

## DIAKONHJEMMET SYKEHUS

(Pasientens navn og fødselsnr)

<b>Innleggelsesdato</b>	Skrive dato her
<b>Avdeling</b>	Kirurgisk / Medisinsk
<b>Innleggende lege</b>	Navn på henvisende lege
<b>Fastlege</b>	Navn på pasientens fastlege
<b>Innl.diagnose</b>	Hva legges pasienten inn for ("Diaré" / Urosepsis")
<b>Journal ved</b>	<b>Viktig:</b> Her skal studentens navn stå, OG navn på ansvarlig lege

**Familie/Sosialt/Funksjon:** Skriv kort om pasientens familieforhold / nærmeste pårørende / yrke. Beskriv pasientens funksjon og hvordan pasienten bor. Hva har pasienten av hjelp.

*"Pasienten er gift og bor med sin kone i leilighet i fjerde etasje med heis. Tre voksne barn og ett barnebarn. Pensjonert økonom. Går uten hjelpemidler, ingen offentlig hjelp".*

**Hereditet:** Ta med det som er relevant. Hvis en 89 år gammel person innlegges med sepsis, er det lite relevant å spørre om hereditet. Men hvis en 42 år gammel person innlegges med hjerneinfarkt eller tykktarmskreft, er det veldig relevant. Det er førstegradsslektninger (evt også andregradsslektninger) som er av interesse. Vær konkret – "hjertesykdom hos far" sier veldig lite; det må skrives hva slags sykdom (klaffefeil, hjerteinfarkt, arytmi osv) og alder ved debut.

*"Far med ca. coli 58 år gammel. Bror med diabetes mellitus type 2 49 år gammel. Søster med ulcerøs kolitt 25 år gammel"*

**Tidligere sykdommer:** Skriv i kronologisk rekkefølge, og vær konkret. Ta med alvorlighetsgrad dersom det er kjent (KOLS stadium 3 eller hjertesvikt NYHA klasse 2 osv). Ikke skriv hva pasienten bruker av medisiner her (det ser man nedenfor).

*"Diabetes mellitus type 2 fra 2008. Kronisk nyresykdom stadium 3, følges hos nefrolog på Ullevål. Innlagt med erysipelas 2012. Koloskopi med normale funn i 2013. Lårhalsbrudd venstre side i 2016, operert med hemiprotese. Ulcerøs kolitt (distal) fra 2017".*

### Aktuelt:

Hva har pasienten av symptomer? Beskriv debut, utvikling og forløp av disse, samt ledsagende plager. Ofte har pasienter mange plager – prøv da å få frem 1-2 av de viktigste, og det som faktisk er aktuelt. Ofte finnes relevant informasjon i henvisning / ambulansjournal, eller det foreligger prehospitalt undersøkelser (blodprøver / EKG), som bør med under "Aktuelt".

Dersom pasienten har smerter, er det viktig med en god "smerteanamnese". Bruk da gjerne huskeregelen "PQRST: Provocation, Quality, Region/Radiation, Severity, Timing".

Dersom "hjertepasient" er det viktig å spørre om brystsmerter, tungpust, ortopne, palpitasjoner, svimmelhet/synkoper, ødemer.

Husk relevante negative symptomer.

*"Siste 3 måneder hatt avføringsendring med løsere avføring, tidvis vanntynn, initialt 3-6 tømninger daglig. Siste uke forverring, nå opptil 15 tømninger, også nattlige, sett blod og slim i avføringen. Krampeaktige magesmerter, urge-tendens, følt seg febril, dårlig matlyst. Kvalm, men ingen oppkast. Ikke hatt feber. Ingen øyeplager / leddsmertor. Ingen reisehistorikk eller andre syke i omgivelsene".*

### Naturlige funksjoner:

**Vannlatning:** Ikke skriv "uten anmerkning". Hvis alt er normalt og uendret, så skriv heller det.

*"Regelmessig vannlatning uten symptomer, nokturni x 1 siste 5 år, uendret".*

**Avføring:** Ikke skriv "uten anmerkning". Hvis alt er normalt og ingenting er endret, så skriv heller det. Få med hyppighet, konsistens, evt blod/slim/melena, nattlige tømninger.

*"Siste uke opptil 15 tømninger, også nattlig, med blod og slim"*

**Matlyst / søvn / menstruasjon / seksualanamnese:** Tas med hvis relevant

**Allergier:** Spør eksplisitt etter legemiddelallergier, og noter hva slags type reaksjon og når den kom i forløpet. *”Reagert på Penicillin med generalisert urtikarielt utslett rett etter oppstart”.*

**Stimulantia:**

Røyk: Antall sigaretter per dag, og antall år. Ett pakkeår = 20 sigaretter daglig i ett år.

Alkohol: Antall enheter per dag, og antall år. Vær nøyaktige, ikke skriv ”moderat forbruk”.

Eventuelt andre rusmidler hvis relevant.

**Legemiddelopplysninger:**

Legemiddelinformasjon hentet fra: Pasient? Epikrise? Henvisning? Pårørende?

Hva må følges opp på post: Er det usikkerhet om legemiddel-listen er korrekt?

**Legemidler** Navn på medikament, styrke, dosering, administrasjonsform.

*”Metoprolol depot (Selo-Zok) 100 mg x 1, po”*

*”Mesalazin (Salofalk) 1 g x 1, supp”*

*”Dalteparin (Fragmin) 5000 E x 1, sc”*

**Status presens (dato) kl.**

Eksempel: ”XX år gammel mann/kvinne, våken, klar og orientert, ingen smerter ved undersøkelse.

God allmenntilstand. Tørr og varm i huden. Ingen cyanose, ikterus, generelle ødemer eller eksantemer.

Ingen generell lymfeknuteforstørrelse (krever undersøkelse av hals, aksiller, lysker).

<b>BT</b>	Begge armer hvis relevant Ortostatisk blodtrykksmåling hvis relevant
<b>Puls (reg eller ureg?)</b>	Regelmessig eller uregelmessig ved palpasjon?
<b>Temperatur (målt i øret eller rektalt?)</b>	
<b>Høyde</b>	
<b>Vekt (oppgitt eller veid?)</b>	
<b>Respirasjonsfrekvens</b>	Respirasjonsfrekvens, men også beskrivelse av respirasjonen ( <i>”28, hyperventilerer” eller ”8-20, uregelmessig som ved Cheynes-Stokes respirasjon”</i> )
<b>SpO2 (med O<sub>2</sub> tilførsel / romluft)</b>	Med eller uten oksygen-tilskudd
<b>Blodgass (med O<sub>2</sub> tilførsel / romluft)</b>	Skriv verdier for pH, pCO <sub>2</sub> , pO <sub>2</sub> , HCO <sub>3</sub> , BE, laktat. Skriv om den er tatt med eller uten oksygen-tilskudd. Konkluder med hva blodgassen viser ( <i>”Respiratorisk acidose” / ”Metabolsk acidose”</i> )
<b>Pupiller</b>	<i>Runde og sidelike med symmetrisk reaksjon på lys</i>
<b>Fauces</b>	<i>Velsanerte egne tenner. Bleke, fuktige og rene slimhinner</i>
<b>Collum</b>	<i>Ingen halsvenestuvning. Ingen stenose lyd over a. carotis. Ingen patologisk forstørrede lymfeknuter. Glandula thyroidea er ikke forstørret. Ikke nakkestiv.</i>
<b>Thorax</b>	<i>Symmetrisk form og bevegelse</i> Eventuelt palpasjon av mammae, pacemaker, status etter sternotomi med mer.
<b>Pulmones</b>	<i>Ingen dempning ved perkusjon. Sidelike normale respirasjonslyder, ingen fremmedlyder.</i>
<b>Cor</b>	<i>Regelmessig aksjon, rene toner, ingen bilyd.</i> <i>Hvis bilyd; Systolisk vs diastolisk, punktum maksimum, karakter, grad, forplantning, bevarte hjertetoner eller ikke</i>
<b>EKG</b>	Beskriv EKG i sin helhet. Konkluder med det viktigste. <i>Sinusrytme, normal akse, ingen tegn til venstre ventrikkel hypertrofi, normal PQ tid og QRS tid, ingen ST- eller T- endringer, ingen patologiske Q-takker</i>

<b>Abdomen</b>	<i>Normalkonfigurert. Ingen arr eller brokk. Normale respirasjonsbevegelser. Normale tarmlyder, ingen stenoselyder. Normal perkusjonslyd, ingen dempning. Bløt og uøym ved palpasjon. Ikke palpabel lever eller milt. Ingen palpable tumores. Ikke bankeøym over nyreløsjene. Sidelike lyskepulser.</i>
<b>Rektal eksplorasjon</b>	<i>Normal sfinktertonus. Ingen smerter. Jevn og glatt slimhinne uten palpable tumores. Prostata palperes normalt stor, jevn og glatt, uten palpable tumores, med bevart midtfure. Brun feces på hansken, hemofec negativ.</i>
<b>Ekstremiteter</b>	<i>Tørre, varme og slanke. Ingen ødemer. Sidelik puls i a. dorsalis pedis og a. tibialis posterior. Kapillær fylningstid</i>
<b>Status localis</b>	Hvis aktuelt.
<b>Nevrologi</b>	FAST (Face-arm-speak-time) GCS (Glasgow Coma Scale) Pupiller, synsfelt, symmetri i ansikt, språk / tale, kraft, tempo, finmotorikk og sensorikk i alle ekstremiteter, finger-nese-test, kne-hæl-test, neglekt
<b>Reflekser</b>	<b>Høyre</b> <span style="float: right;"><b>Venstre</b></span>

**Supplerende undersøkelser:** Skriv viktigste resultater av det som foreligger (blodprøver, urinprøver, radiologiske undersøkelser etc). Alle prøvesvar trenger ikke å være med her.

**Resymé:** Oppsummer det viktigste fra bakgrunn, aktuelt, positive funn, relevante supplerende us.  
*”68 år gammel mann med diabetes mellitus type 2 og kronisk nyresykdom stadium 3, og distal ulcerøs kolitt fra 2017. Innlegges med 3 måneder løsere avføring, og forverring siste uke, nå opptil 15 tømninger, blod- og slimtilblandet, magesmerter. Ved undersøkelse redusert allmenntilstand, blek, normotensiv og takykard, sparsomme tarmlyder, trykkøym venstre side av buken, ingen stramming, smertefull rektal eksplorasjon med slimet avføring og synlig blod. Røntgen oversikt abdomen viser ingen fri luft eller ileus. Forhøyet CRP, mikrocyttær anemi, nyresvikt”.*

**Tentativ(e) diagnose(r), initial utredning og behandling:**

Dette avsnittet er veldig viktig. Her skal dere tenke og handle. Diskuter gjerne med ansvarlig lege.

Hva er tentative diagnose? Hva er aktuelle differensialdiagnoser?

Hvilke tiltak iverksetter du i akuttmottaket?

Hva er videre plan for oppfølging, observasjon, utredning og behandling? Husk at det er legen i akuttmottaket som har ansvaret for pasienten frem til vaktslutt dagen etter, når postleger tar over.

*Tentativ diagnose: Ulcerøs kolitt med forverring.*

*Differensialdiagnoser: Gastroenteritt. CMV-kolitt. Divertikulitt.*

*Tiltak: Pasienten får intravenøs væske, smertelindres med små doser opiat, oppstart intravenøse steroider, tromboseprofylakse. Avventer antibiotika da mindre sannsynlig bakteriell årsak.*

*Videre plan: Isoleres inntil videre. Vitale målinger x 3 per vakt. Det må tas avføringsprøve til tarmpatogene bakterier, clostridium og norovirus ved første anledning. Blodkultur tas hvis temperatur over 38,6 og/eller frostanfall. Kontroll blodprøver i kveld og i morgen. Vurdere endoskopi og eventuelt CT abdomen i morgen”.*

Februar 2018

Christian Wang / Christoffer Schreiner