# Referto di Radiologia

## Casi di Test – OK

I casi di test di OK esplicitati di seguito sono riportati nel file “*CDA2\_Referto\_di\_Radiologia\_OK.xls*”.

Affinché i casi di test OK siano svolti correttamente, per ogni elemento fare riferimento alle colonne “*Cardinalità per Test case N”* e *“Obbligatorietà per Test case N”.*

### CASO DI TEST 0

Il caso di test fa riferimento ad un esempio CDA2 semplice in cui sono presenti solo le sezioni ed elementi obbligatori da specifiche nazionali HL7 Italia.

### CASO DI TEST 1

Il caso di test fa riferimento ad un esempio CDA2 in cui sono presenti le section obbligatorie e tutte le relative entry obbligatorie e opzionali, con alcuni sotto-elementi aggiuntivi le cui cardinalità sono riportate nel file excel.

### CASO DI TEST 2

Si prende in esame il caso di un assistito che ha bisogno di un esame radiografico in seguito ad infortunio. Il referto contiene, oltre alle sezioni obbligatorie:

* “Esame eseguito”, che descrive l’esame radiologico oggetto del referto con indicazione di data esecuzione, modalità di esecuzione e dose assorbita (qualora l’esame preveda l’esposizione del paziente a radiazioni ionizzanti);
* “Referto”, che riporta al proprio interno una descrizione delle valutazioni del medico refertante relativamente agli elementi rilevati nel corso dell’esame;

E deve contenere la seguente sezione opzionale:

* “Conclusioni” contenente una valutazione conclusiva del medico refertante, con una eventuale formulazione dell'orientamento diagnostico.

### CASO DI TEST 3

Si prende in considerazione il caso di un paziente con una patologia che viene sottoposto ad un controllo con un esame radiografico, per esempio una risonanza magnetica con contrasto. Il referto contiene, oltre alle sezioni obbligatorie:

* “Esame eseguito”, che descrive l’esame radiologico oggetto del referto con indicazione di data esecuzione, modalità di esecuzione e dose assorbita (qualora l’esame preveda l’esposizione del paziente a radiazioni ionizzanti);
* “Referto”, che riporta al proprio interno una descrizione delle valutazioni del medico refertante relativamente agli elementi rilevati nel corso dell’esame;

E deve contenere la seguente sezione opzionale:

* “DICOM Object Catalog” con i riferimenti agli attributi DICOM;
* “Quesito diagnostico” con il motivo della richiesta dell’esame allo scopo di formulare delle risposte clinicamente precise al paziente o al medico che ha prescritto l’accertamento;
* “Storia Clinica” con la finalità di dare un inquadramento generale dello stato di salute del paziente, della sua storia clinica e della motivazione che ha scaturito l’esigenza di sottoporre il paziente all’esame diagnostico;
* “Precedenti esami eseguiti” dedicata a descrivere esami e prestazioni specialistiche effettuati precedentemente e dei quali si ritiene opportuno tenerne traccia ai fini della formulazione del referto;
* “Conclusioni” contenente una valutazione conclusiva del medico refertante;
* “Suggerimenti per il medico prescrittore” con la descrizione di quanto il medico specialista ritiene opportuno comunicare al medico prescrittore.

### CASO DI TEST 4

Nel caso di test 4 è esplicitato un esempio completo che prevede sia le section obbligatorie che le section opzionali.

## Casi di Test – KO

I casi di test di errore esplicitati di seguito sono relativi ad errori di tipo sintattico, semantico e terminologico. Per tutti i casi di test vengono evidenziati i campi di interesse nel file “*CDA2\_Referto\_di\_Radiologia\_KO.xls*”.

### CASO DI TEST 5

Il mancato inserimento dell’informazione inerente al livello di riservatezza del documento (*confidentialityCode*) genera un errore sintattico.

### CASO DI TEST 6

Durante la fase di compilazione dei dati anagrafici dell’assistito, il test case riguarda la generazione di un errore semantico scatenato dell’inserimento nel campo relativo al CF di un codice con caratteri minuscoli.

### CASO DI TEST 7

Durante la fase di compilazione dei dati anagrafici dell’assistito, il test case riguarda la generazione di un errore semantico scatenato dall’inserimento di un livello di riservatezza del documento (*confidentialityCode*) con informazioni moderatamente sensibili (“Restricted”).

### CASO DI TEST 8

Durante la fase di compilazione dei dati anagrafici dell’assistito, il test case riguarda la generazione di un errore semantico causato dall’inserimento dell’indirizzo ma non la specifica del comune di residenza del paziente.

### CASO DI TEST 9

Durante la fase di compilazione dei dati inerenti al nominativo del paziente, viene indicato il cognome ma omesso il nome dello stesso (*patient/name/given*). Il risultato è un errore semantico.

### CASO DI TEST 10

Durante la fase di compilazione dei dati inerenti all’anagrafica del paziente, viene indicato un valore errato nel campo relativo al “Sesso” del paziente (*administrativeGenderCode*), cioè un valore diverso da quelli ammessi che corrispondono a ‘maschio’, ‘femmina’ o ‘indifferenziato’. Viene così generato un errore terminologico.

### CASO DI TEST 11

Si prende in esame il caso in cui la persona che ha partecipato alla redazione del documento (participant/associatedEntity) venga valorizzato con codice errato, non appartenente quindi al dizionario associato “ISCO-08”, generando un errore terminologico (se il valore assegnato non deriva dal sistema di codifica utilizzato).

### CASO DI TEST 12

Si prende in esame il caso in cui la priorità associata alla richiesta indicata nella ricetta (*order/priorityCode*) venga valorizzata con codice previsto dal sistema di codifica utilizzato, ma non accettabile dallo schematron cioè con un valore diverso da quelli ammessi che corrispondono a ‘Normale’, ‘Preoperatoria’, ‘Urgente', ‘Emergenza’. Così facendo, viene generato un errore semantico.

### CASO DI TEST 13

Il mancato inserimento del campo inerente all’identificativo univoco della prescrizione (*inFulfillmentOf/order/id*) genera un errore sintattico.

### CASO DI TEST 14

Il mancato inserimento dell’informazione inerente alla tipologia dell’esame che viene eseguito sul paziente (*act/code*) genera un errore sintattico nella sezione “Esame Eseguito”:

### CASO DI TEST 15

Il mancato inserimento dei dati relativi al Referto della sezione obbligatoria “Referto” genera un errore semantico.

### CASO DI TEST 16

Il mancato inserimento delle informazioni testuali contenute nella sezione narrativa “Precedenti esami eseguiti” (*section/text*), genera errore semantico.

### CASO DI TEST 17

Il mancato inserimento da parte del radiologo delle informazioni, dei riferimenti alle immagini e degli identificativi delle immagini TAC o MRI analizzate e contenute nella sezione “DICOM Object Catalog”, genera un errore semantico.

### CASO DI TEST 18

Il mancato inserimento della data di insorgenza del problema che va a distinguere, attraverso un riferimento temporale, l’anamnesi patologica prossima da quella remota (*observation/effectiveTime*), genera un errore semantico.

### CASO DI TEST 19

Il mancato inserimento del grado di parentela del familiare in oggetto (*relatedSubject/code*) durante la compilazione dell’anamnesi familiare contenuta nella sezione “Storia Clinica, genera un errore semantico.

### CASO DI TEST 20

Durante la fase di compilazione delle allergie contenute nella sezione “Storia Clinica”, viene generato un errore semantico dovuto all’assenza della specifica riguardante l’intervallo di tempo in cui l’allergia o intolleranza è attiva (*observation/effectiveTime*).

### CASO DI TEST 21

Durante la fase di compilazione delle allergie contenute nella sezione “Storia Clinica”, viene generato un errore semantico dovuto all’assenza della specifica inerente all’agente (sia esso un farmaco o no) che ha scatenato l’allergia (*observation/participant*).

### CASO DI TEST 22

Si prende in esame il caso in cui l’inserimento di una diagnosi sospettata o il sintomo prevalente avvenga con una codifica errata (*observation/value*) e quindi non prevista dal sistema di codifica di riferimento. Così facendo, viene generato un errore terminologico.

### CASO DI TEST 23

Si prende in esame il caso in cui la tipologia di accesso che ha determinato la prestazione (*documentationOf*) venga valorizzata con codice previsto dal sistema di codifica utilizzato, ma non accettabile dallo schematron cioè con un valore diverso da quelli ammessi che corrispondono a ‘Accesso Programmato’, ’Accesso Diretto’, ’Accesso Programmato Radiologia’, ‘Accesso Diretto Radiologia’. Così facendo, viene generato un errore semantico.