



DCM Familie-anamnese

Parelsnoer

Inhoudsopgave

1.	nl.parelsnoer.Familieanamnese (nl.parelsnoer.Familieanamnese.v0.2)	3
1.1	Revision History (Revision History)	4
1.2	Concept (Concept)	5
1.3	Purpose (Purpose)	6
1.4	Evidence Base (Evidence Base)	7
1.5	Information Model (Information Model)	8
1.6	Example Instances (Example Instances)	13
1.7	Instruction (Instruction)	14
1.8	Interpretation (Interpretation)	15
1.9	Care Process (Care Process)	16
1.10	Example of the Instrument (Example of the Instrument)	17
1.11	Constraints (Constraints)	18
1.12	Issues (Issues)	19
1.13	References (References)	20
1.14	Traceability to other standards (Traceability to other standards)	21
1.15	Disclaimer (Disclaimer)	22
1.16	Terms of Use (Terms of Use)	23
1.17	Copyright (Copyright)	24

1. nl.parelsnoer.Familieanamnese (nl.parelsnoer.Familieanamnese.v0.2)

DCM::ContactInformation.Address	Tafelbergweg 51, Locatie A5-14, 1105 BD Amsterdam
DCM::ContactInformation.Name	Sandra Sliepenbeek
DCM::ContactInformation.Telecom	info@parelsnoer.org
DCM::ContentAuthorList	Sandra Sliepenbeek
DCM::CreationDate	2011-06-06
DCM::DescriptionLanguage	nl
DCM::Id	2.16.840.1.113883.2.4.3.28.1.1.2.35
DCM::KeywordList	familie, bloedverwanten, anamnese, family, blood relative
DCM::LifecycleStatus	Concept
DCM::ModelerList	Abel Enthoven
DCM::Name	nl.parelsnoer.Familieanamnese
DCM::PublicationDate	2011-07-15
DCM::PublicationStatus	Published
DCM::Version	0.2

1.1 Revision History (*Revision History*)

2011-06-06, v0.1; Abel Enthoven; Initiële versie op basis van uitzoekwerk van Sandra Sliepenbeek en een review van Anneke Goossen

2011-07-15, v0.2; Abel Enthoven; Aangepast aan Standaard DCM 2010

1.2 Concept (*Concept*)

Familie anamnese geeft een overzicht van relevante familie-gegevens ten behoeve van de behandeling, diagnostiek en ten behoeve van onderzoek naar erfelijke belasting van bepaalde ziektes van de patiënt.

Er wordt vastgelegd om welke verwantschap het gaat en wat de ziektes of symptomen zijn bij familieleden.

<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=18321>, verkregen op 23 mei 2011.

1.3 Purpose (*Purpose*)

Het doel van de familie anamnese is om gegevens over familie die van belang zijn voor de patient vast te leggen, zodat de patient sneller en beter behandeld kan worden en risicofactoren kunnen worden opgespoord. Verder kan er vastgesteld worden of de patient bepaalde risico's heeft op bepaalde aandoeningen.

Andere doelen zijn het doen van erfelijkheidsonderzoek en het eerder kunnen opsporen van erfelijke ziektes.

1.4 Evidence Base (*Evidence Base*)

Familie anamnese kan de volgende elementen omvatten:

- leeftijd
- familierelatie (oom, tante, zoon, etc., of 1e graad, 2e graad 3e graad)
- gezondheidsstatus (diagnose, risicofactor, symptoom)
- status (gezond, ziek, genezen)

Verkregen op 23 mei 2011 via

<http://bioportal.bioontology.org/ontologies/38631?p=terms>

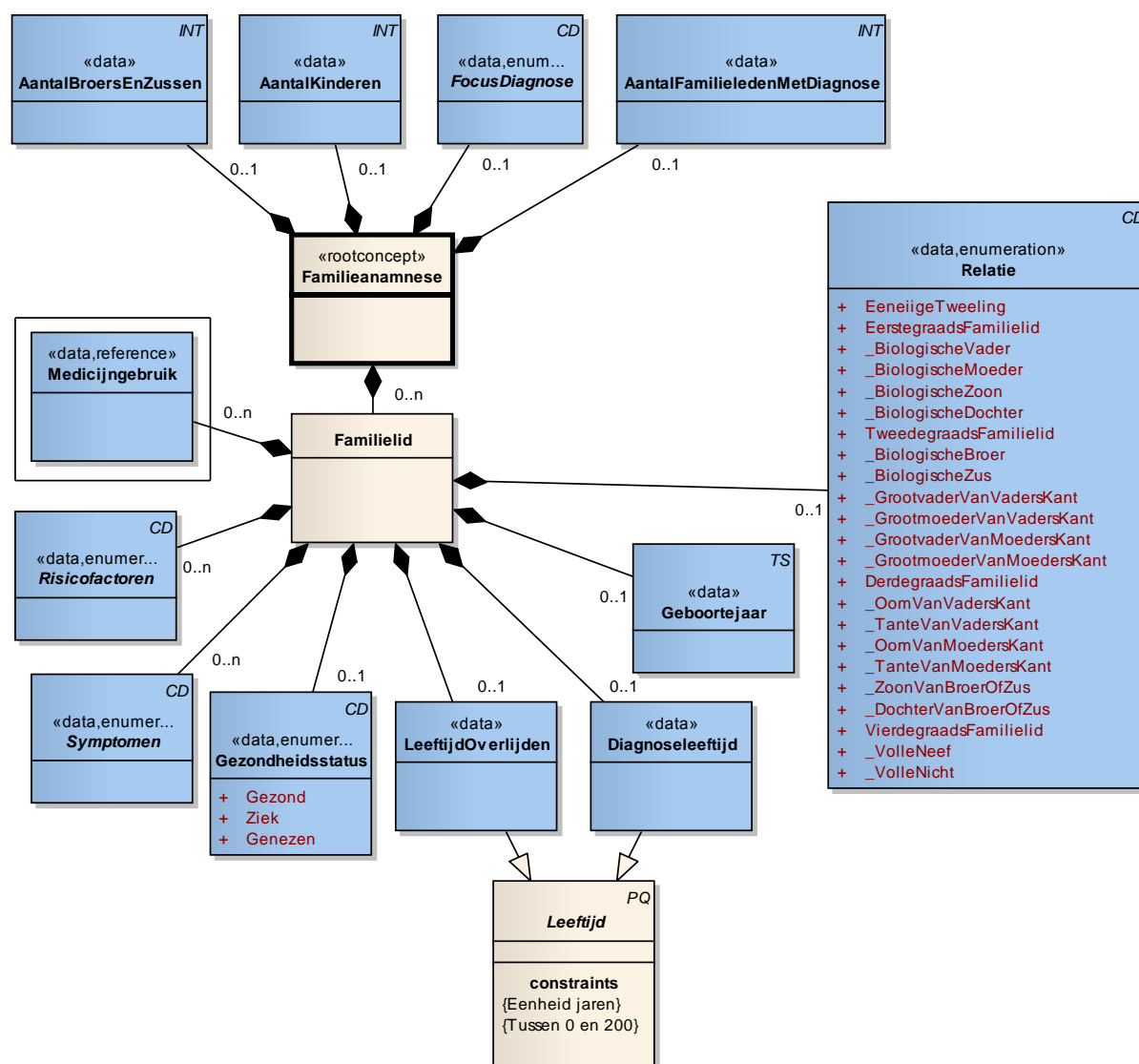
Familie anamnese, (Eng: Family history), kan ook omvatten:

- medicijngebruik
- diagnoses
- erfelijke aandoeningen die risicovol zijn voor de patient.

Gevonden op 23 mei 2011 via:

http://search.cms.hhs.gov/search?q=family+history&btnG=Search&site=cms_collection&output=xmI_no_dtd&client=cms_frontend&proxystylesheet=cms_frontend&oe=UTF-8 in het document 'Evaluation and Management Services Guide 2009'.

1.5 Information Model (Information Model)



Concept	Definitie
AantalBroersEnZussen SNOMEDCT: 224095004 number of siblings	Hoeveel broers en zussen heeft de patiënt?

Concept	Definitie
AantalFamilieledenMetDiagnose PSI: 35.5	Aantal familieleden met dezelfde diagnose als de patiënt. Dit is de focusdiagnose in deze DCM.

Concept	Definitie
AantalKinderen	Hoeveel biologische kinderen heeft de patiënt?

SNOMEDCT: 224118004 number of offspring	
---	--

Concept	Definitie
Diagnoseleeftijd SNOMEDCT: 423493009 age at diagnosis	Leeftijd waarop de diagnose gesteld werd bij het familielid

Concept	Definitie
Familieanamnese PSI: 35	Familie anamnese geeft een overzicht van relevante familie-gegevens ten behoeve van de behandeling, diagnostiek en ten behoeve van onderzoek naar erfelijke belasting van bepaalde ziektes van de patiënt. Er wordt vastgelegd om welke verwantschap het gaat en wat de ziektes of symptomen zijn bij familieleden.

Concept	Definitie
Familielid SNOMEDCT: 224086007 details of relatives	Detailinformatie over het familielid

Concept	Definitie
FocusDiagnose SNOMEDCT: 224118004 diagnosis	De diagnose, die centraal staat in de familieanamnese. Dit element is abstract en moet door de afgeleide DCM's worden ingevuld

Concept	Definitie
Geboortejaar SNOMEDCT: 184099003 date of birth	Het geboortejaar van het familielid

Concept	Definitie
Gezondheidsstatus SNOMEDCT: 406221003 health status	De gezondheidsstatus van het familielid
	Gezond Gezond PSI: 35.1.5.1
	Ziek Ziek PSI: 35.1.5.2
	Genezen Genezen SNOMEDCT: 51231003 disease condition determination, cured

Concept	Definitie
Leeftijd	Leeftijd (abstract)
Constraint	Eenheid jaren inv: unit = 'a'

Constraint	Tussen 0 en 200	inv: value>=0 and value <=200
-------------------	-----------------	-------------------------------

Concept	Definitie
LeeftijdOverlijden <i>PSI: 35.1.4</i>	Leeftijd waarop het familielid is komen te overlijden

Concept	Definitie
Medicijngebruik	Het medicijngebruik van het familielid. De DCM 'Medicijngebruik' beschrijft de inhoud van dit element.

Concept	Definitie
Relatie <i>PSI: 35.1.1</i>	Relatie van het familielid met de patiënt

	EeneïgeTweeling <i>SNOMEDCT: 313415001 identical twin</i>	Eeneïge tweelingbroer/zus
	EerstegraadsFamilielid <i>SNOMEDCT: 125678001 first degree blood relative</i>	Eerstegraads familielid
	_BiologischeVader <i>SNOMEDCT: 9947008 natural father</i>	Biologische vader
	_BiologischeMoeder <i>SNOMEDCT: 65656005 natural mother</i>	Biologische moeder
	_BiologischeZoon <i>SNOMEDCT: 113160008 natural son</i>	Biologische zoon
	_BiologischeDochter <i>SNOMEDCT: 83420006 natural daughter</i>	Biologische dochter
	TweedegraadsFamilielid <i>PSI: 35.1.1.3</i>	Tweedegraads familielid
	_BiologischeBroer <i>SNOMEDCT: 60614009 natural brother</i>	Biologische broer
	_BiologischeZus <i>SNOMEDCT: 73678001 natural sister</i>	Biologische zus
	_GrootvaderVanVadersKant <i>PSI: 35.1.1.3.3</i>	Grootvader van vaders kant
	_GrootmoederVanVadersKant <i>PSI: 35.1.1.3.4</i>	Grootmoeder van vaders kant
	_GrootvaderVanMoedersKant <i>PSI: 35.1.1.3.5</i>	Grootvader van moeders kant
	_GrootmoederVanMoedersKant <i>PSI: 35.1.1.3.6</i>	Grootmoeder van moeders kant
	DerdegraadsFamilielid <i>PSI: 35.1.1.4</i>	Derdegraads familielid
	_OomVanVadersKant <i>PSI: 35.1.1.4.1</i>	Oom van vaders kant
	_TanteVanVadersKant <i>PSI: 35.1.1.4.2</i>	Tante van vaders kant
	_OomVanMoedersKant <i>PSI: 35.1.1.4.3</i>	Oom van moeders kant
	_TanteVanMoedersKant <i>PSI: 35.1.1.4.4</i>	Tante van moeders kant
	_ZoonVanBroerOfZus <i>PSI: 35.1.1.4.5</i>	Zoon van broer of zus, ook wel neef genoemd (oom- of tantezegger)
	_DochterVanBroerOfZus <i>PSI: 35.1.1.4.6</i>	Dochter van broer of zus, ook wel nicht genoemd (oom- of tantezegster)
	VierdegraadsFamilielid <i>PSI: 35.1.1.5</i>	Vierdegraads familielid
	_VolleNeef <i>SNOMEDCT: 83559000 nephew</i>	Volle neef, oftewel de zoon van een oom of tante
	_VolleNicht <i>SNOMEDCT: 34581001 niece</i>	Volle nicht, oftewel de dochter van een oom of tante

Concept	Definitie
Risicofactoren <i>SNOMEDCT: 80943009 risk factor</i>	Risicofactoren voor de betreffende diagnose. Dit is een abstract element, dat door afgeleide DCM's verder moet worden gespecificeerd.

Concept	Definitie
Symptomen <i>PSI: 35.1.6</i>	Symptomen van de betreffende diagnose. Dit is een abstract element, dat door afgeleide DCM's verder wordt gespecificeerd

1.6 Example Instances (*Example Instances*)

Een oom van de patiënt heeft erfelijke darmkanker.

1.7 Instruction (*Instruction*)

De volgende gegevens worden vastgelegd:

over welk familielid het gaat, bv een oom, broer, grootmoeder etc.

Het is ook mogelijk om de graad aan te geven, bv 1e graad, 2e graad of 3e graad.

1e graad: ouder, kind

2e graad: broer, zus, grootouders

3e graad: oom, tante

Bron: (verkregen op 9 mei 2011 Wikipedia).

Van deze familieleden worden relevante gegevens (diagnosen, symptomen, risicofactoren, leeftijd, gezondheidsstatus) vastgelegd met relevante aanvullende informatie die van belang is voor de behandeling van de patiënt, voor het doen van erfelijkheidsonderzoek of in het belang van de patiëntengroep.

1.8 Interpretation (*Interpretation*)

De familie anamnese geeft informatie over de familie van de patiënt.

Deze gegevens zeggen iets over bijvoorbeeld erfelijke aanleg, mogelijke risicofactoren bij de patiënt of kunnen gebruikt worden bij onderzoek en behandelingen.

1.9 Care Process (*Care Process*)

De familieanamnese wordt tijdens het consult uitgevraagd aan de patiënt.

1.10 Example of the Instrument (*Example of the Instrument*)

- De patiënt heeft familie met de diagnose Neurodegeneratieve ziekte (dementie, parkinsonisme, motorisch voorhoornlijden).
- Het gaat om een 1e graads familielid.
- Leeftijd van dit familielid bij stellen van de diagnose is: ouder dan 65 jaar.
- leeftijd overlijden van dit familielid is 76 jaar.

1.11 Constraints (*Constraints*)

Familie anamnese is onderdeel van het Kerndossier. Daarom zal bij de meeste patiënten gevraagd worden naar de familie anamnese.

Verkregen op 23 mei 2011 via:

http://www.nictiz.nl/page/Nieuws?mod%5BNictiz_News_Module%5D%5Bn%5D=2382. Opgesteld door Nictiz in samenwerking met het Maasstad ziekenhuis, Sint Franciscus Gasthuis, ErasmusMC en Lievensberg ziekenhuis.

Het is niet uitgewerkt in welke gevallen er niet gevraagd wordt naar de familie anamnese.

1.12 Issues (*Issues*)

Nog uit te werken....wanneer zijn er privacy redenen om de familie anamnese niet vast te leggen?
Wat doen we met halfbroers en -zussen?

1.13 References (*References*)

Verkregen op 9 mei 2011:

[http://nl.wikipedia.org/wiki/Familie_\(verwanten\)](http://nl.wikipedia.org/wiki/Familie_(verwanten))

Verkregen op 23 mei 2011 via

<http://bioportal.bioontology.org/ontologies/38631?p=terms>

- 'Evaluation and Management Services Guide 2009', AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA),
gevonden op 23 mei 2011 via:

http://search.cms.hhs.gov/search?q=family+history&btnG=Search&site=cms_collection&output=xml_no_dtd&client=cms_frontend&proxystylesheet=cms_frontend&oe=UTF-8.

Familie anamnese verkregen op 23 mei 2011 via:

http://www.zorginformatiemodel.nl/1_documentatie/Doc_Obs_Familie_Anamnese_R01_V1.2.pdf
'Kerndossier in Nederland', opgesteld door Nictiz in samenwerking met het Maasstad ziekenhuis,
Sint Franciscus Gasthuis, ErasmusMC en Lievensberg ziekenhuis.

Verkregen op 23 mei 2011 via:

http://www.nictiz.nl/page/Nieuws?mod%5BNictiz_News_Module%5D%5Bn%5D=2382.

Parelsnoer Informatie Model (PIM), op 23 mei 2011.

1.14 Traceability to other standards (*Traceability to other standards*)

“De zeventien secties uit het CCR zijn bij de ontwikkeling van het kerndossier als leidraad gebruikt om te bepalen welke gegevens een kerndossier moet bevatten.” Uit Kerndossier in Nederland, Nictiz, 9 mei 2011.

Een van deze zeventien secties is de familie anamnese.

1.15 Disclaimer (*Disclaimer*)

Parelsnoer als uitvoerder besteedt de grootst mogelijke zorg aan de betrouwbaarheid en actualiteit van de gegevens in deze DCM. Onjuistheden en onvolledigheden kunnen echter voorkomen.

Parelsnoer is niet aansprakelijk voor schade als gevolg van onjuistheden of onvolledigheden in de aangeboden informatie, noch voor schade die het gevolg is van problemen veroorzaakt door, of inherent aan het verspreiden van informatie via het internet, zoals storingen of onderbrekingen van of fouten of vertraging in het verstrekken van informatie of diensten door Parelsnoer of door U aan Parelsnoer via een website van Parelsnoer of via e-mail, of anderszins langs elektronische weg.

Tevens aanvaardt Parelsnoer geen aansprakelijkheid voor eventuele schade die geleden wordt als gevolg van het gebruik van gegevens, adviezen of ideeën verstrekt door of namens parelsnoer via deze DCM, Detailed Clinical Model. Parelsnoer aanvaardt geen verantwoordelijkheid voor de inhoud van informatie in deze DCM waarnaar of waarvan met een hyperlink of anderszins wordt verwezen. In geval van tegenstrijdigheden in de genoemde DCM documenten en bestanden geeft de meest recente en hoogste versie van de vermelde volgorde in de revisies de prioriteit van de desbetreffende documenten weer.

Indien informatie die in de elektronische versie van deze DCM is opgenomen ook schriftelijk wordt verstrekt, zal in geval van tekstverschillen de schriftelijke versie bepalend zijn. Dit geldt indien de versieaanduiding en datering van beiden gelijk is. Een definitieve versie heeft prioriteit echter boven een conceptversie. Een gereviseerde versie heeft prioriteit boven een eerdere versie.

1.16 Terms of Use (*Terms of Use*)

Deze DCM mag door iedereen gebruikt worden.

1.17 Copyright (*Copyright*)

Niet van toepassing