

Optometrische

Dossiervoering & Notatie

Titel: Optometrische Dossiervoering & Notatie
Uitgever: Optometristen Vereniging Nederland
Weert, oktober 2013
© OVN 2013



Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, op welke andere wijze dan ook, zonder vooraf schriftelijke toestemming van de uitgever.

INHOUDSOPGAVE

Hoofdstuk 1	Inleiding	4
1.1	Aanleiding	4
1.2	Onderbouwing	4
1.3	Samenstelling en werkwijze van de werkgroep	4
1.4	Validiteit	5
1.5	Leeswijzer	5
Hoofdstuk 2	Dossiervoering	6
2.1	Introductie	6
2.2	Inrichting van een patiëntendossier	6
2.2.1	Verantwoordelijkheid voor vastleggen van gegevens	7
2.2.2	Vastleggen van gegevens per stap van het optometrisch zorgverleningsproces	7
2.2.3	Communicatie	9
2.3	Wettelijke en juridische aspecten omtrent dossiervoering	12
2.3.1	Het patiëntendossier	12
2.3.2	Het patiëntendossier en de patiënt	13
2.3.3	Vernietiging van het patiëntendossier	14
2.3.4	Bewaartermijn	14
2.3.5	Beëindiging van praktijk / overdracht dossier	14
	Notatie van Onderzoekgegevens	14
Hoofdstuk 3	Notatie van Onderzoekgegevens	15
3.1	Inleiding	15
3.2	Beschrijving van bevindingen: aanbevelingen OVN	15
3.2.1	Afkortingen, acroniemen en symbolen	15
3.2.2	Notaties bij verschillende testen in de optometrische praktijk	16
Bijlage 1	Uittreksel patientendossier	17
Bijlage 2	Notaties bij verschillende testen in de optometrische praktijk	20

INLEIDING

1.1 AANLEIDING

Verslaglegging is een belangrijk onderdeel van zorgverlening. Een goede vastlegging van symptomen, onderzoeksresultaten en (behandel)adviezen is nodig voor een effectieve patiëntenzorg en is essentieel wanneer meerdere zorgverleners met elkaar samenwerken. Goede dossiervoering draagt bij aan continuïteit en kwaliteit van de zorg.

Omdat de Optometristen Vereniging Nederland (OVN) nog niet over een document met betrekking tot dossiervoering en notatie beschikt en er in de optometrische praktijk verschillende manieren van notatie gebruikt worden, is besloten dit document te ontwikkelen.

1.2 ONDERBOUWING

Dit document is enerzijds gebaseerd op wet- en regelgeving en anderzijds op hetgeen in de praktijk gebruikelijk is. Voor het deel van dit document over dossiervoering werd gebruik gemaakt van buitenlandse richtlijnen¹ en documenten van andere zorgverlenende beroepsgroepen.² Ook de relevante wet- en regelgeving werd geraadpleegd.³

Voor het deel over de notatie werd gebruik gemaakt van een document van de Nederlandse Vereniging voor Orthoptisten (NVVO),⁴ een document met veel gebruikte afkortingen opgesteld door de vereniging van Technisch Oogheelkundig Assistenten (TOA)⁵ en een document dat door de Hogeschool Utrecht (opleiding optometrie) en opleidingen tot contactlensspecialist wordt gebruikt voor het contactlensonderwijs.⁶

1.3 SAMENSTELLING EN WERKWIJZE VAN DE WERKGROEP

Dit document werd opgesteld door leden van de OVN-Commissie Kwaliteitsontwikkeling.

Vanaf januari 2012 werd gewerkt aan een conceptdocument. De definitieve tekst werd vastgesteld na een commentaarronde.

¹ Clinical Guideline on Record Keeping, Optometrist Association Australia, 2005

² NMT-praktijkrichtlijn Patiëntendossier, 2006; KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging, 2011

³ Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO)

De werkgroep werd gevormd door optometristen die werkzaam zijn in de eerste lijn, tweede lijn en in het onderwijs. Allen zijn lid van de OVN Commissie Kwaliteitsontwikkeling. Werkgroepleden:

- Nelleke Brand
- Annemieke Coops
- Louise van Doorn
- Pauline Heus
- Nienke van de Mortel-Peeters
- Merel van Peer
- Shantal Torregrosa

1.4 VALIDITEIT

Beoordeling door externe experts

De concepttekst van (delen van) het document werd voorgelegd aan en van commentaar voorzien door een oogarts, optometristen in verschillende regio's van Nederland en een docent van de optometrie opleiding, Hogeschool Utrecht, alvorens de definitieve tekst werd vastgesteld. Het betreft de volgende personen:

- Hans Klaver (oogarts)
- Nikki van den Berg (optometrist)
- Kees Broos (optometrist)
- Arjan Keuken (optometrist)
- Arie Tempel (optometrist)
- Ina Wittering (docent)

Herziening van het document

Uiterlijk na vijf jaar, dus in 2018, bepaalt de OVN of het document nog actueel is. Zo nodig wordt dit herzien. De geldigheid van het document komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzienings-traject te starten.

1.5 LEESWIJZER

Dit document bestaat grofweg uit twee delen. Een deel zal gaan over dossiervoering (hoofdstuk 2) en het andere zal gaan over notatie van onderzoeksgegevens (hoofdstuk 3).

In dit document wordt voor de leesbaarheid alleen de mannelijke vorm gebruikt. Uiteraard is steeds ook de vrouwelijke vorm bedoeld. Tevens is voor de leesbaarheid overal patiënt aangehouden, in plaats van afwisselend cliënt en patiënt of 'cliënt/patiënt' te gebruiken.

⁴ Registratie patiëntgegevens in de orthoptische praktijk, 2e druk, NVVO, 2005

⁵ Oogheelkundige afkortingen, acronyemen en symbolen, NVTOA, 2011

⁶ Overzicht contactlensnotaties, opgesteld door het HBO en MBO contactlensonderwijs, 2002

DOSSIERVEROERING

2.1 INTRODUCTIE

Een goede vastlegging van symptomen, onderzoeksresultaten en (behandel) adviezen is nodig voor een effectieve patiëntenzorg. Deze verslaglegging ondersteunt de zorgverlener op twee manieren bij zijn eigen handelen: het kan dienen als geheugensteun en maakt het daarnaast mogelijk om het eigen handelen te evalueren.

Tevens is een goede verslaglegging essentieel wanneer meerdere zorgverleners met elkaar samenwerken.

Goede dossiervoering draagt dus bij aan continuïteit en kwaliteit van de zorg. Dat is niet alleen vanuit het patiëntenperspectief, het kan ook bescherming bieden wanneer een optometrist in een geschil verwickeld raakt.

Naast kwaliteit en continuïteit van zorgverlening is het inzichtelijk maken hiervan ook een belangrijk aspect, vanwege de verantwoording en toetsbaarheid.

Met de inwerkingtreding van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) in 1995 staat wettelijk vast dat zorgverleners een dossierplicht hebben. Deze verplichting hangt samen met de informatieplicht van de zorgverlener, het toestemmingsvereiste (informed consent) en het inzagerecht van de patiënt, welke ook in deze wet opgenomen zijn.

In dit hoofdstuk komen alle genoemde aspecten van dossiervoering aan bod, zowel de inhoudelijke eisen aan een dossier als de bij wet geregelde rechten en plichten van zorgverleners en patiënten.

2.2 INRICHTING VAN EEN PATIËNTENDOSSIER

Het inrichten en bijhouden van een patiëntendossier levert een belangrijke bijdrage aan de continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening. De gegevens uit het dossier dienen helder te worden weergegeven en zodanig bij elkaar aan te sluiten, dat duidelijk inzicht in het gevolgde denkproces mogelijk is. Daarbij dient het dossier volledig, en tegelijkertijd zo beknopt mogelijk, te zijn. Dit kan bereikt worden door alleen relevante gegevens in het dossier op te nemen. Tevens moet ervoor gezorgd worden dat het dossier leesbaar is. In het kader van de verantwoording en toetsbaarheid is het aan te bevelen om in latere instantie geen veranderingen in de vastgelegde gegevens aan te brengen.

Aan de hand van twee criteria kan bepaald worden welke gegevens relevant zijn, namelijk:

1. Gegevens die essentieel zijn in het kader van beslismomenten voortvloeiend uit het methodisch optometrisch handelen;
2. Gegevens die noodzakelijk zijn in het kader van communicatie met:
 - verwijzers
 - patiënten
 - collega's en andere zorgverleners
 - zorgverzekeraars, voor zover het gaat om het verplichte machtigings- en declaratieverkeer.

2.2.1 Verantwoordelijkheid voor vastleggen van gegevens

De optometrist of diens waarnemer is verantwoordelijk voor het vastleggen van de gegevens die voortkomen uit het optometrisch zorgverleningsproces. Degene die de gegevens 'produceert', legt deze gegevens ook vast. In dit geval dus de optometrist of diens waarnemer.

In de dagelijkse praktijk zullen niet altijd alle activiteiten uit het optometrisch zorgverleningsproces door de optometrist uitgevoerd worden. Denk bijvoorbeeld aan een administratief medewerker die een deel van de gegevens noteert. Ook dan blijft de optometrist of diens waarnemer verantwoordelijk voor het vastleggen van gegevens die betrekking hebben op het optometrisch zorgproces.

2.2.2 Vastleggen van gegevens per stap van het optometrisch zorgverleningsproces

Er bestaan verschillende typen gegevens die opgenomen worden in het patiëntendossier. Sommige daarvan zijn gegevens die verplicht vastgelegd moeten worden volgens wet- en regelgeving. Andere gegevens worden alleen vastgelegd wanneer ze relevant zijn. Hieronder wordt een overzicht gegeven van de verschillende typen gegevens.

Verschillende typen gegevens:

- administratieve gegevens
- medische gegevens

Deze gegevens zijn vervolgens in te delen in:

- verplicht: verplichte gegevens volgens wet- en regelgeving. Deze gegevens dienen altijd te zijn ingevoerd.
- verplicht zodra aanwezig: gegevens die (nog) niet altijd aanwezig zijn, maar als ze aanwezig zijn, altijd vastgelegd moeten worden

- noteren indien relevant: alle overige gegevens die aanwezig zijn en relevant voor het bereiken van de hoofddoelen van verslaglegging. Hieronder staan de verschillende stappen van het optometrisch zorgverleningsproces beschreven. In de tabel op pagina 7 wordt per onderdeel van het optometrisch zorgverleningsproces het type gegevens weergegeven.

Aanmelding

De eerste stap in het optometrisch zorgverleningsproces is het aanmelden van de patiënt. Dit kan met of zonder verwijzing van de huisarts, specialist of andere beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg. Verder wordt de hulpvraag besproken en, in het geval van een verwijzing, de consultvraag van de verwijzer. Noteer de datum van alle patiënt-zorgverlener contacten (inclusief geannuleerde of niet nagekomen afspraken).

Anamnese

In de anamnese worden gegevens rond de bezoeken, het ervaren oogheelkundige- of gezondheidsprobleem, achterhaald. Daarnaast is het van belang om de medische toestand (inclusief medicijngebruik) van de patiënt in kaart te brengen. Ook dient uitgevraagd te worden of er relevante medische of oogheelkundige pathologie voorkomt in de familie. Tenslotte kan het relevant zijn om gegevens over de sociale status, bijvoorbeeld het beroep of hobby's van iemand, te noteren.

Onderzoek

In deze fase van het optometrisch zorgverleningsproces worden objectieve gegevens verzameld door het uitvoeren van testen. Welke testen per bezoek uitgevoerd worden, zal afhangen van de reden van het bezoek. Voorbeelden van notatie van onderzoeksgegevens zijn te vinden in Hoofdstuk 3 van dit document.

Analyse

Tijdens dit onderdeel van het optometrisch zorgverleningsproces vindt een analyse plaats van de tot dan toe verkregen gegevens uit anamnese en onderzoek. Op basis van deze analyse formuleert en registreert de optometrist een optometrische diagnose en/of conclusie.

Behandelplan / Beleid na optometrisch onderzoek

In deze fase wordt het plan vastgelegd dat volgt op de conclusie uit het onderzoek, zoals het starten van een behandeling, het verwijzen van de patiënt naar een oogarts of het plannen van een controleonderzoek. Hierbij

wordt rekening gehouden met beschikbare optometrische/oogheelkundige richtlijnen.

Indien gewenst, wordt het aantal sessies vastgelegd dat de optometrist denkt nodig te hebben voor het realiseren van de doelen. Bijvoorbeeld in het geval van cycloplegische refractie zal de optometrist waarschijnlijk verschillende meetmomenten inplannen.

Behandeling

Indien de optometrist een behandeling in gang zet, dan worden de uitgevoerde verrichtingen vastgelegd, inclusief verstrekte informatie en eventuele adviezen. In het geval van de behandeling van Meibomklierdysfunctie, bijvoorbeeld, kan geregistreerd worden of een poetsinstructie is gegeven en/of welke kunsttranen geadviseerd zijn. Een ander voorbeeld: in het geval van het aanpassen van contactlenzen, worden onder andere de lensparameters vastgelegd.

Evaluatie van behandeling

De behandeling wordt geëvalueerd. Het gaat hierbij om het beoordelen van het behandelproces en het behandelresultaat (volgens de patiënt en volgens de optometrist). De optometrist legt de relevante gegevens vast.

Afsluiting

Bij deze laatste stap gaat het om het moment van afsluiten van de behandel-episode. Indien sprake is van een verwijzing, dan stelt de optometrist een eindrapport op en verstuurt dit naar de verwijzer. Als de patiënt zonder verwijzing optometrische zorg heeft gezocht, dan kan de optometrist alleen een rapport naar de huisarts sturen met toestemming van de patiënt.

2.2.3 Communicatie

Naast persoonlijke gegevens en gegevens van de optometrist-patiënt-contacten bevat een patiëntendossier ook gegevens over communicatie. Te denken valt aan correspondentie met overige betrokken zorgverleners of aan contacten met de zorgverzekeraar. Ook gegevens over verleende of (geweigerde) inzage in het dossier en gemaakte kopieën worden gedocumenteerd.

Tabel: Vastleggen van gegevens per stap van het optometrisch zorgverleningsproces

Omschrijving gegevens	Type	Verplichting
Aanmelding		
- Datum aanmelding	A	Noteren indien relevant
- Naam van de patiënt	A	Verplicht
- Burgerservicenummer	A	Verplicht
- Geboortedatum patiënt	A	Verplicht
- Geslacht patiënt	A	Verplicht
- Adres patiënt	A	Verplicht
- Naam en nummer zorgverzekeraar	A	Verplicht
- Naam en adres huisarts	A	Verplicht
- Hulpvraag	M	Verplicht
- Verwijzing (indien van toepassing)		
o Verwijsdatum	A	Verplicht zodra aanwezig
o Naam verwijzer	A	Verplicht zodra aanwezig
o Specialisme verwijzer	A	Verplicht zodra aanwezig
o Consultvraag	M	Verplicht zodra aanwezig
Anamnese		
- Datum indien anders dan voorgaande fase	A	Verplicht
- Naam optometrist	A	Verplicht
- Optometrisch		
o Nadere gegevens rondom ervaren oogheeskundig- of gezondheidsprobleem (hulpvraag)	M	Verplicht
o Optometrische/oogheeskundige voorgeschiedenis	M	Verplicht zodra aanwezig
o Familiaire oogheeskundige problemen	M	Verplicht zodra aanwezig
- Algemeen		
o Medische voorgeschiedenis		
• Nevenpathologie	M	Verplicht zodra aanwezig
• Eerdere ziekten/aandoeningen	M	Verplicht zodra aanwezig
• Medische verrichtingen	M	Verplicht zodra aanwezig
• Medicatie	M	Verplicht zodra aanwezig
o Familiaire ziekten/aandoeningen	M	Verplicht zodra aanwezig
o Psychosociale status	M	Noteren indien relevant
o Werkomstandigheden	A	Verplicht zodra aanwezig
o Sport en leefstijl	A	Noteren indien relevant
Onderzoek		
- Datum indien anders dan voorgaande fase	A	Verplicht
- Naam optometrist indien anders dan voorgaande fase	A	Verplicht
- Gebruikte meetinstrumenten/onderzoeken	A	Verplicht zodra aanwezig
- Bevindingen die zijn verzameld tijdens het optometrisch onderzoek	M	Verplicht zodra aanwezig

Omschrijving gegevens	Type Verplichting	
Analyse		
- Optometrische diagnose(n) en/of conclusie(s)	M	Verplicht
Behandelplan / Beleid na optometrisch onderzoek		
- Behandeling van de patiënt		
o Beschrijving van behandeling die gestart wordt	M	Verplicht zodra aanwezig
o Aantal sessies die nodig zijn voor de behandeling	M	Noteren indien relevant
- Verwijzing van de patiënt		
o Naar wie de patiënt verwezen wordt	M	Verplicht zodra aanwezig
o Het termijn waarbinnen de patiënt verwezen wordt	M	Verplicht zodra aanwezig
- Controleonderzoek		
o Beschrijven welk onderzoek uitgevoerd moet worden	M	Verplicht zodra aanwezig
o Datum van / termijn voor controleonderzoek	M	Verplicht zodra aanwezig
- Overleggegevens (indien dit heeft plaatsgevonden)		
o Met wie is overlegd (verwijzers, collega's, andere zorgprofessionals)	M	Verplicht zodra aanwezig
o Datum van overleg	A	Verplicht zodra aanwezig
o Hetgeen besproken en afgesproken is	M	Verplicht zodra aanwezig
- Motivatie indien afgeweken wordt van een richtlijn	M	Verplicht zodra aanwezig
- Afspraken met patiënt	M	Verplicht zodra aanwezig
Behandeling		
- Datum behandelsessie indien anders dan voorgaande fase	A	Verplicht zodra aanwezig
- Naam behandelend optometrist indien anders dan voorgaande fase	M	Verplicht zodra aanwezig
- Uitgevoerde verrichtingen / prestaties (inclusief verstrekte informatie / adviezen)	M	Verplicht zodra aanwezig
- Bijstelling optometrische diagnose	M	Verplicht zodra aanwezig
- Bijstelling behandelplan	M	Verplicht zodra aanwezig
- Overleggegevens (indien dit heeft plaatsgevonden)		
o Met wie is overlegd (verwijzers, collega's, andere zorgprofessionals)	M	Verplicht zodra aanwezig
o Datum van overleg	A	Verplicht zodra aanwezig
o Hetgeen besproken en afgesproken is	M	Verplicht zodra aanwezig
- Afspraken met patiënt	M	Verplicht zodra aanwezig
Evaluatie van behandeling		
- Datum evaluatie indien anders dan voorgaande fase	A	Verplicht zodra aanwezig
- Bereikte resultaten met de behandeling	M	Verplicht zodra aanwezig
Afsluiting		
- Datum afsluiting indien anders dan voorgaande fase	A	Verplicht zodra aanwezig
- Reden einde zorg	M	Verplicht zodra aanwezig
- Advies over eventuele nazorg en afspraken hierover	M	Verplicht zodra aanwezig
Communicatie		
- Correspondentie of contacten met overige betrokken zorgverleners	A	Verplicht zodra aanwezig
- Contacten met de zorgverzekeraar	A	Verplicht zodra aanwezig
- verleende of (geweerde) inzage in het dossier en gemaakte kopieën	A	Verplicht zodra aanwezig

2.3 WETTELIJKE EN JURIDISCHE ASPECTEN OMTRENT DOSSIERVEROERING

Zowel de optometrist als de patiënt hebben bij wet (WGBO) geregelde rechten en plichten met betrekking tot het patiëntendossier. Zo moet een patiënt de optometrist goed, eerlijk en volledig op de hoogte stellen van zijn klachten. Verder moet hij zoveel mogelijk meewerken, adviezen opvolgen en is hij verplicht om de door de optometrist gevraagde vergoeding te betalen.

Patiënten hebben recht op informatie (in begrijpelijke taal) over hun ziekte, behandeling, risico's en gevolgen van de behandeling, en over eventuele alternatieven. Het is een plicht van de optometrist deze informatie te verstrekken. Een optometrist kan besluiten bepaalde informatie achter te houden wanneer dit een ernstig nadeel voor de patiënt zal opleveren. Dit moet hij wel overleggen met een andere zorgverlener.

Een patiënt kan aangeven bepaalde informatie niet te willen. In dat geval krijgt hij de informatie niet, tenzij dit een ernstig nadeel voor hemzelf of anderen oplevert.

Een optometrist heeft de plicht een dossier in te richten met betrekking tot de behandeling van de patiënt. In het dossier houdt hij alle voor een goede hulpverlening benodigde informatie bij: gegevens aangaande de gezondheid van de patiënt, de uitgevoerde verrichtingen en overige gegevens die noodzakelijk zijn. In de vorige paragraaf is dit uitgebreid beschreven.

De patiënt kan de optometrist vragen om gegevens toe te voegen aan het dossier, bijvoorbeeld gegevens van een second opinion. De optometrist is verplicht aan dit verzoek te voldoen.

2.3.1 Het patiëntendossier

Alle eisen aan een patiëntendossier zijn ook van toepassing op een digitaal dossier. Alle gegevens moeten toegankelijk en beschikbaar zijn (en blijven, ook na verandering van hard- en/of software!) voor de betrokken zorgverleners. De privacy van een patiënt moet te allen tijde gewaarborgd blijven.

Het patiëntendossier dient zodanig beveiligd en opgeslagen te zijn, dat het niet beschadigd kan raken. Geadviseerd wordt om bij een digitaal dossier dagelijks een goede back-up te maken van de gegevens en deze in een brandveilige kluis op te slaan. Fysieke dossiers dienen op een dusdanige wijze bewaard te worden dat de kans op beschadigingen nihil is.

Wijzigingen in het patiëntendossier kunnen gedurende het behandeltraject door de zorgverlener worden aangebracht. Na afloop van het behandeltraject kunnen er op verzoek van de patiënt nog wijzigingen worden aangebracht (denk aan adreswijzigingen etc.).

2.3.2 Het patiëntendossier en de patiënt

Het dossier is geen eigendom van de patiënt. Wel heeft de patiënt met betrekking tot het dossier een aantal wettelijke rechten die door de optometrist gerespecteerd moeten worden.

De optometrist verstrekt op verzoek van de patiënt zo spoedig mogelijk inzage in en/of een afschrift van de gegevens in het patiëntendossier. Een optometrist kan dit weigeren in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. Voor het verstrekken van een afschrift uit het patiëntendossier mag een optometrist een redelijke vergoeding in rekening brengen.

De patiënt moet toestemming geven voordat aan anderen inlichtingen over hem worden verstrekt. Dit geldt ook voor inzage in en een afschrift van gegevens uit het patiëntendossier. Degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst en degene die optreedt als vervanger van de hulpverlener, hebben wel inzage in het patiëntendossier zonder toestemming van de patiënt, mits verstrekking/inzage noodzakelijk is voor het uitvoeren van hun werkzaamheden. Voor optometristen werkzaam in een optiekzaak wordt geadviseerd de patiënt toestemming te laten geven voor het personeel van de optiekzaak.

Een andere uitzondering is het geven van inlichtingen over de patiënt ten behoeve van statistiek of wetenschappelijk onderzoek. Dit kan alleen indien het vragen van toestemming in redelijkheid niet mogelijk is en als gewaarborgd is dat de persoonlijke levenssfeer van de patiënt niet onevenredig wordt geschaad. Gegevens mogen niet herleid kunnen worden tot individuele natuurlijke personen. Inlichtingen over een patiënt verstrekken in het kader van statistiek of wetenschappelijk onderzoek kan alleen als het onderzoek een algemeen belang dient, de gegevens onontbeerlijk zijn voor het onderzoek en de patiënt niet uitdrukkelijk bezwaar heeft gemaakt tegen verstrekking van zijn gegevens.

Indien gegevens verstrekt worden, dient daar een aantekening van gemaakt te worden in het dossier.

2.3.3 Vernietiging van het patiëntendossier

De patiënt kan de optometrist verzoeken (een deel van) zijn dossier te laten vernietigen/verwijderen. De optometrist moet binnen drie maanden aan het vernietigingsverzoek voldoen. Een eventuele weigering moet goed worden gemotiveerd. Op het recht van verwijderen of vernietigen van gegevens bestaan twee uitzonderingen:

- een voorschrift of een andere wet bepaalt dat de gegevens moeten worden bewaard
- vanwege een 'aanmerkelijk belang' van een ander dan de patiënt, moeten (bepaalde) gegevens worden bewaard. Een voorbeeld hiervan is een erfelijke aandoening waarbij het voor familieleden van belang is de gegevens te bewaren.

2.3.4 Bewaartermijn

De optometrist bewaart de gegevens ten minste gedurende 15 jaar (te rekenen vanaf het tijdstip waarop de gegevens vergaard zijn) of langer als dat nodig is. Indien de patiënt daartoe een verzoek indient, dan vernietigt de hulpverlener het dossier binnen drie maanden, zoals onder 2.3.3. staat beschreven.

2.3.5 Beëindiging van praktijk / overdracht dossier

Bij beëindiging van de praktijk blijft de bewaartermijn voor dossiers van 15 jaar gelden. De dossiers dienen deugdelijk te worden bewaard.

Bij overdracht van het dossier aan een collega optometrist kan de originele inhoud van het gehele dossier met uitzondering van de persoonlijke werkaantekeningen overgedragen worden. Het is toegestaan bij overdracht het originele dossier ofwel een kopie daarvan te bewaren.

NOTATIE VAN ONDERZOEKGEGEVENS

3.1 INLEIDING

Eenheid in notatie maakt dat collega's het patiëntendossier optimaal kunnen begrijpen, ongeacht wie de onderzoekgegevens heeft genoteerd. Het is daarmee een onderdeel van de kwaliteit in zorgverlening. Zorgverleners zijn echter geneigd om hun eigen afkortingen te gebruiken bij het beschrijven van bevindingen. Daarnaast kan notatie verschillen per praktijk, dit is vaak afhankelijk van waar zorgverleners geschoold zijn. De OVN geeft in dit document een aanbeveling voor het beschrijven van bevindingen uit een optometrisch/oogheeskundig onderzoek.

3.2 BESCHRIJVING VAN BEVINDINGEN: AANBEVELINGEN OVN

3.2.1 Afkortingen, acroniemen en symbolen

Bevindingen uit een optometrisch/oogheeskundig onderzoek worden vaak middels afkortingen, acroniemen en symbolen beschreven. Er is geen vaste lijst die in alle oogzorgpraktijken gebruikt wordt. Na verschillende gesprekken met opleidingsinstituten, optometrische praktijken en ziekenhuizen lijkt de conclusie te zijn dat het implementeren van een universele lijst van oogheeskundige afkortingen, acroniemen en symbolen niet haalbaar is. Vandaar dat de werkgroep ervoor gekozen heeft om een overzicht te maken van de afkortingen, acroniemen en symbolen die doorgaans gebruikt worden in de oogzorg.

De OVN raadt optometristen aan om zoveel mogelijk gebruik te maken van de afkortingen, acroniemen en symbolen die reeds gebruikt worden in de oogzorg. Een overzicht hiervan is te vinden op de OVN-website (www.optometrie.nl/afkortingen oogzorg). Deze lijst is in 2011 als boekje uitgegeven door de TOA-vereniging en is samengesteld door Gabriëlle Janssen, optometrist (VUMC), Gertruud Boerma, TOA (Kliniek OMC Haarlem), Hans Klaver, oogarts (Kliniek OMC Haarlem), Jacqueline Mees ten Oever, TOA (OLVG Amsterdam) en Mirjam van Tilborg, optometrist en docent (Hogeschool Utrecht). De lijst zal in de loop van de tijd aangepast worden wanneer nodig.

Tevens raadt de OVN optometristen aan om duidelijk af te stemmen met directe collega's welke afkortingen, acroniemen en symbolen gebruikt worden in het patiëntendossier. Indien, na toestemming van of op verzoek van de patiënt, het dossier naar een andere praktijk gestuurd wordt, dan is het zinvol

om als bijlage een overzicht te geven van de meest gebruikte afkortingen en symbolen in uw praktijk (zie voorbeeld in bijlage 1).

In medische correspondentie aan huisartsen, oogartsen, orthoptisten en andere zorgverleners is het niet aan te raden om afkortingen en symbolen te gebruiken.

3.2.2 Notaties bij verschillende testen in de optometrische praktijk

Notatie kan verschillen per praktijk, dit is vaak afhankelijk van waar zorgverleners geschoold zijn. De OVN heeft waar mogelijk een overzicht gemaakt van de in de praktijk gebruikte notaties bij verschillende optometrische/oogheeskundige testen. In bijlage 2 vindt u het overzicht van de uitgewerkte testen.

Waar verschillende manieren van notatie gebruikt worden, staat de meest wenselijke notatie als eerste genoteerd, met daaronder de overige manieren om het te noteren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de Angelsaksische notatie of de orthoptische notatie.

Bijlage 1

UITTREKSEL PATIENTENDOSSIER

Optometriepraktijk
Adres
Postcode
Tel.nummer
E-mailadres



Naam optometrist 1
Naam optometrist 2



Naam patiënt
Adres
Postcode, plaatsnaam

Datum 1 februari 2013
Betreft Uittreksel patiëntendossier

Geboortedatum 12 maart 1950
Patiëntnummer 12345

12 oktober 2010 Bezoekreden: geleidelijk wazig zien verte en nabij ODS sinds enkele maanden. Oculaire VG: gb. Medische Hx: hypertensie sinds 2009. Med: atenolol sinds 2009. Fam: moeder CVA, vader netvliesloslating.

VOD 0.6 +1.25 C-1.00 x100 stp 0.8
VOS 0.6 +1.25 C-0.50 x80 stp 0.8 add. 2.00
ATODS 19-20 mmHg (14:00 uur)
SLODS corticaal en nucleair cat.
FODS (trop.) gb
Conclusie: cataract
Plan: verwijzen naar oogarts

2 januari 2011 Bezoekreden: brilmeting na staaroperatie.
Geleidelijk visusdaling OS sinds 5 dagen

VOD 1,0 +0,25 C-0,25 x 90°
VOS 0,7 +1,00 C-0,25 x 70°
ATODS 19-22 mmHg (11:00 uur)
SLOD gb
SLOS cornea gb; heldere pseudofakie; VOK cel + FOD gb
FOS (trop.) onregelmatige kleur macula
Conclusie: mogelijk CME OS a.g.v. staaroperatie
Plan: verwijzen naar oogarts

15 februari 2011 Bezoekreden: brilmeting na staaroperatie en CME behandeling OS. Tevreden met vertezicht.

VOD 1.0 +0.25 C-0.25 x90
VOS 1.0- +0.25 C-0.25 x70 add 2.75
SLODS gb
FODS gb
Conclusie: leesadditie nodig
Plan: bril voorschrijven

VEEL GEBRUIKTE AFKORTINGEN

add.	leesadditie
AGL	achterste-glasvochtmembraanloslating
AT	oogdruk met applanatietonometer
Cat.	cataract
C/D	cup/disk-ratio van de papil
cel.	cellen (leukocyten)
CME	cystoïd macula-oedeem
CVA	cerebrovasculair accident
DRP	diabetische retinopathie
ec	eigen correctie
FDT	frequency doubling technology (type GVO)
FOD	fundoscopia OD
FOS	fundoscopia OS
gb	geen bijzonderheden
GVO	gezichtsveldonderzoek
MD	maculadegeneratie
Med	medicatie
NCT	oogdruk met non-contacttonometer
Neo	neovascularisatie, vaatnieuwvorming
OD	oculus dexter

OS	oculus sinister
RNFL	retinal nerve fibre layer
sc	sine correctione (=zonder correctie)
SLOD	pleetlamponderzoek OD
SLOS	spleetlamponderzoek OS
stp	stenopeïsche visus
trop.	tropicamide
VG	voorgescheidenis
VOD	Visus OD
VOS	Visus OS
VOK	voorste oogkamer

Bijlage 2

NOTATIES BIJ VERSCHILLENDE TESTEN IN DE OPTOMETRISCHE PRAKTIJK

INLEIDING

Eenheid in notatie zorgt ervoor een patiëntendossier leesbaar en begrijpelijk is, ongeacht wie de onderzoeksgegevens heeft genoteerd. Het is daarmee een onderdeel van de kwaliteit in zorgverlening. Zorgverleners zijn echter geneigd om hun eigen afkortingen te gebruiken bij het beschrijven van bevindingen. Daarnaast kan notatie verschillen per praktijk. Dit is vaak afhankelijk van waar zorgverleners opgeleid zijn.

De OVN heeft een overzicht gemaakt van de in de praktijk meest gebruikte notaties bij verschillende testen in de optometrische praktijk.

In deze appendix bij het document Dossiervoering en notatie vindt u dit overzicht. Voor sommige onderzoeken zijn meerdere notatiemogelijkheden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de Angelsaksische of orthoptische notatie. In deze gevallen staat de meest wenselijke notatie bovenaan en de overige mogelijkheden eronder.

Na dit overzicht van de notaties voor de verschillende onderzoeken volgt een lijst met de uitleg van de in deze appendix gebruikte afkortingen. Voor een volledige afkortingenlijst van oogheelkundige onderzoeken verwijzen we u naar www.optometrie.nl/afkortingenoozorg.

INHOUDSOPGAVE

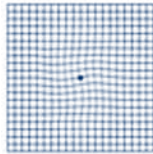
Accommodatie amplitude	22
Amslertest	22
Automatische refractometer	22
Bloeddruk	22
Convergentie (nabijpunt van convergentie)	23
Covertest en Prismacovertest	23
Four dot test	23
Fundoscopie	24
Glazen van Bagolini	24
Gonioscopie	25
Grove Gezichtsveldbeoordeling / Donders	26
Hertel	26
Keratometrie	26
Kleurentest (screenend)	26
Observatie met lichtreflex / Hirschberg	27
Maddoxglas	27
Metten van pupilafstand	27
Oogbewegingen – Versies	28
Oogbewegingen – Ducties	28
Ooglidpositie en levatorfunctie	29
Perimetrie / Gezichtsveldonderzoek	29
Prismafusie	29
Primatest en omgekeerde Primatest	30
Pupillometrie	30
Pupilreacties	30
Skiascopie	31
Spleetlamponderzoek	31
Stereozien	31
Subjectieve refractie	32
Tonometrie	32
Topsterktemeter	32
Visusmeting	32
Afkortingenlijst	33

ACCOMMODATIE AMPLITUDE

Afkorting	AA
Notatie	Meet per oog en met beide ogen samen vanaf de top van het hoornvlies of het brillenglas met vertecorrectie. Noteer de uitkomst in dioptrieën.
Voorbeeld	AA OD: 5 dpt, AA OS: 6 dpt, AA OU: 7 dpt

AMSLERTEST

Afkorting	Amsler
Notatie	Noteer de naam van de test, het onderzochte oog en teken daarachter het raster in het geval de patiënt een afwijkend patroon beschrijft. Bij geen afwijkingen wordt g.b. genoteerd.
Voorbeeld 1	Amsler OD g.b.
Voorbeeld 2	Amsler OD



Voorbeeld 3	Amsler OS + metamorfopsie
--------------------	---------------------------

AUTOMATISCHE REFRACTOMETER

Afkorting	AR
Notatie	Noteer per oog welke sterkte gemeten wordt. Vermeld het indien er cycloplegisch gemeten wordt.
Voorbeeld 1	AR OD S-1,75 = C-0,50 x 110
Voorbeeld 2	AR OS in cyclo S+1,25 = C-1,50 x 33

BLOEDDRUK

Afkorting	RR of BP
Notatie	Systolische en diastolische druk in millimeter kwik. Noteer verder welke arm gemeten wordt en in welke positie dit wordt gedaan (bijv. zittend of liggend).
Voorbeeld	RR 120/80 mm/Hg RAZ

CONVERGENTIE (NABIJPUNT VAN CONVERGENTIE)

Afkorting	NPC of conv
Notatie	Noteer de afstand van de convergentie / herstelpunt in centimeters, welk oog wijkt en of de patiënt diplopie aan-geeft. Noteer tevens hoe vaak de test uitgevoerd is.
Voorbeeld 1	NPC TN
Voorbeeld 2	conv 15/18 cm, OD wijkt, (-) uitputting
Voorbeeld 3	NPC 20/22 cm, dbb, na 5x 25/30 cm

COVERTEST EN PRISMACOVERTEST

Afkorting	CT en PCT
Notatie	De covertest wordt gedaan op 6m en 30 of 40cm. Noteer of er met (cc) of zonder (zc of sc) correctie gemeten wordt en of er eventueel sprake is van een torticollis (mtt, met torticollis). Noteer verder of er sprake is van een -forie of -tropie en in welke mate, zowel horizontaal als verticaal. Het teken Θ kan gebruikt worden voor 'geen hoogte'. In geval van een -tropie wordt genoteerd welk oog het betreft. Ook wordt opgeschreven of er herstel optreedt (forie) of de fixatie vastgehouden wordt (tropie). Meet eventueel de hoek met de prismalatten (prismacover-test, PCT) en noteer de gevonden prismawaarden.
Voorbeeld 1	CT cc (40cm) kleine XF Θ , mh
Voorbeeld 2	PCT cc (6m) 10 Δ ETOS, 1 Δ hypertropie OS
Voorbeeld 3	CT zc (30cm) mtt spoor XT OD, spoor R/L

FOUR DOT TEST

Afkorting	FDT <u>LET OP Deze afkorting wordt ook gebruikt voor de FDT gezichtsveldtest.</u>
Notatie	Noteer de gemeten testafstand en of de meting perifeer, foveolair of foveaal is. Noteer het aantal lichtjes dat de patiënt ziet en geef aan of er dominantie of suppressie is en van welk oog. Bij 5 lichtjes wordt genoteerd of de dub-belbeelden homoniem of heteroniem zijn.
Voorbeeld 1	FDT 6m foveaal 4 lichtjes dom OD
Voorbeeld 2	FDT 40cm perifeer 3 li sup OS
Voorbeeld 3	FDT 4m foveolair 5 li hom dbb

FUNDOSCOPIE

Afkorting

Fundus/ FO

Notatie

Noteer de bevindingen bij funduscopie in het dossier. Benoem hierbij de afwijkingen. Gradeer de bevindingen waar mogelijk volgens een standaard gradatiemethode. Indien er, gezien de reden van het bezoek of de aanwezige klachten, specifiek op bepaalde aandoeningen moet worden gelet, is het raadzaam om met een (+) of (-) aan te geven of de betreffende aandoeningen al dan niet aanwezig zijn. Dit onderzoek kan gedilateerd of ongedilateerd uitgevoerd worden, noteer het gebruik van mydriatica eveneens in het dossier.

De meest gebruikte afkortingen zijn terug te vinden in de afkortingenlijst op de OVN-website (www.optometrie.nl/afkortingenoozorg).

Voorbeeld 1

FOD: Macula g.b., Papil gezonde rand, CD ratio 0.3/0.4 , periferie g.b.

Voorbeeld 2

FODS: Macula en papil g.b.

Voorbeeld 3

Fundus: g.b. ODS, (-) DRP ODS, aanliggend ODS.

GLAZEN VAN BAGOLINI

Afkorting

gl. v. Bag

Notatie

Noteer de testafstand en of de test uitgevoerd is met of zonder correctie. Teken vervolgens de stand van de lijnen en noteer of er wel of geen instelbeweging aanwezig is. Diplopie of een andere afwijking geeft men aan door de lijnen in de desbetreffende positie te tekenen. Een centraal suppressiescotoom kan in de tekening aangegeven worden.

Voorbeeld

gl. v. Bag 30cm zc  mib

GONIOSCOPIE

A. Notatie gonioscopie bij eenvoudige versie beoordeling kamerhoekgrootte

Afkorting GONIO

Notatie Noteer in hoeveel kwadranten het trabekelsysteem zichtbaar is met gonioscopie, waarbij zo min mogelijk verlichting gebruikt wordt. Indien het trabekelsysteem niet in alle kwadranten zichtbaar is, dan zal de kamerhoek opnieuw beoordeeld worden waarbij meer verlichting gebruikt wordt, zodat meer ruimte ontstaat in de kamerhoek.

Noteer in hoeveel kwadranten het trabekelsysteem zichtbaar is bij gebruik van meer verlichting.

Voorbeeld 1 GONIO TS zichtbaar 4 kwadranten

Voorbeeld 2 GONIO TS zichtbaar 3 kwadranten; bij meer verlichting 4 kwadranten

B. Notatie gonioscopie volgens Speath

Afkorting GONIO

Notatie Noteer de insertie van de iris, de kamerhoek in het aantal graden, de contour van de iris en andere bijzonderheden zoals pigmentatie en irisprocesses Noteer deze gegevens in de vier kwadranten van een kruis.

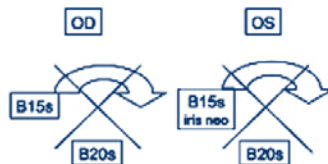
Insertie van de iris

- A. voor de lijn van Schwalbe
- B. achter de lijn van Schwalbe
- C. bij het sclerale spoor
- D. achter het sclerale spoor
- E. op de ciliaire band

Contour van de iris

- s. (steep) convex
- r. (regular) gemiddeld
- q. (queer) concaaf

Voorbeeld:



GROVE GEZICHTSVELDBEOORDELING / DONDERS

Afkorting	GGB / Donders / CF
Notatie	Noteer welke test wordt gebruikt en de uitkomst.
Voorbeeld 1	Donders: g.b.
Voorbeeld 2	GGB:



Voorbeeld 3	CF: OD full (FA, HC, FC, SFC, PFC) (Angelsaksische manier van notatie: Confrontation fields: full (facial amsler, hand comparison, finger counting, simultaneous finger counting, periferal finger counting))
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

HERTEL

Afkorting	-
Notatie	Noteer de basismeting en lees af waar de apex van de cornea zich bevindt op de meetschaal.
Voorbeeld 1	Hertel 15/16 @112 mm
Voorbeeld 2	$\frac{15 - 16}{112}$

KERATOMETRIE

Afkorting	-
Notatie	Noteer de naam van het instrument waarmee gemeten is, de corneakromming in millimeters of dioptrieën en op welke asrichting (@ of x) in graden. Voorbeelden van instrumenten waarmee de corneakromming gemeten wordt: Javal, AR, Pentacam, Orbscan.
Voorbeeld 1	Javal OD 7.78 @ 35°, 7.88 @ 125°
Voorbeeld 2	AR OS 44,5 dpt x 20°, 43,5 x 110°

KLEURENTEST (SCREENEND)

Afkorting	-
Notatie	Noteer de naam van de kleurentest, het aantal platen dat juist beoordeeld is door de patiënt / het aantal platen dat aangeboden is aan de patiënt. Noteer, indien mogelijk, de naam van de kleurenzienstoornis
Voorbeeld 1	Ishihara OD 6/7
Voorbeeld 2	Ishihara OS 8/16 protanoop

OBSERVATIE MET LICHTREFLEX / HIRSCHBERG

Afkorting	LR
Notatie	<p>Noteer of de test uitgevoerd is met of zonder correctie en of de lichtreflexen symmetrisch zijn. Indien niet symmetrisch, noteer dan waar de lichtreflex zich bevindt.</p> <ul style="list-style-type: none">• op de pupilrand: 15 graden• net voor de limbus: 30 graden• voorbij de limbus: 45 graden <p>De hoek wordt positief genoemd als het reflexbeeld zich nasaal van het centrum van de pupil bevindt. Bij een negatieve hoek bevindt het reflexbeeld zich temporaal van het centrum van de pupil.</p>
Voorbeeld 1	LR zc recht
Voorbeeld 2	Hirschberg 30 cm mec OD 15 ° pos
Voorbeeld 3	Hirschberg 40 cm zc OS 15 ° eso

MADDOXGLAS

Afkorting	Maddoxgl
Notatie	<p>Noteer de afstand, het oog dat fixeert, de oogstand in aantal graden en of er homonieme of heteronieme dubbelbeelden optreden.</p> <p>Het teken Θ staat voor 'geen hoogte'.</p>
Voorbeeld 1	Maddoxgl 3m Rfix 4° hom dbb Θ
Voorbeeld 2	Maddoxglas 40cm Lfix 3° R/L

METEN VAN PUPILAFSTAND

Afkorting	PD (pupil distance)
Notatie	<p>Noteer de afstand tussen de centra van beide pupillen in millimeters. Zonder vermelding van afstand wordt ervan uitgegaan dat het gaat om de pupilafstand voor veraf. Wanneer het gaat om de pupilafstand voor nabij, dan wordt dit expliciet vermeld. Indien de pupilafstand voor zowel veraf als nabij wordt gemeten, dan wordt de pupilafstand voor veraf als eerste genoteerd.</p>
Voorbeeld 1	PD 60 mm
Voorbeeld 2	PD (nabij) 57 mm
Voorbeeld 3	PD 60 mm / 57 mm

OOGBEWEGINGEN – VERSIES

- Afkorting** Mot./ Oogbew. / EOM
- Notatie** Noteer of de (binoculaire) oogbewegingen volledig zijn. Bij beperkingen geef de richting aan waarin het oog een beperking heeft.
Indien afwijkend, kan de oogstand nader onderzocht worden met de covertest of het maddoxglas. Noteer in dit geval ook deze bevindingen in alle richtingen in het "boter/kaas/eieren"- schema.
Het teken Θ staat voor 'geen hoogte'.
- Voorbeeld 1** Mot. volledig
- Voorbeeld 2** Oogbew. g.b.
- Voorbeeld 3** EOM: F/S/A (Angelsaksische manier van notatie: extra ocular motility: full/smooth/accurate)

2 R/L	> 5 eso	< 2 R/L 2 R/L
> 5 eso 2 R/L	5 eso	< 5 eso 2 R/L
Θ	> 5 eso	Θ

OOGBEWEGINGEN – DUCTIES

- Afkorting** -
- Notatie** Noteer of de oogbewegingen volledig zijn per oog. Bij beperkingen geeft men de richting aan waarin het oog een beperking heeft.
- Voorbeeld 1** Ducties OS beperkt naar rechtsonder
- Voorbeeld 2** Ducties OD beperkt naar r \uparrow
- Voorbeeld 3** Ducties OS beperkt in levo elevatie
- Voorbeeld 4** Ducties F/A (Angelsaksische manier van notatie: Ductions full/accurate)
-

OOGLIDPOSITIE EN LEVATORFUNCTIE

Afkorting

-

Notatie

Noteer de lidspleethoogte en de levatorfunctie in millimeters.

Op de Angelsaksische manier worden de LA (lid aperture), LC (lid crease), LF (levatorfunctie), MRD (marginal reflex distance) onderscheiden.

Voorbeeld 1

OS lidspleethoogte: 4mm, LF 12mm

Voorbeeld 2

OD LA: 10mm, LC: 4mm, LF: 12mm, MRD: 8mm (Angelsaksische manier van notatie)

PERIMETRIE / GEZICHTSVELDONDERZOEK

Afkorting

GVO

Notatie

Noteer de naam van de gebruikte apparatuur, het type test en eventuele afwijkingen of bijzonderheden. Bij geen afwijkingen kan g.a. of g.b. worden genoteerd.

Voorbeeld

GVO Humphrey 24-2 sita-standard g.a.

PRISMAFUSIE

Afkorting

-

Notatie

Noteer de afstand, of het onderzoek uitgevoerd is met (mec) of zonder (zc) correctie en de basis van het prisma. Vervolgens zijn er verschillende manieren om de prismafusie te noteren. Optometristen noteren het aantal prismadioptrieën waarbij het beeld wazig wordt, dubbel wordt en er weer herstel optreedt. Dit kan gemeten worden met een prismaat of volgens de Von Graefe methode. Daarnaast bestaat een methode die met name door orthoptisten wordt gebruikt: het aantal prismadioptrieën waarbij de fusie verbroken wordt en overgaat in dubbelbeelden (2) of in suppressie (1).

Voorbeeld 1

Prismafusie mec VG BT 12/20/15

Voorbeeld 2

Prismafusie mec 30 cm (2)6 BN tot 40 BT(2)

Voorbeeld 3

Prismafusie zc 3m (1)4 B tot 6 B (2)

PRISMATEST EN OMGEKEERDE PRISMATEST

Afkorting	PT en OPT
Notatie	Noteer of er een fusie (+) en herstelbeweging (+) plaatsvindt of niet (-). Indien er geen fusie is (-), bepaalt men het dominante oog.
Voorbeeld 1	PT mec ++
Voorbeeld 2	PT zc +-
Voorbeeld 3	OPT mec – dom OD

PUPILLOMETRIE

Afkorting	-
Notatie	Noteer de pupildiameter in millimeters onder verschillende lichtomstandigheden.
Voorbeeld	Pupillometrie OD donker 7mm, licht 3mm

PUPILREACTIES

Afkorting	-
Notatie	De pupilreacties kunnen op verschillende manieren genoteerd worden. Er kan aangegeven worden of de pupilreacties normaal zijn of niet, of de PERRLA methode kan gebruikt worden. PERRLA staat voor Pupils Equal Round Reactive to Light and Accommodation. Noteer boven en onder de E de grootte van de rechter- en linkerpupil in millimeters. Door de R van rond wordt een streep gezet als de pupillen niet rond zijn. Bij de R van reactie wordt de kwaliteit en kwantiteit van de directe respons genoteerd. Het getal geeft de kwantiteit aan en wordt gegradeerd van 1 tot 4. De kwaliteit wordt aangegeven door middel van een plus- of een min-teken. Noteer tenslotte of er sprake is van een RAPD.
Voorbeeld 1	Pupilreacties g.b.
Voorbeeld 2	Pupillen isocoor RAPD –
Voorbeeld 3	6 3+
	P E R L A (-) RAPD
	5 2-

SKIASCOPIE

Afkorting	skia
Notatie	Noteer het gemeten oog en vermeld het indien de meting in cycloplegie was. Noteer daarachter de sterkte in dioptrieën. Noteer wanneer de Mohindra methode gebruikt wordt.
Voorbeeld 1	skia OD in cycloplegie S+2,25
Voorbeeld 2	skia OS Mohindra S+5,75 C-2,00 x 90

SPLEETLAMPONDERZOEK

Afkorting	SLE / SL
Notatie	Noteer de bevindingen van het spleetlamponderzoek in de status. Benoem hierbij de afwijkingen. Gradeer zo mogelijk de afwijkingen volgens een standaard gradatie-methode. Indien er, gezien de reden van het bezoek of de aanwezige klachten, specifiek op bepaalde aandoeningen moet worden gelet, is het raadzaam om met een (+) of (-) aan te geven of de betreffende aandoeningen al dan niet aanwezig zijn. De meest gebruikte afkortingen zijn terug te vinden in de afkortingenlijst op de OVN-website (www.optometrie.nl/afkortingennoogzorg).
Voorbeeld 1	SLE: g.b. ODS, (-) rubeosis irides ODS
Voorbeeld 2	SLODS: MGD gr 2, heldere media

STEREOZIEN

Afkorting	-
Notatie	Noteer de gebruikte test en het aantal boogseconden. In plaats van het aantal boogseconden, kan ook voor 'pos' gekozen worden. Indien geen stereozien aanwezig is, dan wordt de volgende notatie gebruikt: neg. Vermeld tevens of het onderzoek uitgevoerd wordt met of zonder correctie. Let er op dat het stereozien gemeten wordt met optimale nabijcorrectie.
Voorbeeld 1	TNO mec 15 "
Voorbeeld 2	Titmus Fly mc pos
Voorbeeld 3	Lang sc II neg

SUBJECTIEVE REFRACTIE

Afkorting	subj refr
Notatie	Noteer het gemeten oog en de sterkte in dioptrieën. Noteer de hoornvliesafstand (ha) in millimeters indien relevant.
Voorbeeld 1	subj refr OD S+5,75 = C-2,00 x 90
Voorbeeld 2	subj refr OS S-8,25 = C-1,50 x 10 ha 12mm

TONOMETRIE

Afkorting	AT / NCT / GAT
Notatie	Noteer de testmethode (non contact tonometrie (NCT), applanatietonometrie (AT) of Goldmann applanatietonometrie (GAT)) voor OD/OS en het tijdstip. De oogdruk wordt genoteerd in millimeter kwik.
Voorbeeld 1	GAT ODS 14/13 mmHg @11.11 uur
Voorbeeld 2	NCT 15/11 mmHg @ 14.05 uur

TOPSTERKTEMETER

Afkorting	-
Notatie	Noteer voor het rechter- en linkeroog de sterkte van het desbetreffende brillenglas in dioptrieën (inclusief lees-additie in het geval het een bi- of multifocaal glas betreft en eventueel het type brillenglas) en de as-richting van de cilinder indien aanwezig. Wanneer de bril een prismatische werking heeft, dan wordt het aantal prisma's genoteerd en de richting waarin de basis van het prisma zich bevindt.
Voorbeeld 1	bril OD S-1,25 = C-0,50 x 50 Add. + 2,50
Voorbeeld 2	bril OS S+3,00 = C-1,25 x 60 3 [^] basis 240°

VISUSMETING

Afkorting	visus
Notatie	Noteer welk oog gemeten wordt, met welke visuskaart, of het zonder of met correctie is en noteer daarachter de visus.
Voorbeeld 1	visus OD zc (plaatjeskaart): 5/6
Voorbeeld 2	visus OU ctl (snellenkaart): 1,0

AFKORTINGENLIJST

Algemene afkortingen die gebruikt worden in onderstaand document:

AA	accommodatie amplitude
Add	additie
AR	autorefractometer
BN	basis nasaal
BI	base in
BO	base out
BT	basis temporaal
cc	cum correctione (met correctie)
CF	confrontation fields
cm	centimeter
CT	covertest
ctl	contactlens
conv	convergentie
dbb	dubbelbeelden
dipl	diplopie
dom	dominantie
dpt	dioptrieën
ec	eigen correctie
eso	esodeviatie
ET	esotropie
FA	Facial Amsler
F/A	full and accurate
FC	Finger Counting
F/S/A	full smooth and accurate
fix	fixatie
FO	fundusonderzoek
g.a.	geen afwijkingen
GAT	Goldmann applanatie tonometrie
g.b.	geen bijzonderheden
GGB	grove gezichtsveldbeoordeling
gl. v. Bag	glazen van Bagolini
GONIO	gonioscopie
ha	hoornvliesafstand
HC	Hand Comparison
het	heteroniem
hom	homoniem
hor	horizontaal

LA	lid aperture
LC	lid crease
levo	links
LF	levatorfunctie / levator function
Lfix	links fixatie
li	lichtjes
LR	lichtreflex
maddoxgl	maddoxglas
mc	met correctie
mec	met eigen correctie
mh	matig herstel
mib	met instelbeweging
mm	millimeters
mmHg	millimeter kwik
Mot.	motiliteit
MRD	marginal reflex distance
NCT	non contact tonometer
neg	negatief
NPC	near point of convergence
OD	Oculus Dexter (rechteroog)
ODS	Oculi Dexter et Sinister (beide ogen)
Oogbew	oogbewegingen
OPT	omgekeerde prismatest
OS	Oculus Sinister (linkeroog)
OU	Oculus Uterque (beide ogen)
PCT	prismacovertest
PD	pupildistance (pupilaafstand)
PFC	Peripheral Finger Counting
pos	positief
PT	prismatest
RAZ	rechter arm zittend
refr	refractie
Rfix	rechts fixatie
sc	sine correctione (zonder correctie)
SFC	Simultaneous Finger Counting
skia	skiascopie
subj	subjectief
sup	suppressie
TN	tot de neus
vert	verticaal

XF	exoforie
XT	exotropie
zc	zonder correctie

BRONNENLIJST:

- Notatielijst NVvO
- Clinical Ophthalmology A systematic Approach Fifth Edition, Jack J. Kanski, Butterworth Heinemann 2003
- Handleiding Praktische Vaardigheden Optometrie, L. van Doorn en M. van Tilborg, uitgeverij Luiten Ridderkerk 2007
- Slechtziendheid derde druk, T.J.M. Blom, uitgeverij Luiten Ridderkerk 2001



OVN

Postbus 10417
6000 GK Weert

t +31 (0)495 - 585748

f +31 (0)84 - 2278991

info@optometrie.nl

www.optometrie.nl