



SR 816.111

Anhang 4 der Verordnung des EDI vom 22. März 2017 über das elektronische Patientendossier

Austauschformate

Anhang 4 EPDV-EDI : Austauschformate

Ausgabe 3: 24. April 2024

Inkrafttreten: 1. Juni 2024

Inhaltsverzeichnis

1	Gegenstand und Geltungsbereich	3
2	Allgemeine Vorgaben.....	3
3	Administrative Informationen	3
3.1	Angaben zur Patientin oder zum Patienten.....	3
3.2	Angaben zur Gesundheitsfachperson	3
4	Austauschformat eImpfung (CH VACD)	4
4.1	Impfdokumentation	4
4.1.1	Metadaten für Impfdokumentation	4
4.1.2	Information zur Impfdokumentation	4
4.1.3	Erstellen und Speichern der Impfdokumentation	7
4.1.4	Abfrage und Anzeige der Impfdokumentation	7
4.1.5	Benutzeraktionen der Impfdokumentation.....	7
4.1.6	Ändern und Überschreiben der Impfdokumentation.....	7
4.2	Impfdossier	8
4.2.1	Metadaten für Impfdossier	8
4.2.2	Information zum Impfdossier	8
4.2.3	Zusammenführung und Anzeige des Impfdossiers	8
4.2.4	Speichern des Impfdossiers	9
5	Austauschformat eMedikation (CH EMED)	9
5.1	Medikationsplan	9
5.1.1	Metadaten für den Medikationsplan	9
5.1.2	Information zum Medikationsplan	9
5.2	Elektronisches Rezept.....	10
5.2.1	Metadaten für das elektronische Rezept	10
5.2.2	Information zum elektronischen Rezept	11
6	Austauschformat eAllergien und Intoleranzen (CH AllergyIntolerance)	12
6.1	Metadaten für die Allergien und Intoleranzen	12
6.2	Information zu Allergien und Intoleranzen.....	12
6.2.1	Angaben zum Dokument	12
6.2.2	Angaben zur Allergie und Intoleranz	13
6.2.3	Angaben zur Reaktion	13
6.2.4	Angaben zu den medizinischen Beschwerden.....	13

1 Gegenstand und Geltungsbereich

Anhang 4 der Verordnung des EDI über das elektronische Patientendossier (EPDV-EDI; SR 816.111) legt die Austauschformate nach Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe b der Verordnung über das elektronische Patientendossier (EPDV, SR 816.11) und die dazugehörigen Modalitäten fest, deren Verwendung die Gemeinschaften nach Anhang 2, Ziffer 2.8a EPDV-EDI sicherstellen müssen.

2 Allgemeine Vorgaben

Ein Austauschformat besteht aus den administrativen Informationen nach Ziffer 3 sowie den spezifischen Vorgaben für das jeweilige Austauschformat. Für das Erfassen der einzelnen Informationseinheiten unter den nachfolgenden Ziffern gelten folgende Vorgaben:

Vorgaben	Bedeutung
0..1	Optional zu erfassen und darf höchstens einmal angegeben werden.
0..*	Optional zu erfassen und darf beliebig oft angegeben werden.
1..1	Zwingend zu erfassen und darf nur einmal angegeben werden.
1..*	Zwingend zu erfassen und darf beliebig oft angegeben werden.

3 Administrative Informationen

Die Darstellung der administrativen Informationen der Austauschformate richtet sich nach dem Standard CH Core¹: Basis für FHIR in der Schweiz, Version 4.0.1 vom 28. Dezember 2023.

Die administrativen Informationen umfassen:

- a. die Angaben zur Patientin oder zum Patienten (Ziff. 3.1);
- b. die Angaben zur Gesundheitsfachperson (Ziff. 3.2).

3.1 Angaben zur Patientin oder zum Patienten

Informationseinheiten	Vorgaben
Administratives Geschlecht	1..1
Geburtsjahr	1..1
Name	1..*
Vorname	1..*
Geburtsdatum	0..1

3.2 Angaben zur Gesundheitsfachperson

Informationseinheiten	Vorgaben
Name	1..*
Vorname	1..*
Adresse	0..*
GLN	0..*
Ort	0..1
PLZ	0..1

¹ HL7 Schweiz, Implementation Guide CH Core, Version 4.0.1, Fassung vom 28. Dezember 2023. Der Text kann unter www.fhir.ch > CH Core > Publication History > 2023-12-28 eingesehen werden.

4 Austauschformat elmpfung (CH VACD)

Für das Austauschformat elmpfung ist die technische Umsetzung gemäss der folgenden Detailspezifikation vorzunehmen:

CH VACD²: Spezifikation zum elektronischen Austausch von Impfinformationen in der Schweiz, Version 4.0.1 vom 28. Dezember 2023. Als zulässige Value Sets gelten die ausgewählten Wertmengen für CH VACD, Version 4.0.1 vom 28. Dezember 2023.

Das Austauschformat CH VACD (elmpfung) umfasst die Dokumente «Impfdokumentation» (Ziff. 4.1) und «Impfdossier» (Ziff. 4.2). Impfinformationen einer Person werden in Form von Dokumenten des Typs «Impfdokumentation» im EPD gespeichert. Gesamthafte Darstellungen der Impfinformationen werden im Dokument «Impfdossier» aus den einzelnen Impfdokumentationen zusammengeführt.

Die Dokumente werden in der XDS.b Infrastruktur des EPD als unveränderliche Dokumente abgelegt. Für den Lebenszyklus der Dokumente werden Attribute der XDS.b Metadaten und des Austauschformats genutzt. Gegenseitige Abhängigkeiten zwischen den Einträgen in den Dokumenten zur Impfdokumentation werden über Soft-Links im Attribut «relatesTo» und in der Extension «extension: ch-vacd-ext-cross-reference» abgebildet. Als Referenz wird die Universally Unique Identifier (UUID) der einzelnen Einträge und der Composition verwendet.

Das Zugangsportal für Patientinnen und Patienten und das Zugangsportal für Gesundheitsfachpersonen müssen zur Implementierung der elmpfung im EPD insbesondere folgende Funktionen umsetzen:

- a. Regeln implementieren, welche die verschiedenen Quellen (Gemeinschaften und Stammgemeinschaften) und die Attribute zur Steuerung des Lebenszyklus der Dokumente berücksichtigen. Die Regeln sind untenstehend aufgeführt;
- b. Benutzeroberflächen zur Bearbeitung und Erfassung von Impfdaten implementieren;
- c. die FHIR-Profilen des Austauschformats CH VACD für Impfdaten im EPD unterstützen.

4.1 Impfdokumentation

4.1.1 Metadaten für Impfdokumentation

Für die Ablage im elektronischen Patientendossier sind zwingend folgende Metadaten gemäss Anhang 3 EPDV-EDI zu erfassen:

- a. DocumentEntry.classCode: 184216000, Patient record type (record artifact);
- b. DocumentEntry.typeCode: 41000179103, Immunization Record (record artifact);
- c. DocumentEntry.formatCode: urn:che:epr:ch-vacd:immunization-administration:2022, CH VACD Immunization Administration.

4.1.2 Information zur Impfdokumentation

Die Informationen zur Impfdokumentation umfassen:

- a. die Angaben zum Dokument (Ziff. 4.1.2.1);
- b. die Angaben zur Immunisierung (Ziff. 4.1.2.2);
- c. die Angaben zu impfverhütbaren Krankheiten (Ziff. 4.1.2.3);
- d. die Angaben zu unerwünschten Impferscheinungen (Ziff. 4.1.2.4);
- e. die Angaben zu Risikofaktoren (Ziff. 4.1.2.5).

² HL7 Schweiz, Implementation Guide CH VACD, Version 4.0.1, Fassung vom 28. Dezember 2023. Der Text kann unter www.fhir.ch > CH VACD > Publication History > 2023-12-28 eingesehen werden.

4.1.2.1 Angaben zum Dokument

Informationseinheiten	Vorgaben
Dokumententyp: Es ist der Dokumententyp «41000179103, Immunization Record (record artifact)» zu verwenden.	1..1
Erstellungsdatum mit Attribut «timestamp»	1..1
Identifikationsnummer des Dokuments	1..1
Sprache des Dokuments: Es sind die Metadaten nach Ziffer 2.9 des Anhangs 3 EPDV-EDI zu verwenden.	1..1
Titel des Dokuments: Es ist abhängig von der Sprache der Titel «Verabreichte Impfung» (Deutsch), «Vaccin administré» (Französisch), «Vaccinazione somministrata» (Italienisch) oder «Immunization Administration» (Englisch) zu verwenden. Werden andere Sprachen verwendet, sind andere Titel erlaubt.	1..1
Vertraulichkeitsstufe: Es sind die Metadaten nach Ziffer 2.11 des Anhangs 3 EPDV-EDI zu verwenden.	1..1

4.1.2.2 Angaben zur Immunisierung

Informationseinheiten	Vorgaben
Datum der Impfstoffverabreichung: Muss als Datum angegeben werden mit dem Attribut «timestamp».	1..1
Impfschutz: Die durch Impfung vermeidbare Krankheit, gegen die die Dosis verabreicht wird. Die Krankheit muss aus dem Value Set «TargetDiseasesAndIllnessesUndergoneForImmunization» stammen.	1..*
Namen des Impfstoffs, der verabreicht wurde oder verabreicht wird. Die Bezeichnung muss aus dem Value Set «Swissmedic code for vaccine code» stammen.	1..1
Nummer der verabreichten Impfdosis.	1..1
Status: Der Status gibt den aktuellen Status des Impfereignisses an. Als Default-Wert soll der Status auf «completed» gesetzt werden. Der Status muss aus dem Value Set «ImmunizationStatusCodes» stammen.	1..1
Vollständiger Name der Ärztin oder des Arztes, welche oder welcher die Impfung verordnet hat oder Name der Gesundheitseinrichtung, in welcher der Impfstoff verabreicht wurde.	1..1
Erweiterung «ch-vacd-ext-cross-reference» bzw. Attribut «relatesTo», um einen Verweis auf einen Eintrag in einem anderen Dokument herzustellen.	0..1
Kommentar: Zusätzliche Informationen über die Immunisierung.	0..*
Lotnummer des Impfstoffprodukts.	0..1

4.1.2.3 Angaben zur impfverhütbaren Krankheit

Informationseinheiten	Vorgaben
Klinischer Status: Auswahl muss aus dem Value Set «ConditionClinicalStatusCodes» stammen.	1..1
Krankheit: Die Krankheit muss aus dem Value Set «TargetDiseasesAndIllnessesUndergoneForImmunization» stammen.	1..1
Starzeitpunkt der Erkrankung als Datum.	1..1
Vollständiger Name der Ärztin oder des Arztes, welche oder welcher die Krankheit diagnostiziert hat oder Name der Gesundheitseinrichtung, in welcher die Krankheit diagnostiziert wurde.	1..1

Informationseinheiten	Vorgaben
Zeitpunkt der Erfassung: Zeitpunkt an welchem die Erkrankung erfasst wurde. Muss als Datum angegeben werden.	1..1
Endzeitpunkt der Erkrankung als Datum.	0..1
Erweiterung «ch-vacd-ext-cross-reference» bzw. Attribut «relatesTo», um einen Verweis auf einen Eintrag in einem anderen Dokument herzustellen.	0..1
Kommentar: Zusätzliche Informationen zu den Angaben zur Erkrankung.	0..*
Verifizierungsstatus: Die Auswahl muss aus dem Value Set «ConditionVerificationStatus» stammen.	0..1

4.1.2.4 Angaben zu unerwünschten Impferscheinungen

Informationseinheiten	Vorgaben
Unerwünschte Impferscheinung: Der Code muss aus dem Value Set «AllergiesAndIntolerancesForImmunization» stammen.	1..1
Vollständiger Name der Ärztin oder des Arztes, welche oder welcher die unerwünschte Impferscheinung diagnostiziert hat oder Name der Gesundheitseinrichtung, in welcher die unerwünschte Impferscheinung diagnostiziert wurde.	1..1
Zeitpunkt der Erfassung: Zeitpunkt an welchem die unerwünschte Impferscheinung erfasst wurde. Muss als Datum angegeben werden.	1..1
Erweiterung «ch-vacd-ext-cross-reference» bzw. Attribut «relatesTo», um einen Verweis auf einen Eintrag in einem anderen Dokument herzustellen.	0..1
Klinischer Status: Der Status muss aus dem Value Set «AllergyIntoleranceClinicalStatusCodes» stammen.	0..1
Kommentar: Zusätzliche Information über die unerwünschte Impferscheinung.	0..*
Risiko: Das Risiko muss aus dem Value Set «AllergyIntoleranceCriticality» stammen.	0..1
Verifizierungsstatus: Muss aus dem Value Set «AllergyIntoleranceVerificationStatusCodes» stammen.	0..1

4.1.2.5 Angaben zu Risikofaktoren

Informationseinheiten	Vorgaben
Risikofaktor: Der Risikofaktor muss aus dem Value Set «SwissRiskForImmunizations» stammen.	1..1
Vollständiger Name der Ärztin oder des Arztes, welche oder welcher den Risikofaktor festgestellt hat oder Name der Gesundheitseinrichtung, in welcher der Risikofaktor festgestellt wurde.	1..1
Zeitpunkt der Erfassung: Zeitpunkt an welchem der Risikofaktor erfasst wurde. Muss als Datum angegeben werden.	1..1
Endzeitpunkt des Risikofaktors als Datum.	0..1
Erweiterung «ch-vacd-ext-cross-reference» bzw. Attribut «relatesTo», um einen Verweis auf einen Eintrag in einem anderen Dokument herzustellen.	0..1
Klinischer Status: Auswahl muss aus dem Value Set «ConditionClinicalStatusCodes» stammen.	0..1
Kommentar: Zusätzliche Informationen zu den Angaben des Risikofaktors.	0..*

Informationseinheiten	Vorgaben
Starzeitpunkt des Risikofaktors als Datum.	0..1
Verifizierungsstatus: Die Auswahl muss aus dem Value Set «ConditionVerificationStatus» stammen.	0..1

4.1.3 Erstellen und Speichern der Impfdokumentation

Das Zugangsportal für Patientinnen und Patienten und das Zugangsportal für Gesundheitsfachpersonen müssen eine Benutzeroberfläche und die Funktionen zur strukturierten Erfassung von Impfdokumentationen bereitstellen. Die Datensätze müssen mit einer UUID in den ID Attributen aller Einträge auf der Ebene «composition» und «resource» gekennzeichnet werden.

4.1.4 Abfrage und Anzeige der Impfdokumentation

Das Zugangsportal für Patientinnen und Patienten und das Zugangsportal für Gesundheitsfachpersonen müssen Benutzeroberflächen zur Suche und Anzeige von Impfdokumentationen aus dem EPD implementieren. Zur Suche nach Dokumenten des Typs «Impfdokumentation» muss die Transaktion «Registry Stored Query [ITI 18]» mit den folgenden Suchparametern unterstützt werden:

- a. Patient ID – MPI ID des Patienten in der Gemeinschaft;
- b. DocumentType – 41000179103 Immunization Record;
- c. FormatCode – urn:che:epr:ch-vacd:immunization-administration:2022.

Das Zugangsportal für Patientinnen und Patienten und das Zugangsportal für Gesundheitsfachpersonen müssen Relationen zwischen den Dokumenten bzw. zwischen den Einträgen in den Dokumenten anhand des Attributs «relatesTo» bzw. «extension: ch-vacd-ext-cross-reference» auflösen und in der Anzeige berücksichtigen.

Das Zugangsportal für Patientinnen und Patienten und das Zugangsportal für Gesundheitsfachpersonen müssen die Ergebnisse zeitgeordnet in den Benutzeroberflächen darstellen können.

4.1.5 Benutzeraktionen der Impfdokumentation

Zu jeder Impfdokumentation müssen aus den Benutzeroberflächen die folgenden Aktionen aufgerufen werden können:

- a. Detailansicht der Impfdokumentation aufrufen;
- b. Impfdokumentation annullieren und korrigieren;
- c. Kommentar hinzufügen;
- d. Impfdokumentation verifizieren.

4.1.6 Ändern und Überschreiben der Impfdokumentation

Das Zugangsportal für Patientinnen und Patienten und das Zugangsportal für Gesundheitsfachpersonen müssen Benutzeroberflächen und Funktionen zur Bearbeitung von Daten aus den Impfdokumentation-Dokumenten bereitstellen. Nach der Bearbeitung sollen die bearbeiteten Daten wie folgt abgelegt werden:

- a. Bearbeitungen von Dokumenten des Typs «Impfdokumentation» aus der eigenen Gemeinschaft müssen als neue Versionen mit der Transaktion «Provide and Register Set-b [ITI-41]» im «replace» Modus gespeichert werden, oder als neue Dokumente, in denen der Bezug zu den Einträgen im ursprünglichen Dokument über das «relatesTo» Attribut mit Wert «replaces» angegeben und über das «extension:ch-vacd-ext-cross-reference» Attribut referenziert wird.
- b. Bearbeitungen von Dokumenten des Typs «Impfdokumentation» aus anderen Gemeinschaften müssen als neue Dokumente in der eigenen Gemeinschaft gespeichert werden, in denen der Bezug zu den Einträgen im ursprünglichen Dokument über das

«relatesTo» Attribut mit Wert «replaces» angegeben und über das «extension:ch-vacd-ext-cross-reference» Attribut referenziert wird.

- c. Annullierungen von Dokumenten des Typs «Impfdokumentation» bzw. Annullierungen von einzelnen Einträgen müssen als neue Dokumente des Typs «Impfdokumentation» mit Status «entered-in-error» oder «not-done» gespeichert werden, in denen der Bezug zu den Einträgen im ursprünglichen Dokument über das «relatesTo» Attribut mit Wert «replaces» angegeben und über das «extension:ch-vacd-ext-cross-reference» Attribut referenziert wird.
- d. Verifiziert eine Gesundheitsfachperson Einträge, in von einer Patientin oder einem Patienten bereitgestellten Dokument des Typs «Impfdokumentation», muss das Portal ein neues Dokument des Typs «Impfdokumentation» speichern, in denen die bestätigende Gesundheitsfachperson als Autor in den XDS Metadaten angegeben ist. Dabei muss der Bezug zu den Einträgen im ursprünglichen Dokument über das «relatesTo» Attribut mit Wert «replaces» angegeben und über das «extension:ch-vacd-ext-cross-reference» Attribut referenziert werden.

4.2 Impfdossier

4.2.1 Metadaten für Impfdossier

Für die Ablage im elektronischen Patientendossier sind zwingend folgende XDS Metadaten gemäss Anhang 3 EPDV-EDI zu erfassen:

- a. DocumentEntry.classCode: 184216000, Patient record type (record artifact);
- b. DocumentEntry.typeCode: 41000179103, Immunization Record (record artifact);
- c. DocumentEntry.formatCode: urn:che:epr:ch-vacd:vaccination-record:2022, CH VACD Vaccination Record.

4.2.2 Information zum Impfdossier

Die Informationen zum Impfdossier umfassen die zusammengeführten Informationen aus den einzelnen Impfdokumentationen (Ziff. 4.1):

- a. Angabe zur Immunisierung;
- b. Angaben zu impfverhütbaren Krankheiten;
- c. Angaben zu unerwünschten Impferscheinungen;
- d. Angaben zu Risikofaktoren;
- e. Kommentare.

4.2.3 Zusammenführung und Anzeige des Impfdossiers

Das Zugangsportal für Patientinnen und Patienten und das Zugangsportal für Gesundheitsfachpersonen müssen Benutzeroberflächen und Funktionen zur Zusammenführung und Anzeige von Dokumenten des Typs «Impfdossier» wie folgt anbieten.

Die Zugangsportale müssen alle im EPD gespeicherten Dokumente vom Typ «Impfdokumentation» mit einer «Registry Stored Query [ITI-18]» Transaktion abfragen und nach den folgenden Regeln zu einem Dokument vom Typ «Impfdossier» zusammenführen und in den Benutzeroberflächen anzeigen können:

- a. Ersetzen Datensätze ältere Datensätze und ist die Relation in den Attributen «relatesTo» und «extension:ch-vacd-ext-cross-reference» der jeweiligen Datensätze gekennzeichnet, muss der aktualisierte Datensatz angezeigt werden.
- b. Bei Datensätzen mit gleicher ID (UUID) aus verschiedenen Quelldokumenten des Typs «Impfdokumentation» muss der Datensatz aus dem letzten erstellten «Impfdokumentation» Dokument angezeigt werden. Die Zeitordnung nutzt dazu das Erstellungsdatum aus dem Attribut «date» des «Impfdokumentation» Dokuments.

- c. Kommentare und Anmerkungen zu den Datensätzen müssen zusammen mit den Datensätzen angezeigt werden. Die Zuordnung nutzt dazu die Attribute «relatesTo» und «extension:ch-vacd-ext-cross-reference» der jeweiligen Datensätze.
- d. Bei Anpassungen von Datensätze dürfen die Daten, welche nicht mehr relevant sind, nicht angezeigt werden.

4.2.4 Speichern des Impfdossiers

Das Zugangportal für Patientinnen und Patienten und das Zugangportal für Gesundheitsfachpersonen müssen Benutzeroberflächen und Funktionen zur Speicherung von neu generierten Dokumenten des Typs «Impfdossier» anbieten.

Dokumente des Typs «Impfdossier» müssen in der eigenen Gemeinschaft als neue Version zu älteren Dokumenten des gleichen Typs mit der Transaktion «Provide and Register Set-b [ITI-41]» im «replace» Modus oder als neues Dokument gespeichert werden.

5 Austauschformat eMedikation (CH EMED)

Für das Austauschformat eMedikation ist die technische Umsetzung gemäss der folgenden Detailspezifikation vorzunehmen:

CH EMED³: Spezifikation zum elektronischen Austausch von Medikationsinformationen in der Schweiz, Version 4.0.1 vom 28. Dezember 2023. Als zulässige Value Sets gelten die ausgewählten Wertmengen für CH EMED, Version 4.0.1 vom 28. Dezember 2023.

Das Austauschformat CH EMED umfasst das Dokument «Medikationsplan» (Ziff. 5.1) und das Dokument «Elektronisches Rezept» (Ziff. 5.2).

5.1 Medikationsplan

5.1.1 Metadaten für den Medikationsplan

Für die Ablage im elektronischen Patientendossier sind zwingend folgende Metadaten gemäss Anhang 3 EPDV-EDI zu erfassen:

- a. DocumentEntry.classCode: 422735006, Summary clinical document (record artifact);
- b. DocumentEntry.typeCode: 736378000, Medication management plan (record artifact);
- c. DocumentEntry.formatCode: urn:che:epr:ch-emed:medication-card:2023 CH EMED Medication Card document.

5.1.2 Information zum Medikationsplan

Die Informationen zum Medikationsplan umfassen:

- a. die Angaben zum Dokument (Ziff. 5.1.2.1);
- b. die Angaben zum Arzneimittel (Ziff. 5.1.2.2).

5.1.2.1 Angaben zum Dokument

Informationseinheiten	Vorgaben
Dokumententyp: Es ist der Dokumententyp «721912009, Medication summary document (record artifact)» zu verwenden.	1..1
Erstellungsdatum mit Attribut «timestamp»	1..1
Identifikationsnummer des Dokuments	1..1
Originaldarstellung: Das Dokument wird beim Empfänger so dargestellt, wie der Absender das Dokument übermittelt hat.	1..1

³ HL7 Schweiz, Implementation Guide CH EMED, Version 4.0.1, Fassung vom 28. Dezember 2023. Der Text kann unter www.fhir.ch > CH EMED > Publication History > 2023-12-28 eingesehen werden.

Informationseinheiten	Vorgaben
Sprache des Dokuments: Es sind die Metadaten nach Ziffer 2.9 des Anhangs 3 EPDV-EDI zu verwenden.	1..1
Titel des Dokuments: Es ist abhängig von der Sprache der Titel «Medikationsplan» (Deutsch), «Plan de médication» (Französisch), «Piano farmacologico» (Italienisch) oder «Medication Card» (Englisch) zu verwenden. Werden andere Sprachen verwendet, sind andere Titel erlaubt.	1..1
Vertraulichkeitsstufe: Es sind die Metadaten nach Ziffer 2.11 des Anhangs 3 EPDV-EDI zu verwenden.	1..1
Allgemeine Bemerkung	0..1
Version des Dokuments	0..1

5.1.2.2 Angaben zu Arzneimittel

Informationseinheiten	Vorgaben
Anwendungsanweisung: Unstrukturierte Dosierung wird als Freitext angegeben. Bei der strukturierten Dosierung wird das Schema 1-1-1-1 verwendet.	1..*
Präparate- oder Wirkstoffnamen: Der Präparatename oder der Wirkstoffname oder die Wirkstoffnamen müssen deklariert sein. Wenn der Wirkstoffname oder die Wirkstoffnamen deklariert werden, dann muss die Auswahl aus dem Value Set «ActivPharmaceuticalIngredient» stammen.	1..1 0..*
Anwendungsdauer: Anwendungsdauer wird mit Start- und Enddatum für die Arzneimittelanwendung erfasst.	0..1
Behandlungsgrund	0..1
Darreichungsform: Die Darreichungsform muss aus dem Value Set «PharmaceuticalDoseFormEDQM» stammen.	0..1
Dosierung: Die Dosierung der verabreichten Arzneimittel wird immer mit der Menge und Einheit dargestellt. Der Bezug muss aus dem Value Set «UnitCode» stammen.	0..1
Dosis pro Einheit: Bezeichnet die auf der Packung angegebene aktive Wirkstoffmenge pro Einheit.	0..1
Kommentar: Zusätzliche medikationsrelevante Informationen können ergänzt werden (Einnahmehinweise, Einschränkung der Fahrtüchtigkeit, Lagerung).	0..1
Verabreichungsweg: Der Verabreichungsweg kann als Freitext angegeben werden. Wird er codiert angegeben, so muss die Auswahl aus dem Value Set «RouteOfAdministrationEDQM» stammen.	0..1

5.2 Elektronisches Rezept

5.2.1 Metadaten für das elektronische Rezept

Für die Ablage im elektronischen Patientendossier sind zwingend folgende Metadaten gemäss Anhang 3 EPDV-EDI zu erfassen:

- DocumentEntry.classCode: 422735006, Summary clinical document (record artifact);
- DocumentEntry.typeCode: 761938008, Medicinal prescription record (record artifact);
- DocumentEntry.formatCode: urn:che:epr:ch-emed:pre:2024 CH EMED Medication Prescription document.

5.2.2 Information zum elektronischen Rezept

Die Informationen zum elektronischen Rezept umfassen:

- a. die Angaben zum Dokument (Ziff. 5.2.2.1);
- b. die Angaben zum Arzneimittel (Ziff. 5.2.2.2).

5.2.2.1 Angaben zum Dokument

Informationseinheiten	Vorgaben
Dokumententyp: Es ist der Dokumententyp «761938008, Medicinal prescription record (record artifact)» zu verwenden.	1..1
Erstellungsdatum mit Attribut «timestamp»	1..1
Identifikationsnummer des Dokuments	1..1
Originaldarstellung: Das Dokument wird beim Empfänger so dargestellt, wie der Absender das Dokument übermittelt hat.	1..1
Sprache des Dokuments: Es sind die Metadaten nach Ziffer 2.9 des Anhangs 3 EPDV-EDI zu verwenden.	1..1
Titel des Dokuments: Es ist abhängig von der Sprache der Titel «Rezept» (Deutsch), «Ordonnance» (Französisch), «Ricetta» (Italienisch) oder «Prescription» (Englisch) zu verwenden. Werden andere Sprachen verwendet, sind andere Titel erlaubt.	1..1
Vertraulichkeitsstufe: Es sind die Metadaten nach Ziffer 2.11 des Anhangs 3 EPDV-EDI zu verwenden.	1..1
Allgemeine Bemerkung	0..1
Version des Dokuments	0..1

5.2.2.2 Angaben zum Arzneimittel

Informationseinheiten	Vorgaben
Anwendungsanweisung: Unstrukturierte Dosierung wird als Freitext angegeben. Bei der strukturierten Dosierung wird das Schema 1-1-1-1 verwendet.	1..*
Präparate- oder Wirkstoffnamen: Der Präparatename oder der Wirkstoffname oder die Wirkstoffnamen müssen deklariert sein. Wenn der Wirkstoffname oder die Wirkstoffnamen deklariert werden, dann muss die Auswahl aus dem Value Set «ActivPharmaceuticalIngredient» stammen.	1..1 0..*
Anwendungsdauer: Anwendungsdauer wird mit Start- und Enddatum für die Arzneimittelanwendung erfasst.	0..1
Behandlungsgrund	0..1
Darreichungsform: Die Darreichungsform muss aus dem Value Set «PharmaceuticalDoseFormEDQM» stammen.	0..1
Dosierung: Die Dosierung der verabreichten Arzneimittel wird immer mit der Menge und Einheit dargestellt. Der Bezug muss aus dem Value Set «UnitCode» stammen.	0..1
Dosis pro Einheit: Bezeichnet die auf der Packung angegebene aktive Wirkstoffmenge pro Einheit.	0..1
Kommentar: Zusätzliche medikationsrelevante Informationen können ergänzt werden (Einnahmehinweise, Einschränkung der Fahrtüchtigkeit, Lagerung).	0..1

Verabreichungsweg: Der Verabreichungsweg kann als Freitext angegeben werden. Wird er codiert angegeben, so muss die Auswahl aus dem Value Set «RouteOfAdministrationEDQM» stammen.	0..1
---	------

6 Austauschformat eAllergien und Intoleranzen (CH AllergyIntolerance)

Für das Austauschformat eAllergien und Intoleranzen ist die technische Umsetzung gemäss der folgenden Detailspezifikation vorzunehmen:

CH AllergyIntolerance⁴: Spezifikation zum elektronischen Austausch von Informationen zu Allergien und Intoleranzen in der Schweiz, Version 2.0.1 vom 28. Dezember 2023. Als zulässige Value Sets gelten die ausgewählten Wertemengen für CH AllergyIntolerance, Version 2.0.1 vom 28. Dezember 2023.

Das Austauschformat CH AllergyIntolerance umfasst das Dokument «Dokumentation von Allergien und Intoleranzen» (Ziff. 6.1).

6.1 Metadaten für die Allergien und Intoleranzen

Für die Ablage im elektronischen Patientendossier sind zwingend folgende Metadaten gemäss Anhang 3 EPDV-EDI zu erfassen:

- DocumentEntry.classCode: 184216000, Patient record type (record artifact);
- DocumentEntry.typeCode: 722446000, Allergy record (record artifact);
- DocumentEntry.formatCode: urn:che:epr:ch-allergyintolerance:2024.

6.2 Information zu Allergien und Intoleranzen

Die Informationen zu Allergien und Intoleranzen umfassen:

- die Angaben zum Dokument (Ziff. 6.2.1);
- die Angaben zur Allergie und Intoleranz (Ziff. 6.2.2);
- die Angaben zur Reaktion (Ziff. 6.2.3);
- die Angaben zu den medizinischen Beschwerden (Ziff. 6.2.4).

6.2.1 Angaben zum Dokument

Informationseinheiten	Vorgaben
Dokumententyp: Es ist der Dokumententyp «722446000, Allergy record (record artifact)» zu verwenden.	1..1
Erstellungsdatum mit Attribut «timestamp»	1..1
Identifikationsnummer des Dokuments	1..1
Sprache des Dokuments: Es sind die Metadaten nach Ziffer 2.9 des Anhangs 3 EPDV-EDI zu verwenden.	1..1
Titel des Dokuments: Es ist abhängig von der Sprache der Titel «Allergie Intoleranzen» (Deutsch), «allergie intolérance» (Französisch), «allergie intolleranza» (Italienisch) oder «Allergy Intolerance» (Englisch) zu verwenden. Werden andere Sprachen verwendet, sind andere Titel erlaubt.	1..1
Vertraulichkeitsstufe: Es sind die Metadaten nach Ziffer 2.11 des Anhangs 3 EPDV-EDI zu verwenden.	1..1
Allgemeine Bemerkung	0..1
Version des Dokuments	0..1

⁴ HL7 Schweiz, Implementation Guide CH AllergyIntolerance, Version 2.0.1, Fassung vom 28. Dezember 2023. Der Text kann unter www.fhir.ch > CH AllergyIntolerance > Publication History > 2023-12-28 eingesehen werden.

6.2.2 Angaben zur Allergie und Intoleranz

Informationseinheiten	Vorgaben
Allergie oder Intoleranz: Der Code muss aus dem Value Set «CHAllergyIntoleranceValueSet» stammen.	1..1
Art: Die Art muss aus dem Value Set «AllergyIntoleranceType» stammen.	0..1
Kategorie: Die Kategorie muss aus dem Value Set «AllergyIntoleranceCategory» stammen.	0..*
Klinischer Status: Der Status muss aus dem Value Set «AllergyIntoleranceClinicalStatusCodes» stammen.	0..1
Verifizierungsstatus: Der Verifizierungsstatus muss aus dem Value Set «AllergyIntoleranceVerificationStatusCodes» stammen.	0..1
Kritikalität: Die Kritikalität muss aus dem Value Set «AllergyIntoleranceCriticality» stammen.	0..1
Zeitpunkt der Identifikation der Allergie: Der Zeitpunkt muss als Datum angegeben werden.	0..1
Zeitpunkt der Linderung der Allergie: Der Zeitpunkt muss als Datum angegeben werden.	0..1

6.2.3 Angaben zur Reaktion

Informationseinheiten	Vorgaben
Reaktion Die Einzelheiten zur Reaktion.	0..*
Manifestation: Die klinischen Symptome, welche durch die Reaktion ausgelöst werden, müssen aus dem Value Set «CHAllergyIntoleranceReactionManifestationValueSet» stammen.	1..*
Reaktionszeitpunkt: Der Reaktionszeitpunkt muss als Datum angegeben werden.	0..1
Schweregrad der Reaktion: Der Schweregrad der Reaktion muss aus dem Value Set «AllergyIntoleranceSeverity» stammen.	0..1
Spezifische Substanz: Die spezifische Substanz, welche für die Reaktion verantwortlich ist, muss aus dem Value Set «CHAllergyIntoleranceReactionValueSet» stammen.	0..1

6.2.4 Angaben zu den medizinischen Beschwerden

Informationseinheiten	Vorgaben
Medizinische Beschwerde Der Code muss aus dem Value Set «CHAllergyIntoleranceConditionValueSet» stammen.	1..1
Kategorie: Die Kategorie muss aus dem Value Set «ConditionCategoryCodes» stammen.	0..*
Klinischer Status: Der Status muss aus dem Value Set «ConditionClinicalStatusCodes» stammen.	0..1
Körperstelle: Die Körperstelle kann aus dem Value Set «SNOMEDCTBodyStructures» stammen. Alternativ kann ein eigenes Value Set zu Körperstellen definiert und eingesetzt werden.	0..*
Schweregrad:	0..1

Der Schweregrad muss aus dem Value Set «Condition/DiagnosisSeverity» stammen.	
Verifizierungsstatus: Der Verifizierungsstatus muss aus dem Value Set «ConditionVerificationStatus» stammen.	0..1
Vollständiger Name der Ärztin oder des Arztes, welche oder welcher die medizinischen Beschwerden dokumentiert hat.	0..1
Zeitpunkt der Linderung der medizinischen Beschwerden: Der Zeitpunkt muss als Datum angegeben werden.	0..1
Zeitpunkt des Auftretens der medizinischen Beschwerden: Der Zeitpunkt muss als Datum angegeben werden.	0..1