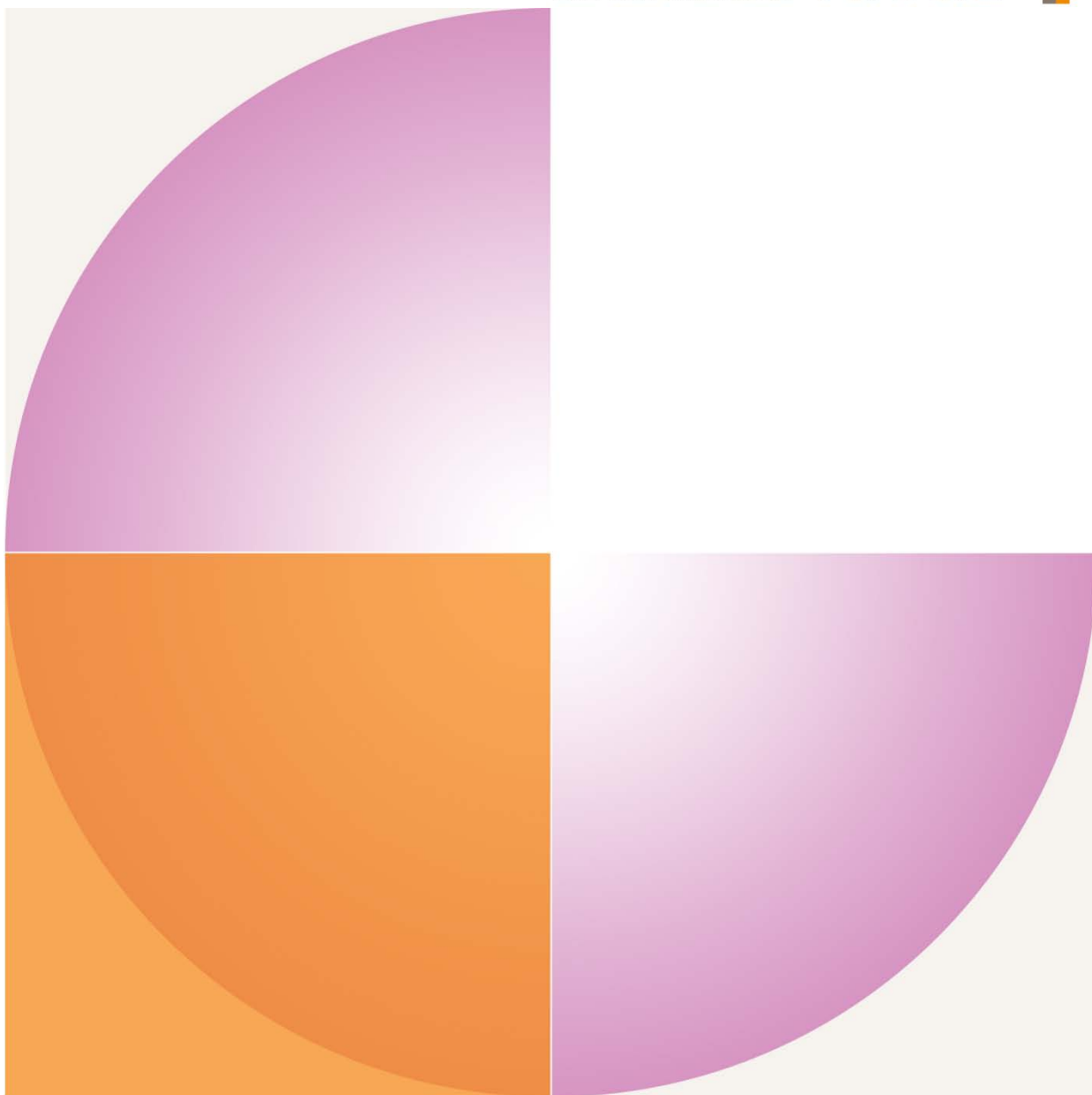


Rapportbericht laboratorium-diagnostiek

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 Edifactdirectories en -richtlijnen	6
1.6.	Begrippen, definities en afkortingen	7
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	9
2.3.3.	Ontvangen van het bericht	10
2.4.	Beschrijving Rapportbericht Radiologiediagnostiek	10
2.4.1.	Doel	10
2.4.2.	Structuur van het bericht in gegevensgroepen (structuurmodel)	11
2.4.3.	Gedetailleerde functionele beschrijving (gegevenselementen)	14
3.	Technische beschrijving bericht	19
3.1.	Relatie tussen functionele- en technische beschrijving	19
3.2.	Overzicht van de gebruikte codelijsten en qualifiers	21

1. ALGEMEEN

1.1. Korte beschrijving van het bericht

Het rapportbericht radiologiediagnostiek wordt gebruikt door de radiologie-afdeling om op elektronische wijze de huisarts/specialist te informeren over de resultaten van de radiologiediagnostiek die door de huisarts/specialist was aangevraagd.

1.2. Toepassingsgebied, welke communicatiepatronen

Het toepassingsgebied is de Nederlandse gezondheidszorg met name het communicatiepatroon tussen radiologie-afdeling enerzijds en de huisarts/specialist anderzijds. Dit bericht is ontwikkeld voor het rapporteren van resultaten m.b.t. radiologiediagnostiek.

1.3. Historie en ontwikkeling van het bericht

Het rapportbericht radiologiediagnostiek 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 radiologie-diagnostiek, hebben binnen het ITN een apart normeringstraject doorlopen. Dit als gevolg van de ontwikkelingen op Europees niveau m.b.t. standaardisatie van laboratorium-berichten (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 betreffen:

- Voorstel Nationale Standaard Rapportbericht Radiologiediagnostiek: 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 Edifactsegmenten;
 - 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 alternatief 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 MD9 Health Care (Edifacttechnische specificaties).
- Voorstel Nationale Standaard Rapportbericht Radiologiediagnostiek: 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 Radiologiediagnostiek: versie 2.4
 - de belangrijkste commentaren betref de technische berichtbeschrijving. Men vond de versie 2.3 te complex qua Edifactstructuur en ook te uitgebreid voor het Nederlandse toepassingsgebied;
 - op basis van deze commentaren en de inmiddels beschikbaar gekomen versie van het MEDRPT-bericht van de CCEN, is het rapportbericht radiologiediagnostiek 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 radiologiediagnostiek.

- Voorstel Nationale Standaard Rapportbericht Radiologiediagnostiek: 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 Nederlandse invulling, gedeeltelijk gebaseerd op het internationaal gedefinieerde Edifactbericht Laboratory Service Report Message (draft version CEN TC251 WG3/PT008);
 - deze versie (3.1) is door 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 Radiologiediagnostiek (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 radiologiediagnostiek wordt beschikbaar gesteld door Nictiz. Wijzigingsvoorstellen op de Nationale Standaard Rapportbericht Radiologiediagnostiek 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 Edifactdirectories en -richtlijnen

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

Conform de recente afspraken in ITN-verband over standaardisatie van de documentatie van Edifactberichten wordt de technische afbeelding (technische Edifactbericht) afgeleid van de functionele berichtbeschrijving.

Om alle gegevens uit de functionele beschrijving op te kunnen nemen in het technische gedeelte van het Edifactbericht wordt gebruik gemaakt van zowel segmenten en data-elementen, 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 Edifactdirectories en -richtlijnen: UNTDID (United Nations Trade Data Interchange Directory).

De UNTDID omvat:

- Edifactsyntaxregels (ISO 9735) voor het structureren van gegevens in berichten;
- Edifactrichtlijnen voor invoering van syntaxregels;
- Edifactrichtlijnen voor berichtontwikkeling;
- Edifactverzameling van berichten (EDMD - Edifact Message Directory);
- Edifactverzameling van segmenten (EDSD - Edifact Segment Directory);
- Edifactverzameling van samengestelde data-elementen (EDCD – Edifact Composite Data Element Directory);
- Edifactverzameling van data-elementen (EDED - Edifact Data Element Directory, een subset van UNTDED/ISO 7372);
- Edifactverzameling 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 Edifactbericht. 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 Radiologiediagnostiek" (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 wijzigingen indienen.

De technische berichtbeschrijving met daarbij de richtlijnen voor implementatie kunnen gebruikt worden door leveranciers van huisartsen/specialisten-applicaties en (ziekenhuis) radiologieafdeling- 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	Mei 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 de radiologie-afdeling (van een ziekenhuis) en huisarts/specialist.

De radiologie-afdeling heeft in het kader van zijn medische dienstverlening behoefte om de resultaten van radiologiediagnostiek in de vorm van een rapport toe te zenden aan de aanvrager hiervan, zijnde de huisarts/specialist.

De samenwerking gaat als volgt:

- de huisarts/specialist doet een aanvraag voor radiologiediagnostiek bij de radiologie-afdeling;
- de radiologie-afdeling rapporteert vervolgens de aanvrager (huisarts/specialist) over de resultaten van radiologiediagnostiek.

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 een afgeleide. De afspraken betreffen o.a.:

- de wijze van opdrachtverlening;
- de procedure van radiologiediagnostisch onderzoek;
- de procedure van beoordeling en rapportage van de resultaten.

2.2. Communicatiepatroon

Het communicatiepatroon tussen de huisarts/specialist en de radiologie-afdeling omvat:

- het (elektronisch) aanvragen voor radiologiediagnostiek door de huisarts/specialist aan de radiologie-afdeling m.b.v. het aanvraagbericht radiologiediagnostiek;
- het (elektronisch) rapporteren van resultaten van radiologiediagnostiek door de radiologieafdeling aan de huisarts/specialist m.b.v. het rapportbericht radiologiediagnostiek.

huisarts/specialist -----> radiologie-afdeling [aanvraag]

huisarts/specialist <----- radiologie-afdeling [rapport]

Het Aanvraagbericht Radiologiediagnostiek 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 er voor 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

Per aanvraag van radiologiediagnostiek (mondeling, schriftelijk of m.b.v. het aanvraagbericht radiologiediagnostiek) zal de radiologie-afdeling met behulp van zijn informatiesysteem een rapport samenstellen en dit rapport wordt elektronisch 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 batchgewijze op een overeengekomen tijdstip van de dag verzenden;
- welke berichtenstandaard (versie) wordt toegepast;
- welke telematicadiens wordt toegepast.

De verzender is verantwoordelijk voor het op de juiste wijze verzenden van berichten. De controle daarop kan met de hand of automatisch gebeuren. In ieder geval moet binnen zijn informatiesysteem van elk bericht de juiste status bekend zijn, zoals:

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

De status van elk bericht dient in een journaal vastgelegd te worden. 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 telematicadiens, zal men een eigen "backup" 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 de radiologieafdeling, via een (tele)communicatiesysteem naar het informatiesysteem van de ontvangende huisarts/specialist. Dit zal in de meeste gevallen 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" (publicatie 2/'90), hoofdstuk 5: "Eisen te stellen aan Telematicadiensten". In het kort komen deze hier op neer:

- 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 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 Edifactberichten vertaalt in de gegevensstructuur behorende bij het informatiesysteem 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 sturen 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 Radiologiediagnostiek

2.4.1. Doel

Het doel van het rapportbericht radiologiediagnostiek is het op elektronische wijze toezenden van de resultaten van radiologiediagnostiek door de radiologie-afdeling aan de huisarts/specialist.

2.4.2. Structuur van het bericht in gegevensgroepen (structuurmodel)

In het rapportbericht radiologiediagnostiek kunnen rapportgegevens van radiologiediagnostiek m.b.t. één patiënt worden opgenomen. Per patiënt kunnen één of meerdere resultaten worden opgenomen. Indien men rapporten voor radiologiediagnostiek van meerdere patiënten wil versturen, dan zal men dat in aparte berichten moeten doen.

De resultaten dienen bij voorkeur gepresenteerd te worden in de vorm van code's. Indien op lokaal niveau geen code-afspraken zijn gemaakt kan men de resultaten in vrije tekst aanbieden.

Indien bij ontvangst van het bericht door de huisarts/specialist foutieve medisch-inhoudelijke gegevens worden geconstateerd, kan de ontvanger de verzender (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 door de radiologie-afdeling dan 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.

In het rapportbericht kunnen de gegevens van de oorspronkelijke aanvraagbericht radiologiediagnostiek in zijn geheel worden opgenomen. Daarmee bevestigt de radiologie-afdeling de aanvraaggegevens en kan daarbij eventueel aangeven hoe men de aanvraag heeft geïnterpreteerd. Noodzakelijk is dit echter niet en kan men de gegevens beperken tot die welke de referentie aan de oorspronkelijke aanvraag eenduidig aangeven. Bij niet elektronische aanvragen (conventionele schriftelijke aanvragen) dient men uiteraard de noodzakelijke gegevens van deze aanvraag over te nemen. Het is in principe ook mogelijk de koppeling met de aanvraaggegevens te leggen in de applicatie van de huisarts/specialist.

N.B.: Indien het rapportbericht naar een derde persoon wordt gestuurd (op verzoek van de aanvrager), dan wordt aanbevolen alle gegevens te kopiëren uit het aanvraag-bericht en mee terug te sturen met het rapport.

Bij het rapportbericht radiologieonderzoek worden functioneel de volgende gegevensgroepen onderscheiden:

1. Algemene berichtgegevens (1 maal per bericht)
2. Gegevensgroep verzender, ontvanger, kopie-uitslag ontvanger(s) (1 maal per bericht)
 - 2.1 gegevens verzender (radiologie-afdeling)
 - 2.2 gegevens ontvanger (huisarts/specialist)
 - 2.3 gegevens kopie-uitslag persoon/personen (zorgverleners)
3. Gegevensgroep 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(en) + antwoord(en) (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:

- de radiologie-afdeling 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 verzender (radiologie-afdeling) worden administratieve gegevens verstaan als:

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

Voor identificatie van de radiologie-afdeling (radiologie-afdeling is in de meeste gevallen een onderdeel van een ziekenhuis) 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, waar 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. Gegevensgroep rapport (1 maal per rapport)

De resultaten van radiologiediagnostiek kunnen geschieden in vrije tekst.

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 van de 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 urgent);
- urgentie van uitvoering (routine of urgent);
- 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 worden 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/conclusie van de radioloog.
 - diagnose + datum van diagnosestelling.

Hieronder vallen medische gegevens over de patiënt zoals in het aanvraag-bericht door de aanvrager zijn vermeld én de conclusies van de radioloog, gebaseerd op de interpretatie van de resultaten van het radiologisch onderzoek.

3.4 Medisch-inhoudelijke vraagstelling(en) + antwoord(en) (meerdere malen per rapport)

Het is mogelijk om in vrije tekst meerdere medische vraagstelling(en) toe te lichten en eventueel aangevuld met datum/tijd. Deze zijn relevant voor interpretatie van resultaten van het radiologisch onderzoek. Daarop aansluitend kan de radioloog zijn resultaten toelichten.

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 radiologie-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. GEGEVENS GROEP VERZENDER , ONTVANGER, KOPIE-ONTVANGER(S)				1 maal per bericht
2.1 <u>VERZENDER (Radiologie-afdeling)</u>				1 maal per bericht
Identificatiecode	V	C	an..17	Dit is een gecodeerde (unieke) identificatie. Er kan gebruik gemaakt worden van zowel landelijke als lokaal afgesproken codelijsten om het ziekenhuis, waarin de radiologieafdeling zich bevindt, te identificeren. 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 radiologie-afdeling
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 ziekenhuis - persoon met code voor soort contact (an..3)
2.2 <u>ONTVANGER (Huisarts/specialist)</u>				1 maal per bericht

Elementnaam	V/O	Type	Formaat	Opmerkingen
Identificatiecode	V	C	an..17	Dit is een gecodeerde (unieke) identificatie. Er kan gebruik gemaakt worden van zowel landelijke als lokaal afgesproken codelijsten om de huisarts/specialist te identificeren. 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	Aanduiding contactgegevens (an..35): - afdeling, waar de arts bereikbaar is. met code voor soort contact (an..3)
2.3			<u>KOPIE UITSLAG PERSOON/PERSONEN (zorgverleners)</u>	maximaal 7 maal per bericht
Identificatiecode	V	C	an..17	Dit is een gecodeerde (unieke) identificatie. Hier wordt gebruik gemaakt van landelijke 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.			GEGEVENSGROEP 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 naar 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)

Elementnaam	V/O	Type	Formaat	Opmerkingen
Urgentie aanvraag	O	C	an..3	Bij de urgentie van de aanvraag kan worden aangegeven of de aanvraag met spoed dient te worden uitgevoerd.
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>				1 maal per rapport
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 (evt. woonwagen- of woonbootverwijzing)	O	G	an..9	Formaat conform NEN-5825
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, als de code van de verzekeraar onbekend is.
Polisnummer	O	C	an..17	Het polisnummer van de verzekerde.

Elementnaam	V/O	Type	Formaat	Opmerkingen
3.3				<u>MEDISCH INHOUDELIJKE PATIENTGEGEVENS</u> 1 maal per rapport
Diagnose aanvrager	O	G(4)	an..105	Hierin kan men de diagnosestelling van de huisarts/specialist uit het aanvraagbericht kopiëren. Hierin kan worden opgenomen: - diagnose code (an..17) - codelijst aanduiding (an..8) - diagnose in vrije tekst (an..70) - datum/tijd diagnosestelling in formaat YYMMDDHHMM (n10)
Diagnose radioloog	O	G(4)	an..105	Hierin kan men de diagnosestelling door de radioloog toevoegen. Dit bevat de conclusie gebaseerd op de resultaten van het onderzoek. Hierin kan worden opgenomen: - diagnose code (an..17) - codelijst aanduiding (an..8) - diagnose in vrije tekst (an..70) - datum/tijd diagnosestelling in formaat YYMMDDHHMM (n10)
3.4				<u>MEDISCH INHOUDELIJKE RAPPORTGEGEVENS + RESULTAATGEGEVENS</u> meerdere malen (90) per rapport
Medische vraagstellingen	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 deze zijn aangegeven door de aanvrager en die uit het aanvraagbericht kunnen worden overgenomen: - medische vraagstelling in vrije tekst (an..350) - datum/tijd in formaat YYMMDDHHMM (n10)
Medische antwoorden	O	G	an..360	De antwoorden (resultaten/conclusies van het radiologisch onderzoek) worden door de radioloog ingevuld: - medische antwoorden in vrije tekst (an..350) - datum/tijd van de conclusie in formaat YYMMDDHHMM (n10)

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 (Radiologie-afdeling)	1 maal per bericht
	Identificatiecode	(Grp1)NAD
	Naam organisatie	(Grp1)NAD
	Straat	(Grp1)ADR
	Huisnummer + toevoeging	(Grp1)ADR
	Woonplaatsnaam	(Grp1)ADR
	Postcode	(Grp1)ADR
	Afdeling/persoon	(Grp1)CTA
	Telefoon/fax/modemnummer	(Grp1)COM
	Electronic mail/X.400-adres	(Grp1)FTX
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	1 maal per rapport
	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	1 maal per rapport
	Diagnose aanvrager	(Grp10)CIN, (Grp10)DTM
	Diagnose radioloog	(Grp10)CIN, (Grp10)DTM
3.4	MEDISCH INHOUDELIJKE VRAAGSTELLING(EN) + ANTWOORDEN	meerdere malen (90) per rapport
	Medische vraagstelling	(Grp10)FTX, (Grp10)DTM
	Medische antwoorden	(Grp10)FTX, (Grp10)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 RRP	Document/message name, coded Rapportbericht Radiologie-Diagnostiek	BGM
1131	Code list qualifier	BGM, CIN, FCA, NAD, PNA
CGP	Huisartsen	
CHO	Ziekenhuizen	
CI	Insurance agencies (verzekeringsmaatschappijen)	
CMS	Medische specialisten	
IC9	WCC ICD9	
IC10	WCC ICD10	
ICP	NHG ICPC	
MF	Message Functions	
PCL	Patient codelist	
ZZ	Zie NAW-gegevens in NAD-segment (groep 1)	
1153	Reference qualifier	RFF
AGO	Sender's reference to the original message	
LHB	Lokaal patiëntenbestand huisarts(en)	
LSB	Lokaal patiëntenbestand specialist(en)	
LZB	Lokaal patiëntenbestand ziekenhuis/ziekenhuizen	
ROI	Order ID by service requester	
SRI	Report ID by service provider	
1225 2 7 9	Message function, coded Addition Duplicate Original (New laboratory service order)	BGM
2005 137 187 329 AIC CIC DTR ISO ISR	Date/time/period qualifier Message generated (document/message date/time) Authentication date/time of document Date/time of birth Date/time of clinical investigation Date/time of clinical information Date/time of clinical result(s) Issue date/time of service order Issue date/time of report	DTM
2379 102 201	Date/time/period format qualifier CCYYMMDD YYMMDDHHMM	DTM
3035 CCR PAT PO SLA	Party qualifier Intended recipient of report (Copy destination of report) Patiënt Laboratory service requester (ordering party) = de aanvrager van het radiologie-diagnostisch onderzoek Laboratory service provider = de uitvoerende partij van het radiologie-diagnostisch onderzoek	NAD, PNA
3045 NO NP	Party name format, coded Naam organisatie Naam persoon	NAD

element	omschrijving	segment(en)
3055	Code list responsible agency, coded	BGM, CIN, FCA NAD, PNA
ITN	NL, ITN (Stichting Interconnectiviteit Telematica Nederland)	
LOC	NL, Lokaal afgesproken	
LZB	Lokaal patiëntenbestand ziekenhuis/ziekenhuizen	
NHG	NL, Nederlands Huisartsen Genootschap	
SIG	NL, Informatiecentrum voor Gezondheidszorg	
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 Landcode (conform ISO-3166 alpha 2 Country code)	ADR
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	
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) (=Urgent)	
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
MA	E-mail adres	
MAW	Medische antwoord(en)	
MVS	Medische vraagstelling	
XF	X.400 address	

element	omschrijving	segment(en)
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	
6810	Clinical information qualifier	CIN
DIA	Diagnose aanvraag	
DRA	Diagnose radioloog	
7365	Processing indicator, coded	S02, S04
M	Change	
N	New	
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