

Kirurgisk Klinik	Patientjournalen
Gyldighedsperiode	01.04.2014 – 31.03.2017
Revideres	01.03.2017
Ansvarlig for dokumentet	EI
Godkendt af:	EI
Formål:	At sikre, at klinikkens elektroniske patientjournal indeholder relevante patientdata i henhold til gældende lovgivning samt sikre kontinuitet, sammenhængende patientforløb, sikkerhed og kvalitet i forbindelse med pleje og behandling af patienter.
Hvem gælder dokumentet for?	Alle ansatte

Fremgangsmåde:

Relevante patientdata (henvisningsdiagnose mv.) hentes almindeligvis via Refhost og CPR-registret og oprettes i klinikkens elektroniske patientjournal ved første henvendelse til klinikken, telefonisk eller ved personligt fremmøde.

Patientjournalen optages, når patienten møder til første konsultation hos speciallægen, hvilket ofte sker ifm. end undersøgelse, fx gastroskopi.

Ved første konsultation informeres pt om samtykke til tilladelser til at dele oplysninger med andre dele af sundhedsvæsenet, medicinering, allergier mv (se skema) og dette indføres i journalen. Hvis der er begrænsninger noteres dette.

De fleste patienter afsluttes efter første konsultation og behandling

Andre får med det samme operationsdato og mødetidspunkt, og informeres mundtligt og skriftligt om operationsrisici, såsom uskønne ar, infektion samt afholdelse fra motion indtil suturfjernelse samt andre risici.

Alle journalnotater der kan have interesse for henvisende og e.l. sendes løbende.

Samtlige journalnotater skrives i patientjournalen, så al personale på klinikken har tilgængelig viden om patientens undersøgelses- og behandlingsforløb.

Det sikres, at al henvendelse ud af huset (recepter, henvisninger, laboratorierequisitioner m.m.) bliver registreret hos modtageren. Dette gøres ved at sikre positive kvitteringer på sendt materiale – se parakliniske undersøgelser.

Det er den virksomhedsansvarlige læge, der har det overordnede ansvar for, at patientjournalen føres korrekt og at behandlinger udført af andet

sundhedspersonale, registreres i patientjournalen.

Journalen føres elektronisk og kan udskrives på papir.

Alle journalnotater signeres af den der dikterer og skriver, således

Sygeplejepersonale der selv skriver signerer selv.

Sikkerhed:

Klinikkens elektroniske patientjournaler sikkerhedskopieres løbende, så intet materiale går tabt. Al sikkerhedskopiering sker ud af huset ad en godkendt og sikret forbindelse.

Oplysninger i patientjournalen må ikke slettes eller gøres ulæselige. Såfremt rettelser eller tilføjelser er nødvendige skal det foregå således, at den oprindelige tekst bevares. Det skal angives, af hvem og hvornår rettelsen/tilføjelsen er foretaget.

Opbevaring:

Det er den autoriserede sundhedsperson, der er ansvarlig for overholdelse af opbevaringspligten.

Patientjournaler opbevares i 10 år, opbevaringsperioden gælder fra den seneste journaloptegnelse.

Opbevaringspligten gælder, selvom patienten er afdøet ved døden.

Evaluerings:

Audit én gang årligt på 20 udvalgte patientjournaler sikrer, at patientdata registreres korrekt.

Referencer	https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=144979 Journalføringsbekendtgørelsen – Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler Se standardens ref.
DDKM standard	DDKM 5 patientjournalen
Krydsreferencer	DDKM 6, patientsikkerhed DDKM 7 parakliniske undersøgelser, med retningsgivende dokumenter