



Registration of Electronic Health Records for use in Home Care Nursing

Documentation of the 2020 criteria

Version March 15th 2021

Versioning and document review/adaptions

Version	Publication Date	Author(s)	Reviewed by
V0.1	13 APR 2020	Tom de Vree Geert Thienpont Yves Vanderstichele	Stéphane Houppresse Tim Weltens Christine van Cante Anne Sophie Paquet Catherine Verbraeck
V1.0	25 MAY 2020	Tom de Vree Geert Thienpont Yves Vanderstichele	Stéphane Houppresse Tim Weltens Christine van Cante Anne Sophie Paquet Catherine Verbraeck
V1.1	03 JUN 2020	Tom de Vree Geert Thienpont Yves Vanderstichele	Stéphane Houppresse Tim Weltens Christine van Cante Anne Sophie Paquet Catherine Verbraeck
V1.2	03 JUN 2020	Tom de Vree Geert Thienpont Yves Vanderstichele	Stéphane Houppresse
V1.3	03 JUN 2020	Tom de Vree Geert Thienpont Yves Vanderstichele	Stéphane Houppresse Christine van Cante Anne Sophie Paquet Catherine Verbraeck
V1.4	09 JUN 2020	Tom de Vree	
V1.8D	24 JUN 2020	Stéphane Houppresse	Consolidation des commentaires et envoi à BEMESO
V1.9	02 JUL 2020	Stéphane Houppresse	Traduction en FR de l'EN et intégration des commentaires du GT reçu le 29/6
V2.0	28 JUL 2020	Tom de Vree Geert Thienpont Yves Vanderstichele	Invoegen NL-vertaling.
V2.1	02 AUG 2020	Tom de Vree Geert Thienpont Yves Vanderstichele	Criteria flagging (AE-L-D) Finalizing intrduction text
V2.2	11 AUG 2020	Tom de Vree Stéphane Hourpresse	Adding GT Comments
V2.3	11 SEP 2020	Tom de Vree Geert Thienpont Yves Vanderstichele	Adding timelines. Inputting final comments. Finalizing the document.
V2.4	15 SEP 2020	Stéphane Houppresse	Intro et proofing + BCP postponed
V2.5	16 SEP 2020	Tom de Vree	Layout
V2.6	17 SEP 2020	Tom de Vree	Intro + Software Info LATER
V2.7	15 MAR 2021	Stéphane Houppresse	Planning modification
V2.8	9 APR 2021	Stéphane Houppresse	Modification critère 68





Table of contents

1	INTRODUCTION.....	6
1.1	ABOUT THIS DOCUMENT.....	6
1.2	PURPOSE OF THIS DOCUMENT.....	6
1.3	CONDITIONS FOR REGISTRATION OF HCN INFORMATION SYSTEMS.....	7
1.3.1	Q&A Period.....	7
1.3.2	How to register for your audit?.....	7
1.4	DOCUMENTATION CONTENT.....	8
2	THEME 0: GENERIC CONDITIONS FOR REGISTRATION.....	9
2.1	ONE AND ONLY ONE PATIENT RECORD.....	9
2.2	REGISTER ONCE USE ANYWHERE, EVERYWHERE.....	11
2.3	DATA PORTABILITY.....	12
2.4	DATA VERSIONING & DATA EVOLUTION.....	15
2.5	GRAPHICAL REPRESENTATION OF NUMERIC DATA.....	18
3	THEME 1: STANDARDIZED STRUCTURATION AND CONTENT OF THE EHR.....	19
3.1	MEDICO-ADMINISTRATIVE DATA.....	19
3.1.1	The patient.....	19
3.1.2	Care team.....	22
	<i>Het softwarepakket geeft het hele zorgteam per patiënt weer. De minimale attributen waaraan elke zorgverlener moet voldoen, worden opgesomd in criterium 19.</i>	23
	<i>Le logiciel affiche l'ensemble de l'équipe de soins par patient. Les attributs minimaux que chaque professionnel de la santé doit posséder sont énumérés dans le critère 19.</i>	23
3.1.3	Health Payers Others.....	24
3.2	CONDITIONS FOR REGISTRATION RELATED TO HEALTH DATA.....	24
3.2.1	Confidentiality.....	24
3.2.2	Parameters.....	25
3.2.3	Diagnostic services.....	26
4	THEME 2: DATA SOURCES.....	27
5	THEME 3: CONDITIONS REGARDING DATA USER INTERFACE AND DATA ENTRY.....	31
5.1	APPLICATION INTERFACE.....	31
5.1.1	Generic interface conditions.....	31
5.1.2	Language of application.....	32
5.1.3	Minimal patient identification.....	32
5.2	PATIENT SELECTION INTERFACE.....	33
5.3	DISPLAY PRE-SORTED CONTENT OF AN INDIVIDUAL PATIENT RECORD.....	33
5.3.1	Pre-defined composition.....	33
5.4	CONTENT DISPLAY BASED ON A SIMPLE CHOICE BY THE USERS.....	36
5.5	DOCUMENT PRODUCTION.....	37

6	THEME 4: CONDITIONS FOR REGISTRATION REGARDING FUNCTIONAL AND CLINICAL SPECIFICATIONS	41
6.1	CARE CONCEPTS, EVALUATION AND FOLLOW UP	41
6.2	USE OF EVALUATION SCALES AND DECISION SUPPORT.....	49
6.3	PROCESSING ORDERS, PRESCRIPTIONS & REFERRALS	51
6.4	MEDICINAL TREATMENT	54
6.4.1	<i>The scheme of administration</i>	54
6.4.2	<i>Import/export of the medication scheme</i>	54
6.5	ALERT MANAGEMENT.....	55
6.6	ACCESS MANAGEMENT AND AUTHENTICATION	56
7	THEME 5: CONDITIONS REGARDING BILLING AND REIMBURSEMENT	60
8	THEME 6: CONTRACTUAL AND LEGAL ASPECTS	61
9	THEME 7 MODULAR CRITERIA : EXTERNAL INTERACTIONS	66
9.1	BASIC SERVICES (E-HEALTH PLATFORM)	66
9.2	CIN/NIC SERVICES.....	68
9.3	HUBS/HEALTH VAULTS.....	71
9.4	BELRAI	71



1 Introduction

1.1 About this document

The new 2020 Home Care Nursing (HCN) criteria are aiming to support the eHealth Roadmap 3.0 and promotes in particular the interoperability & standardization of the medical files.

This document describes the criteria and the documentation that will be used for HCN software 2020 registration. The document is published on the website of the eHealth platform and RAMIT vzw.

1.2 Purpose of this document

The document will focus on the functional and conceptual aspects as well as on the structuring of the EHR, in such a way that implementation can be done in conformity with the described interpretation of these conditions.

The document will not duplicate the “technical documentation” provided by external service providers to be connected or interacted with. This technical documentation will at most be referenced, if available, with a link to the website of that service provider.

This document has neither the ambition to be a comprehensive “cookbook” enabling the development of an EHR from scratch.

1.3 Conditions for registration of HCN Information Systems

A software company that takes the registration commits to implement and comply to all the criteria described in this document. The set does not only contain “new” function descriptions but also contain updated versions of yet implemented functions.

The conditions for registration have always been cumulative, excepted obviously when a disruptive decision is taken. We have incorporated and tuned previous documentations to have a self standing documentation.

1.3.1 Q&A Period

From the 1st of October until the 31st of December 2020 a Q&A will be organized. All questions can be sent to tom.devree@ramit.be, the detailed Q&A process will be described on the RAMIT (www.ramit.be) website. An updated Q&A file will be uploaded weekly on the RAMIT website (www.ramit.be) with answers to the questions.

1.3.2 How to register for your audit?

The functional audits for the HCN software will be organized between June 2021 and March 2022. In order to participate, a software company needs to request formally an audit and accept the terms and conditions. Please bear in mind the following points when completing your registration:

- ✓ *Vendors can register through the registration form on www.ramit.be as of 31/10/2020, practical instructions and the necessary documents will be sent by email.*
- ✓ *A first audit will only be possible until Mar 2022, retests will be possible until Jun 2022.*
- ✓ *After RAMIT receives the registration form the contract and invoice will be sent out.*
- ✓ *The audit date can only be ‘confirmed’ when the contract is signed and the audit fee has been paid Slots are attributed on “first come / first served” basis, we therefore encourage to make inscriptions as soon as possible.*
- ✓ *A minimum of 6 weeks is needed between an audit request and the actual audit date.*
- ✓ *In the unfortunate event a retest has to be organized, the entire registration, audit and evaluation procedure takes up to 4 weeks.*



1.4 Documentation content

For each condition the following table is used:

ID: ID_#	Condition in Dutch	Condition in French
E.	Documentation in Dutch	Documentation in French

3 types of criteria:

AE

Before a vendor can start the audit procedure, he will officially confirm that all criteria have been met and that he tested this internally on the basis of auto-evaluations. This results in an AE-flag for all criteria.

AE + D

Additional documentation has to be provided for some specific criteria. In this documentation, the vendor will demonstrate through print screens, export files, etc. that the system meets this criterion. These criteria will be flagged as AE+D. Existing software documentation can be used if it demonstrate compliance to the criteria

AE + L

These are criteria for which the vendor has contractually confirmed (signed) that the software meets the requirements. No specific test is foreseen however further information or demonstration regarding the criterion could be requested at any given time during a test.

2 Theme 0: generic conditions for registration

The “generic” conditions are applicable throughout the application. They are not linked to one particular domain of application. They are ‘to be used’ in different functionalities and intended to be used by all/several health and care related applications.

2.1 One and only one patient record

<p>ID_001 AE+D</p>	<p>De software voorkomt dubbele dossiers voor eenzelfde patiënt (bv. op basis van eID, INSZ en/of basisgegevens als naam, voornaam, geboortedatum) zowel voor bestaande dossiers als bij nieuwe patiënten.</p>	<p>Le logiciel empêche les doubles dossiers pour un même patient (via par ex. eID - numéro NISS et/ou les données de base : nom, prénom, date de naissance) tant pour les dossiers existants que lors de la prise en charge d'un nouveau patient.</p>
<p>E.</p>	<p>Elk patiëntdossier heeft een aanmaakdatum en auteur verantwoordelijk voor aanmaak van het dossier. Implementatie is vrij maar de functionaliteit moet voor de gebruiker toegankelijk zijn. Het softwarepakket zorgt ervoor dat beide velden standaard worden ingevuld.</p> <p>Het criterium stelt dat de software bij de aanmaak van een dossier dient op te sporen of er geen dubbel gecreëerd wordt en in dat geval de aanmaak ervan dient te verhinderen. Deze controle gebeurt hetzij op basis van het INSZ, hetzij op basis van de naam, voornaam, en geboortedatum, waarbij deze informatie hetzij manueel ingevoerd wordt, hetzij uitgelezen wordt vanaf de eID.</p> <p>Dit houdt meer precies in dat geen dubbel dossier kan aangemaakt op basis van naam, voornaam, geslacht en geboortedatum zonder waarschuwing, zonder expliciete bevestiging en zonder een bijkomend identiteitsgegeven toe te voegen op basis waarvan een onderscheid kan gemaakt worden. Dat bijkomend element kan niet het INSZ nr. zijn, tenzij beide een (verschillend) INSZ nummer hebben. Tweemaal dezelfde patiënt, éénmaal met en éénmaal zonder INSZ kan niet. Ook twee patiënten met hetzelfde INSZ nummer kan niet.</p>	<p>Les principales sources de doublons sont liées à la migration ou à la consolidation de données de patients d'origines différentes. Pour les dossiers incomplets, un contrôle peut être effectué "a posteriori". L'objectif final est d'éviter la duplication des dossiers de patients.</p> <p>Le critère indique que le logiciel doit – lors de la création d'un dossier – détecter le risque de création d'un doublon et même en empêcher sa création. Ceci se fait aussi bien sur base soit du numéro NISS soit sur base du nom, prénom, date de naissance, ces informations étant soit introduites manuellement soit disponibles (lues) sur la carte eID.</p> <p>Ceci implique qu'aucun doublon sur base de nom, prénom, sexe et date de naissance ne peut être créé sans avertissement et confirmation explicite de la part de l'utilisateur et sans qu'un identifiant complémentaire soit ajouté. L'identifiant complémentaire distinguant les doublons ne peut être le NISS, sauf si chacun des doublons à un numéro NISS différent. Ceci implique que le même patient ne peut figurer deux fois, une fois avec et une fois sans numéro NISS.</p> <p>Deux patients avec le même NISS est impossible aussi.</p>

	<p>Er bestaat een risico op een dubbel dossier wanneer al deze identiteitsgegevens identiek zijn. Het systeem verwittigt de gebruiker. Een nieuw dossier kan maar aangemaakt worden door toevoeging van een bijkomend identificatie gegeven, bijvoorbeeld een bijkomende voornaam.</p> <p>Probeer een dossier aan te maken dat kennelijk een dubbel is met een van de patiënten in het bestand waarbij het nieuwe dossier toegevoegd wordt.</p> <p>Probeer een dossier aan te maken voor een nieuwe patiënt met verschillende naam enz... maar met het INSZ nummer identiek aan dat van een andere patiënt.</p> <p>Onder onvolledige patiëntenfiche bedoelen wij bijvoorbeeld een dossier zonder voornaam of zonder (volledige) geboortedatum of zonder INSZ nummer</p> <p>Documenteer hoe ene dossier aldus kan aangemaakt worden en later aangevuld.</p>	<p>Soupçon de doublon au cas où tous ces éléments sont identiques. L'application avertit l'utilisateur et empêche la création d'un dossier, sauf à condition qu'un identifiant supplémentaire soit ajoutée, par exemple un prénom supplémentaire.</p> <p>Essayez de produire un dossier qui est clairement un doublon avec un des dossiers dans la patientèle présente.</p> <p>Essayez de produire un nouveau dossier pour un patient avec un nom, prénom etc ... différent, mais un numéro INSS identique à celui enregistrée pour un autre patient.</p> <p>Nous entendons sous "fiche patient incomplète" par exemple un dossier pour un patient sans prénom connu ou sans date de naissance (complète) ou sans numéro INSS</p> <p>Démontrez qu'un tel dossier peut être créé et ensuite mis-à-jour.</p>
--	--	--

<p>ID_002 AE</p>	<p>De software dient de volgende informatie te kunnen weergeven mbt het EVD van een patiënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - datum van aanmaak - verantwoordelijke voor de aanmaak 	<p>Le logiciel doit permettre de présenter les informations ci-dessous concernant le DPI d'un patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - date de création - personne responsable de la création
<p>E.</p>	<p>Elk patiëntendossier heeft een aanmaakdatum en een auteur die verantwoordelijk is voor de aanmaak van het dossier. De implementatie is vrij maar de functionaliteit moet voor de gebruiker toegankelijk zijn. Het softwarepakket zorgt ervoor dat beide velden standaard worden ingevuld.</p>	<p>Chaque dossier de patient a une date de création et un auteur responsable de la création du dossier. La mise en œuvre est libre, mais la fonctionnalité doit être accessible à l'utilisateur. Le logiciel veille à ce que les deux champs soient remplis par défaut.</p>

2.2 Register once use anywhere, everywhere

ID_003 AE+D	De gezondheids-, zorggegevens en administratieve gegevens moeten zowel toegankelijk zijn in het model dat voor de invoer ervan gediend heeft als op het niveau van het gestructureerde dossier. Eenmaal ingevoerd, overal beschikbaar."	Les données administratives, de santé ou de soins doivent être accessibles aussi bien dans le modèle qui a servi à la saisie qu'au niveau de l'ensemble du dossier structuré. Principe : Une fois saisie, disponible partout.
E.	<p>Onder "model" moet worden verstaan een template die wordt gebruikt om gegevens in te brengen. Alle gegevens moeten beschikbaar zijn in de vorm van gestructureerde gegevens voor alle softwarepakketten eerder dan in de vorm van documenten.</p> <p><i>Bijvoorbeeld: wanneer een waarde (een schaal bijvoorbeeld) wordt ingebracht in een gestructureerd veld van de opvolgingsinterface voor de wondverzorging is het belangrijk dat deze waarde tevens voorkomt in het overzicht van de generieke parameters.</i></p>	<p>Un "modèle" doit être compris comme un template utilisé pour entrer des données. Toutes les données doivent être disponibles sous forme de données structurées disponibles pour l'ensemble du logiciel plutôt que sous forme de document.</p> <p><i>Exemple: lorsqu'une valeur (une échelle par exemple) est saisie dans un champ structuré de l'interface de suivi des soins des plaies, il est important que cette valeur apparaisse également dans l'aperçu des paramètres génériques.</i></p>

ID_004 AE+D	Elk gezondheidsgegeven, zorggegeven of administratief gegeven is ondubbelzinnig verbonden aan een patiënt.	Chaque donnée de santé, de soins ou administrative est associée à un patient de manière univoque.
E.	<p>Dit criterium heeft als doel om de integriteit van de gegevens te waarborgen en dubbele gegevens te vermijden.</p> <p>De interne unieke identificatie waarborgt dat de gegevens aan dezelfde patiënt gekoppeld blijven zowel bij naamswijziging als bij de wijziging/ correctie van een INSZ nummer. (bij naturalisatie?)</p> <p>Wijzig naam of voornaam van een patiënt. Voeg gegevens toe en controleer of de nieuwe gegevens samen komen met de gegevens ingevoerd onder de oude identiteit.</p> <p>In een architectuur waarin er een gesynchroniseerde mobiele applicatie bestaat, is het belangrijk dat hetzelfde intern identificatienummer wordt gebruikt zowel voor de mobiele applicatie als voor de "hoofd"-applicatie.</p>	<p>L'objectif de ce critère est d'assurer l'intégrité des données et d'éviter les doublons.</p> <p>Un identifiant unique pour un patient garantit que les données resteront reliées à ce patient même en cas de changement de nom ou de numéro NISS, (par exemple en cas de naturalisation?)</p> <p>Modifiez le nom et/ou le prénom d'un patient. Ajoutez certaines données au dossier. Contrôlez que ces données s'ajoutent aux données précédentes pour ce patient.</p> <p>Dans le cas d'une architecture où il existe une application mobile synchronisée, il est important que le même identifiant interne soit utilisé pour l'application mobile que pour l'application "mère".</p>

2.3 Data portability

<p>ID_005 AE+D</p>	<p>Een VPK verslag of transferrapport kan worden gegenereerd; dit verslag omvat minstens de hierna vermelde sleutel-elementen voor de opvolging van de patiënt door een andere zorgverlener of met het oog op een ziekenhuisopname :</p> <ul style="list-style-type: none"> - anamnese - administratieve gegevens van de patiënt - administratieve gegevens van het zorgteam - huidige verpleegkundige diagnoses - het probleem behandeld in samenwerking - Het probleem behandeld in samenwerking - lijst & beschrijving v/d huidige zorgverstrekkingen - meest recente KATZ-evaluatie - 10 laatste observaties - de waardes van de vitale parameters van de laatste maand of de laatste 10 meetpunten - contactgegevens v/d VPK die instaat voor de zorg 	<p>Un rapport infirmier ou de transfert peut être généré, celui-ci comprend au minimum les informations clefs citées ci-dessous pour le suivi du patient par un autre prestataire de soins ou en vue d'une hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - anamnèse - données administratives du patient - données administratives de l'équipe de soins - Diagnostiques infirmiers actuel - le problème traité en collaboratin - liste et description des soins actuels - l'échelle de KATZ la plus récente - les 10 dernières observations - les valeurs des paramètres vitaux du dernier mois ou des 10 derniers points de mesure - les données de contact de l'infirmier en charge des soins
<p>E.</p>	<p>De sleutelementen vermeld in dit criterium zijn verplicht. De verkoper mag de manier waarop hij dit criterium implementeert, echter vrij kiezen. We verwijzen naar criterium 16 voor wat de minimale administratieve gegevens van de patiënt betreft (verplichte velden). We verwijzen naar criterium 19 voor wat de minimale administratieve gegevens van het verzorgingsteam betreft.</p> <p>De software moet in staat zijn om het rapport ten minste in PDF (getagd als "Nurse Transfer Report") of FHIR structurering te exporteren. Andere formats zijn toegestaan, maar niet verplicht. Gestructureerde export in FHIR-formaat zal in de toekomst verplicht zijn (2022 TBC). Het rapport moet worden ingediend op een locatie die compatibel is met het hubsysteem om de 24 uur per dag en 7 dagen per week beschikbaar te zijn.</p> <p>Het ontbreken van één van deze elementen houdt in dat het criterium "FAILED" is.</p>	<p>Les éléments clés mentionnés dans ce critère sont obligatoires. La façon dont est implémenté ce critère par le vendeur est libre. Veuillez consulter le crt.16 pour les données administratives minimales relatives au patient (champs obligatoires). Veuillez consulter le crt. 19 pour les données administratives minimales relatives à l'équipe soignante.</p> <p>Le logiciel devrait être capable d'exporter le rapport au minimum en PDF (Taggé comme "Nurse Transfer Report") ou en structuration FHIR. D'autres formats sont autorisés mais non obligatoires. L'export structuré au format FHIR sera obligatoire dans le future (2022 TBC). Le rapport doit être déposé à un endroit compatible avec le système des Hubs afin de garantir une disponibilité 24/7.</p> <p>L'absence de l'un de ces éléments impliquera que le critère est "FAILED".</p>

<p>ID_006 AE+D</p>	<p>Na het selecteren van een patiëntendossier kan de software het dossier samenvatten in een leesbaar standaardformaat (minimaal PDF).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnèse • administratieve gegevens van de patiënt • administratieve gegevens van het zorgteam • Verpleegkundige diagnoses van de laatste 3 maanden* • het probleem behandeld in samenwerking • lijst en beschrijving van de huidige* zorgverstrekkingen • Meest recente KATZ-evaluatie* • Observaties van de laatste 3 maanden* • Parameters van de laatste 3 maanden* • Contactgegevens van de VPK die instaat voor de zorg <p>Voor de velden met een * moeten het mogelijk zijn om gegevens te selecteren (alle gegevens of bepaalde gegevens) en de periode waarop de gedefinieerde gegevens betrekking hebben.</p>	<p>Après sélection d'un dossier de patient, le logiciel permet de le résumer et de l'exporter dans un format standard lisible (au minimum PDF).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnèse • données administratives du patient • données administratives de l'équipe de soins • Diagnostic Infirmiers des 3 derniers mois* • le problème traité en collaboration • liste et description des soins actuels • l'échelle de KATZ la plus récente* • les observations des 3 derniers mois* • les paramètres des 3 derniers mois* • les données de contact de l'infirmier en charge des soins <p>Les champ signalés par * doivent pouvoir permettre la sélection des données (tous ou slt certaines),et la période sur laquelle porte les données définies</p>
<p>E.</p>	<p>Het doel van dit verslag is een verandering voor de patiënt op langere termijn te ondersteunen, bijvoorbeeld zijn verhuis naar een rusthuis. Het verslag zal duidelijk geïdentificeerd worden als een uitgebreid transfer rapport. Het verslag is autom. gebaseerd op de laatste 3 maanden en zal gebruik maken v/d hierboven vermelde sleutelementen.</p> <p>De software moet in staat zijn om het rapport ten minste in PDF (getagd als "Nurse Transfer Report") of FHIR structurering te exporteren. Andere formats zijn toegestaan, maar niet verplicht.</p> <p>Gestructureerde export in FHIR-formaat zal in de toekomst verplicht zijn (2022 TBC). Het rapport moet worden ingediend op een locatie die compatibel is met het hubsysteem dat 24/ beschikbaar is.</p> <p>We verwijzen naar crt. 16 voor wat de min. administratieve gegevens van de patiënt betreft (verplichte velden). We verwijzen naar crt. 19 voor wat de minimale administratieve gegevens van het verzorgingsteam betreft.</p> <p>Het ontbreken van één van deze elementen houdt in dat het criterium "FAILED" is.</p>	<p>L'objectif de ce rapport est de supporter un changement à plus long terme pour le patient, par exemple le déplacement de celui-ci en maison de repos. Le rapport sera clairement identifié comme un "rapport de transfert étendu". Le rapport sera par défaut basé sur les 3 derniers mois et utilisera les éléments clés mentionnés ci-dessus.</p> <p>Le logiciel devrait être capable d'exporter le rapport au minimum en PDF (Taggé comme "Nurse Transfer Report") ou en structuration FHIR. D'autres formats sont autorisés mais non obligatoires.</p> <p>L'export structuré au format FHIR sera obligatoire dans le future (2022 TBC). Le rapport doit être déposé à un endroit compatible avec le système des Hubs afin de garantir une disponibilité 24/7.</p> <p>Veuillez consulter le crt. 16 pour les données administratives minimales relatives au patient (champs obligatoires). Veuillez consulter le chapitre 19 pour les données administratives minimales relatives à l'équipe soignante.</p> <p>L'absence de l'un de ces éléments impliquera que le critère est "FAILED".</p>

ID_007 AE+D	Default exporteert/communiceert de software enkel de gegevens die noodzakelijk zijn voor de betrokken functionaliteit.	Par défaut le logiciel ne transmet / n'exporte que les informations nécessaires à la fonctionnalité visée.
E.	<p>Het softwarepakket implementeert standaard een specifieke export (niet in massa), wat inhoudt dat de exporten enkel betrekking hebben op relevante/ geselecteerde inhoud. De inhoud van de exports moet alle privacyreglementeringen in acht nemen.</p> <p>Dit criterium wordt niet als dusdanig getest/gecontroleerd (maar onrechtstreeks is dit wel mogelijk). De verbintenis die door de softwareleverancier is ondertekend om alle crit. na te leven, houdt de naleving van dit criterium in.</p>	<p>Le logiciel implémente par défaut une exportation spécifique (pas de masse) ce qui implique que les exports ne portent que sur des informations pertinentes/sélectionnées. Le contenu des exportations doit tenir compte de toutes les réglementations relatives à la protection de la vie privée.</p> <p>Ce critère ne sera pas testés/audités en tant que tel (mais pourraient l'être indirectement). L'engagement, signé par le fournisseur de logiciel, de respecter tous les critères implique le respect de ce critère.</p>

ID_008 AE+D	De parameters en meetwaarden vermeld in criterium 24 kunnen worden geëxporteerd over een periode die gedefinieerd wordt door de gebruiker in een gestructureerd of PDF-document. Dit document kan worden opgeslagen in het dossier van de patiënt.	Les paramètres et mesures mentionnés dans le critère 24 peuvent être exportés sur une période définie par l'utilisateur dans un document structuré ou PDF. Ce document peut être sauvé dans le dossier du patient.
E.	Het softwarepakket stelt de gebruiker in de mogelijkheid om een specifieke periode te selecteren voor de export. De te selecteren periode kan tussen twee datums liggen (dd/mm/jjjj). De geëxporteerde parameters kunnen in de vorm van tabellen en/of grafieken worden weergegeven. Een parameter wordt steeds met de eenheden zoals beschreven in criterium 51 weergegeven.	Le logiciel permet à l'utilisateur de sélectionner une période spécifique pour l'export. La période à sélectionner peut être entre deux dates (jj/mm/aaaa). Les paramètres exportés peuvent être affichés sous forme de tableau et/ou de graphique. Un paramètre est toujours affiché avec les unités comme décrit dans le critère 51.

2.4 Data Versioning & Data Evolution

The next criteria are addressing basic attributes e.g. date of validity, date of entry and end date but also issues such as author, kind of data and authorship or versioning.

ID_009 AE+D	De software laat toe om patiëntendossiers die de gebruiker niet meer in de lijst van actieve dossiers wil zien staan, op inactief (>< wordt verzorgd) te plaatsen, en vice versa.	Le logiciel doit permettre de donner un statut "inactif" (>< en cours de soins) aux dossiers des patients que l'utilisateur ne souhaite plus voir apparaître dans la liste des dossiers actifs et vice versa.
E.	Het softwarepakket geeft de gebruiker de mogelijkheid om aan de patiëntendossiers een status toe te kennen over het al dan niet toegediend krijgen van verzorging. Wanneer een gebruiker een patiëntendossier deactiveert (in de praktijk gebeurt dit over het algemeen automatisch door het systeem wanneer een patiënt geen verzorging meer toegediend krijgt en zal de patiënt niet meer voorkomen op de werklíjst). De "inactieve" dossiers zijn steeds in het softwarepakket aanwezig, ze kunnen op elk moment worden geraadpleegd en gereactiveerd.	Le logiciel permet à l'utilisateur de donner aux dossiers de patient un statut concernant la réception ou non de soins. Lorsqu'un utilisateur désactive un dossier de patient (en pratique, cela est généralement effectué automatiquement par le système lorsqu'un patient ne reçoit plus de soins, ce patient ne sera plus présent sur la liste de travail. Les dossiers "inactifs" sont toujours présents dans le logiciel, ils peuvent être consultés et ré-activés à tout moment.

ID_010 AE+D	De software laat toe de geschiedenis van de opeenvolgende versies van een gegeven terug te vinden (voorbeeld: wijziging van de dosering van een geneesmiddel: in de db vindt men de twee gegevens)	Le logiciel permet de retrouver l'historique des versions successives d'une donnée (Exemple : modification d'une dose d'un médicament, en db, on retrouvera les 2 informations)
E.	<p>Is minimaal van toepassing op de klinische gegevens waarop de versioning is ge-activerd. Een interface/ gebruikersverslag geeft de verschillende versies weer. De versioning wordt minimaal geactiveerd voor de volgende gezondheidsgegevens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - geneesmiddelen - wondverzorging - observaties - verpleegkundige diagnose. <p>Elke registratie wordt gelinkt aan een auteur, een oorsprong en een elektronische datering (datum en uur).</p>	<p>S'applique au minimum aux données cliniques pour lesquelles le versionnement est activé. Une interface/un rapport utilisateur affiche les différentes versions. Le versionnement est activé au minimum pour les données de santé suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - médicaments - soins des plaies - observations - le diagnostic infirmier. <p>Chaque enregistrement est associé à un auteur, une origine et un horodatage (date et heure).</p>

	<p>Elke wijziging van een gegeven, ook het wissen van een gegeven, geeft aanleiding tot het aanmaken van een nieuwe versie van dat gegeven.</p> <p>Het systeem kan een historiek van de versies aanmaken.</p> <p>Ook het wijzigen van de status van een gegeven geeft aanleiding tot een nieuwe versie van dat gegeven, bijvoorbeeld wijzigen van de status van een verrichting van "gepland" naar "verricht".</p> <p>Toon en documenteer een wijziging van een gegeven, hoe een nieuwe versie ontstaat en hoe de versies 'toegankelijk' zijn.</p>	<p>Chaque modification (suppression incluse) d'une donnée de santé donne lieu à la création d'une nouvelle version.</p> <p>Un historique des versions peut-être produit.</p> <p>Un changement de statut d'une donnée, par exemple d'un acte ou d'une prestation planifié en acte effectué, résulte en la création d'une nouvelle version.</p> <p>Démontrez et documentez une modification et comment cela crée une nouvelle version en laissant l'ancienne version 'accessible'.</p>
--	--	--

<p>ID_011</p> <p>AE</p>	<p>De gegevens hebben mogelijk rechtstreeks of onrechtstreeks:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. een auteur(M) 2. een Timestamp (M) 3. een oorsprong = van waar komt de informatie 	<p>Les données peuvent avoir, directement ou indirectement:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. un auteur (M) 2. un Horodatage (M) 3. une origine = d'où vient l'information
<p>E.</p>	<p>Dit criterium heeft tot doel om de richtlijnen over de digitale archivering van de gegevens te ondersteunen, hierdoor kunnen de documenten in een numeriek formaat worden bewaard waarbij bewijskracht wordt gegarandeerd.</p> <p>Het toepassingsgebied bestaat minimaal uit de klinische gegevens waarvoor de versioning is geactiveerd, cf. CR10, en alle documenten die door het softwarepakket worden bewaard of gegenereerd: verslagen, facturen, onderzoeken, enz.</p> <p>Auteur: de identiteit van de auteur van de gegevens wordt geauthentiseerd ofwel op basis van een identiteitscertificaat dat op de elektronische identiteitskaart aanwezig is, ofwel op basis van een ander certificaat dat aan de van kracht zijnde bepalingen voldoet.</p> <p>Elektr. datering betekent de aanwezigheid van een referentiedatum en uur.</p>	<p>Ce critère a pour but de supporter les directives sur l'archivage numérique des données qui permet de conserver les documents sous format numériques en leur garantissant une force probante</p> <p>Le champ d'application s'étend au minimum aux données cliniques pour lesquelles le versioning est activé cf CR10 et TOUS les documents que génère/ ou stocke le logiciel : rapports, factures, examen, etc.</p> <p>Auteur : l'identité de l'auteur des données est authentifiée soit à l'aide du certificat d'identité présent sur la carte d'identité électronique ou d'un autre certificat qui satisfait aux dispositions en vigueur</p> <p>Horodatage signifie une date de référence et une heure de référence</p>

	<p>De elektr. gegevens kunnen niet worden gewijzigd na de vermelding van de identiteit van de auteur en na het in verband brengen met een referentiedatum en-uur.</p> <p>De oorsprong moet worden beschouwd als de gegevensbron, in het bijzonder wanneer ze niet van de verpleegkundige komt (hij/zij is standaard de bron ervan). Een voorschrift of elk ander als onderzoek geïmporteerd document heeft een oorsprong die niet per se verpleegkundig is. *Mandatory</p>	<p>Les données électroniques ne peuvent plus être modifiées après la mention de l'identité du rédacteur et après l'association à une date de référence et une heure de référence</p> <p>L'origine doit être comprise comme la source des données, en particulier quand elle ne vient pas de l'infirmier (la source étant par défaut celui-ci). Une prescription ou tout autre document importé comme examen a une origine qui n'est pas nécessairement l'infirmier. *Mandatory</p>
--	--	--

<p>ID_012 AE+D</p>	<p>De verwijdering van een gegeven dient te worden beschouwd als een wijziging en mag niet leiden tot het verlies van dit gegeven.</p>	<p>La suppression d'une donnée doit être considérée comme une modification et ne peut entraîner la perte de cette donnée.</p>
<p>E.</p>	<p>De geregistreerde klinische gegevens kunnen nooit uit de gegevensbank worden verwijderd. Wat de klinische gegevens betreft, genereert elke wijziging (ook de verwijdering) een nieuwe versie van de gegevens. De versionering wordt beschreven in criterium 10.</p>	<p>Les données cliniques enregistrées ne peuvent jamais être supprimées de la base de données. Pour les données cliniques, chaque modification (y compris la suppression) génère une nouvelle version des données. Le versioning est décrit dans le crt.10.</p>

<p>ID_013 AE+D</p>	<p>De software die de gegevens van de inactieve dossiers archiveert, moet kunnen verzekeren dat deze gegevens opnieuw zichtbaar kunnen worden gemaakt in de software.</p>	<p>Le logiciel qui prend l'option d'archiver les données des dossiers inactifs doit donner la garantie de pouvoir faire réapparaître ces données dans le logiciel.</p>
<p>E.</p>	<p>Het softwarepakket biedt de mogelijkheid om patiëntendossiers te archiveren. De dossiers worden zonder verlies/vervalsing van de gegevens gearchiveerd. Deze gegevens kunnen door de gebruiker worden gelezen. De methode voor de raadpleging kan vrij worden gekozen.</p>	<p>Le logiciel permet d'archiver des dossiers patient. Les dossiers archivés le sont sans perte/altération des données. Ces données sont accessibles en lecture par l'utilisateur. La méthode mise en place pour la consultation est libre.</p>

2.5 Graphical representation of numeric data

<p>ID_014 AE+D</p>	<p>De software laat toe om op basis van de ingevoerde parameters in synthetische vorm (grafiek of andere) de evolutie van de parameters te visualiseren (cf. mandatory parameters) volgens de modaliteiten die gedefinieerd werden door de gebruiker (dag, week, maand).</p>	<p>Le logiciel permet sur base des paramètres encodés de visualiser sous une forme synthétique (graphique ou autre) l'évolution des paramètres (cf paramètres obligatoires) selon des modalités définies par l'utilisateur (jour, semaine, mois).</p>
<p>E.</p>	<p>De voornaamste numerieke gegevens zijn biometrische gegevens. De applicatie moet de evolutie in de tijd ervan kunnen weergeven. Deze weergave hangt sterk af van de beschikbaarheid en het gebruik van standaardcodering/-eenheden om een homogene presentatie van de gegevens te verkrijgen. Het softwarepakket moet het gebruik van standaardeenheden dus actief promoten zoals aangegeven in het criterium. 24.</p>	<p>Les principales données numériques sont les données biométriques. L'application doit pouvoir en illustrer l'évolution dans le temps. Cette illustration dépend fortement de la disponibilité et de l'utilisation de codification/unité standards afin d'obtenir une présentation homogène des données. Le logiciel doit donc promouvoir activement l'utilisation d'unités standardisées, comme indiqué dans le critère. 24.</p>

3 Theme 1: Standardized structuration and content of the EHR

3.1 Medico-Administrative data

3.1.1 The patient

ID_015 AE+D	De software laat toe de patiënt te identificeren aan de hand van het INSZ-nummer.	Le logiciel permet d'identifier le patient via le NISS.
E.	<p>Dit criterium stelt dat het INSZ één van de zoekcriteria voor patiënten moet zijn (bij de gebruikersinterface en bij de integratie van externe documenten / resultaten). Het moet dus mogelijk zijn om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het INSZ in te voeren in de database na te gaan of er een patiënt met hetzelfde INSZ is en te voorkomen dat het INSZ opnieuw ingevoerd wordt voor een nieuwe patiënt • Ingeven van een INSZ code om een dossier te openen. • Ingeven van de INSZ code bij de manuele creatie v/e dossier en controle op eerder bestaan van een patiënt met dezelfde code. <p>Een INSZ-nummer moet uniek zijn in de database.</p>	<p>Le critère indique que le code NISS doit être un des critères de recherche des patients (à la saisie interface utilisateur et à l'intégration de documents/résultats externes). Il est donc nécessaire de pouvoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saisir le numéro NISS de vérifier l'existence dans la base de données d'un patient avec le même numéro NISS et d'empêcher la saisie de ce numéro pour un autre patient, si cela est le cas • Saisir un code NISS afin d'ouvrir un dossier d'un patient. • Saisir le code NISS lors de la création manuelle d'un dossier et contrôle sur l'existence ou non d'un patient avec le même code NISS. <p>Un numéro INSZ/NISS doit être unique dans la base de données.</p>

<p>ID_016 AE</p>	<p>De minimale attributen voor een patiënt zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - naam (M) - voornamen (M) - geboortedatum (M) - geslacht - INSZ - nummer v/h ziekenfonds van aansluiting - inschr.nr. v/h zieken-fonds, OCMW of andere code gerechtigde - adres, postcode, gemeente, domicilie (M), (# adressen mogelijk: zorgadres 1, zorgadres x) - behandelende arts - huisarts - taal - telefoonnummer - email - nationaliteit <p>Contactpersoon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - naam - voornamen - relatie met de patiënt - adres, postcode, gemeente - tel. - GSM - e-mailadres 	<p>Les composantes minimums d'un patient sont:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nom (M) - prénoms (M) - date de naissance (M) - sexe - NISS - numéro de la mutualité d'affiliation - numéro d'inscription à la mut. ou CPAS ou autre code titulaire - adresse, code postal, localité ,domiciliation (M), (# adresses doivent être possibles : soins 1 , soins x) - médecin traitant - médecin généraliste - langue - tél. - email - nationalité <p>Personne de contact:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nom - prénoms - relation avec le patient - adresse, code postal, localité - tél - GSM - email
<p>E.</p>	<p>M betekent dat het verplicht moet worden ingevuld. De behandelende arts is niet noodzakelijk een huisarts. Bijvoorbeeld wanneer een patiënt uitsluitend door een specialist wordt behandeld. Het ontbreken van 1 van de bovenvermelde elementen zal het niet slagen voor dit crt. inhouden.</p> <p>Dit zijn identificatiegegevens die moeten kunnen worden ingevoerd, zonder verplichting voor de gebruiker (behalve de Ms).</p>	<p>M signifie obligatoire, à remplir. Le médecin traitant n'est pas nécessairement un médecin généraliste. Par exemple : lorsqu'un patient n'est traité que par un spécialiste. L'absence de l'un des éléments ci-dessus entraînera un échec pour ces critères.</p> <p>Ce sont des données d'identification qui doivent pouvoir être saisies, sans obligation pour l'utilisateur (sauf pour les Ms).</p>

<p>ID_016B AE</p>	<p>De minimale attributen v/e zorg zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nomenclatuur-,pseudo of manuele code (indien niet in nomenclatuur) - beschrijving in vrije tekst - link met bezoek - link met voorschrift (M, indien zorgen een voorschrift vereisen) 	<p>Les attributs minimums relatifs à un acte sont:</p> <ul style="list-style-type: none"> - code Nomenclature ou Pseudo ou manuel (sinon dans la code nomenclature) - description Txt libre - lien avec visite - lien prescription (M si actes requièrent prescription)
<p>E.</p>	<p>Het gebruik van gepersonaliseerde codes in de plaats van de nomenclatuur of de pseudocode wordt aanvaard indien deze specifieke code betrekking heeft op de officiële nomenclatuur/pseudocode (overeenstemmingstabel). Het software-pakket moet de officiële code/desbetreffende pseudocode kunnen tonen.</p>	<p>L'utilisation de codes personnalisés au lieu de la Nomenclature ou du Pseudocode est acceptable si ce code spécifique est lié à la Nomenclature/PseudoCode officielle (table de correspondance). Le logiciel est capable d'afficher le code officiel/pseudocode lié</p>

<p>ID_017</p> <p>AE+D</p>	<p>De software laat de rechstreekse invoer van commentaar toe voor de belangrijkste situaties. Onder situatie dient te worden verstaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Instructies en onverwachte gebeurtenissen: afwezigheid, transfer, uitstel, plaats v/d sleutels b) Beschrijving v/d algemene toestand v/d pnt c) Link naar de contactpersoon d) Andere 	<p>Le logiciel permet la saisie directe de commentaires répondant aux principales situations rencontrées. Par situation, il faut entendre:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Consignes et événements imprévus : absence, transfert, report de visite, localisation de clés b) Description de l'état général du patient c) Lien vers personne de contact d) Autres
<p>E.</p>	<p>Onmiddellijk betekent tijdens het bezoek of in een context van backoffice. A, b en c zijn voorbeelden maar andere situaties zijn tevens mogelijk. Er wordt aanbevolen om zoveel mogelijk geco-deerde tekst/scrolmenu's/aan te vinken vakjes, enz. te gebruiken.</p> <p>Het betreft in principe commentaren in verband met de mogelijkheid / onmogelijkheid om zorgen toe te dienen ingevolge bepaalde omstandigheden en meestal bedoeld voor de volgende verpleegkundige die zorgen zou gaan verlenen.</p>	<p>Direct signifie pendant la visite ou dans un contexte de back-office. A, b et c sont des exemples, mais d'autres situations peuvent être rencontrées. Il est recommandé d'utiliser autant que possible du texte codé/des menus déroulants/une case à cocher, etc.</p> <p>Ce sont généralement des commentaires relatifs à la possibilité / impossibilité d'accorder certains soins, suite à certaines circonstances. Le destinataire est en principe l'infirmier ou l'infirmière qui donnera les soins suivants.</p>

<p>ID_018</p> <p>AE+D</p>	<p>De software ondersteunt het creëren /actualiseren v/d gegevens v/d patiënt op basis v/h uitlezen van de eID voor minstens de volgende gegevens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - naam - voornamen - geboortedatum - geslacht - INSZ - adres, postcode, gemeente 	<p>Le logiciel aide à la création ou à l'actualisation des données du patient à partir de la lecture de la carte eID au minimum pour les éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nom - prénoms - date de naissance - sexe - NISS - adresse, code postal, localité
<p>E.</p>	<p>De applicatie genereert een verwittiging wanneer er een incoherentie wordt vastgesteld tussen het patiëntendossier en de identiteitskaart. Het softwarepakket biedt de mogelijkheid om de gegevensbank te wijzigen op basis van de identiteitskaart.</p> <p>De software moet in staat zijn om de eID kaart te lezen en het INSZ nr. te capteren.</p> <p>Dit betekent niet dat de eID kaart de enige methode is om toegang te hebben tot het dossier van een patiënt. Men moet een eID kaart kunnen inlezen en daarbij vaststellen dat het dossier niet bestaat. Gevolg: dossier wordt aangemaakt.</p>	<p>L'application crée un avertissement lorsqu'une inconsistance entre le dossier du patient et la carte d'identité est détectée.</p> <p>le logiciel offre la possibilité de modifier la base de données sur la base de la carte d'identité. Le soft doit être en mesure de lire la carte eID et de capter le numéro NISS.</p> <p>Cela ne veut pas dire que la carte eID doit être la seule façon d'accéder à un dossier d'un patient. On doit pouvoir lire la carte e-ID et constater qu'il n'existe pas de dossier pour ce patient. Conséquence : ue routine de création de dossier est activée.</p>

3.1.2 Care team

<p>ID_019</p> <p>AE</p>	<p>De software dient de volgende informatie te bevatten en weer te geven met betrekking tot het zorgteam van de patiënt (incl. voorschrijvers):</p> <ul style="list-style-type: none"> - INSZ - RIZIV-nummer - Beroep/specialisatie - naam - adres - contactgegevens (tel, GSM, mail) - bankgegevens - toekomstige informatie - groepspraktijkid - KBO-nummer 	<p>Le logiciel contient et présente les informations ci-dessous concernant les intervenants = équipe de soins (incl prescripteurs):</p> <ul style="list-style-type: none"> - NISS - numéro INAMI - profession/spécialisation - nom - adresse - coordonnées (tél., GSM, e-mail) - coordonnées bancaires - informations supplémentaires - member du group - numero d'entreprise
<p>E.</p>	<p>Dit criterium veronderstelt het beheer van het zorgteam. Het zorgteam omvat alle professionele zorgverstrekkers met hun respectieve rol ten overstaan van de patiënt.</p> <p>Het omvat de huisarts, eventueel een verschillende arts houder van het GMD,</p>	<p>Ce critère suppose que l'on supporte le concept de "l'équipe de soins". L'équipe de soins comporte tous les professionnels de soins concernés tout en précisant leurs rôles envers le patient.</p> <p>Cela comprend le médecin généraliste, éventuellement le titulaire du DMG qui peut</p>

	<p>de voorschrijver die eventueel kan verschillen, een of meerdere medische specialisten, kinesitherapeut, podoloog, educator in het kader v/e zorgtraject, evt. andere verpleegkundigen betrokken of andere zorgverleners.</p> <p>Alle velden moeten niet verplicht worden ingevuld maar moeten wel beschikbaar zijn. Indien het softwarepakket voor een groepering van verpleegkundigen is bestemd (geen individuele kabinetten), zijn de bankgegevens & het KBO-nr. niet verplicht. Indien 1 van de bovenvermelde elementen niet wordt geïmplementeerd, houdt dit het niet slagen voor dit crt. in.</p> <p><u>Audit-voorbeeld:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Registreer het zorgteam voor een patiënte. - Voeg een zorgverstrekker bij. - Verwijder een zorgverstrekker. - Wijzig bepaalde gegevens voor een zorgverstrekker. 	<p>être un autre médecin, le kinésithérapeute, le podologue, un éducateur dans le cadre des trajets de soins, éventuellement même un autre infirmier / une autre infirmière donnant des soins ou tout autre professionnel.</p> <p>Tous les champs ne doivent pas être remplis obligatoirement mais bien disponibles. Si le logiciel est destiné à un groupement infirmier (pas de cabinets individuels), les informations bancaires et le numéro KBO ne sont pas obligatoires. L'absence de mise en œuvre de l'un des éléments énumérés ci-dessus entraînera un échec pour ce critère.</p> <p><u>Exemple d'audit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Registre l'équipe de soins pour un patient. - Ajoutez un professionnel de soins. - Supprimer un professionnel de soins. - Modifier certaines données concernant un professionnel de soins.
<p>ID_020 AE</p>	<p>De software beheert en geeft informatie mbt de zorgverleners v/d pnt. minstens voor wat de volgende instanties betreft:</p> <ul style="list-style-type: none"> - behandelende arts(en) - de specialist arts - behandelende kinesitherapeut - behandelende verpleegkundige - zorgkundige - ziekenhuisassistent - coördinatiecentrum - andere 	<p>Le logiciel gère et visualise des informations sur les intervenants en charge du patient, au minimum pour les intervenants suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le médecin traitant - le/les médecins specialists - le kinésithérapeute en charge - l'infirmier en charge - aide soignante - l'assistant en soins hospitaliers - centre de coordination - autre
<p>E.</p>	<p>Het softwarepakket geeft het hele zorgteam per patiënt weer. De minimale attributen waaraan elke zorgverlener moet voldoen, worden opgesomd in criterium 19.</p>	<p>Le logiciel affiche l'ensemble de l'équipe de soins par patient. Les attributs minimaux que chaque professionnel de la santé doit posséder sont énumérés dans le critère 19.</p>

3.1.3 Health Payers Others

ID_021 AE	De software moet aan derden andere dan de VI kunnen factureren en hiertoe de volgende informatie voor die derden beheren/opslaan: - adres, - contactgegevens, - contactpersoon	Le logiciel doit pouvoir facturer à d'autres tiers que les OA et pour ce faire stocker/gérer les informations suivantes pour ces tiers : - adresse, - coordonnées, - personne de contact
E.	Het softwarepakket moet over deze functie beschikken om terugbetalingen te kunnen krijgen van verzekeringen ander dan de VI. Bij het opmaken van een factuur houdt het softwarepakket rekening met de officiële federale wetgeving inzake facturatie. Zie : KB1 29/12/1992 Art.5	Le logiciel doit disposer de cette fonctionnalité pour obtenir des remboursements auprès d'assurances autres que les OAs. Lors de l'établissement d'une facture, le logiciel tient compte de la législation fédérale officielle en matière de facturation. Voir : KB1 29/12/1992 Art.5

3.2 Conditions for registration related to health data

3.2.1 Confidentiality

ID_022 AE+D	De softw. laat toe een niveau van vertrouwelijkheid toe te kennen aan gegevens die ingevoerd worden in het dossier. De software moet een onderscheid kunnen maken tussen observatie die niet zichtbaar en observatie die zichtbaar zijn voor de patiënt (publieke aard) bij het weergeven of het exporteren van gegevens.	Le logiciel permet d'associer un niveau de sensibilité en matière de confidentialité aux données encodées dans le dossier. Le logiciel doit pouvoir faire la différence entre des observations non visibles ou visibles pour le patient (caractère public) lors de la visualisation ou de l'export de données.
E.	Initieel is dit beperkt tot het kunnen aangeven dat een bepaald gegeven confidencieel is. Wordt niet medegedeeld aan andere personen dan de auteur. Wordt niet uitgevoerd uitgezonderd in het kader van een software migration. Hoe: vrijheid van de producent Een afzonderlijke rubriek is aanvaardbaar als oplossing, op voorwaarde dat die gegevens toegankelijk zijn voor de auteur, precies zoals andere gegevens. Wat door de patiënt aangegeven is als vertrouwelijk of door de zorgverstrekker als vertrouwelijk wordt beschouwd. Kunnen gegevens zijn die de patiënt of derden kunnen schaden. In principe geen publieke of administratieve gegevens.	Il suffit initialement de pouvoir identifier une donnée comme étant confidentielle. Cette donnée ne sera pas montrée à des tierces personnes ni exportée, à l'exception d'une exportation dans le cadre d'un software migration. Le comment: libre choix du producteur. Une rubrique spécifique est acceptable à condition que ces données soient accessibles à l'auteur comme les autres données. Est "confidentiel" ce qui est jugé par le patient ou le professionnel de soins comme étant confidentiel. Cela peut comprendre ce qui pourrait nuire le patient ou un tiers. En principe pas des données publiques / administratives.

	Een individueel gegeven, naar keuze van de gebruiker en/of op vraag van de patiënt, moet kunnen aangemerkt worden aangemerkt worden als "vertrouwelijk" waardoor het niet uitgevoerd wordt en ook niet beschikbaar is aan collega's of andere leden van het zorgteam.	Une donnée individuelle, au choix de l'utilisateur ou sur demande du patient, peut être marquée comme de nature confidentielle. Une donnée confidentielle n'est pas exportée ni éventuellement accessible aux collègues ou aux membres de l'équipe de soins.
--	---	--

3.2.2 Parameters

ID_023 AE+D	De software laat toe om de BMI van een patiënt automatisch te berekenen.	Le logiciel permet de calculer automatiquement l'IMC (BMI) du patient.
E.	De body mass index (BMI) is het resultaat van het gewicht in kilogram gedeeld door de lengte in meters in het kwadraat. Wanneer beide velden (lengte en gewicht) ingevuld zijn, berekent het softwarepakket automatisch de BMI. Bijvoorbeeld, een patiënt met een gewicht van 60 kg en een lengte van 1,65m. $\frac{60 \text{ kg}}{(1,65 \text{ x } 1,65)} = 22 \text{ BMI}$	L'indice de masse corporelle est le résultat du poids du corps en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètres. Lorsque les deux champs (taille et poids) sont remplis, le logiciel calcule automatiquement l'IMC. Par exemple : un patient dont le poids est de 60 kg et la taille de 1,65m. $\frac{60 \text{ kg}}{(1,65 \text{ x } 1,65)} = 22 \text{ BMI}$

ID_024 AE+D	De software ondersteunt de gestructureerde (no free text) en eenduidige invoer van parameters en meetwaarden (min. cf. hieronder). Die registratie kan gebeuren adhv formulieren, tabellen en/of eender welke interface naar de keuze v/d producent maar wel op een coherente wijze in de software. a) Temperatuur (°) bv. : 37.2 b) Glucose (mg/dl) : bv. 75 c) BD - mm Hg, syst. en diast.: bv. 120/80 d) Gewicht (Kg.) : bv. 30.8 kg e) Lengte (cm) : bv. 173 cm f) Hartslag: bv. 85/minuut g) Zuurstofsaturatie: in % bv. 95% h) Ontlasting/urine i) Pijn bv. 0-10	Le logiciel supporte la saisie structurée (no free text) et univoque des paramètres et des mesures (au min cf. ci-dessous). Elle peut se faire, au choix du producteur, soit sous forme de formulaires soit sous forme de tables ou d'une quelconque interface mais de façon cohérente dans le logiciel. a) Température (°C) ex : 37.2 b) Glucose (mg/dl) : ex : 75 c) Press. Art. - mm Hg, syst. et diast.: ex. 120/80 d) Poids (Kg.) : ex. 30.8 kg e) Taille (cm) : ex. 173 cm f) Pouls: ex: 85/minutes g) Saturation oxygène: en %: ex. 95% h) Selles/Urines i) Douleurs p.ex. 0-10
E.	Dit criterium bepaalt een aantal parameters die in het softwarepakket kunnen worden beheerd. In de lijst hierboven staan de minimaal vereiste parameters die in het softwarepakket beschikbaar moeten zijn. Voor de stoelgang en urine moeten er specifieke kenmerken worden gebruikt:	Ce critère spécifie un ensemble de paramètres qui peuvent être gérés dans le logiciel. La liste ci-dessus indique les paramètres minimums requis qui doivent être disponibles dans le logiciel. Pour les selles et l'urine, des caractéristiques spécifiques doivent être utilisées :

<ul style="list-style-type: none"> - voor de stoelgang: kwantificeerbaar met 0 / + / ++ / +++ uitzicht en geur - voor de urine: kwantificeerbaar met 0 / + / ++ / +++ of ml en geur <p>Het is belangrijk om het principe van "register once / available everywhere" na te leven. Het ontbreken van één van de bovenvermelde parameters zal het niet slagen voor dit criterium inhouden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pour les selles : quantifiable par 0 / + / ++ / +++ apparence et odeur. - pour l'urine : quantifiable par 0 / + / ++ / +++ ou ml et odeur. <p>Il est important de respecter le principe du "register once / available everywhere". L'absence de l'un des paramètres énumérés ci-dessus entraînera un échec pour ce critère.</p>
---	--

3.2.3 Diagnostic services

<p>ID_025 AE+D</p>	<p>De software implementeert het concept van de verpleegkundige diagnose / probleem behandeld in samenwerking via een gestandaardiseerd model, bv. Carpenito.</p>	<p>Le logiciel implémente le concept du diagnostic infirmier / Problème traité en collaboration via un modèle standardisé. Ex: Carpenito</p>
<p>E.</p>	<p>Verwijst naar de richtlijn van het RIZIV van 7/07/2008. Een verpleegkundige diagnose is een klinische beoordeling of de reactie van een individu, een groep of ervaring v/e gemeenschap met betrekking tot een (huidig of potentieel) gezondheids-probleem. De verpleegkundige diagnose vormt de basis voor de keuze van de verpleegkundige interventies voor het verkrijgen van zorgresultaten en waarvoor de verpleegkundige verantwoordelijk is. Bron : NANDA International 2014</p> <p>De applicatie biedt de mogelijkheid om een verpleegkundige diagnose op een gestandaardiseerde en gestructureerde wijze op te slaan. Het softwarepakket biedt een interface met een bestaande methodologie (bijvoorbeeld Carpenito). Voor elk van de domeinen worden er nauwkeurige vragen bepaald.</p> <p>De verpleegkundige diagnose kan met een gestructureerd formulier of een specifieke module door de gebruiker worden gedocumenteerd. De verschillende stappen van het aanmaak- en diagnose-proces moeten aanwezig zijn. Het principe van "register once available everywhere" moet in acht worden genomen.</p> <p>De diagnose kan als een document / een in te vullen formulier door de verpleeg-kundige worden verwerkt. Het ingevulde document wordt in voorkomend geval opgeslagen bij de documenten of kan opnieuw worden samengesteld op basis van de verschillende componenten.</p>	<p>Fait référence à la directive RIZIV/INAMI du 7 juillet 2008. Un diagnostic infirmier est un jugement clinique ou la réaction d'un individu, d'un groupe ou l'expérience d'une communauté face à un problème de santé (actuel ou potentiel). Le diagnostic infirmier constitue la base du choix des interventions infirmières qui permettent d'obtenir des résultats de soins et dont l'infirmière est responsable. Bron : NANDA International 2014</p> <p>L'application offre la possibilité d'enregistrer un diagnostic infirmier de manière standardisé et structuré. Le logiciel fournit une interface qui présente une méthodologie existante (par exemple Carpenito). Des questions précises sont définies pour chacun des domaines.</p> <p>Le diagnostic infirmier peut être documenté via un formulaire structuré ou un module spécifique par l'utilisateur. Les différentes étapes du processus de création du diagnostic doivent être présentes. Le principe du "register once available everywhere" doit être respecté !</p> <p>Le diagnostic peut être traité comme un document / un formulaire à compléter par le professionnel infirmier. Le cas échéant le document complété est stocké parmi les documents ou peut être reconstitué sur base des différents composants.</p>

4 Theme 2: data sources

<p>ID_026 AE</p>	<p>Voor de elementen uit het patiëntendossier die beschreven zijn in gestandaardiseerde tabellen cf. criterium 30, verwijst de software als eerste naar de gegevens uit deze tabellen.</p> <p>In geval van eigen codering van een notie aanwezig in het goedgekeurde coderingssysteem biedt de software een overeenkomst met de ICPC-2- en ICD-10-codering. Voor de elementen uit het patiëntendossier waarvoor minstens een authentieke bron of een referentietabel of standaard coderingstabel of een kennisdatabank bestaat, verwijst de software hier als eerste naar en biedt de beroepsbeoefenaar de mogelijkheid om gegevens te selecteren.</p>	<p>Pour les éléments du dossier patient qui sont décrits dans des tables standardisées cf critère 30 , le logiciel fait en premier choix référence aux données comprises dans ces tables.</p> <p>En cas de codage propriétaire d'une notion présente dans le système de codage approuvé, le logiciel offre en plus une correspondance vers la classification CISP-2 et ICD-10. Pour les éléments du dossier patient disposant d'au moins une source authentique ou d'une table de référence ou de codage standard ou encore banque de connaissances, le logiciel y fait en premier choix référence en proposant au praticien un moyen de sélection de données</p>
<p>E.</p>	<p>De eigen ref.bellen zijn in de taal van het systeem en/of de gebruiker? Het systeem kan ook opteren om verschillende tabellen (wat de taal betreft) aan te bieden naargelang de taal v/d patiënt.</p>	<p>Les tables de référence propriétaires sont nécessairement dans la langue du système et/ou de l'utilisateur. Le logiciel peut prendre l'option de présenter des tables différentes (de langue) sur base de langue du patient.</p>

<p>ID_027 AE</p>	<p>Wanneer de software een bedrijfseigen referentietabel aanbiedt, dan is het gebruik ervan verplicht voor alle gebruikers teneinde de interne coherentie binnen de software te waarborgen. Alle gebruikers (groep) van de software ontvangen standaard dezelfde referentietabellen waarvan de inhoud niet gewist kan worden. De aanbieder van een bedrijfseigen tabel is verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van de mapping tussen zijn eigen tabel en de standaardtabel. De mappingtabel wordt, op verzoek van de bevoegde autoriteiten, voorgelegd ter validatie.</p>	<p>Lorsque le logiciel propose une table de référence propriétaire, l'utilisation de celle-ci doit être obligatoire pour tous les utilisateurs du logiciel afin de maintenir une cohérence interne au sein du logiciel. Tous les utilisateurs (groupe) du logiciel reçoivent les mêmes tables de référence par défaut dont le contenu ne peut être effacé. Un émetteur de table propriétaire est responsable de la disponibilité du mapping entre sa table et la table standard. Le mapping est susceptible d'être soumis à validation par les autorités compétentes.</p>
<p>E.</p>	<p>Indien geen overeenkomstig concept dan de vertaling naar vrije tekst.</p> <p>Dit criterium is van toepassing voor alle velden waarbij een keuze gemaakt wordt tussen door het systeem aangeboden termen / trefwoorden of waarden.</p> <p>Gegevens uit een referentietabel kunnen wel afgeschermd worden van gebruik, bijvoorbeeld wanneer niet toepasselijk in een bepaalde context of niet langer te gebruiken. Illustreer dat referentietabellen aangeboden worden voor bepaalde gegevens.</p> <p>Documenteer dat deze tabellen oorspronkelijk identiek zijn voor alle gebruikers.</p>	<p>Le texte libre par contre est permis si le concept voulu n'est pas disponible.</p> <p>Ce critère est d'application pour les champs pour lesquels l'utilisateur a le choix entre différents termes, mot-clé ou valeurs offertes par l'application.</p> <p>Certaines données d'une table de référence peuvent être rendues inutilisables, par exemple quand ils ne sont pas applicables dans un certain contexte ou bien périmées etc. Illustrez que des tables de références sont offertes pour certaines données.</p> <p>Documentez que ces tables sont à l'origine identiques pour tous les utilisateurs.</p>

ID_028 AE+L	In geval van beschikbaarheid van gestructureerde officiële berichten (bv. Kmehr) moet de software in staat zijn om die te importeren en te gebruiken ten laatste 6 maanden na de officiële beschikbaarstelling. Elk elektronisch bericht afkomstig van een externe bron kan slechts automatisch worden geïntegreerd voor zover de ontvanger hiervan geïnformeerd wordt hetzij onmiddellijk hetzij via een rapportering achteraf.	Dans le cas de la disponibilité de messages structurés officiels (ex Kmehr), le logiciel doit pouvoir les importer et les utiliser au maximum après 6 mois à partir de la disponibilité officielle. Chaque message électronique provenant d'une source externe ne peut être intégré automatiquement sans que le destinataire n'en soit informé directement ou via un rapport a posteriori.
E.	Het betreft een contractueel criterium. Er is geen enkele specifieke test voorzien tenzij er een bepaald wantrouwen bestaat. Een softwarepakket dat dit criterium niet in acht neemt, kan worden geschrapt van de lijst met geregistreerde softwarepakketten.	Il s'agit d'un critère contractuel, aucun test spécifique n'est prévu à moins que des suspicions spécifiques n'existent. Un logiciel qui ne respecterait pas ce critère pourrait être retiré de la liste des logiciels enregistrés.

ID_029 AE+L	De software moet minstens de gestandaardiseerde codes kunnen lezen en integreren: minstens de KMEHR-codes m.b.t. de Sumehr die opgeslagen zijn in de kluisen.	Le logiciel doit au moins pouvoir lire et intégrer des codes standardisés : au minimum des codes KMEHR relatifs aux SumEHR stockés sur les coffres forts.
E.	Het betreft een contractueel criterium. Geen enkel specifieke test wordt voorzien tenzij er een bepaald wantrouwen bestaat.	Il s'agit d'un critère contractuel, aucun test spécifique n'est prévu à moins que des suspicions spécifiques n'existent.

ID_030 AE	De software voorziet in de mogelijkheid om verschillende codes verbonden aan het gegeven op te slaan alsook de attributen die het betreffende coderingsschema definiëren.	Le logiciel prévoit la possibilité de stocker plusieurs codes liés à la donnée ainsi que les attributs identifiant le schéma de codification s'y rapportant.												
E.	Uit praktische overwegingen zullen de testen afhankelijk zijn van de beschikbaarheid van de SumEHR. Dit betekent dat een gecodeerd element naar verschillende codes met betrekking tot hetzelfde element kan verwijzen. Bv. eenvoudige hypertensie: <table border="1" data-bbox="276 1899 759 1973"> <thead> <tr> <th>Own table</th> <th>CISP-2</th> <th>ICD-10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HT1</td> <td>K86</td> <td>I10</td> </tr> </tbody> </table>	Own table	CISP-2	ICD-10	HT1	K86	I10	D'un point de vue pratique, les tests dépendront de la disponibilité du SumEHR. Cela signifie qu'un élément codé peut se référer à plusieurs codes qui concernent le même élément. Par exemple, l'hypertension simple: <table border="1" data-bbox="767 1899 1348 1973"> <thead> <tr> <th>Own table</th> <th>CISP-2</th> <th>ICD-10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HT1</td> <td>K86</td> <td>I10</td> </tr> </tbody> </table>	Own table	CISP-2	ICD-10	HT1	K86	I10
Own table	CISP-2	ICD-10												
HT1	K86	I10												
Own table	CISP-2	ICD-10												
HT1	K86	I10												

ID_031 AE+L	De software controleert regelmatig de versie van elke tabel vermeld in crit. 29 en actualiseert ze indien nodig.	Le logiciel vérifie régulièrement la version de chaque table prévue dans le critère N° 29 , les mets à jour le cas échéant.
E.	De frequentie van de nieuwe versies wordt in overleg met de overheden en de samensteller van de referentiegegevens bepaald. De delta's van de bestanden worden minstens 14 dagen op voorhand gedocumenteerd en kunnen aanleiding geven tot de annulering van een nieuwe voorziene versie. Verschillende notificaties waarbij de bijwerking wordt aangekondigd, vinden minstens 48 uur vóór een verplichte update plaats. Uit praktische overwegingen zullen de testen afhankelijk zijn van de beschikbaarheid van de SumEHR.	La fréquence des nouvelles versions est déterminée en accord avec les autorités et l'éditeur des données de référence. Les delta's des fichiers sont documentés au moins 14 jours à l'avance et peuvent entraîner l'annulation d'une nouvelle version prévue. Au moins 48 heures avant une mise à jour obligatoire, plusieurs notifications sont faites pour annoncer la mise à jour. D'un point de vue pratique, les tests dépendront de la disponibilité du SumEHR

5 Theme 3: Conditions regarding data user interface and data entry

5.1 Application interface

5.1.1 Generic interface conditions

<p>ID_033</p> <p>AE+D</p>	<p>Elk softwarepakket moet een softwareversie ter beschikking stellen van zijn gebruikers die aangepast is aan de technische kenmerken van mobiele terminals zoals tablets, smartphones of andere apparaten die een minimaal aantal functies aanbieden.</p> <p>In het geval van cloudsoftware waarborgt de software dat er steeds een beperkte en voldoende gegevens- en functiereeks offline beschikbaar is om de zorg te kunnen verstrekken.</p>	<p>Tout logiciel doit mettre à disposition de ses utilisateurs une version logicielle adaptée aux caractéristiques techniques de terminaux mobiles de type tablette, smartphone ou autre offrant un minimum de fonctionnalités.</p> <p>Dans le cas de logiciels uniquement cloud, le logiciel assure qu'un set limité de données et de fonctionnalités suffisantes pour effectuer les soins soient toujours disponibles offline.</p>
<p>E.</p>	<p>De volgende functies moeten steeds beschikbaar zijn (online en offline):</p> <ul style="list-style-type: none"> - handelingen/activiteiten/zorgen te verstrekken - uitlezen & bevestiging v/d identiteit (zie crt. 18) - duur en einde van het voorschrift - informatie over de voorschriften - administratieve gegevens van de patiënt - minimale raadpleging van de laatste 3 bezoeken van de laatste 2 weken - observaties - toevoeging van nieuwe observaties en maatregelen betreffende de sleutelparameters: <ul style="list-style-type: none"> a. temperatuur (°) bijvoorbeeld : 37,2 b. glucose (mg/dl) : bijvoorbeeld. 75 c. bloeddruk (mm Hg, systolische en diastolische) : bijvoorbeeld 120/80 d. gewicht (Kg.) : bijvoorbeeld 30,8 kg e. lengte (cm): bijvoorbeeld. 173 cm f. pols : bijvoorbeeld, 85/minuut g. zuurstofsaturatie % bv. 95%. h. stoelgang/urine : <ul style="list-style-type: none"> o Voor de stoelgang: kwantificeerbaar met 0 / + / ++ / +++ uitzicht en geur o Voor de urine: kwantificeerbaar met 0 / + / ++ / +++ of ml en geur i. pijn : bijvoorbeeld 0-10 	<p>Les fonctionnalités suivantes doivent être disponibles à tout moment (en ligne & hors ligne):</p> <ul style="list-style-type: none"> - actions/activités/soins à effectuer - lecture et confirmation de l'identité (voir crt. 18) - durée et fin de la prescription - informations sur les prescriptions - données administratives des patients - consultation minimale des 3 dernières visites des 2 dernières semaines - observations - ajout de nouvelles observations et mesures concernant les paramètres clés : <ul style="list-style-type: none"> a. température (°) par exemple : 37,2 b. glucose (mg/dl) : par exemple. 75 c. tension artérielle (mm Hg, systolique et diastolique) : par exemple 120/80 d. poids (Kg.) : par exemple. 30,8 kg e. taille (cm) : par exemple. 173 cm f. pouls : par exemple, 85/minute g. saturation en oxygène : % p. ex. 95%. h. selles/urine : <ul style="list-style-type: none"> o pour les selles : quantifiable par 0 / + / ++ / +++ apparence et odeur. o pour l'urine : quantifiable par 0 / + / ++ / +++ ou ml et odeur. i. douleur : par exemple 0-10

5.1.2 Language of application

ID_034 AE	De software is beschikbaar in minstens één van de drie landstalen (NL, FR, DE). Alle "applicatie"-berichten, met inbegrip van alarmen, zijn in deze taal.	Le logiciel est disponible dans au moins une des langues nationales (DE, FR, NL). Tous les messages « application » y compris les alertes sont dans cette langue.
E.	Het softwarepakket is in de 3 landstalen beschikbaar; de fout-, hulp- en verwittigingsberichten worden tevens in die taal weergegeven. De technische berichten bestemd voor het technisch personeel mogen in het Engels of in een van de landstalen worden opgesteld.	Le logiciel est disponible dans les 3 langues nationales, les messages d'avertissement, d'aide et d'erreur sont également affichés dans cette langue. Les messages techniques destinés à être utilisés par le personnel technique peuvent être en anglais ou dans l'une des langues nationales.

5.1.3 Minimal patient identification

ID_035 AE	De volgende identificatiegegevens van de patiënt moeten minimaal steeds zichtbaar zijn bij de opening van een dossier: naam, voorna(a)m(en).	Au minimum les données suivantes d'identification du patient concerné doivent toujours être visibles lors de l'ouverture d'un dossier : nom, prénom(s).
E.	Dit criterium heeft tot doel om ervoor te zorgen dat zodra een patiëntendossier door een gebruiker geopend is, de identificatie van de patiënt op elk ogenblik zichtbaar wordt. De naam, de voor-naam en de geboortedatum moeten in alle vensters zichtbaar zijn behalve in de alarmen en verwittigingen. Het ontbreken van één van de bovenvermelde identificatiegegevens zal het niet slagen voor dit criterium inhouden.	Ce critère a pour but de garantir qu'une fois un dossier de patient ouvert par un utilisateur, l'identification du patient est visible à tout moment. Le nom, le prénom et la date de naissance doivent être visibles sur toutes les fenêtres, à l'exception des alarmes et des avertissements. L'absence d'une des données d'identification énumérées ci-dessus entraînera un échec pour ce critère

5.2 Patient selection interface

<p>ID_036 AE+D</p>	<p>De opzoeking van een patiënt kan minstens op basis van één of meerdere van de volgende kenmerken (volledig of gedeeltelijk):</p> <ul style="list-style-type: none"> - INSZ via eID of manueel - lokale identifier - naam - voornaam - geboortedatum - adres (potentieel onvolledig). - domicilie vs. plaats van zorg <p>De software laat toe om het dossier rechtstreeks te openen op basis van de resultaten van de opzoeking.</p>	<p>La recherche d'un patient peut se faire au moins sur base d'une ou plusieurs des caractéristiques suivantes (de manière complète ou partielle) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - NISS soit par eID ou manuellement - identifiant local - nom - prénom - date de naissance - adresse (potentiellement incomplète). - domicile Vs soins <p>Le logiciel permet l'ouverture du dossier directement à partir des résultats de la recherche.</p>
<p>E.</p>	<p>Het softwarepakket biedt de mogelijkheid om het patiëntendossier te openen vanuit het resultaat van het onderzoek. Een onvolledig adres is een straat zonder huisnr. of een stad/gemeente zonder postcode.</p>	<p>Le logiciel offre la possibilité d'ouvrir le dossier du patient à partir du résultat de la recherche. L'adresse incomplète désigne une rue sans numéro de maison ou une ville sans code postal.</p>

5.3 Display pre-sorted content of an individual patient record

5.3.1 Pre-defined composition

5.3.1.1 Scheduler

<p>ID_038 AE+D</p>	<p>De software genereert en presenteert lijsten of tijdschema's (parametriseerbaar door de gebruiker) voor de volgende elementen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - te vragen hernieuwingen van voorschriften - einde van de geldigheid van toelatingen 	<p>Le logiciel produit et présente (paramétrisation possible par l'utilisateur) des listes ou échéanciers pour les éléments suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - renouvellements des prescriptions à demander - date de fin des autorisations
<p>E.</p>	<p>Het softwarepakket biedt aan de gebruiker de mogelijkheid om lijsten & vervalschema's aan te maken voor VS'en die bijna vervallen.</p> <p>Het crit. beoogt aan de gebruiker een chronologisch overzicht aan te bieden met een aantal gegevens betreffende de voorschriften zelf en de toegediende zorgen.</p> <p>Kan op verschillende manieren worden voorgesteld, een elektronische agenda of een "tijdlijn".</p> <p>Vernieuwing voorschrift:</p>	<p>Le logiciel permet à l'utilisateur de créer des listes et des échéanciers relatifs aux prescriptions qui sont sur le point d'expirer.</p> <p>Le critère a pour but d'offrir à l'utilisateur un aperçu chronologique dans lequel certaines données relatives à chacune des prescriptions et aux soins accordés sont répertoriées.</p> <p>Peut être présenté comme un échéancier permanent ou sur une "ligne de temps".</p> <p>Renouvellement des prescriptions:</p>

	<p><i>Is in principe de vervaldatum waarop een nieuw voorschrift vereist is om de zorgen verder te kunnen zetten.</i></p> <p>Datum van de goedkeuring of notificatie van de raadgevend arts indien nodig:</p> <p><i>Is hetzij de datum waarop een goedkeuring bekomen is voor het toedienen van bepaalde zorgen hetzij de datum waarbij aan een raadgevend arts kennis gegeven is van bepaalde zorgen die zullen toegediend worden.</i></p>	<p><i>Est en principe une date dans le futur, date pour laquelle une nouvelle prescription doit être en vigueur</i></p> <p>Date de l'accord ou notification du médecin conseil si nécessaire :</p> <p><i>Date à partir de laquelle certains soins peuvent être facturés, suite à une approbation par le médecin conseil soit suite à une notification au médecin conseil pour les soins où une notification est requise.</i></p>
--	---	--

ID_039 AE+D	De software laat toe om een datum in de toekomst in te voeren in de vorm van een aantal dagen ivm planning (fr:j nl:d), weken (fr:s nl:w) of maanden (fr:m nl:m).	Le logiciel permet la saisie d'une date dans le futur pour la planification sous forme de nombre de jours (fr:j nl:d), de semaines (fr:s nl:w) ou mois (fr:m nl:m)
E.	The scope = planification, e.g. : injection 1x every 3 weeks = the software will calculate from the input date. = 18/09/2019 + 3 weeks = 09/10/2019.	

ID_040 AE+D	De software beheert de update van plannings in functie v/d configuraties die gedeeld worden met andere gebruikers van dezelfde software volgens gekende modaliteiten die door hen parametrizeerbaar zijn.	Le « logiciel » gère la mise à jour de plannings en fonction des configurations partagés avec d'autres utilisateurs utilisant le même logiciel selon des modalités connues et paramétrables par eux.
E.	Wanneer er een planning wordt bijgewerkt, wordt deze bijwerking doorgevoerd in de planning van alle gebruikers van het softwarepakket. Dit crt. wordt niet uitgetest tijdens een rechtstreekse test.	Lorsqu'une mise à jour est effectuée sur un planning, elle est répercutée sur le planning de l'ensemble des utilisateurs du logiciel. Ce critère ne sera pas testé lors d'un test en direct.

ID_041 AE+D	De software laat toe om regelmatige of occasionele tijdsblokken waarop de patiënt niet beschikbaar is te identificeren en selecteren.	Le logiciel permet d'identifier et de sélectionner les plages horaires d'indisponibilité régulières ou occasionnelles d'un patient.
E.	<p>Het softwarepakket biedt een functie "agenda" die het mogelijk maakt om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de beschikbaarheid v/d patiënt weer te geven - terugkerende onbeschikbaarheden per dag, week of maand weer te geven <p>Een patiënt is bijvoorbeeld niet thuis op dinsdagmiddag wegens een activiteit.</p>	<p>Le logiciel propose une fonctionnalité "agenda" qui permet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'afficher la disponibilité du patient - d'encoder des indisponibilités récurrentes par jour, semaine ou mois <p>Par exemple, un patient ne sera pas à la maison à cause d'une activité tous les mardis après-midi.</p>

ID_042 AE+D	De software laat toe een bezoek te plannen en te beheren met geplande zorgen. De software biedt een interface voor het beheer en de voorbereiding van de bezoeken, waarbij hij: A. default de geplande handelingen voor een patiënt voorstelt voor de dag van het bezoek	Le logiciel permet de planifier et de gérer une visite avec des actes planifiés. Le logiciel doit fournir une interface afin de préparer et gérer les visites dans laquelle il: A. propose une visualisation par défaut des actes prévus pour un patient pour le jour de la visite pour le prestataire.
E.	Een bezoek moet de volgende gegevens kunnen bevatten: - datum van het bezoek - tijdstip van het bezoek - plaats - verantwoordelijke zorgverstreker - link met 1 of meerdere interventies - een of meerdere activiteiten voor één of meerdere interventies - een of meerdere prestaties - een commentaar	Une visite planifiée doit pouvoir contenir: - date de la visite - Moment de la visite - lieu (adresse des soins) - Prestataire de soins infirmiers - Lien avec 1 ou plusieurs actes infirmiers - une ou plusieurs activités pour un ou plusieurs actes (ex soins de plaies) - 1 ou plusieurs prestations - un commentaire

ID_042 AE+D	B. systematisch een validatie v/d handelingen voorstelt en toelaat om toevoegingen, wijzigingen of schrappingen van handelingen te realiseren.	B. propose une validation de ces actes et permet l'ajout, la modification ou la suppression d'actes;
E.		

ID_042 AE+D	C. toegang geeft tot de commentaren van de laatste 2 bezoekdagen en v/d laatste 2 bezoeken voor alle zorgverleners die geregistreerd zijn in de software	C. donne accès aux commentaires des deux derniers jours de visites et des deux dernières visites pour tous les prestataires enregistrés dans le logiciel
E.		

ID_042 AE+D	D. hij de gebruiker er standaard aan herinnert om de voorschriften bij de patiënt op te vragen en de bevestiging registreert dat de gebruiker deze voorschriften ontvangen heeft	D. rappelle à l'utilisateur de collecter la ou les prescription(s) conservées auprès du patient visité et enregistre la confirmation qu'il en a pris possession.
E.		

ID_042 AE+D	E. default de vervaldata v/d voorschriften toont en de status van MyCareNet.	E. visualise par défaut les échéances de fin de prescription et le statut de MyCarenet
E.	Toont de status van de machtigingen via MyCareNet voor KATZ, de specifieke technische verpleegkundige handelingen en de patiënten in palliatieve verzorging met begin-en einddatum. De functionele implementatie moet in dit geval worden nagegaan. De connectiviteit met MyCn zal tijdens specifieke minilabs met het NIC worden gecontroleerd.	Montre le statut des autorisations via MyCareNet pour KATZ, les actions techniques infirmières spécifiques et les patients en soins palliatifs avec leur date de début et / ou de fin. Il s'agit ici de vérifier la mise en place fonctionnelle, la connectivité avec MyCn sera vérifiée lors de Minilabs spécifiques avec le CIN.

5.4 Content display based on a simple choice by the users

ID_047 AE	De software biedt een visualisatie van het type validatie van de zorgen (manueel/eID) bij elk bezoek. Deze visualisatie kan zowel op het niveau van de patiënt als op het niveau van een rapport m.b.t. alle bezoeken.	Le logiciel propose une visualisation du type de validation de prestations (manuel / eID) réalisé lors de chaque visite. Cette visualisation peut être faite au niveau du patient ou dans un rapport portant sur l'ensemble des visites.
E.	Visualization method is free e.g.: <ul style="list-style-type: none"> - specific module - report - patient information screen - etc. 	
ID_048 AE+D	De geplande of uitgevoerde handelingen/zorgen kunnen per patiënt of per uitvoerder (verpleegkundige of beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg) als onderdeel van een bezoek binnen een gedefiniëerde tijdsinterval opgezocht worden.	Les actes / soins planifiés ou réalisés peuvent être recherchés par patient ou par personne (infirmière ou professionnel de la santé) dans le cadre d'une visite dans un intervalle de temps défini.
E.	L'exportation du résultat de la recherche n'est pas obligatoire mais recommandée, par exemple en format .csv ou pdf.	L'exportation du résultat de la recherche n'est pas obligatoire mais recommandée, par exemple en format .csv ou pdf.
ID_049 AE+D	De software kan, per zorgverlener of per patiënt, een lijst in een leesbaar formaat aanmaken, bv. : CSV: <ul style="list-style-type: none"> - van de zorgverstrekingen op een bepaalde dag, gesorteerd op patiëntnaam - de verlende zorgverstrekingen aan alle patiënten, gesorteerd op datum en patiëntnaam, voor een bepaalde periode. 	Le logiciel peut, par prestataire ou par patient, produire une liste qui est dans un format lisible ex: CSV: <ul style="list-style-type: none"> - des prestations d'un jour spécifique, triées par nom de patient - des prestations délivrées à tous les patients, triées par date et nom de patient, pour une période déterminée.
E.	De implementatiemethode kan vrij worden gekozen. De export moet minstens in CSV beschikbaar zijn. Het softwarepakket moet tevens opzoeken op prestaties in de toekomst mogelijk maken.	La méthode d'implémentation est libre. L'export est au minimum disponible en CSV. Le logiciel doit permettre également des recherches sur des prestations prévues dans le future.

5.5 Document production

<p>ID_050 AE</p>	<p>De opgestelde documenten worden opgeslagen per patiënt en kunnen na validering niet meer worden gewijzigd. Het is echter wel mogelijk om nieuwe versies aan te maken.</p>	<p>Les documents rédigés sont sauvegardés par patient, et ne peuvent plus être modifiés après validation, mais, il est possible d'en créer de nouvelles versions.</p>
<p>E</p>	<p>Betreft Alle documenten, eens opgeslagen in het dossier, zowel de ingevulde modeldocumenten als de gestructureerde berichten.</p> <p>Alle geproduceerde documenten worden opgeslagen in het dossier, als 'uitgaande documenten'.</p> <p>Dit criterium houdt natuurlijk in dat een lijst van de documenten kan aangeboden worden met aard van het document en eventueel de bestemming (of oorsprong) van het document.</p> <p>Definitief opgeslagen documenten kunnen niet meer gewijzigd worden.</p> <p>Een variante zou kunnen zijn dat een uitgaand document pas als definitief beschouwd wordt wanneer het afgedrukt of uitgestuurd wordt.</p> <p>Een op het systeem aangemaakt document dat niet afgedrukt of uitgestuurd wordt moet minstens bij het afsluiten van het dossier als definitief beschouwd worden.</p> <p>Een aanpassing aan een eerder gevalideerd (definitief) document genereert – na bevestiging door de gebruiker - hetzij een nieuw document hetzij een nieuwe versie van het bestaande document.</p> <p>Een nieuwe versie van een document is als dusdanig herkenbaar. De vorige versie(s) kunnen opgevraagd en getoond worden.</p>	<p>Concerne Tous les documents, une fois qu'ils sont intégrés dans le dossier du patient, aussi bien les modèles complétés que les messages structurés.</p> <p>Tous les documents produits par l'application sont stockés dans le dossier du patient, comme "documents sortants"</p> <p>Ce critère inclus la possibilité de présenter une liste de documents avec leurs nature et éventuellement le destinataire (ou l'origine) du document.</p> <p>Les documents qui sont définitifs (et stockés) ne peuvent plus être modifiés.</p> <p>Une variante pourrait être qu'un document n'est considéré que comme définitif dès qu'il a été imprimé ou envoyé.</p> <p>Un document produit par l'application et qui est ni envoyé ni imprimé doit être considéré comme définitif dès la fermeture du dossier du patient.</p> <p>Une modification à un document (définitivement) validé résulte – après confirmation par l'utilisateur - soit en un nouveau document soit en une nouvelle version du document existant.</p> <p>Une nouvelle version d'un document est reconnaissable comme telle. Les versions précédentes peuvent être montrées.</p>

<p>ID_051 AE</p>	<p>De inhoud van de documenten die gegenereerd worden op basis van modellen en de automatische integratie van gegevens kan niet worden bewerkt alvorens ze afgedrukt worden en mag niet als gevolg hebben dat de inhoud van het document tegenstrijdig wordt met het verpleegkundig dossier. In voorkomend geval worden de wijzigingen doorgevoerd op het niveau van het dossier en wordt er een nieuwe versie gegenereerd.</p>	<p>Le contenu des documents générés sur base de modèles et de l'intégration automatique de données ne peut être modifié avant impression et avoir comme effet que le contenu du document devienne incompatible avec celui du dossier infirmier. Le cas échéant les modifications sont effectuées au niveau du dossier et une nouvelle version est générée.</p>
<p>E.</p>	<p>Indien de documenten moeten worden gewijzigd alvorens ze worden verstuurd, moet de gebruiker de gegevens wijzigen in het systeem. Een nieuwe versie van het document wordt na validatie gegenereerd. Het principe van "register once available everywhere" moet bij een wijziging van de gegevens in acht worden genomen.</p>	<p>Si les documents doivent être modifiés avant d'être envoyés, l'utilisateur doit modifier les données dans le système. Une nouvelle version du document sera générée après validation. Le principe du "register once available everywhere" doit être respecté lorsque des données sont modifiées.</p>

<p>ID_052 AE</p>	<p>Bij de aanmaak van een document of bij de uitvoer van gegevens voegt het systeem geen gezondheidsgegevens toe die gewist werden. Deze blijven wel aanwezig in de originele database.</p>	<p>Le système n'inclut pas des données de santé effacées lors de la production d'un document ou de l'exportation des données, mais les conserve bien dans la base de données d'origine</p>
<p>E.</p>	<p>Elke export naar derden, zoals bijvoorbeeld een verpleegkundig verslag.</p> <p>Dit criterium zegt dat gewiste en irrelevante gegevens niet geëxporteerd worden. Dit is duidelijk bedoeld voor exportbestanden die bestemd zijn voor derden.</p>	<p>Tout exportation vers des tiers. Par exemple: un rapport infirmier.</p> <p>Ce critère affirme que les données du passé non pertinentes et les données effacées ne sont pas inclus dans les fichiers d'exportation. Ceci est limité aux fichiers d'exportation destinés aux tiers.</p>

<p>ID_053 AE</p>	<p>Elk doc. dat aangemaakt en opgeslagen wordt in het EVD kan worden verstuurd:</p> <ul style="list-style-type: none"> -naar een andere zorgverlener via op zijn minst de eHealthBox of elk ander beveiligd platform dat door het eHealth-platform is erkend. 	<p>Tout document créé et stocké dans le dossier du patient peut être envoyé:</p> <ul style="list-style-type: none"> à un autre prestataire de soins via au minimum la eHealthBox ou toute autre plateforme sécurisée reconnue par la plateforme eHealth
<p>E.</p>	<p>Het is mogelijk om een groeps-ehealthbox te gebruiken. Als de software een ander beveiligd platform gebruikt, moet deze ten minste door officieel beraad worden gevalideerd.</p>	<p>Il est possible d'utiliser une ehealthbox de groupe. Si le logiciel utilise une autre plateforme sécurisée, elle doit être validée au minimum par une délibération officielle.</p>

ID_054 AE	- naar de patiënt via de eBox of een ander goedgekeurd platform	- au patient via la eBox ou toute autre plateforme approuvée
E.	De eBox wordt minimaal vereist maar de documenten kunnen eveneens naar andere platformen worden verstuurd indien ze beveiligd zijn en officieel zijn goedgekeurd door het sectoraal comité. Het softwarepakket moet bij een test kunnen aantonen dat de berichten naar de eBox van de patiënt kunnen worden verstuurd, cf. cookbook.	L'eBox est un minimum mais les documents peuvent également être envoyés sur d'autres plateformes si elles sont sécurisées et officiellement approuvées par le comité sectoriel. Le logiciel doit pouvoir démontrer lors d'un test que les messages peuvent être envoyés à l'eBox du patient cf cookbook :
ID_055 AE	- de software moet weergeven welke rapporten wanneer zijn uitgewisseld met welke zorgverlener of welke patiënt.	- le logiciel doit indiquer quels rapports ont été échangés, avec quels prestataires de soins ou patient et à quel moment.
E.	Het softwarepakket houdt een logboek van de mededelingen bij.	Le logiciel enregistre un journal des communications qui ont eu lieu.
ID_056 AE+D	De software kan een verslag genereren van een verpleegkundig consult (cf principe van "verpleegkundige aanpak" of "verpleegkundig zorgproces") : bevorderende factoren (gelinkt aan), signalen en symptomen ("komt tot uiting door") en doelstellingen	Le logiciel permet de générer un rapport de consultation infirmière (cf. principe de la "démarche" ou du "processus" de soins infirmiers): facteurs favorisants (liés à), signes et symptômes ("se manifeste par") et objectifs
E.	Wordt verwezen naar: - www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/soins/Pages/consultation-infirmiere.aspx - https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/richtlijn_verpleegkundige_verslag_faq_verpleegkundig_20080707.pdf	Se référer à: - www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/soins/Pages/consultation-infirmiere.aspx - https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/directive_infirmiers_rapport_faq_consultation_20080707.pdf
ID_057 AE+D	De software kan een wekelijks verslag genereren v/e voorbereiding van medicatie.	Le logiciel peut générer un rapport de préparation hebdomadaire des médicaments.
E.	Het gegenereerd verslag kan worden geëxporteerd min. in de vorm van een PDF De minimale gegevens die moeten worden weergegeven zijn: - medicatie + dosering - toediening (bijvoorbeeld: via de mond) - toedieningseenheid (bv.: 5 ml) - periode v/d dag, minimaal: 's morgens, 's middags, 's avonds en bedtijd (bijv. voor het ontbijt) - periodiciteit (bv.: gedurende 2 weken)	Le rapport généré peut être exporté, au minimum sous forme de PDF. Les données minimales à afficher : - médicament + dosage - administration (par exemple: orale) - unité (ex.: 5 ml) - période de la journée, à minima :matin, midi, soir et coucher (ex.: avant le petit déjeuner) - périodicité (par exemple, pour 2 semaines)

ID_058 AE+D	De software kan een wondzorgverslag genereren.	Le logiciel peut générer un rapport de soins de plaies.
E.	Het gegenereerd verslag kan worden geëxporteerd minimaal in de vorm van een PDF.	Le rapport généré peut être exporté, au minimum sous forme de PDF.

ID_059 AE	De software maakt het mogelijk om een ondersteunend document voor de patiënt aan te maken (zie INAMI *) en het af te drukken voor verzending of om het in PDF te exporteren naar de patiënt. Verzending via een beveiligd uitwisselings-systeem (eBox of andere, met hetzelfde beveiligingsniveau als eBox en goedgekeurd door het Sectoraal Comité). *Verordening 27-07-2015 (art. 31 en 31/1).	Le logiciel permet de produire un justificatif pour le patient (cf INAMI*) et de l'imprimer pour un envoi papier ou de l'exporter dans un format PDF au patient. Envoi via un système d'échange sécurisé (eBox ou autre même niveau de sécurité qu'eBox et approuvé par le Comité Sectoriel). *Règlement 27-07-2015 (Article 31 au 31/1).
E.	De eBox wordt minimaal vereist maar de documenten kunnen eveneens naar andere platformen worden verstuurd indien ze beveiligd zijn en officieel zijn goedgekeurd door het sectoraal comité. Het softwarepakket laat toe om een bewijsstuk te genereren. De minimale juridische informatie die op de website van het RIZIV wordt beschreven, moet in dit document worden opgenomen:	L'eBox est un minimum mais les documents peuvent également être envoyés sur d'autres plateformes si elles sont sécurisées et officiellement approuvées par le comité sectoriel. Le logiciel permet de générer un justificatif. Les informations juridiques minimales décrites sur le site web de l'INAMI doivent figurer sur ce document :
	Dutch: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/verpleegkundigen/Paginas/bewijsstuk-patient-thuisverpleging.aspx French: https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/Pages/justificatif-patient-soins-domicile.aspx	

6 Theme 4: Conditions for registration regarding functional and clinical specifications

6.1 Care concepts, evaluation and follow up

ID_060 AE	De verstrekkingen, evaluaties, observaties en verpleegkundige diagnoses en problemen behandeld in samenwerking kunnen in verband worden gebracht met een bezoek of patiëntencontact	Les actes, évaluation, observations, diagnostics infirmiers et problèmes traités en collaboration peuvent être liés à une visite ou un contact patient
E.	Deze concepten moeten functioneel worden geïmplementeerd, er zijn geen technische vereisten.	Ces concepts doivent être mis en place d'un point de vue fonctionnel, il n'y a pas de prescriptions techniques.

ID_061 AE	Een zorg kan verbonden zijn aan verpleegkundige doelstellingen.	Un acte peut être lié à des objectifs infirmiers.
E.	Het softwarepakket kan verpleegkundige doelstellingen registreren. Deze doelstellingen kunnen in de vorm van een vrije tekst of in de vorm van woorden/codes zoals de NOC (Nursing Outcomes Classification) tabel worden ingebracht. Meestal is een streefdatum vastgelegd. De doelstellingen kunnen evolueren in de tijd.	Le logiciel est capable d'enregistrer les objectifs infirmiers. Ces objectifs peuvent être saisis sous forme de texte libre ou sous forme de termes/codes tels que le tableau NOC (Nursing Outcomes Classification). Contient généralement une date butoir. Les objectifs peuvent évoluer dans le temps.

ID_062 AE+D	De software ondersteunt de volgende functionele concepten: <ul style="list-style-type: none"> - verpleegkundige anamnese (medische en chirurgische antecedenten, enz.) - de diagnose van de voorschrijver/indicatie - het behandeld probleem in samenwerking - de medicatie via een toedieningsfiche - allergieën - parameters / meetwaarden - evaluatieschalen en resultaten (zie crit.69)- leefgewoonten - toelating van zorg cf. MyCaret toilet & palliatief & specifieke technieken - gepland / gerealiseerd bezoek - zorgverstrekkingen (bv. RIZIV-nomenclatuur) - verpleegkundige diagnoses - doelstellingen - evaluaties - observaties - beheer v/d gegevens v/d patiënt & het zorgteam - voorschriften verpleegkundige zorg - zorgplan/ lijst van zorgen - rapporten - notificaties (beperkt tot notificatie voor specifieke 	Le logiciel supporte les concepts fonctionnels suivants : <ul style="list-style-type: none"> -l'anamnèse infirmière (antécédents médicaux et chirurgicaux, etc.) -le diagnostic du prescripteur / l'indication de prise en charge -le problème traité en collaboration -la medication via une fiche d'administration -les allergies -les paramètres / mesures -les échelles d'évaluation et leurs résultats (voir crit.69) -les habitudes de vie -l'autorisation de soins cf MyCaret toilette & paliatif & techniques spécifiques -la visite Planifiée/Effectuée -les actes (ex Nomenclature INAMI) -les diagnostics infirmiers -les objectifs -les évaluations -les observations -la gestion des données du patient et de l'équipe de soins -les prescriptions de soins infirmiers -le plan (planification) de soins
----------------	--	---

	<p>technische zorgen en palliatieve patiënten) - verpleegkundig advies</p>	<p>-les rapports -les notifications (limitées à la notification pour les prestations techniques spécifiques et les patients palliatifs) -l'avis infirmier</p>
E.	<p>De concepten opgesomd in dit criterium moeten door de toepassing aangeboden worden om in aanmerking te komen voor "registratie van de software toepassing". Dit houdt in dat de gebruiker gegevens van die aard moet kunnen invoeren, groeperen, tonen, wijzigen enz.. en de gegevens als van die aard moet kunnen typeren. Dit houdt niet in dat elke gebruiker voor elk dossier verplicht is dergelijke gegevens op te nemen. De toepassing mag natuurlijk bijkomende types gegevens ondersteunen.</p> <p>Het valideren bestaat uit het opeenvolgend registreren, tonen, wijzigen etc. van eerder geregistreerde gegevens.</p> <p><u>De anamnese:</u> De anamnese gegevens vloeien voort uit een beschrijving door de patiënt van zijn klachten, motivatie voor de zorgvraag, ... ook obv een ondervraging v/d patiënt.</p> <p>Wij hebben het hier over een algemene niet gerichte anamnese. Gerichte anamneses zijn gebaseerd op specifieke vragenlijsten en evaluatieschalen, die meer gestructureerd zijn en verder worden besproken.</p> <p>Kan in bepaalde mate gestructureerd worden maar is op dit ogenblik nog essentieel een vrije tekst beschrijving.</p> <p>Kan soms elementen bevatten die afzonderlijk ook elders besproken worden, zoals de leefgewoonten, familiale of sociale context.</p> <p>Registreer, toon, wijzig en/of wis één of meerdere anamnese gegevens.</p> <p>Koppel de anamnese gegevens aan het voorschrift, de verpleegdiagnose</p>	<p>Les concepts repris dans ce critère sont les différents concepts qui doivent être supportés par l'application afin de pouvoir être considéré comme une application "enregistrée". Ceci veut dire que l'utilisateur <u>doit pouvoir</u> saisir, visualiser, regrouper, modifier etc... ce type de données et les identifier comme tel. Ceci n'implique pas que chaque utilisateur doive saisir pour chaque patient chacune de ses données. Il est évident que l'application peut supporter des concepts supplémentaires.</p> <p>La validation consiste à saisir lors des tests ses données, de visualiser les données précédemment enregistrées etc...</p> <p><u>L'anamnèse :</u> L'anamnèse est le résultat d'une interrogation et d'une expression par le patient de ses plaintes, motifs de soins etc...</p> <p>L'anamnèse générale est adressée ici, contrairement aux anamnèses spécifiques sous formes de questionnaires structurés et/ou d'échelles d'évaluation de conditions particulières, traités ailleurs dans ce document.</p> <p>Peut être (partiellement) structurée mais est pour l'instant en principe une ou plusieurs expressions en texte libre.</p> <p>Peut contenir un nombre d'éléments repris ailleurs, p.ex. les habitudes ou le contexte social et familial.</p> <p>Enregistrer, montrer, modifier les données de l'anamnèse .</p> <p>Reliez les données de l'anamnèse infirmière à la prescription, au diagnostic infirmier</p>

<p><u>Reden voor overname:</u> De diagnose gestel door de voorschrijvende arts als indicatie voor een voorgeschreven verpleegkundige behandeling. Wordt overgenomen uit het voorschrift.</p> <p><u>Allergieën:</u> Kunnen herkomstig zijn van het voorschrift of door de verpleegkundige zelf geregistreerd worden.</p> <p>Onder deze rubriek worden de allergenen geregistreerd. De allergische constitutie wordt als een diagnose geregistreerd.</p> <p>De rubriek biedt ook de mogelijkheid om de verschijnselen te registreren.</p> <p>Medisch gezien is er een onderscheid tussen een allergie en een intolerantie. In het kader van het verpleegkundig dossier wordt geen onderscheid gemaakt.</p> <p>Betreft in principe een vrije tekst registratie. Het systeem voorziet in de mogelijkheid om voor medicamenteuze allergieën de ATC code te registreren van de oorzakelijke substantie.</p> <p>De allergie kan deel zijn van het voorschrift of een registratie zijn door de verpleegkundige. De oorsprong van het gegeven is een belangrijk attribuut.</p> <p><u>Leefgewoonten:</u> Kan beschouwd worden als onderdeel van de anamnese. Kan opgedeeld zijn in verschillende deelrubrieken: tabak, alcohol, mobiliteit en/of andere levensgewoonten die een invloed kunnen hebben op de gezondheid v/d patiënt en/of op het verlenen van de zorgen. Vrije tekst registratie lijkt evident, bij voorkeur per deelrubriek.</p>	<p><u>Motif de prise en charge :</u> Le diagnostic qui est identifié par le prescripteur comme étant l'indication pour les soins infirmiers prescrit. Est en principe l'indication pour les soins infirmiers.</p> <p><u>Les allergies :</u> Peuvent être reprises de la prescription ou saisies par l'infirmier.</p> <p>Enregistrement de l'allergène et non pas de la pathologie. La pathologie est enregistrée comme un diagnostic, une pathologie concomitante.</p> <p>Cette rubrique du dossier offre la possibilité d'enregistrer les symptômes de l'allergie.</p> <p>Il y a, médicalement parlant , une différence entre une allergie et une intolérance. Nous ne faisons pas cette distinction pour le dossier infirmier.</p> <p>En principe un enregistrement texte libre. Il est néanmoins possible d'enregistrer pour les allergies médicamenteuses le code ATC relatée à la substance causant cette allergie.</p> <p>L'allergie peut être reprise d'une prescription ou un enregistrement fait par l'infirmier/infirmière. Il est important d'enregistrer l'origine de cette information.</p> <p><u>Les habitudes de vie :</u> Peuvent être considérées comme des éléments spécifiques de l'anamnèse. Peut avoir des sous-rubriques: tabac, alcool, mobilité ou autres habitudes qui peuvent avoir une influence sur la santé du patient et/ou affecter les soins. Saisie en texte libre admise, de préférence par sous-rubrique.</p>
--	--

<p><u>Toelatingen voor zorgen:</u> De toepassing beheert "diverse toelatingen", zowel met betrekking tot de zorg als met betrekking tot gebruik van toestellen en hulpmiddelen.</p> <p>De toepassing registreert datum van aanvraag, aanvang van de toelating, einddatum en aard van de toelating alsook de identiteit van de instantie die de toelating verleende.</p> <p>De toepassing slaat het document op met betrekking tot deze toelating, eventueel ingescand.</p> <p><u>Zorgplan:</u> Het "zorgplan" betreft een individuele patiënt. Dit moet onderscheiden worden van het "werkplan" of "route plan" van de verpleegkundige. Dat laatste omvat de lijst van patiënten die binnen een bepaalde tijdsperiode, in principe één dag, zorgen moeten krijgen alsook de aard van de geplande zorgen.</p> <p>Het zorgplan bevat het geheel van de verpleegkundige handelingen (betaalde of niet) dat vooropgezet is voor een individuele patiënt, met opgave van aantal of frequentie en duur/periode.</p> <p>Een zorgplan kan verpleegkundige handelingen bevatten voorgeschreven door meer dan één voorschrift of handelingen die niet voorgeschreven zijn (en die eventueel het voorwerp zijn van een notificatie).</p> <p><u>Kennisgeving:</u> Kennisgevingen die binnen de RIZIV reglementeringen verplicht zijn, voorbeeld voor bijzondere zorgen zoals parenterale voeding enz...</p> <p>Zie Nomenclatuur van het RIZIV voor de specifieke technieken waarvoor een notificatie gedaan wordt.</p>	<p><u>L'authorisation de soins :</u> Le système gère les "autorisation diverses", aussi bien relatés aux soins qu'à éventuellement l'utilisation de matériel.</p> <p>Le système gère la date de demande de l'autorisation, la date de début et de fin ainsi que la nature de l'autorisation et l'instance qui a accordé cette autorisation.</p> <p>Le système permet de stocker le document (éventuellement scanné) relié à cette autorisation.</p> <p><u>Plan de soins :</u> Il s'agit ici du "plan de soins" individuel, au niveau d'un patient. Il faut distinguer ce concept du "plan de travail", "plan de route" indiquant au niveau d'un(e) infirmier(e) les différents patients à prendre en charge pour une période bien définie, en principe pour un jour ou par jour.</p> <p>Comprend les actes infirmiers (remboursable ou non) à administrer à un patient individuel avec indication du nombre ou de la période de soins.</p> <p>Le plan de soins peut comprendre des soins prescrits dans une ou plusieurs prescriptions (courantes) ou même des soins non-prescrits (éventuellement à notifier).</p> <p><u>Notification :</u> Des notifications qui sont imposées par l'INAMI, comme par exemple pour des soins techniques spéciaux: alimentation parentérale et autres</p> <p>Voir réglementation INAMI pour les techniques spécifiques pour lesquels une notification est requise.</p>
--	---

	<p>Kennisgevingen kunnen wat hun verwerking en productie betreft gelijkgesteld worden met "verslagen" maar met als bestemming het ziekenfonds van de betrokken patiënt.</p> <p>Notificaties worden gedaan door gebruik te maken van standaard modellen die minstens gedeeltelijk voorgevuld zijn door de applicatie.</p> <p>Produceer een kennisgeving Verstuur de notificatie door gebruik te maken van de diensten van MyCareNet (zal worden getest tijdens de Approval Assessment MyCn) Registreer in het dossier dat een notificatie gebeurd is en voor welke diensten.</p> <p>Toon de voorafgaande notificaties met datum en aard van de zorgen.</p> <p><u>Verpleegkundig advies:</u> Is een specifieke verpleegkundige activiteit voorzien in de nomenclatuur en verricht op vraag van een voorschrijver. Aard van de gegevens die geregistreerd worden en de inhoud van het verslag zijn beschreven in de nomenclatuur.</p> <p>Verschilt alleen naar inhoud en aard van de gewone verslaggeving.</p> <p>Registreer een verpleegkundig advies en de inhoud er van op basis van de nomenclatuur vereisten. Druk het verpleegkundig advies af. Verstuur het verpleegkundig advies naar de voorschrijver door gebruik te maken van de eHealthBox. Sla het verpleegkundig advies op of minstens de verschillende elementen er van, zodat het advies heraangemaakt kan worden.</p>	<p>Les notifications peuvent, quant à leurs productions et traitements dans le dossier infirmier, être considérées comme des "rapports" avec la mutuelle du patient comme destinataire.</p> <p>Les notifications sont basées sur des formulaires / modèles standards qui sont partiellement remplis par le logiciel.</p> <p>Produisez une notification Envoyez la notification à la mutuelle concernée en utilisant les services de MyCareNet (testé lors des Approval Assessment MyCn) Enregistrez qu'une notification a été faite et pour quels soins.</p> <p>Montrez les notifications antérieures (avec date et nature)</p> <p><u>Avis infirmier :</u> Un acte particulier sur demande du prescripteur qui donne lieu à une saisie spécifique décrite dans la nomenclature, un rapport d'avis infirmier et une prestation qui y est liée.</p> <p>Ne diffère des autres résultats que dans sa nature et son contenu, qui lui est défini dans la nomenclature.</p> <p>Enregistrez un "avis infirmier" ainsi que son contenu, conforme à la nomenclature. Imprimez "l'avis infirmier". Envoyez le "l'avis infirmier" en utilisant la eHealth box. Stockez l'avis infirmier comme tel ou bien les différents éléments du rapport qui peut ensuite être reconstitué.</p>
--	---	---

	Toon het overzicht v/d inkomende en uitgaande documenten / verslagen dat ook het verpleegkundig advies bevat. Raadpleeg het verpleegkundig advies. Het ontbreken van één van de bovenvermelde begrippen zal een "fail" voor dit criterium inhouden.	Montrez l'aperçu des documents / rapports sortants et rentrants qui comprend l'avis infirmier. Consultez l'avis infirmier. L'absence de l'un des concepts énumérés ci-dessus entraînera un "fail" pour ce critère.
--	---	--

ID_063 AE+L	In het kader v/e nieuwe aanvraag voor palliatieve zorg, laat de softw. Toe om: a) de notificatie-aanvraag te activeren en voor te bereiden (MyCarenet)	Dans le cadre d'une nouvelle demande de soins palliatifs, le «logiciel» permet : a) d'activer et de préparer la demande de notification (MyCarenet)
E.	De notificaties worden verricht aan de hand van standaardmodellen die minstens gedeeltelijk zijn voorgevuld door het systeem. Op inhoudelijk vlak moeten de modellen in overeenstemming zijn met wat wettelijk wordt opgelegd door het RIZIV.	Les notifications sont effectuées à l'aide de modèles standard qui sont au moins partiellement pré-remplis par le système. En termes de contenu, les modèles doivent être conformes à ce qui est légalement imposé par l'INAMI/RIZIV.
	Dutch: http://ned.mycarenet.be/sectoren2/verpleegkundige/beschikbare-diensten/medisch-administratief--verpleegkundige/palliatieve-zorgen French: http://fra.mycarenet.be/sectoren2/verpleegkundige/beschikbare-diensten/medisch-administratief--verpleegkundige/palliatieve-zorgen	

ID_063 AE+D	b) indien nodig dagelijks de gegevens m.b.t. de pijnschaal in te voeren.	b) d'introduire chaque jour si il y a lieu les données relatives à l'échelle de douleur.
E.	Een groot aantal evaluatieschalen naast die met betrekking tot pijn zijn beschikbaar: http://www.best.ugent.be/BEST3_NL/nederlands_schalen_thema_s_pijn1.html	Un nombre significatif d'échelles d'évaluation en plus de celles de l'échelle visuelle analogique (EVA), sont disponibles sur :

ID_063 AE+D	c) een pijnschaal te selecteren en te gebruiken die aangepast is aan de niet-communicerende patiënt bv. CNPI.	c) par ailleurs de sélectionner et d'utiliser une échelle de douleur adaptée au patient non communicant par exemple CNPI.
E.	Het is verplicht om een minstens een evaluatieschaal voor pijn in te voeren voor patiënten met communicatieproblemen / patiënten die niet communiceren zoals de CNPI.	Il est obligatoire de mettre en place au moins une échelle de douleur pour les patients ayant des difficultés de communication/patient non communicant comme la CNPI.

ID_066 AE	De software ondersteunt het principe van "verpleegkundige aanpak" of "verpleegkundig zorgproces".	Le logiciel supporte le principe de la "démarche" ou du "processus" de soins infirmiers
E.	<p>De verpleegkundige aanpak bestaat uit elke interventie van een verpleegkundige in naam van een patiënt. Bij deze interventie kan het gaan om rechtstreekse of onrechtstreekse verzorging, zelfstandige verpleegkundige handeling, gemachtigde medische handeling of handeling voorgeschreven door andere zorgverleners.</p> <p>De verpleegkundige aanpak is een cyclisch verzorgingsproces waarbij de verpleegkundige de verzorging inplant, uitvoert en systematisch evalueert op basis van eerder ingezamelde gegevens die relevant zijn voor de verzorging. Een verpleegkundige aanpak bestaat uit verschillende fases. Bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Phase 1: Data collection - Phase 2: Nursing diagnosis or nursing problems - Phase 3: Determining desired results - Phase 4: Planning nursing interventions in a nursing plan - Phase 5: Conduct nursing interventions - Phase 6: Evaluation - Phase 7: Feedback <p><i>Bron: Sesink, E.M., Handboek verpleegkunde. Bohn Stafleu van Loghum (oktober 2003), 478.</i></p> <p>De verpleegkundige aanpak moet met documenten/templates of modules worden ondersteund die ter beschikking worden gesteld van de gebruiker.</p>	<p>La démarche infirmière consiste en toute intervention qu'un(e) infirmier(e) effectue au nom d'un patient. Cette intervention peut concerner des soins directs ou indirects, un acte infirmier autonome, un acte médical délégué ou un acte prescrit par d'autres prestataires de soins de santé.</p> <p>La démarche infirmière est un processus cyclique de soins dans lequel l'infirmière(e) planifie, exécute et évalue systématiquement les soins sur la base de données préalablement collectées et pertinentes pour les soins. Une démarche de soins infirmiers est élaborée en différentes phases. Par exemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Phase 1: Data collection - Phase 2: Nursing diagnosis or nursing problems - Phase 3: Determining desired results - Phase 4: Planning nursing interventions in a nursing plan - Phase 5: Conduct nursing interventions - Phase 6: Evaluation - Phase 7: Feedback <p><i>Bron: Sesink, E.M., Handboek verpleegkunde. Bohn Stafleu van Loghum (oktober 2003), 478.</i></p> <p>La démarche de soins infirmiers doit être supportée via des document/template ou modules mis à disposition de l'utilisateur.</p>
ID_067 AE	De software laat toe om doelstellingen te registreren en te beheren. Deze doelstellingen zijn gelinkt aan minstens één verpleegkundige diagnose. Principes van "zorgaanpak" en "verpleegkundig zorgproces".	Le logiciel permet d'enregistrer et de gérer des objectifs. Les objectifs sont liés à au moins un diagnostic infirmier. Principes des "Démarche de soins" ou "processus de soins infirmiers"
E.	<p>Het criterium benadrukt dat het moet mogelijk zijn om doelstelling(en) te registreren en die te linken aan <u>minstens</u> 1 verpleegkundige diagnose of voorschriftlijn of probleem behandeld in collaboratie. De doelstellingen kunnen evolueren in de tijd. De toepassing maakt het mogelijk om deze evolutie te tonen.</p>	<p>Le critère confirme l'importance de pouvoir définir un objectif ou plusieurs objectifs qui peuvent être reliés soit à au moins 1 diagnostic infirmier, soit à une ligne de prescription soit à un problème traité en collaboration. Les objectifs peuvent évoluer dans le temps. L'application offre la possibilité de visualiser cette évolution.</p>

ID_068 AE	De software laat de specifieke opvolging van wondzorg per wonde (meerdere wondes voor 1 patiënt) gebaseerd op de TIME methode.	Le logiciel permet un suivi spécifique des soins de plaies par plaie (plusieurs plaies possibles pour 1 patient) basé sur la méthode TIME.
E.	<p>Het softwarepakket moet de volgende observaties kunnen registreren o.b.v de TIME methode (Tissue, Inflammation/ Infection,Moisture,Edge/Epithelialization):</p> <ul style="list-style-type: none"> - beschrijving: weefsel, infectie, vochtigheid en epithelisatie/wondranden etc. - evaluatie* (per bezoek) - evolutie (periode) - frequentie - observatieschaal - foto <p>* minimaal de volgende elementen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - afmeting : lengte, breedte en diepte - kleur: zwart, geel, rood, roze - uiterlijk van de wondranden - exsudaat (mogelijke kleur = infectie/ ontsteking, hoeveelheid) 	<p>Au minimum, le logiciel permet d'enregistrer les observations suivantes tout en respectant le schéma TIME (Tissue, Inflammation/ Infection,Moisture,Edge/Epithelialization):</p> <ul style="list-style-type: none"> - description : tissu, inflammation/infection, humidité, berge/épithélialisation - évaluation* (par visite) - évolution (période) - fréquence des soins - échelle d'observation - photo <p>* au minimum les éléments suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dimension: longueur, largeur et profondeur - couleur: noir, jaune, rouge, rose - aspect des bords de la plaie - exsudat (couleur éventuelle = infection/inflammation, quantité)
	<ul style="list-style-type: none"> - De RIZIV-richtlijnen betreffende wondzorg: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/referentieverpleegkundigen-richtlijnen-wondzorg.pdf - Les directives d'INAMI relatives aux soins de plaie(s): https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/directive_infirmiers_soins_plaie.pdf - Les bonnes pratiques en matière se soins de plaie doivent être proposées : https://www.ebpnet.be/fr/nurse/pages/display.aspx?ebmid=ebm0066b - Er moeten goede wondverzorgingspraktijken worden aangeboden: https://www.ebpnet.be/nl/nurse/pages/display.aspx?ebmid=ebm0066b 	

6.2 Use of evaluation scales and decision support

<p>ID_069 AE+D</p>	<p>De software ondersteunt minimaal het gebruik v/d volgende evaluatieschalen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Katz 2. Pijn 3. NORTON of BRADEN schaal 	<p>Le logiciel supporte au minimum l'utilisation des échelles d'évaluation suivantes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Katz 2. Douleur 3. Echelle NORTON ou BRADEN
<p>E.</p>	<p>De toepassing houdt bij welke evaluatieschalen wanneer en door wie ingevuld zijn.</p> <p>De toepassing biedt een interface aan voor registratie van de onderscheidene elementen van de evaluatieschalen.</p> <p>De eindscore en mogelijke tussenscores worden als meetwaarden behandeld.</p> <p>Het ontbreken van één van de bovenvermelde elementen zal een "fail" voor dit criterium inhouden.</p> <p><u>Voorbeeld Norton:</u> https://www.health.belgium.be/nl/norton-scale</p> <p><u>Voorbeeld Braden:</u> https://www.health.belgium.be/nl/braden-scale</p>	<p>L'application enregistre quelles sont les échelles d'évaluation complétées pour un patient et par qui.</p> <p>L'application offre une interface pour saisir les différents éléments repris dans l'échelle d'évaluation.</p> <p>Le et/ou les scores intermédiaires / finaux sont traités comme des valeurs de mesures.</p> <p>L'absence de l'un des éléments énuméré ci-dessus entraînera un « fail » pour ce critère.</p> <p><u>Voorbeeld Norton:</u> https://www.health.belgium.be/fr/norton-scale</p> <p><u>Voorbeeld Braden:</u> https://www.health.belgium.be/fr/braden-scale</p>

<p>ID_070</p> <p>AE</p>	<p>De software kan de invoer, interpretatie alsook de verlenging & de wijziging v/d Katz-schaal beheren. De software stelt een validatie v/d schaal voor en ver-wittigt de gebruiker of de backoffice bij gebrek aan validatie om hun aandacht te vestigen op de noodzaak v/e vali-datie volgens parametriserbare moda-liteiten rekening houdend met de wet-telijke termijn voor de verzending naar de verzekeringsinstelling. De software laat tevens toe om de volgende elementen te visualiseren en in te voeren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eventueel de begindatum van het akkoord van de adviserende arts - de einddatum van de geldigheid - de aanduiding dat het getuigschrift betrekking heeft op een toiletaanvraag voor een persoon die gedesoriënteerd is in tijd en ruimte, te bewaren in het dossier. 	<p>Le Logiciel permet de gérer l'introduction, l'interprétation ainsi que la prolongation et la modification de l'échelle de Katz. Il propose une validation de cette échelle et à défaut de validation, alerte l'utilisateur ou le back-office sur la nécessité d'une validation selon des modalités paramétrables et tenant compte de l'échéance légale de l'envoi à l'organisme assureur.</p> <p>Il permet en outre de visualiser et d'introduire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le cas échéant la date de début de l'accord donné par le médecin conseil - la date d'échéance de validité <p>Et également:</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'indiquer que le certificat porte sur la demande de toilette pour une personne désorientée dans le temps et l'espace , à conserver dans le dossier .
<p>E.</p>	<p>De applicatie biedt een interface aan waarmee de verschillende elementen van deze evaluatieschaal kunnen worden geregistreerd. De eindnota en de eventuele tussentijdse nota's worden als meetwaarden verwerkt. De ingevulde schaal wordt in het patiëntendossier bewaard en kan op elk ogenblik worden weergegeven. De principes inzake wijziging en/of schrapping van de gezondheidsgegevens zijn ook in dit geval van toepassing. Het ontbreken van één van de elementen zal het niet slagen voor dit crit. inhouden.</p> <p>Zie onder meer pg. 38 van het document "Infobox INAMI - Ontleutelde regelgeving voor thuiszorgverpleegkundigen".</p> <p>De volgende minimale gegevens moeten geregistreerd kunnen worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datum aanvang - Datum einde - Datum aanvraag (nodig voor facturatie) - Toegestaan akkoord: T2, T7, A, B, C) - Accidentele incontinentie (J/N) <p>String met de score : "4-4-4-4-3"</p>	<p>L'application fournit une interface permettant d'enregistrer les différents éléments de cette échelle d'évaluation. La note finale et les éventuelles notes intermédiaires sont traitées comme des valeurs mesurées. L'échelle complétée est stockée dans le dossier du patient et peut être reproduite à tout moment. Les principes de modification et/ou de suppression des données de santé s'appliquent également ici. L'absence de l'un des éléments énumérés entraînera un échec pour ce critère.</p> <p>Voir entre autres page 38 du document « Infobox INAMI – La réglementation décryptée pour l'infirmier en soins à domicile".</p> <p>Les données minimales suivantes doivent pouvoir être enregistrées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Date de début - Date de fin - Date de la demande (nécessaire pour la facturation) - Accord donné : T2, T7, A, B, C - Incontinence occasionnelle (O/N) <p>Texte avec les score : « 4-4-4-4-3 »</p>

6.3 Processing orders, prescriptions & referrals

ID_072 AE	De software omvat een plaats voor de opslag van ontvangen/geïmporteerde documenten die aan een patiënt gelinkt zijn.	Le logiciel comprend un lieu de stockage pour des documents reçus/importés que l'on peut lier à un patient.
E.	Het softwarepakket levert een inbox voor elke patiënt waarin de geïmporteerde / ontvangen documenten kunnen worden geraadpleegd. De inbox kan op elk moment worden geraadpleegd. Elk document dat in de inbox toekomt, wordt elektronisch gedateerd, wat een filtering op basis van het tijdstip mogelijk maakt.	Le logiciel fournit une boîte de réception pour chaque patient où les documents importés/reçus sont affichés. La boîte de réception peut être consultée à tout moment. Chaque document qui arrive dans la boîte de réception est horodaté, ce qui permet un filtrage basé sur le temps.
ID_073 AE	De software laat toe een voorstel van verpleegkundige zorg (=voorschrift) te genereren.	Le logiciel permet de générer une proposition de soins infirmiers (=prescription).
E.	Het softwarepakket biedt een functie waarmee een voorstel tot verpleegkundige verzorging kan worden voorbereid dat aan alle door het RIZIV opgelegde criteria voldoet.	Le logiciel offre une fonctionnalité qui permet de préparer une proposition de soins infirmiers qui répond à tous les critères imposés par l'INAMI/RIZIV : Dutch: https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/infobox-verpleegkundige.aspx French: https://www.riziv.fgov.be/fr/publications/Pages/infobox-infirmier.aspx
ID_074 AE	De software laat ook toe geadresseerde brieven te genereren voor de aanvraag van een akkoord of de aanvraag van de hernieuwing van een voorschrift, in functie van de voorziene datum van realisatie ervan.	Le logiciel permet de générer des courriers adressés pour les demandes d'accords et les demandes de renouvellement de prescriptions en fonction de la date prévue de leur réalisation.
	Kennisgevingen en aanvragen voor goedkeuring gericht aan de verzekeringsinstellingen vallen buiten dit crit. Zij worden gevalideerd in het kader van de erkenning "MyCareNet" Voor bepaalde verpleegkundige zorgen is een voorschrift van een arts vereist. Dat voorschrift geeft dan aanleiding tot een aanvraag of notificatie door de verpleegkundige aan de verzekeringsinstelling. Dit criterium heeft betrekking op het aanmaken van een ontwerp van voorschrift.	Les notifications et demandes d'accords adressés aux organismes assureurs ne forment pas l'objet de ce critère. Ces services sont validés dans le cadre de MyCareNet. Une prescription provenant d'un médecin est requise pour certaines prestation infirmières, qui eux engendrent ensuite une demande / notification de la part de l'infirmier. Ce critère vise une facilité de 'préparer' ces prescriptions.

	<p>Voor wat de vernieuwing van voorschrift- en betreft beperkt men zich tot een ge- adresseerd vrije tekst document zolang geen gestructureerd VS is vastgelegd.</p> <p>Het ontwerp voorschrift wordt vervolgens ondertekend door de voorschrijver en als document opgenomen in het elektronisch verpleegkundig voorschrift.</p> <p>Het ontwerp VS kan afgedrukt worden.</p> <p>Verpleegkundige zorgen waarvoor geen voorschrift vereist is (maar misschien wel een notificatie) vallen dus niet onder dit criterium.</p>	<p>Le document préparé par l'infirmier est ensuite signé par le prescripteur est inclus comme objet dans la prescription infirmière électronique.</p> <p>On se limite à un document adressé et en texte libre aussi longtemps que la prescription électronique structurée ne sera défini et imposée.</p> <p>Le document préparé peut être imprimé.</p> <p>Les prestations pour lesquelles aucune prescription n'est requise (mais peut-être bien une notification) ne sont pas visé par ce critère.</p>
<p>ID_075 AE</p>	<p>In het kader van een voorschrift voor verpleegkundige zorg laat de software toe om de belangrijkste elementen uit het voorschrift te registreren (met uitsluiting van klinische gegevens en bijzondere details), met name :</p> <p>a. Type zorg (injectie, verband, toilet, wassen, enz.)</p> <p>b. Frequentie van de bezoeken (dag/week/maand)</p> <p>c. Begin- en einddatum van de zorg</p>	<p>Le logiciel permet d'enregistrer la prescription des soins infirmiers et ses principaux éléments constitutifs (à l'exclusion des données cliniques et détails particuliers), à savoir :</p> <p>a. Type de soins (injection, pansement, toilette, lavement etc...)</p> <p>b. Fréquence des visites (jour/semaine/mois)</p> <p>c. Dates de début et de fin du soin.</p>
E.	<p>De software moet de gegevens vervat in een voorschrift kunnen registreren en tonen.</p> <p>Het voorschrift bevat de vraag tot het verlenen van verpleegkundige zorgen.</p> <p>Voor niet alle zorgen is een 'voorschrift' vereist.</p> <p>Dit criterium bepaalt dat het voorschrift op zich en de onderscheidene voorschrift-gegevens (moeten) kunnen opgenomen worden in het verpleegkundig dossier. Het voorschrift heeft minimaal een auteur / voorschrijver, een datum, een status, een beschrijving van de toe te dienen zorg, aantal en frequentie van de zorgen. Het aantal kan vervangen worden door een duur. Het voorschrift moet een indicatie of medische diagnose bevatten</p>	<p>Le logiciel doit permettre la saisie et représentation des données reprises dans une prescription.</p> <p>La prescription contient la demande de soins infirmiers.</p> <p>Tous les soins ne nécessitent pas une prescription.</p> <p>Ce critère stipule que la prescription comme telle ainsi que les différents éléments de son contenu doivent pouvoir être enregistrés dans le dossier infirmier. Une prescription a comme éléments au moins une date, un auteur / prescripteur, un état, une description des soins à donner ainsi que la quantité et la fréquence de ces soins. La quantité peut dans certain cas être remplacée par une durée définie. La prescription doit contenir l'indication ou un</p>

	<p>die een verantwoording inhoudt voor de toe te dienen zorgen.</p> <p>Gekoppeld aan deze voorschriftgegevens bevat het verpleegkundig dossier ook het "document", hetzij een gescand papieren voorschrift, hetzij een elektronisch bericht/ bestand.</p> <p>Integreer een gescand papieren VS of een elektronisch VS in het verpleeg-dossier en voer de verschillende gegevens in zoals gespecificeerd.</p>	<p>diagnostic médical comme justification pour les soins prescrits.</p> <p>Le dossier infirmier contient également, relié à ces données, le "document", soit une prescription papier scannée soit un message / fichier électronique.</p> <p>Intégrez une prescription papier scannée ou une prescription électronique dans le dossier infirmier et saisissez les différentes données comme précisées.</p>
--	--	---

<p>ID_076 AE</p>	<p>Een voorschrift is verbonden aan minstens één bezoek behalve voor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - hygiënische verzorging, met inbegrip van de forfaitaire honoraria A/B/C - toezicht op wonde met bioactief verband - bezoek van een referentieverpleegkundige bij specifieke wondzorg - verpleegkundig consult in de thuisverpleging - verpleegkundig advies en overleg met het oog op de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen die langs orale weg worden toegediend, gevolgd door een akkoord van de behandelende arts (bijlage 81) - de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen die langs orale weg worden toegediend 	<p>Une prescription est liée à au moins une visite sauf pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les soins d'hygiène, y compris les honoraires forfaitaires A/B/C - la surveillance de plaie avec pansements bioactif - Visite d'un infirmier relais pour des soins de plaie(s) spécifiques - La consultation infirmière dans le cadre des soins à domicile - l'Avis infirmier et la concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale, suivi d'un accord du médecin traitant (Annexe 81) - La préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale
<p>E.</p>	<p>Needs to be undertstood as Une prescription = Prescription médicale</p> <p>Dutch: https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/infobox-verpleegkundige.aspx</p> <p>French: https://www.riziv.fgov.be/fr/publications/Pages/infobox-infirmier.aspx</p>	

<p>ID_077 AE</p>	<p>Een historiek van de voorschriften is beschikbaar met de gegevens m.b.t. de voorschriften van de patiënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - datum van het voorschrift - aard van de voorgeschreven zorg - referentie van de voorschrijver 	<p>Un historique des prescriptions est disponible avec les données concernant les prescriptions du patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Date de la prescription - Nature des soins prescrits - Référencement du médecin prescripteur
<p>E.</p>	<p>Aan de hand van het softwarepakket kan een overzicht van de historiek van de VS'en van een patiënt worden aangemaakt. Elk VS is gelinkt aan een ingescand document of een elektronische registratie van het VS. De hierboven opgesomde minimumattributen moeten aanwezig zijn.</p>	<p>Le logiciel permet de créer un aperçu de l'historique des prescriptions d'un patient. Chaque prescription est liée à un document scanné ou à un enregistrement électronique de la prescription. Les attributs minimum énumérés ci-dessus, doivent être présents.</p>

6.4 Medicinal treatment

6.4.1 The scheme of administration

ID_078 AE+D	De software laat toe een fiche inzake farmacotherapie in te vullen op basis van een bestaand medicatieschema (indien beschikbaar) en hier notities aan toe te voegen ter ondersteuning van de voorbereiding van de geneesmiddelen.	Le logiciel permet d'encoder une fiche de pharmacothérapie basée sur le schéma de médication existant (si disponible) et d'ajouter des notes en vue de la préparation des médicaments.
E.	De minimumattributen zijn: <ul style="list-style-type: none"> - de naam van het geneesmiddel - de dosering - de wijze van toediening (bv.: via de mond) - de toedieningseenheid (bv.: ml) - periode v/d dag, minimaal: 's morgens, 's middags, 's avonds en bedtijd (bijv. voor het ontbijt) (bv.: voor het ontbijt) - de periodiciteit (bv.: tijdens 2 weken) 	Les attributs minimum sont : <ul style="list-style-type: none"> - le nom du médicament - le dosage - la voie d'administration(ex. : orale) - l'unité (ex.: ml) - période de la journée, à minima :matin, midi, soir et coucher (ex.: avant le petit déjeuner) - la périodicité (ex.: pendant 2 semaines)

6.4.2 Import/export of the medication scheme

ID_079 AE	De software laat toe om een medicatieschema bij de gezondheidskluizen te visualiseren en/of te importeren.	Le logiciel permet d'importer et/ou visualiser un schéma de médication stocké sur les coffres forts.
E.	De instructies / cookbooks zijn beschikbaar op de sites van de kluizen: Les instructions/cookbooks sont disponibles sur les sites des coffres-forts : Dutch: <ul style="list-style-type: none"> - https://brusselsgezondheidsnetwerk.be - https://www.vitalink.be/downloads-en-technische-documentatie-cookbooks - https://www.reseausantewallon.be/Pages/default.aspx French: <ul style="list-style-type: none"> - https://reseausantebruxellois.be - https://www.vitalink.be/downloads-en-technische-documentatie-cookbooks - https://www.reseausantewallon.be/Pages/default.aspx 	

6.5 Alert management

An alert is a "message to the user"

- either to remind him/her about a due date or a due tasks,
- or to warn on the presence of health risk for the patient.

<p>ID_080 AE</p>	<p>De software genereert alarmen :</p> <p>a) in geval van toevoeging van verstrekkingen die niet toegelaten zijn door de forfaits* of lopende voorschriften.</p> <p>b) ingeval een vervaldatum nabij is (voorschrift, notificatie) volgens de parameters die gedefinieerd werden door de gebruiker.</p> <p>*Het alarm moet de aandacht van de gebruiker vestigen op het feit dat de zorgen in principe niet toegelaten zijn maar moet de gebruiker vrij laten om ze toch in te voeren.</p>	<p>Le « logiciel » génère des alertes</p> <p>a) En cas d'ajout de prestations non autorisées par les forfaits* ou prescriptions en cours.</p> <p>b) En cas d'imminence d'une date de fin de validité (prescription, notification) selon des paramètres définis par l'utilisateur.</p> <p>c) *L'alerte doit attirer l'attention de l'utilisateur sur le fait que ces prestations ne sont à priori pas autorisées tout en laissant bien entendu la liberté à l'utilisateur de passer outre.</p>
<p>E.</p>	<p>Deze waarschuwingen moeten niet nood-zakelijk gegeven worden wanneer "pre-staties worden toegevoegd" (zie verder).</p> <p>Deze functie kan aangeboden worden onder de vorm van een commentaar toegevoegd aan een geplande sessie.</p> <p>Wanneer voor toegediende zorgen zorgen en prestaties worden toegevoegd die niet gepland zijn genereert het systeem een waarschuwing wanneer die prestaties niet toegelaten zijn.</p>	<p>Ces alertes ne doivent pas nécessairement être émises lors de la saisie de prestations. (voir plus loin).</p> <p>Cette fonction peut être offerte par commentaire relié à une visite planifiée.</p> <p>Le système alerte l'utilisateur lors de la saisie de soins accordés en sus des soins planifiés et au cas où ces soins supplémentaires ne sont pas autorisés.</p>

6.6 Access management and authentication

<p>ID_081 AE</p>	<p>Meerdere gebruikers kunnen simultaan toegang hebben tot de software (= opening van het dossier door # users) maar de software moet instaan voor het beheer van de integriteitsvereisten, vermijden dat gegevens verloren gaan en een waarschuwing geven in geval van conflict.</p>	<p>Plusieurs utilisateurs peuvent accéder simultanément au logiciel (= ouverture du dossier par plusieurs personnes) mais le logiciel doit garantir la gestion des contraintes d'intégrité, éviter la perte de données et donner des alertes lors d'une collision.</p>
<p>E.</p>	<p>De essentie van dit criterium is om de coherentie van de gegevensbank te garanderen en het gegevensverlies te vermijden. De blokkering van de gegevens is een aanvaardbare oplossing maar is niet de meest elegante.</p>	<p>L'essence de ce critère est de garantir la cohérence de la base de données et d'éviter la perte de données. Le verrouillage des données est une solution acceptable mais pas la plus élégante.</p>

<p>ID_082 AE</p>	<p>Elke toegang tot een patiëntendossier via de software:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hetzij door een persoon, - hetzij langs externe of elektronische weg is op eenduidige en onuitwisbare manier traceerbaar. <p>De software houdt een historiek bij van de toegang tot:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het systeem - de dossiers <p>Deze historiek kan worden geraadpleegd door de gemachtigde personen. De raadplegingen worden geregistreerd in een log.</p>	<p>Chaque accès à un dossier patient via le logiciel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - qu'il soit par un être humain, - par voie externe ou électronique est traçable de manière indélébile et univoque. <p>Le logiciel garde un historique des accès :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au système - aux dossiers <p>Ces historiques peuvent être consultés par les personnes autorisées. Les consultations de ces historiques sont enregistrées.</p>
	<p>Het logboek van de toegangen omvat en geeft minimaal de volgende gegevens weer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - naam, voornaam en geboortedatum van de patiënt, unieke identificatie van de patiënt - identificatie v/d gebruiker (naam en uniek identificatienummer) - elektronische datering van de toegang <p>Het logboek van de toegangen kan in CSV of PDF worden geëxporteerd.</p> <p>Met patiënt wordt er exact bedoeld met patiëntendossier? Enkel het consulteren van het dossier globaal gezien v/e bepaalde patiënt, of moet er een logging voorzien worden per dossiergegeven?</p>	<p>Le journal des accès capture et affiche au minimum :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nom, prénom et date de naissance du patient, Identification unique du patient - identification de l'utilisateur (nom et identifiant unique) - horodatage de l'accès <p>Le journal des accès peut être exporté en CSV ou PDF.</p> <p>Qu'entend-on exactement par "dossier patient" ? Seulement la consultation globale du dossier d'un patient particulier, ou faut-il prévoir un enregistrement par dossier?</p>

<p>1) De bedoeling v/h crit. is om altijd, middels een logfile en zonder een betrokken dossier daartoe te moeten analyseren, te kunnen aantonen wie een dossier geopend heeft en de facto de mogelijkheid had om dossiergegevens te raadplegen. Wie een wijziging heeft aangebracht kan al aangetoond worden door de registratie van de verantwoordelijke voor een individuele versie v/e gegevens (rechtstreeks of langs de sessie identificatie om). De uitbreiding heeft de bedoeling om ook een elektronische toegang tot een dossier te registreren, bv. voor de import van een 'voorschrift'.</p> <p>2) Blijft het probleem van de productie van lijsten van patiënten met bepaalde gegevens. Het lijkt niet erg efficiënt om elk dossier aan te merken dat betrokken was bij de productie van een overzicht/lijst. Voor alle toegangen tot dossiers die uitgaan van een functie op praktijkniveau kan volstaan dat de log-file een vermelding bevat dat een bepaalde listing op een bepaald ogenblik op praktijkniveau (op meerdere dossiers gelijktijdig) werd uitgevoerd.</p> <p>Het criterium is heel duidelijk: elke toegang tot het dossier dient te worden getraceerd. De controle gebeurt dus op het niveau van het dossier. Dit neemt niet weg dat de functie kan uitgevoerd worden op het niveau van de praktijk.</p> <p>Het spreekt voor zich dat het moet gaan om een "afdoende", "betrouwbare" en "permanente" traceerbaarheid. Het bestand mag niet het volledige of een gedeelte v/h journaal zijn met de klinische gegevens chronologisch geordend. Het bestand omvat alleen toegangsgegevens.</p>	<p>1) Le critère a comme but de pouvoir démontrer qui a ouvert un dossier ayant en même temps la possibilité de consulter le contenu, en se basant sur le fichier audit et/ou sans devoir analyser le dossier. Qui a modifié une donnée est par contre déjà identifié par l'enregistrement de l'auteur d'une version d'une donnée, de façon directe ou indirecte par les données de session. L'extension du critère pour but d'également enregistrer les accès électronique au dossier, par exemple lors de l'importation d'une prescription.</p> <p>2) Reste l'accès au dossier à l'occasion de la production de listes de patients avec certaines données dans leur dossier respectif. Nous jugeons inefficace de marquer chaque dossier repris dans une telle liste. Il suffit, pour les accès aux dossiers lors de l'exécution d'une fonction au niveau de la pratique infirmière (ou groupement) entier, d'enregistrer dans le fichier audit qu'une certaine liste de patients a été produite au niveau du cabinet (donc plusieurs dossiers).</p> <p>Le critère est très clair: chaque accès au dossier doit être tracé. Le contrôle se fait donc au niveau du dossier. Cela n'exclut pas la possibilité de gérer cet aspect au niveau du cabinet.</p> <p>Il est évident que cette traçabilité doit être « convaincante », « fiable » et « permanente ». Le fichier ne peut néanmoins être un « journalier » avec des données « de soins » classées chronologiquement. Le fichier ne comporte que les accès aux dossiers des patients.</p>
--	---

	<p>Het aanmaken v/e nieuw dossier, zonder dat dossiergegevens geregistreerd werden, hoeft niet meegeteld te worden als contact, maar het mag.</p> <p>Toon aan, op eender welke wijze , dat aan dit criterium voldaan is.</p> <p>Controle gebeurt door de toegangen te vergelijken: vergelijk het bestand bij aanvang van de testsessie met de toestand op het einde van de testsessie.</p>	<p>La création d'un nouveau dossier, sans enregistrement de données, ne doit pas être considérée comme un accès, mais peut bien l'être.</p> <p>Démontrez que votre logiciel est compatible avec ce critère.</p> <p>Le contrôle se fait en comparant les fichier audit d'avant et d'après la session de test.</p>
--	--	--

<p>ID_083 AE+D</p>	<p>De software laat toe om toegangsrechten te beheren op basis van de volgende parameters:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het profiel van de gebruiker (bv.: verpleegkundig profiel, administratief profiel) - De aard van de actie op deze gegevens: lezen en/of schrijven 	<p>Le logiciel permet de gérer des droits d'accès sur base des paramètres suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profil de l'utilisateur (par exemple: profil infirmier, profil administratif) - Type d'action sur ces données : lire et/ou écrire
	<p>Het is belangrijk om op systeemniveau een onderscheid te maken tussen een profiel van administrator en een profiel van gebruiker. De rechten v/d administrator worden beperkt tot de administratieve gegevens v/d patiënt. De administrator heeft geen toegang tot de gezondheidsgegevens v/d patiënt. De rollen kunnen op gebruikersniveau worden bepaald . Het systeem moet meerdere gebruikers kunnen beheren en onderscheiden en daarbij garanderen dat het interne identificatienummer v/e gebruiker 'geschrapd sinds' later niet meer gebruikt zal kunnen worden en dat de gegevens die door deze gebruiker geregistreerd werden beschikbaar blijven en aan deze gebruiker gelinkt blijven.</p> <p>Een mogelijk scenario: wissen van een gebruiker auteur/verantwoordelijke van eerdere gegevens, toevoegen van een nieuwe gebruiker. Controle op ID van de nieuwe gebruiker. Lijst van gegevens van de geschrapte gebruiker. Lijst van gegevens (journaal bijvoorbeeld) met tonen van de auteur, waaronder de gewiste auteur verschijnt.</p>	<p>Il est important de distinguer au niveau du système un profil d'administrateur d'un profil d'utilisateur. Les droits de l'administrateur sont limités aux données administratives du patient et celui-ci il ne peut pas avoir accès aux données de santé du patient. Les rôles peuvent être définis au niveau de l'utilisateur. Le système doit pouvoir gérer et distinguer plusieurs utilisateurs, en garantissant que l'identifiant interne d'un utilisateur « rayé depuis » ne sera pas réutilisé plus tard et que les données enregistrées par ou pour cet utilisateur restent disponibles et reliées à cet utilisateur.</p> <p>Scénario éventuel : enlever un utilisateur auteur / responsable de certaines données déjà enregistrées. Ajout d'un nouvel utilisateur. Produire une liste des données provenant de l'utilisateur rayé. Produire une liste (journal par exemple) avec auteur des différentes données : l'utilisateur rayé apparaît encore comme auteur de ces données à lui.</p>

ID_084 AE	De toegang tot de software wordt gecontroleerd door een authenticatiemethode (bvb.paswoord, biometrie, SSO,...).	L'accès au logiciel est contrôlé par une méthode d'authentification (ex password, biométrie, SSO etc.).
E.	Elke gebruikersnaam heeft een uniek paswoord. Het softwarepakket kan geen account zonder paswoord aanmaken.	Chaque nom d'utilisateur a un mot de passe unique. Le logiciel ne permet pas de créer un compte sans mot de passe.

ID_085 AE	De software beschikt over een parametriseerbare functie van vergrendeling van de interface en automatische verberging van de gegevens in geval van langdurige inactiviteit. De ontgrendeling vereist opnieuw de toepassing van de eenduidige authenticatiemethode na een bepaalde periode van inactiviteit.	Le logiciel est muni d'une fonction paramétrable de verrouillage de l'interface et de masquage automatique des données en cas d'inactivité prolongée. Le déverrouillage nécessite que l'on réintroduise la méthode d'authentification univoque après une durée déterminée.
E.	Vrije uitvoering in die mate dat er een standaardconfiguratie plaatsvindt. Inactiveren van het operating system na een instelbare periode van inactiviteit is aanvaardbaar. Controleer of na een periode van inactiviteit het systeem effectief vergrendeld is. Voor de testsessie wordt de duur van inactiviteit ingesteld op 15 minuten.	Mise en œuvre libre dans la mesure où elle est configurée par défaut: La mise en veille de l'OS après une période configurable d'inactivité est acceptable comme approche. Vérifier si oui ou non un verrouillage est fait après une période d'inactivité. La période d'inactivité est fixée à 15 minutes pour la configuration de test.

7 Theme 5: Conditions regarding billing and reimbursement

<p>ID_086 AE</p>	<p>De software laat toe om een factuur aan te maken voor zorgen die niet opgenomen zijn in de nomenclatuur en deze factuur af te drukken op papier met het oog op verzending of te exporteren in PDF-formaat voor elektronische verzending via een beveiligd uitwisselings-systeem naar de patiënt via eBox (ebox of andere die hetzelfde beveiligings dan ebox niveau garanderen en goedgekeurd zijn door de sectorale commissie).</p>	<p>Le logiciel permet de créer une facture pour les actes non nomenclaturés et de l'imprimer pour un envoi papier ou de l'exporter dans un format PDF afin d'être envoyé par voie électronique via un système d'échange sécurisé (eBox ou autre garantissant un même niveau de sécurité que la eBox et approuvé par le Comité sectoriel).</p>
<p>E.</p>	<p>Deze bewerking moet worden geautomatiseerd vanuit de gegevens in het softwarepakket. De facturen moeten in overeenstemming zijn met de wettelijke vereisten. De eBox moet minstens worden geïmplementeerd. Een factuur kan door een module of een externe leverancier worden aangemaakt.</p>	<p>Cette opération doit être automatisée à partir des données contenues dans le logiciel. Les factures doivent être conformes aux exigences légales. La eBox est un minimum à mettre en place. La création d'une facture peut être effectuée par un module ou un fournisseur externe.</p>

8 Theme 6: Contractual and legal aspects

ID_090 AE+L	Standaard versleutelt de software op zijn minst de gegevens op de terminals (ook mobiele terminals) en de gegevensuitwisselingen tussen de terminals en de servers.	Le logiciel crypte au minimum par défaut les données sur les terminaux (incl mobile) ainsi que les échanges de données entre les terminaux et les serveurs.
E.	De versleuteling van de schijf kan worden gebruikt om deze doelstelling te bereiken. Dit criterium zal niet als dusdanig (maar kan wel onrechtstreeks) worden getest/gecontroleerd. Deze functie moet niettemin deel uitmaken van de documentatie die zal worden onderzocht.	Le cryptage du disque peut être utilisé pour atteindre cet objectif. Ce critère ne sera pas testé/audité en tant que tel (mais pourrait l'être indirectement), toutefois cette fonction doit faire partie de la documentation qui sera examinée.

ID_095 AE+L	De software stelt default bij elk bezoek voor om de identiteitskaart (eID) uit te lezen, behalve uitzondering vermeld in de RIZIV-reglementering. De software mag in geen geval de informatie van de eID die opgeslagen is in het dossier gebruiken om het bezoek te valideren. Het uitlezen van de identificatiedrager biedt automatisch toegang tot het patiëntendossier of tot de zorg die verstrekt moet worden voor deze patiënt.	Le logiciel propose par défaut lors de chaque visite la lecture de la carte d'identité (eID) sauf exception mentionnée dans le règlementation INAMI. Le logiciel ne peut en aucun cas utiliser les informations de la carte eID stockées dans le dossier pour valider la visite. La lecture du moyen d'identification propose l'accès automatique au dossier du patient ou aux soins à effectuer pour ce patient.
E.		

ID_104 AE	De toegang tot de gegevens van de toepassing moet worden gecontroleerd om elke niet toegestane wijziging te vermijden.	L'accès aux données de l'application doit être contrôlé afin d'empêcher toute modification non autorisée.
E.		

ID_108 AE+L	De softwareproducent biedt ondersteuning aan bij het gebruik. Deze ondersteuning omschrijft duidelijk de procedures en de inhoud van de backups. De softwareproducent biedt een telefonische hulplijn aan die minstens bereikbaar is tijdens de werkuren.	Le producteur du logiciel propose une aide à l'utilisation. L'aide à l'utilisation du logiciel définit clairement les procédures et le contenu des sauvegardes. Le producteur du logiciel fournit une aide téléphonique au minimum pendant les heures ouvrables de la journée.
E.		

ID_109 AE+L	De softwareproducent biedt een (individuele of collectieve) opleiding aan omtrent het gebruik van de software die in gebruik werd gesteld. Deze opleiding kan aan derden worden uitbesteed, onder de verantwoordelijkheid van de producent. De softwareproducent biedt ook een (individuele of collectieve) opleiding aan omtrent het gebruik van nieuwe functionaliteiten bij nieuwe versies van de software. Ook deze opleiding kan aan derden worden uitbesteed, onder de verantwoordelijkheid van de softwareleverancier. Het kan ook via de verdeling van elektronische documenten.	Le producteur du logiciel propose une formation (individuelle ou collective) à l'utilisation du logiciel mis en circulation. Cette formation peut être déléguée à des tiers, sous la responsabilité du producteur. Le producteur du logiciel propose également une formation (individuelle ou collective) à l'utilisation des nouveautés proposées lors des mises à jour du logiciel. Cette formation peut être aussi déléguée à des tiers, sous sa responsabilité ou consister en la diffusion de documents électroniques.
E.	De opleiding mag betalend zijn, maar moet op zijn minst worden aangeboden.	La formation peut être payante, mais doit être au minimum proposé.

ID_110 AE+L	Het leverings- en onderhoudscontract tussen de gebruiker en de leverancier bevat de garanties die overeengekomen zijn tussen de softwareleverancier en de dienstverleners, inclusief in de cloud.	Le contrat de livraison et de maintenance entre l'utilisateur et le fournisseur reprend les garanties qui sont convenues entre le fournisseur du logiciel et les fournisseurs des services y compris dans le cloud.
E.	Informatie waarin wordt beschreven waar de gegevens worden opgeslagen/wie de gegevens host, moet tevens duidelijk worden vermeld.	Des informations décrivant où les données sont stockées/qui héberge les données doivent également être clairement mentionnées.

ID_111 AE+L	De software biedt gedocumenteerde back-upfuncties aan (lokaal of in de cloud).	Le logiciel propose des fonctions de sauvegarde documentées (en local ou dans le cloud).
E.	De back-upfuncties moet een herstart mogelijk maken in geval van crash zonder gegevensverlies. Deze functies kunnen plaatsvinden op centraal niveau (cloud based software of met een centrale DB) of op het niveau van de gebruikerspost. Wat de softwarepakketten betreft die voor de individuele praktijken zijn bestemd, moet het softwarepakket een back-upfunctie in de cloud aanbieden.	Les fonctions de sauvegarde doivent permettre une récupération en cas de crash sans perte de données. Ces fonctions peuvent se faire au niveau central (logiciel cloud based ou avec une DB centralisé) ou au niveau du poste utilisateur. Pour les logiciels destinés aux pratiques individuelles le logiciel doit pouvoir offrir une option de backup dans le cloud.

ID_112 AE+L	De deontologische en wettelijke voorschriften op het vlak van beheer van patiëntendossiers in de verpleegkunde zijn van toepassing in het kader van de informatisering van het patiëntendossier.	Les prescriptions déontologiques et légales en matière de gestion du dossier patient en art infirmier sont bien entendu d'application dans le cadre de l'informatisation du dossier patient.
E.	De leverancier moet verklaren (schriftelijke verklaring) dat hij zich in regel stelt met de reglementering.	Le fournisseur doit déclarer (déclaration écrite) qu'il se conforme à la réglementation.

ID_113 AE+L	<p>De minimale inhoud van het individueel verpleegkundig dossier moet voldoen aan de bepalingen van artikel 8 van de nomenclatuur</p> <p>De software moet toelaten om te voldoen aan de artikelen 3 en 7 van het KB van 18/6/1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige zorgen en de lijst van de handelingen die door een arts of een tandarts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die zorgen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen.</p> <p>De software moet toelaten om te voldoen aan de artikelen 33 tot 35 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.</p>	<p>Le contenu minimal du dossier individuel infirmier doit respecter l'article 8 de la nomenclature</p> <p>Le logiciel doit permettre de répondre aux articles 3 et 7 de l'AR 18/6/1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.</p> <p>Le logiciel doit permettre de répondre aux articles 33 à 35 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé.</p>
E.	<p>SPF to clarify duration for data conservation and method eg quid rétroactif (patient < 2021) RIZIV Artikel 8: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatuurart08_20200101_01.pdf</p> <p>INAMI Article 8: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatureart08_20200101_01.pdf</p>	

ID_114 AE+L	De gegevens die ingevoerd zijn in de software kunnen permanent gelezen worden op basis van de laatste versie die door de gebruiker geïmplementeerd is (incl. cloud). De softwareproducent kan de gebruiker in geen geval verhinderen om toegang te hebben tot zijn gegevens.	Les données introduites dans le logiciel peuvent être lues en permanence sur base de la dernière version souscrite par l'utilisateur (incl Cloud). Le producteur de logiciel ne peut en aucun cas empêcher l'utilisateur d'accéder à ses données.
E.	De leverancier moet een praktische oplossing aanbieden, in het bijzonder voor de SAAS-softwarepakketten. Dit houdt tevens in dat de gegevensbank moet kunnen worden uitgelezen (klare tekst) door de gebruiker en worden gebruikt voor migratie naar een ander softwarepakket.	Une solution pratique doit être proposée par le fournisseur, en particulier pour les logiciels SAAS. Cela implique également que la base de données puisse être lue (en clair) par l'utilisateur et utilisée pour demander une migration vers un autre logiciel.

ID_115 AE+L	De softwareproducent garandeert een onderhoud ter plaatse of een tele-onderhoud, binnen de contractueel vastgelegde termijn. De softwareproducent biedt een onderhoudscontract aan, waarbij zowel de rechten als plichten v/d gebruiker en de producent beschreven zijn. Het eHealth-platform ontvangt een kopie van dit onderhoudscontract. In dit onderhoudscontract garandeert de producent de continuïteit v/d gegevens over de versies heen, met inbegrip van inactieve dossiers die gearchiveerd werden bij een update van de software. Een onderbreking van het contract veroorzaakt echter een verlies van de garanties.	Le producteur du logiciel garantit une maintenance sur place ou par télémaintenance dans un délai contractuellement fixé. Le producteur du logiciel propose un contrat de maintenance qui gère les droits et les obligations aussi bien de l'utilisateur que du producteur et en fournit une copie à la plateforme eHealth. Dans le cadre du contrat de maintenance, le producteur garantit la continuité des données de la (des) version(s) précédente(s) y compris, le cas échéant, les dossiers inactifs archivés lors de chaque mise à jour du logiciel. Une interruption de contrat entraîne néanmoins une perte de garantie.
E.		

ID_116 AE+L	De update van de software gebeurt kosteloos en automatisch (in het kader van het onderhoudscontract) en kan niet eindeloos geweigerd worden door de gebruiker. De gebruiker heeft echter de mogelijkheid om te bepalen wanneer de update plaatsvindt.	La mise à jour du logiciel doit être automatique, gratuite (dans le cadre du contrat de maintenance) et ne peut être refusée indéfiniment par l'utilisateur. L'utilisateur doit toutefois être en mesure de décider quand la mise à jour est effectuée.
E.		

<p>ID_117 AE+L</p>	<p>De softwareleverancier verbindt zich ertoe de gebruikers de versie van de software ter beschikking te stellen die getest en gevalideerd werd tijdens erkenningsminilabs en/of tijdens de validatie van de software georganiseerd door eHealth en/of door de leveranciers van diensten met toegevoegde waarde en dit binnen een maximumtermijn van drie maanden, behoudens specifieke afspraken met de titularis van de module.</p>	<p>Le fournisseur du logiciel s'engage à mettre à disposition de ses utilisateurs la version qui a été testée et validée lors des mini-labs d'agrément et/ou lors de la validation du logiciel organisée par eHealth et/ou par des fournisseurs de services à valeur ajoutée et ce dans un délai maximum de 3 mois sauf arrangement spécifique avec le titulaire du module.</p>
<p>E.</p>		
<p>ID_118 AE+L</p>	<p>Elke producent ondertekent een verklaring waarbij hij garandeert dat de software toelaat om de bepalingen van de GDPR na te leven. In voorkomend geval beantwoordt de producent een vragenlijst met betrekking tot de naleving van de minimale veiligheidsnormen die gebaseerd zijn op de ISO-norm 27xx, die jaarlijks verstuurd wordt door het eHealth-platform.</p>	<p>Chaque producteur signe un engagement que le logiciel permet le respect des dispositions de RGDP. Le cas échéant, le producteur répond à un questionnaire concernant le respect de normes minimales de sécurité basées sur les standards ISO 27xxx qui est envoyé annuellement par la plateforme eHealth.</p>
<p>E.</p>	<p>Deze verbintenis wordt voorafgaand aan de testen ondertekend.</p>	<p>Cet engagement sera signé préalablement aux tests.</p>
<p>ID_119 AE+L</p>	<p>De softwareproducent moet als onderdeel van de registratie functionele documentatie verstrekken, waaronder een functioneel model.</p>	<p>Le producteur du logiciel doit fournir une documentation fonctionnelle dans le cadre de l'enregistrement incl. modèle fonctionnel.</p>
<p>E.</p>	<p>De doelstelling is de controle v/d conformiteit met de crit. te ondersteunen. De exhaustieve lijst v/d crit. die moeten worden gedocumenteerd, zal worden meegedeeld (crit. AE). Een functioneel schema waarbij de gegevensstructuur wordt toegelicht, wordt tevens gevraagd, bv. link tussen "bezoeken" en "voorschriften". Een "high level"-schema wordt aanvaard.</p>	<p>L'objectif est de supporter la vérification de conformité aux critères. La liste exhaustive des critères qui doivent être documentés sera fournie (critères AE). Un schéma fonctionnel expliquant la structure des données est également demandé ex. lien entre "Visites" et "Prescriptions". Un schéma "high level" est acceptable.</p>

9 Theme 7 Modular Criteria : external interactions

9.1 Basic services (e-health platform)

ID_092 LATER	De software integreert de BCP's die aangeboden worden door eHealth. Deze functionaliteiten worden beschreven o/d site van eHealth. Scope: Later te bevestigen in 2021	Le logiciel intègre les BCPs offerts par la Plate-forme eHealth, ces fonctionnalités sont décrites sur le site ehealth. Scope : A confirmer en 2021
E.	The criteria will not be part of 2021 tested criteria.	

ID_093 AE+L	Indien een eHealth-sessie dient te worden opgestart dan dient dit te gebeuren in het kader van SSO. Indien toegang nodig is tot gegevens buiten de toepassing is SSO de norm.	En cas de nécessité de lancement d'une session ehealth celle-ci doit être utilisée dans le cadre du SSO. Dans le cas d'accès prévu à des données ou des fonctionnalités en dehors du logiciel l'utilisation du SSO est la norme.
E.	Further instructions/cookbooks are available on the website of the eHealth platform. www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform	

ID_094 LATER	De software dient de volgende informatie te bevatten en weer te geven met betrekking tot de softwarespecifieke gegevens (softwareInformation): - softwareProduct - Version	Le logiciel doit contenir et présenter les informations ci-dessous concernant les données propres au logiciel (softwareInformation) : - softwareProduct - Version
E.	<p>Overmaking van de naam v/h softwarepakket/versie op niveau v/d berichten (in de hoofding HTTP User-Agent *) om de traceerbaarheid en in fine de reactietijd v/d support te verbeteren. Deze optie wordt op transparante wijze opgenomen in de technische connector 2021.1 (05/2021). Voor de softw.pakketten die geen connector gebruiken, worden de technische specificaties binnenkort gepubliceerd. De implementatie is mogelijk / wordt aanbevolen in 2021 en verplicht begin 2022.</p> <p>* Dit veld kan verschillende product-tokens en commentaar bevatten waarbij de useragent en elk subproduct dat een belangrijk onderdeel vormt v/d user-agent, worden geïdentificeerd. Per overeenkomst worden de product-tokens per mate van belang om de applicatie te identificeren, opgelijst.</p>	<p>Transfert du nom du logiciel/version au niveau des messages (dans l'en-tête HTTP User-Agent *) afin d'améliorer la traçabilité et in fine le temps de réaction du support. Cette option sera intégrée de manière transparente dans le connecteur technique 2021.1 (05/2021) Pour les logiciels n'utilisant pas le connecteur, les spécifications techniques seront publiées prochainement. La mise en œuvre sera possible / recommandée en 2021 et obligatoire début 2022.</p> <p>* Ce champ peut contenir plusieurs token de produit et des commentaires identifiant l'agent et tout sous-produit qui constitue une partie importante de l'agent utilisateur. Par convention, les jetons du produit sont listés par ordre d'importance pour identifier l'application. Pour la définition de l'agent utilisateur, le protocole HTTP / 1.1 doit être suivi RFC2616.</p>

	Voor de definitie van de user-agent moet protocol HTTP / 1.1 worden nageleefd RFC2616.	
--	--	--

ID_096 AE	Indien de software het beheer van eHealth-certificaten ondersteunt (verwijting indien geldigheid bijna verstrijkt, aanvraag tot aanmaak ETK, hernieuwing ETK, intrekking ETK) door een geautomatiseerd proces via de dienst Certificate Manager V2, dan moet de software erkend zijn voor de dienst Certificate Manager V2.	Si le logiciel supporte la gestion des certificats ehealth (avertissement de l'expiration imminente, demande de création / Create ETK, renouvellement / Renew ETK , révocation / Revoke ETK) par un processus automatisé via le service Certificates Manager V2, le logiciel doit être agréé pour le service Certificate Manager V2.
E.	Criterium is alleen van toepassing als de dienst in de software is geïntegreerd.	Critère applicable uniquement si le service est intégré dans le logiciel.

ID_097 AE	Het opstarten van een sessie van het eHealth-platform voor MyCarenet en de gezondheidskluizen/hubs moet gebeuren via authenticatie van de identiteit van de gebruiker door middel van zijn elektronische identiteitskaart (eID) of een andere door het eHealth-platform goedgekeurde methode. In uitzonderlijke gevallen of in het geval van de circle of trust (CoT) kan het vercijferingscertificaat van de gebruiker worden gebruikt als authenticatiemiddel voor het opstarten van een sessie (fall-back scenario). Het eHealth-platform bepaalt de maximale duur van de gevraagde sessie. Wanneer een gebruiker de toepassing afsluit, moet de toepassing ook de lopende sessie afsluiten. De authenticatie bij een elektronische dienst gebeurt op basis van het authenticatiecertificaat van de software.	Le démarrage d'une session de la Plate-forme eHealth pour MyCarenet et les coffres forts/hubs doit se faire par le biais d'une authentification de l'identité de l'utilisateur au moyen de sa carte d'identité électronique ou une autre méthode approuvée par la plate-forme ehealth. Dans des cas exceptionnels ou dans le cas de figure du circle of trust (CoT), le certificat de cryptage de l'utilisateur peut être utilisé comme moyen d'authentification (fall-back scenario) pour le démarrage d'une session. La plate-forme eHealth détermine la durée maximale de la session demandée. Quand un utilisateur ferme l'application, l'application doit aussi fermer la session en cours. L'authentification auprès d'un service électronique se fait sur base du certificat d'authentification du logiciel.
E.	Dit crit. is niet van toepassing voor een individuele praktijk. Voor een groepspraktijk kan het certificaat worden gebruikt.	Ce critère n'est applicable que pour une pratique individuelle. Pour une pratique de groupe, le certificat peut être utilisé.

ID_098 AE	De software biedt toegang tot de eHealth Addressbook Consultation Webservice (gebaseerd op de CoBRHA-database) om een opzoeking van een zorgverlener te verrichten.	Le logiciel permet l'accès à eHealth Addressbook Consultation Webservice (basé sur la base de donnée CoBRAH) afin de faire une recherche sur un prestataire de soins.
E.	Dutch: https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/nl/service-ehealth-addressbook-consultation-webservice	

	French: https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/fr/service-ehealth-addressbook-consultation-webservice	
ID_099 AE	De software is erkend voor het gebruik van de eHealthBox V3 of V4.	Le logiciel est agréé pour l'utilisation de la eHealthBox V3 ou V4.
E.	Timing to be confirmed according to V4 release	
ID_107 AE	De software laat toe om een therapeutische relatie te registreren of in te trekken in de authentieke bronnen die erkend zijn door het eHealth-platform.	Le logiciel permet d'enregistrer ou de révoquer une relation thérapeutique dans les sources authentiques reconnues par la plateforme eHealth.
E.	www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform	

ID_105 AE	De software biedt de verpleegkundige de mogelijkheid om de consent van zijn patiënt (voor het delen van gegevens) te registreren bij het eHealth-platform / of hubs.	Le logiciel permet aux infirmiers d'enregistrer le consentement (partage des données) de leurs patient auprès de la plate-forme eHealth / ou des Hubs.
E.	www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform	

9.2 CIN/NIC services

ID_087 AE	De software laat toe om derde-betalerfacturen elektronisch door te sturen naar de VI (MyCareNet). De software moet erkend zijn door het NIC voor de dienst elektronische facturatie.	Le logiciel permet d'envoyer par la voie électronique à l'OA (MyCareNet) la facturation tiers payant. Le logiciel doit être agréé par le CIN pour le service facturation électronique.
E.		

ID_088 AE	De software controleert systematisch vóór de verzending van een factuur via MyCareNet de verzekerbaarheidsgegevens voor alle patiënten.	Le logiciel contrôle systématiquement avant tout envoi d'une facture via MyCareNet les données d'assurabilité pour tous les patients.
E.		

ID_089 AE	Op basis van de geleverde specificaties is de software gecertificeerd door het NIC voor de dienst MedAdmin.	Sur base des spécifications fournies, le logiciel est certifié par le CIN pour le service MedAdmin.
E.		

ID_100 AE	De software moet erkend zijn door het NIC voor de dienst Member Data.	Le logiciel doit être agréé par le CIN pour le service Member Data.
E.	Criterium te testen door het NIC/CIN vanaf Q2 – 2020.	Critère à tester par NIC/CIN à partir de Q2 – 2020.



ID_0101 AE	De software laat toe de identiteit van de huisarts te controleren die verantwoordelijk is voor het Globaal Medisch Dossier (GMD) van de patiënt.	Le logiciel permet de vérifier l'identité du médecin généraliste qui est responsable du Dossier médical global (DMG) du patient.
E.	GMD zal vanaf Q4 2020 beschikbaar zijn via MDA.	DMG sera disponible via MDA à partir de Q4 2020.

ID_0102 AE	De software laat toe om de informatie verkregen via MyCareNet inzake verzerkbaarheid te visualiseren alsook de rechten en autorisaties eigen aan de patiënten in het kader van de verpleegkundige zorg	Le logiciel permet la visualisation des informations obtenues via Mycarenet sur l'assurabilité et des droits et autorisations spécifiques aux patients relevant dans le cadre des soins infirmiers
E.	Dit crit. houdt verband met de NIC-erkenning voor MDA. In acht te nemen informatie: <ul style="list-style-type: none"> - RVV-statuut - palliatief - chronische patiënt - incontinentie - toelating voor fysiotherapie - toelating voor geneeskundige verzorging - bijkomende informatie 	Ce critère est lié à l'agrément CIN pour MDA Informations à considérer : <ul style="list-style-type: none"> - Statut BIM - palliatif - patient chronique - état d'incontinence - autorisation de physiothérapie - autorisation de soins infirmier - informations complémentaires

ID_103 AE	In het kader van zorgen die onderworpen zijn aan de kennisgeving/akkoord van de adviserende arts, laat de software toe om de datum van kennisgeving/akkoord weer te geven.	Dans le cadre de prestations soumises à la notification/accord du médecin conseil, le logiciel permet de visualiser la date de notification/accord.
E.		

9.3 Hubs/Health Vaults

ID_037 AE	De software laat toe de journaalnotities te publiceren en te raadplegen in de gezondheidskluizen.	Le logiciel permet de publier et de consulter les notes de journal sur les coffres forts.
E.	De logboeknota's worden in de kluizen bewaard. De cookbooks die door deze laatste worden meegedeeld, bevatten de nodige informatie voor de implementatie ervan.	Les notes journalières sont stockées au niveau des coffres-forts. Les cook-book fournis par ces derniers contiennent les informations nécessaires pour la mise en œuvre.

ID_106 AE	De software laat de verpleegkundige toe om de index van beschikbare documenten voor zijn patiënt te raadplegen in de hubs en een document uit een hub of kluis te raadplegen/importeren en te exporteren.	Le logiciel permet aux infirmiers de consulter l'index des documents disponibles pour les infirmiers pour leurs patient sur les hubs et de consulter/importer et exporter un document sur un hub ou un coffre-fort.
E.	De exportfunctie is afhankelijk van de regionale kenmerken.	La fonction d'export dépendra des spécificités régionales

ID_032 AE	De software laat toe de Sumehr te raadplegen.	Le logiciel gère la consultation des SumEHR.
E.	TBC	

9.4 Belrai

ID_071 AE	De software moet minstens de verbinding met de Belrai-WebApp faciliteren. Het gebruik van SSO is de norm. De software moet toelaten om de resultaten van de evaluaties te integreren.	Le logiciel doit permettre au minimum la connexion avec la WebApp Belrai. L'utilisation du SSO est la norme. Le logiciel doit également pouvoir intégrer les résultats des évaluations
E.	De integratie van de resultaten in PDF zou minstens mogelijk moeten zijn.	Au minimum, l'intégration des résultats en format PDF devrait être possible.