
**USER REQUIREMENTS SPECIFICATION
MEDICATIEOVERZICHT 2.0**

Inhoudsopgave

DOCUMENTBEHEER	3
1. INLEIDING	4
1.1. AANLEIDING MEDICATIEOVERZICHT 2.0	4
1.2. ACHTERGROND MEDICATIEOVERZICHT	4
1.3. MINIMALE EISEN CONFORM RICHTLIJN MEDICATIEOVERDRACHT	5
1.4. BELANGRIJKSTE VERNIEUWINGEN IN HET MEDICATIEOVERZICHT 2.0	6
2. AANPAK TOTSTANDKOMING VAN URS	7
2.1. DOEL	7
2.2. UITGANGSPUNTEN	8
2.3. SCOPE	8
2.4. RANDVOORWAARDEN	8
3. REQUIREMENTS MEDICATIEOVERZICHT 2.0	9
3.1. EISEN TEN AANZIEN VAN BASALE PATIËNTGEGEVENS	10
3.2. EISEN TEN AANZIEN VAN ICA	12
3.3. EISEN TEN AANZIEN VAN HUIDIGE MEDICATIE	14
3.4. EISEN TEN AANZIEN VAN RECENT BEËINDIGDE MEDICATIE	20
3.5. EISEN TEN AANZIEN LAB	22
3.6. ALGEMENE EISEN TEN AANZIEN VAN MEDICATIEOVERZICHT	23
3.7. EISEN TEN AANZIEN VAN LAY-OUT MEDICATIEOVERZICHT	24
BIJLAGE 1: TOTSTANDKOMING	25
BIJLAGE 2: FORMAT MEDICATIEOVERZICHT 2.0 IN RELATIE TOT REQUIREMENTS	27
BIJLAGE 3: FORMAT MEDICATIEOVERZICHT 2.0	28

Documentbeheer

Versie	Datum	Omschrijving	Auteur
0.1	21-11-2012	Opstellen eerste concept versie n.a.v. klankbordbijeenkomsten “MO bij ontslag” (25-10-2012) en “MO 2.0” (16-11-2012)	Annemien Pullen
0.2	04-12-2012	Aanpassing V0.1 n.a.v. review door de projectgroep: Susanne Hommelberg (ORIA), Gert Koelewijn (NICTIZ), Bob de Dood (KNMP) en Annemarie Haverkamp (KNMP)	Annemien Pullen
0.3	12-12-2012	Aanpassing V0.2 n.a.v. review André Blom en Susanne Hommelberg (ORIA) en opmerkingen Richard Westerhof (NHG)	Annemien Pullen
0.4	16-01-2013	Aanpassing V0.3 n.a.v. reviews klankbordgroep MO2.0, klankbordgroep MO bij ontslag, betrokken leveranciers en betrokken koepels (zie bijlage 1)	André Blom, Annemien Pullen
0.5	17-01-2013	Aanpassing V0.4 n.a.v. review André Blom en Annemarie Haverkamp	Annemien Pullen
0.6	17-01-2013	Aanpassing V0.5 n.a.v. review Richard Westerhof	Annemien Pullen
0.7	30-01-2013	Aanpassing V0.6 naar aanleiding van de slotbijeenkomst “medicatieoverzicht 2.0” op 23 januari 2013	Annemien Pullen
0.8	26-02-2013	Aanpassing V0.7 naar aanleiding van laatste review alle betrokkenen → Definitieve versie	Annemien Pullen

1. Inleiding

Het medicatieoverzicht is de registratie per patiënt van alle geneesmiddelen (al dan niet op recept) en relevante gegevens over het gebruik daarvan in een periode van tenminste drie maanden voorafgaand aan het moment van aanmaak en gebruik van dat medicatieoverzicht of zolang als nodig is voor verantwoorde zorg

Bron: Richtlijn Medicatieoverdracht 25 april 2008 door ActiZ, FNT, GGZ Nederland, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, NFU, NHG, Nictiz, NMT, NPCF, NVZA, Orde, Verenso, VGN, V&VN, VWS, ZN.

1.1. Aanleiding Medicatieoverzicht 2.0

Het Medicatieoverzicht is vanaf mei 2011 gefaseerd geïmplementeerd in alle openbare apotheek informatiesystemen (AIS-en) en gedeeltelijk in ziekenhuis (apothek) systemen (ZAIS-en). Het gebruik ervan werd op diverse manieren gemonitord onder meer in een praktijktest in de regio Haaglanden. Bij de evaluatie van het gebruik door de stuurgroep Medicatieoverdracht in de keten op 2 februari 2012 werd over het Medicatieoverzicht vastgesteld dat:

- het huidige format voldoende werkbaar is voor overdracht van gegevens bij ziekenhuisopname
- onderzoek nodig is naar de bruikbaarheid van het format bij ontslag uit het ziekenhuis
- de werkbaarheid en implementatiegraad van het format in andere overdrachtssituaties nog onbekend is
- door het ontbreken van uniforme definities over gebruikperiode van medicatie (chronische, tijdelijk, potentieel) de registratie ervan per systeem verschilt en daarmee ook het Medicatieoverzicht
- een aantal begrippen uit het overzicht aanscherping behoeft voor eenduidige implementatie en interpretatie
- er enkele verschillen bestaan in de wijze waarop softwareleveranciers het Medicatieoverzicht in hun systemen hebben geïmplementeerd
- het huidige format zelf nog aanpassingen behoeft om werkbaarheid en leesbaarheid te optimaliseren. Bij het realiseren van het format is bewust gekozen voor een groeimodel waarbij op basis van gebruikservaring het format verder ontwikkeld wordt
- het huidige format niet ontwikkeld en geschikt is voor de patiënt maar wel in een behoefte voorziet

Naar aanleiding van bovenstaande conclusies is een project geïnitieerd om tot een aangepaste versie van het huidige Medicatieoverzicht (versie 1.0) te komen. De nieuwe versie moet eenduidige gegevens bevatten, geen aanleiding geven tot interpretatieverschillen tijdens het gebruik en een solide basis vormen voor implementatie in de informatiesystemen van zorgverleners. Dit document bevat de specificaties voor het Medicatieoverzicht 2.0. In afwachting van de implementatie daarvan kan de huidige versie (1.0) gewoon gebruikt worden.

1.2. Achtergrond Medicatieoverzicht

In april 2008 is een definitieve Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens opgesteld door: ActiZ, GGZ Nederland, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS en ZN. De IGZ en VWS zijn de initiatiefnemers en aanjagers van de richtlijn. Later hebben de FNT, NMT en de VGN zich ook aangesloten. Met ingang van 1 januari 2011 is de richtlijn medicatieoverdracht van kracht.

De belangrijkste duiding van de richtlijn is:

Bij elk contact met een voorschrijver is er altijd een actueel medicatieoverzicht beschikbaar waarop het medisch handelen wordt gebaseerd.

Deze zin betekent dat op elk moment dat een zorgverlener een patiënt ziet, hij de beschikking moet hebben over een actueel medicatieoverzicht. Aan de (ziekenhuis)apotheker is de taak toebedeeld om processen zodanig in te richten dat aan bovenstaande regeling voldaan kan worden.

Op 28 april 2011 werd een landelijk format opgeleverd voor een Medicatieoverzicht ten behoeve van een uniforme uitwisseling van medicatiegegevens. De specificaties van dit format (Medicatieoverzicht versie 1.0) zijn opgesteld door ORIA in nauwe samenwerking met alle betrokken koepels uit de stuurgroep. Bij het ontwikkelen van het uniforme medicatieoverzicht versie 1.0 is gekozen voor een **groeimodel**. Op dat moment was het belang om een werkbare eerste versie zo snel mogelijk te implementeren, en deze versie vervolgens verder door te ontwikkelen. Het Medicatieoverzicht wordt vooralsnog als papier, pdf of fax document uitgewisseld en is de eerste stap op weg naar een volledig digitale medicatieoverdracht zoals voorzien via het Landelijk Schakelpunt.

1.3. Minimale eisen conform Richtlijn Medicatieoverdracht

De Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten is bedoeld om fouten bij overdracht van medicatiegegevens te voorkomen en de patiëntveiligheid te vergroten. Hij is van toepassing op elke situatie waarin medicatie wordt voorgeschreven, gewijzigd of gestopt, ter hand wordt gesteld of door professionals wordt toegediend.

Elementen uit de Richtlijn Medicatieoverdracht

1. Voorgeschreven, ter hand gesteld, toegediende en gebruikte medicatie, de sterkte, dosering en de toedieningsvorm van het geneesmiddel, gebruikperiode, inclusief eventuele vermelding dat het gebruik van een geneesmiddel voortijdig is gestopt.
2. Gebruik van alcohol en drugs (aard en duur).
(Voor het medicatieoverzicht 2.0 is dit buiten scope).
3. De reden van starten/stoppen/wijzigen van medicatie en de initiator hiervan.
4. 1e voorschrijver en actuele voorschrijver.
(Bij de ontwikkeling van het medicatieoverzicht 1.0 is reeds besloten dat voorlopig enkel de actuele voorschrijver op het medicatieoverzicht opgenomen wordt. Dit is ook op het medicatieoverzicht 2.0 van toepassing).
5. De apotheken die geneesmiddelen hebben verstrekt.
(Bij de ontwikkeling van het medicatieoverzicht 1.0 is besloten om niet achter elke regel de apotheek van verstrekking op te nemen. Voor het medicatieoverzicht 2.0 wordt dit wel opgenomen).
6. Basale patiëntkenmerken: Burger Service Nummer (BSN), naam, geboortedatum, geslacht en adres van de patiënt (inclusief telefoonnummer).
7. Afgeleide of indien beschikbaar co-morbiditeit als contra-indicatie.
8. Afgeleide of indien beschikbaar geneesmiddelallergie/intolerantie en ADE (ernstige bijwerkingen) als contra-indicatie.

Op aanvraag kunnen de volgende gegevens worden verstrekt:

9. Laboratoriumgegevens.
10. Indicatie, indien nodig om de dosering te kunnen beoordelen.
(In de geneesmiddelenwet is per 01-01-2012 een lijst van 40 geneesmiddelen opgenomen waarvan de indicatie verplicht vermeld moet worden op het recept).

1.4. Belangrijkste vernieuwingen in het Medicatieoverzicht 2.0

De gezondheidszorg is continu in beweging en daarmee ook de verschillende manieren waarop de zorgverleners naar de zorg kijken. De farmaceutische zorg bevindt zich middenin een omslag van denken in termen van logistiek naar denken in termen van therapie. Dit heeft een zeer grote impact op de wijze waarop het proces van het leveren van farmaceutische zorg wordt vormgegeven. Dit is ook van grote invloed op het overdragen van farmaceutische gegevens tussen zorgverleners in de 1^e en 2^e lijn.

Van logistiek naar therapie

Het medicatieoverzicht 2.0 geeft deze ontwikkeling duidelijk weer: het begrip medicatieafpraak zoals beschreven in het HIS referentiemodel wordt op het medicatieoverzicht geïntroduceerd, maar ook logistieke informatie krijgt een plaats. Het uiteindelijke doel is om op het medicatieoverzicht enkel gebruik te maken van therapeutische gegevens, we moeten echter ook pragmatisch zijn en beseffen dat deze gegevens veelal nog niet uitgewisseld worden en “medicatieafpraak” nog een conceptueel begrip is. Het NHG werkt op dit moment het concept medicatieafpraak verder uit in samenwerking met de KNMP. Daarna zal het voorgelegd worden aan een breder gremium. Daarom is ervoor gekozen om ook de wel beschikbare logistieke gegevens te vermelden. Zoals ook beschreven in de aanleiding en achtergrond van dit document is gekozen voor een **groeimodel**. De huidige versie, het medicatieoverzicht 2.0, is dan ook een verbeterde versie van het medicatieoverzicht 1.0, maar is geen eindstaat. Evenals de gezondheidszorg en de ontwikkelingen op het gebied van elektronische gegevensuitwisseling is ook dit document in beweging: van logistiek naar therapie.

Eén uniform medicatieoverzicht, ook bij ontslag

Daarnaast richten de gebruikerseisen voor het medicatieoverzicht 2.0 zich op zoveel mogelijk eenheid tussen de 1^e en 2^e lijn, ook in de situatie van ontslag uit de 2^e lijn. Met de klankbordgroep is besloten dat het gebruik van een gescheiden medicatieoverzicht en ontslagrecept de koninklijke weg is. Daarmee is het medicatieoverzicht een op zichzelf staand document. In de huidige overgangssituatie waarin elektronische uitwisseling nog niet het geval is en men al werkt met een AMOR kan men tijdelijk blijven werken met het AMOR. Er is dan wel een uniforme werkwijze en format nodig wanneer het AMOR wordt gebruikt en men dient aan de wettelijke eisen voor een recept te voldoen. Dit betekent dat het medicatieoverzicht aangevuld kan worden met een kolom “af te leveren hoeveelheid” en alle elementen die op een recept vereist zijn. Desalniettemin geniet ook in de huidige situatie het gebruik van een gescheiden medicatieoverzicht en ontslagrecept de voorkeur.

2. Aanpak totstandkoming van URS

Op 2 februari 2012 heeft een bijeenkomst met de stuurgroep Medicatieoverdracht in de keten plaatsgevonden. Tijdens deze bijeenkomst en een vervolgbijeenkomst op 19 juni 2012 zijn verschillende discussiepunten met betrekking tot het medicatieoverzicht 1.0 naar voren gebracht. Deze discussiepunten en de informatiebehoefte in het veld zijn tijdens bijeenkomsten met de klankbordgroep “Medicatieoverzicht bij ontslag” (25 oktober 2012) en de klankbordgroep “Medicatieoverzicht 2.0” (16 november 2012) bediscussieerd en verder uitgewerkt. Deze bijeenkomsten hebben veel informatie en wensen opgeleverd die in dit document verwerkt zijn.

Het eerste concept van dit document is ter review aangeboden aan de klankbordgroep “Medicatieoverzicht bij ontslag”, de klankbordgroep “Medicatieoverzicht 2.0”, de diverse betrokken koepels en de diverse software huizen (zie ook bijlage 1).

De huidige versie wordt beschikbaar gesteld aan alle betrokkenen en de diverse belanghebbenden in de zorgsector.

In bijlage 1 is de lijst van personen opgenomen die een bijdrage hebben geleverd aan het tot stand komen van dit document.

2.1. Doel

In de richtlijn Medicatieoverdracht is een definitie gegeven van het medicatieoverzicht. De gegevens die in het overzicht worden genoemd komen uitsluitend tot stand als broninformatie uit meerdere systemen wordt samengevoegd.

Dit document beschrijft de URS voor het uniform en eenduidig medicatieoverzicht 2.0 voor zowel inhoud als lay-out waarmee openbare apothekers en ziekenhuisapothekers dezelfde set van medicatiegegevens met elkaar kunnen uitwisselen. Daarbij worden de elementen uit de richtlijn geraakt, die een (Z)AIS als bronsysteem kennen.

Dit document wordt als volgt gebruikt:

- De URS wordt ter beschikking gesteld aan openbaar, poli- en ziekenhuisapothekers, apotheek houdende huisartsen zij dienen dit document te beoordelen en uiteindelijk als branche goed te keuren.
- De URS wordt ter beschikking gesteld aan alle betrokken leveranciers en gebruikersverenigingen. De doelstelling is dat in elk apotheekstelsel de functionaliteit wordt gebouwd om het format te ondersteunen en uitwisseling van de betreffende informatie onderling mogelijk te maken. De inrichting dient dusdanig te zijn dat het format op zo kort mogelijke termijn ook elektronisch via het LSP kan worden uitgewisseld.

2.2. Uitgangspunten

- Het medicatieoverzicht is een groeimodel, wat inhoudt dat de huidige URS Medicatieoverzicht 2.0 geen statisch document is
- De URS is generiek beschreven en is daarmee voor alle AIS en ZAIS leveranciers gelijk.
- De URS is primair een beschrijving van eisen van de eindgebruiker. Er wordt geen uitspraak gedaan hoe deze eisen (technisch) gerealiseerd dienen te worden.

2.3. Scope

Dit document beschrijft:

- Eisen ten aanzien van tonen van minimale dataset conform richtlijn overdracht medicatiegegevens.
- Eisen ten aanzien van lay-out rapport (format) medicatieoverzicht.

Onderstaande activiteiten vallen buiten de scope van dit document:

- Het (opnieuw) definiëren van tabellen.
- Het vastleggen van gegevens in het (Z)AIS.
- Het vastleggen van gegevens in de bestanden.

2.4. Randvoorwaarden

Voor een optimale overdracht van medicatiegegevens tussen zorgverleners door middel van gebruik van het medicatieoverzicht dient aan de onderstaande randvoorwaarden te worden voldaan.

- Uniforme, landelijk afgestemde definities met betrekking tot medicatie, chronische medicatie, start- en stopdata, en therapie zijn beschikbaar via Z-Index.
- Alle zorgverleners committeren zich aan het standaard medicatieoverzicht.
- Alle (Z)AIS leveranciers moeten de gewenste gegevens beschikbaar stellen in hun systeem, zodat het medicatieoverzicht gegenereerd kan worden. Zorgverleners moeten de gegevens conform de met elkaar afgesproken werkwijze registreren. Vastlegging van gegevens dient uniform te geschieden. Een zekere eenheid van taal is hiervoor noodzakelijk en dient met urgentie gerealiseerd te worden. Dat vereist afstemming tussen beroepsgroepen.

3. Requirements Medicatieoverzicht 2.0

De URS is zodanig beschreven dat deze voldoende informatie geeft aan ICT leveranciers om als uitgangspunt te dienen voor een functioneel ontwerp op basis waarvan de benodigde functionaliteit in de systemen kan worden gerealiseerd. Het URS beschrijft dus de “wat”-vraag van de gebruikers.

In (Z)AIS-en kunnen veel gegevens worden vastgelegd. Deze vastlegging is nu (december 2012) grotendeels conform de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens.

De gegevens voor het format medicatieoverzicht, die zijn vastgesteld tijdens de stuurgroep bijeenkomsten (februari en juni 2012) en klankbordbijeenkomsten (oktober en november 2012), zijn uitgewerkt in dit document.

Tijdens de ICT-dag van 10 november 2010 heeft het merendeel van de leveranciers zich geëngageerd om de nog niet aanwezige functionaliteiten van het medicatieoverzicht 1.0 in AIS systemen uiterlijk binnen drie maanden beschikbaar te stellen na goedkeuring van de URS en lay-out rapport (format). De functionaliteiten zoals beschreven in de URS medicatieoverdracht versie definitief (28-04-2011) zijn in de (Z)AIS systemen geïmplementeerd. In de praktijk is gebleken dat enkele functionaliteiten op verschillende manieren zijn geïnterpreteerd of niet goed bruikbaar zijn in de praktijk. Dit komt doordat de beschrijving van deze functionaliteiten veel ruimte laat voor eigen inbreng. De URS medicatieoverzicht 2.0 die nu voor u ligt bouwt verder op de URS medicatieoverdracht versie definitief (28-04-2011) en scherpt verschillende functionaliteiten verder aan.

3.1. Eisen ten aanzien van Basale patiëntgegevens

Req #	Veldnaam	Omschrijving requirement
A1	Patiënt	Het systeem biedt de mogelijkheid de naam vast te leggen en tonen: <ul style="list-style-type: none"> • voorletters • voorvoegsel • eigennaam • naam echtgenoot
A2	Adres	Het systeem biedt de mogelijkheid het adres vast te leggen en tonen <ul style="list-style-type: none"> • straatnaam • huisnummer • toevoeging
A3	Postcode & Plaats	Het systeem biedt de mogelijkheid de postcode en woonplaats vast te leggen en tonen. Indien mogelijk ook buitenlandse adressen (België, Duitsland)
A4	Telefoon	Het systeem biedt de mogelijkheid 2 telefoonnummers vast te leggen en te tonen indien beschikbaar. Indien telefoonnummer niet bekend, veld niet leeg laten maar tekst weergeven "onbekend" Indien telefoonnummer geheim, veld niet leeg laten maar tekst weergeven "geheim".
A5	BSN	Het systeem biedt de mogelijkheid het BSN nummer vast te leggen en tonen. Alleen geverifieerd BSN nummer wordt getoond. Indien BSN niet bekend, veld niet leeg laten maar tekst weergeven "onbekend"
A6	Geb.datum	Het systeem biedt de mogelijkheid een geboortedatum vast te leggen en tonen in de volgorde: DD-MMM-YYYY Bijvoorbeeld: 15-jun-2012 Ook onvolledige geboortedatum wordt op het overzicht getoond
A7	Geslacht	Het systeem biedt de mogelijkheid de volgende gegevens vast te leggen en tonen. <ul style="list-style-type: none"> • M of dhr. • V of mevr.
A8	Lengte/ Gewicht	Het systeem biedt de mogelijkheid lengte in cm en het gewicht in kg te registreren en te tonen. Voorbeeld: 186 cm / 85 kg

A9	Datum gewicht	<p>Het systeem biedt de mogelijkheid de laatste registratiedatum waarop het gewicht is vastgesteld te registreren en tonen in de volgorde: DD-MMM-YYYY.</p> <p>Voorbeeld: 15-jun-2012</p>
A10	Patiënt heeft Innameschema	<p>Het systeem biedt de mogelijkheid vast te leggen en tonen of een patiënt wel of niet innameschema heeft.</p> <p>Voorbeeld: Patiënt heeft innameschema: ja/nee</p>
A11	Startdatum laatste klinische opname	<p>Het systeem biedt de mogelijkheid om de meest recente datum waarop de patiënt in de kliniek (2^e lijn) is opgenomen vast te leggen en te tonen in de volgorde: DD-MMM-YYYY</p> <p>Dit veld is leeg wanneer het medicatieoverzicht niet in de 2^e lijn is opgesteld.</p> <p>Voorbeeld: Startdatum laatste klinische opname: 23-nov-2012</p>

3.2. Eisen ten aanzien van ICA

De in de concept richtlijn medicatieoverdracht genoemde ADE zijn in apotheeksystemen niet afzonderlijk te onderscheiden. Om deze reden zijn hier geen aparte requirements voor opgesteld.

Req #	Activiteit	Omschrijving requirement
B1	Intolerantie/Contra-Indicaties/ Allergieën (ICA)	<p>Het systeem toont ICA's die op basis van tabelwaarden voluit uitgeschreven zijn en voldoen aan het selectie criterium.</p> <p>Selectie criterium is alle vermeldingen tenzij:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De einddatum > 1 jaar in het verleden ligt of, • De melding een stopdatum heeft (termijn 1 jaar). <p>Voorbeeld: Zwangerschap</p>
B2	Startdatum	Het systeem biedt de mogelijkheid de datum van de ICA vast te leggen en te tonen. "Startdatum" is gelijk aan de datum waarop de ICA voor het eerst is vastgesteld.
B3	Einddatum	<p>Het systeem heeft de mogelijkheid de einddatum van ICA vast te leggen en te tonen mits deze in het systeem beschikbaar is.</p> <p><u>Toelichting:</u> het opnemen van een einddatum zal alleen toepasselijk kunnen zijn in specifieke situaties zoals zwangerschap of borstvoeding. Wanneer een ICA niet meer van toepassing is dan wordt de einddatum ingevoerd.</p>
B4	Type	Het systeem toont of het een contra-indicatie of een allergie of een intolerantie is.
B5	Opmerking	<p>Het systeem biedt de mogelijkheid om 1) de aard van ICA, 2) de bijwerking / reactie, 3) de ernst en 4) of het geneesmiddel dat deze ICA heeft veroorzaakt nog eens afgeleverd mag worden of echt nooit meer vast te leggen en te tonen in een vrij tekstveld van 120 karakters.</p> <p><u>Ter informatie</u> Het NHG en de KNMP zijn in de afrondende fase over het vastleggen en uitwisselen van de ernst van de overgevoeligheid en de ernst van de reactie.</p>

B6	Melder	<p>Het systeem toont wie de bron van informatie met betrekking tot de ICA is. Er wordt daarbij een voorgedefinieerd veld gebruikt om de melder (bron) vast te leggen en om de naam en AGB code van de arts vast te leggen.</p> <ul style="list-style-type: none">• Arts, naam en indien bekend specialisme• Patiënt• Anders (trombosedienst)• Apotheek <p>Voorbeeld: Arts, H. Jan, Internist [AGB-code]</p>
B7	ICA Geverifieerd	<p>Het systeem toont door middel van een vink of de ICA is geverifieerd met de arts. Dit is een verplicht veld.</p> <p>Conform de werkgroep contra-indicaties worden alleen ICA's getoond die door de arts zijn geverifieerd.</p>

3.3. Eisen ten aanzien van Huidige Medicatie



OPA staat voor de Openbare /Poli apotheek

ZKA staat voor de ziekenhuis apotheek

AHH staat voor de apotheekhoudende huisarts


Req #	Veldnaam	Omschrijving requirement
C0	Geneesmiddel (op ATC code)	<p>Alle middelen uit de ondergenoemde G-standaard groepen met GPK worden opgenomen op het Medicatieoverzicht:</p> <ul style="list-style-type: none">• Doorgeleverde bereiding• Experimenteel product• Farmaceutische preparaten• Intramurale bereiding• Magistrale receptuur• Spécialités• Tabletten, capsules, dragees etc• Niet geneesmiddelen met een GPK <p><i>Voorlopig geldt GPK als kenmerk om een middel als medicatie te labelen. In de toekomst zal hiervoor door Z-index een apart kenmerk ontwikkeld worden dat aan de g-standaard wordt toegevoegd.</i></p>




C1	Geneesmiddel (op startdatum medicatieafpraak ²)	<p>Het systeem legt vast en toont de naam van het geneesmiddel zoals dit respectievelijk is voorgeschreven en verstrekt voluit uitgeschreven gesorteerd op startdatum medicatieafpraak (meest recente bovenaan) in de volgende volgorde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PRK (stofnaam) inclusief vorm en sterkte (de eerste regel)* • HPK (specialiténaam) inclusief vorm en sterkte (de tweede regel) <p>*Indien alleen een bepaald HPK afgeleverd mag worden, wordt de betreffende naam in de eerste regel vermeld.</p> <p>In geval van een bereiding wordt een magistrale naam weergegeven waarin de samenstelling herkenbaar is of anders de aparte componenten.</p> <p>Selectie criterium is alle voorgeschreven (ZAIS) en afgeleverde (AIS) medicatie en alle gedurende de ziekenhuisopname voorgeschreven en toegediende medicatie waarvan</p> <ul style="list-style-type: none"> • waarvan de einddatum  (medicatieafpraak) gelijk is aan de huidige datum of • waarvan de einddatum  (medicatieafpraak) later is dan de huidige datum of • waarvan de startdatum  (medicatieafpraak) gelijk is aan de huidige datum of • waarvan de startdatum  (medicatieafpraak) in de toekomst ligt. <p>Indien bij een verstrekking de start- en einddatum van de medicatieafpraak ontbreken wordt alleen de verstrekking getoond waarvan de (berekende) einddatum nog niet verstreken is of leeg is.</p>
C2	Type	<p>Het systeem legt vast en toont middels een icoon of het een medicatieafpraak () of een verstrekking () betreft</p>
C3	Startdatum  (medicatieafpraak ²)	<p>Het systeem legt vast en toont de datum waarop de medicatieafpraak² (middel + gebruik) start in de volgorde: DD-MMM-YYYY</p> <p>Voorbeeld: 14-dec-2012</p>

C4	Einddatum ¹  (medicatieafpraak)	<p>Het systeem legt vast en toont de einddatum waarop de medicatieafpraak² (middel + gebruik) afloopt in de volgorde: DD- MMM-YYYY. Deze einddatum is tot en met de laatste dag van het beoogde gebruik.</p> <p>Voorbeeld: 28-dec-2012</p> <p>Indien geen einddatum beschikbaar is dan dient dit veld leeggelaten te worden. Bij chronische medicatie dient geen einddatum ingevoerd te worden en dient in het veld toelichting (C9) “continu” ingevoerd te worden.</p> <p>N.B. dit veld kan alleen in het geval van een medicatieafpraak ingevuld worden.</p>
C5 OPA	Startdatum  (laatste verstrekking)	<p>Het systeem legt vast en toont de datum van de laatste verstrekking bij een betreffende medicatieafpraak waarvan de einddatum niet verstreken is in de volgorde: DD- MMM-YYYY</p> <p>Indien een medicatieafpraak in meerdere verstrekkingen heeft geresulteerd wordt alleen de startdatum van de meest recente verstrekking getoond.</p> <p>In de klinische setting waarin niet met verstrekkingen gewerkt wordt, wordt dit veld niet gevuld.</p> <p>Voorbeeld: 21-nov-2012</p>

¹ Binnen de klankbordgroep MO 2.0 en werkgroep Medicatiebegrippen is de dringende wens uitgesproken om uniforme start-en einddata zoals vastgelegd in het begrip medicatieafpraak te gebruiken en de uitwisseling van dit kenmerk te gaan implementeren in alle voorschrijvende en verstreckende systemen. Aangezien de einddatum van de medicatieafpraak nog niet in alle gevallen wordt uitgewisseld zal dit veld in veel gevallen in de huidige situatie nog niet ingevuld kunnen worden. Om ervoor te zorgen dat de ontvanger van het Medicatieoverzicht altijd een indicatie krijgt van de einddatum dienen voorlopig ook (afhankelijk van het informatiesysteem dat het Medicatieoverzicht genereert) de logistieke start- en einddatum van de laatste verstrekking of de laatste logistieke levering altijd getoond te worden.





² In het HIS-referentiemodel (versie 2012) wordt het begrip ‘medicatieafpraak’ genoemd. Dit wordt omschreven als ‘Het voorstel van een voorschrijver tot gebruik van medicatie waarmee de patiënt akkoord is gegaan. De afspraak kan zowel starten, verlengen als stoppen van medicatie betreffen. Een ‘medicatieafpraak’ kan worden vastgelegd in een ‘voorschrift’.


C6 OPA	Afgeleverd tot  (laatste verstrekking) ¹	<p>Het systeem legt vast en toont de (berekende) einddatum van de laatste verstrekking als gevolg van een medicatieafpraak waarvan de einddatum nog niet verlopen is in de volgorde: DD-MMM-YYYY. Deze einddatum is <u>tot en met</u> de laatste dag van het gebruik.</p> <p>Indien een medicatieafpraak in meerdere verstrekkingen heeft geresulteerd wordt alleen de berekende einddatum van de meest recente verstrekking getoond.</p> <p>In ziekenhuis(apotheek) systemen is geen sprake van verstrekkingen en wordt dit veld dus niet gevuld.</p> <p>Voorbeeld: 21-nov-2012</p>
C8	Dosering	<p>Het systeem legt vast en toont de volledige dosering, uitgeschreven en aangevuld met de ruimte voor vrije tekst.</p> <p>Indien nodig moet de juiste dag van gebruik ook vastgelegd en getoond kunnen worden.</p> <p>Voorbeeld dosering: 3 x daags 1 tablet 1 x per week 10 tabletten op maandag</p> <p>Op- en afbouwschema's behoren tot één medicatieafpraak wanneer de voorschrijver en het moment van voorschrijven gelijk zijn.</p> <p>Andere voorbeelden dosering 1 x per week 2 tabletten gedurende 1 week, daarna 3 tabletten per week Of volgens afspraak 1 tablet met min tussenpoos van 12 uur nogmaals een tablet</p>

C9	Toelichting	<p>Dit vrije tekstveld (max 150 karakters) biedt ruimte voor zowel de reden van voorschrijven alsmede opmerkingen.</p> <p><u>Reden van voorschrijven</u> Het systeem toont de reden van voorschrijven van het eerste voorschrift vanuit overdracht door arts (resp. HIS) indien de reden bekend is. Dit veld wordt weergegeven indien de reden van voorschrijven vermeld moet worden conform artikel 6-11 van de Geneesmiddelenwet of de reden bekend is.</p> <p><u>Opmerkingen</u> Vrije tekstveld voor (extra) opmerkingen. In het geval van tijdelijk gestopte medicatie wordt de tekst “tot nader order gestaakt” in dit veld weergegeven. Ook de bron die de medicatieafpraak stopt kan vermeld worden in de toelichting bij de recent beëindigde medicatie.</p> <p>Zonodig kan het tijdstip van stoppen in de kolom “toelichting” vermeld worden.</p>
C10	Toedieningsweg (TW)	<p>Het systeem legt vast en toont bij elk geneesmiddel hoe het toegediend wordt gebruikmakend van afkortingen uit de G-Standaard waar mogelijk.</p> <p>De voorschrijver selecteert (verplicht) bij geneesmiddelen die meerdere toedieningswegen hebben bij het voorschrijven de juiste toedieningsweg (op HPK-niveau). Dit is de toedieningsweg die getoond moet worden op het overzicht. Het document Toedieningsweg van Z-Index beschrijft hoe de G-standaard hierin voorzien heeft.</p> <p>Zie: http://www.z-index.nl/g-standaard/beschrijvingen/functioneel/wijzigingen/mb/toedieningswegen/IR%20Meervoudige%20toedieningsweg%20V-1-1-2.pdf</p>
C11	Bron	<p>Het systeem legt vast en toont:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de naam van de actuele voorschrijver (wanneer “type” = ) • specialisme van de actuele voorschrijver (bijvoorbeeld Huisarts/KNO arts) (wanneer “type” = ) • De naam van de actuele verstrekker (wanneer “type” = ) (enkel in AIS) <p>Tijdens de verificatie van de zorgverlener met de cliënt/ mantelzorger wordt de vraag gesteld of er medicatie in eigen beheer is. Zo ja, dan wordt dit opgenomen onder huidige medicatie en is de bron de patiënt.</p> <p>De bron die de medicatieafpraak stopt kan vermeld worden in de toelichting bij de recent beëindigde medicatie (C9).</p>

--	--	--

3.4. Eisen ten aanzien van Recent Beëindigde Medicatie

Req #	Veldnaam	Omschrijving requirement
D0	Geneesmiddel (op ATC code)	Zie C0
D1	Geneesmiddel (op startdatum medicatieafspraak)	<p>Het systeem toont recent beëindigde geneesmiddelen voluit uitgeschreven gesorteerd op startdatum medicatieafspraak (meest recente bovenaan) in de volgende volgorde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PRK (stofnaam) inclusief vorm en sterkte (de eerste regel) • HPK (specialiténaam) inclusief vorm en sterkte (de tweede regel) <p>In geval van een bereiding wordt een magistrale naam weergegeven waarin de samenstelling herkenbaar is of anders de aparte componenten.</p> <p>Selectiecriteria is alle recent beëindigde medicatie en actief gestopte medicatie waarvan</p> <ul style="list-style-type: none"> • de einddatum  (medicatieafspraak) eerder is dan de huidige datum (termijn 90 dagen) <p>Hieronder valt ook alle actief gestopte (thuis)medicatie gedurende de specifieke ziekenhuisopname.</p>
D2	Type	Zie C2
D3	Startdatum  (medicatieafspraak)	<p>Het systeem legt vast en toont de datum waarop de medicatieafspraak² (middel + gebruik) start in de volgorde: DD-MMM-YYYY</p> <p>Voorbeeld: 14-dec-2012</p>
D4	Einddatum  (medicatieafspraak)	<p>Het systeem legt vast en toont de einddatum waarop de medicatieafspraak (middel + gebruik) stopt (zowel verlopen als actief gestopt) in de volgorde: DD-MMM-YYYY. Deze einddatum is tot en met de laatste dag van het gebruik.</p> <p>Voorbeeld: 28-dec-2012</p> <p>N.B. dit veld kan alleen in het geval van een medicatieafspraak ingevuld worden.</p>
D5 OPA	Startdatum  (laatste verstrekking)	Zie C5

D6 OPA	Afgeleverd tot  (laatste verstrekking) ¹	<p>Het systeem legt vast en toont de (berekende) einddatum van het laatste beoogde gebruik in de volgorde: DD-MMM-YYYY. Deze berekende einddatum is tot en met de laatste dag van het beoogde gebruik.</p> <p>Indien een medicatieafpraak in meerdere verstrekkingen heeft geresulteerd wordt alleen de einddatum van de meest recente verstrekking getoond.</p> <p>In ziekenhuis(apotheek) systemen is geen sprake van een verstrekkingen en wordt dit veld dus niet gevuld.</p> <p>Voorbeeld: 21-nov-2012</p>
D8	Dosering	Zie C8
D9	Toelichting	<p>Het systeem toont in de toelichting de reden van stoppen en opmerkingen. Het systeem maakt het ook mogelijk om de reden van stoppen zelf in te vullen in vrije tekstveld en op deze wijze aan te geven of medicatie al dan niet actief gestopt is en waarom.</p> <p>In geval van een actieve stop bij ontslag waarbij het middel voortgezet moet worden in de thuissituatie valt de afspraak onder de huidige medicatie.</p> <p>Zonodig kan het tijdstip van stoppen in de kolom “toelichting” vermeld worden.</p> <p>Op langere termijn is het gebruik van een standaardtabel met reden stoppen gewenst.</p>
D10	Toedieningsweg (TW)	Zie C10
D11	Bron	Zie C11

3.5. Eisen ten aanzien LAB

Req #	Veldnaam	Omschrijving requirement
E1	LAB waarden	Het systeem toont standaard, indien bekend, de onderstaande klinische labwaarden waarbij de datum van het labonderzoek niet ouder is dan 1 jaar ten opzichte van de huidige datum: <ul style="list-style-type: none">• Creatinineklaring + de toevoeging van de bepalingswijze (MDRD of Cockcroft-Gault)• Na• K• INR• farmacogenetische parameters• bloed- en plasmaspiegels
E2	Datum	Het systeem toont de datum van het labonderzoek
E3	Uitslag	Het systeem toont de meeste recente bepaling met datum per klinische labwaarde.
E4	Methode/referentiewaarde	Het systeem toont de klinische labwaarden gevuld met de referentiewaarden indien beschikbaar. De referentiewaarde zal worden weergegeven zoals deze beschikbaar is vanuit de door het lab aangeleverde gegevens, inclusief de naam van het lab.

3.6. Algemene eisen ten aanzien van Medicatieoverzicht

Req #	Activiteit	Omschrijving requirement
F1	Genereren Medicatieoverzicht	Het systeem geeft de mogelijkheid om het medicatieoverzicht* van een patiënt op ieder moment, dus ook bij gepland ontslag, te genereren en uit te printen. * Het voorbeeld template voor het medicatieoverzicht is opgenomen in bijlage 2.
F2	Bereikbaarheid Medicatieoverzicht	De mogelijkheid om het medicatieoverzicht van een patiënt op te vragen en uit te printen is opgenomen in de ontslagmodule van het ZAIS of in het hoofdmenu van het AIS.
F3	Vastleggen verificatie	Het systeem legt door middel van een aanvinkmogelijkheid vast of het medicatieoverzicht is “gecontroleerd door de zorgverlener” en/of “geverifieerd is met de patiënt/mantelzorger”.
F4	Vastleggen datum verificatie	Het systeem legt de datum vast waarop het medicatieoverzicht is is “gecontroleerd door de zorgverlener” en/of “geverifieerd is met de patiënt/mantelzorger”.

Req #	Veldnaam	Omschrijving requirement
F5	Geverifieerd met patiënt/ mantelzorger	Het overzicht toont of het medicatieoverzicht geverifieerd is met de patiënt/ mantelzorger. Dit wordt aangegeven door middel van aanvinken. Verificatie is zowel gewenst bij het afgeven als het ontvangen door een zorgverlener.
F6	Geverifieerd door zorgverlener	Het overzicht toont of het medicatieoverzicht is gecontroleerd door de zorgaanbieder. Dit wordt aangegeven door middel van aanvinken.
F7	Datum afgedrukte medicatieoverzicht (in kopregel)	Het overzicht toont de datum/tijdstip waarop het overzicht is geprint. * Deze requirement is enkel van toepassing in de overgangperiode naar elektronische uitwisseling
F8	Datum verificatie zorgverlener	Het overzicht toont de datum/ tijdstip waarop het overzicht is geverifieerd door de zorgverlener.
F9	Afgegeven door	Het systeem legt vast en toont tenminste de naam van de zorgverlener en gegevens van de instelling die de gegevens heeft afgegeven en geverifieerd (eventueel een logo). <ul style="list-style-type: none"> • Naam apotheek/praktijk/ziekenhuis/arts • Adres • Telefoonnummer van de instelling

3.7. Eisen ten aanzien van lay-out Medicatieoverzicht

De lay-out van het medicatieoverzicht 1.0 wordt te allen tijde gevolgd. De voornaamste eis aan het rapport is dat het leesbaar, overzichtelijk en vooral uniform is.

Hierbij moet zorg gedragen worden dat tekst op het medicatieoverzicht nooit afgekapt wordt, maar doorloopt op een volgende regel. Daarnaast dienen teveel witregels voorkomen te worden, zodat er voldoende informatie op 1 pagina te zien is.

Aanbevolen lettertype is: Times New Roman 10

Elk rapport is voorzien van de navolgende gegevens:

Kopregel medicatieoverzicht

- Rapport titel 'Medicatieoverzicht, per [datum geprint [DD-MMM-YYYY]'
- Afgegeven door: Logo en gegevens van apotheek dat rapport heeft afgegeven (naam+ adres + telefoonnummer)
- Basale patiëntgegevens: patiënt, adres, postcode & plaats, telefoon, BSN, geb.datum, geslacht
- Lengte/ Gewicht
- Datum gewicht
- Geverifieerd door zorgverlener
- Geverifieerd met patiënt/ mantelzorger
- Patiënt heeft innameschema
- Datum klinische opname

Volgorde van gegevens op het medicatieoverzicht :

- Velden zoals hierboven omschreven onder "kopregel medicatieoverzicht"
- Intoleranties, Contra indicaties, Allergieën (ICA)
- Huidige medicatie
- Recent beëindigde medicatie (gedurende meest recente ziekenhuisbezoek/ gedurende afgelopen 90 dagen)
- Aanvullende labwaarden op aanvraag + methode/referentiewaarde

Voetregel medicatieoverzicht

- Datum waarop het rapport is geverifieerd door de zorgverlener (rechts weergeven)
- Pagina nummer en op de laatste pagina – einde overzicht (in het midden weergeven)
- Disclaimer (links weergeven, echter wel onderaan de pagina)

Bijlage 1: Totstandkoming

De volgende personen hebben een bijdrage geleverd het tot stand komen van dit document:

Vertegenwoordiging vanuit de zorgaanbieders

Nicolette van Lent	Diak Ziekenhuis	
Hans Ros	Gelreziekenhuis	ORIA gebruikersraad
Fatma Karapinar	SLAZ	
Annemien Bakker	Scheper apotheek	
Rik Muller	Apotheek Geesterduin	Gebruikersraad MIRA,
Thomas ten Cate		Gebruikersraad Caresoft
Kirsten Lubbers	SAL apotheek Segbroek	
Paul Cornips	Apotheek hoge Vucht	Gebruikersraad Pharmacom
Willem Snelleman	GGZ-instelling Altrecht	
Robin Roelofs	Flevoziekenhuis	
Mariet Kroonen	Mediq apotheek Vorden	
Jaqueline Koster	Reinier van Arkel Groep, GGZ	
Jaap Dik	Kringapotheek Vianen	Gebruikersraad Aposys
Adriaan Mol	Huisartsenpraktijk Loosdrecht	Nedhis gebruikersvereniging
Marieke Meijs	Sint Antoniusziekenhuis	
Rob Linde	Apotheek de Brug	
Ed de Vogel	Albert Schweitzer Ziekenhuis	NVZA
Suzanne van Lieshout	UMCU	
Anne de Roos	UMCU	NVZA
René bergsma	Schiphol Apotheek	
Erik Wilms	Haga Ziekenhuis	
Sjoerd Verweij	Kennemer Gasthuis	
Ton Gruter	Stichting Apotheek der Haarlemse Ziekenhuizen	
Claus van der Jagt	Nieuw Vennepse Apotheken	
Jancees van Niel	Isala klinieken Zwolle	
Sasja van Bommel	Albert Schweitzer Ziekenhuis	

Vertegenwoordiging vanuit de koepelorganisaties

Erna vreeke	V&VN
Myriam Crijns	V&VN
Andy Schuurmans	NFU
Richard Westerhof	NHG
Trudy Boshuizen	NVZ
Alex Verhoeven	OMS
Jaap Schrieke	GGZ
Antoinette Bolscher	ACTIZ
Jos Noordover	VGN
Rutger Sonneveld	NMT
Odette Paauwe-Insinger	NFT
Elsbeth Helfrich	NVZA

Bertil Lenderink
Alice Hamersma
Maria Dolders
Michael Tan
Tom de Jong
Niek den Toom
Brigit van Soest
Leonora Grandia

NVZA
NPCF
Verenso
Nictiz
Nictiz
ORIA
KNMP
Z-Index, KNMP

Vertegenwoordiging vanuit de softwarehuizen

Peter Gebben
Bart Molenaar
Take de Beer
Herman Wierenga
Jaap Prickartz
Kees Veltman
Geert de Greef
Erik Duin
Jan Willem Homan
Marlous van Flier
Biny Blijdorp
Mirjam Gloerich
Matthijs van de Heuvel
Hilbert oosting
Trinh Huynh

CGM - Euroned
CGM - Microbais
Pharmapartners
Caresoft
Tetra
Isoft
VCD
VCD
Zamicom
Farmedvisie
Farmedvisie
Farmedvisie
Chipsoft
Chipsoft
Chipsoft

Projectteam

Susanne Hommelberg
Annemien Pullen
André Blom
Gert Koelewijn
Bob de Dood
Annemarie Haverkamp

ORIA/ KNMP
Atos Consulting

Nictiz
KNMP
NVZA

Bijlage 2: Format medicatieoverzicht 2.0 in relatie tot requirements

F7

Medicatieoverzicht per: 30-jun-2012

Patient	dlr. P. Jansen	A1	BSN	1587965423	A5	Gecontroleerd door zorgverlener	F5	√	Afgegeven door: Zorgverlener Straat 5 1598 FG Utrecht Tel: 030-11122333
Adres	Straat 2	A2	Geb Datum	15-nov-1942	A6	Geverifieerd met patiënt/ mantelzorger	F6	√	
Postcode & Plaats	1234 AB Stadje	A3	Geslacht	M	A7	Patiënt heeft innameschema	A10	□	
Telefoon	016-4567892	A4	Lengte/Gew.	198cm/ 85kg	A8				
			Datum gew.	15-nov-2012	A9	Startdatum laatste klinische opname	A11	nvt	

Intoleranties, Contra indicaties, Allergieën (ICA)

Omschrijving	Type	Startdatum	Einddatum	Opmerking	Geverifieerd	Melder
Diabetes	CI B4	17-jan-2012 B2	B3	B5	√ B7	Dr. Bibber, 06010859 B6

Huidige medicatie

Geneesmiddel (op ATC code)	Type	Startdatum	Einddatum	Afgeleverd tot	Dosering	Toelichting	TW	Bron
Metoprolol 50 mg tabletten	☯	1-jun-2012	1-okt-2013		1x daags 1 stuk		C10	Dr. Bibber, 06010859
Metoprolol 50 mg PCH tabletten	☯	15-jun-2013		15-sep-2013	C8	C9		Dr. Bibber, 06010859

Recent beëindigde medicatie (gedurende meest recente ziekenhuisopname/ gedurende afgelopen 90 dagen)

Geneesmiddel (op ATC code)	Type	Startdatum	Einddatum	Afgeleverd tot	Dosering	Toelichting	TW	Bron
		D3 D5	D4	D6	D8	D9	D10	D11

Aanvullende labwaarden op aanvraag

Lab	Datum	Uitslag	Methode/ referentiewaarde
E1	E2	E3	E4

Opmerking:

F8 Datum verificatie zorgverlener:

30-jun-2012

Bijlage 3: Format medicatieoverzicht 2.0



Medicatieoverzicht per: 30-jun-2012

Patient	dhr. P. Jansen	BSN	1587965423	Gecontroleerd door zorgverlener	√	Afgegeven door: Zorgverlener Straat 5 1598 FG Utrecht Tel: 030-11122333
Adres	Straat 2	Geb Datum	15-nov-1942	Geverifieerd met patiënt/ mantelzorger	√	
Postcode & Plaats	1234 AB Stadje	Geslacht	M	Patiënt heeft innameschema	<input type="checkbox"/>	
Telefoon	016-4567892	Lengte/Gew.	198cm/ 85kg			
		Datum gew.	15-nov-2012	Startdatum laatste klinische opname	nvt	

Intoleranties, Contra indicaties, Allergieën (ICA)

Omschrijving	Type	Startdatum	Einddatum	Opmerking	Geverifieerd	Melder
Diabetes	CI	17-jan-2012			√	Dr. Bibber, 06010859

Huidige medicatie

Geneesmiddel (op ATC code)	Type	Startdatum	Einddatum	Afgeleverd tot	Dosering	Toelichting	TW	Bron
Metoprolol 50 mg tabletten		1-jun-2012	1-okt-2013		1x daags 1 stuk			Dr. Bibber, 06010859
Metoprolol 50 mg PCH tabletten		15-jun-2013		15-sep-2013				Dr. Bibber, 06010859

Recent beëindigde medicatie (gedurende meest recente ziekenhuisopname/ gedurende afgelopen 90 dagen)

Geneesmiddel (op ATC code)	Type	Startdatum	Einddatum	Afgeleverd tot	Dosering	Toelichting	TW	Bron

Aanvullende labwaarden op aanvraag

Lab	Datum	Uitslag	Methode/ referentiewaarde

Opmerking:

Datum verificatie zorgverlener:

30-jun-2012