# Referto di Specialistica Ambulatoriale

## Casi di Test – OK

I casi di test di ok esplicitati di seguito sono riportati nel file “*CDA2\_Referto\_Specialistica\_Ambulatoriale\_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 come 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 esegue il test da sforzo – cicloergometro e nella misurazione della pressione arteriosa ogni due minuti durante l’esecuzione.

Il referto contiene, oltre alle sezioni obbligatorie:

* “Prestazioni”, descrive le prestazioni effettivamente eseguite e le procedure operative di esame.
* “Referto”, descrive quanto emerso nel corso della/e prestazione/i, riporta quindi al proprio interno una descrizione delle valutazioni del medico e dell’esito della prestazione.

E deve contenere la seguente sezione opzionale:

* “Quesito Diagnostico”, rappresenta la diagnosi già accertata o sospettata oppure il sintomo prevalente. Serve allo specialista per conoscere 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”, ha 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 alla prestazione di Specialistica Ambulatoriale.
* “Confronto con precedenti esami eseguiti”, riporta un confronto tra quanto emerso nel corso di precedenti esami eseguiti e quanto rilevato nel corso della/e procedura/e oggetto del referto.
* “Diagnosi”, rappresenta la conferma o la confutazione del sospetto diagnostico.
* “Conclusioni”, riporta la valutazione conclusiva redatta dal medico specialista e generalmente destinata al medico richiedente.
* “Accertamenti e controlli consigliati”, riporta le prestazioni che il medico specialista ritiene opportuno consigliare al paziente.

### CASO DI TEST 3

Si prende in considerazione il caso di un paziente che effettua il test di ginecologia colposcopia ovvero un esame ginecologico diagnostico di secondo livello che studia le cellule della cervice uterina. Serve per appurare le cause di un sanguinamento anomalo o di dolori durante i rapporti sessuali ma soprattutto, in caso di Pap-Test dubbio, per il riconoscimento precoce del tumore al collo dell'utero.

Il referto contiene, oltre alle sezioni obbligatorie:

* “Prestazioni”, descrive le prestazioni effettivamente eseguite e le procedure operative di esame.
* “Referto”, descrive quanto emerso nel corso della/e prestazione/i, riporta quindi al proprio interno una descrizione delle valutazioni del medico e dell’esito della prestazione.

E deve contenere la seguente sezione opzionale:

* “Quesito Diagnostico”, rappresenta la diagnosi già accertata o sospettata oppure il sintomo prevalente. Serve allo specialista per conoscere il motivo della richiesta dell’esame allo scopo di formulare delle risposte clinicamente precise al paziente o al medico che ha prescritto l’accertamento.
* “Confronto con precedenti esami eseguiti”, riporta un confronto tra quanto emerso nel corso di precedenti esami eseguiti e quanto rilevato nel corso della/e procedura/e oggetto del referto.
* “Diagnosi”, rappresenta la conferma o la confutazione del sospetto diagnostico.
* “Conclusioni”, riporta la valutazione conclusiva redatta dal medico specialista e generalmente destinata al medico richiedente.
* “Accertamenti e controlli consigliati”, riporta le prestazioni che il medico specialista ritiene opportuno consigliare al paziente.
* “Terapia Farmacologica Consigliata”, riporta le terapie che il medico specialista ritiene opportuno consigliare al paziente a seguito della prestazione.

### 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\_Specialistica\_Ambulatoriale\_KO.xls*”.

### CASO DI TEST 5

Il mancato inserimento del campo inerente il 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

Il test case fa riferimento all’inserimento, nella sezione “Storia Clinica”, di un’osservazione clinica relativa ad un parente biologico, che riporta un codice errato (*observation/value*) e quindi non previsto dal sistema di codifica di riferimento, generando così un errore terminologico.

### 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

La mancata compilazione dell’informazione inerente alla tipologia dell’esame che viene eseguito sul paziente (*act/code*) genera un errore sintattico nella sezione “Prestazioni”.

### CASO DI TEST 15

La mancata compilazione dei dati relativi al Referto della sezione obbligatoria “Referto” che genera un errore semantico.

### CASO DI TEST 16

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

### CASO DI TEST 17

La mancata compilazione delle informazioni relative alle procedure amministrative (*entry/act*) eseguite e contenute nella sezione “Prestazioni”, genera un errore semantico.

### CASO DI TEST 18

Durante la fase di compilazione dell’anamnesi patologica contenuta nella sezione “Storia Clinica”, viene generato un errore semantico dovuto alla mancata indicazione della data di insorgenza del problema, la quale va a distinguere, attraverso un riferimento temporale, l’anamnesi patologica prossima da quella remota (*observation/effectiveTime*).

### CASO DI TEST 19

La generazione di un errore semantico avviene quando, durante la compilazione dell’anamnesi familiare contenuta nella sezione “Storia Clinica”, non viene specificato il grado di parentela del familiare in oggetto (*relatedSubject/code*).

### CASO DI TEST 20

Durante la fase di compilazione dell’allergia contenuta 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 dell’allergia contenuta 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

Il test case fa riferimento all’inserimento di una diagnosi sospettata o il sintomo prevalente con un codice errato (*observation/value*) e quindi non previsto dal sistema di codifica di riferimento, generando così un errore terminologico.

### CASO DI TEST 23

Si prende in esame il caso in cui l’elemento signatureCode del firmatario del documento (*legalAuthenticator*) venga valorizzato con un codice errato (diverso da “S”), generando un errore semantico.