# 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 25

Il Caso di Test 1 corrisponde ad un esempio di CDA2 in cui sono presenti tutte le sezioni e/o campi corrispondenti ai dati essenziali del Decreto 7 Settembre 2023; in particolare, il CDA2 contiene le seguenti sezioni obbligatorie ed opzionali:

**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;

**Sezioni opzionali**

* “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;
* “Informazioni aggiuntive” riporta eventuali informazioni integrative e/o una appendice aggiuntiva al contenuto del documento originale
* “Complicanze” contiene eventuali complicazioni che il medico refertante rileva durante l'esame.
* “Suggerimenti per il medico prescrittore” con la descrizione di quanto il medico specialista ritiene opportuno comunicare al medico prescrittore.

### CASO DI TEST 26

Il caso di test prevede un esempio completo di CDA2 che contiene sia le sezioni obbligatorie che le sezioni opzionali. Rispetto al caso di test 1 proposto è necessario inserire le informazioni riportate all’interno delle *entryRelationship* associate alle seguenti sezioni:

* “Storia Clinica”
  + Stato clinico del problema,
  + Cronicità del problema
  + Età insorgenza
  + Età decesso
* “Allergie”
  + Descrizione reazione
  + Criticità dell’allergia o Intolleranza
  + Stato dell’allergia
  + Commenti

## 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 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 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 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.

### CASO DI TEST 24

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

### CASO DI TEST 27

Si prende in esame il caso in cui la priorità associata alla richiesta indicata nella ricetta (*order/priorityCode*) venga valorizzata con un codice non previsto dal sistema di codifica utilizzato. Così facendo, viene generato un errore terminologico.