

HL7v3-implementatiehandleiding CDA e- Paramedici



postadres: Postbus 19121, 2500 CC Den Haag
bezoekadres: Oude Middenweg 55, 2491 AC Den Haag
telefoon: 070 317 34 50; fax: 070 320 74 37; e-mail: info@nictiz.nl
www.nictiz.nl

Versie : 1.0
Datum : 24-mei-2013
Referentie: [HL7v3 CDA IH ePar]

Inhoud

1	Inleiding	7
1.1	Doel en scope	7
1.2	Doelgroep voor dit document	7
1.3	Relatie met andere documenten	7
1.4	Documenthistorie	7
1.5	Legenda	7
2	Procesbeschrijving	10
3	Algemene eisen	11
4	Refined Message Information Model – POCD_RM000040 - Clinical Document Architecture.....	12
5	CDA header	15
5.1	recordTarget	16
5.1.1	patientRole	17
5.2	author	17
5.2.1	assignedAuthor.....	18
5.2.2	assignedPerson	18
5.2.3	representedOrganization.....	19
5.3	custodian.....	19
5.3.1	assignedCustodian	19
5.4	informationRecipient	19
5.4.1	intendedRecipient	20
5.5	participant	21
5.5.1	associatedEntity	21
5.5.2	associatedPerson	21
5.5.3	scopingOrganization	21
6	CDA Body	23
6.1	component	23
6.1.1	structuredBody.....	23
7	CDA secties - overzicht.....	24
8	CDA sectie Kern consultvraag / verwijzing	27
8.1	CDA sectie vraagstelling/reden verwijzing.....	27
8.1.1	text.....	28
8.1.2	entry ICPC-code	28
8.2	CDA sectie anamnese.....	29
8.2.1	text.....	30
8.2.1	entry S-regel.....	30
8.2.2	entry E-regel	31
8.2.3	entry ICPC-code	31
8.3	CDA sectie lichamelijk onderzoek.....	31
8.3.1	text.....	32
8.4	CDA sectie relevante comorbiditeit.....	32
8.4.1	text.....	33
8.4.2	entry ICPC-code	33
8.5	CDA sectie ingestelde behandeling.....	34
8.5.1	text.....	34
8.5.1	entry P-regel	35

8.5.2	entry Medicatielijst.....	35
8.6	CDA sectie besproken met patiënt	37
8.6.1	text.....	38
8.7	CDA sectie procedurevoorstel	38
8.7.1	text.....	38
9	CDA sectie Bijlage consultvraag / verwijzing.....	39
9.1	CDA sectie medicatie actueel.....	39
9.1.1	text.....	40
9.1.2	entry Medicatielijst.....	40
9.2	CDA sectie aanvullend onderzoek	40
9.2.1	text.....	41
9.3	CDA sectie ook bekend bij	41
9.3.1	text.....	42
9.4	CDA sectie risicovol leefgedrag	42
9.4.1	text.....	42
9.4.2	entry ICPC-code	43
9.5	CDA sectie familieanamnese	43
9.5.1	text.....	44
9.6	CDA sectie psychosociale anamnese.....	44
9.6.1	text.....	45
9.7	CDA sectie voorzieningen nodig bij consult.....	45
9.7.1	text.....	45
10	CDA sectie Kern aanvullende informatie	46
10.1	CDA sectie vraagstelling/reden verwijzing.....	46
10.2	CDA sectie anamnese.....	46
10.2.1	text.....	46
10.2.2	entry E-regel.....	46
10.2.1	entry ICPC-code	47
10.3	CDA sectie lichamelijk onderzoek.....	47
10.4	CDA sectie relevante comorbiditeit.....	47
10.5	CDA sectie ingestelde behandeling.....	47
10.5.1	text.....	47
10.5.2	entry Medicatielijst.....	47
10.6	CDA sectie besproken met patiënt	47
10.7	CDA sectie procedurevoorstel	47
11	CDA Bijlage aanvullende informatie	48
11.1	CDA sectie medicatie actueel.....	48
11.1.1	text.....	48
11.1.2	entry Medicatielijst.....	48
11.2	CDA sectie aanvullend onderzoek	48
11.2.1	text.....	48
11.3	CDA sectie ook bekend bij	49
11.3.1	text.....	49
11.4	CDA sectie risicovol leefgedrag	49
11.4.1	Text	49
11.5	CDA sectie familieanamnese	49
11.5.1	text.....	49
11.6	CDA sectie psychosociale anamnese.....	49
11.6.1	text.....	49
11.7	CDA sectie voorzieningen nodig bij consult.....	49
11.7.1	text.....	49

12 CDA sectie Kern DTF: niet pluis	50
12.1 CDA sectie contactreden/hulpvraag/functioneringsproblemen	50
12.1.1 text.....	51
12.2 CDA sectie conclusie screening (pluis/niet pluis)	51
12.2.1 text.....	52
12.3 CDA sectie anamnese.....	52
12.3.1 text.....	52
12.4 CDA sectie lichamelijk onderzoek.....	53
12.4.1 text.....	53
12.5 CDA sectie resultaat overleg met patiënt	53
12.5.1 text.....	54
13 CDA sectie Kern DTF: verzoek aan huisarts	55
13.1 CDA sectie contactreden/hulpvraag/functioneringsproblemen	55
13.2 CDA sectie conclusie screening (pluis/niet pluis)	55
13.3 CDA sectie anamnese.....	55
13.4 CDA sectie lichamelijk onderzoek.....	56
13.5 CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)	56
13.5.1 text.....	56
13.5.2 entry ICF-code	57
13.6 CDA sectie behandelplan	57
13.6.1 text.....	58
13.7 CDA sectie procedurevoorstel	58
14 CDA sectie Kern DTF: pluis, geen indicatie FT.....	59
14.1 CDA sectie contactreden/hulpvraag/functioneringsproblemen	59
14.2 CDA sectie conclusie screening (pluis/niet pluis)	59
14.3 CDA sectie anamnese.....	59
14.4 CDA sectie lichamelijk onderzoek.....	60
14.5 CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)	60
14.6 CDA sectie resultaat overleg met patiënt	60
14.7 CDA sectie procedurevoorstel	60
15 CDA sectie Kern DTF: pluis, indicatie FT	61
15.1 CDA sectie contactreden/hulpvraag/functioneringsproblemen	61
15.2 CDA sectie conclusie screening (pluis/niet pluis)	61
15.3 CDA sectie anamnese.....	61
15.4 CDA sectie lichamelijk onderzoek.....	62
15.5 CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)	62
15.6 CDA sectie behandelplan	62
15.7 CDA sectie procedurevoorstel	62
16 CDA sectie Kern consultantwoord	63
16.1 CDA sectie vraagstelling, reden verwijzing/contact.....	63
16.1.1 text.....	64
16.1.2 entry ICPC-code	64
16.2 CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)	64
16.3 CDA sectie behandelplan	64
16.4 CDA sectie aanbeveling vervolg huisarts.....	64
16.4.1 text.....	65
17 CDA sectie Bijlage consultantwoord	66
17.1 CDA sectie anamnese.....	66
17.2 CDA sectie psychosociale anamnese.....	66

17.2.1	text.....	67
17.3	CDA sectie lichamelijk onderzoek.....	67
17.4	CDA sectie beeldvormend onderzoek.....	67
17.4.1	text.....	68
17.5	CDA sectie overig onderzoek.....	68
17.5.1	text.....	69
18	CDA sectie Kern tussentijds verslag FT	70
18.1	CDA sectie vraagstelling, reden verwijzing/contact.....	70
18.2	CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)	70
18.3	CDA sectie behandelplan	70
18.4	CDA sectie behandelverloop/resultaat	71
18.4.1	text.....	71
18.5	CDA sectie resultaat overleg met patiënt	71
19	CDA sectie Bijlage tussentijds verslag FT	72
19.1	CDA sectie anamnese.....	72
19.2	CDA sectie beloop/interventie	72
19.2.1	text.....	73
19.3	CDA sectie psychosociale anamnese.....	73
19.4	CDA sectie lichamelijk onderzoek.....	73
19.5	CDA sectie beeldvormend onderzoek.....	73
19.6	CDA sectie overig onderzoek	73
20	CDA sectie Kern eindverslag FT	74
20.1	CDA sectie vraagstelling, reden verwijzing/contact.....	74
20.2	CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)	75
20.3	CDA sectie behandelverloop/resultaat	75
20.4	CDA sectie aanbeveling vervolg huisarts.....	75
20.5	CDA sectie resultaat overleg met patiënt	75
21	CDA sectie Bijlage eindverslag FT	76
21.1	CDA sectie anamnese.....	76
21.2	CDA sectie beloop/interventie	76
21.3	CDA sectie psychosociale anamnese.....	76
21.4	CDA sectie lichamelijk onderzoek.....	77
21.5	CDA sectie beeldvormend onderzoek.....	77
21.6	CDA sectie overig onderzoek	77
Bijlage A	Referenties	78
Bijlage B	Overzicht gebruikte vocabulaire	79
Bijlage C	Overzicht gebruikte OID's.....	81

1 Inleiding

1.1 Doel en scope

Dit document beschrijft de structuur van informatie die uitgewisseld wordt tussen huisarts en fysiotherapeut zodanig dat een eenduidige implementatie door softwareleveranciers mogelijk wordt.

Voor de uitwerking is gekozen voor de HL7v3 Clinical Document Architecture Release 2 standaard beschreven in [CDAr2]. Deze implementatiehandleiding definieert de aanvullende bepalingen, beperkingen en eisen voor de CDA-elementen voor de specifieke informatie uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut.

Hierbij is voldaan aan het feit dat de inhoud van de informatie die uitgewisseld wordt altijd het karakter van een reproduceerbaar document heeft en aan de wens dat een zorgverlener in één oogopslag kan zien wat de boodschap van het ontvangen bericht is. In dit document zijn de richtlijnen die beschreven zijn in [RL HA FT] opgevolgd.

1.2 Doelgroep voor dit document

De doelgroep voor dit document bestaat primair uit systeemontwerpers en software-ontwikkelaars bij leveranciers van zorginformatiesystemen.

1.3 Relatie met andere documenten

Basiskennis van de HL7v3 en de CDA standaard wordt als bekend verondersteld; voor een inleiding van de CDA standaard wordt verwezen naar [CDAr2NLHeaders] en [CDAr2] of het Nictiz document [IH CDA e-Lab].

De specificaties zijn gebaseerd op de [RL HA FT]. De procesbeschrijving voor deze informatieuitwisseling is beschreven in de [RL HA FT].

1.4 Documenthistorie

Versie	Datum	Omschrijving
0.1	06-mei-2011	concept
0.2	06-mei-2011	Interne review verwerkt
0.3	14-juni-2011	Externe review verwerkt
0.4	10-januari-2013	Aangepast aan de NHG-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut, 2011

1.5 Legenda

Er worden in de implementatiespecificaties bij de berichtspecificaties regelmatig de volgende symbolen gebruikt:

	Let op! Dit is een aandachtspunt. Een opmerking die de aandacht vestigt op een bepaald opvallend aspect.
	Dit is een 'open issue' of 'known issue'. Een kwestie die nog open ligt voor discussie, maar onderkend is.
	Dit is een frequently asked question (FAQ) met antwoord.

De specificatie van een CDA document wordt aan de hand van haar XML structuur in tabellen beschreven. Deze tabellen geven per element/subelementen de voor deze implementatie geldige waarden en restricties. Niet in deze handleiding beschreven elementen worden niet gebruikt. In de volgende tabel is een voorbeeld van specificatietabel weergegeven.

Element: scopingOrganization					
Pad: ClinicalDocument / participant / participantRole / associatedEntity					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "ORG".
CONF @classCode bevat de vaste waarde "ORG"					
@determinerCode	CS	1..1	M		Bevat de vaste waarde "INSTANCE".
CONF @determinerCode bevat de vaste waarde "INSTANCE"					
id	II	0..1	C		Identificatie van de zorgverzekeraar middels UZOVI.
CONF Eén van de attributen "id" of "name" moet een waarde hebben					
name	ON	0..1	C		Naam van de zorgverzekeraar.
CONF Eén van de attributen "id" of "name" moet een waarde hebben					

Element – een onderdeel, oftewel een 'contextnode' zoals die in XML structuur van het CDA document voorkomt. Element is een onderdeel dat eigen elementen (XML-attributen) en/of subelementen heeft.

Een element/subelement kan een XML-attribuut of een XML-element hebben. In de omschrijving wordt door een @ aangeduid dat het een XML-attribuut is.

Pad - XPath pad. Beschrijving van een (relatief) pad door XML structuur naar een onderdeel van het CDA document. Zo'n pad begint bij het element ('contextnode') en bestaat uit stappen, die ieder gescheiden worden door een slash ('/').

DT - beschrijft het datatype van het subelement. Zie [HL7v3 Basiscomponenten] voor meer informatie over datatypen.

Kard - beschrijft de kardinaliteit van het onderdeel. Dit bepaalt het aantal keer dat het onderdeel mag/moet voorkomen. Zie voor meer informatie over kardinaliteit [HL7v3 Basiscomponenten].

C - beschrijft de conformiteit van het attribuut

M - mandatory (vereist)

R - required (verplicht ondersteunen)

O - optioneel

C - conditioneel verplicht

F - vaste waarde ongeacht of deze voorkomt. Alleen te gebruiken voor structuurattributen (@classCode, @moodCode, etc.).

NP - niet toegestaan (not permitted) betekent dat het onderdeel niet mag voorkomen (en ook niet aanwezig is in het onderliggend schema).

X - het onderdeel mag voorkomen, maar wordt niet meegenomen in de verwerking van de interactie

Inhoud - aanvullende informatie over het attribuut.

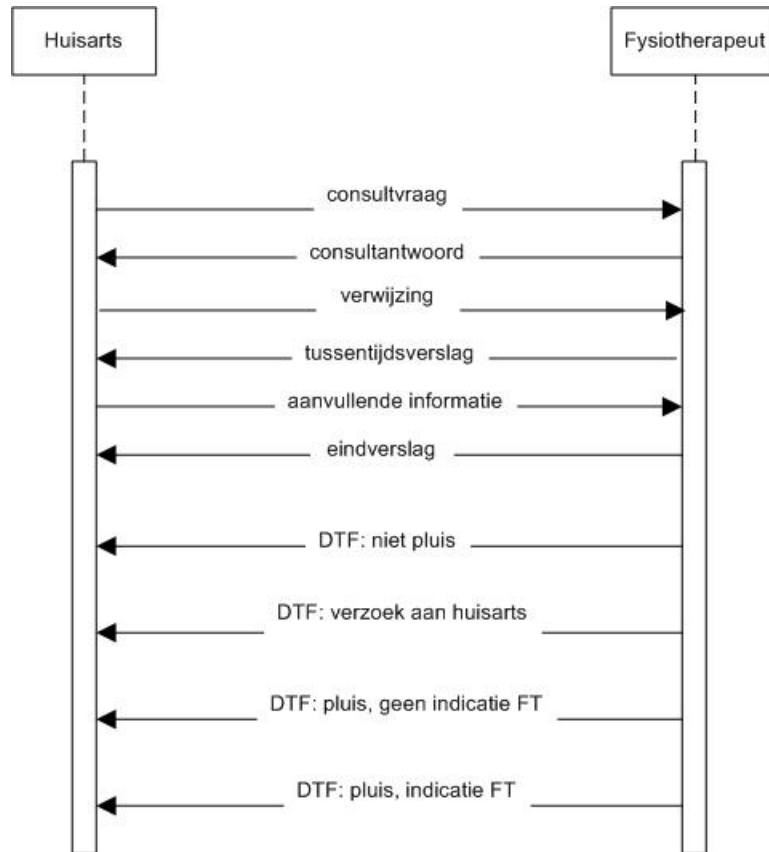
Omschrijving - beschrijving van het onderdeel, korte tekst.

CONF Iedere subelementrij wordt gevolgd door een rij met nul of meer conformanceregels. De conformanceregel beschrijft het gedrag en/of waarde van het element/subelement en is conform de algemene HL7v3 modelleerregels of conform de richtlijnen beschreven in [RL HA FT].

2 Procesbeschrijving

Dit hoofdstuk bevat het overzicht van de processen die zich afspelen tijdens de informatieuitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut.

De informatiestromen zijn in de onderstaande afbeelding (figuur 1) weergegeven.



Figuur 1. Communicatie tussen huisarts en fysiotherapeut – informatiestromen

In deze implementatiehandleiding zijn de volgende informatiestromen uitgewerkt:

- Consultvraag (huisarts -> fysiotherapeut)
- Consultantwoord (fysiotherapeut -> huisarts)
- Verwijzing (huisarts -> fysiotherapeut)
- Tussentijds verslag (fysiotherapeut -> huisarts)
- Aanvullende informatie (huisarts -> fysiotherapeut)
- Eindverslag (fysiotherapeut -> huisarts)
- Directe toegang fysiotherapie (DTF): niet pluis
- DTF: verzoek aan huisarts
- DTF: pluis geen indicatie voor fysiotherapie (FT) (fysiotherapeut -> huisarts)
- DTF: pluis indicatie voor fysiotherapie (FT) (fysiotherapeut -> huisarts)

3 Algemene eisen

Dit document bevat de specificatie van de documenten die tussen huisarts en fysiotherapeut worden uitgewisseld zonder een uitspraak te doen over de manier van de transmissie van de gegevens. De keuze daarvoor wordt in samenspraak met de software leveranciers op een later tijdstip gemaakt.

De namen van de documenten die tussen de huisarts en de fysiotherapeut uitgewisseld worden komen overeen met de namen die in [RL HA FT] gehanteerd worden.

De structuur van de uit te wisselen documenten wordt volgens de Clinical Document Architecture gespecificeerd.

Hiervoor moet aan de volgende eisen voldaan worden:

- De CDA header van het hier gespecificeerde CDA document moet voldoen aan de daarvoor gedefinieerde generieke eisen van HL7 Nederland zoals gedefinieerd in [CDAr2NLHeaders].
- Voor XML documenten op basis van CDA release 2 is de tekenset UTF-8 voorgeschreven (zie [HL7v3 IH BC]).
- De XML-namespace voor CDA Release 2 documenten is urn:hl7-org:v3. Deze moet op gepaste wijze in iedere XML instance genoemd worden (xmlns="urn:hl7-org:v3"). In deze implementatiehandleiding wordt geen gebruik gemaakt van namespace voorvoegsels.
- De CDA documenten en de CDA secties die in dit document beschreven zijn, worden geïdentificeerd door de code afkomstig uit het LOINC codesysteem. Dit is conform [CDAr2].
- Deze implementatiehandleiding schrijft niet voor hoe de inhoud van de CDA documenten getoond moet worden. Voor de presentatie kan gekozen worden voor een andere representatie van de tekstuele delen. Zie voor meer informatie [CDAr2] of [IH CDA e-Lab].
 - Er worden slechts voorbeelden voor de representatie van de tekstuele delen getoond. Het is niet verplicht deze voorbeelden te volgen, zolang alle hier genoemde uitgangspunten worden gevolgd.
 - Voor de presentatie kan gekozen worden voor een andere representatie van de tekstuele delen (zoals paragraph, list, etc.). Zie voor meer informatie [CDAr2] of [IH CDA e-Lab].
 - De tekstuele informatie kan worden ingevoerd of kan worden gegenereerd uit de gestructureerde informatie.
 - Alle informatie uit het gestructureerde deel die noodzakelijk is voor de juiste interpretatie van deze informatie, dient vertegenwoordigd te zijn in het tekstuele deel.

4 Refined Message Information Model – POCD_RM000040 - Clinical Document Architecture

HL7v3 gestructureerde naam:

R-MIM Clinical Document Architecture

Herkomst:

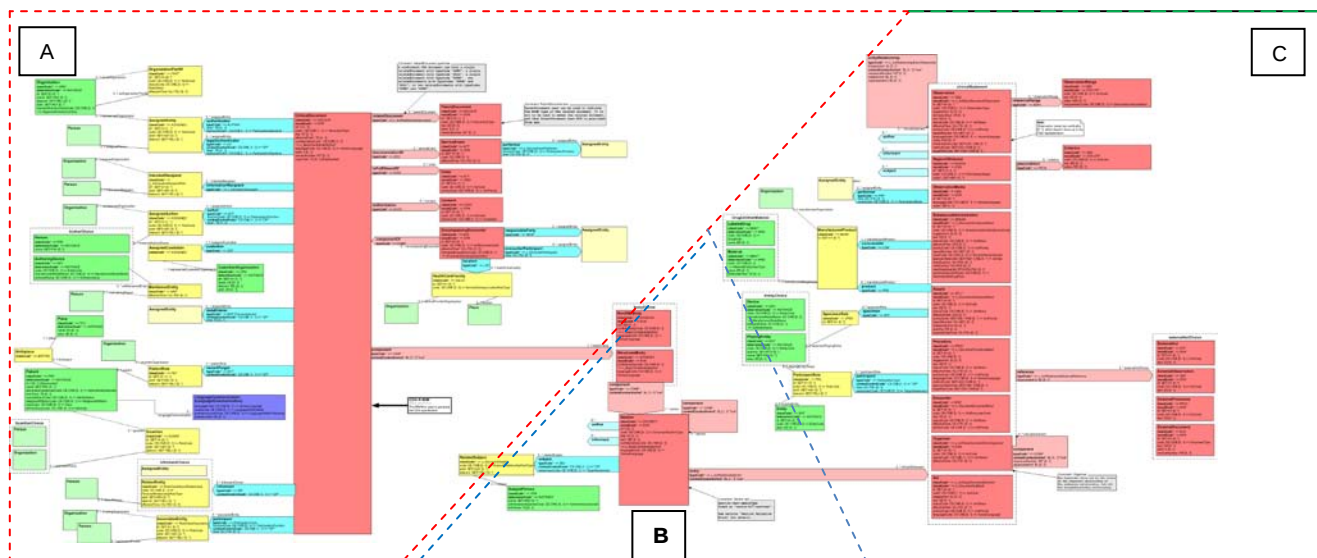
Release 2, 2005 [CDAr2]

Net als alle HL7v3 berichtspecificaties is ook de Clinical Document Architecture (CDA) gebaseerd op het HL7v3 Referentie Informatiemodel en wordt het ook als een HL7v3 model gepresenteerd. Zie voor een gedetailleerde beschrijving van het model [CDAr2].

In figuur 2 is een miniatuur afbeelding van het CDA model gepresenteerd.

Het CDA-model bestaat uit twee hoofddelen, de Header (deel A – figuur 2.) en de Body (deel B en C - figuur 2.). Deze laatste is weer opgebouwd uit Body Structures (deel B – figuur 2.) en Body Entries (deel C – figuur 2.). De header bevat de administratieve en logistieke gegevens (gelijk aan Envelop onderdeel van het document – zie [RL HA FT]) terwijl de Body (gelijk aan Kern en Bijlage onderdeel van het document – zie [RL HA FT]) de inhoudelijke gegevens bevat. De Body Entries bevatten een gestructureerde/software verwerkbare versie van de medische gegevens die uitgewisseld worden.

Het centrale element in Clinical Document Architecture modellen is de *ClinicalDocument* klasse. Het CDA model is niet gebonden aan enig domein en daarom kent de implementatie van dit generieke model vele mogelijkheden. Vandaar dat er een implementatiehandleiding noodzakelijk is om een beschrijving te geven van de betekenis van de generieke elementen in de specifieke toepassing. Een CDA implementatiehandleiding concentreert zich vooral op het definiëren van sjablonen (templates). Een template beschrijft een set van eisen waaraan een CDA sectie moet voldoen. Elke template heeft zijn eigen identificatie.



Figuur 3. R-MIM POCD_RM000040

Het onderdeel CDA Header is beschreven in het hoofdstuk 5.

Het onderdeel CDA Body is beschreven in het hoofdstuk 8 t/m het hoofdstuk 21.



Figuur 4. R-MIM POCD_RM000040

5 CDA header

Dit hoofdstuk beschrijft de elementen van de CDA header zoals deze gebruikt worden in de informatie uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut en vice versa. De header bevat de administratieve en logistieke gegevens.

Element: ClinicalDocument					
Pad:					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		
CONF Bevat de vaste waarde "DOCCLIN"					
@moodCode	CS	0..1	F		
CONF Bevat de vaste waarde "EVN"					
realmCode	CS	1..1	M		Landcode. Landspecifieke context van het document. Deze context identificatie duidt erop welke landspecifieke regels op het gebied van codes en datatypes van toepassing zijn.
CONF @code bevat de vaste waarde "NL"					
typeld	II	1..1			Verwijzing naar de CDA R2 specificatie en heeft vaste waarden voor zowel het @root als het @extension attribuut
CONF @root attribuut bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.1.3"					
CONF @extension bevat de vaste waarde "POCD_HD000040"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van een set van eisen waaraan een CDA document voldoet. In dit geval: de eisen zoals beschreven in deze implementatiehandleiding.
CONF @root attribuut bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.3.11.16"					
id	II	1..1	M		Document identificatie. Het element id moet door de makende applicatie worden voorzien van een unieke identificatie.
CONF @root attribuut moet gevuld worden en bevat de OID van de applicatie die het document aanmaakt. De applicatie dient zelf te beschikken over een eigen OID					
CONF @extension moet gevuld worden en bevat het interne documentnummer dat de applicatie aan het document heeft toegewezen					
code	CE	1..1	M		Type document. Om te zorgen dat er een eenduidige typering is wordt hier gebruik gemaakt van het codesysteem LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes [LOINC]). Zie voor de beschrijving hfdst. 3.
CONF @code attribuut bevat de vaste waarde:					
• voor de consultvraag: "11488-4" • voor de verwijzing: "57133-1" • voor het eindverslag: "11515-4" • voor het tussentijds verslag: "51900-9" • voor de aanvullende informatie: "52535-2" • voor de DTF: "34825-0" • voor de DTF: niet pluis: "11495-9" • voor de DTF pluis: indicatie fysiotherapeut: "18735-1" • voor de DTF pluis: geen indicatie fysiotherapeut: "47042-7" • voor het consultantwoord: "47040-1"					
CONF @codeSystem attribuut bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @displayName attribuut bevat de vaste waarde uit het LOINC codesysteem:					
• voor de consultvraag: "Consult note" • voor de verwijzing: "Referral note" • voor het eindverslag: "Physical therapy Records total Encounter" • voor het tussentijds verslag: "Summary" • voor de aanvullende informatie: "Other useful information"					

Element: ClinicalDocument					
Pad:					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
• voor de DTF: "Physical therapy Consult note" • voor de DTF: niet pluis: "Physical therapy Initial assessment note" • voor de DTF pluis: indicatie fysiotherapeut bericht: "Physical therapy Initial assessment" • voor de DTF pluis: geen indicatie fysiotherapeut bericht: "Counseling note" • voor het consultantwoord: "Consultation 2nd opinion"					
title	ST	0...1	O		Aanvullende beschrijving van het type document.
CONF title kan één van de volgende waarde hebben: • consultvraag • verwijzing • eindverslag • tussentijds verslag • aanvullende informatie • DTF • DTF: niet pluis • DTF pluis: indicatie fysiotherapeut • DTF pluis: geen indicatie fysiotherapeut • consultantwoord					
effectiveTime	TS	1...1	M		Afrondingsdatum document, de datum waarop het document afgerond is en wordt aangeboden voor verzending. Zie §4.1.1 [RL HA FT].
CONF @value attribuut moet gevuld worden en bevat het tijdstip dat tenminste tot op de dag nauwkeurig aangegeven is.					
confidentialityCode	CE CWE	1...1	M		Vertrouwelijkheidsgraad van het document.
CONF @confidentialityCode is een verplicht attribuut en bevat de vaste waarde "N" (normal) afkomstig uit de HL7 vocabulaire Confidentiality					
languageCode	CS	0...1	O		Taal van het document.
CONF @code attribuut bevat de vaste waarde "nl-NL"					
recordTarget		1...1	M		Persoon wiens medische informatie in het document zijn opgenomen. Zie voor de beschrijving §5.1.
author		1...1	M		Auteur van het document. Zie voor de beschrijving §5.2.
custodian		1...1	M		Beheerder. Bevat organisatie die verantwoordelijk is voor de beheer van het document. Zie voor de beschrijving §5.3.
informationRecipient		1...*	C		Beoogde ontvanger van het document of van een kopie van het document. Zie voor de beschrijving §5.4.
CONF Het attribuut informationRecipient is verplicht voor de ontvanger van het document en optioneel voor de ontvanger van een kopie van het document					
participant		0...*	O		Gegevens m.b.t. de verzekering. Zie voor de beschrijving §5.5.
component		1...1	M		CDA Body – de inhoud van het document. Zie voor de beschrijving §6.1.

5.1 recordTarget

Persoon wiens medische informatie in het document is opgenomen.

Element: recordTarget					
Pad: ClinicalDocument					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@typeCode	CS	0...1	F		Dit attribuut heeft de vaste waarde "RCT".
CONF @typeCode bevat de vaste waarde "RCT"					

Element: recordTarget					
Pad: ClinicalDocument					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@contextControlCode	CS CNE	0..1	F		Dit attribuut heeft de vaste waarde "OP" (overriding, propagating).
CONF @contextControlCode bevat de vaste waarde "OP"					
patientRole		1..1	M		Bevat de administratieve gegevens van de patiënt. Zie voor de beschrijving §5.1.1.1.

5.1.1 patientRole

Element: patientRole					
Pad: ClinicalDocument / recordTarget					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Dit attribuut heeft de vaste waarde "PAT".
CONF Bevat de vaste waarde "PAT"					
id	II	1..1	M		Patiëntidentificatienummer – BSN.
CONF @root attribuut heeft de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.3"					
CONF @extension bevat het BSN van de patiënt					
addr	AD	1..*	M		Adres van de patiënt.
CONF @use bevat de aanduiding van het adrestype. Zie voor meer informatie [HL7v3 IH BC]					
telecom	TEL	0..*	R		Telefoonnummer van patiënt.
CONF @value bevat het telefoonnummer van de patient. Zie voor meer informatie over het datatype TEL [HL7v3 IH BC]					
CONF @use bevat de aanduiding m.b.t. de soort telecommunicatie (bijv. telefoonnummer op het werk). Zie voor meer informatie [HL7v3 IH BC]					
patient		1..1	M		Bevat de overige gegevens van patiënt (geboortedatum en geslacht). Zie voor de beschrijving §5.1.1.1.

5.1.1.1 patient

Element: patient					
Pad: ClinicalDocument / recordTarget / patientRole					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Dit attribuut heeft de vaste waarde "PAT".
CONF Bevat de vaste waarde "PAT"					
@determinerCode		1..1	M		Dit attribuut heeft de vaste waarde "INSTANCE"
CONF @determinerCode bevat de vaste waarde "INSTANCE"					
name	PN	1..1	M		Naam van de patiënt.
administrativeGenderCode	CE CWE	1..1	M		Geslacht.
CONF @code bevat de waarde uit de HL7-codetabel AdministrativeGender. Zie voor de mogelijke waarden de Bijlage AdministrativeGender 2.16.840.1.113883.5.1					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.5.1" – OID van HL7-codetabel AdministrativeGender					
birthTime	TS	1..1	M		Geboortedatum van de patiënt.
CONF attribuut @value bevat de geboortedatum in het datumformaat yyyyymmdd.					

5.2 author

Element: author					
Pad: ClinicalDocument					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving

Element: author					
Pad: ClinicalDocument					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@typeCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "AUT".
CONF @typeCode bevat de vaste waarde "AUT"					
@contextControlCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "OP".
CONF @contextControlCode bevat de vaste waarde "OP"					
time	TS	1..1	M		Het tijdstip waarop de verzender het bericht afrondt en aanbiedt voor verzending.
CONF moet verplicht minimaal tot op de minuut nauwkeurig zijn					
assignedAuthor		1..1	M		Identificatie van de auteur van het document. Zie voor de beschrijving §5.2.1.

5.2.1 assignedAuthor

Element: assignedAuthor					
Pad: ClinicalDocument / author					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode		0..1	F		Bevat de vaste waarde "ASSIGNED".
CONF @classCode bevat de vaste waarde "ASSIGNED"					
id	II	1..1	M		Identificatie van de auteur.
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.528.1.1007.3.1"					
CONF @extension is verplicht en bevat het UZI nummer van de auteur van het document.					
code	CE CWE	1..1	M		Rolcode van de auteur. De waarde uit de HL7 NL vocabulaire RoleCodeNL .
CONF @code kan de volgende waarden bevatten: • 01.015 voor de huisarts • 04.000 voor de fysiotherapeut					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.15.111"					
addr	AD	0..1	O		Adres van de auteur van het document.
telecom	TEL	0..1	O		Telefoonnummer van de auteur van het document.
CONF @value bevat het telefoonnummer van de auteur. Zie voor meer informatie [HL7v3 IH BC]					
CONF @use bevat de aanduiding m.b.t. de soort telecommunicatie (bijv. telefoonnummer op het werk). Zie voor meer informatie [HL7v3 IH BC]					
assignedPerson	PN	1..1	M		Bevat gegevens van de auteur van het document. Zie voor de beschrijving §5.2.2.
representedOrganization		1..1	M		Bevat gegevens van de organisatie, waar de auteur bij hoort. Zie voor de beschrijving §5.2.3.

5.2.2 assignedPerson

Element: assignedPerson					
Pad: ClinicalDocument / author / assignedAuthor					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode		0..1	F		Dit attribuut heeft de vaste waarde "PSN".
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "PSN"					
@determinerCode		0..1	F		Dit attribuut heeft de vaste waarde "INSTANCE".
CONF @determinerCode bevat de vaste waarde "INSTANCE"					
name	PN	1..1	M		Naam van een persoon (auteur van het document).

5.2.3 representedOrganization

Element: representedOrganization					
Pad: ClinicalDocument / author / assignedAuthor					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "ORG".
CONF @classCode bevat de vaste waarde "ORG"					
@determinerCode		0..1	F		Bevat de vaste waarde "INSTANCE".
CONF @determinerCode bevat de vaste waarde "INSTANCE"					
name	ON	1..1	M		Naam van de organisatie.
addr	AD	1..1	M		Adres van de organisatie.
CONF @use bevat de aanduiding van het adrestype. Zie voor meer informatie [HL7v3 IH BC]					
telecom	TEL	1..*	M		Telecommunicatie gegevens van de organisatie, waaronder telefoonnummer en/of faxnummer.

5.3 custodian

Element: custodian					
Pad: ClinicalDocument					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@typeCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "CST".
CONF @classCode bevat de vaste waarde "CST"					
@determinerCode		1..1	F		Bevat de vaste waarde "INSTANCE".
assignedCustodian		1..1	M		Beheerder organisatie. Zie voor de beschrijving §5.3.1.

5.3.1 assignedCustodian

Element: assignedCustodian					
Pad: ClinicalDocument / custodian					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
representedCustodianOrganization		1..1	M		Organisatie van de beheerder. Zie voor de beschrijving §5.3.1.1.

5.3.1.1 representedCustodianOrganization

Element: representedCustodianOrganization					
Pad: ClinicalDocument / custodian / assignedCustodian					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
id	II	1..1	M		Identificatie van organisatie.
CONF @root bevat de vaste waarde van het URA-nummer met OID 2.16.528.1.1007.3.3.					
CONF @extension bevat de identificatie van de organisatie					
name	ON	0..1	O		Naam van de organisatie die verantwoordelijk is voor het beheer van het document.
telecom	TEL	0..*	O		Telecommunicatie gegevens van de beheerverantwoordelijke organisatie van het document waaronder telefoonnummer en/of faxnummer.
addr	AD	0..1	O		Adres van de beheerder-organisatie van het document.

5.4 informationRecipient

Element: informationRecipient					
Pad: ClinicalDocument					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@typeCode	CS	0..1	M		Type ontvanger. Beoogde ontvanger

Element: informationRecipient					
Pad: ClinicalDocument					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
					van het document (primaire ontvanger) of beoogde ontvanger van de kopie van het document. Bevat de waarde uit de HL7 vocabulaire ParticipationType. Zie voor meer beschrijving Bijlage B.1.
CONF @typeCode bevat de waarde "PRCP" voor de primaire ontvanger					
CONF @typeCode bevat de waarde "TRC" voor de beoogde ontvanger van de kopie van het document					
intendedRecipient		1..1	M		Beoogde ontvanger. Zie voor de beschrijving §5.4.1.

5.4.1 intendedRecipient

Element: intendedRecipient					
Pad: ClinicalDocument / informationRecipient					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode		0..1	F		Bevat de waarde "ASSIGNED".
CONF @classCode bevat de vaste waarde "ASSIGNED"					
informationRecipient		1..1	M		Bevat de gegevens van de ontvanger (persoon). Zie voor de beschrijving §5.4.1.1.
CONF @classCode bevat de waarde "PSN"					
@determinerCode		0..1	F		Bevat de vaste waarde "INSTANCE".
receivedOrganization		0..1	O		Bevat de gegevens van de organisatie van de ontvanger. Zie voor de beschrijving §5.4.1.2.

5.4.1.1 informationRecipient

Element: informationRecipient					
Pad: ClinicalDocument / informationRecipient / intendedRecipient					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode		0..1	F		Bevat de waarde "PSN".
CONF @classCode bevat de vaste waarde "PSN"					
name	PN	1..1	M		Naam van de ontvanger (persoon).

5.4.1.2 receivedOrganization

Element: receivedOrganization					
Pad: ClinicalDocument / intendedRecipient / intendedRecipient					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
id	II	1..1	O		Identificatie van de organisatie van de beoogde ontvanger.
CONF root bevat de vaste waarde "2.16.528.1.1007.3.3"					
CONF @extension bevat de URA van de organisatie van de beoogde ontvanger					
CONF @classCode bevat de waarde "PSN"					
@determinerCode		0..1	F		Bevat de vaste waarde "INSTANCE".
name	ON	0..*	O		Naam van de organisatie van de beoogde ontvanger.
telecom	TEL	0..*	O		Telecommunicatie gegevens van de organisatie van de beoogde ontvanger.
addr	AD	0..*	O		Adres van de organisatie van de beoogde ontvanger.

5.5 participant

Element: participant					
Pad: ClinicalDocument					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@typeCode	CS	1..1	M		Geeft aan dat het over de gegevens van de verzekeraar gaat (houder van de verzekeringspolis van de patiënt).
CONF @typeCode bevat de vaste waarde "HLD" voor de polishouder of "GUAR" voor afwijkende te belasten instantie					
contextControlCode	CS CNE	1..1	M		Dit attribuut heeft de vaste waarde "OP".
CONF @contextControlCode de vaste waarde "OP"					
associatedEntity		1..1	M		Een verbindingslement – dat de rol van de participant beschrijft. Zie voor de beschrijving §5.5.1.

5.5.1 associatedEntity

Element: associatedEntity					
Pad: ClinicalDocument / participant / participantRole					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	1..1	M		Bevat een waarde uit de HL7 vocabulaire RoleClassAssociative.
CONF @classCode bevat de waarde "POLHOLD" voor de houder van de verzekeringspolis of "GUAR" voor de afwijkende te belasten instantie					
id	II	1..1	M		Identificatie van de verzekeringspolis.
CONF @root bevat de vaste waarde van de UZOVl OID "2.16.840.1.113883.2.4.6.4.9665"					
CONF @extension bevat het polisnummer					
Er wordt gebruik gemaakt van een vaste waarde van het @root attribuut. Het is niet mogelijk voor een willekeurige verzekeraar om er achter te komen of hij een eigen OID heeft. Ontvangers van een document wordt aangeraden het verplichte XML-attribuut @root te negeren en alleen het XML-attribuut @extension met het polisnummer te interpreteren.					
associatedPerson	ST	0..1	O		Naam van de verzekeraar. Zie voor de beschrijving §5.5.2.
scopingOrganization		1..1	M		Gegevens van de verzekeraar. Zie voor de beschrijving §5.5.3.

5.5.2 associatedPerson

Element:					
Pad:					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	1..1	F		Bevat de vaste waarde "PSN".
CONF @classCode bevat de vaste waarde "PSN"					
name	PN	1..1	M		Naam van de verzekeraar.
@determinerCode		0..1	F		Bevat de vaste waarde "INSTANCE".
CONF @determinerCode bevat de vaste waarde "INSTANCE"					

5.5.3 scopingOrganization

Element: scopingOrganization					
Pad: ClinicalDocument / participant / participantRole / associatedEntity					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "ORG".
CONF @classCode bevat de vaste waarde "ORG"					
@determinerCode	CS	1..1	M		Bevat de vaste waarde "INSTANCE".
CONF @determinerCode bevat de vaste waarde "INSTANCE"					
id	II	0..1	C		Identificatie van de zorgverzekeraar

Element: scopingOrganization					
Pad: ClinicalDocument / participant / participantRole / associatedEntity					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
					middels UZOVI.
CONF Eén van de attributen "id" of "name" moet een waarde hebben					
name	ON	0..1	C		Naam van de zorgverzekeraar.
CONF Eén van de attributen "id" of "name" moet een waarde hebben					

6 CDA Body

Dit hoofdstuk beschrijft de elementen van de CDA Body zoals deze gebruikt worden in de informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut en vice versa. De CDA Body bevat zorginhoudelijke gegevens.

6.1 component

Element: component					
Pad: Clinicaldocument					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat standaard de waarde "COMP".
CONF @classCode bevat de vaste waarde "COMP".					
@contextConductionInd	BL	0..1	F		Bevat standaard de waarde "true".
CONF @contextConductionInd bevat de vaste waarde "true"					
structuredBody		1..1	M		Bevat de CDA secties met de documentindeling. Zie voor de beschrijving §6.1.1.

6.1.1 structuredBody

Element: structuredBody					
Pad: Clinicaldocument / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat standaard de waarde "DOCBODY".
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCBODY"					
@moodCode		0..1	F		Bevat standaard de waarde "EVN".
CONF @moodCode bevat de vaste waarde "EVN"					
component		1..*	M		Bevat verplicht een sectie Kern en optioneel een sectie Bijlage. Zie voor de beschrijving §6.1.1.1

6.1.1.1 component

Element: component					
Pad: Clinicaldocument / component / structuredBody					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@typeCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "COMP".
CONF @typeCode bevat de vaste waarde "COMP"					
@contextConduction	BL	0..1	F		Bevat de vaste waarde "true".
CONF @contextControlCode bevat de vaste waarde "true"					
section		1..*	M		Bevat de beschrijvende attributen van een sectie. Elke sectie kan subsecties bevatten. Zie voor de beschrijving hoofdstukken 8 t/m 21

7 CDA secties - overzicht

De informatie die uitgewisseld wordt in de communicatie tussen huisarts en fysiotherapeut is gegroepeerd in de rubrieken zoals beschreven in [RL HA FT].

De rubrieken beschreven in [RL HA FT] komen overeen met de gelijknamige secties in de CDA documenten.

Deze secties voldoen aan de algemene eisen voor CDA secties. Voor meer informatie zie [CDAr2] of [IH CDA e-Lab].

Er is een Kern en een Bijlage te onderscheiden in de documenten die tussen huisarts en fysiotherapeut worden uitgewisseld. Voor de beschrijving van de onderdelen Kern en Bijlage zie [RL HA FT].

Een verzameling van secties vormt samen een Kern of een Bijlage zoals een verzameling van rubrieken vormt samen een Kern of een Bijlage. Voor meer informatie zie [RL HA FT].

De Kern en de Bijlage zijn zelf ook een sectie.

Dit hoofdstuk bevat het overzicht van de CDA secties van de volgende CDA documenten:

1. Consultvraag (huisarts -> fysiotherapeut)
2. Verwijzing (huisarts -> fysiotherapeut)
3. Aanvullende informatie (huisarts -> fysiotherapeut)
4. DTF: niet pluis (fysiotherapeut -> huisarts)
5. DTF: verzoek aan huisarts (fysiotherapeut -> huisarts)
6. DTF: pluis geen indicatie FT (fysiotherapeut -> huisarts)
7. DTF: pluis indicatie FT (fysiotherapeut -> huisarts)
8. Consultantwoord (fysiotherapeut -> huisarts)
9. Tussentijds verslag FT(fysiotherapeut -> huisarts)
10. Eindverslag FT(fysiotherapeut -> huisarts)

De in deze implementatiehandleiding beschreven CDA documenten komen overeen met de berichten zoals deze beschreven zijn in [RL HA FT].

De consultvraag en de verwijzing zijn er twee aparte documenten met dezelfde structuur en zijn daarom gezamenlijk beschreven als CDA sectie Kern consultvraag/verwijzing.

Tabel 1 Overzicht CDA secties

Consultvraag / verwijzing
CDA sectie Kern consultvraag/verwijzing
CDA sectie vraagstelling/reden verwijzing
CDA sectie anamnese
CDA sectie lichamelijk onderzoek
CDA sectie relevante comorbiditeit
CDA sectie ingestelde behandeling
CDA sectie besproken met patiënt
CDA sectie procedurevoorstel
CDA sectie Bijlage consultvraag/verwijzing
CDA sectie medicatie actueel
CDA sectie aanvullend onderzoek
CDA sectie ook bekend bij
CDA sectie risicovol leefgedrag
CDA sectie familieanamnese
CDA sectie psychosociale anamnese

CDA sectie voorzieningen nodig bij consult
Aanvullende informatie
CDA sectie Kern aanvullende informatie
CDA sectie vraagstelling/reden verwijzing
CDA sectie anamnese
CDA sectie lichamelijk onderzoek
CDA sectie relevante comorbiditeit
CDA sectie ingestelde behandeling
CDA sectie besproken met patiënt
CDA sectie procedurevoorstel
CDA Bijlage aanvullende informatie
CDA sectie medicatie actueel
CDA sectie aanvullend onderzoek
CDA sectie ook bekend bij
CDA sectie risicovol leefgedrag
CDA sectie familieanamnese
CDA sectie psychosociale anamnese
CDA sectie voorzieningen nodig bij consult
DTF: niet pluis
CDA sectie Kern DTF: niet pluis
CDA sectie contactreden/hulpvraag/functioneringsproblemen
CDA sectie conclusie screening (pluis/niet pluis)
CDA sectie anamnese
CDA sectie lichamelijk onderzoek
CDA sectie resultaat overleg met patiënt
DTF: verzoek aan huisarts
CDA sectie Kern DTF: verzoek aan huisarts
CDA sectie contactreden/hulpvraag/functioneringsproblemen
CDA sectie conclusie screening (pluis/niet pluis)
CDA sectie anamnese
CDA sectie lichamelijk onderzoek
CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)
CDA sectie behandelplan
CDA sectie procedurevoorstel
DTF: pluis geen indicatie FT
CDA sectie Kern DTF: pluis, geen indicatie FT
CDA sectie contactreden/hulpvraag/functioneringsproblemen
CDA sectie conclusie screening (pluis/niet pluis)
CDA sectie anamnese
CDA sectie lichamelijk onderzoek
CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)
CDA sectie resultaat overleg met patiënt
CDA sectie procedurevoorstel
DTF: pluis indicatie FT
CDA sectie Kern DTF: pluis, indicatie FT
CDA sectie contactreden/hulpvraag/functioneringsproblemen
CDA sectie conclusie screening (pluis/niet pluis)
CDA sectie anamnese
CDA sectie lichamelijk onderzoek
CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)
CDA sectie behandelplan
CDA sectie procedurevoorstel
Consultantwoord
CDA sectie Kern consultantwoord
CDA sectie vraagstelling, reden verwijzing/contact
CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)
CDA sectie behandelplan
CDA sectie aanbeveling vervolg huisarts
CDA sectie Bijlage consultantwoord

CDA sectie anamnese
CDA sectie psychosociale anamnese
CDA sectie lichamelijk onderzoek
CDA sectie beeldvormend onderzoek
CDA sectie overig onderzoek
Tussentijds verslag FT
CDA sectie Kern tussentijds verslag FT
CDA sectie vraagstelling, reden verwijzing/contact
CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)
CDA sectie behandelplan
CDA sectie behandelverloop/resultaat
CDA sectie resultaat overleg met patiënt
CDA sectie Bijlage tussentijds verslag FT
CDA sectie anamnese
CDA sectie beloop/interventie
CDA sectie psychosociale anamnese
CDA sectie lichamelijk onderzoek
CDA sectie beeldvormend onderzoek
CDA sectie overig onderzoek
Eindverslag FT
CDA sectie Kern eindverslag FT
CDA sectie vraagstelling, reden verwijzing/contact
CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)
CDA sectie behandelverloop/resultaat
CDA sectie aanbeveling vervolg huisarts
CDA sectie resultaat overleg met patiënt
CDA sectie Bijlage eindverslag FT
CDA sectie anamnese
CDA sectie beloop/interventie
CDA sectie psychosociale anamnese
CDA sectie lichamelijk onderzoek
CDA sectie beeldvormend onderzoek
CDA sectie overig onderzoek

In dit document wordt gebruik gemaakt van templates om de specifieke eisen voor de afzonderlijke secties in te perken of uit te breiden ten opzichte van de algemene eisen voor CDA secties zoals beschreven in [CDAR2]. Een template is hier dus een specificatie van een sectie in het document. Iedere template heeft een unieke templateId.

De templateId refereert naar de template die in dit document is beschreven.

In de volgende hoofdstukken zijn de templates voor de CDA secties voor e-Paramedici beschreven.

Voor het overzicht van de templateId's zie Bijlage C.

8 CDA sectie Kern consultvraag / verwijzing

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1

Deze template beschrijft de specificaties van het “Kern” onderdeel voor zowel consultvraag als de verwijzing naar de fysiotherapeut. De “Kern” sectie bevat meerdere subsecties (de rubrieken zoals vermeldt in [RL HA FT]). Zie hoofdstuk 7 voor het overzicht van subsecties in deze sectie.

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body Structure gespecificeerd (deel B – figuur 2. uit §4).

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde “DOCSECT”
CONF @classCode bevat de vaste waarde “DOCSECT”					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde “EVN”
CONF @classCode bevat de vaste waarde “EVN”					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de Kern van de documenten die door de huisarts aan de fysiotherapeut worden verstuurd.
CONF @root bevat de vaste waarde 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1					
title	ST	1..1	C		Bevat de naam van de CDA document.
CONF Bevat de waarde “Kern consultvraag” voor de consultvraag bij de informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut					
CONF Bevat de waarde “Kern verwijzing” voor de verwijzing gericht bij de informatieuitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut					
component		1..*	M		Bevat de geneste secties – de rubrieken die deel uitmaken van de “Kern”. Dit element heeft subelementen @typeCode en @contextConductionInd. Zie voor de beschrijving van deze subelementen §6.1.1.1.

8.1 CDA sectie vraagstelling / reden verwijzing

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.1

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is verplicht in de “Kern consultvraag/verwijzing” en de “Kern aanvullende informatie”.

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component / section / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde “DOCSECT”
CONF @classCode bevat de vaste waarde “DOCSECT”					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde “EVN”
CONF @moodCode bevat de vaste waarde “EVN”					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie “vraagstelling/reden verwijzing”.
CONF @root bevat de vaste waarde 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.1					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde “vraagstelling/reden verwijzing”.

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component / section / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
CONF Bevat de waarde "vraagstelling/reden verwijzing"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "10154-3"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF Het attribuut @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Chief complaint - Reported"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "10154-3"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF Het attribuut @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Chief complaint - Reported"					
text	ED	1..1	M		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §8.1.1.
entry		0..1	O		Bevat de ICPC-code. Zie voor de beschrijving §8.1.2.

8.1.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		0..1	O	Datum en de tekstuele omschrijving volgens ICPC-code	Bevat de "effectiveTime" en de omschrijving uit de "entry – ICPC-code". Zie voor de beschrijving §8.1.2. In plaats van <paragraph> kan gekozen worden voor de andere representatie van de tekstuele delen. Zie [CDAR2] of [IH CDA e-Lab] voor meer informatie daarover. Dit deel van de "text" is overgenomen uit de "entry" en bevat minimaal de geel gemarkeerde delen. Zie voor de beschrijving §8.1.2. Deze tekst wordt als volgt opgebouwd:
Lage-rugpijn met uitstraling					
<paragraph> </paragraph>		1..1	M	Vrije tekst	Bevat tekst ingevoerd door de huisarts eventueel met raadplegen van E-regel van het Deelcontact. Zie voor de beschrijving §4.1.2 uit [RL HA FT].
<paragraph> </paragraph>		0..1	O	Vaste tekst	Bevat indien van toepassing de tekst "Patiënt dringt aan op verwijzing". Zie voor de beschrijving §4.1.2 uit [RL HA FT].

8.1.2 entry ICPC-code

Element: entry					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@contextConductionInd	BL	0..1	F		Bevat standaard de waarde "true".
CONF @contextConductionInd bevat de vaste waarde "true"					
observation		1..1	M		Bevat ICPC-code.
Element: observation					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving

Element: entry					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
CONF @classCode bevat de vaste waarde "OBS"					
CONF @moodCode bevat de vaste waarde "EVN"					
value	CE	0...1	R	ICPC-code	Bevat de code volgens het ICPC-1(Nederlandse vertaling) codestelsel.
CONF @code bevat de waarde van de ICPC-code					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.4.31.1"					
CONF @displayName bevat de omschrijving uit de "ICPC-1-NL"					
Voorbeeld van entry van de ICPC-code:					
<pre> <entry> <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"> <effectiveTime value="20110228"></effectiveTime> <value xsi:type="CD" code="L86.00" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.4.4.31.1" displayName="Lage-rugpijn met uitstraling" codeSystemName="ICPC-1-NL"/> </observation> </entry> </pre>					

8.2 CDA sectie anamnese

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.2

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is verplicht in de "Kern consultvraag/verwijzing", de "Kern DTF: verzoek aan huisarts", de "Kern DTF: pluis, indicatie FT" en de "Kern DTF: pluis, geen indicatie FT". Deze sectie is optioneel in de "Kern aanvullende informatie", de "Kern DTF: niet pluis", de "Bijlage consultantwoord", de "Bijlage tussentijds verslag FT" en de "Bijlage eindverslag FT".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0...1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0...1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1...1	M		Identificatie van de template voor de sectie "anamnese".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.2"					
title	ST	1...1	M		Bevat de waarde "anamnese".
CONF Bevat de waarde "anamnese"					
code	CE	1...1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "11322-5"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "History of general health"					
text	ED	1...1	M		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §8.2.1.
entry		0...*	O		Bevat optioneel S-regels. Zie voor de beschrijving §8.2.1.
entry		0...*	O		Bevat optioneel E-regels. Zie voor de beschrijving §8.2.2.
entry		0...*	O		Bevat optioneel de ICPC-code. Zie voor

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
					de beschrijving §8.2.3.

8.2.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		1..1	M	Vrije tekst	Bevat tekst uit het HIS gebaseerd op S-regel van het Deelcontact en eventueel aangevuld door de huisarts. Zie voor de beschrijving §4.1.2 uit [RL HA FT].
<paragraph> </paragraph>		0..*	O	E-regel	Bevat de "effectiveTime/value" uit de "entry" – E-regel van de Episode. Dit deel van de "text" is overgenomen uit de "entry" en bevat minimaal de geel gemarkeerde delen. Zie voor de beschrijving §8.2.2. Deze tekst wordt als volgt opgebouwd:
28-02-2011 Pijn onder in de rug, trekt naar de bovenbenen re>li. h.n.p.					
20-02-2011 Pijn onder in de rug en rechter bovenbeen.					
13-02-2011 Pijn onder in de rug.					
<paragraph> </paragraph>		0..*	O	ICPC-code	Bevat optioneel de omschrijving van de ICPC-code van de anamnese. Zie §8.1.1 voor de opbouw van de tekst

8.2.1 entry S-regel

Element: entry					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@contextConductionInd	BL	0..1	F		Bevat standaard de waarde "true".
CONF @contextConductionInd bevat de vaste waarde "true"					
observation		1..1	M		Bevat S-regel de Episode.
Element: observation					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
CONF @classCode bevat de vaste waarde "OBS"					
CONF @moodCode bevat de vaste waarde "EVN"					
code	CD CNE	1..1	M	SOEP code	Een E-regel (Evaluatie).
CONF @code bevat de vaste waarde "S"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.4.32.2"					
CONF @displayName bevat de vaste waarde " Subjectief"					
effectiveTime	TS	0..1	R	Datum registratie	Moment van registratie.
value	ST	1..1	M	Tekst journaal	Tekst van de journaalregel.
Voorbeeld van entry van de S-regel:					
<pre> <entry> <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"> <code code="S" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.4.4.32.2" displayName="Subjectief"/> <effectiveTime value="20110228"/> <value>Wederom pijnrug, uitstralend re been, tot in kuit. Eerder HNP gehad 5 Jaar terug, tevens rechts.Wederom pijnrug, uitstralend re been, tot in kuit. Eerder HNP gehad 5 Jaar terug, tevens rechts</value> </observation> </entry> </pre>					

8.2.2 entry E-regel

Element: entry					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@contextConductionInd	BL	0...1	F		Bevat standaard de waarde "true".
CONF @contextConductionInd bevat de vaste waarde "true"					
observation		1...1	M		Bevat E-regel de Episode.
Element: observation					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
CONF @classCode bevat de vaste waarde "OBS"					
CONF @moodCode bevat de vaste waarde "EVN"					
code	CD CNE	1...1	M	SOEP code	Een E-regel (Evaluatie).
CONF @code bevat de vaste waarde "E"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.4.32.2"					
CONF @displayName bevat de vaste waarde "Evaluatie"					
effectiveTime	TS	0...1	R	Datum registratie	Moment van registratie.
value	ST	1...1	M	Tekst journaal	Tekst van de journaalregel.
Voorbeeld van entry van de E-regel:					
<pre> <entry> <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"> <code code="E" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.4.4.32.2" displayName="Evaluatie"/> <effectiveTime value="20110228"/> <value>Pijn onder in de rug, trekt naar de bovenbenen re>li. h.n.p</value> </observation> </entry> </pre>					
Voorbeeld van entry van de E-regel:					
<pre> <entry> <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"> <code code="E" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.4.4.32.2" displayName="Evaluatie"/> <effectiveTime value="20110228"/> <value>Pijn onder in de rug en rechter bovenbeen. </value> </observation> </entry> </pre>					
Voorbeeld van entry van de E-regel:					
<pre> <entry> <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"> <code code="E" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.4.4.32.2" displayName="Evaluatie"/> <effectiveTime value="20110228"/> <value>Pijn onder in de rug. </value> </observation> </entry> </pre>					

8.2.3 entry ICPC-code

Zie voor de beschrijving §8.1.2

8.3 CDA sectie lichamelijk onderzoek

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.3

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is verplicht in de "Kern consultvraag/verwijzing", de "Kern DTF: pluis, geen indicatie FT" en de "Kern DTF: pluis, indicatie FT". Deze sectie is optioneel in de "Kern aanvullende informatie", de "Kern DTF: niet pluis", de "Kern DTF: verzoek aan huisarts",

de "Bijlage consultantwoord", de "Bijlage tussentijds verslag FT" en de "Bijlage eindverslag FT".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "lichamelijk onderzoek".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.3"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "lichamelijk onderzoek".
CONF Bevat de waarde "lichamelijk onderzoek"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "22029-3"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Physical exam"					
text	ED	1..1	M		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §8.3.1

8.3.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		1..1	M	Vrije tekst	Bevat tekst gebaseerd op de O-regel van het Deelcontact uit het HIS en eventueel aangevuld door de huisarts. Zie voor de beschrijving de rubriek "lichamelijk onderzoek" op de "Blad voor de huisarts" Model I.

8.4 CDA sectie relevante comorbiditeit

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.4

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is verplicht in de "Kern consultvraag/verwijzing". Deze sectie is optioneel in de "Kern aanvullende informatie".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "relevante comorbiditeit".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.004"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "relevante comorbiditeit".
CONF Bevat de waarde "relevante comorbiditeit"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "42126-3"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Comorbidities and complications"					
text	ED	1..1	M		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §8.4.1.
entry		0..*	O		Bevat de ICPC-code van de Episode. Zie voor de beschrijving §8.4.2.

8.4.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		1..1	M	ICPC-code	Bevat de "displayName" uit de "entry" – ICPC-code (Episode) eventueel aangevuld door huisarts. Dit deel van de "text" is overgenomen uit de "entry" en bevat minimaal de geel gemarkeerde delen. Deze tekst wordt als volgt opgebouwd:
Overgewicht (Quetelet-index 27- 30) T83.00					

8.4.2 entry ICPC-code

Element: entry					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@contextConductionInd	BL	0..1	F		Bevat standaard de waarde "true".
CONF @contextConductionInd bevat de vaste waarde "true"					
observation		1..1	M		Bevat de ICPC-code afkomstig uit de episodelijst.
Element: observation					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
CONF @classCode bevat de vaste waarde "OBS"					
CONF @moodCode bevat de vaste waarde "EVN"					
value	CE	0..1	R	ICPC-code	ICPC-1(Nederlandse vertaling) code.
CONF @code bevat de vaste waarde van de ICPC-code					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.4.31.1"					
CONF @codeSystemName bevat de vaste waarde "ICPC-1-NL"					
CONF @displayName bevat de omschrijving uit de "ICPC-1-NL"					
Voorbeeld van entry van de ICPC-code:					
<pre> <entry> <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"> <value xsi:type="CD" code="T83.00" displayName="Overgewicht (Quetelet-index 27- 30)" codeSystemName="ICPC-1-NL"/> </observation> </entry> </pre>					

8.5 CDA sectie ingestelde behandeling

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.5

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is verplicht in de "Kern consultvraag/verwijzing". Deze sectie is optioneel in de "Kern aanvullende informatie".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "ingestelde behandeling".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.5"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "ingestelde behandeling".
CONF Bevat de waarde "ingestelde behandeling"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "27687-3"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Physical therapy treatment plan"					
text	ED	1..1	M		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §8.5.1.
entry		0..*	O	De gemaakte afspraken	Bevat optioneel P-regels. Zie voor de beschrijving §8.5.1.
entry		0..*	O	Actuele medicatie	Bevat de Medicatielijst. Zie voor de beschrijving §8.5.2. Zie voor de beschrijving rubriek "ingestelde behandeling" op de "Blad voor de huisarts" uit de [RL HA FT].

8.5.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		1..*	M	Vrije tekst	Bevat tekst gevuld vanuit de P-regel (of meerdere P-regels) uit het HIS eventueel aangevuld door de huisarts. Zie voor de beschrijving rubriek "ingestelde behandeling" op de "Blad voor de huisarts" uit de [RL HA FT].
10-02-2011 Rust houden					
<paragraph> </paragraph>		0..*	O	Medicatielijst	Bevat de "effectiveTime/value" uit de "entry" – Medicatielijst. Dit deel van de "text" is overgenomen uit de "entry" en bevat minimaal de geel gemarkeerde delen (zie §8.5.2). Deze tekst wordt als volgt opgebouwd:
10-02-2011 Theodur 200mg BID, DIAZEPAM					

8.5.1 entry P-regel

Element: entry					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@typeCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DRIV".
CONF @typeCode bevat de vaste waarde "DRIV"					
@contextConductionInd	BL	0..1	F		Bevat standaard de waarde "true".
CONF @contextConductionInd bevat de vaste waarde "true"					
observation		1..1	M		Bevat S-regel de Episode.
Element: observation					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
CONF @classCode bevat de vaste waarde "OBS"					
CONF @moodCode bevat de vaste waarde "EVN"					
code	CD CNE	1..1	M	SOEP code	Een P-regel .
CONF @code bevat de vaste waarde "P"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.4.32.2"					
CONF @displayName bevat de vaste waarde "Positief"					
effectiveTime	TS	0..1	R	Datum registratie	Moment van registratie.
value	ST	1..1	M	Tekst journaal	Tekst van de journaalregel.
Voorbeeld van entry van de P-regel:					
<pre> <entry typeCode="DRIV"> <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"> <code code="P" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.4.4.32.2" displayName="Positief"/> <effectiveTime value="20110228"/> <value xsi:type="ST" "Rust houden, co 2weken."/> </observation> </entry> </pre>					

8.5.2 entry Medicatielijst

Element: entry					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@typeCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DRIV".
CONF @typeCode bevat de vaste waarde "DRIV"					
@contextConductionInd	BL	0..1	F		Bevat standaard de waarde "true".
CONF @contextConductionInd bevat de vaste waarde "true"					
substanceAdministration		1..*	M		Bevat de actuele medicatie geselecteerd uit de Medicatielijst. Zie voor de beschrijving §8.5.2.1.

8.5.2.1 substanceAdministration

Element: substanceAdministration					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component / entry					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
CONF @classCode bevat de vaste waarde "SBADM"					
CONF @moodCode bevat de vaste waarde "EVN"					
text	ST	1..1	M		Voorgescheven medicatie.
consumable		1..1	M		Gegevens van de medicatie. Zie voor de beschrijving §8.5.2.4.
author		1..1	M		Gegevens van de voorschjver en de datum voorschrift. Zie voor de beschrijving §8.5.2.2.
Element: doseQuantity					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component / entry / substanceAdministration					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving

Element: substanceAdministration					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component / entry					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
doseQuantity	IVL PQ	0..1	R		Doseerhoeveelheid.
CONF @value bevat de hoeveelheid voorgeschreven medicatie, indien onbekend heeft de waarde nullFlavor="NA"					
CONF @unit bevat eenheid van voorgeschreven medicatie					

8.5.2.2 author

Element: author					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component / entry / substanceAdministration					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@typeCode		0..1	F		Bevat de vaste waarde "AUT".
CONF @typeCode bevat de vaste waarde "AUT "					
time	TS	1..1	M	Datum registratie	Bevat het registratiemoment. De tijd waarop het medicatievoorschrift werd geschreven wordt in het element @value opgenomen.
CONF time/value heeft het formaat yyyyymmdd					
assignedAuthor		1..1	M		De gegevens van de voorschrijver. Zie voor de beschrijving §8.5.2.3.

8.5.2.3 assignedAuthor

Element: AssignedAuthor					
Pad: ... / entry / substanceAdministration / author					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "ASSIGNED".
CONF @classCode bevat de vaste waarde "ASSIGNED"					
id		0..1	R		De identificatie van de voorschrijver, bevat het UZI nummer van de voorschrijver.
CONF id is niet verplicht en indien niet bekend bevat de waarde nullFlavor="NA"					

8.5.2.4 consumable

Element: consumable					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component / entry / substanceAdministration					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@typeCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "CSM".
CONF @typeCode bevat de vaste waarde "CSM "					
manufacturedProduct		1..1	M		Bevat de gegevens van de medicatievoorschrift. Zie voor de beschrijving §8.5.2.5.

8.5.2.5 manufacturedProduct

Element: manufacturedProduct					
Pad: ... / entry / substanceAdministration / consumable					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "MANU".
CONF @classCode bevat de vaste waarde "MANU "					
manufacturedLabeledDrug		1..1	M		Bevat gegevens van het medicatievoorschrift (G-Standaard). Zie voor de beschrijving §8.5.2.5.1.

8.5.2.5.1 manufacturedLabeledDrug

Element: manufacturedLabeledDrug					
---	--	--	--	--	--

Pad: ... /entry /substanceAdministration /consumable / manufacturedProduct					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "MMAT".
CONF	@classCode bevat de vaste waarde "MMAT"				
CONF	@code bevat code van de medicatie				
CONF	@codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.4.1"				
CONF	@displayName bevat de handelsnaam van de medicatie				
Voorbeeld van entry van de Medicatielijst:					
<pre><entry typeCode="DRIV"> <substanceAdministration classCode="SBADM" moodCode="EVN"> <text>Theodur 200mg BID</text> <doseQuantity value="200" unit="mg"/> <consumable> <manufacturedProduct> <manufacturedLabeledDrug> <!-- uit het "Pharmacy domein" (Medicatie) in G-Standaard --> <code code="20664" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.4.4.1" codeSystemName="GPK"displayName="DIAZEPAM"/> </manufacturedLabeledDrug> </manufacturedProduct> </consumable> <author> <time value="201102010"/> <assignedAuthor> <id extension="000001111" root="2.16.528.1.1007.3.1"/> </assignedAuthor> </author> </substanceAdministration> </entry></pre>					

8.6 CDA sectie besproken met patiënt

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.6

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is optioneel in de "Kern consultvraag/verwijzing" en in de "Kern aanvullende informatie".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument /component /structuredBody /component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode	bevat de vaste waarde "DOCSECT"				
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode	bevat de vaste waarde "EVN"				
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "besproken met patiënt".
CONF @root	bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.6"				
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "besproken met patiënt".
CONF	Bevat de waarde "besproken met patiënt"				
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code	bevat de vaste waarde "51848-0"				
CONF @codeSystem	bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"				
CONF @codeSystemName	is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"				
CONF @displayName	is optioneel en bevat de vaste waarde "Assessment note"				
text	ED	1..1	M		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §8.6.1.

8.6.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		0..1	O	Vrije tekst	Bevat tekst ingevoerd door de huisarts. Zie voor de beschrijving rubriek "besproken met patiënt" op de "Blad voor de huisarts" uit de [RL HA FT].

8.7 CDA sectie procedurevoorstel

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.7

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is verplicht in de "Kern consultvraag/verwijzing", de "Kern aanvullende informatie", de "Kern DTF: verzoek aan huisarts", de "Kern DTF: pluis, indicatie FT" en de "Kern DTF: pluis, geen indicatie FT".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "procedurevoorstel".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.007"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "procedurevoorstel".
CONF Bevat de waarde "procedurevoorstel"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "59772-4"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Planned procedure"					
text	ED	1..1	M		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §8.7.1.

8.7.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		1..1	M	Tekst	Bevat tekst ingevoerd door de huisarts (eventueel uit de voorselectie). Zie voor de beschrijving rubriek "procedurevoorstel" op de "Blad voor de huisarts" Model I uit de [RL HA FT].

9 CDA sectie Bijlage consultvraag / verwijzing

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2

Deze template beschrijft de specificaties van het “Bijlage” onderdeel voor zowel consultvraag als de verwijzing naar de fysiotherapeut. De “Bijlage” sectie bevat meerdere subsecties (de rubrieken zoals vermeldt in [RL HA FT]). Zie hoofdstuk 7 voor het overzicht van subsecties in deze sectie.

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body Structure gespecificeerd (deel B – figuur 2. uit §4).

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde “DOCSECT”
CONF @classCode bevat de vaste waarde “DOCSECT”					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde “EVN”
CONF @classCode bevat de vaste waarde “EVN”					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de Kern van de documenten die door de huisarts aan de fysiotherapeut worden verstuurd.
CONF @root bevat de vaste waarde “2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2”					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde “Bijlage consultvraag en verwijzing”.
CONF Bevat de waarde “Bijlage consultvraag en verwijzing”					
component		1..*	M		Bevat de geneste secties – de rubrieken die deel uitmaken van de “Bijlage”. Dit element heeft subelementen @typeCode en @contextConductionInd. Zie voor de beschrijving van deze subelementen §6.1.1.1.

9.1 CDA sectie medicatie actueel

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.1

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is verplicht in de “Bijlage consultvraag/verwijzing”. Deze sectie is optioneel in de “Bijlage aanvullende informatie”.

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde “DOCSECT”
CONF @classCode bevat de vaste waarde “DOCSECT”					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde “EVN”
CONF @classCode bevat de vaste waarde “EVN”					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie “medicatie actueel”.
CONF @root bevat de vaste waarde “2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.1”					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde “medicatie actueel”.
CONF Bevat de waarde “medicatie actueel”					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
CONF @code bevat de vaste waarde "10160-0"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "History of medication use"					
text	ED	0..1	O		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §9.1.1
entry		0..*	O		Bevat de selectie items uit de Medicatielijst. Zie voor de beschrijving rubriek "medicatie actueel" op de "Blad voor de huisarts" Model I uit de [RL HA FT] en §9.1.2 van deze implementatiehandleiding.

9.1.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		0..*		Medicatielijst	Bevat de "effectiveTime/value" uit de "entry" – Medicatielijst. Dit deel van de "text" is overgenomen uit de "entry Medicatielijst" en bevat minimaal de geel gemarkeerde delen. Deze tekst wordt als volgt opgebouwd:
08-02-2011 Theodur 200mg BID, DIAZEPAM					

9.1.2 entry Medicatielijst

Zie voor de beschrijving § 8.5.2.

9.2 CDA sectie aanvullend onderzoek

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.2

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is verplicht in de "Bijlage consultvraag/verwijzing". Deze sectie is optioneel in de "Bijlage aanvullende informatie".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "aanvullend onderzoek".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.2"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "aanvullend onderzoek".
CONF Bevat de waarde "aanvullend onderzoek"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "29545-1"					

Element: section					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Physical findings"					
text	ED	0..1	O		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §9.2.1.

9.2.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		0..1	O	Tekst	Bevat tekst uit Diagnostisch archief. Zie voor de beschrijving rubriek "aanvullend onderzoek" op de "Blad voor de huisarts" Model I uit de [RL HA FT].
<paragraph> </paragraph>		0..*	O	Tekst	Bevat tekst van Correspondentie. Zie voor de beschrijving Rubriek "aanvullend onderzoek" op de "Blad voor de huisarts" Model I uit de [RL HA FT].

9.3 CDA sectie ook bekend bij

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.3

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is verplicht in de "Bijlage consultvraag/verwijzing". Deze sectie is optioneel in de "Bijlage aanvullende informatie".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "ook bekend bij".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.3"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "ook bekend bij".
CONF Bevat de waarde "ook bekend bij"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "46240-8"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "History of hospitalizations"					
text	ED	0..1	O		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §9.3.1.

9.3.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		0...*	O	Vrije tekst	Zie voor de beschrijving Rubriek "ook bekend bij" op de "Blad voor de huisarts" Model I uit de [RL HA FT]. Indien beschikbaar, bevat deze tekst de naam, UZI nummer en rolcode van de zorgverlener en bv. URA van de zorginstelling.

9.4 CDA sectie risicovol leefgedrag

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.4

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is verplicht in de "Bijlage consultvraag/verwijzing". Deze sectie is optioneel in de "Bijlage aanvullende informatie".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component / section / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0...1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0...1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1...1	M		Identificatie van de template voor de sectie "risicovol leefgedrag".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.4"					
title	ST	1...1	M		Bevat de waarde "risicovol leefgedrag".
CONF Bevat de waarde "risicovol leefgedrag"					
code	CE	1...1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "18663-5"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF Het attribuut @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "History of present alcohol or substance abuse"					
text	ED	0...1	O		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §9.4.1.
entry		0...1	O		Bevat optioneel de ICPC-code uit het Diagnostisch archief. Zie voor de beschrijving §9.4.2. Zie voor de beschrijving Rubriek "risicovol leefgedrag" op de "Blad voor de huisarts" Model I uit de [RL HA FT].

9.4.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		0...1	O	Omschrijving van de ICPC-code	Bevat de omschrijving van de ICPC-code van het Diagnostisch archief. Dit deel van de "text" is overgenomen uit de "entry" en bevat minimaal de geel gemarkeerde delen. Deze tekst

Element: text					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
					wordt als volgt opgebouwd:
tabakmisbruik, P17					
<paragraph> </paragraph>		0...1	O	Vrije tekst	Bevat tekst ingevoerd door de huisarts. Zie voor de beschrijving Rubriek "risicovol leefgedrag" op de "Blad voor de huisarts" Model I uit de [RL HA FT].

9.4.2 entry ICPC-code

Element: entry					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@typeCode	CS	0...1	F		Bevat de vaste waarde "DRIV".
CONF @typeCode bevat de vaste waarde "DRIV"					
@contextConductionInd	BL	0...1	F		Bevat standaard de waarde "true".
CONF @contextConductionInd bevat de vaste waarde "true"					
observation		1...1	M		Bevat ICPC-code.
Element: observation					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
CONF @classCode bevat de vaste waarde "OBS"					
CONF @moodCode bevat de vaste waarde "EVN"					
value	CE	1...1	M	ICPC-code	Bevat de code volgens het ICPC-1 (Nederlandse vertaling) codestelsel.
CONF @code bevat de vaste waarde van de ICPC-code					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.4.31.1"					
CONF @displayName bevat de omschrijving uit de "ICPC-1-NL"					
Voorbeeld van entry van het Diagnostisch archief:					
<pre><entry typeCode="DRIV"> <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"> <value xsi:type="CE" code="P17" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.4.4.31.1" displayName="tabakmisbruik" codeSystemName="ICPC-1-NL"/> </observatio </entry></pre>					

9.5 CDA sectie familieanamnese

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.5

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is optioneel in de "Bijlage consultvraag/verwijzing" en in de "Bijlage aanvullende informatie".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0...1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0...1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1...1	M		Identificatie van de template voor de sectie "familieanamnese".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.5"					

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "familieanamnese".
CONF Bevat de waarde "familieanamnese"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "10157-6"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "History of family member diseases"					
text	ED	0..1	M		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §9.5.1.

9.5.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		0..1	O	Vrije tekst	Bevat tekst ingevoerd door de huisarts. Zie voor de beschrijving Rubriek "familieanamnese" op de "Blad voor de huisarts" Model I uit de [RL HA FT].

9.6 CDA sectie psychosociale anamnese

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.6

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is optioneel in de "Bijlage consultvraag/verwijzing", de "Bijlage aanvullende informatie", de "Bijlage consultantwoord", de "Bijlage tussentijds verslag FT" en de "Bijlage eindverslag FT".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "psychosociale anamnese".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.6"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "psychosociale anamnese".
CONF Bevat de waarde "psychosociale anamnese"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "29762-2"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Social history"					
text	ED	0..1	O		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §9.6.1.

9.6.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		0..1	O	Vrije tekst	Bevat tekst ingevoerd door de huisarts. Zie voor de beschrijving Rubriek "psychosociale anamnese" op de "Blad voor de huisarts" Model I uit de [RL HA FT].

9.7 CDA sectie voorzieningen nodig bij consult

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.7

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is optioneel in de "Bijlage consultvraag/verwijzing" en de "Bijlage aanvullende informatie".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "voorzieningen nodig bij consult".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.7"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "voorzieningen nodig bij consult".
CONF Bevat de waarde "voorzieningen nodig bij consult"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "52697-0"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Medical procedures/treatments assistance needed"					
text	ED	0..1	M		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §9.7.1.

9.7.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		0..1	O		Bevat tekst ingevoerd door de huisarts. Zie voor de beschrijving Rubriek "voorzieningen nodig bij consult" op de "Blad voor de huisarts" Model I uit de [RL HA FT].

10 CDA sectie Kern aanvullende informatie

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.14

Deze template beschrijft de specificaties van het “Kern” onderdeel voor het document dat door de huisarts aan de fysiotherapeut wordt verstuurd genaamd: “aanvullende informatie”. De “Kern” sectie bevat meerdere subsecties (de rubrieken zoals vermeldt in [RL HA FT]). Zie hoofdstuk 7 voor het overzicht van subsecties in deze sectie. In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body Structure gespecificeerd (deel B – figuur 2. uit §4).

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde “DOCSECT”
CONF @classCode bevat de vaste waarde “DOCSECT”					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde “EVN”
CONF @classCode bevat de vaste waarde “EVN”					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de Kern van het document dat door de huisarts aan de fysiotherapeut wordt verstuurd.
CONF @root bevat de vaste waarde “2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.14”					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde “Kern aanvullende informatie”.
CONF Bevat de waarde “Kern aanvullende informatie”					
component		1..*	M		Bevat de geneste secties – de rubrieken die deel uitmaken van de “Kern”. Dit element heeft subelementen @typeCode en @contextConductionInd. Zie voor de beschrijving van deze subelementen §6.1.1.1.

10.1 CDA sectie vraagstelling / reden verwijzing

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.1

Deze sectie is verplicht in de “Kern aanvullende informatie”.
Zie voor de beschrijving §8.1.

10.2 CDA sectie anamnese

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.2

Deze sectie is optioneel in de “Kern aanvullende informatie”.
Zie voor de beschrijving §8.2.

10.2.1 text

Zie voor de beschrijving paragraaf 8.2.1.

10.2.2 entry E-regel

Zie voor de beschrijving paragraaf 8.2.2.

10.2.1 **entry ICPC-code**

Zie voor de beschrijving paragraaf 8.2.3

10.3 CDA sectie lichamelijk onderzoek

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.3

Deze sectie is optioneel in de “Kern aanvullende informatie”.
Zie voor de beschrijving paragraaf 8.3.

10.4 CDA sectie relevante comorbiditeit

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.4

Deze sectie is optioneel in de “Kern aanvullende informatie”.
Zie voor de beschrijving §8.4.

10.5 CDA sectie ingestelde behandeling

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.5

Deze sectie is optioneel in de “Kern aanvullende informatie”.
Zie voor de beschrijving §8.5.

10.5.1 **text**

Zie voor de beschrijving paragraaf 8.5.1.

10.5.2 **entry Medicatielijst**

Zie voor de beschrijving paragraaf 8.5.2.

10.6 CDA sectie besproken met patiënt

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.6

Deze sectie is optioneel in de “Kern aanvullende informatie”.
Zie voor de beschrijving paragraaf 8.6.

10.7 CDA sectie procedurevoorstel

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.7

Deze sectie is verplicht in de “Kern aanvullende informatie”.
Zie voor de beschrijving paragraaf 8.7.

11 CDA Bijlage aanvullende informatie

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.13

Deze template beschrijft de specificaties van het “Bijlage” onderdeel voor het document dat door de huisarts aan de fysiotherapeut verstuurd kan worden, namelijk “aanvullende informatie”. De “Bijlage” sectie bevat meerdere subsecties (de rubrieken zoals vermeldt in [RL HA FT]). Zie hoofdstuk 7 voor het overzicht van subsecties in deze sectie.

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body Structure gespecificeerd (deel B – figuur 2. uit §4).

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde “DOCSECT”
CONF @classCode bevat de vaste waarde “DOCSECT”					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde “EVN”
CONF @classCode bevat de vaste waarde “EVN”					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de Kern van de documenten die door de huisarts aan de fysiotherapeut worden verstuurd.
CONF @root bevat de vaste waarde “2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.13”					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde “Bijlage aanvullende informatie”.
CONF Bevat de waarde “Bijlage aanvullende informatie”					
component		1..*	M		Bevat de geneste secties – de rubrieken die deel uitmaken van de “Bijlage”. Dit element heeft subelementen @typeCode en @contextConductionInd. Zie voor de beschrijving van deze subelementen §6.1.1.1.

11.1 CDA sectie medicatie actueel

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.1

Deze sectie is optioneel in de “Bijlage aanvullende informatie”.
Zie voor de beschrijving paragraaf 9.1.

11.1.1 text

Zie voor de beschrijving paragraaf 9.1.1.

11.1.2 entry Medicatielijst

Zie voor de beschrijving paragraaf 9.1.2.

11.2 CDA sectie aanvullend onderzoek

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.2

Deze sectie is optioneel in de “Bijlage aanvullende informatie”.
Zie voor de beschrijving paragraaf 9.2.

11.2.1 text

Zie voor de beschrijving paragraaf 9.2.1.

11.3 CDA sectie ook bekend bij

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.3

Deze sectie is optioneel in de “Bijlage aanvullende informatie”.
Zie voor de beschrijving paragraaf 9.3.

11.3.1 text

Zie voor de beschrijving paragraaf 9.3.1.

11.4 CDA sectie risicovol leefgedrag

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.4

Deze sectie is optioneel in de “Bijlage aanvullende informatie”.

11.4.1 Text

Zie voor de beschrijving paragraaf 9.4.1.

11.5 CDA sectie familieanamnese

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.5

Deze sectie is optioneel in de “Bijlage aanvullende informatie”.
Zie voor de beschrijving paragraaf 9.5.

11.5.1 text

Zie voor de beschrijving paragraaf 9.5.1.

11.6 CDA sectie psychosociale anamnese

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.6

Deze sectie is optioneel in de “Bijlage aanvullende informatie”.
Zie voor de beschrijving paragraaf 9.6.

11.6.1 text

Zie voor de beschrijving paragraaf 9.6.1.

11.7 CDA sectie voorzieningen nodig bij consult

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.7

Deze sectie is optioneel in de “Bijlage aanvullende informatie”.
Zie voor de beschrijving paragraaf 9.7.

11.7.1 text

Zie voor de beschrijving paragraaf 9.7.1.

12 CDA sectie Kern DTF: niet pluis

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3

Deze template beschrijft de specificaties van het "Kern" onderdeel voor het document dat door de fysiotherapeut aan de huisarts verstuurd kan worden, genaamd "DTF: niet pluis" ("Directe Toegang Fysiotherapeut: niet pluis"). De "Kern" sectie bevat meerdere subsecties (de rubrieken zoals vermeldt in [RL HA FT]). Zie hoofdstuk 7 voor het overzicht van subsecties in deze sectie.

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body Structure gespecificeerd (deel B – figuur 2. uit §4).

Element: section					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de Kern van het document dat door de fysiotherapeut aan de huisarts wordt verstuurd.
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "Kern DTF: niet pluis".
CONF Bevat de waarde "Kern DTF: niet pluis"					
component		1..*	M		Bevat de geneste secties – de rubrieken die deel uitmaken van de "Kern". Dit element heeft subelementen @typeCode en @contextConductionInd. Zie voor de beschrijving van deze subelementen §6.1.1.1.

12.1 CDA sectie contactreden / hulpvraag / functioneringsproblemen

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.1

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: niet pluis", de "Kern DTF: verzoek aan huisarts", de "Kern DTF: pluis, geen indicatie FT" en de "Kern DTF: pluis, indicatie FT".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "contactreden/hulpvraag/functioneringsproblemen".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.001"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
					"contactreden/hulpvraag/functionerings problemen".
CONF Bevat de waarde "reden contact"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "299298-7"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Reason for visit"					
text	ED	0..1	O		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §12.1.1.

12.1.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		1..1	M	Tekst	Bevat tekst uit FIS m.b.t de "contactreden/hulpvraag/functionerings problemen" (datum, hulpvraag en verwachtingen patiënt) eventueel aangevuld door de fysiotherapeut. Zie voor de beschrijving Rubriek "reden contact" op de "Blad voor de fysiotherapeut" Model II uit de [RL HA FT].

12.2 CDA sectie conclusie screening (pluis/niet pluis)

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.2

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: niet pluis", de "Kern DTF: verzoek aan huisarts", de "Kern DTF: pluis, geen indicatie FT" en de "Kern DTF: pluis, indicatie FT".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "conclusie screening (pluis/niet pluis)".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.2"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "conclusie screening (pluis/niet pluis)".
CONF Bevat de waarde "conclusie screening (pluis/niet pluis)"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "57207-3"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Risk factors present or past affecting health status and or outcome"					
text	ED	0..1	O		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §12.2.1.

12.2.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		1..1	M	Tekst	Bevat tekst uit FIS m.b.t de "conclusie screening" eventueel aangevuld door de fysiotherapeut. Zie voor de beschrijving Rubriek "conclusie screening (pluis/niet pluis)" op de "Blad voor de fysiotherapeut" Model II uit de [RL HA FT].

12.3 CDA sectie anamnese

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.3

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is optioneel in de "Kern DTF: niet pluis".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "anamnese".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.3"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "anamnese".
CONF Bevat de waarde "anamnese"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "11322-5"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "History of general health"					
text	ED	0..1	O		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §12.3.1.

12.3.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		0..*	O		Bevat tekst uit FIS – "Presentatie overige externe en overige persoonlijke factoren" eventueel aangevuld door de

Element: text					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
					fysiotherapeut. Zie voor de beschrijving Rubriek "anamnese" op de "Blad voor de fysiotherapeut" Model II uit de [RL HA FT].

12.4 CDA sectie lichamelijk onderzoek

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.4

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is optioneel in de "Kern DTF: niet pluis", de "Kern aanvullende informatie", de "Kern DTF: verzoek aan huisarts", de "Bijlage consultantwoord", de "Bijlage tussentijds verslag FT" en de "Bijlage eindverslag FT". Deze sectie is verplicht in de "Kern consultvraag/verwijzing", de "Kern DTF: pluis, geen indicatie FT" en de "Kern DTF: pluis, indicatie FT".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @moodCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "lichamelijk onderzoek".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.4"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "lichamelijk onderzoek".
CONF Bevat de waarde "lichamelijk onderzoek"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "22029-3"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Physical exam"					
text	ED	0..1	O		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §12.4.1.

12.4.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		0..*	O	Tekst	Bevat tekst (of de selectie ervan) uit FIS m.b.t. het "diagnostische verrichtingen en bevindingen". Zie voor de beschrijving Rubriek "lichamelijk onderzoek" op de "Blad voor de fysiotherapeut" Model II uit de [RL HA FT].

12.5 CDA sectie resultaat overleg met patiënt

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.5.1

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: niet pluis" en de "Kern tussentijds verslag FT".

Deze sectie is optioneel in de "Kern DTF: pluis, geen indicatie FT" en de "Kern eindverslag FT".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @moodCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "resultaat overleg met patiënt".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.5.001"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "resultaat overleg met patiënt".
CONF Bevat de waarde "resultaat overleg met patiënt"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "62385-0"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Recommendation"					
text	ED	0..1	O		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §12.5.1.

12.5.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		0..*	O	Vrije tekst	Bevat tekst geformuleerd door de fysiotherapeut. De tekst is gebaseerd op de "nazorg /afspraken" gegevens afkomstig uit FIS. Zie voor de beschrijving Rubriek "resultaat overleg met patiënt" op de "Blad voor de fysiotherapeut" Model II uit de [RL HA FT].

13 CDA sectie Kern DTF: verzoek aan huisarts

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.4

Deze template beschrijft de specificaties van het "Kern" onderdeel voor het document dat door de fysiotherapeut aan de huisarts verstuurd kan worden, genaamd "DTF: verzoek aan huisarts". De "Kern" sectie bevat meerdere subsecties (de rubrieken zoals vermeldt in [RL HA FT]). Zie hoofdstuk 7 voor het overzicht van subsecties in deze sectie. In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body Structure gespecificeerd (deel B – figuur 2. uit §4).

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de Kern van het document dat door de fysiotherapeut aan de huisarts wordt verstuurd.
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.4"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "Kern DTF: verzoek aan huisarts".
CONF Bevat de waarde "Kern DTF: verzoek aan huisarts"					
component		1..*	M		Bevat de geneste secties – de rubrieken die deel uitmaken van de "Kern". Dit element heeft subelementen @typeCode en @contextConductionInd. Zie voor de beschrijving van deze subelementen §6.1.1.1.

13.1 CDA sectie contactreden / hulpvraag / functioneringsproblemen

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.1

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: verzoek aan huisarts".
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.1.

13.2 CDA sectie conclusie screening (pluis / niet pluis)

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.2

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: verzoek aan huisarts".
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.2.

13.3 CDA sectie anamnese

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.3

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: verzoek aan huisarts".
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.3.

13.4 CDA sectie lichamelijk onderzoek

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.4

Deze sectie is optioneel in de "Kern DTF: verzoek aan huisarts".
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.4.

13.5 CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.5

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: niet pluis", de "Kern tussentijds verslag FT", de "Kern DTF: pluis, geen indicatie FT", de "Kern DTF: pluis, indicatie FT", de "Kern eindverslag FT" en de "Kern consultantwoord". Deze sectie is optioneel in de "Kern DTF: verzoek aan huisarts".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.5"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)".
CONF Bevat de waarde "conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "34824-3"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF Het attribuut @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Physical therapy Consult note"					
text	ED	1..1	M		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §13.5.1.
entry		0..1	O	ICF-code	Bevat de fysiotherapeutische diagnose/conclusie en overige basisgegevens zoals die in het FIS opgeslagen zijn (ICF-code). Zie voor de beschrijving §13.5.2. Zie voor de beschrijving Rubriek "conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)" op de "Blad voor de fysiotherapeut" Model II uit de [RL HA FT].

13.5.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<list> <item>...</item> <item>...</item> </list>		1..1	M	ICF-code omschrijving	Bevat de "effectiveTime/value" en de waarde van "displayName". Dit deel van de "text" is overgenomen uit "entry" en bevat minimaal de geel gemarkeerde

Element: text					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
					delen. Deze tekst wordt als volgt opgebouwd:
20-03-2011 uitvoeren transfers in zit- of lighouding, MATIGE					
<paragraph> </paragraph>		0...*	O	Tekst	Bevat tekst ingevuld door de fysiotherapeut. Zie voor de beschrijving Rubriek "conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)" op de "Blad voor de fysiotherapeut" Model II uit de [RL HA FT].

13.5.2 entry ICF-code

Element: entry					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
observation		1...1	M		Bevat ICF-code.
Element: observation					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
CONF @classCode bevat de vaste waarde "OBS"					
CONF @moodCode bevat de vaste waarde "EVN"					
code	CE	0...1	O		ICF-code.
CONF @code bevat de waarde van de ICF-code					
CONF @displayName bevat de omschrijving van de ICF-code					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.254"					
CONF @codeSystemName bevat de vaste waarde "ICF"					
effectiveTime	TS	0...1	R	Datum registratie	Moment van registratie.
value	ED	1...1	M		
CONF @code bevat de mate van ernst van de aandoening overgenomen uit de ICF codering					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.254"					
CONF @value bevat de eenheid van het attribuut @code					
Voorbeeld van een entry van de ICF-code:					
<pre> <entry> <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"> <code code="d420" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.254" displayName="uitvoeren transfers in zit- of lighouding" codeSystemName="ICF"/> </code> <effectiveTime value="20110320"/> <value xsi:type="CV" code="MATIGE" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.254" > </value> </observation> </entry> </pre>					



Deze implementatiehandleiding schrijft niet voor hoe de inhoud getoond moet worden. Het attribuut code/originalText/reference @value kan gebruikt worden om aan het tekstfragment een waarde uit de entry toe te kennen.

13.6 CDA sectie behandelplan

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.4.1

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is optioneel in de "Kern DTF: verzoek aan huisarts" en de "Kern consultantwoord". Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: pluis, indicatie FT" en de "Kern tussentijds verslag FT".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "behandelplan".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.4.001"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "behandelplan".
CONF Bevat de waarde "behandelplan"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "59775-7"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Disposition"					
text	ED	0..1	O		Bevat de tekstuele representatie van de sectie.

13.6.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<pre><list> <item>...</item> <item>...</item> </list></pre>		1..1	M		Bevat tekst m.b.t. "behandelplan" - geselecteerd door de fysiotherapeut uit FIS subrubrieken.

13.7 CDA sectie procedurevoorstel

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.7

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: verzoek aan huisarts".
Zie voor de beschrijving paragraaf 8.7.

14 CDA sectie Kern DTF: pluis, geen indicatie FT

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.5

Deze template beschrijft de specificaties van het "Kern" onderdeel voor het document dat door de fysiotherapeut aan de huisarts verstuurd kan worden, genaamd "DTF: pluis, geen indicatie FT". De "Kern" sectie bevat meerdere subsecties (de rubrieken zoals vermeldt in [RL HA FT]). Zie hoofdstuk 7 voor het overzicht van subsecties in deze sectie.

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body Structure gespecificeerd (deel B – figuur 2. uit §4).

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de Kern van het document dat door de fysiotherapeut aan de huisarts wordt verstuurd.
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.5"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "Kern DTF: pluis, geen indicatie FT".
CONF Bevat de waarde "Kern DTF: pluis, geen indicatie FT"					
component		1..*	M		Bevat de geneste secties – de rubrieken die deel uitmaken van de "Kern". Dit element heeft subelementen @typeCode en @contextConductionInd. Zie voor de beschrijving van deze subelementen §6.1.1.1.

14.1 CDA sectie contactreden / hulpvraag / functioneringsproblemen

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.1

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: pluis, geen indicatie FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.1.

14.2 CDA sectie conclusie screening (pluis / niet pluis)

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.2

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: pluis, geen indicatie FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.2.

14.3 CDA sectie anamnese

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.3

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: pluis, geen indicatie FT".

Zie voor de beschrijving paragraaf 12.3.

14.4 CDA sectie lichamelijk onderzoek

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.4

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: pluis, geen indicatie FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.4.

14.5 CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.5

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: pluis, geen indicatie FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 13.5.

14.6 CDA sectie resultaat overleg met patiënt

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.5.1

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: pluis, geen indicatie FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.5.

14.7 CDA sectie procedurevoorstel

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.7

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: pluis, geen indicatie FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 8.7.

15 CDA sectie Kern DTF: pluis, indicatie FT

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.6

Deze template beschrijft de specificaties van het "Kern" onderdeel voor het document dat door de fysiotherapeut aan de huisarts verstuurd kan worden, genaamd "DTF: pluis, indicatie FT". De "Kern" sectie bevat meerdere subsecties (de rubrieken zoals vermeldt in [RL HA FT]). Zie hoofdstuk 7 voor het overzicht van subsecties in deze sectie. In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body Structure gespecificeerd (deel B – figuur 2. uit §4).

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de Kern van het document dat door de fysiotherapeut aan de huisarts wordt verstuurd.
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.6"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "Kern DTF: pluis, indicatie FT".
CONF Bevat de waarde "Kern DTF: pluis, indicatie FT"					
component		1..*	M		Bevat de geneste secties – de rubrieken die deel uitmaken van de "Kern". Dit element heeft subelementen @typeCode en @contextConductionInd. Zie voor de beschrijving van deze subelementen §6.1.1.1.

15.1 CDA sectie contactreden / hulpvraag / functioneringsproblemen

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.1

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: pluis, indicatie FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.1.

15.2 CDA sectie conclusie screening (pluis/niet pluis)

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.2

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: pluis, indicatie FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.2.

15.3 CDA sectie anamnese

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.3

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: pluis, indicatie FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.3.

15.4 CDA sectie lichamelijk onderzoek

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.4

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: pluis, indicatie FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 14.4.

15.5 CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.5

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: pluis, indicatie FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 13.5.

15.6 CDA sectie behandelplan

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.4.1

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: pluis, indicatie FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 13.6.

15.7 CDA sectie procedurevoorstel

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.7

Deze sectie is verplicht in de "Kern DTF: pluis, indicatie FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 8.7.

16 CDA sectie Kern consultantwoord

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.7

Deze template beschrijft de specificaties van het "Kern" onderdeel voor het document dat door de fysiotherapeut aan de huisarts wordt verstuurd genaamd: "consultantwoord". De CDA "Kern" sectie bevat meerdere subsecties (de rubrieken zoals vermeldt in [RL HA FT]). Zie hoofdstuk 7 voor het overzicht van subsecties in deze sectie.

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body Structure gespecificeerd (deel B – figuur 2. uit §4).

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de Kern van het document dat door de huisarts aan de fysiotherapeut wordt verstuurd.
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.7"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "Kern consultantwoord".
CONF Bevat de waarde "Kern consultantwoord"					
component		1..*	M		Bevat de geneste secties – de rubrieken die deel uitmaken van de "Kern". Dit element heeft subelementen @typeCode en @contextConductionInd. Zie voor de beschrijving van deze subelementen §6.1.1.1.

16.1 CDA sectie vraagstelling, reden verwijzing / contact

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.7.1

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is verplicht in de "Kern consultantwoord", de "Kern tussentijds verslag FT" en de "Kern eindverslag FT".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component / section / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "vraagstelling, reden verwijzing/contact".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.7.001"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "vraagstelling, reden verwijzing/contact".
CONF Bevat de waarde "vraagstelling, reden verwijzing/contact"					

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component / section / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "10154-3"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF Het attribuut @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Chief complaint - Reported"					
text	ED	1..1	M		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §16.1.1.
entry		0..1	O		Bevat de gegevens overgenomen uit consultvraag/verwijzing (ICPC-code). Zie voor de beschrijving §16.1.2.

16.1.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		1..1	O	Vrije tekst	Bevat de gegevens overgenomen uit verwijzing/consultaanvraag (de tekst ingevoerd door de huisarts eventueel met raadplegen van E-regel van het Deelcontact). Zie voor de beschrijving Rubriek "vraagstelling, reden verwijzing/contact" op de "Blad voor de fysiotherapeut" Model II uit de [RL HA FT].
<paragraph> </paragraph>		0..1	O	ICPC-code	Bevat de gegevens overgenomen uit verwijzing/consultaanvraag.
<paragraph> </paragraph>		1..1	O	Vrije tekst	Bevat tekst ingevoerd door de fysiotherapeut.
<paragraph> </paragraph>		0..1	O	Vaste tekst	Bevat eventueel de tekst "Patient kwam rechtstreeks naar mij" of "Betreft doorverwijzing door ...".

16.1.2 entry ICPC-code

Zie voor de beschrijving paragraaf 8.1.2.

16.2 CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.5

Deze sectie is verplicht in de "Kern consultantwoord".
Zie voor de beschrijving paragraaf 13.5.

16.3 CDA sectie behandelplan

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.4.1

Deze sectie is optioneel in de "Kern consultantwoord".
Zie voor de beschrijving paragraaf 13.6.

16.4 CDA sectie aanbeveling vervolg huisarts

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.6

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is optioneel in de "Kern consultantwoord". Deze sectie is verplicht in de "Kern eindverslag FT".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "aanbeveling vervolg huisarts".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.6"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "aanbeveling vervolg huisarts".
CONF Bevat de waarde "aanbeveling vervolg huisarts"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "39274-6"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Reason for follow-up"					
text	ED	0..1	O		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §16.4.1.

16.4.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		0..*	O	Vrije tekst	Bevat tekst m.b.t. "aanbeveling vervolg huisarts" - ingevoerd door de fysiotherapeut. Zie voor de beschrijving Rubriek "aanbeveling vervolg huisarts" op de "Blad voor de fysiotherapeut" Model II uit de [RL HA FT].

17 CDA sectie Bijlage consultantwoord

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8

Deze template beschrijft de specificaties van het "Bijlage" onderdeel voor het document dat door de fysiotherapeut aan de huisarts verstuurd kan worden, genaamd: "consultantwoord". De "Bijlage" sectie bevat meerdere subsecties zoals (de rubrieken zoals vermeldt in [RL HA FT]). Zie hoofdstuk 7 voor het overzicht van subsecties in deze sectie.

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body Structure gespecificeerd (deel B – figuur 2. uit §4).

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de Kern van de documenten die door de huisarts aan de fysiotherapeut worden verstuurd.
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "Bijlage consultantwoord".
CONF Bevat de waarde "Bijlage consultantwoord"					
component		1..*	M		Bevat de geneste secties – de rubrieken die deel uitmaken van de "Bijlage". Dit element heeft subelementen @typeCode en @contextConductionInd. Zie voor de beschrijving van deze subelementen §6.1.1.1.

17.1 CDA sectie anamnese

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.3

Deze sectie is optioneel in de "Bijlage consultantwoord".
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.3.

17.2 CDA sectie psychosociale anamnese

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8.1

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is optioneel in de "Bijlage consultantwoord".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
templateld	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "psychosociale anamnese".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8.001"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "psychosociale anamnese".
CONF Bevat de waarde "psychosociale anamnese"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "29762-2"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Social history"					
text	ED	0..1	O		Bevat tekst uit FIS m.b.t. de factoren die "van invloed op ervaren functioneringsproblemen" zijn eventueel aangevuld door de fysiotherapeut. Zie voor de beschrijving §17.2.1.

17.2.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		0..*	O	Vrije tekst	Bevat tekst uit FIS m.b.t. de "overige externe en overige persoonlijke factoren" eventueel aangevuld door de fysiotherapeut. Zie voor de beschrijving Rubriek "psychosociale anamnese" op de "Blad voor de fysiotherapeut" Model II uit de [RL HA FT].

17.3 CDA sectie lichamelijk onderzoek

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.4

Deze sectie is optioneel in de "Bijlage consultantwoord".
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.4.

17.4 CDA sectie beeldvormend onderzoek

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8.2

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is optioneel in de "Bijlage consultantwoord", de "Bijlage tussentijds verslag FT" en de "Bijlage eindverslag FT".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateld	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de

Element: section					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
					sectie "beeldvormend onderzoek".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8.2"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "beeldvormend onderzoek".
CONF Bevat de waarde "beeldvormend onderzoek"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "19005-8"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Radiology Imaging study (narrative)"					
text	ED	0..1	O		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §17.4.1.

17.4.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		0..*	O	Vrije tekst	Bevat tekst uit FIS m.b.t de relevante "diagnostische verrichtingen en bevindingen" eventueel aangevuld door de fysiotherapeut. Zie voor de beschrijving Rubriek "beeldvormend onderzoek" op de "Blad voor de fysiotherapeut" Model II uit de [RL HA FT].

17.5 CDA sectie overig onderzoek

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8.3

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is optioneel in de "Bijlage consultantwoord", de "Bijlage tussentijds verslag FT" en de "Bijlage eindverslag FT".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "overig onderzoek".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8.3"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "overig onderzoek".
CONF Bevat de waarde "overig onderzoek"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "57852-6"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Problem list Reported"					

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
text	ED	0...1	O		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §17.5.1.

17.5.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<code><paragraph></code> <code></paragraph></code>		0...*	O	Vrije tekst	Bevat tekst uit FIS m.b.t de relevante "diagnostische verrichtingen en bevindingen" eventueel aangevuld door de fysiotherapeut. Zie voor de beschrijving Rubriek "overig onderzoek" op de "Blad voor de fysiotherapeut" Model II uit de [RL HA FT].

18 CDA sectie Kern tussentijds verslag FT

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.9

Deze template beschrijft de specificaties van het "Kern" onderdeel voor het document dat door de fysiotherapeut aan de huisarts wordt verstuurd genaamd: "tussentijds verslag FT". De CDA "Kern" sectie bevat meerdere subsecties (de rubrieken zoals vermeldt in [RL HA FT]). Zie hoofdstuk 7 voor het overzicht van subsecties in deze sectie.

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body Structure gespecificeerd (deel B – figuur 2. uit §4).

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de Kern van het document dat door de huisarts aan de fysiotherapeut wordt verstuurd.
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.9"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "Kern tussentijds verslag FT".
CONF Bevat de waarde "Kern consultantwoord"					
component		1..*	M		Bevat de geneste secties – de rubrieken die deel uitmaken van de "Kern". Dit element heeft subelementen @typeCode en @contextConductionInd. Zie voor de beschrijving van deze subelementen §6.1.1.1.

18.1 CDA sectie vraagstelling, reden verwijzing / contact

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.7.1

Deze sectie is verplicht in de "Kern tussentijds verslag FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 16.1.

18.2 CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.5

Deze sectie is verplicht in de "Kern tussentijds verslag FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 13.5.

18.3 CDA sectie behandelplan

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.4.1

Deze sectie is verplicht in de "Kern tussentijds verslag FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 13.6.

18.4 CDA sectie behandelverloop/resultaat

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.9.1

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is verplicht in de "Kern tussentijds verslag FT".

Element: section					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @moodCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de sectie "behandelverloop/resultaat".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.9.001"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "behandelverloop/resultaat".
CONF Bevat de waarde "behandelverloop/resultaat"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "34825-0"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Physical therapy Evaluation and management note"					
text	ED	0..1	O		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving 18.4.1.

18.4.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument/component/structuredBody/component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<list> <item>...</item> <item>...</item> </list>		1..1	M	Vrije tekst	Bevat tekst m.b.t. "behandelverloop/resultaat" - geselecteerd door de fysiotherapeut uit FIS subrubrieken. Zie voor de beschrijving Rubriek "behandelverloop/resultaat" op de "Blad voor de fysiotherapeut" Model II uit de [RL HA FT].

18.5 CDA sectie resultaat overleg met patiënt

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.5.1

Deze sectie is optioneel in de "Kern tussentijds verslag FT".

Zie voor de beschrijving paragraaf 12.5.

19 CDA sectie Bijlage tussentijds verslag FT

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.10

Deze template beschrijft de specificaties van het “Bijlage” onderdeel voor het document dat door de fysiotherapeut aan de huisarts verstuurd kan worden, genaamd: “tussentijds verslag FT”. De “Bijlage” sectie bevat meerdere subsecties (de rubrieken zoals vermeldt in [RL HA FT]). Zie hoofdstuk 7 voor het overzicht van subsecties in deze sectie.

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body Structure gespecificeerd (deel B – figuur 2. uit §4).

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde “DOCSECT”
CONF @classCode bevat de vaste waarde “DOCSECT”					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde “EVN”
CONF @classCode bevat de vaste waarde “EVN”					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de Kern van de documenten die door de huisarts aan de fysiotherapeut worden verstuurd.
CONF @root bevat de vaste waarde “2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.10”					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde “Bijlage tussentijds verslag FT”.
CONF Bevat de waarde “Bijlage tussentijds verslag FT”					
component		1..*	M		Bevat de geneste secties – de rubrieken die deel uitmaken van de “Bijlage”. Dit element heeft subelementen @typeCode en @contextConductionInd. Zie voor de beschrijving van deze subelementen §6.1.1.1.

19.1 CDA sectie anamnese

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.3

Deze sectie is optioneel in de “Bijlage tussentijds verslag FT”.
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.3.

19.2 CDA sectie beloop/interventie

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.10.1

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body gespecificeerd (deel B en C uit de Figuur 3. in §4).

Deze sectie is optioneel in de “Bijlage tussentijds verslag FT”.

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde “DOCSECT”
CONF @classCode bevat de vaste waarde “DOCSECT”					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde “EVN”
CONF @classCode bevat de vaste waarde “EVN”					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
					sectie "beloop/interventie".
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.10.001"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "beloop/interventie".
CONF Bevat de waarde "beloop/interventie"					
code	CE	1..1	M		Identificatie van de sectie.
CONF @code bevat de vaste waarde "57198-4"					
CONF @codeSystem bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.6.1"					
CONF @codeSystemName is optioneel en bevat de vaste waarde "LOINC"					
CONF @displayName is optioneel en bevat de vaste waarde "Intervention synopsis"					
text	ED	0..1	O		Bevat de tekstuele representatie van de sectie. Zie voor de beschrijving §19.2.1.

19.2.1 text

Element: text					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		0..*	O	Vrije tekst	Bevat tekst uit FIS m.b.t. "algemene basis- en plusgegevens evaluatie." zonodig aangevuld door de fysiotherapeut. Zie voor de beschrijving Rubriek "beloop/interventie" op de "Blad voor de fysiotherapeut" Model II uit de [RL HA FT].

19.3 CDA sectie psychosociale anamnese

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8.1

Deze sectie is optioneel in de "Bijlage tussentijds verslag FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 17.2.

19.4 CDA sectie lichamelijk onderzoek

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.4

Deze sectie is optioneel in de "Bijlage tussentijds verslag FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.4.

19.5 CDA sectie beeldvormend onderzoek

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8.2

Deze sectie is optioneel in de "Bijlage tussentijds verslag FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 17.4.

19.6 CDA sectie overig onderzoek

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8.3

Deze sectie is optioneel in de "Bijlage tussentijds verslag FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 17.5.

20 CDA sectie Kern eindverslag FT

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.11

Deze template beschrijft de specificaties van het "Kern" onderdeel voor het document dat door de fysiotherapeut aan de huisarts wordt verstuurd genaamd: "eindverslag FT". De CDA "Kern" sectie bevat meerdere subsecties (de rubrieken zoals vermeldt in [RL HA FT]). Zie hoofdstuk 7 voor het overzicht van subsecties in deze sectie.

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body Structure gespecificeerd (deel B – figuur 2. uit §4).

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de Kern van het document dat door de huisarts aan de fysiotherapeut wordt verstuurd.
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.11"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "eindverslag FT".
CONF Bevat de waarde "eindverslag FT"					
component		1..*	M		Bevat de geneste secties – de rubrieken die deel uitmaken van de "Kern". Dit element heeft subelementen @typeCode en @contextConductionInd. Zie voor de beschrijving van deze subelementen §6.1.1.1.

20.1 CDA sectie vraagstelling, reden verwijzing / contact

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.11.1

Deze sectie is verplicht in de "Kern eindverslag FT".

Deze sectie bevat de gegevens overgenomen uit consultvraag/verwijzing. De fysiotherapeut vult deze zonodig aan of kort in. Zie paragraaf 8.1 voor de beschrijving. Er is een extra regel tekst toegevoegd om de contactwijze aan te geven.

Hoe deze additionele tekst wordt samengesteld is weergegeven in de onderstaande tabel.

Element:					
Pad:					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
<paragraph> </paragraph>		1..1	M	Tekst	Bevat informatie over de soort contact: - Eenmalig consult bij de fysiotherapeut. - Verwijzing naar de fysiotherapeut Zie voor de beschrijving Rubriek "vraagstelling, reden verwijzing/contact" op de "Blad voor de fysiotherapeut" Model III uit de [RL HA FT].
Verwijzing					

20.2 CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.5

Deze sectie is verplicht in de "Kern eindverslag FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 13.5.

20.3 CDA sectie behandelverloop / resultaat

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.9.1

Deze sectie is verplicht in de "Kern eindverslag FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 18.4.

20.4 CDA sectie aanbeveling vervolg huisarts

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.6

Deze sectie is verplicht in de "Kern eindverslag FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 16.4.

20.5 CDA sectie resultaat overleg met patiënt

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.5.1

Deze sectie is verplicht in de "Kern eindverslag FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.5.

21 CDA sectie Bijlage eindverslag FT

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.12

Deze template beschrijft de specificaties van het "Bijlage" onderdeel voor het document dat door de fysiotherapeut aan de huisarts verstuurd kan worden, genaamd: "eindverslag FT". De "Bijlage" sectie bevat meerdere subsecties (de rubrieken zoals vermeldt in [RL HA FT]). Zie hoofdstuk 7 voor het overzicht van subsecties in deze sectie.

In deze paragraaf zijn de elementen van de CDA Body Structure gespecificeerd (deel B – figuur 2. uit §4).

Element: section					
Pad: ClinicalDocument / component / structuredBody / component					
Subelement	DT	Kard	C	Inhoud	Omschrijving
@classCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "DOCSECT"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "DOCSECT"					
@moodCode	CS	0..1	F		Bevat de vaste waarde "EVN"
CONF @classCode bevat de vaste waarde "EVN"					
templateId	II	1..1	M		Identificatie van de template voor de Kern van de documenten die door de huisarts aan de fysiotherapeut worden verstuurd.
CONF @root bevat de vaste waarde "2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.12"					
title	ST	1..1	M		Bevat de waarde "Bijlage eindverslag FT".
CONF Bevat de waarde "Bijlage eindverslag FT"					
component		1..*	M		Bevat de geneste secties – de rubrieken die deel uitmaken van de "Bijlage". Dit element heeft subelementen @typeCode en @contextConductionInd. Zie voor de beschrijving van deze subelementen §6.1.1.1.

21.1 CDA sectie anamnese

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.3

Deze sectie is optioneel in de "Bijlage eindverslag FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.3.

21.2 CDA sectie beloop/interventie

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.10.1

Deze sectie is optioneel in de "Bijlage eindverslag FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 19.2.

21.3 CDA sectie psychosociale anamnese

TemplateId:

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8.1

Deze sectie is optioneel in de "Bijlage eindverslag FT".
Zie voor de beschrijving paragraaf 17.2.

21.4 CDA sectie lichamelijk onderzoek

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.4

Deze sectie is optioneel in de “Bijlage eindverslag FT”.
Zie voor de beschrijving paragraaf 12.4.

21.5 CDA sectie beeldvormend onderzoek

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8.2

Deze sectie is optioneel in de “Bijlage eindverslag FT”.
Zie voor de beschrijving paragraaf 17.4.

21.6 CDA sectie overig onderzoek

TemplateId: 2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8.3

Deze sectie is optioneel in de “Bijlage eindverslag FT”.
Zie voor de beschrijving paragraaf 17.5.

Bijlage A Referenties

Tabel 2 Referenties

Referentie	Document	Versie
[RL HA FT]	NHG-Richtlijn gestructureerde informatie- uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut	2011
[IH CDA e-Lab]	Implementatiehandleiding CDA e-Lab	2010
[HL7v3 IH BC]	Implementatiehandleiding HL7v3 Basiscomponenten	2.3
[CDAr2]	Clinical Document Architecture release 2	Release 2 2005
[CDAr2NLHeaders]	Nederlandse implementatierichtlijnen voor CDA release 2 headers zie http://www.hl7.nl/wiki/index.php?title=ClinicalDocument	1 april 2007
[HL7v3 Ballot]	http://www.hl7.org/v3ballot/html/index.htm	mei 2004
[Ontw Hwg]	Ontwerp huisartswaarneminggegevens	7.0.0.0

Bijlage B Overzicht gebruikte vocabulaire

B.1 ParticipationType 2.16.840.1.113883.5.90

Code	Weergavenaam	Nederlandse omschrijving
PRCP		Primaire recipient [default]. De primaire ontvanger van het document
TRC		Secondary recipient. Een ontvanger die tevens het document ontvangt (cc, kopie)

B.2 RolCode 2.16.840.1.113883.5.111

Code	Weergavenaam	Nederlandse omschrijving
SELF		Aanduiding dat de verzekering van de persoon zelf is
FAMDEP		De verzekering is van een familielid (bijv. de vader/moeder)

B.3 RolCodeNL 2.16.840.1.113883.2.4.15.111

Code	Weergavenaam	Nederlandse omschrijving
01.015	Huisarts	Huisarts
04.000	Fysiotherapeut	Fysiotherapeut

B.4 AdministrativeGender 2.16.840.1.113883.5.1

Code	Weergavenaam	Nederlandse omschrijving
F	Female	Vrouwelijk
M	Male	Mannelijk
UN	Undifferentiated	Geslacht van de persoon kan niet eenduidig worden vastgesteld als mannelijk of vrouwelijk

B.5 Soort Journaalregel 2.16.840.1.113883.2.4.4.32.2

Code	Weergavenaam	Nederlandse omschrijving
S	Subjectief	Subjectief
O	Objectief	Objectief
E	Evaluatie	Evaluatie
P	Plan	Plan

B.6 Confidentiality 2.16.840.1.113883.5.25

Code	Weergavenaam	Nederlandse omschrijving
N	Normal	Normale vertrouwelijkheidregels zijn van kracht, d.w.z. alleen geautoriseerde personen hebben toegang tot de gegevens
R	Restricted	Beperkte toegang tot de gegevens, d.w.z. alleen personen met een medische aanstelling hebben toegang tot de gegevens
V	Very restricted	Zeer beperkte toegang, d.w.z. toegang tot de gegevens wordt geregeld door een "privacy officer"

B.7 LOINC 2.16.840.1.113883.6.1

Het overzicht van de LOINC codes voor de identificatie van e-Paramedici CDA documenten en CDA secties

Code	Weergavenaam	e-Paramedici CDA document / sectie	Onderdeel in [RL HA FT]
11488-4	Consult note	consultvraag	consultvraag bericht
57133-1	Referral note	verwijzing	verwijzing bericht
11515-4	Physical therapy Records total Encounter	eindverslag	eindverslag bericht
51900-9	Summary	tussentijds verslag	tussentijds verslag bericht
52535-2	Other useful information	aanvullende informatie	aanvullende informatie bericht
34825-0	Physical therapy Consult note	DTF	DTF bericht
11495-9	Physical therapy Initial assessment note	DTF: niet pluis	DTF: niet pluis bericht
18735-1	Physical therapy Initial assessment	DTF pluis: indicatie fysiotherapeut	DTF pluis: indicatie fysiotherapeut bericht
47042-7	Counseling note	DTF pluis: geen indicatie fysiotherapeut	DTF pluis: geen indicatie fysiotherapeut bericht
47040-1	Consultation 2nd opinion	consultantwoord	consultantwoord bericht
10154-3	Chief complaint - Reported	vraagstelling/reden verwijzing	Kern consultvraag/verwijzing
11322-5	History of general health	anamnese	Kern consultvraag/verwijzing
22029-3	Physical exam	lichamelijk onderzoek	Kern consultvraag/verwijzing
51848-0	Assessment note	besproken met patient	Kern consultvraag/verwijzing
59772-4	Planned procedure	procedurevoorstel	Kern consultvraag/verwijzing
10160-0	History of medication use	medicatie actueel	Bijlage consultvraag/verwijzing
29545-1	Physical findings	aanvullend onderzoek	Bijlage consultvraag/verwijzing
46240-8	History of hospitalizations	ook bekend bij	Bijlage consultvraag/verwijzing
18663-5	History of present alcohol or substance abuse	risicovol leefgedraag	Bijlage consultvraag/verwijzing
10157-6	History of family member diseases	familieanamnese	Bijlage consultvraag/verwijzing
29762-2	Social history	psychosociale anamnese	Bijlage consultvraag/verwijzing
52697-0	Medical procedures/treatments assistance needed	voorzieningen nodig bij consult	Bijlage consultvraag/verwijzing
34824-3	Physical therapy Consult note	conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)	Kern DTF: niet pluis
59775-7	Disposition	gehanteerd beleid	Kern DTF: verzoek aan huisarts
62385-0	Recommendation	resultaat overleg met patiënt	Kern DTF: pluis, geen indicatie FT
29762-2	Social history	psychosociale anamnese	Bijlage consultantwoord
39274-6	Reason for follow-up	aanbeveling vervolg huisarts	Kern consultantwoord
19005-8	Radiology Imaging study (narrative)	beeldvormend onderzoek	Bijlage consultantwoord
57852-6	Problem list Reported	overig onderzoek	Bijlage consultantwoord
34825-0	Physical therapy Evaluation and management note	behandelverloop/resultaat	Kern tussentijds verslag FT
57198-4	Intervention synopsis	beloop/interventie	Bijlage tussentijds verslag FT

Bijlage C Overzicht gebruikte OID's

Tabel 3 Overzicht OID's

OID	Beheerder	Nederlandse omschrijving
2.16.840.1.113883.5.1	HL7 Int.	AdministrativeGender – administratief geslacht
2.16.840.1.113883.2.4.6.3	Ministerie VWS	Burgerservicenummer>
2.16.840.1.113883.1.3	HL7 Int.	De identificatie van de CDA R2 specificatie
2.16.840.1.113883.2.4.3.11.16	Nictiz	Identificatie van de eisen beschreven in de Implementatiehandleiding e-Paramedici
2.16.840.1.113883.6.1	LOINC	Logical Observation Identifiers Names and Codes
2.16.840.1.113883.6.254	WHO	International Classification of Functioning, Disability and Health
2.16.840.1.113883.5.111	HL7 Int	HL7 vocabulaire RoleCode
2.16.528.1.1007.3.1	CIBG	Identificatie van UZI-nummerpersonen
2.16.840.1.113883.2.4.15.111	HL7 NL	RolCode NL
2.16.528.1.1007.3.3	CIBG	UZI Registerabonneenummer (URA)
2.16.840.1.113883.2.4.4.31.1	NHG	Diagnosecodes volgens ICPC-1(Nederlandse vertaling)
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1	NICTIZ	TemplateId CDA sectie Kern consultvraag/verwijzing
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.1	NICTIZ	TemplateId CDA sectie vraagstelling/reden verwijzing
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.2	NICTIZ	TemplateId CDA sectie anamnese
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.3	NICTIZ	TemplateId CDA sectie lichamelijk onderzoek
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.4	NICTIZ	TemplateId CDA sectie relevante comorbiditeit
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.5	NICTIZ	TemplateId CDA sectie ingestelde behandeling
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.6	NICTIZ	TemplateId CDA sectie besproken met patiënt
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.1.7	NICTIZ	TemplateId CDA sectie procedurevoorstel
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.14	NICTIZ	TemplateId CDA sectie Kern aanvullende informatie
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2		TemplateId CDA sectie Bijlage consultvraag/verwijzing
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.1	NICTIZ	TemplateId CDA sectie medicatie actueel
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.2	NICTIZ	TemplateId CDA sectie aanvullend onderzoek
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.3	NICTIZ	TemplateId CDA sectie ook bekend bij
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.4	NICTIZ	TemplateId CDA sectie risicovol leefgedrag
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.5	NICTIZ	TemplateId CDA sectie familieanamnese
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.6	NICTIZ	TemplateId CDA sectie psychosociale anamnese
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.2.7	NICTIZ	TemplateId CDA sectie voorzieningen nodig bij consult
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.13	NICTIZ	TemplateId CDA Bijlage aanvullende informatie
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3	NICTIZ	TemplateId CDA sectie Kern DTF: niet pluis
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.1	NICTIZ	TemplateId CDA sectie contactreden/hulpvraag/functioneringsproblemen
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.2	NICTIZ	TemplateId CDA sectie conclusie screening (pluis/niet pluis)
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.3	NICTIZ	TemplateId CDA sectie anamnese
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.4	NICTIZ	TemplateId CDA sectie lichamelijk onderzoek
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.5	NICTIZ	TemplateId CDA sectie conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.4	NICTIZ	TemplateId CDA sectie Kern DTF: verzoek aan huisarts
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.4.1	NICTIZ	TemplateId CDA sectie behandelplan
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.5	NICTIZ	CDA sectie Kern DTF: pluis, geen indicatie FT
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.5.1	NICTIZ	TemplateId CDA sectie resultaat overleg met patiënt
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.6	NICTIZ	TemplateId CDA sectie Kern DTF: pluis, indicatie FT
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.7	NICTIZ	TemplateId CDA sectie Kern consultantwoord
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.7.1	NICTIZ	TemplateId CDA sectie vraagstelling, reden verwijzing/contact
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.3.6	NICTIZ	TemplateId CDA sectie aanbeveling vervolg huisarts

2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8	NICTIZ	TemplateId CDA sectie Bijlage consultantwoord
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8.1	NICTIZ	TemplateId CDA sectie psychosociale anamnese
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8.2	NICTIZ	TemplateId CDA sectie beeldvormend onderzoek
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.8.3	NICTIZ	TemplateId CDA sectie overig onderzoek
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.9	NICTIZ	TemplateId CDA sectie Kern tussentijds verslag FT
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.9.1	NICTIZ	TemplateId CDA sectie behandelverloop/resultaat
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.10	NICTIZ	TemplateId CDA sectie Bijlage tussentijds verslag FT
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.10.1	NICTIZ	TemplateId CDA sectie beloop/interventie
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.11	NICTIZ	TemplateId CDA sectie Kern eindverslag FT
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.11.1	NICTIZ	TemplateId CDA sectie vraagstelling, reden verwijzing/contact
2.16.840.1.113883.2.4.6.10.60.1.12	NICTIZ	TemplateId CDA sectie Bijlage eindverslag FT