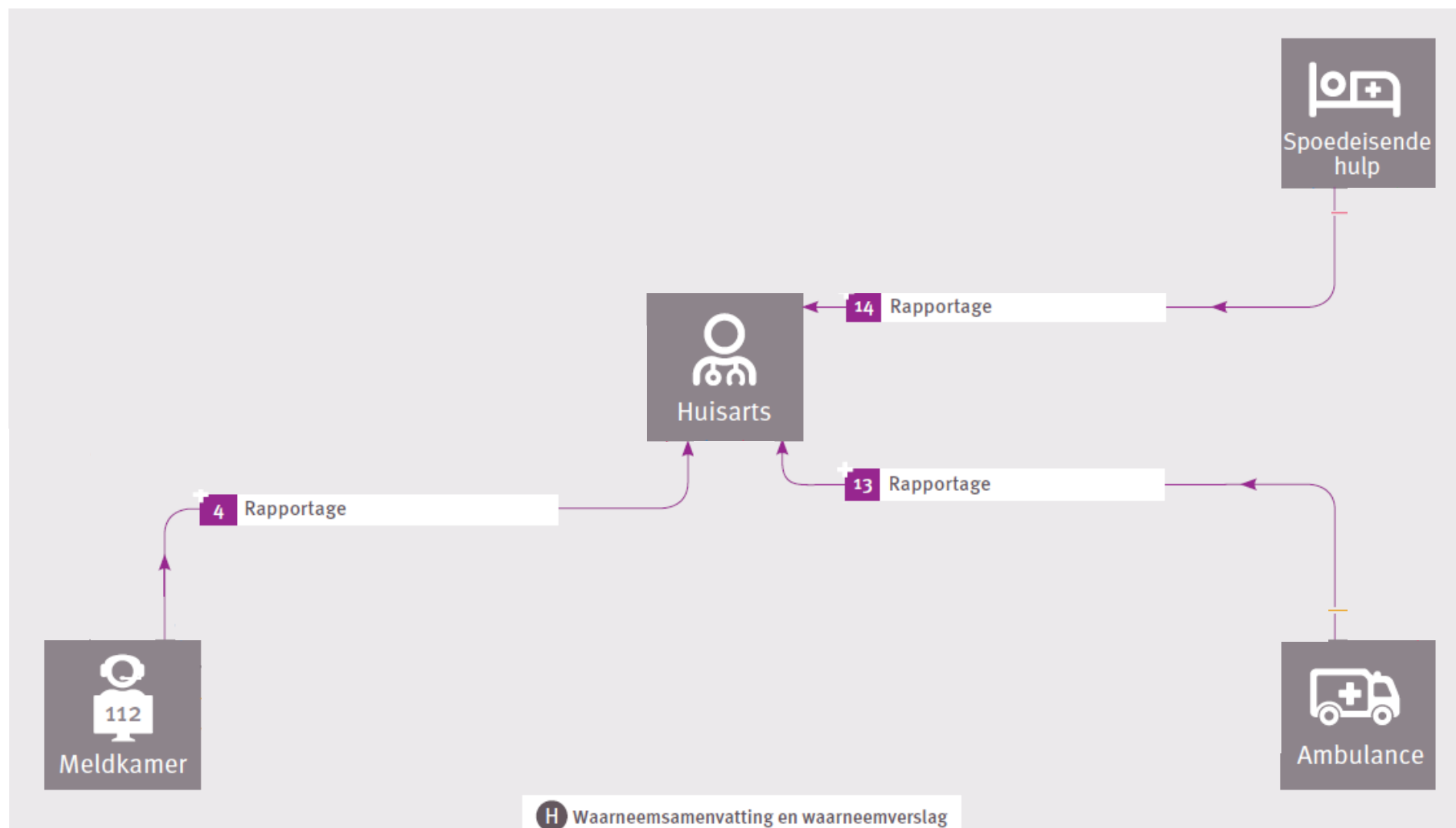




# Procesanalyse Huisartsrapportages

Bericht 4/13/14

# Gegevensuitwisseling acute zorg - huisartsrapportages



# Waarom?

In eerdere gesprekken met huisartsen is opgehaald dat er veel verschillende manieren zijn om rapportages te ontvangen en dat de huisartsrapportages vaak niet overzichtelijk zijn opgebouwd.

Deze procesanalyse geeft inzicht in de pijnpunten en de wensen ter verbetering van het huidige proces rond de gegevensuitwisseling van de SEH, ambulance en de meldkamer naar de huisarts. Deze analyse raakt ook enkele pijnpunten van de huisarts voor de verwerking van het waarneemverslag van de huisartsenpost.

De procesanalyse dient ter ondersteuning van de implementatie van de Acute Zorg Informatiestandaarden.

# Deze procesanalyse van...

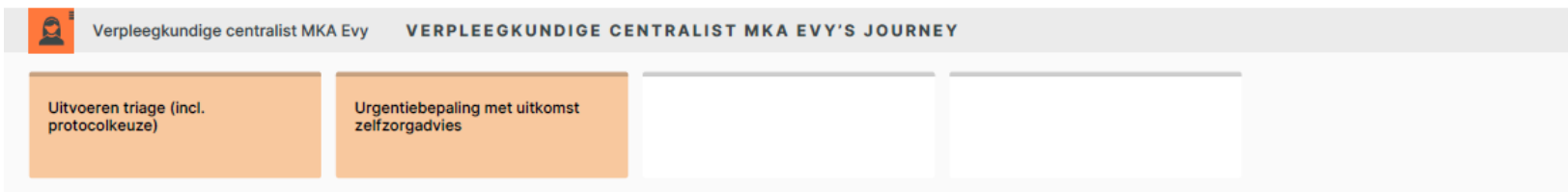
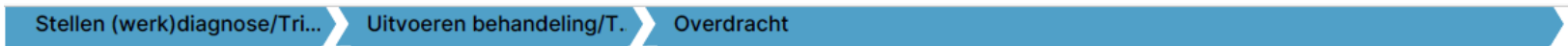
De gegevensuitwisseling acute zorg voor de huisartsrapportages bevat:

- Het huidige proces voor het versturen van de rapportage naar de huisarts afkomstig van de SEH-arts, ambulanceverpleegkundige en de meldkamer centralist. (HA waarneming)
- De pijnpunten en wensen ter verbetering van het huidige proces
- De uitgangspunten en scenario's voor het ontwerp van het gewenste proces
- Het gewenste proces voor de digitale uitwisseling van de rapportages naar de huisarts
- De gewenste gegevens voor deze digitale uitwisseling

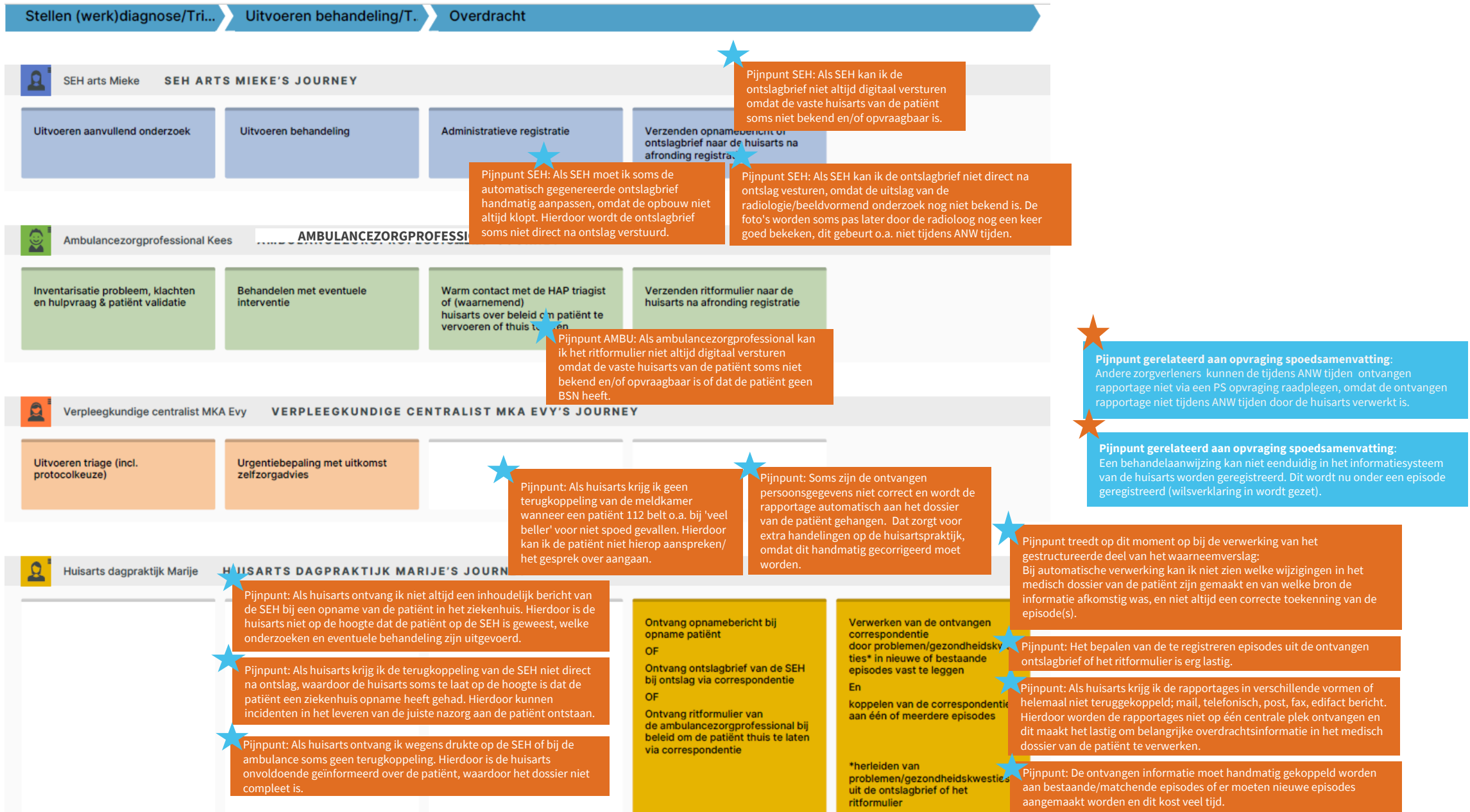
Huidige proces, pijnpunten & wensen

Huisartsrapportages SEH/AMB/MKA

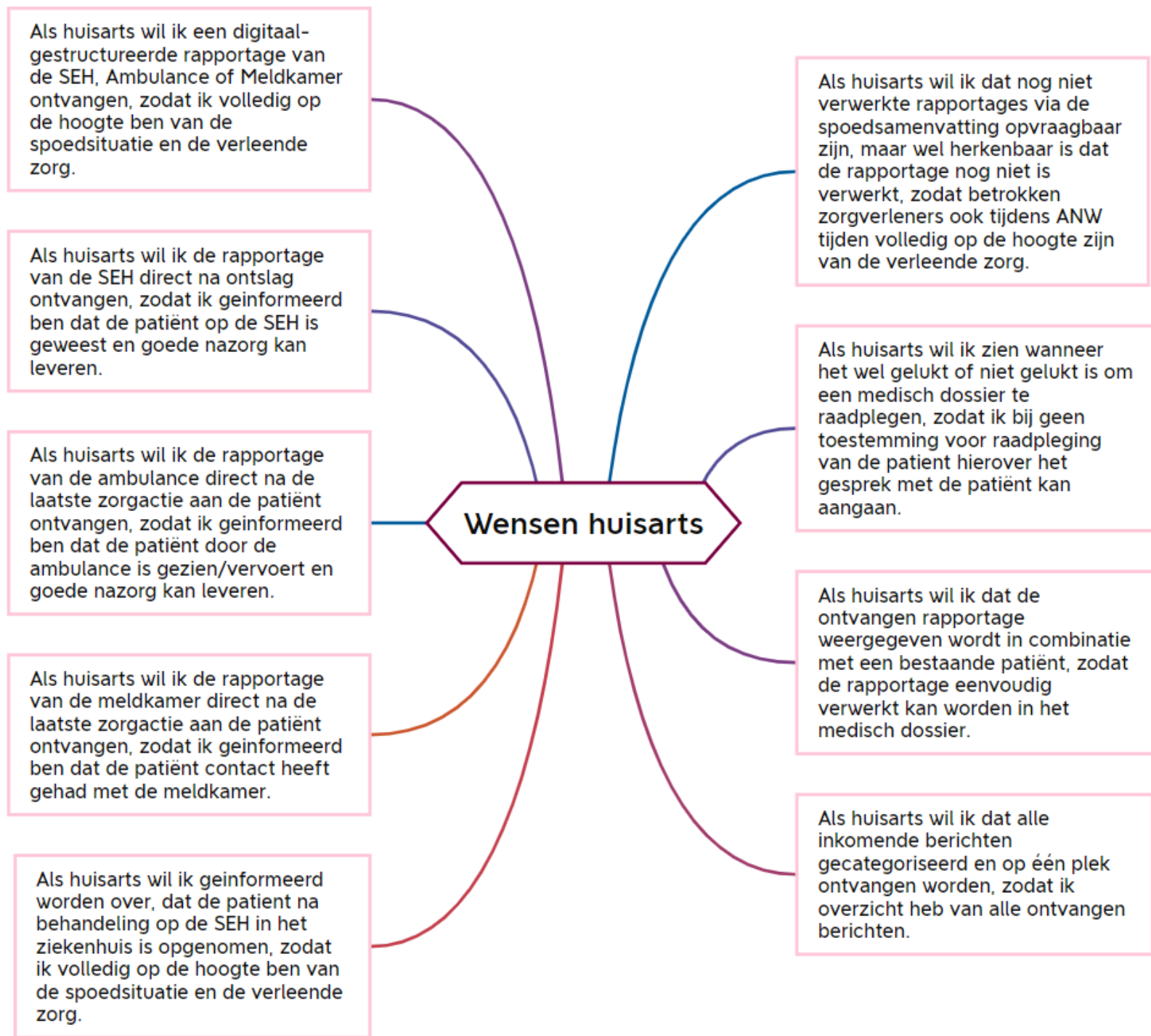
# 6 Huidige proces



# 7 Huidige proces met pijnpunten



# Wensen Huisarts



# Gewenst proces

Huisartsrapportages SEH/AMB/MKA

# Uitgangspunten gewenst huisartsenrapportage proces

In lijn met de richtlijn acute zorg

Digitale overdracht volgens de informatiestandaard

In lijn met het NHG HIS-Referentiemodel

Direct na ontslag van de patiënt op de SEH

Direct nadat de meldkamer de patiënt een advies geeft en dit de laatste zorgactie is

Aansluiten bij de zorgpraktijk



Regionaal kunnen afwijkende en/of aanvullende afspraken gemaakt worden.

Direct nadat de patiënt thuis is gelaten door de ambulance

Direct nadat de patiënt door de ambulance naar de SEH is vervoerd

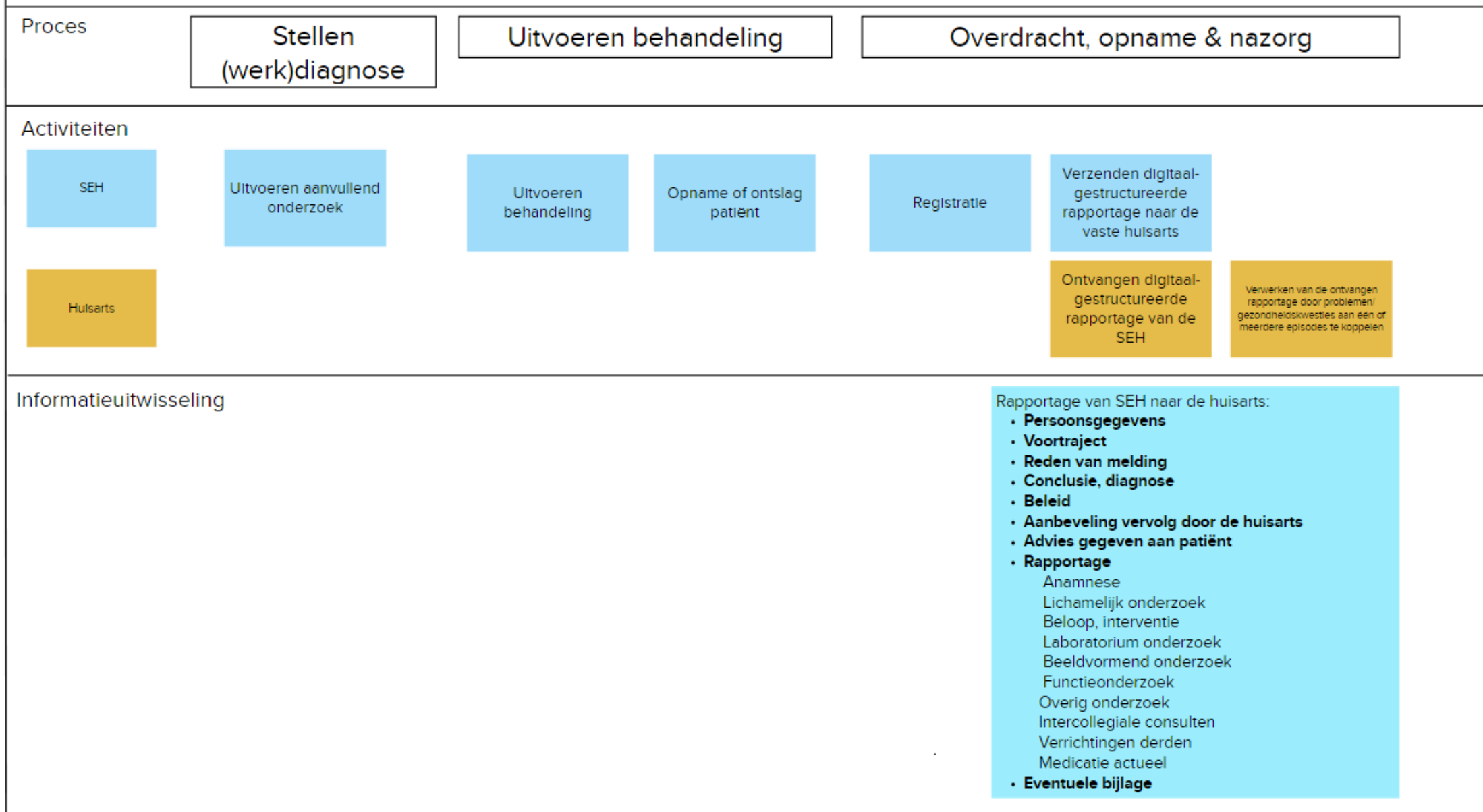
# Ingangsscenario's

Er zijn verschillende scenario's waarvoor een rapportage naar de huisarts gewenst is:

1. Direct na ontslag van de patiënt op de SEH of opname.
2. Ambulancezorgprofessional na anamnese en onderzoek zelf een interventie pleegt en de patiënt een advies geeft
  - a. en dit de laatste zorgactie is bij de patiënt met eventueel het advies om langs de huisarts of HAP te gaan.
  - b. of de patiënt naar de SEH vervoert.
3. MKA geeft een advies en dit de laatste zorgactie is bij de patiënt.

## Gewenste rapportageproces voor scenario 1:

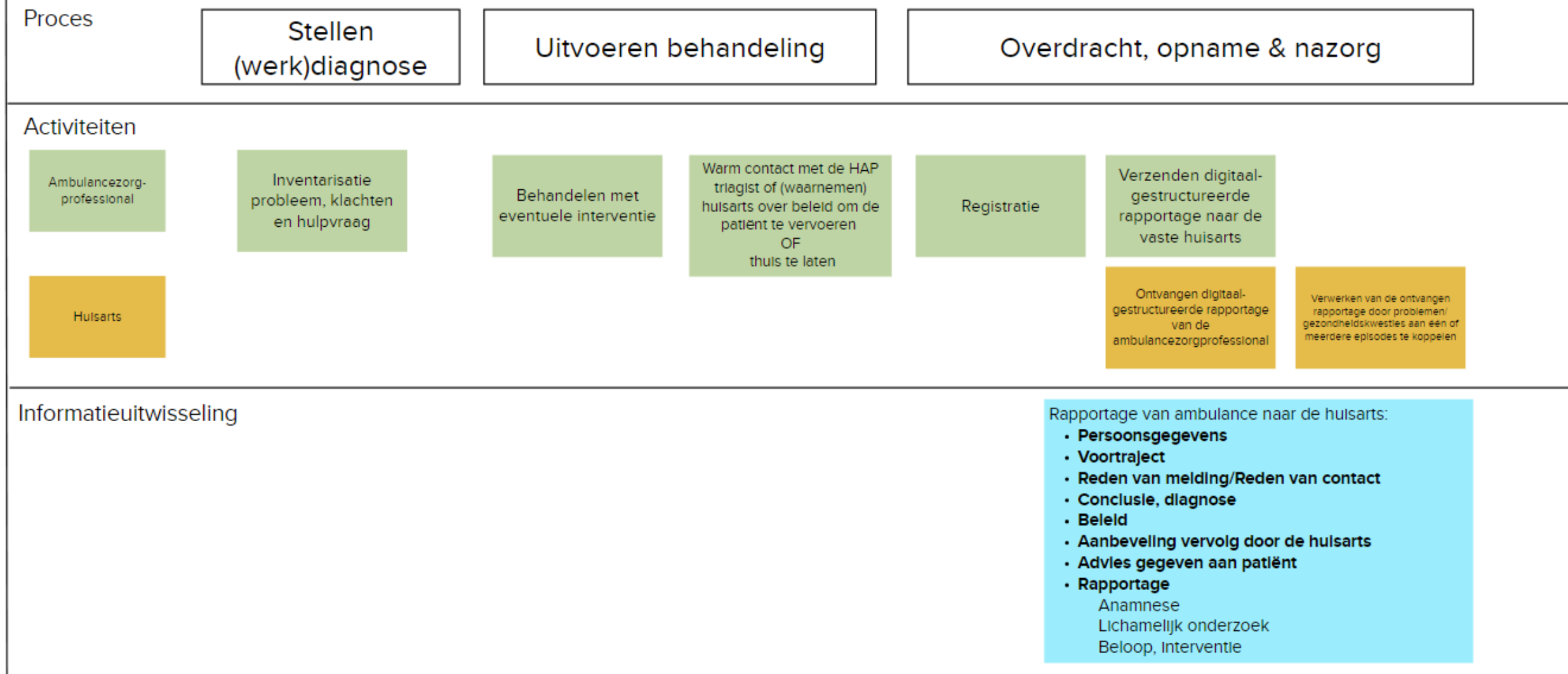
Direct na ontslag van de patiënt op de SEH of opname.



## Gewenste rapportageproces voor scenario 2:

Ambulancezorgprofessional na anamnese en onderzoek zelf een interventie pleegt en de patiënt een advies geeft

- en dit de laatste zorgactie is bij de patiënt met eventueel het advies om langs de huisarts of HAP te gaan.
- of de patiënt naar de SEH vervoert.



## Gewenste rapportageproces voor scenario 3:

De meldkamer geeft een advies en dit de laatste zorgactie is bij de patiënt.

Proces

Triage

Overdracht & nazorg

Activiteiten

Verpleegkundige-  
centralist MKA

Uitvoeren triage

Urgentiebepaig met  
uitkomst  
zelfzorgadvies

Verzenden digitaal-  
gestructureerde  
rapportage naar de  
vaste huisarts

Huisarts

Ontvangen digitaal-  
gestructureerde  
rapportage van de  
MKA

Verwerken van de ontvangen  
rapportage door problemen/  
gezondheidskwesties aan één of  
meerdere episodes te koppelen

Informatieuitwisseling

Rapportage van MKA naar de huisarts:

- **Persoonsgegevens**
- **Reden van melding/Reden van contact**
- **Conclusie, diagnose**
- **Advies gegeven aan patiënt**

# Gewenste gegevens

Huisartsrapportages SEH/AMB/MKA

# Voorbeeld bericht van de rapportage van de spoedeisend hulp – deel Rapportage - samenvatting

Hiernaast is een voorbeeld te zien van de gewenste gegevens die volgens de informatiestandaard ‘rapportage van de spoedeisende hulp- deel rapportage samenvatting’ met elkaar digitaal uitgewisseld kunnen worden. De gegevens zijn m.b.v. de MoSCoW-methode op volgorde van belangrijkheid voor het tonen van de gegevens gezet. Voor de informatie-uitwisseling moeten alle gegevens van de informatiestandaard meegestuurd worden.

Deze digitale informatie-uitwisseling ondersteund het scenario:

- De SEH verstuurt de rapportage naar de huisarts (bericht 14) direct na ontslag van de patiënt op de SEH of opname. Deze dient om de huisarts volledig op de hoogte te brengen van de spoedsituatie en de verleende zorg.

Toelichting:

- Rapportage/samenvatting – is tekst en verwerken als concept samenvatting
- Bijlage – is het volledige bericht als correspondentie
- Persoonsgegevens & adressering zitten in de envelop
- Huisartsgegevens – contactverslag wordt niet gevuld

Gegevens-element	Voorstel verwerken in het HIS	Must have (M) of Could have (C)	Voorbeeld ingevulde patiënt casus
<b>Persoonsgegevens</b>			
BSN		M	875089099
Naamgegevens		M	Geertje Nijboer
Geslacht		M	Vrouw
Geboortedatum		M	15-05-1960
Adresgegevens		M	Berk 23, 4800 XS Breda
Overige contactgegevens		C	telefoonnummer
<b>Rapportage - verwerken in een concept samenvatting</b>			
<b>Voortraject</b>	Verwerken in de samenvatting	M	Is door de ambulance naar de SEH vervoert
<b>Reden van komst SEH</b>	Verwerken in de samenvatting	M	Buikpijn
<b>Conclusie, diagnose</b>	Verwerken in de samenvatting	M	Recidief appendicitis epiploica, tweede maal
<b>Beleid</b>	Verwerken in de samenvatting	M	-Ex pectatief beleid-Uitleg over self-limiting aard van de ziekte -Contact opnemen indien koorts >38,5, progressieve pijn ondanks pijnstilling, aanhoudend N/V, onvermogen tot eten -Paracetamol 4dd 1000mg + NSAID 3dd + pantozol 1dd 20mg+ oxycodon zn 5mg max 4dd1 + movicolon zn - Poliklinische verwijzing naar de MDL gedaan, met de vraag of er op MDL gebied een verklaring is voor de recidiverende appendicitis en een analyse van het afwijkende defecatiepatroon, met het verzoek patiënte op te roepen op de poli
<b>Aanbeveling voor de follow-up</b>	Verwerken in de samenvatting	M	
<b>Afspraken met de patiënt</b>	Verwerken in de samenvatting	M	

# 17 Voorbeeld bericht van de rapportage van de spoedeisend hulp – deel Bijlage –volledig bericht als correspondentie

Bijlage - Volledige bericht als correspondentie			
BSN		M	875089099
Naam		M	Geertje Nijboer
Geslacht		M	Vrouw
Geboortedatum		M	15-05-1960
Adresgegevens		M	Berk 23, 4800 XS Breda
Geschatte leeftijd	Alleen als geboortedatum niet bekend is	C	<leeg>
Overige contactgegevens		C	telefoonnummer
Voortraject		M	Is door de ambulance naar de SEH vervoert
Reden van komst SEH		M	Buikpijn
Conclusie, diagnose		M	Recidief appendicitis epiploica, tweede maal
Beleid		M	-Ex pectatief beleid-Uitleg over self-limiting aard van de ziekte -Contact opnemen indien koorts >38,5, progressieve pijn ondanks pijnstilling, aanhoudend N/V, onvermogen tot eten -Paracetamol 4dd 1000mg + NSAID 3dd + pantozol 1dd 20mg+ oxycodon zn 5mg max 4dd1 + movicolon zn - Poliklinische verwijzing naar de MDL gedaan, met de vraag of er op MDL gebied een verklaring is voor de recidiverende appendicitis en een analyse van het afwijkende defecatiepatroon, met het verzoek patiënte op te roepen op de poli
Aanbeveling voor de follow-up		M	
Afspraken met de patiënt		M	
Anamnese		M	Gisteravond plots buikpijn rechtsonder. Gevoel van een continue miltsteek, maar dan lager in de buik. Herkent dit van juli dit jaar, toen exact dezelfde klachten. Bleek toen appendicitis epiploica, wat na ongeveer 5 dagen geheel over gegaan is. N/V-. Vervoerspijn+. Bewegingsdrang-. Flankpijn-. Def: al een jaar lang brijig, nu niet anders. Vanmorgen nog gehad. Geen bloed/slijm bij. Mictie: onveranderd, klachtenvrij. Menses: heeft prikpijl, daarbij geen menstruaties meer. Geen abnormale fluor.
Lichamelijk onderzoek		M	Abd: littekens na sectio en laparoscopie. Normale peristaltiek. WT, geen percussiepijn. Druk- en loslaatpijn linkszonder met lokaal defensie. Contralateraal geen druk- of loslaatpijn. Psoasteken positief links. Schudpijn+. Lever en milt niet palpabel. Bloeddruk (NIBD): 103/69 Hartslag: 80 Ademhaling: 12 Temperatuur: 37,3 Saturatie: 97 VNRS: 7
Laboratorium onderzoek		M	Lab: Hemoglobine 8.7 mmol/l; Hematocriet 0.43 l/l; Erytrocyten 4.76 10 <sup>12</sup> /l; MCV 90 fl; RDW 13.2 %; Trombocyten 442 10 <sup>9</sup> /l; Leukocyten 12.0 10 <sup>9</sup> /l; Neutrofielen 7.6 10 <sup>9</sup> /l; Lymfocyten 3.3 10 <sup>9</sup> /l; Monocyten 0.9 10 <sup>9</sup> /l; Eosinofielen 0.2 10 <sup>9</sup> /l; Basofielen 0.2 10 <sup>9</sup> /l; Irr. antist. neg ; Kruisbloed Verz. ; Natrium 137 mmol/l; Kalium 4.2 mmol/l; Calcium 2.40 mmol/l; Gecorrigeerd Calcium 2.30 mmol/l; Ureum 2.3 mmol/l; Kreatinine 60 umol/l; estimated GFR (CKD-EPI) 115 ml/mn/1.73m2; ASAT 16 U/l; ALAT 9 U/l; LD 176 U/l; AF 90 U/l; GammaGT 14 U/l; Amylase 53 U/l; Bilirubine totaal 6 umol/l; Eiwit totaal 73 g/l; Albumine 44 g/l; CRP 1.6 mg/l; Glucose 4.7 mmol/l.  Urine: RBC <5 ul WBC <5 ul Bact <5 ul Gisten <1.0 ul  Zwangerschapstest neg

Beeldvormend onderzoek		M	
Functieonderzoek		M	
Medicatie actueel		M	
Overig onderzoek		C	CT-abdomen: Geen vrij lucht. Geen vrij vocht. Enige stranding/induratie in het vetweefsel met focaal ringvormig aspect in de onderbuik links. Beeld wederom suspect voor appendicitis epiploica, thans lateraal van het colon descendens ter hoogte van de overgang naar het sigmoid. Geen colon of sigmoid divertikels. Geen evidente darmwandverdikking. Appendix sana. Aan de tractus digestivus geen verdere bijzonderheden. De lever is homogeen met gladde contour. Aan de milt, het pancreas, de bijnieren en nieren geen evidente pathologie. Slanke abdominale aorta. Geen lymfadenopathie. De urineblaas is nagenoeg leeg. Aan de genitalia interna geen evidente pathologie. Normale contrastvulling van de vena porta en VMS. Ook arterieel geen bijzonderheden herkenbaar. Normaal aspect van de basale thorax. Ossaal geen significante bevindingen. Conclusie: Beeld wederom passend bij appendicitis epiploica.
Intercollegiale consulten		C	
Verrichtingen derden		C	
Overige bijlage		C	
Voor de header/envelop/adressering			
Datum en tijd		C	
Gegevens auteur		C	
Gegevens geadresseerde	Zorgverleneridentificatienummer (UZI/AGB)	C	
	Identificatie Naam	C	

# Voorbeeld bericht van de rapportage van de ambulance – deel Rapportage – samenvatting

Hiernaast is een voorbeeld te zien van de gewenste gegevens die volgens de informatiestandaard ‘rapportage van de ambulance-deel rapportage samenvatting’ met elkaar digitaal uitgewisseld kunnen worden. De gegevens zijn m.b.v. de MoSCoW-methode op volgorde van belangrijkheid voor het tonen van de gegevens gezet. Voor de informatie-uitwisseling moeten alle gegevens van de informatiestandaard meegestuurd worden.

Deze digitale informatie-uitwisseling ondersteunt het scenario:

- De ambulance verstuurt de rapportage naar de huisarts (bericht 13) wanneer de ambulancezorgprofessional na anamnese en onderzoek zelf een interventie pleegt en de patiënt een advies geeft, en dit de laatste zorgactie is bij de patiënt of de patiënt naar de SEH vervoert. Hiermee wordt de huisarts volledig op de hoogte gebracht van de spoedsituatie en de verleende zorg.

Toelichting:

- Rapportage/ samenvatting – is tekst en verwerken als concept samenvatting
- Bijlage – is het volledige bericht als correspondentie
- Persoonsgegevens & adressering zitten in de envelop
- Huisartsgegevens – contactverslag wordt niet gevuld

Gegevens-element HA rapportage bericht	Vorstel verwerken in het HIS	Gegevens-element AMB-SEH bericht	Must have (M) of Could have (C)	Voorbeeld ingevulde patiënt casus
<b>Persoonsgegevens</b>				
BSN		Persoonsidentificatie (BSN)	M	875089099
Naamgegevens		Initialen Achternaam	M	G. Nijboer
Geslacht		Geslacht	M	Vrouw
Geboortedatum		Geboortedatum	M	15-05-1960
Adresgegevens	Alleen het woonadres van de patiënt is relevant voor de huisarts, ophaallocatie is niet relevant. Het adres dat gekoppeld is aan de persoonsgegevens/gegevens slachtoffer en niet aan de melding.	Straat Huisnummer Huisletter Huisnummertoevoeging Postcode Locatiebeschrijving Woonplaats Land	M	Berk 23, 4800 XS Breda
Overige contactgegevens		Telefoonnummer(s)	C	telefoonnummer
<b>Rapportage - verwerken in een concept samenvatting</b>				
<b>Reden van melding</b>	Verwerken in de samenvatting	Medisch kladblok meldkamer	M	Bovenbuikspijn, melena, na gebruik medicatie CABG 2000 NHL 2016 TUR prostaat 2015 (VG)
		Datum/tijd incident	C	
		Datum/tijd melding	C	
<b>Conclusie, diagnose</b>	Verwerken in de samenvatting	Toestandsbeeld code Toelichting Toestandsbeeld Tijdstip overlijden patiënt	M	
<b>Behandeling/Handelingen</b>	Verwerken in de samenvatting	<i>Behandeling</i> <i>Luchtweg management (therapeutisch)</i> Handelingen luchtweg management <i>Oxygenatie en ventilatie (therapeutisch)</i> Hoeveelheid zuurstof <i>Circulatie (therapeutisch)</i> Handelingen circulatie Cardioversies aantal Defibrillaties aantal AED-schokken aantal <i>Traumatologie (therapeutisch)</i> Handelingen traumatologie <i>Medicatie</i> Medicatie toegediend? Medicatiennaam Extra informatie behandeling	M	Medicatie toegediend? Ja Medicatiennaam Conditioneel: Ventolin Toegediende hoeveelheid medicatie Conditioneel: 2 mg Tijd medicatietoediening Conditioneel: 202311051113 Medicatie toedieningsvorm Conditioneel: toedienen van medicatie met vernevelingsmasker
<b>Aanbeveling voor de follow-up</b>	Verwerken in de samenvatting	Toelichting algemeen (Recommendation)	M	
<b>Afspraken met de patiënt</b>	Verwerken in de samenvatting	Huisarts ingelicht (J/N) Afspraken met patiënt	M	

# Voorbeeld bericht van de rapportage van de ambulance – deel Bijlage – volledig bericht als correspondentie

Gegevensbestand HA rapportage bericht	Voorstel verwerken in het HIS	Gegevensbestand AMB-SEH bericht	Must have (M) of Could have (C)	Voorbeeld ingevulde patiënt casus
<b>Bijlage - Volledige bericht als correspondentie</b>				
BSN		Persoonsidentificatie (BSN)	M	875089099
Naamgegevens		Initialen Achternaam	M	G. Nijboer
Geslacht		Geslacht	M	Vrouw
Geboortedatum		Geboortedatum	M	15-05-1960
Adresgegevens	Alleen het woonadres van de patiënt is relevant voor de huisarts, ophaallocatie is niet relevant. Het adres dat gekoppeld is aan de persoonsgegevens/gegevens slachtoffer en niet aan de melding.	Straat Huisnummer Huisletter Huisnummertoevoeging Postcode Localiteitsbeschrijving Woonplaats Land	M	Berk 23, 4800 VS Breda
Overige contactgegevens		Telefoonnummer(s)	C	telefoonnummer
Reden van melding		Medisch kladblok meldkamer Datum/tijd incident Datum/tijd melding	M C C	Bovenbuikpijn, melaena, na gebruik medicatie CABG 2000 NHL 2016 TUR prostaat 2015 (VG)
Conclusie, diagnose		Toestandscade code Toelichting Toestandscade Tijdstip overlijden patiënt	M	
Behandelingen/Handelingen		<i>Behandeling</i> Luchtweg management (therapeutisch) Handelingen luchtweg management Oxygenatie en ventilatie (therapeutisch) Hoeveelheid zuurstof Circulatie (therapeutisch) Handelingen circulatie Cardioversies aantal Defibrillaties aantal AED-schokken aantal Traumatologie (therapeutisch) Handelingen traumatologie Medicatie Medicatie toegediend? Medicatie naam Extra informatie behandeling	M	Medicatie toegediend? ja Medicatie naam Conditioneel: Ventolin Toegediende hoeveelheid medicatie Conditioneel: 2 mg Tijd medicatietoediening Conditioneel: 202311051113 Medicatie toedieningsvorm Conditioneel: toedienen van medicatie met vernevelingsmasker
Aanbeveling voor de follow-up		Toelichting algemeen (Recommendation)	M	
Afspraken met de patiënt		Huisarts ingelicht (J/N) Afspraken met patiënt	M	
Behandelgrenzen		Niet-reanimeren verklaring aanwezig? (J/N)	M	
Haalgegevens		Haalgegevens Patiënt vervoerd? Reden geen vervoer Ambulance-urgentie	M	
Ritgegevens		Ritgegevens Ambulancevoorziening (Regio ID) Ritnummer Ambulancenummer Telefoon ambulance Ambulanceverpleegkundige identificatie	C	
Aanvullende informatie over behandelingen/handelingen		<i>Behandeling</i> Ademhaling en beademing (diagnostisch) Handelingen ademhaling en beademing  <i>Overige diagnostische handelingen</i> Handelingen overige diagnostisch Luchtweg management (therapeutisch) Moeizame intubatie? Oxygenatie en ventilatie (therapeutisch) Handelingen oxygenatie en ventilatie Beademing machine Fi O2 Beademing machine AMV Beademing machine Freq Beademing machine PEEP Circulatie (therapeutisch) Cardioversie maximale energie Defibrillatie energie Return Of Spontaneous Circulation (ROSC) AED aangesloten voor aankomst Traumatologie (therapeutisch) Koelen tijdsduur Obstetrie (therapeutisch) Handelingen obstetrie Wijze van isolatie Handelingen isolatie Medicatie Toegediende hoeveelheid medicatie	M	

Aanvullende informatie over behandelingen/handelingen		Tijd medicatietoediening Medicatie toedieningsvorm IV medicatienelheid Infuus Infusen aantal Infuusvloestofcode Infuusvloestoftekst Infuushoeveelheid  <i>Secondary Survey</i> Anamnese Ample Code Omschrijving Toelichting anamnese <i>Infectierisico</i> Verdenking infectieziekten? Toelichting infectierisico		
Anamnese		<i>Secondary Survey</i> Anamnese Ample Code Omschrijving Toelichting anamnese <i>Infectierisico</i> Verdenking infectieziekten? Toelichting infectierisico	M	Anamnese/Secondary Survey: laatste tijd bij inspanning AP klachten, kreeg van de huisarts isordil sinds gisteren, nu vannacht sinds 3 uur zeurend, beklemmend gevoel sternaal, hr heeft 2 isordil en genomen vannacht daarna nog wel geslapen, om 8 uur op, om 9 uur weer isordil genomen zonder resultaat: sinds 9:45 uur neemt de pijn af wanneer hr ligt neemt de pijn toe, bij rechtop zitten neemt de pijn af Presentatie cardioloog ivm instabiele ap klachten.
Lichamelijk onderzoek	Alleen de eerste en de laatste meeting per soort meting tonen (niet aan de versturende kant beperken, dat is functionaliteit aan de ontvangende kant) -> Meetwaarden komen allemaal in bijlage pdf-stuk. De wens voor eerste en laatste meting is voor deze release niet voor gekozen. De meetwaarden komen aan het einde van pdfbijlage.	<i>Primary Survey</i> Airway Airway? Stridor <i>Breathing</i> Breathing sufficient? Breathing? observaties Circulation Circulation sufficient? Capillaire refill > 2 seconde? Huid observatie Disability AVPU Duur buiten bewustzijn Bewustzijn en neurologische status (diagnostisch) Handelingen bewustzijn en neurologische status Pupil FAST symptomen aanwezig? Mogelijk trombose/trombectomie? Intoxicatie Toelichting Primary Survey  <i>Secondary Survey</i> Hoofd en gelaat Hoofd en gelaat observaties Bloedverlies Liquorverlies Pijnlocatie Wond Nek, Hals, CWK Nek, Hals, CWK observaties Wond Thorax Thorax observaties Pijn bij compressie Wond Rug Rug observaties Wond Aldomen Abdomen observaties Locatie druk- / loslaatpijn Wond Bekken Bekken observaties Wond <i>Extremiteten Armen</i> Observaties Lateraaliteit Wond <i>Extremiteten Beenen</i> Observaties Lateraaliteit Wond Uitscheiding observaties Braken Incontinent Verloskundige / Gynaecologie observaties Vruchtwaterverlies Weenen	M	Lichamelijk onderzoek: Primary Survey Airway: -Luchtwegobstructie Stridor: - inspiratoire stridor (situatie) - Afwijking van ademhaling (bevinding) Breathing observaties: -Afwezig ademgeruis (bevinding) Lateraaliteit Bilateraal Circulation sufficient? Afwijkende cardiovasculaire functie (bevinding) Capillaire refill > 2 seconden? ja Huid observatie -Bleekheid van lichaam (bevinding) AVPU: -Geeft geen antwoord (bevinding) Duur buiten bewustzijn: -20 minuten Pupil: midriase (bevinding) FAST symptomen aanwezig? Nee Intoxicatie -Intoxicatie door alcohol (aandoening) Toelichting Primary Survey: -Geen nieuwe bevindingen Hoofd en gelaat: Hoofd en gelaat observaties: -verwonding Bloedverlies: - bloeding uit mond Nek, Hals, CWK: Nek, Hals, CWK observaties: hematoom Wond: snijswond) Thorax: Thorax observaties: - subcutaan emfysem Pijn bij compressie: - thoracale pijn bij compressie tijdens lichamelijk onderzoek
Meetwaarden		<i>Meetwaarden</i> Bloedsuiker Bloedsuiker waarde BloedsuikerDatumTijd Hartritme Hartritme observatie HartritmeDatumTijd Toelichting hartritme/ECG O2Saturatie (oxygenatie, saturatie, SpO2)	M	Meetwaarden Bloedsuiker waarde: 8 BloedsuikerDatumTijd: 202312051113 Hartritme observatie: ventrikelfibrilleren HartritmeDatumTijd: 202312051113

Meetwaarden		SpO2Waarde O2SaturatieDatumTijd Capnometrie CO2Waarde CO2CapnometrieDatumTijd Hartfrequentie HartfrequentieDatumTijd Bloeddruk SystolischeBloeddruk DiastolischeBloeddruk BloeddrukDatumTijd Lichaamstemperatuur TemperatuurWaarde TemperatuurDatumTijd Ademhaling Ademfrequentie AdemhalingDatumTijd GlasgowComaScale GlasgowComaScaleDatumTijd GCS_Eyes GCS_Motor GCS_Verbal TotaalScore Revised Trauma Score RevisedTraumaScoreWaarde RevisedTraumaScoreTijd Pediatric Trauma Score PediatricTraumaScoreWaarde PediatricTraumaScoreTijd Pijschaal PijschaalWaarde PijschaalTijd APGAR-1 APGAR-5		Hartritme observatie: asystolie HartritmeDatumTijd: 202312051113 Toelichting hartritme/ECG: "Veel ruis op ECG" SpO2Waarde: 80 O2SaturatieDatumTijd: 202312051113 SpO2Waarde: 90 O2SaturatieDatumTijd: 202312051113 CO2Waarde: 40 CO2CapnometrieDatumTijd: 202312051113 CO2Waarde: 30 CO2CapnometrieDatumTijd: 202312051113 HartfrequentieWaarde : 80 HartfrequentieDatumTijd: 202312051113 HartfrequentieWaarde : 100 HartfrequentieDatumTijd: 202312051113 SystolischeBloeddruk : 120 DiastolischeBloeddruk: 80 BloeddrukDatumTijd: 202312051113 SystolischeBloeddruk : 100 DiastolischeBloeddruk: 60 BloeddrukDatumTijd: 202312051113 TemperatuurWaarde: 35 TemperatuurDatumTijd: 202312051113 Ademfrequentie: 12 AdemhalingDatumTijd: 202312051113 GlasgowComaScaleDatumTijd: 202312051113 GCS_Eyes No response GCS_Motor: No response GCS_Verbal: Incomprehensible sounds TotaalScore: 4 GlasgowComaScaleDatumTijd: 202312051113
Laboratorium onderzoek			M	
Beeldvormend onderzoek			M	Echo
Functioneel onderzoek			M	Op ECG in de onderwand iets depressie.
Overig onderzoek			C	
Intercollegiale consulten		Consultgever op afstand Initialen Achternaam Telefoonnummer Type consultgever Toelichting/Afspraken met consultgever	C	
Overige bijlage		Bijlagen Type Bijlage Bijlage id Versie Bijlageset id	C	
<b>Voor de header/envelop/adressering</b>				
Datum en tijd			C	
Gegevens auteur			C	
Gegevens geadresseerde		Zorgverleneridentificatienummer (UZJ/AGB) Naam identificatie Naam	C	

# Voorbeeld bericht van de rapportage van de meldkamer

Hiernaast is een voorbeeld te zien van de gewenste gegevens die volgens de informatiestandaard 'rapportage van de meldkamer' met elkaar digitaal uitgewisseld kunnen worden. De gegevens zijn m.b.v. de MoSCoW-methode op volgorde van belangrijkheid voor het tonen van de gegevens gezet. Voor de informatie-uitwisseling moeten alle gegevens van de informatiestandaard meegestuurd worden.

Deze digitale informatie-uitwisseling ondersteunt het scenario:

- De MKA verstuurt de rapportage naar de huisarts (bericht 4) wanneer de verpleegkundig centralist op de MKA de patiënt een advies geeft en dit de laatste zorgactie is bij de patiënt. Doel is de huisarts volledig op de hoogte te brengen van de spoedsituatie, de urgentiebepaling en de verleende zorg.

Toelichting:

- Rapportage/ samenvatting – is tekst en verwerken als concept samenvatting
- Bijlage – is het volledige bericht als correspondentie
- Persoonsgegevens & adressering zitten in de envelop
- Huisartsgegevens – contactverslag wordt niet gevuld

Dit bericht is belangrijk om als huisarts te ontvangen, zodat de huisarts met de patiënt in gesprek kan gaan en om de patiënt bewust te maken om alleen met spoed 112 te bellen (Veel bellers/onnodige 112 belletjes te verminderen).

Gegevens-element	Voorstel verwerken in het HIS	Must have (M) of Could have (C)	Voorbeeld ingevulde patiënt casus
<b>Persoonsgegevens</b>			
BSN			875089099
Naamgegevens		M	Geertje Nijboer
Geslacht		M	Vrouw
Geboortedatum		M	15-05-1960
Adresgegevens		C	Berk 23, 4800 XS Breda
Overige contactgegevens		C	telefoonnummer
<b>Rapportage - verwerken in een concept samenvatting</b>			
Reden van melding	Verwerken in de samenvatting	M	Patiënt heeft last van heftige hoofdpijn
Conclusie, diagnose	Verwerken in de samenvatting	M	
Advies gegeven aan patiënt	Verwerken in de samenvatting	M	Innemen paracetamol en de volgende dag langs de huisarts te gaan
<b>Bijlage - Volledige bericht als correspondentie</b>			
BSN			875089099
Naamgegevens		M	Geertje Nijboer
Geslacht		M	Vrouw
Geboortedatum		M	15-05-1960
Adresgegevens		C	Berk 23, 4800 XS Breda
Overige contactgegevens		C	telefoonnummer
Reden van melding		M	Patiënt heeft last van heftige hoofdpijn
Conclusie, diagnose		M	
Advies gegeven aan patiënt		M	Innemen paracetamol en de volgende dag langs de huisarts te gaan
<b>Voor de header/envelop/adressering</b>			
Datum en tijd		C	
Gegevens auteur		C	
Gegevens geadresseerde	Zorgverleneridentificatienummer (UZI/AGB)	C	
	Naam		
	Identificatie Naam	C	

## Voorstel verwerking in het HIS

- Verwerk de gegevens van het rapportage deel als concept samenvatting, zie hiervoor het HIS referentiemodel [Thema Postverwerking | HIS-Referentiemodel \(nhg.org\)](#)
  - gegevens: 'Voortraject', 'Reden van komst SEH', 'Reden van melding', 'Conclusie, diagnose', 'Beleid', 'Aanbeveling vervolg door de huisarts' en 'Advies gegeven aan de patiënt'
  - verwerking in een concept samenvatting.
  - koppelen aan één of meerdere episodes.
  - samenvatting hoort bij een correspondentie en kan aan één of meerdere episodes gehangen worden.
  - accorderen of indien van toepassing wijzigen door huisarts.
- Het originele bericht afkomstig van de externe auteur moet nog volledig terug te vinden zijn
  - hele bericht opslaan als correspondentie.
  - correspondentie kan aan meerdere episodes gehangen worden.
  - de huisarts kan de correspondentie niet wijzigen.