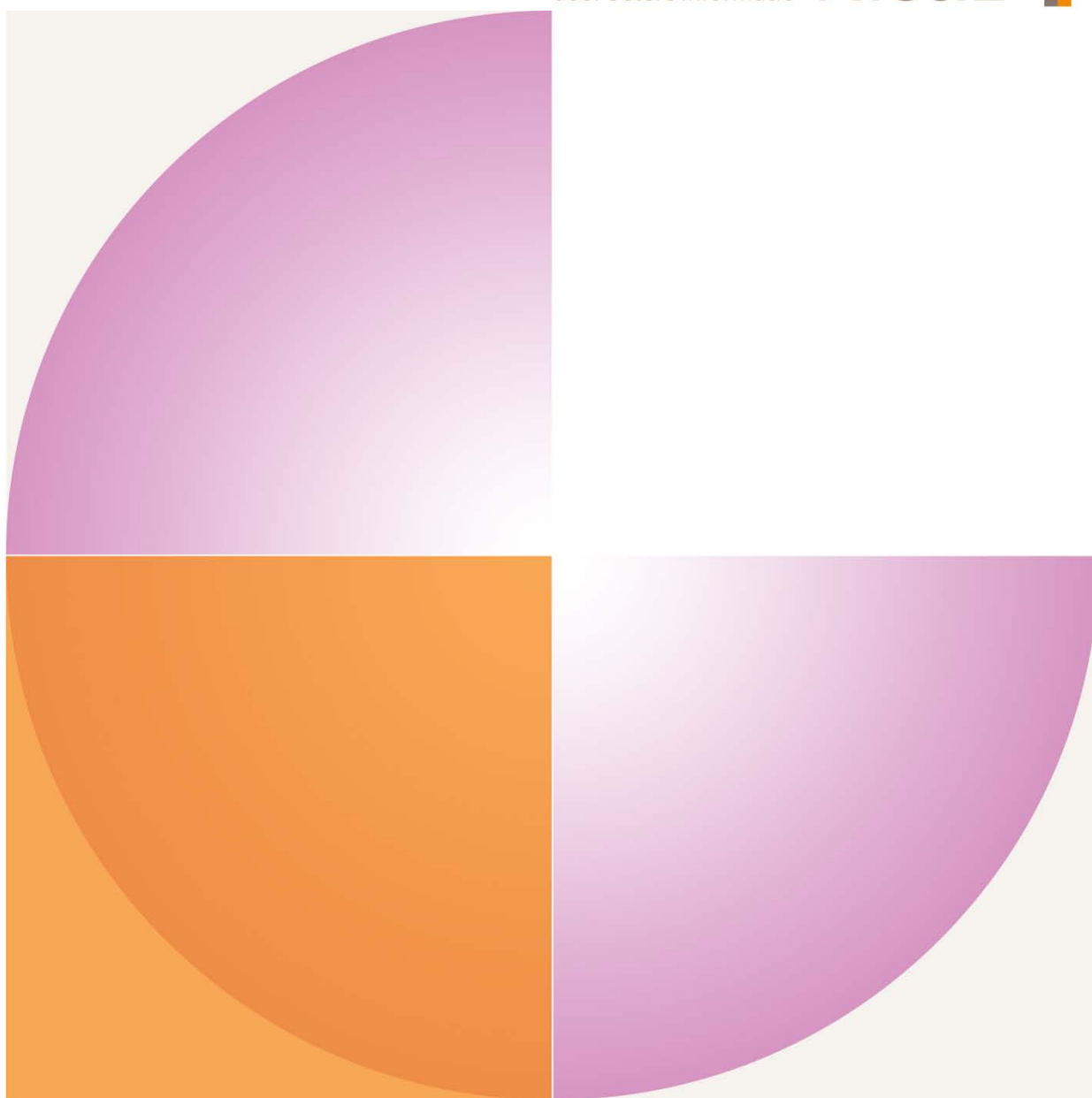


Rapportbericht laboratorium-diagnostiek

Edifact

Betere zorg
door betere informatie

Nictiz 



Datum : April 2008
Versie : 3.2.BSN
Status : Definitieve nationale Standaard (status 1)
Type : MRPN32-LRP

Nictiz is het landelijke expertisecentrum dat ontwikkeling van ICT in de zorg faciliteert. Met en voor de zorgsector voorziet Nictiz in mogelijkheden en randvoorwaarden voor elektronische informatie-uitwisseling voor en rondom de patiënt. Wij doen dit ter bevordering van de kwaliteit en doelmatigheid in de gezondheidszorg.

Nictiz

Postbus 19121
2500 CC Den Haag
Oude Middenweg 55
2491 AC Den Haag

T 070 - 317 34 50
servicedesk@infoEPD.nl
www.nictiz.nl

Inhoudsopgave

1.	Algemeen	4
1.1.	Korte beschrijving van het bericht	4
1.2.	Toepassingsgebied, welke communicatiepatronen	4
1.3.	Historie en ontwikkeling van het bericht	4
1.4.	Beschikbaarstelling, wijzigingsvoorstellen, contactpersoon	5
1.5.	Referenties EDIFACT-directories en -richtlijnen	5
1.6.	Begrippen, definities en afkortingen	6
1.7.	Leeswijzer	7
1.8.	Documentrevisies	7
2.	Functionele beschrijving bericht	8
2.1.	Samenwerkingsschakel	8
2.2.	Communicatiepatroon	8
2.3.	Communicatieprocedure	9
2.3.1.	Verzenden van het bericht	9
2.3.2.	Transporteren van het bericht	10
2.3.3.	Ontvangen van het bericht	10
2.4.	Beschrijving Rapportbericht Laboratoriumdiagnostiek	11
2.4.1.	Doel	11
2.4.2.	Structuur van het bericht in gegevensgroepen (structuurmodel)	11
2.4.3.	Gedetailleerde functionele beschrijving (gegevenselementen)	16
3.	Technische beschrijving bericht	22
3.1.	Relatie tussen functionele- en technische beschrijving	22
3.2.	Overzicht van de gebruikte codelijsten en qualificiers	25

1. Algemeen

1.1. Korte beschrijving van het bericht

Het rapportbericht laboratoriumdiagnostiek wordt gebruikt door het (huisartsen)laboratorium om de huisarts/specialist op elektronische wijze te informeren over de resultaten van de laboratorium-onderzoeken die door de betreffende huisarts/specialist zijn aangevraagd.

1.2. Toepassingsgebied, welke communicatiepatronen

Het toepassingsgebied is de Nederlandse Gezondheidszorg, met name het communicatiepatroon tussen het (huisartsen)laboratorium enerzijds en de huisarts/specialist anderzijds. Dit bericht is ontwikkeld voor het rapporteren van resultaten van hematologisch, serologisch en klinisch chemisch onderzoek.

1.3. Historie en ontwikkeling van het bericht

Het rapportbericht laboratoriumdiagnostiek is ontwikkeld binnen het 3i-project en is als projectstandaard in januari 1992 aangeboden aan het ITN, waar het de status van Voorstel Nationale Standaard versie 2.2 (ITN-ontwerpstandaard) kreeg.

De 3i-projectstandaarden m.b.t. diagnostische berichten, o.a. het rapportbericht laboratoriumdiagnostiek, hebben binnen het ITN een apart normeringstraject doorlopen. Dit als gevolg van de ontwikkelingen op Europees niveau m.b.t. standaardisatie van laboratoriumberichten (Laboratory Service Report Message).

De huidige versie 3.2 is voorafgegaan door een aantal bijstellingen als gevolg van inhoudelijke en technische commentaren uit het veld. De bijstellingen betroffen:

- Voorstel Nationale Standaard Rapportbericht Laboratoriumdiagnostiek: versie 2.2
 - bijstelling heeft plaatsgevonden op basis van commentaren op de 3i-projectstandaard;
 - de bijstelling betrof het inpassen van de op Europees niveau gestandaardiseerde EDIFACT-segmenten;
 - voor een aantal 3i-segmenten waren echter geen op Europees niveau gestandaardiseerde segmenten beschikbaar. Daarom heeft het ITN besloten om de versie 2.2 niet voor implementatie aan te bieden aan het veld;
 - de versie 2.2 is wel aangeboden aan de EMEDI Medical Working Group, als initiatief voor het ontwikkelen van een Europese Standaard. De resultaten van de EMEDI Medical Working Group zijn vervolgens ingebracht in de CEN TC251 WG3 (functionele specificaties) en de WEEB MD 9 Health Care (EDIFACT-technische specificaties).
- Voorstel Nationale Standaard Rapportbericht Laboratoriumdiagnostiek: versie 2.3
 - aan de hand van het Europese-bericht MEDRPT (Medical Service Report Message) van EMEDI (dd. 27-12-91) is de versie 2.2 aangepast, met als resultaat versie 2.3;
 - vervolgens werd door ITN een nationale commentaarronde georganiseerd.

- Voorstel Nationale Standaard Rapportbericht Laboratoriumdiagnostiek: versie 2.4
 - de belangrijkste commentaren betref de technische berichtbeschrijving. Men vond de versie 2.3 te complex qua EDIFACT-structuur en ook te uitgebreid voor het Nederlandse toepassingsgebied;
 - op basis van deze commentaren én de inmiddels beschikbaar gekomen versie van het MEDRPT-bericht van de CEN, is het rapportbericht laboratoriumdiagnostiek aangepast in een nieuwe versie 2.4;
 - vervolgens is gericht commentaar gevraagd aan het veld. Met name is aan EDIFORUM gevraagd een technisch oordeel te geven over de versie 2.4 van het rapportbericht laboratoriumdiagnostiek.

- Voorstel Nationale Standaard Rapportbericht Laboratoriumdiagnostiek: versie 3.1
 - op basis van de ontvangen commentaren uit het veld (men was in het algemeen zeer tevreden over de structuur en de inhoud) is de versie 3.1 uitgewerkt;
 - de versie 3.1 is te beschouwen als een Nederlandse invulling, gedeeltelijk gebaseerd op het internationaal gedefinieerde EDIFACT-bericht Laboratory Service Report Message (draftversion CEN TC251 WG3/PT0-08);
 - deze versie (3.1) is door het ITN in december 1993 vastgesteld als definitief Voorstel Nationale Standaard (status 0);
 - vervolgens werd besloten tot een nationale commentaarronde, welke per 23 februari 1994 is gestart.

- Procedure m.b.t. vaststelling Voorlopige Nationale Standaard Rapportbericht Laboratoriumdiagnostiek (status 1): versie 3.2
 - op basis van het verzamelde commentaar uit de nationale commentaarronde voorjaar 1994 wordt versie 3.2 uitgewerkt;
 - bij het uitwerken van versie 3.2 wordt tevens gerefereerd aan de nieuwste versie van het Europese-bericht MEDRPT (status 1);
 - de versie 3.2 wordt in december 1994 aan het ITN-bestuur en vervolgens aan de NRV (Nationale Raad voor de Volksgezondheid) aangeboden ter vaststelling als "Voorlopige Nationale Standaard" met status 1.

1.4. Beschikbaarstelling, wijzigingsvoorstellen, contactpersoon

Het rapportbericht laboratoriumdiagnostiek wordt beschikbaar gesteld door Nictiz. Wijzigingsvoorstellen op de Nationale Standaard Rapportbericht Laboratoriumdiagnostiek kunnen worden doorgegeven aan Nictiz.

Contact: Lilian Brouwer
 Adres: Nictiz
 Postbus 19121
 2500 CC Den Haag
 Tel: 070 – 317 34 50
 E-mail: servicedesk@infoEPD.nl

1.5. Referenties EDIFACT-directories en -richtlijnen

Conform de afspraken in ITN-verband over standaardisatie van de documentatie van EDIFACT-berichten wordt de technische afbeelding (technische EDIFACT-bericht) afgeleid van de functionele berichtbeschrijving.

Om alle gegevens uit de functionele beschrijving op te kunnen nemen in het technische gedeelte van het EDIFACT-bericht wordt gebruik gemaakt van zowel segmenten en

dataelementen, die voorkomen in de D.93A-directory, als segmenten en data-elementen, die voorgesteld zijn door CEN/TC251-WG3 voor gebruik in de internationale medische berichten.

Dit bericht is opgesteld met gebruikmaking van de volgende EDIFACT-directories en -richtlijnen: UNTDID (United Nations Trade Data Interchange Directory).

De UNTDID omvat:

- EDIFACT-syntaxregels (ISO 9735) voor het structureren van gegevens in berichten;
- EDIFACT-richtlijnen voor invoering van syntaxregels;
- EDIFACT-richtlijnen voor berichtontwikkeling;
- EDIFACT-verzameling van berichten (EDMD - EDIFACT Message Directory);
- EDIFACT-verzameling van segmenten (EDSD - EDIFACT Segment Directory);
- EDIFACT-verzameling van samengestelde data-elementen (EDCD – EDIFACT Composite Data Element Directory);
- EDIFACT-verzameling van data-elementen (EDED - EDIFACT Data Element Directory, een subset van UNTDED/ISO 7372);
- EDIFACT-verzameling van coderingen (EDCL - EDIFACT Code List);
- Verklarend materiaal (WCC-, WCIA-codelijsten, etc.).

De beschikbare Europese standaarden voor laboratoriumberichten worden hierbij gebruikt als referentie m.b.t. de structuur van het technische EDIFACT-bericht. De in 1993 door CEN/TC251 voorgestelde inhoud van het bericht MEDRPT ligt ten grondslag aan de technische invulling van het onderhavige bericht.

Bij het totstand komen van de vaststelling "Voorlopige Nationale Standaard Rapportbericht Laboratoriumdiagnostiek" (status 1) wordt uitgegaan van de subset van het Europese bericht MEDRPT (status 1). Daarbij wordt gebruik gemaakt van de Draft Directory D.93A aangevuld met segmenten en data-elementen voor Personal Details en Medische begrippen, zoals die zijn voorgesteld door MD9 (version 3.2/16-06-94).

1.6. Begrippen, definities en afkortingen

UNTDID	: United Nations Trade Data Interchange Directory
EDI	: Electronic Data Interchange
EDIFACT	: Electronic Data Interchange For Administration, Commerce and Transport
ICD9	: International Classification of Diseases, 9th revision, WHO
ICD10	: International Classification of Diseases, 10th revision, WHO
ICPC	: International Classification of Primary Care
ITN	: Stichting Interconnectiviteit Telematica Nederland
ISO	: International Standardisation Organisation
MEDRPT	: Medical Service Report Message
NHG	: Nederlands Huisartsen Genootschap
NRV	: Nationale Raad voor de Volksgezondheid
SIG	: Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg
WCC	: Vaste Commissie voor Classificaties en Definities van de NRV
WCIA	: Werkgroep Coördinatie Informatisering en Automatisering
3i	: Inter Institutionele Informatie-uitwisseling Gezondheidszorg
Wbsn-z	: Wet op gebruik BSN in de zorg
BSN	: Burgerservicenummer

1.7. Leeswijzer

De functionele berichtbeschrijving is opgesteld om de gebruikers van het bericht een overzicht te geven van de functionaliteit (inhoud) van het bericht, zoals die in Nederland op dit moment geldig is. De gebruikers kunnen het bericht blijven beoordelen op haar functionaliteit en voorstellen voor wijziging indienen.

De technische berichtbeschrijving met daarbij de richtlijnen voor implementatie kunnen gebruikt worden door leveranciers van huisartsen/specialisten-applicaties en (huisartsen) laboratoria-applicaties, om het bericht te implementeren zodat de gebruikers van deze applicaties in staat zijn elektronisch met elkaar te communiceren.

1.8. Documentrevisies

Tabel 1: Documentrevisies

Versie	Datum	Auteur	Commentaar
3.2	Januari 1995	ITN	
3.2.BSN	April 2008	Nictiz	Papieren document opnieuw gedigitaliseerd en BSN specificaties toegevoegd, E.Novation B.V. In het kader van de implementatie van het BSN zijn de volgende aanpassingen gedaan: <ul style="list-style-type: none">- Toevoeging BSN aan § 1.6, Begrippen, definities en afkortingen;- Toevoeging § 1.8, Documentrevisies;- Aanpassing t.b.v. BSN aan § 2.4.2, Structuur van het bericht in gegevensgroepen (structuurmodel) in gegevensgroep 3.2, administratieve gegevens van de patiënt (1 maal per rapport);- Toevoeging BSN aan § 3.2, administratieve gegevens van de patiënt (1 maal per rapport).

2. Functionele beschrijving bericht

2.1. Samenwerkingsschakel

De samenwerkingsschakel binnen deze toepassing is de samenwerking tussen huisarts/specialist en het (huisartsen)laboratorium.

Het (huisartsen)laboratorium heeft in het kader van zijn medische dienstverlening behoefte om de resultaten m.b.t. laboratoriumdiagnostisch onderzoek in de vorm van een rapport aan de aanvrager hiervan toe te zenden, zijnde de huisarts/specialist.

De samenwerking gaat als volgt:

- de huisarts/specialist doet een aanvraag voor laboratoriumdiagnostisch onderzoek bij het (huisartsen)laboratorium;
- het laboratorium rapporteert vervolgens de aanvrager (huisarts of specialist) over de uitslagen m.b.t. de aanvraag.

Het betreft hier hematologisch, serologisch en klinisch-chemisch onderzoek.

De benodigde monsters voor laboratoriumdiagnostisch onderzoek kunnen op verschillende plaatsen worden afgenomen, zoals:

- Praktijk van de huisarts/specialist

De huisarts/specialist (of diens assistente) kan het monster van de patiënt afnemen of in ontvangst nemen.

- Een specifieke plaats (prikplaats)

De medewerker van de "prikplaats" kan het monster van de patiënt afnemen of in ontvangst nemen.

- Het (huisartsen)laboratorium

De medewerker van het (huisartsen)laboratorium kan het monster van de patiënt afnemen of in ontvangst nemen.

Per samenwerkingsschakel dient men vooraf duidelijke afspraken te moeten maken over de wijze waarop de dienstverlening concreet wordt ingevuld. De wijze van communicatie is hiervan weer een afgeleide. De afspraken betreffen o.a.:

- de wijze van opdrachtverlening;
- de wijze van monsterafhandeling;
- de identificatie van monster(s);
- de koppeling tussen monster(s) en laboratoriumaanvraag;
- de procedure van laboratorium-onderzoek;
- de procedure van beoordeling en rapportage van de resultaten.

2.2. Communicatiepatroon

Het communicatiepatroon tussen huisarts/specialist en (huisartsen)laboratorium omvat:

- het (elektronisch) aanvragen van laboratoriumdiagnostiek door de huisarts/specialist bij het (huisartsen)laboratorium;

- het (elektronisch) rapporteren van resultaten van laboratoriumdiagnostiek door het (huisartsen)laboratorium.

De werkelijke invulling van een communicatiepatroon kan per situatie verschillen en is afhankelijk van hoe daarbinnen de samenwerkingsschakel is georganiseerd. De volgende communicatiepatronen zijn mogelijk:

huisarts/specialist -----> prikplaats -----> laboratorium[aanvraag]

huisarts/specialist -----> laboratorium[aanvraag]

huisarts/specialist <----- laboratorium[rapport]

Het Aanvraagbericht Laboratoriumdiagnostiek wordt in een ander document beschreven.

2.3. Communicatieprocedure

De invulling van een communicatiepatroon is situationeel bepaald. De partijen waartussen berichtenverkeer plaatsvindt dienen vooraf een communicatieprocedure af te spreken. Daarbij zullen duidelijke afspraken worden gemaakt over de wijze van :

- verzenden van het bericht;
- transporteren van het bericht;
- ontvangen van het bericht.

Deze afspraken hebben tot doel ervoor te zorgen dat berichten tijdig en correct aankomen bij de ontvangende partij; en het kunnen uitvoeren van controles op het bericht dient mogelijk te zijn.

Bij de formulering van de afspraken kan men uitgaan van de hieronder vermelde aandachtspunten.

2.3.1. Verzenden van het bericht

Met behulp van het Laboratorium-informatiesysteem zal een rapportbericht worden aangemaakt, waarna dit bericht elektronisch wordt verzonden naar het informatiesysteem van de huisarts/specialist.

Over de wijze van verzenden zullen de volgende afspraken worden gemaakt, te weten:

- elk bericht afzonderlijk en direct na het aanmaken versturen, of meerdere berichten bundelen en deze batchgewijs op één of meer overeengekomen tijdstip(en) van de dag verzenden;
- welke berichtenstandaard (versie) wordt toegepast;
- welke telematicadiensdienst wordt gebruikt.

De verzender is verantwoordelijk voor het op juiste wijze verzenden van berichten. De controle daarop kan handmatig of automatisch gebeuren. Binnen zijn informatiesysteem zal de status van elk bericht worden bijgehouden, zoals bijvoorbeeld:

- zendklaar: ja/nee (door melding van eigen informatiesysteem)
- verzonden: ja/nee/fout (door melding van de communicatie-interface/vertaler)
- aangekomen bij ontvanger: ja/nee/fout (door middel van een ontvangstbevestiging door

het communicatiesysteem van de telematicadienst)

- geaccepteerd door ontvanger: ja/nee/fout (bevestigingsbericht door de ontvanger)

De status van elk bericht kan in een journaal worden vastgelegd. Bij problemen achteraf kan aan de hand van het journaal nagegaan worden waar en wat er mis is gegaan. Indien deze controle met behulp van een journaal niet wordt geleverd door de telematicadienst, zal men een eigen "back up" procedure moeten inrichten waarin de originele berichten gedurende een overeengekomen tijd worden bewaard.

2.3.2. Transporteren van het bericht

Het transporteren van het bericht houdt in het transport vanaf het informatiesysteem van het laboratorium, via een (tele)communicatiesysteem naar het informatiesysteem van de ontvangende huisarts/specialist. Dit zal in de meeste gevallen indirect via een elektronisch postbussysteem plaatsvinden, welke wordt beheerd door een telematicadienst.

De wijze van transport dient overeengekomen te worden door de beide partijen. Daarbij is men afhankelijk van de faciliteiten die de gezamenlijk te kiezen telematicadienst levert.

Voor eisen te stellen aan een telematicadienst wordt verwezen naar het NRV-rapport "Advies Electronic Data Interchange in de gezondheidszorg" (publikatie 2/'90), hoofdstuk 5: "Eisen te stellen aan Telematicadiensten". In het kort komen deze neer op:

- het betrouwbaar en juist transporteren van berichten;
- de mogelijke controles hierop;
- de mogelijkheden van het herstellen van fouten;
- de wijze waarop de verantwoordelijkheden worden afgebakend.

2.3.3. Ontvangen van het bericht

Het informatiesysteem van de huisarts/specialist zal op de vooraf afgesproken tijdstippen de ingekomen berichten ontvangen en verder verwerken. Daarbij kan sprake zijn van een directe koppeling tussen het informatiesysteem van zender en ontvanger, of van een indirecte koppeling door middel van een elektronisch postbussysteem.

Bij de ontvanger zal een controle op ontvangst van alle verzonden berichten moeten plaatsvinden. Daarnaast zal ieder ontvangen bericht op juistheid en volledigheid worden gecontroleerd.

Deze controles vinden plaats in de communicatie-interface programmatuur, dat de ontvangen EDIFACT-berichten vertaalt in de gegevenstructuur behorende bij het informatie-systeem -van de huisarts/specialist.

Indien het bericht fouten bevat of niet compleet is zal de communicatie-interface programmatuur dit melden. Bij constatering van een fout zal dat worden gemeld aan de zender van het bericht. Deze zal vervolgens een nieuw bericht versturen naar de ontvanger.

Bij goede ontvangst en vertaling van de berichten worden ze voor verdere verwerking aangeboden aan het informatiesysteem van de huisarts/specialist. Dit informatiesysteem zal een journaal moeten bijhouden van alle ontvangen en verwerkte berichten met als status indicatie: goed/fout/verwerkt.

2.4. Beschrijving Rapportbericht Laboratoriumdiagnostiek

2.4.1. Doel

Het doel van het rapportbericht laboratoriumdiagnostiek is het op elektronische wijze - rapporteren over de resultaten van diagnostisch onderzoek aan de huisarts/specialist, waar het gaat om hematologisch, serologisch en klinisch chemisch diagnostisch onderzoek.

2.4.2. Structuur van het bericht in gegevensgroepen (structuurmodel)

In het rapportbericht laboratoriumdiagnostiek kunnen de resultaten m.b.t. één patiënt worden opgenomen. Per patiënt kunnen de resultaten van één of meerdere bepalingen/onderzoeken worden opgenomen, die betrekking hebben op één of meerdere monsters (afgenomen van de patiënt).

Indien men de resultaten van laboratoriumdiagnostiek voor meerdere patiënten wil versturen, dan zal men dat in aparte berichten moeten doen.

Dit rapportbericht laboratoriumdiagnostiek is niet bedoeld om een cumulatieve (historische) rapportage te verzenden.

De resultaten dienen bij voorkeur gepresenteerd te worden in de vorm van code's en meetwaarden. Indien het laboratorium aanvullingen of toelichtingen op deze code's en meetwaarden noodzakelijk acht, kunnen deze in vrije tekst worden bijgevoegd.

Indien bij ontvangst van het bericht door de huisarts/specialist foutieve medisch-inhoudelijke gegevens worden geconstateerd, kan deze het laboratorium (telefonisch) hiervan op de hoogte brengen en verzoeken het bericht met de nodige correcties en aanvullingen opnieuw te versturen.

Dit rapportbericht met gecorrigeerde inhoud wordt dan door het laboratorium verzonden als "aanvulling" op het eerder verzonden bericht. Het is mogelijk om het bericht te kwalificeren als "dit is een aanvulling op", waarbij met een referentienummer kan worden gerefereerd aan het eerder verzonden bericht.

Het is daarnaast mogelijk om per bericht aan te geven of de rapportage volledig is, d.w.z. dat alle resultaten van de aangevraagde bepalingen zijn opgenomen, of dat nog aanvullende resultaten volgen.

In het rapportbericht kunnen de gegevens van de oorspronkelijke aanvraag in zijn geheel worden opgenomen. Daarmee bevestigt het laboratorium de ontvangst en verwerking van de aanvraaggegevens. Daarbij kan men eventueel aangeven hoe men de aanvraag heeft geïnterpreteerd.

Daarnaast is het ook mogelijk de koppeling met de aanvraaggegevens aan te leggen in het informatiesysteem van de huisarts/specialist.

N.B.: Indien het rapportbericht naar een derde persoon wordt gestuurd (kopie uitslag), dan verdient het aanbeveling alle aanvraaggegevens in het rapport uit de aanvraag over te nemen.

Bij het rapportbericht laboratoriumonderzoek worden functioneel de volgende gegevensgroepen onderscheiden:

1. Algemene berichtgegevens (1 maal per bericht)
2. Gevensgroep verzender, ontvanger , kopie-uitslag ontvanger(s) (1 maal per bericht)
 - 2.1 gegevens verzender (laboratorium/arts-lab.)
 - 2.2 gegevens ontvanger (huisarts/specialist)
 - 2.3 gegevens kopie-uitslag persoon/personen (arts(en))
3. Gevensgroep rapport (1 maal per bericht)
 - 3.1 algemene rapportgegevens (1 maal per rapport)
 - 3.2 administratieve gegevens van de patiënt (1 maal per rapport)
 - 3.3 medisch-inhoudelijke patiëntgegevens (1 maal per rapport)
 - 3.4 medisch-inhoudelijke vraagstelling + antwoord op vraagstelling (meerdere malen per rapport)
 - 3.5 medisch-inhoudelijke rapportgegevens
 - monster/materiaal-gegevens (meerdere malen per rapport)
 - bepalingen- + uitslaggegevens (meerdere malen per rapport)

Deze gegevensgroepen worden hiernavolgend uitgewerkt en toegelicht.

Uitwerking gegevensgroepen

1. Algemene berichtgegevens (1 maal per bericht)

Onder berichtgegevens worden gegevens verstaan die het bericht identificeren, dit zijn:

- bericht-referentienummer;
- type bericht;
- berichtnaam;
- identificatie bericht;
- functie bericht (code aanvulling/kopie/origineel);
- datum en tijd van aanmaken van het bericht.

2. Gevensgroep verzender, ontvanger en kopie-uitslag ontvanger(s) (1 maal per bericht)

De gegevensgroep verzender, ontvanger en kopie uitslag ontvanger(s) omvat de administratieve gegevens van:

- het (huisartsen)laboratorium als verzender;
- de huisarts/specialist als ontvanger;
- eventueel de persoon (arts) die een kopie van de uitslag dient te ontvangen.

2.1 Gegevens verzender

Onder gegevens van de verzender (Laboratorium/arts-lab.) worden administratieve gegevens verstaan als:

- identificatiecode;
- vestigingsplaats (Naam-, Adres-, Woonplaats-gegevens);
- communicatiegegevens als:
 - telefoon-, fax- en/of modemnummer(s) of overige elektronische communicatiemiddelen;
 - e-mail of X.400-adres;
 - afdeling van het laboratorium en/of contactpersoon in de afdeling.

Voor identificatie van het (huisartsen)-laboratorium kan gebruik worden gemaakt van lokaal afgesproken codelijsten of landelijke codelijsten, indien beschikbaar.

2.2 Gegevens ontvanger

Onder gegevens van ontvanger (huisarts/specialist) worden administratieve gegevens verstaan als:

- identificatiecode;
- vestigingsplaats (Naam-, Adres-, Woonplaats-gegevens);
- communicatiegegevens als:
 - afdeling, waarin de arts bereikbaar is.

Voor identificatie van de huisarts/specialist kan gebruik worden gemaakt van lokaal afgesproken codelijsten of landelijke codelijsten, indien beschikbaar.

2.3 Gegevens kopie uitslag persoon/personen

Daaronder worden verstaan gegevens over persoon/personen (arts(en)) die een kopie van de uitslag moet/moeten ontvangen, als:

- identificatiecode;
- vestigingsplaats (Naam-, Adres-, Woonplaats-gegevens);
- bevoegdheid.

Voor naam en adresgegevens wordt gebruik gemaakt van de standaard formaten en veldlengtes van de NEN-1888 respectievelijk NEN-5825.

3. Gevensgroep rapport (1 maal per rapport)

De rapportage m.b.t. laboratoriumdiagnostiek kan geschieden in vrije tekst en/of gecodeerde vorm.

3.1 Algemene rapportgegevens (1 maal per rapport)

Er dient in ieder geval gerefereerd te worden aan de aanvraag die aan dit rapport ten grondslag ligt:

- referentienummer aanvraag;
- eventueel datum/tijd aanvraag.

Er kan facultatief worden aangegeven of het bericht een aanvulling is op een eerder verzonden rapport, betrekking hebbend op dezelfde aanvraag. Dit gebeurt door middel van vermelding:

- referentienummer eerder rapport;
- eventueel datum/tijd eerder rapport.

Verder kan men nog aangeven:

- urgentie van aanvraag (routine of cito);
- urgentie van uitvoering;
- authenticatie aanduiding;
- authenticatie datum/tijd.

N.B.: De manier waarop authenticatie plaats vindt moet voor de gezondheidszorg nog nader uitgewerkt worden.

3.2 Administratieve gegevens van de patiënt (1 maal per rapport)

Onder administratieve patiëntgegevens wordt verstaan:

- identificatie nummer (lokaal, burgerservicenummer);
- naamgegevens van de patiënt;
- geslacht;
- geboortedatum;
- communicatiegegevens als:
 - adres en woonplaats;
 - telefoonnummer.
- verzekeringsgegevens als:
 - soort verzekering;
 - verzekeraar;
 - polisnummer.

Het belangrijkste is de unieke identificatie van de patiënt. Het meest praktisch is een identificatienummer te gebruiken dat bij alle partijen bekend is. Indien beide partijen verschillende identificatienummers hanteren, moet het echter mogelijk zijn om zowel het patiëntnummer van de zender als van de ontvanger op te nemen.

3.3 Medisch-inhoudelijke patiëntgegevens (1 maal per rapport)

Onder medisch-inhoudelijke gegevens van een patiënt wordt verstaan:

- diagnostische gegevens aanvrager;
 - diagnose + datum diagnose.
- diagnose/conclusie gegevens laboratorium;

- diagnose + datum diagnose;
- bloedgroep.

Hieronder vallen medische gegevens over de patiënt zoals in het aanvraagbericht door de aanvrager zijn vermeld én de conclusies van het laboratorium, gebaseerd op de resultaten van het laboratoriumonderzoek.

3.4 Medisch-inhoudelijke Vraagstellingen + Antwoorden (meerdere malen per rapport)

Het is mogelijk om in vrije tekst meerdere medische vraagstellingen te noteren en eventueel aangevuld met datum/tijd. Deze zijn relevant voor interpretatie van resultaten van het diagnostisch onderzoek.

Daarop aansluitend kan het laboratorium zijn diagnose/conclusies geven gebaseerd op de resultaten van het laboratorium-onderzoek

3.5 Medisch-inhoudelijke rapportgegevens

Onder medisch-inhoudelijke rapportgegevens wordt verstaan:

- monster/materiaal-gegevens (meerdere malen per rapport);
- bepalingen- + uitslaggegevens (meerdere malen per rapport).

Per patiënt kunnen meerdere monsters worden onderzocht. In de monster/materiaalgegevens kunnen de volgende gegevens worden opgenomen:

- identificatieaanduiding/-nummer;
- soort;
- volume;
- monster-gegevens in vrije tekst;
- datum/tijd van afname;
- plaats van afname;
- datum/tijd ontvangst monster.

Om het soort monster/materiaal te identificeren, wordt aanbevolen om code's te gebruiken conform de voorstellen van het Labcodeplatform (WCIA).

Per monster/materiaal kunnen meerdere bepalingen worden uitgevoerd. In de bepalingen- en uitslaggegevens kunnen de volgende gegevens worden opgenomen:

- code compleet (uitslagrapportage t.o.v. aanvraag);
- sectienaam;
- referentinummer bepaling;
- code bepaling;
- naam bepaling;
- type bepaling;
- datum/tijd van bepaling;
- indicatie "gewijzigde uitslag";
- uitslaggegevens (in code's en meetwaarden);
- uitslaggegevens vrije tekst;
- opmerkingen bij "nog uit te voeren bepaling(en)" (vrije tekst).

Om de code en naam van de bepaling te identificeren, wordt aanbevolen om code's te gebruiken conform de voorstellen van het Labcodeplatform (WCIA).

NB: Het is ook mogelijk dat het laboratorium per sectie (afdeling) terug rapporteert en niet per monster/materiaal soort. Dit kan worden aangegeven door:

- de aanduiding van sectienaam in te vullen.

In het rapportbericht laboratoriumdiagnostiek zijn er drie mogelijkheden om aan te geven dat er nog vervolg acties zullen komen m.b.t. de uitslagen van het onderzoek, óf zijn ondernomen.

De mogelijkheden zijn als volgt:

1. Het volledige rapportbericht met gecorrigeerde inhoud wordt verzonden met de aanduiding: "aanvulling" of "dit is een aanvulling op" met een referentienummer, refererend aan het eerder verzonden bericht. De aanduiding wordt aangebracht in het begin van het bericht ('algemene berichtgegevens').
2. Het is mogelijk dat een aanvraag per monster/materiaal zal resulteren in meerdere rapportberichten.

Men kan dit in het rapportbericht aangeven door:

- de aanduiding met code compleet "nee", als er nog uitslagen volgen;
- de aanduiding met code compleet "ja", als er geen uitslagen meer volgen.

De aanduiding wordt ondergebracht in de gegevensgroep 'monster/materiaal-gegevens'.

3. Indien er sprake is van gewijzigde uitslaggegevens, kan men dit aangeven met de indicatie van "gewijzigde uitslag" in de gegevensgroep 'bepalings- en uitslag-gegevens'.

2.4.3. Gedetailleerde functionele beschrijving (gegevenselementen)

Het is gewenst om zoveel mogelijk van de gegevens in (verkorte) gecodeerde vorm op te geven. Hierbij kan men gebruikmaken van landelijke- of lokale codelijsten. Bij het totaal ontbreken van codes kan men de gegevens als vrije tekst omschrijven. Men dient in de EDI-overeenkomst aan te geven welke manier men toepast.

Hiernavolgend worden alle voor het bericht benodigde gegevens per gegevensgroep nader gespecificeerd.

Per gegevenselement wordt tevens de status aangegeven:

- V - verplicht (mandatory)
- O - optioneel (conditional)

Ook het type van het element wordt aangegeven:

- T - tekststring
- C - gecodeerde waarde (alfanumeriek)
- N - numerieke getalswaarde
- G - groep gegevens (apart gespecificeerd)
- DTM - datum/tijd aanduiding
- (n) - aantal malen dat een element kan voorkomen (alleen ingevuld bij meer dan 1)

Elementnaam	V/O	Type	Formaat	Opmerkingen
1. ALGEMENE BERICHTGEGEVENS				1 maal per bericht
Bericht referentienummer	V	C	an..14	Elk bericht dat verzonden wordt dient voorzien te zijn van een unieke code ofwel referentienummer . In de regel wordt een dergelijke code automatisch gegenereerd door de toepassing die het bericht samenstelt.
Type bericht	V	C	an..6	Dit is de naam van het bericht zoals vastgelegd in de internationale standaards.
Berichtnaam	V	C	an..3	Een nadere aanduiding in code van het bericht, zijnde "rapport laboratorium diagnostiek", zoals vastgelegd door ITN.
Identificatie bericht	V	C	an..35	Een door de verzender toe te kennen unieke identificatie van het bericht, waaraan gerefereerd kan worden bij een aanvulling/kopie van het bericht.
Functie bericht	V	C	an..3	Code aanduiding functie van bericht: - aanvulling eerder bericht - kopie van eerder bericht - het originele bericht
Datum/tijd aanmakenbericht	V	DTM	n10	De datum en tijd waarop het totale bericht is aangemaakt, in het formaat YYMMDDHHMM.
2. GEGEVENSGROEP VERZENDER , ONTVANGER, KOPIE-ONTVANGER(S)				1 maal per bericht
2.1 <u>VERZENDER (Laboratorium/arts-lab.)</u>				1 maal per bericht
Identificatiecode	V	C	an..17	Dit is een gecodeerde (unieke) identificatie. Hier wordt gebruik gemaakt van lokale codelijsten. Als aanvulling op de code kunnen de NAW-gegevens opgenomen worden. Indien er geen code bestaat, zijn deze NAW-gegevens verplicht.
Naam organisatie	O	T	an..70	Formaat is conform NEN-5825 - naam laboratorium
Straat	O	T	an..24	Formaat is conform NEN-5825
Huisnummer + toevoeging	O	G	an..9	Formaat is conform NEN-5825
Woonplaatsnaam	O	T	an..24	Formaat is conform NEN-5825
Postcode	O	G	an6	Formaat is conform NEN-5825
Telefoon-/fax-/modemnummer of overige	O	G(3)	an..28	Telefoon-, fax- en/of modemnummer(s) van de verzender (n..25) met code voor soort communicatie (an..3)
Electronic mail/X.400-adres	O	G(2)	an..73	E-mail/X.400-adres van de verzender (an..70) met code voor soort communicatie (an..3)
Afdeling/persoon	O	G	an..38	Aanduiding contactgegevens (an..35): - afdeling van het laboratorium - persoon met code voor soort contact (an..3)
2.2 <u>ONTVANGER (Huisarts/specialist)</u>				1 maal per bericht
Identificatiecode	V	C	an..17	Dit is een gecodeerde (unieke) identificatie. Er kan gebruik gemaakt worden van landelijke of lokaal afgesproken codelijsten om de huisarts/specialist te identificeren.

Elementnaam	V/O	Type	Formaat	Opmerkingen
				Als aanvulling op de code kunnen de NAW-gegevens opgenomen worden. Indien er geen code bestaat, zijn deze NAW-gegevens verplicht.
Naam arts	O	G	an..44	Formaat is conform NEN-1888: - achternaam verkort (an..25) - voorletters (a..6) - voorvoegsels (a..10) - (gecodeerde) titulatuur (a..3)
Straat	O	T	an..24	Formaat is conform NEN-5825
Huisnummer+ toevoeging	O	G	an..9	Formaat is conform NEN-5825
Woonplaatsnaam	O	T	an..24	Formaat is conform NEN-5825
Postcode	O	G	an6	Formaat is conform NEN-5825
Afdeling	O	G	an..38	Eanduiding contactgegeven (an..35): - afdeling, waar de arts bereikbaar is. met code voor soort contact (an..3)
2.3				<u>KOPIE UITSLAG PERSOON/PERSONEN (arts(en))</u> maximaal 7 maal per bericht
Identificatie	V	C	an..17	Dit is een gecodeerde (unieke) identificatie. Hier wordt gebruik gemaakt van landelijk of lokale codelijsten.
				Als aanvulling op de code kunnen de NAW-gegevens opgenomen worden. Indien er geen code bestaat, zijn deze NAW-gegevens verplicht.
Naam arts	O	G	an..44	Formaat is conform NEN-1888: - achternaam verkort (an..25) - voorletters (a..6) - voorvoegsels (a..10) - (gecodeerde) titulatuur (a..3)
Straat	O	T	an..24	Formaat is conform NEN-5825
Huisnummer+ toevoeging	O	G	an..9	Formaat is conform NEN-5825
Woonplaatsnaam	O	T	an..24	Formaat is conform NEN-5825
Postcode	O	G	an6	Formaat is conform NEN-5825
Bevoegdheid	O	C	an..73	Een code (an..3) of omschrijving (an..70) om de bevoegdheid aan te geven van de persoon die een kopie uitslag mag ontvangen.
3.				GEGEVENS GROEP RAPPORT 1 maal per bericht
3.1				<u>ALGEMENE RAPPORTGEGEVENS</u> 1 maal per rapport
Referentienummer aanvraag en evt. eerder rapport	V	G(9)	an..48	Dit betreft referenties van de aanvraag waarop dit rapport betrekking heeft en eventueel die van eerdere rapportberichten voor dezelfde aanvraag, en bestaat uit: - referentienummer (an..35) - code soort referentie (an..3) gerefereerde aanvraag eerder rapport - datum/tijd gerefereerde aanvraag of eerder rapport in formaat YYMMDDHHMM (n10)
Urgentie aanvraag	O	C	an..3	Bij de urgentie van de aanvraag kan worden aangegeven of de aanvraag met spoed dient te worden uitgevoerd.

Elementnaam	V/O	Type	Formaat	Opmerkingen
Urgentie uitvoering	O	C	an..3	Bij de urgentie van de uitvoering kan worden aangegeven of het onderzoek met spoed is uitgevoerd.
Authenticatie	O	C	an..35	Invullen als equivalent van elektronische handtekening.
Authenticatie datum/tijd	O	DTM	n10	Formaat YYMMDDHHMM
3.2 <u>ADMINISTRATIEVE GEGEVENS VAN DE PATIËNT</u>				
Identificatie	V	C(2)	an..35	Dit is een gecodeerde (unieke) identificatie, waar in het kader van de Wet op het gebruik van BSN in de zorg het burgerservicenummer wordt vastgelegd. In het bericht kunnen twee codes worden opgenomen: - lokaal identificatienummer of burgerservicenummer patiënt (verzender) + evt verwijzing naar codelijst - lokaal identificatienummer of burgerservicenummer patiënt (ontvanger) + evt. verwijzing naar codelijst
Naam-gegevens	V	G	an..104	Formaat conform NEN-1888: - achternaam verkort (an..25) - voorletters (a..6) - voorvoegsels (a..10) - eerste voornaam (an..28) - achternaam echtgenoot verkort (an..25) - voorvoegsels echtgenoot (a..10)
Geslacht	V	C	an..3	Formaat conform NEN-1888
Geboortedatum	V	DTM	n8	Formaat CCYYMMDD De onderstaande adresgegevens zijn noodzakelijk (verplicht gesteld) als referentie van de patiënt, als de naam-gegevens en geboortedatum niet voldoende zijn om de patiënt te identificeren.
Straat	O	T	an..24	Formaat conform NEN-5825
Huisnummer + toevoeging	O	G	an..9	Formaat conform NEN-5825 (evt. woonwagen- of woonbootverwijzing)
Woonplaatsnaam	O	T	an..24	Formaat conform NEN-5825
Postcode	O	G	an6	Formaat conform NEN-5825
Telefoonnummer(s)	O	G(3)	an..28	Telefoonnummers van de patiënt (n..25) met code voor soort communicatie (an..3)
Soort verzekering	O	C	an..3	Zie codelijst (Vektis B.V.)
Verzekeraar	O	C	an..17	Zie codelijst (Vektis B.V.) Eventueel kunnen de NAW-gegevens van de verzekeringsmaatschappij worden opgenomen, indien de code van de verzekeraar onbekend is.
Polisnummer	O	C	an..17	Het polisnummer van de verzekerde
3.3 <u>MEDISCH INHOUDELIJKE PATIENTGEGEVENS</u>				
Diagnose aanvrager	O	G (4)	an..105	Hierin kan men de diagnosestelling van huisarts/-specialist uit het aanvraagbericht kopiëren. Hierin kan worden opgenomen: - diagnose code (an..17) - codelijst aanduiding (an..8)

Elementnaam	V/O	Type	Formaat	Opmerkingen
				- diagnose in vrije tekst (an..70) - datum/tijd diagnosestelling in formaat YYMMDDHHMM (n10)
Diagnose laboratorium	O	G (4)	an..105	Hierin kan men de diagnosestelling door het laboratorium toevoegen. Dit bevat de conclusie gebaseerd op de laboratorium-uitslagen. Hierin kan worden opgenomen: - diagnose code (an..17) - codelijst aanduiding (an..8) - diagnose in vrij tekst (an..70) - datum/tijd diagnosestelling in formaat YYMMDDHHMM (n10)
Bloedgroep	O	T	an..35	Aanduiding van de bloedgroep in vrije tekst. Dit element zal slechts in enkele specifieke situaties worden ingevuld (bijv. bij hematologisch onderzoek).
3.4				<u>MEDISCH INHOUDELIJKE VRAAGSTELLING + ANTWOORD OP VRAAGSTELLING</u> meerdere malen (90) per rapport
Medische vraagstelling	O	G	an..360	Deze medische vraagstelling betreft een omschrijving van de uit te voeren onderzoeken, eventueel aangevuld met klinische gegevens van de patiënt zoals aangegeven door de aanvrager. Deze kunnen uit het aanvraagbericht worden overgenomen: - medische vraagstellingen (an..350) - datum/tijd in formaat YYMMDDHHMM (n10)
Medische antwoorden	O	G	an..360	De antwoorden op de medische vraagstelling worden door de laboratoriumarts ingevuld: - medische antwoorden (an..350) - datum/tijd in formaat YYMMDDHHMM (n10)
3.5				<u>MEDISCH INHOUDELIJKE RAPPORTGEGEVENS</u>
				<u>Monster/materiaal gegevens</u> meerdere malen (99) per rapport
Identificatie monster/materiaal	V	C	an..35	Het monster wordt geïdentificeerd met een nummer dat is toegekend door de persoon of instantie die het monster heeft afgenomen.
Soort monster/materiaal	V	C	an..8	De aard van het materiaal in code. Aanbevolen wordt om codes te gebruiken conform de voorstellen van het Labcodeplatform (WCIA).
Volume monster/materiaal	O	G	an..23	Hoeveelheid van het monster/materiaal, bestaande uit: - code voor volume eenheid (an..8) - aantal volume eenheden (n..15)
Monster-gegevens	O	T	an..350	Monster/materiaalgegevens in vrije tekst.
Datum/tijd afname monster	V	DTM	n10	Hier wordt de datum en indien nodig de tijd van afname van het monster ingevuld, in formaat YYMMDDHHMM.
Datum/tijd ontvangst monster	O	DTM	n10	Hier wordt de datum en indien nodig de tijd waarop het monster door het laboratorium is ontvangen, in formaat YYMMDDHHMM.
Plaats van afname	O	G	an..38	De plaatsaanduiding waar het monster/materiaal is afgenomen, bestaande uit: - code voor plaats (an..3) - plaats in vrije tekst (an..35)

Elementnaam	V/O	Type	Formaat	Opmerkingen
<u>Bepalings- en uitslaggegevens</u>				meerdere malen (99) per rapport
Code compleet	V	C	an1	Aangeven of er nog acties volgen m.b.t. bepalingen op het betreffende monster/materiaal: - als er nog uitslagen van hetzelfde monster volgen; - als er geen uitslagen van hetzelfde monster meer volgen; - als er "nog uit te voeren bepaling(en)" is/zijn.
Sectienaam	O	T	an..35	Naam van de sectie; te gebruiken bij rapportage per sectie i.p.v. per materiaalsoort
Referentienummer bepaling	O	C	an..35	Dit betreft een identificatienummer van de bepaling. Aanbevolen wordt om dit element te gebruiken, indien men in een later stadium behoefte heeft om daaraan te refereren (afhankelijk van de administratieve organisatie van het laboratorium).
Code bepaling	V	C	an..8	Aanbevolen wordt om gebruik te maken van de Tabel Codering Laboratoriumbepalingen (WCIA Labcodeplatform) volgens de combinatie van: - aanvraag (an..4) - materiaal (an..2) - bijzonderheden (an..2)
Naam bepaling	O	T	an..35	Aanbevolen wordt om gebruik te maken van de lange of korte omschrijvingen van bepalingen volgens Tabel Codering Laboratoriumbepalingen (WCIA Labcodeplatform).
Type bepaling	V	C	an..3	Code voor het aanduiden van samenhangende bepalingen: - bepaling - deelbepaling - groepsbepaling - cascade-onderzoek (probleem geïntendeerde aanvragen)
Bepalingsgegevens of opmerkingen bij "nog uit te voeren bepaling(en)"	O	G(2)	an..353	Hierin kan men de bepalinggegevens of de opmerkingen bij "nog uit te voeren bepaling(en)" in vrije tekst aangeven, bestaat uit: - type van vrije tekst (an..3) - bepalinggegevens; - opmerkingen bij "nog uit te voeren bepaling(en)" - vrije tekst (an..350)`
Uitslaggegevens	V	G	an..68	Groep uitslaggegevens: - Indicatie gewijzigde uitslag (an..3) - bepalingseenheid (an..8) - uitslagwaarde (n..18) - normaalwaarde indicatie (an..3) - ondergrens (n..18) - bovengrens (n..18)
Uitslaggegevens (vrije tekst)	O	T	an..350	Uitslaggegevens in vrijetekst
Datum/tijd bepaling	O	DTM	n10	Hierin kan de datum/tijd worden aangegeven, waarop de bepaling is uitgevoerd.

3. Technische beschrijving bericht

3.1. Relatie tussen functionele- en technische beschrijving

1	ALGEMENE BERICHTGEGEVENS	1 maal per bericht
	Bericht referentienummer	UNH/UNT
	Type bericht	UNH
	Berichtnaam	BGM
	Identificatie bericht	BGM/RFF/(Grp2)RFF
	Functie bericht	BGM
	Datum/tijd aanmaken bericht	DTM/(Grp2)DTM
2	GEGEVENSGROEP VERZENDER EN ONTVANGER EN KOPIE-ONTVANGERS	1 maal per bericht
2.1	VERZENDER (Laboratorium/arts-lab.)	1 maal per bericht
	Identificatiecode	(Grp1)NAD
	Naam organisatie	(Grp1)NAD
	Straat	(Grp1)ADR
	Huisnummer + toevoeging	(Grp1)ADR
	Woonplaatsnaam	(Grp1)ADR
	Postcode	(Grp1)ADR
	Telefoon/fax/modemnummer + overige	(Grp1)COM
	Electronic mail/X.400-adres	(Grp1)FTX
	Afdeling/persoon	(Grp1)CTA
2.2	ONTVANGER (Huisarts/specialist)	1 maal per bericht
	Identificatiecode	(Grp1)NAD
	Naam arts	(Grp1)NAD
	Straat	(Grp1)ADR
	Huisnummer + toevoeging	(Grp1)ADR
	Woonplaatsnaam	(Grp1)ADR
	Postcode	(Grp1)ADR
	Afdeling	(Grp1)CTA
2.3	KOPIE UITSLAG PERSOON/PERSONEN (arts(en))	maximaal 7 maal per bericht
	Identificatiecode	(Grp1)NAD
	Naam arts	(Grp1)NAD
	Straat	(Grp1)ADR
	Huisnummer + toevoeging	(Grp1)ADR
	Woonplaatsnaam	(Grp1)ADR
	Postcode	(Grp1)ADR
	Bevoegdheid	(Grp1)QUA

3	GEGEVENSGROEP RAPPORT	1 maal per bericht
3.1	ALGEMENE RAPPORTGEGEVENS	1 maal per rapport
	Referentie bijbehorende aanvraag	(Grp4)RFF, (Grp4)DTM
	Referentie(s) eerdere rapport	(Grp3)RFF, (Grp3)DTM
	Urgentie aanvraag	(Grp4)PTY
	Urgentie uitvoering	(Grp2)PTY
	Authenticatie	(Grp21)AUT
	Authenticatie datum/tijd	(Grp21)DTM
3.2	ADMINISTRATIEVE GEGEVENS VAN DE PATIENT	
	Identificatie	(Grp7)PNA, (Grp7)RFF
	Naam-gegevens	(Grp7)PNA
	Geslacht	(Grp7)PDI
	Geboortedatum	(Grp7)DTM
	Straat	(Grp6)ADR
	Huisnummer+toevoeging (evt. woonwagen- of woonbootverwijzing)	(Grp6)ADR
	Woonplaatsnaam	(Grp6)ADR
	Postcode	(Grp6)ADR
	Telefoonnummer(s)	(Grp6)COM
	Soort verzekering	(Grp4)FCA
	Verzekeraar	(Grp4)FCA
	Polisnummer	(Grp4)FCA
3.3	MEDISCH INHOUDELIJKE PATIENTGEGEVENS	
	Diagnose aanvrager	(Grp10)CIN, (Grp10)DTM
	Diagnose laboratorium	(Grp10)CIN, (Grp10)DTM
	Bloedgroep	(Grp10)CIN
3.4	MEDISCH INHOUDELIJKE VRAAGSTELLING	meerdere malen (90) per rapport
	Medische vraagstelling	(Grp10)FTX, (Grp10)DTM
	Medische antwoorden	(Grp10)FTX, (Grp10)DTM

3.5 MEDISCH INHOUDELIJKE RAPPORTGEGEVENS

Monster/materiaal gegevens	meerdere malen (99) per rapport
Identificatie monster/materiaal	(Grp16)RFF
Soort monster/materiaal	(Grp16)SPC
Volume monster/materiaal	(Grp16)QTY
Monster-gegevens	(Grp16)FTX
Datum/tijd afname monster	(Grp16)DTM
Datum/tijd ontvangst monster	(Grp16)DTM
Plaats van afname	(Grp16)LOC
Bepalings- en uitslaggegevens	meerdere malen (99) per rapport
Code compleet	(Grp2)STS, (Grp18)S18
Sectienaam	(Grp18)INV
Referentienummer bepaling	(Grp18)RFF
Code bepaling	(Grp18)INV
Naam bepaling	(Grp18)INV
Type bepaling	(Grp18)INV
Bepalingsgegevens of opmerkingen bij "nog uit te voeren bepaling(en)"	(Grp18)FTX
Uitslaggegevens	(Grp18)RSL, (Grp18)STS, (Grp20)RND
Uitslaggegevens (vrije tekst)	(Grp18)FTX
Datum/tijd bepaling	(Grp18)DTM

3.2. Overzicht van de gebruikte codelijsten en qualifiers

element	omschrijving	segment(en)
0051 UN	Controlling agency United Nations	UNH
0057 MRPN11	Association assigned code MEDRPT (Nederlandse subset), versie 1, release 1	UNH
0065 MEDRPT	Message type identifier Medical Service Report Message	UNH
1001 LRP	Document/message name, coded Rapportbericht Laboratorium-Diagnostiek	BGM
1131	Code list qualifier	BGM, CIN, FCA, INV, NAD, PNA, RSL, SPC
AMB	Codering Laboratoriumbepalingen (WCIA-Labcodeplatform)	
BIZ	Bijzonderheden van het materiaal (WCIA Labcodeplatform)	
CGP	Huisartsen	
CI	Insurance agencies (verzekeringsmaatschappijen)	
CLB	Laboratoria	
CMS	Medische specialisten	
IC9	WCC ICD9	
IC10	WCC ICD10	
ICP	NHG ICPC	
MAT	Aard van materiaal (WCIA Labcodeplatform)	
MF	Message Function	
PCL	Patient codelist	
ZZ	Zie NAW-gegevens in NAD-segment (groep 1)	
ZZZ	Mutually defined (lokaal afgesproken)	
1153	Reference qualifier	RFF
AGO	Sender's reference to the original message	
ASL	Link to sample	
LHB	Lokaal patiëntenbestand huisarts(en)	
LSB	Lokaal patiëntenbestand specialist(en)	
LZB	Lokaal patiëntenbestand ziekenhuis/ziekenhuizen	
ROI	Order ID by service requester	
RTI	Sample ID by service requester	
RTS	Referentienummer bepaling	
SRI	Report ID bij service provider	
STI	Sample ID by service provider	
1225	Message function, code	BGM
2	Addition	
7	Duplicate	
9	Original (New laboratory service order)	
2005	Date/time/period qualifier	DTM
137	Message generated (document/message date/time)	
187	Authentication date/time of document	
329	Date/time of birth	
AIC	Date/time of clinical investigation	
AIP	Date/time investigation performed	
CIC	Date/time of clinical information	
ISO	Date/time of clinical information	
ISR	Issue date/time of report	
SCO	Date/time of sample collection	
SRI	Date/time of receipt of collected sample	
2379	Date/time/period format qualifier	DTM
102	CCYYMMDD	
201	YYMMDDHHMM	

element	omschrijving	segment(en)
3035	Party qualifier	NAD,PNA
CCR	Intended recipient of report (Copy destination of report)	
PAT	Patiënt	
PO	Laboratory service requester (ordering party) = de aanvrager van het laboratorium-diagnostisch onderzoek	
SLA	Laboratory service provider = de uitvoerende partij van het laboratoriumdiagnostisch onderzoek	
3045	Party name format, coded	NAD
NO	Naam organisatie	
NP	Naam persoon	
3055	Code list responsible agency, coded	BGM, CIN, FCA, INV, NAD, PNA, RSL, SPC
ITN	NL, ITN (Stichting Interconnectiviteit Telematica Nederland)	
LLB	Lokaal patiëntenbestand laboratorium (laboratoria)	
LOC	NL, Lokaal afgesproken	
LZB	Lokaal patiëntenbestand ziekenhuis/ziekenhuizen	
NHG	NL, Nederlands Huisartsen Genootschap	
NVK	NL, Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie	
SAN	NL, Samenwerkende Artsenlaboratoria Nederland	
VEK	NL, Vektis BV	
WCC	NL, Vaste Commissie voor Classificaties en Definities	
3139	Contact function, coded	CTA
AFD	Afdeling	
PRS	Persoon	
3155	Communication channel qualifier	COM
FX	Telefax	
MO	Modem	
SE	Semaphone	
TE	Telephone	
TE1	Telefoon thuis	
TE2	Telefoon werk	
3207	Country, coded	ADR
	Landcode (conform ISO-3166 alpha 2)	
	Country code)	
3227	Place/location qualifier	LOC
H	Home	
L	Laboratory	
P	Practice	
PR	Prikplaats	
W	Ward	
3251	Postcode identification (zie PTT postcode-tabel)	ADR
3785	Address type, coded	ADR
PH	Physical address	
PO	Postal address	
3789	Address status, coded	ADR
PE	Permanent address	
TE	Temporary address	
3835	Name component qualifier	PNA
NAN	Achternaam verkort	
NEA	Achternaam echtgenoot verkort	
NEV	Voorvoegsels echtgenoot	
NVN	Eerste voornaam	
NVV	Voorletters * voorvoegsels	
3843	Address format, coded	ADR
1	Street name in AC1, street address number in AC2	
2	P.O.Box-number in AC1 and AC2	

element	omschrijving	segment(en)
3	Antwoordnummer in AC1 en AC2	
3917	Sex, coded	PDI
0	onbekend	
1	mannelijk	
2	vrouwelijk	
9	niet gespecificeerd	
4219	Priority, coded	PTY
CI	Stat (immediately) (=Cito)	
NO	Routine	
PH	Immediate answer (by use of telephone)	
4343	Response type, coded	BGM
AB	Message acknowledgement	
ERR	Only needed if received in error	
NA	No acknowledgement needed	
4451	Text subject qualifier	FTX
BEP	Bepalingsgegevens	
MA	E-mail adres	
MAT	Description of material	
MAW	Medische antwoord(en)	
MVS	Medische vraagstelling	
NUB	Opmerkingen bij "nog uit te voeren bepaling(en)"	
UIT	Uitslaggegevens	
XF	X.400 address	
4471	Settlement, coded	FCA
00	niet verzekerd	
10	Particulier	
40	AWBZ	
60	Ziekenfonds	
90	Nota aan derden	
99	Onbekend	
4785	Priority qualifier	PTY
REP	Reporting priority	
6063	Quantity qualifier	QTY
SVO	Volume of sample	
6411	Measure unit identification	QTY
111	Millilitre	
112	Litre (1 dm ³)	
117	Centilitre	
6727	Range Type qualifier	RND
RU	Meervoudige referentiewaarden van de uitslag	
6810	Clinical information qualifier	CIN
BLG	Bloedgroep	
DIA	Diagnose aanvraag	
DLA	Diagnose laboratorium	
7365	Processing indicator, coded	S02, S04, S18
B	Nog uit te voeren uitslag	
G	Uitslag compleet	
M	Change	
N	New	
P	Gedeeltelijke uitslag	
7853	Result type, coded	RSL
AV	Alphanumerical value	
CV	Coded value	
NR	Numerical value range	
NV	Numerical value	
TV	Text value	

element	omschrijving	segment(en)
7857	Result normalcy indicator, coded	RSL
HI	Above high reference limit	
LO	Below low reference limit	
UN	Abnormal	
7863	Specimen characteristic qualifier	SPC
SCI	Sampling performed indicator	
TSP	Type of sample	
7867	Specimen characteristic identification	SPC
ATT	Sample collected	
PAT	Sample to be received from patient	
SPR	Sample to be collected by service provider	
ZZZ	Code te groot voor dit veld	
9011	Status event, coded	STS
G	Compleet	
P	Partial	
S	Supplementary	
GU	Gewijzigde uitslag	
9927	Investigation characteristic qualifier	INV
1	Bepaling	
2	Deelbepaling	
3	Groepsbepaling	
4	Cascade-onderzoek	
5	Sectienaam	
9930	Investigation characteristic (aanbevolen wordt om gebruik te maken van lange/korte omschrijving van bepaling volgens Tabel Codering Laboratoriumbepalingen/WCIA-Labcodeplatform)	INV
9931	Investigation characteristic identification (aanbevolen wordt om gebruik te maken van Tabel Codering Laboratoriumbepalingen/ WCIA Labcodeplatform)	INV
9939	Qualification qualifier	QUA
FO	Formal professional qualification	



Nictiz

Postbus 19121
2500 CC Den Haag
Oude Middenweg 55
2491 AC Den Haag

T 070 - 317 34 50
servicedesk@infoEPD.nl
www.nictiz.nl