttidspunkt.
Hæn. slut		
Andet tidspunkt	Afslut.tidsp	Datoen for afslutningen af en diagnose. Bruges især ved forløbsregistrering.
Ansv. enhed kode	Diag.enh	Diagnoseansvarlig enhed. Den enhed, der stiller diagnosen.
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode		
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		
Afslut. enhed kode	Afslut.enh	Den enhed, der afslutter / lukker diagnosen.
Afslut. inst. tekst		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Afslut. afd. tekst		
Afslut. person		
Stedkode	Diag.sted	Det sted, hvor diagnosen er stillet.
Sted-tekst		
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.	Proc.hæn.	Ref. til en evt. procedure, der har relation til diagnosticeringen f.eks. til et besøg, en status eller en procedure, f.eks. en operation.
Objekt ref.		
Fri tekst		
Værdi 1		
Enhed værdi 1		
Værdi 2		
Enhed værdi 2		
Værdi 3		
Enhed værdi 3		
Art	X	SST's diagnoseart. En af værdierne: A, G, B, H, C eller M jf. SST's klassifikation.
Primær-kode	Diagnose	Diagnosekode.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 4		
Klas		
Kode-tekst		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Suppl. kode 5		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Obligatorisk / Mandatory

Udtrækkes hvis data findes / Optional

Benyttes ikke for hændelsestypen

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Hændelsestype	Problem	Et problem i relation til patientens sygdomsforløb. Kan være en diagnose, men behøver ikke være det. Det findes pt. ikke en off. problemklassifikation, men derimod flere lokale klassifikationer over f.eks. sygeplejeproblemer.
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	PROB	
Hæn. start	Konst.tidsp.	Konstateringstidspunkt for problemet.
Hæn. slut		
Andet tidspunkt	Afslut.tidsp	Tidspunkt for afslutning af problemet, enten fordi det er løst, eller fordi man ikke kan komme længere med løsningen af dette problem. Årsagen bør fremgå af "Afslutningsårsag".
Ansv. enhed kode	Konst.enh	Den enhed, der konstaterer problemet.
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode		
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		
Afslut. enhed kode	Afslut.enh	Den enhed, der afslutter problemet.
Afslut. inst. tekst		
Afslut. afd. tekst		
Afslut. person		
Stedkode	Konst.sted	Det sted, hvor problemet konstateres.

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Sted-tekst		
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.	Proc.hæn.	Ref. til f.eks. et besøg, en status eller en procedure (f.eks. en operation), hvor problemet konstateres.
Objekt ref.		
Fri tekst		
Værdi 1	Værdi	F: Talværdi, evt. forudgået af >, <, >= eller <= uden blanke karakterer i mellem. Værdi med relation til problemet, fx værdi på en smerteskala.
Enhed værdi 1		
Værdi 2		
Enhed værdi 2		
Værdi 3		
Enhed værdi 3		
Art		
Primær-kode	Problem	Primærkoden for problemet. Kan f.eks. være en diagnosekode.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 1	Årsag	Kode for en evt. kendt årsag til problemet, f.eks. en diagnose.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 3	Afsl.årsag	Koden for årsagen til afslutningen af problemet, f.eks. "Løst" eller "Løsning ikke mulig".
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 5		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Obligatorisk / Mandatory

Udtrækkes hvis data findes / Optional

Benyttes ikke for hændelsestypen

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Hændelsestype	Mål	Et opstillet mål for behandling eller pleje.
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	MÅL	
Hæn. start	Beslut.tidsp.	Tidspunkt, hvor målet opstilles.
Hæn. slut	Ønsk.opfyl.	Tidspunkt, hvor målet ønskes nået.
Andet tidspunkt	Afslut.tidsp	Tidspunkt for afslutning af målet, enten fordi målet er nået, eller fordi man har opgivet målet (det bør fremgår af "Afslutningsårsag")
Ansv. enhed kode	Beslut.enh	Den enhed, der opstiller målet
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode		
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		
Afslut. enhed kode	Afslut.enh	Denne enhed, der afslutter målet.
Afslut. inst. tekst		
Afslut. afd. tekst		
Afslut. person		
Stedkode	Beslut.st	Stedet, hvor målet opstilles.
Sted-tekst		
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.	Prob/diag	Ref. til den hændelse (diagnose eller problem), som målet relaterer sig til.
Objekt ref.		
Fri tekst		
Værdi 1	Værdi	F: Talværdi, evt. forudgået af >, <, >= eller <= uden blanke karakterer i mellem. Værdi med relation til målet, fx niveau af bestemt blodprøveværdi.
Enhed værdi 1		
Værdi 2	Nedre	Evt. nedre grænseværdi for værdien. Anvendes til at angive et ønsket interval, som en given parameter bør holde sig indenfor.
Enhed værdi 2		
Værdi 3	Øvre	Evt. øvre grænseværdi for værdien. Anvendes til at angive et ønsket interval, som en given parameter bør holde sig indenfor.
Enhed værdi 3		
Art	*	Bruges til markering med en *, når resultatet er uden for det ønskede målområde.
Primær-kode	Mål	Målkode, dvs. primærkoden for målet. Der findes ingen off. klas. p.t.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2	Prob/diag	Kode for det problem eller diagnose, som målet relaterer sig til.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 3	Afsl.årsag	Kode for årsagen til at målet afsluttes, f.eks. "Målet nået" eller "Målet opgivet".
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 5		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Obligatorisk / Mandatory

Udtrækkes hvis data findes / Optional

Benyttes ikke for hændelsestypen

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Hændelsestype	Adm. karak. m.m.	Administrative forhold m.m. i relation til patientbehandlingen.
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	ADM	
Hæn. start	Starttidsp	Start- eller konstateringstidsp. for det pågældende karakteristikum.
Hæn. slut	Sluttidsp	Et i forvejen kendt sluttidspunkt, f.eks. for en passiv venteperiode.
Andet tidspunkt	Afslut.tidsp	Faktisk afslutnings-tidspunkt for den administrative hændelse, f.eks. for en betalingsgruppe eller kommunekode.
Ansv. enhed kode	Konst.enh	Den enhed, der konstaterer eller beslutter et administrativt karakteristikum.
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode		
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		
Afslut. enhed kode	Afslut.enh	Den enhed, der afslutter det pågældende karakteristikum.
Afslut. inst. tekst		
Afslut. afd. tekst		
Afslut. person		
Stedkode	Konst.sted	Det sted, hvor det pågældende karakteristikum konstateres eller beslattes.
Sted-tekst		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.	Proc./ rekv.	Ref. til udført procedure eller rekvisition. F.eks. ref. til rekv. ved passiv ventetid eller til et besøg eller en kontakt/status.
Objekt ref.		
Fri tekst		
Værdi 1		
Enhed værdi 1		
Værdi 2		
Enhed værdi 2		
Værdi 3		
Enhed værdi 3		
Art		
Primær-kode	Adm.karak.	Karakteristikum-kode. Primærkode for det pågældende karakteristikum.
Klas		SUP-klassifikation for de vigtigste. "Ingen" for resten.
Kode-tekst		
Suppl. kode 1	Årsag	Kode for årsagen til det pågældende karakteristikum.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 3	Afsl.årsag	Koden for afslutningsårsagen til afslutning af karakteristikum.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 5		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 1		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Obligatorisk / Mandatory

Udtrækkes hvis data findes / Optional

Benyttes ikke for hændelsestypen

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Hændelsestype	Notat	En fritekst-beskrivelse, som evt. kan være opdelt i strukturerede rubrikker. Svarer til papirjournalens notater. Må kun omfatte ét tidspunkt. En hel continuation skal således deles op med et notat for hver tilføjelse til continuationen.
Person-ID		
Køn		
Personalder		
Fødesystem		
Teknisk forløb		
Forløbs-ID		
Forløbs-start		
Forløbs-afslut		
Opr. forløbsansv. enhed kode		
Opr. forløbsansv. inst. tekst		
Opr. forløbsansv. afd. tekst		
Forløbs-diag. kode		
Diag. klas		
Forløbs-diag. tekst		
Hæn. ID		
Hæn. type	NOTAT	
Hæn. start	Konst.tidsp.	Det tidspunkt, som notatet relaterer sig til. F.eks. starttidspunkt for stuegang eller amb. besøg på en given patient - ikke dikterings- eller skrivningstidsp.
Hæn. slut		
Andet tidspunkt		
Ansv. enhed kode	Prod.enh	Den enhed, der udarbejder notatet.
Ansv. inst. tekst		
Ansv. afd. tekst		
Ansv. person		
Anden enhed kode	Rekv.enh	Rekvirende enhed for notatet, herunder også ordinerende enhed, hvis der ikke foreligger en rekvisition. Relevant fx ved tilsyn og andre tilsvarende svar på notatform.
Anden inst. tekst		
Anden afd. tekst		
Anden person		
Afslut. enhed kode		
Afslut. inst. tekst		
Afslut. afd. tekst		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Afslut. person		
Stedkode	Proc.st	Sted for den hændelse, som notatet relaterer sig til.
Sted-tekst		
Forløb-status		
Ugyl. tidsp		
Reg. tidsp		
Reg. inst-afd		
Reg. pers.		
Tilstede tidsp		
Sik. kode		
Hæn. ref.	Proc.hæn.	Ref. en evt. procedure, som notatet omhandler (f.eks. en operation) eller en generel procedure, f.eks. stuegang og amb. besøg.
Objekt ref.		Evt. link til en særlig udgave af notatet, herunder f.eks. til en grafisk formatering, der indeholder kurver eller billeder.
Fri tekst		F: Txt. En fri tekst om notatet kan gengives her (men ikke notatets brødtekst, som repræsenteres af en særskilt attribut i UML/XML-specifikationen, og som kun gengives i browseren).
Værdi 1		
Enhed værdi 1		
Værdi 2		
Enhed værdi 2		
Værdi 3		
Enhed værdi 3		
Art		
Primær-kode		Primærkoden (notattypen) udfyldes ikke for notater.
Klas	Ingen	
Kode-tekst		Her angives notatets lokale overskrift.
Suppl. kode 1	Proc.	Koden for den procedure, som notatet evt. omhandler (f.eks. en operation) eller en generel notatprocedure, f.eks. stuegang og amb. besøg.
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 3		
Klas		
Kode-tekst		

Felt	Hændelse	Beskrivelse
Suppl. kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Suppl. kode 5		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 1		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 2		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 3		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 4		
Klas		
Kode-tekst		
Tillægs-kode 5		
Klas		
Kode-tekst		

Obligatorisk / Mandatory

Udtrækkes hvis data findes / Optional

Benyttes ikke for hændelsestypen