

De werkkaart

PUBLIKATIE VAN DE STUDIEGROEP PATIËNTENREGISTRATIE

Een van de fundamenteën voor een optimale behandeling der patiënten door elke arts, maar zeker ook door de huisarts, is het bijhouden van een ziektegeschiedenis van iedere patiënt. Sinds het röntgenonderzoek, uitgebreide laboratoriumtechnieken en een groot aantal specialismen bijdragen leveren tot de oordeelsvorming van de huisarts over zijn patiënten, is het voor een huisarts, die tussen de 2500 en 3000 patiënten heeft te verzorgen, niet mogelijk om alle gegevens, die hij zelf en vele anderen in de loop van tientallen jaren over zijn patiënten hebben verzameld, te onthouden. Op de een of andere wijze zal de huisarts deze gegevens dus moeten registreren en bewaren.

De studiegroep, welke door het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap is ingesteld om deze materie te bestuderen, is tot de conclusie gekomen, dat het aanbeveling verdient, dat alle huisartsen deze registratie op ongeveer dezelfde wijze uitvoeren. Na kennis genomen te hebben van vele mogelijkheden op dit gebied, is zij gekomen tot het samenstellen van een werkkaart, welke zij als basis beschouwt van het registratiesysteem als geheel.

Men kan zich afvragen, wat het voordeel is van een uniforme werkkaart voor alle huisartsen. Het blijkt dat er een aantal voordelen bestaan. Men zou een

dergelijke werkkaart kunnen beschouwen als een soort „carnet de santé”. Van verschillende zijden, vooral in Frankrijk, maar ook in Nederland, is gewezen op de voordelen, welke het vastleggen van de gegevens over de gezondheidstoestand van alle burgers zou opleveren. Men heeft wel eens gesproken over een centraal archief, waar al deze gegevens dan zouden worden verzameld, maar tegen deze gedachtegang is, volgens de samenstellers van dit artikel volkomen terecht, steeds aangevoerd, dat een dergelijke gang van zaken niet in overeenstemming te brengen is met de medische ethiek, speciaal met het beroepsgeheim.

Welnu, met de invoering van een uniforme werkkaart legt Nederland de eerste steen voor een „carnet de santé”, waarbij geen gevaren te duchten zijn voor inbreuk op het beroepsgeheim. Weliswaar berusten deze gegevens niet in een centraal archief, maar dit archief is verdeeld over een 4000-tal huisartsen. Waar echter iedere Nederlander geacht wordt een huisarts te hebben, is een volledige medische administratie mogelijk. Het gebruik van een uniforme werkkaart geeft de mogelijkheid van onderlinge uitwisseling in gevallen van verhuizing van de ene woonplaats naar de andere. Een tweede voordeel is dat de toekomstige arts reeds op de universiteit zou kunnen leren, hoe hij een dergelijke

Vervolg van bladzijde 85

niet ver verleden ontstaan als nevenfunctie van ziekenhuis en universiteitswerkzaamheden, is van zeer groot belang geworden in onze dagen. We staan voor de noodzakelijkheid daarvoor een organisatie te scheppen, haar ter beschikking te stellen van iedere arts die dit nodig heeft, de vereiste methoden uit te werken en de mannen te vinden voor de uitvoering. Wij moeten, als we deze taak aanvatten, beseffen, dat wij niet op lange ervaring kunnen steunen. Totdat wij onze gezichtspunten en methoden kunnen toetsen aan een gezond empirisme, zal er een zekere tijd moeten worden besteed aan experimenteren. Aan verschillende methoden zal men een kans moeten geven en de resultaten daarvan moeten nagaan, niet alleen door te luisteren naar de meningen van specialisten, maar ook door hen uit te nodigen, die er het meeste belang bij hebben, namelijk de huisartsen zelf, om te komen met hun ervaringen en voorstellen.

In Israel is de medische school voor nascholing onder leiding van dr. Bandman nu al twee jaar aan de gang. Hij heeft aan huisartsen de gelegenheid ge-

geven cursussen te volgen van vier tot zes weken, gedurende welke tijd zij in het ziekenhuis wonen, lezingen en demonstraties van patiënten bijwonen en deelnemen aan de zaalvisites, stafvergaderingen en andere medische werkzaamheden. De ondervinding, in deze twee jaren verkregen, is buitengewoon nuttig geweest als aanwijzing hoe men in deze richting dient voor te gaan. Te oordelen naar het enthousiasme van zowel opleiders als huisartsen, valt er niet aan te twifelen dat deze Israelische nascholing de moderne ontwikkelingen op dit gebied zal blijven volgen. Bovendien zou het in overeenstemming zijn met de beste tradities van dit jonge land als de school met pionierswerk zou beginnen. De in dit artikel ontwikkelde gedachten werden mede door het daar gestelde doel naar voren gebracht. *

* Het deed de schrijver genoegen, dat enige van de ideeën, die hij in dit artikel heeft uiteengezet, reeds in statu nascendi in de geest leefden van enige van de voornaamste medische autoriteiten in Israel. In het bijzonder is het hem een voorrecht zijn waardering uit te spreken tot dr. Towa Berman voor haar stimulerende belangstelling in de nieuwere methoden van nascholing.

kaart kan gebruiken. Als derde voordeel kan gelden, dat iedere waarnemer zonder moeite de weg kan vinden in het medisch archief van degene, voor wie hij waarneemt. Uit het bovenstaande blijkt, dat eerst dan de voordelen van de werkkaart ten volle tot hun recht komen, wanneer alle huisartsen in Nederland deze wijze van registratie gebruiken. Deze ideale toestand zal ongetwijfeld de eerste jaren niet worden bereikt. De huisarts heeft steeds zijn beroep op zeer persoonlijke wijze uitgeoefend en is weinig geneigd tot collectief handelen. Dit blijkt o.a. uit de grote verscheidenheid van registratiemethoden, die op dit ogenblik door de Nederlandse huisartsen worden gebruikt.

De studiegroep is er zich dan ook wel van bewust, dat zij zich bij het samenstellen van een uniform kaartsysteem in de eerste plaats richt tot de aankomende artsen. Toch meent zij dat de voordelen van een uniform goed functionerend kaartsysteem zo evident zijn, dat bovengenoemde ideale toestand binnen niet al te lange tijd dicht zal worden benaderd. Aangezien deze werkkaart vele mogelijkheden biedt, zullen de samenstellers in dit artikel eerst een verantwoording geven over een aantal kenmerken van de werkkaart en daarnaast een aantal bijzonderheden bespreken, waardoor deze kaart in de praktijk het meeste effect kan sorteren.

Formaat, vorm en kwaliteit van de kaart

Voor het formaat van de kaart werd gekozen het Din-formaat A 5, nl. 148 x 210 mm. Wil men het principe van de onderlinge uitwisselbaarheid van de kaart behouden, dan is in de eerste plaats een nauwkeurig volgen van dit formaat noodzakelijk. Kaarten welke groter zijn, zijn weliswaar minder snel vol, maar eisen zowel bij het opbergen als bij het meenemen meer ruimte. Kleinere kaarten zijn te snel vol en laten zich minder overzichtelijk beschrijven. In de praktijk blijkt het aanbevolen formaat het beste te voldoen. De kaart is voorzien van ronde hoeken, wat het omkrullen van de hoeken voorkomt. Als kleur is lichtgroen gekozen, omdat deze kleur op den duur de ogen het minste vermoeit en de kaart minder snel vuil wordt. De kwaliteit van de kaart is zodanig, dat deze een levensduur heeft van tenminste 50 jaar bij normaal verbruik. De kaart is vervaardigd van 300 grams houtvrij kartotheek-karton, dit betekent dat één kaart 9,38 gram weegt. De dikte is 0,32 mm, dit is 32 cm per 1000 kaarten.

Indeling van de kaart

Voor iedere patiënt wordt een aparte kaart gebruikt. Dit waarborgt een goed chronologisch overzicht van de ziektegeschiedenis van de patiënt. Er is geen ruimte bestemd voor financiële gegevens; de samenstellers zijn er van uitgegaan, dat de medische en financiële administratie geheel gescheiden blijven. Op de kaart kan een aantal rubrieken onderscheiden worden, namelijk: I de bovenrand; II een niet-medisch gedeelte; III een „statisch”-medisch gedeelte; IV een „niet-statisch”-medisch gedeelte.

TER TOELICHTING

Het is voor het bestuur van de studiegroep „Patiëntenregistratie” een genoegen in bijgaand artikel en in de twee kaarten, welke in dit nummer van „huisarts en wetenschap” zijn ingelegd, het resultaat aan te bieden van het werk, dat de studiegroep gedurende het eerste jaar van haar bestaan heeft verricht. Het bestuur hoopt dat in de toekomst vele artsen hun patiëntenregistratie met behulp van deze kaarten zullen verrichten en verwacht dat een groot aantal artsen reeds nu kenbaar zal maken in de nabije toekomst op dit systeem te willen overgaan. Dit kan geschieden door aan de penningmeester van het N.H.G. Dr. A. W. Bots, prof. Aalberse-laan 2, Voorhout, op te geven welk aantal hoofdkaarten en vervolgkaarten men wenst te bestellen en daarbij aan te geven of men deze kaarten onmiddellijk na verschijnen — in maart 1958 — wenst te ontvangen dan wel in de loop van 1958 of 1959, nadat men daartoe op een bepaald ogenblik de wens te kennen zal hebben gegeven. Het bestuur krijgt hierdoor enig inzicht hoeveel kaarten in eerste instantie zullen moeten worden besteld.

Bij een oplaag van 2 x 100.000 exemplaren zal de prijs voor N.H.G.-leden 4½ cent en voor niet-leden 5½ cent per kaart bedragen. In de loop van februari 1958 zal aan diegenen, die deze kaarten onmiddellijk na verschijnen willen ontvangen, een definitieve prijsopgave worden toegezonden, waarna zo spoedig mogelijk, na ontvangst van het verschuldigde bedrag, toezending door de drukker volgt.

Aangetekend moge nog worden dat de groene kleur van de definitieve kaart lichter zal worden dan van de ingelegde kaarten.

Het bestuur van de studiegroep maakt van deze gelegenheid gebruik zijn hartelijke dank te betuigen aan alle leden van de studiegroep en de vele artsen, die hun medewerking hebben gegeven aan de totstandkoming van deze kaart.

De bovenrand

A. Algemeen. Het doel van de codering aan de bovenzijde van de werkkaart is de gebruiker in staat te stellen bepaalde, door hem gewenste gegevens in een oogopslag gesignaleerd te zien. De codering is ten dienste van de gebruiker. Voor anderen mag de codering zonder verdere hulpmiddelen onleesbaar zijn. Bij overdracht van de kaart bijvoorbeeld tengevolge van een verhuizing komt de bestaande codering te vervallen en wordt gewijzigd in de door de nieuwe gebruiker gewenste codering.

De codering verschaft de door de gebruiker gewenste gegevens. Dit kan voor verschillende gebruikers sterk uiteenlopen in verband met grootte van

de praktijk, ligging van de praktijk, gemiddeld aantal bevellingen, inentingsregistratie, enz. Het is echter moeilijk denkbaar, dat geen enkele signalering gewenst zou zijn. Daarom moet de coderingsmogelijkheid, al wordt daar op het moment slechts een bescheiden gebruik van gemaakt, te allen tijde open blijven en belemmeringen (gesloten gezinsenvolpen) a priori worden vermeden. Wat vandaag niet gewenst is, kan morgen noodzakelijk blijken.

De signalering moet in één oogopslag kunnen geschieden. Dit houdt in dat het aantal signaleringen kritisch moet worden bezien en de signalering omwille van de signalering zelf moet worden vermeden. Juist wanneer de belangstelling voor de signalering is gewekt, ontstaat dit gevaar; men wil dan vaak alles gaan signaleren. Criterium hierbij is onder meer: de codesignalering moet aanmerkelijk sneller werken dan het lezen op de kaart zelf.

B. Coderingsmateriaal. De codering van de werkkaart bestaat uit een reeks van dertig cijfers verdeeld in drie hoofdgroepen genummerd 1 tot en met 0 en ieder van deze hoofdgroepen onderverdeeld in twee groepen genummerd 1 tot en met 5 en 6 tot en met 0. Deze onderverdeling dient eerst te worden gebruikt wanneer behoefte bestaat aan meer dan drie groepen zoals bijvoorbeeld bij het signaleren van ziektegegevens noodzakelijk zou kunnen zijn. Desgewenst kan ook met twee hoofdgroepen (rechts en links op de kaart) en twee halve groepen (midden op de kaart) worden gewerkt. De spatiëring tussen de cijfers is dusdanig gekozen dat op ieder cijfer een ruit kan worden geplaatst. Deze ruit moet een vensteruitsnijding hebben zodat het cijfer onder de ruit zichtbaar blijft. (Nodig voor statische coderingen.)

De ruiters dienen de mogelijkheid tot kleurcodering te bezitten. Bepaalde soorten worden in twaalf verschillende kleuren geleverd. Naar gelang de wensen van de gebruiker kan uit deze kleuren een keus worden gemaakt of desnoods met één kleur worden volstaan.

Aan iedere kleur kan een bepaalde betekenis worden toegekend, bijvoorbeeld: zeer urgent — moet nog worden gedaan — moet nog worden overgebracht — etc. Echter: ook in gebruik van kleuren moet men zich tot een noodzakelijk minimum beperken om de overzichtelijkheid niet in gevaar te brengen.

C. Coderingsmethoden en -mogelijkheden. Met bovengenoemde hulpmiddelen is een vrijwel onbeperkte signaleringsmogelijkheid geschapen. Het is dan ook niet doenlijk hier alle coderingsmogelijkheden nader uit te werken te meer daar de wensen op dit gebied lang niet alle bekend zijn. Daarom worden hier enige voorbeelden uitgewerkt en voor het overige gewacht op aanvragen van huisartsen die een bepaald gegeven in de codering wensen te zien opgenomen. Zij kunnen hiertoe hun wensen kenbaar maken bij het bestuur van het N.H.G., Keizersgracht 327 te Amsterdam.

Voor die gevallen kan op korte termijn een uitgewerkte codering worden verschaft. Daarnaast zullen eventuele interessante mogelijkheden op dit gebied, na onderzoek, worden gepubliceerd.

Dynamische coderingsmethode. Onder dynamische codering wordt hier de mogelijkheid verstaan om voortdurend wijzigende gegevens te signaleren. Zoals reeds eerder werd aangegeven, bepaalt de wens van de gebruiker welke gegevens dit zijn. Hieronder worden enige toepassingsmogelijkheden aangegeven.

Toepassing I. Behandelingssignalering. Het zou nuttig kunnen zijn om in één blik te kunnen constateren welke patiënten op zeker moment in behandeling zijn. Dit geeft een indruk over de belasting van de praktijk en geeft bovendien een vereenvoudiging bij het opzoeken van de kaarten bij spreekuur of voor het visiterijden. Als coderingsplaats lijkt de middelste groep hiervoor de beste; deze signalering heeft namelijk een sterk wisselend karakter en is steeds aanwezig op kaarten die bij het visiterijden worden medegenomen. Als indeling zou kunnen gelden:

codecijfer:	signalering:
0	(reserve)
1	spreekuur-patiënt
2	visite-patiënt
3	permanent onder controle
4	opgenomen in ziekenhuis
5	onder specialistische behandeling (poliklinisch)
6	onderzoek eigen laboratorium
7	onderzoek buiten-laboratorium
8	(reserve)
9	(reserve)

De gebruikte ruiters kunnen van één kleur zijn, de mogelijkheid om de signalering verder te splitsen, blijft door invoering van verschillende kleuren natuurlijk mogelijk (bijvoorbeeld onderzoeken in buiten-laboratoria indelen naar gekozen laboratorium of naar onderzochte functie).

Toepassing II. Inentingssignalering. De inentingshandelingen hebben vaak een herhalend karakter zodat hier een herinneringssignalering nuttig is, te meer daar de intervallen lang kunnen zijn. Als coderingsplaats is de linkergroep geschikt. Als indeling zou kunnen gelden:

codecijfer:	ruiterkleur:	signalering:
1	rood	patiënt moet komen voor pokken-inenting
1	groen	pokkeninenting verricht
2	rood	patiënt moet komen voor 1ste tuss.-di.-te.-enting
2	groen	deze enting is verricht
3	rood	patiënt moet komen voor 2de tuss.-di.-te.-enting
3	groen	deze enting is verricht
4	rood	patiënt moet komen voor 3de tuss.-di.-te.-enting
4	groen	deze enting is verricht

De signalering kan eventueel uitgebreid worden voor herentingen of andere entingen (bijvoorbeeld poliomyelitis). Deze inentingssignalering geeft een voortdurende controle op verrichte en nog te verrichten inentingen.



myocardon

Euphyllin neutr. 100 mg/Papaverine-atropinemethyl-
nitraat 30 mg/Fenylethylbarbituurzuur 20 mg
Nitroglycerine 0,5 mg

In verpakking van 20 en 100 tabletten

Cosmopharma N.V.
Amsterdam-Z.

**Angina
pectoris
Manager
ziekte**



Toepassing III. Signalering van de prenatale zorg. Deze signalering kan van nut zijn bij eventuele afwijkingen tijdens de graviditeit. Als coderingsplaats zou de rechtergroep gekozen kunnen worden en als indeling bijvoorbeeld:

codecijfer:	ruiterkleur:	signalering:
0	rood	afwijking bekkenmaten
1	oranje	lichte intoxicatie
1	rood	matige intoxicatie
2	rood	afwijkingen in de urine
3	rood	andere afwijkingen
4	rood	anemie
5	blauw	rhesusfactor moet nog bepaald worden
5	groen	geen rhesus antagonisme
5	rood	rhesusantagonisme
6	geel	à terme.

Statische coderingsmethode. Onder statische codering wordt hier de codering verstaan waarbij een of meer cijfers blijvend worden gemerkt. Een dergelijke codering is dus meer een registratie dan een signaleringsmethode. Wijziging is als regel slechts mogelijk door uitbreiding van het aantal gemerkte cijfers of door vervanging.

Toepassing IV. Gezinsnummer-codering. Bij vele huisartsen is de rangschikking van de patiënten per gezin gebruikelijk. Daartoe worden de kaarten van ieder gezin verzameld in een enveloppe of mapje. Om te voorkomen dat deze samenvoeging gestoord wordt, is het invoeren van een gezinsnummer gewenst. Gezien het aantal gezinnen in de gemiddelde praktijk kan de drie-groepen indeling van de kaartcodering hiervoor uitstekend worden gebruikt. Men geeft hiertoe ieder gezin een volgnummer waarbij men in de eerste cijfergroep (links) het honderdtal, in de tweede groep (midden) het

tiental en in de derde groep (rechts) de eenheid aangeeft door middel van een schuine streep door het gebruikte cijfer. Dit geeft dus 999 mogelijkheden, wat in de meeste praktijken voldoende is. Wanneer men meer dan 999 gezinnen heeft kan men in de laatste kolom 2 cijfers doorstrepen en zo een 4-cijfercode maken.

Trouwt een van de kinderen en blijft patiënt dan is het toekennen van een nieuw gezinsnummer gewenst. Wel is door uitbreiding van 3- tot 4-cijfercode het vervangen of wijzigen van de kaart weg te nemen, doch het voorkomen van dubbelnummers en huwelijk van meerdere kinderen uit hetzelfde gezin, maken de juiste codering te omslachtig en daardoor onaantrekkelijk.

Bovengenoemde codering schept de mogelijkheid de gezins-enveloppen te laten vervallen daar de gezinseenheid uit het gemeenschappelijke gezinsnummer volgt. Een eenvoudige bundeling door een papierklem maakt het desgewenst gezamenlijk hanteren van de gezinskaarten mogelijk. Naast bovengenoemde coderingsmogelijkheden zijn zowel statisch als dynamisch nog vele andere mogelijkheden aan te geven. Zo is een registratie van bepaalde ziekte-gegevens op deze wijze te realiseren. Hierover zal te zijner tijd een publikatie volgen. Vooral in gevallen waar een volledige toepassing van de wetenschappelijke kaart om welke reden dan ook ontbreekt, wordt hier toch een gelegenheid geschapen, bepaalde ziekte-gegevens in een praktijk, snel waar te nemen en te registreren. De praktijk zelf zal overigens moeten leren welke coderingen leiden tot een meer efficiënte registratiemethode.

Niet-medisch gedeelte

Op de eerste regel hiervan vindt men de naam, de voornaam (vrn.) en de geboortedatum (geb.) van de patiënt.

Bij vrouwelijke patiënten wordt steeds direct de naam in de rechterhelft van de hiervoor gereserveerde ruimte geplaatst. Dit heeft het voordeel, dat

Cyclospasmol forte dragées ter behandeling van:

periphere vaatstoornissen

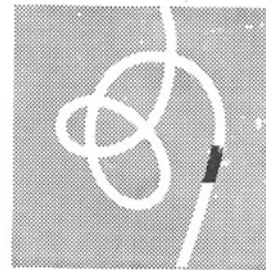
„Diese Beobachtungen sprechen entschieden für die Auffassung, dass die günstige Wirkung von Cyclospasmol im Sinne einer beschleunigten Rückbildung bei Erkrankungen peripherer Gefäße nicht nur auf die gefässerweiternde und spasmolytische Wirkung des Mittels, sondern auch auf die Anregung zur Gefäßneubildung in der Resorptionsphase zurückzuführen ist.“
Arzneim.-Forsch. 7, 15 (1957).



CYCLOSPASMOL®

(3.5.5-Trimethylcyclohexylis Amygdalas* - B.S. 572)

N.V. KONINKLIJKE PHARMACEUTISCHE FABRIEKEN V.H.
BROCADES-STHEEMAN & PHARMACIA
AMSTERDAM MEPEL



Dosering: 4-8 dragées
à 100 mg daags

Voor ziekenfonds-
verzekerden toegestaan

* Ned. Octrooi Nr. 68.704

men met één oogopslag ziet met de kaart van een vrouwelijke patiënt te maken te hebben. Bij huwelijk kan de naam van de man zonder meer voor de naam van de patiënte geplaatst worden. De geboortedatum wordt geschreven volgens het systeem van het bevolkingsregister. Hierbij wordt 6 mei 1925: 6-5-25. Hierachter is nog een ruimte gereserveerd voor vier cijfers om verdere nummering mogelijk te maken.

De tweede regel begint met het adres, een gegeven, dat frequent verandert. Daarom is voor wijziging op de derde regel een ruimte hieronder opengelaten. Achter het adres volgt de voornaam van het gezinshoofd (vrn. gezh.). Dit gegeven zal in een stadspraktijk weinig geraadpleegd worden, omdat hier naam, geboortedatum, adres en eventueel gezinsnummer (zie hieronder) voldoende gegevens leveren om zich snel over een kaart te kunnen oriënteren.

Op het platteland, waar veel dezelfde namen voorkomen en het adres vaak nietszeggend is, biedt de voornaam van de vader een belangrijk gegeven. Hoewel vele artsen geen behoefte aan de naam van het gezinshoofd zullen hebben en deze ruimte dus niet zullen invullen, wordt aan anderen de gelegenheid geboden de kaart in deze aan hun plaatselijke omstandigheden aan te passen. Het is ook mogelijk deze ruimte anders te benutten door hier bijvoorbeeld de achternaam van de moeder van de patiënt te plaatsen. Deze plaats kan op de kaart van het gezinshoofd eventueel gebruikt worden voor het telefoonnummer.

Een van de meest karakteristieke kenmerken van het werk van de huisarts is het feit, dat hij de patiënt in diens eigen omgeving, dus in de eerste plaats als deel van het gezin, behandelt.

Om deze reden verdient het de voorkeur de leden van één gezin bij elkaar te plaatsen. Dit zou bij het voorkomen van veel gezinnen van dezelfde naam tot verwarring aanleiding kunnen geven. Deze gezinnen kunnen nu door middel van een gezinsnummer uit elkaar gehouden worden.

Het gezinsnummer behoeft geen aparte plaats in te nemen, daar hiervoor van de codering gebruik kan worden gemaakt. Een streep door één of twee cijfers in verschillende groepen is hiervoor voldoende. Zie verder hiervoor: I toepassing IV: gezinsnummer-codering.


Een korte beroepsaanduiding kan met het oog op bepaalde risico's in verschillende beroepen niet gemist worden.

Op de derde regel vindt men ruimte voor het aangeven van de financiële verhouding (fin.) ten opzichte van de patiënt. Ziekenfondsgegevens kunnen hier onder meer hun plaats vinden.

Tenslotte is een kleine ruimte voor de godsdienst (gds.) ontworpen.

Statisch medisch gedeelte

Zoals de naam reeds aangeeft, worden in dit gedeelte van de werkkaart medische gegevens geplaatst, die als regel gedurende het verdere leven van de patiënt niet zullen veranderen. Niet-statisch



Asthma bronchiale

DYSPNOESAN

Noury

TABLETTEN (perlinguaal)
Sulfas dioxiphenylaethanolisopropylamin 0,020 g.
INHALATIEVLOEISTOF 1 0/0

Verpakkingen:
10 en 50 cm³, 250 cm³ (kliniekverpakking)
20 en 100 tabletten, 1000 en 5000 tabletten (kliniekverpakking)

N.V. NOURYPHARMA - DEVENTER

zijn de lues- en tuberculine-reacties welke echter om praktische redenen in dit gedeelte een plaats hebben gevonden. Het is van belang, een nadere indeling van deze ruimte te geven. Men wordt er zodoende aan herinnerd de genoemde gegevens te verzamelen, terwijl een uniforme plaatsing van de gegevens onontbeerlijk is, wil de kaart uitwisselbaar zijn. De entstatus van de patiënt is nu nog een gegeven, dat op vele kaarten gemist kan worden. In de toekomst, wanneer nog meer dan nu reeds het geval is, de nadruk op de preventie zal worden gelegd, zal dit niet zo zijn.

Aan de linkerkant van de kaart wordt een kolom hiervoor gereserveerd. Er is veel ruimte opengelaten om de data van herinenting en, zo men wil, de soort van entstof te kunnen noteren. De kolom omvat tien regels; de eerste zes regels voor variola, difterie, pertussis, tetanus, tuberculosis en poliomyelitis, daarna nog vier regels voor andere entingen. Evenzo is aan de rechterzijde van de kaart een kolom ontworpen voor doorgemaakte infectieziekten, waarin onder elkaar komen te staan: difterie, hepatitis, morbilli, parotitis, poliomyelitis, rubeola, scarlatina, tuberculose, pertussis, varicellen en twee reserveplaatsen. Deze gegevens zijn in de eerste plaats belangrijk bij kinderen. De rubeola in de zwangerschap heeft aangetoond dat het nuttig kan zijn, dergelijke gegevens ook bij volwassenen ter beschikking te hebben.

Tussen de verticale kolommen vindt men een ruimte voor het noteren van bloedgroep en rhesusfactor (met ruimte voor ondergroepen), luesreacties en tuberculine-reacties. Het bekend zijn van de rhesusfactor bij zwangerschap is zonder meer duidelijk. Maar ook bij spoedopnamen kan het van groot belang zijn telefonisch de bloedgroep, zo deze bekend is, door te geven. Het wordt dan tevens belangrijk, wanneer de bloedgroep elders is bepaald, dit door te geven aan de huisarts, de enige, die beschikt over een algemeen „carnet de santé”. Hoewel de lues in Nederland steeds meer terrein verliest, is weglating van dit gegeven niet verantwoord, zolang bijvoorbeeld bij de zwangerschapsprophylaxe de luesreacties nog tot de routinebepalingen behoren. Het aangeven van de tuberculine-reacties spreekt voor zichzelf. De gegevens uit de anamnese die van zo groot direct belang zijn, dat ze in één oogopslag te zien moeten zijn, zijn in aparte vakken opgenomen. Het zijn ten eerste de toegediende seruminjecties en allergische reacties, ten tweede ondergane operaties. De rest van de anamnestiche gegevens vindt een aparte plaats onder het hoofd: vroegere ziekten. Met het oog op de lange levensduur van de kaart zal het noodzakelijk zijn deze zeer kort weer te geven en voldoende ruimte open te laten voor de toekomst. Over de gehele breedte van de kaart zijn nog twee regels vrijgehouden voor de familie-anamnese. Het verdient aanbeveling in dit gedeelte gebruik te maken van de latijnse namen: P(ater), M(ater), F(rater), S(oror). Voorbeeld: SM duidt aan zuster van de moeder. Eventueel kunnen ook andere gegevens welke de arts voor een bepaalde

Studiegroep „Patiëntenregistratie”

Bestuur: dr R. S. ten Cate, Wassenaar, voorzitter; H. J. Bekius, Lelystad, secretaris; K. Bosma, Rotterdam; E. M. Jansen, Utrecht; dr K. J. van Deen, Kollum, namens het Bestuur N.H.G.

Leden: L. J. Bastiaans, Meerkerk; N. L. van Beusekom, Den Haag; T. Bonga, Haastrecht; G. J. Bos, Vlaardingen; Th. A. Cost Budde, Wijhe; A. E. Denekamp, Hengelo; J. Deveer, Utrecht; C. W. A. v. d. Dool, Stolwijk; P. den Duyn, Amsterdam; H. I. P. M. Dijkhuis, Gendt (Gld.); E. Gerritsen, Zwolle; J. H. van Ginkel, IJmuiden; H. Grolmans, Dedemsvaart; J. Hartog, Amersfoort; I. J. Havelaar, Rotterdam; P. W. van Hoof, Nijverdal; G. C. Kooyker, Papendrecht; G. K. C. van der Laan, Blaricum; P. J. A. Lenglet, Waalwijk; L. G. Oltmans, Amsterdam; N. U. Oudejans, Vught; D. M. Plate, Dalfsen; L. van der Pol, Bennekom; mej. W. Rahms, Zeist; J. B. Schueler, Rucphen; B. J. Vianen, Den Haag; IJ. Stoutenbeek, Utrecht; J. van Well, Maastricht; techn. adviseur: K. G. H. H. Doyle, Nijmegen.

patiënt van belang acht (bijvoorbeeld huiselijke omstandigheden) hierin een plaats vinden.

Niet-statisch medisch gedeelte

Dit gedeelte van de werkkaart zal de eigenlijke chronologische ziektegeschiedenis van de patiënt bevatten. De ruimte hiervoor is in tweeën verdeeld. Zo wordt schadelijke ruimte vermeden en de overzichtelijkheid bevorderd. Naast de datum-kolom vindt men de ruimte voor de eigenlijke aantekeningen, verdeeld in: verschijnselen, laboratoriumgegevens, diagnose en therapie. De therapie is van de eerste drie gescheiden door een dunne stippellijn. Men behoeft deze stippellijn niet steeds te gebruiken. De aantekeningen op dit deel van de werkkaart zullen zeer beknopt en duidelijk moeten zijn, wil niet het belangrijkste doel van de kaart: het geven van een leesbare overzichtelijke ziektegeschiedenis, voor een groot deel verloren gaan. De achterzijde van de kaart bevat alleen het niet-statisch medisch gedeelte.

Hoofd- en vervolgkaarten

Wanneer de eerste kaart vol is, is het niet nodig het gehele „statisch” medische gedeelte op de volgende kaart over te nemen. Op de vervolgkaarten kan dus volstaan worden met de codering en de eerste regel van het niet-medisch gedeelte. Verder is deze kaart op dezelfde wijze ingedeeld als de hoofdkaart. In de linker bovenhoek van de voorzijde van de vervolgkaart is een ruimte gereserveerd voor het volgnummer van de kaart. Er van uitgaande dat de hoofdkaart nr I is, kan men de eerste vervolgkaart met II aangeven en zo vervolgens.

De studiegroep stelt zich voor om te zijner tijd publikaties te laten verschijnen op het gebied van kaartenbakken, het opbergen van specialistenbrieven, het gebruik van ruiters enz.