

Propedeutisk kurs i klinisk undersøkelsesmetodikk og journalskriving for OD-stud.

En orientering for lærere og studenter til bruk i 3.semester

Av

Professor Frank Brosstad

Institutt for Indremedisinsk forskning, Rikshospitalet, UiO

Professor Knut Laake

Geriatrisk avdeling, Ullevål sykehus, IOKS, UiO

Professor Pål Barkvoll

Klinikk for oral kirurgi og oral medisin, UiO

Oslo, 28. januar 2003

INNHold

FORSIDE

1

1

INNHold **1**

LÆRINGSMÅL FOR KLINISKE FERDIGHETER I 3.SEMESTER (OD) **2**

AD. PKT C – TANNLEGERELEVANTE ELEMENTER I DEN MEDISINSKE SYKEHISTORIEN	3
AD. PKT D TANNLEGERELEVANTE ELEMENTER I DEN MEDISINSKE UNDERSØKELSEN	4
AKUTT MEDISINSKE TILFELLER SOM KAN FOREKOMME I EN TANNLEGEPRAKSIS.	4

DISPOSISJON FOR DEN MEDISINSKE JOURNAL **5**

SYKEHISTORIE: (ANAMNESE)	5
STATUS PRESENS	6

ET EKSEMPEL PÅ JOURNALREFERAT AV NORMALE FUNN **9**

PULSUNDERSØKELSE	9
BLODTRYKKS MÅLING	10

ANAMNESE VED HJERTESYKDOMMER **10**

FUNKSJONELL KLASSIFISERING AV PASIENTER MED HJERTESYKDOM **12**

ANAMNESE OG UNDERSØKELSE AV PASIENTER MED LUNGESYKDOMMER **13**

ANAMNESE OG UNDERSØKELSE AV PASIENTER MED SYKDOM I MUNNHULE/KJEVER **17**

DISPOSISJON FOR DEN ODONTOLOGISKE JOURNAL	17
EN ODONTOLOGISK RELEVANT ANAMNESE:	18
STATUS PRESENS	19
SPESIELL UNDERSØKELSE AV HODE/HALS/MUNNHULE:	20

KLINISK SMÅGRUPPEUNDERVISNING I 3.SEMESTER OD – STUD PROPEDEUTIKK **23**

Læringsmål for kliniske ferdigheter i 3.semester (OD)

Overordnet mål

Studenten skal:

- a. Kunne avgjøre om pasienten egner seg for tannbehandling der og da, sett i relasjon til pasientens medisinske tilstand
- b. Vurdere om pasienten bør tilrås legeundersøkelse først

Læringsmål

Gi tannlegestudenter kunnskap og ferdigheter i forhold til:

- a. Å oppnå god kommunikasjon mellom pasient og behandler
- b. Kjenne oppbygningen og begrunnelsen for en medisinsk journal
.Generelt om dokumentasjon
- c. Tannlegerelevante elementer i den medisinske sykehistorien
(medisinske tilstander av betydning for tannbehandling)
- d. Tannlegerelevante elementer i den medisinske undersøkelse
- e. Kort om akuttmedisinske tilfelle som kan forekomme i en tannlegepraksis

Ad. pkt c – Tannlegerelevante elementer i den medisinske sykehistorien

1. Aktuelle lidelse
Hvorfor har pasienten søkt deg?
2. Tidligere eller nåværende alvorlig sykdom?
Er du under legebehandling, eller har du nylig vært innlagt i sykehus?

Sykdommer og symptomer på disse, som det er spesielt viktig for tannleger å ha kjennskap til:

- Hjerte-lunge sykd. (angina pectoris, hjerteinfarkt, hjertesvikt, astma, pneumoni)
 - Hjerneslag
 - Sukkersyke
 - Blødningstilstander
 - Epilepsi
3. Bruker pasienten legemidler? Hvis ja, hvilke?
Er pasienten allergisk? Medikamentintoleranse?
Stimulantia?

Ad. pkt d Tannlegerelevante elementer i den medisinske undersøkelsen

Om undersøkelsesmetoder

- Inspeksjon
- Palpasjon

a. Generell status/vurdering av allmenntilstand

Bevissthetsnivå, orienteringsevne/grov kognitiv funksjonsundersøkelse, puls, respirasjon, vekt/ernæringstilstand, hud, xanthelasmer, ødemer, forflytningsevne, evt. smertepreg

b. Hud

Farge (blek/anemisk, cyanose, blødninger, ikterus), temperatur, tumores. Kunne avdekke hudforandringer på hode/hals som bør resultere i henvisning til lege

c. Øyne

Ectropion, entropion, pupilleforandringer (vanligste årsaker), ikterus

d. Hals Halsvenestase, struma, kul på halsen

e. Munnhule Tannstatus: proteser/konservativ behandling

Slimhinner: Status

Tunge/munngulv: inspeksjon/bevegelighet

f. Nevrologiske funn

Facialisparese (sentral og perifer), nedsatt svelgefunksjon

g. Hjerte/lunge

Aktuelle funn/symptomer

h. Resyme

Akuttmedisinske tilfeller som kan forekomme i en tannlegepraksis.

Hva bør tannlegen gjøre?

- Vurdering og behandling av pasienter som mister bevisstheten
- Blødning i forbindelse med operativt inngrep i munnhule
- Allergisk/anafylaktisk reaksjon
- Angina pectoris/akutt hjerteinfarkt
- Astmaanfall
- Epileptisk anfall

Disposisjon for den medisinske journal

Pasientens navn:

Født: Dag, måned, år f.nr.

Opphold nr.:

Innleggesdato:

Innleggende lege: Navn, adresse

Behandler lege: Navn, adresse

Innleggesdiagnose:

Journal ved: Navn

SYKEHISTORIE: (ANAMNESE)

Dette er opplysninger fra pasienten selv, pårørende eller ledsager (=komparent).
Presiser hvem som gir opplysningene og husk at du har taushetsplikt om din kunnskap om pasienten mot komparenten.

Sykehistorien inndeles på følgende måte:

Innledning

Hva bringer pasienten til sykehus? F. eks. Pasienten innlegges tiltrengende øyeblikkelig hjelp for sterke magesmerter lokalisert til høyre fossa iliaca med varighet 24 timer.

Innleggende leges opplysninger

Referat. Dato.

Resultat av undersøkelsen som pasienten medbringer.

Avskrift, fotokopi, røntgenbilder.

Familieanamnese

Arvelige sykdommer (bl. a. diabetes, hjerte-/karsykdom, allergier.) Gift, ugift etc.

Barn.

Dødsårsak hos foreldre, søsken, ektefelle.

Sosialanamnese

Økonomiske forhold, boligforhold, familieforhold, arbeidsforhold (evt. spesiell yrkesutdanning)

Tidligere sykdommer

Sykehusinnleggelser, operasjoner.

Når, hvor, hva ble gjort, hvilket resultat

Aktuelle lidelse

Hva brakte pasienten til lege og sykehus (symptomer, egne observasjoner, skade)

Når begynte, hendte det?

Hvordan begynte det (plutselig, gradvis, smerter, kvalme, brekninger, feber)?

Hvordan har det utviklet seg?

Hva er de viktigste plager nå?

Funksjonstilstand: Arbeidsdyktighet i hjem, arbeidsplass, sengeleie.

Behandling hittil og evt. effekt av denne.

Naturlige funksjoner:

Matlyst: God, nedsatt, vektøkning, vekttap, matintoleranse.

Avføring: Konsistens, farge, hyppighet (diarè, obstipasjon), evt. endring av avføringsmønster.

Vannlatning:**Menstruasjon:**

Menopause, klimakteriske plager.

Søvn:**Allergi**

Medikamentelle allergier, matvareintoleranse

Medikamenter

Navn på medikamenter, styrke, dosering.

Livsstilsvaner

Tobakk: Antall sigaretter eller gram tobakk i uken.

Alkohol: Mengde, dag/uke.

Narkotika: Type, mengde.

STATUS PRESENS

(NB for OD-stud: Her er tatt ut us. av mammae; eksplorasjon rektalt og us. av genitalia externa som alle inngår i en full medisinsk undersøkelse – dette ansees ikke relevant for od-stud)

Dato (klokkeslett hvis ø. hjelp)

Alder**Kjønn****Utseende:**

Svarende til alder? Blek? Slapp? Medtatt? Smerter? Overvektig?

Mager?

(høyde og vekt hvis mulig).

Funksjonstilstand ved undersøkelsen:

Kommer gående til undersøkelsen. Sitter, ligger i seng.

Bevissthetstilstand:

Klar, orientert for tid, sted og situasjon. Forklarer seg greit?

Reagerer på: Spørsmål, smerter o.s.v.

Ødem:

Benødem,

Hud/hår/negler.

Blekhet, rubeose, erytem, eksantem, cyanose, ikterus, pigmentering, urglassnegl, "clubbing", xanthom, xanthelasma.

Lymfeknuter:

Forstørrede lokalt eller generelt. ("lokal/generell lymfeknutesvulst").

Puls:**Blodtrykk:****Temperatur:**

Respirasjon: (frekvens, dybde) Hørbar? Takypne? Hyperpne?

Caput

Pupiller: Runde, egale, reagerer på lys og nærinstilling?

Tunge: Fuktig og ren?

Tenner: Egne? Sanerte? Protese?

Fauces: Rene, bleke slimhinner?

Collum:

Venestuvning? Forstørret glandula thyroidea? Forstørrede lymfeknuter? Tumor? Stenoselyd over carotis?

Toraks:

Symmetrisk form og bevegelse? Økt antero-posteriør diameter?

Pulmones:

Sonor perkusjonslyd? Patologisk dempning? Normal (vesikulær) respirasjonslyd? Generelt svekket respirasjonslyd? Bronkial blåst? Forlenget ekspirium? Fremmedlyd? Pipelyder (sibili, rhonchi)? Knatrelyder (blærer, krepitasjoner)? Gnidningslyd?

Cor:

Perkusjon: Hjertedempning til stede?

Auskultasjon: Rene toner? Regelmessig aksjon? Uregelmessig aksjon som ved ekstrasystoli eller atrieflimmer? Pulsdefisitt?

Systolisk, diastolisk bilyd?

Palpasjon: Iktus til stede i 4. interkostalrom innenfor medioklavikulærlinjen

Abdomen:

Inspeksjon: Vanlig konfigurasjon? Beveger seg ved respirasjon. Arr?

Perkusjon: Tympanittisk perkusjonslyd?

Auskultasjon: Normale tarmlyder?

Palpasjon: Bløt, uømfintlig, ingen palpable oppfyllninger? Lever og milt ikke palpable.

Nyreregioner:

Bankeømhhet? Palpabel oppfylling?

Underekstremiteter:

Eksem? Pigmentering av hud? Sår dannelse? Trofiske forandringer i hud, behåring, negler, cyanose? Varikøse vener (pasienten må stå under undersøkelsen)? Palpabel puls i arteria femoralis, arteria dorsalis pedis og arteria tibialis posterior.

Reflekser:

Patellar, akilles, plantar.

Resymè

I få ord om viktigste symptomer og funn.

Tentativ diagnose

Forslag til videre undersøkelser og behandling

ET EKSEMPEL PÅ JOURNALREFERAT AV NORMALE FUNN

STATUS PRESENS 30.09.98 (klokkeslett hvis ø. hj.)

Pasienten er en 50 år gammel mann i middels hold og god allmenntilstand. Han kommer gående til undersøkelsen, forklarer seg greit. Ingen klager i øyeblikket. (Høyde og vekt hvis avvik fra "middels").

Temp: 37,2. Puls: 72, regelmessig. BT: 145/80. Respirasjon: Ubesvåret.

Intet ødem, eksantem eller generell lymfeknutesvulst, ingen xanthomknuter eller xanthelasmer, ingen cyanose eller ikterus.

Tungen: Fuktig og ren.

Pupiller: Runde og egale, reagerer symmetrisk på lys og nærinstilling.

Dentes: Egne, bra sanerte (proteser).

Collum: Ingen venestuvning eller lymfeknutesvulst, glandula thyreoidea ikke forstørret.

Toraks: Symmetrisk i form og bevegelse.

Pulmones: Sonor perkusjonslyd, vesikulær respirasjonslyd, ingen fremmedlyder.

Cor: Dempning til stede. Iktus i 4. i.c.r., 8 cm fra midtlinjen, rene toner, regelmessig aksjon.

Abdomen: Vanlig konfigurasjon. Bløt, ømfintlig, ingen palpable oppfyllinger. Hepar og lien ikke palpable. Normale tarmlyder.

Columna: Normal krumninger og god bevegelighet.

Underekstremiteter:

Intet å bemerke. God og symmetrisk puls i arteria femoralis, dorsalis pedis og tibialis posterior bilateralt.

Reflekser: H V

Patellar ++ ++

Akilles ++ ++

Plantar VV VV

PULSUNDERSØKELSE

Pulsen undersøkes vanligvis ved palpasjon av arteria radialis. 2. og 3. finger benyttes, aldri tommelfingeren. I journalen skal alltid pulsens frekvens (antall slag i minuttet) og rytme oppgis.

Frekvens: Som regel telles i 15 sekunder og multipliseres med 4, ved langsom eller uregelmessig puls, eller der pulsfrekvensen er en spesielt viktig undersøkelse, telles lengre tidsrom.

Rytmen: Denne angis som regelmessig eller uregelmessig. En lett respirasjonsavhengig uregelmessighet er et normalt funn og behøver ikke beskrives. En uregelmessighet skal alltid beskrives nærmere: Er det et bestemt mønster, bør dette beskrives. Da pulsundersøkelse alene ikke gir sikker rytmediagnostikk, beskrives dobbeltslag med konstant intervall ofte som "uregelmessig som ved ekstrasystoli" og en helt kaotisk rytme som "uregelmessig som ved atrieflimmer". Ved uregelmessig puls skal det alltid telles puls samtidig med hjerteaksjon, best ved to observatører.

Telles flere hjerteslag enn pulsslåg benevnes dette pulsdefisitt, dette føres i journalen opp under hjertebeskrivelsen som C/P = hjertefrekvens/pulsfrekvens.

Egalitet: Former for inegalitet er pulsus alternans som tyder på myokardskade, og pulsus paradoxus med svakere puls og lavere blodtrykk i inspiriet enn i ekspiriet, tydende på perikardkonstriksjon eller øket intratorakalt trykk.

Amplitude: Bløt puls finnes ved lavt pulstrykk og kan være et viktig symptom ved sjokktilstander. Pulsus celer (Corriganpuls) har stor amplitude med raskt impulsanslag betinget i høyt pulstrykk og kan finnes ved alle former for høyt pulstrykk, mest typisk ved aortainsuffisiens og tyreotoksikose.

BLODTRYKKS MÅLING

Blodtrykksapparat med kvikksølvmanometer er sikrest.

Mansjettten anbringes lufttom på overarmen med tilførselsslångene pekende distalt parallelt med mediale overarmsfure. Klærne må ikke stramme rundt overarmen.

Mansjettens nedre rand bør være minst 5 cm ovenfor albuen. Pasientens arm må være avslappet.

Palpatorisk måling: Radialispulsen lokaliseres. Trykket i mansjettten økes til pulsen er forsvunnet. Luften slippes ut med jevn, langsam fart, og det systoliske blodtrykk, målt palpatorisk, noteres idet pulsasjonen kommer tilbake. Mål alltid på langsomt fallende kvikksølvstøyle.

Auskultatorisk måling: Stetoskopet plasseres over arteria brachialis medialt oppad i fossa cubiti. Trykket i mansjettten økes til ca 30 mm over det palpatorisk bestemte systoliske trykk hvoretter trykket langsomt senkes ca 2 - 3 mm i sekundet. Vanlig kan vi skille ut 5 faser:

1. En hamrende lyd som tilar noe i styrke.
2. Lyden får mer blåsende karakter, først økende, senere avtagende i styrke.
3. på nytt klar, hamrende lyd uten blåsekarakter.
4. En dump, svak lyd.
5. All lyd forsvunnet.

Det systoliske trykk registreres idet den første lyd fremkommer.

Det diastoliske trykk registreres idet all lyd er forsvunnet. Verdiene avrundes til nærmeste 5-tall.

Blodtrykksmåling bør ikke foretas like etter legemsanstrengelser eller måltider! Måler man et høyt blodtrykk, må det bestandig kontrollmåles etter en tid i ro, helst med pasienten liggende på en benk i en 10 minutters tid (kontrollmål alltid hvis BT over 140/90).

Forskjellen mellom systolisk og diastolisk blodtrykk kalles pulstrykk.

Ved lavt pulstrykk (sjokktilstander) kan mansjettmåling gi meget misvisende verdier. De enkelte sykdommer karakteriseres av mer eller mindre typiske symptomer og kliniske funn. Under vil du finne noen eksempler på betydningen dette har for anamneseopptak og undersøkelsesmetode for noen vanlige sykdomsgrupper.

ANAMNESE VED HJERTESYKDOMMER

- 1. Familieanamnese.** Forekomst av hjertesykdommer, høyt blodtrykk, (apopleksi, nyresykdom), angina pectoris, tilfelle av plutselig død, xanthomatose. (Diabetes, tuberkulose).
- 2. Sosial anamnese.** Taes opp etter vanlige retningslinjer.
- 3. Tidligere sykdommer.** Gikftfeber. Når? Hvor lenge? Sykehus-behandlet? Angina faucium. Scarlatina. Andre febrile sykdommer i barne- og ungdomsår. Difteri. Eksaminasjon på syfilis, helst direkte. Kronisk bronkitt, astma, hyppige lungebetennelser, andre sykdommer. Rheumatoid artritt, Mb Bechterew? Eksaminasjon på perifere karsykdommer (claudicatio intermittens) - abdominal angina. Ble pasienten godkjent til militærtjeneste, eller fritatt av medisinske grunner? (Skjermbilde, BCG vaksine).
- 4. Sykehistorien.** Det er viktig å få frem om sykehistorien tyder på organisk eller funksjonell hjertesykdom (evt. begge deler). Er diagnosen hjertesykdom stilt før? Hvilke restriksjoner og hva slags behandling har vært gitt. Diagnosen organisk hjertesykdom stilles anamnestic først og fremst på basis av om angina pectoris eller hjertesvikt foreligger.

Dyspnoe.

Aktivitetsdyspnoe. Et mål for dyspnoen fås ved opplysninger om hvordan pasienten klarer trappegang, den daglige vei til arbeidsstedet, de daglige gjøremål og eventuelle idrettsprestasjoner. Har aktivitetsdyspnoen vært stasjonær, vekslende eller blitt verre.

Hviledyspnoe. Nattdig dyspnoe, antall puter under hodet, ortopnoe, anfallsvis dyspnoe. Hoste, surkling i brystet, piping (astmatisk), "sukkedyspnoe", følelse av lufthunger. Hyperventilasjonsyndrom: (svimmelhet, tetani, prikkinger i fingre - rundt munnen, press i brystet).

Hoste: Tørr, eller med ekspektorat. Stuvningshosten kommer særlig ved anstrengelser eller om natten i tilslutning til dyspnoeanfall.

Ekspektorat: Ved lungeødem skummende, rødlig, "det koker i brystet". Ved lungestuvning (mitralfeil) rustbrunt eller mer blodig. Ved lungeembolisme: Blodig.

Ved medfødt hjertefeil: Har pasienten eller omgivelser bemerket at pasienten blir blå ved anstrengelser?

Ved cyanotisk hjertefeil: Når begynte cyanosen? Har den vært permanent? Setter pasienten seg ned på huk når han blir anstrengt? ("Squatting"). Er "urglassnegler" og "klubbfinger" iaktatt, og når første gang? Har det vært somatisk og mental retardasjon?

Ødem: Hevelse omkring anklene, leggene (Bare om kvelden? Eller også om morgenen?

Bilaterale eller ensidige? Blir skoene trange?).

Mer uttalt ødemtendens: Hevelse oppover lår, genitalia externa, abdomen (blir klærne for trange?). Vektøkning. Minsket urinmengde. Nykturi.

Smerter:

Lokalisasjon: Retrosternalt, inframammært. Epigastriet. Beskriv lokalisasjonen nøyaktig med egne ord.

Karakter: Klemmende, snørende, sviende, trykkende, stikkende.

Styrke: (Pasientens angivelser ofte overdrevne, sjelden bagatelliserende. Måtte pasienten ynke seg, stønne, skrike, stanse opp, legge seg?)

Avhengig av aktivitet, måltid, kulde, motvind (opptrer smerten bare når pasienten er ute?), emosjonell påkjenning. Kommer aktivitetssmerter mest i starten? Eller opptrer smerten i hvile? (Etter dagens strev, om kvelden eller om natten?)

Varighet: Sekunder, minutter, timer, dager.

Utstråling: Til skulder, arm, ryggen, abdomen, halsen, kjevene. Reaksjon på hvile - (hvor lang tid varer smerten etter at pasienten stopper opp?), varme, nitroglyserin - tid for effekt?

Relasjon til hodepine, andre medikamenter (morfin). Har smertene forandret karakter i det siste? Hyppigere, mer langvarig, endret reaksjon på nitroglyserin og hvile, ømhet i bryst-muskulaturen?

Ledsagende symptomer: (spes. ved mer langvarige smerter). Feber, uro, desorientering, slapphet.

Palpasjoner/hjertebank: Følelse av rask og/eller sterk hjerteaksjon. Regelmessig eller uregelmessig? Anfallsvist eller permanent?

Anfall: Hva kjenner pasienten? Plutselig eller gradvis begynnelse og avslutning. Tidsrelasjoner meget viktig.

Varighet: Ledsagende smerter, oppresjon, angst, svimmelhet, besvimelse, dyspnoe. Følelse av at hjertet "snubler", "stopper" o.l. Er det registrert rask eller uregelmessig hjerteaksjon? Rikelig urinmengde eller takykardi? Opptrer palpitasjoner (anfall) på full mage ved aktivitet, når pasienten er i ro?

Bevissthetstap

(ved hjerteblokk, takykardianfall, aortastenose, hypertensjon, undertiden hjerteinfarkt, hjerneembolisme).

Besvimte pasienten i tilslutning til aktivitet? Klager han forut over hjerteklapp, hodepine, smerter i brystet, dyspnoe?

Har omgivelsene iaktatt ansiktsfargen, respirasjonen, registrert pulsen, kramper (tungebitt, urinavgang).

FUNKJSJONELL KLASSIFISERING AV PASIENTER MED HJERTESYKDOM

Dyspnoe og/eller angina pectoris er de viktigste symptomer ved anamnestisk gradering av hjertesvikt. Den følgende klassifikasjon av hjertepasienters funksjonsevne (New York Heart Association) er internasjonalt anerkjent og meget brukt.

Klasse 1

Pasienter med hjertesykdom, men uten derav følgende begrensning av den fysiske aktivitet. Ordinær fysisk aktivitet bevirker ikke urimelig tretthet, palpitasjoner, dyspnoe eller angina pectoris.

Klasse 2.

Pasienter med hjertesykdom som betinger en lett begrensning av den fysiske aktivitet. De føler seg vel i ro. Ordinær fysisk aktivitet bevirker tretthet, palpitasjoner, dyspnoe eller angina pectoris.

Klasse 3.

Pasienter med hjertesykdom som betinger utpreget begrensning av den fysiske aktivitet. De føler seg vel i ro. Mindre enn ordinær fysisk aktivitet betinger tretthet, palpitasjoner, dyspnoe eller angina pectoris.

Klasse 4.

Pasienter med hjertesykdom som gjør det umulig å opprettholde noen fysisk aktivitet uten besvær. Symptomer på hjertesvikt eller prekordialsmerter er til stede også i ro. Ved fysisk aktivitet øker besværet.

ANAMNESE OG UNDERSØKELSE AV PASIENTER MED LUNGESYKDOMMER

ANAMNESE

Slektsforhold: "Allergiske" sykdommer (eksem, høysnue, astma) og andre invalidiserende lungesykdommer (emfysem, kronisk bronkitt) er av særlig interesse, likeledes opptreden av tuberkulose i slekten.

Yrke: Spor etter mulig eksponisjon for helseskadelig påvirkning (særlig gass, røyk, støv) i nåværende eller tidligere yrker. Spor eventuelt om vernetiltak og om mulig sykdom blant arbeidskameratene. De fysiske krav yrket stiller, bør alltid fremgå.

Andre miljøforhold: Nåværende og tidligere røykevaner.

NB! Ved mistanke om infeksøs sykdom: Mulige smittekontakter, eventuelle utenlands-opphold.

Sport og idrett: Opplysning om slik aktivitet sier mye om lungefunksjonen. Spør i denne forbindelse også alltid mannlige pasienter om stridsdyktighet i Forsvaret.

Helsekontroll: Spør alltid etter tuberkulinforhold, BCG-vaksinasjon og tidspunkt for skjermbildeundersøkelse. Tuberkulinkort eller helsebok kan her være nyttige. Tidligere sykdommer skal alltid være med, særlig hvis disse har ført til sykehusinnleggelse.

Aktuelle symptomer: Forsøk å få frem debuttidspunkt og sykdommens forløpsmønster så eksakt som mulig. Aksepter ikke uten videre diagnostiske etiketter som "forkjølelse", "bronkitt", "astma", "influenza" o.s.v., men spør etter de elementære symptomer:

1. Hoste:

Tørr eller med ekspektorat? Utløsende forhold: F. eks. Anstrengelse, spesielle kroppsstillinger? Hindres søvnen?

2. Ekspektorat:

Mengde, utseende og farge. Blodtilblandet? Eventuell opphostning av rent blod (hemoptyse).

3. Dyspnoe:

Uttrykket "tung pust" er lettest forståelig. Opptrer dyspnoe i hvile? Ved funksjonsdyspnoe kan graden av fysisk anstrengelse grovt graderes slik: Utendørs gange i motbakke, utendørs gange på flat vei, innendørs gange i trapper (hvor mange etasjer?), innendørs gange på flatt gulv. Er dyspnoen stillingsavhengig, f. eks. Mest uttalt i horisontalt leie (ortopnoe)? Er det tydelige spontane variasjoner? - fra time til time eller dag til dag (bronkial astma)? Spør etter ledsagerfenomener:

4. Lyder i brystet:

Særlig piping (engelsk wheezing), surkling, eventuelt knirking eller gnissing (som kan føles tydeligere enn den høres).

5. Smerter:

Smerter i toraks skyldes oftest ekstrapulmonale sykdommer. De skal spesifiseres med lokalisasjon, eventuell utstråling, varighet og relasjon til mulig utløsende årsaker. Pleuralbetingede smerter er alltid respirasjonsavhengige og aksentuertes ved hoste.

6. Allmennfenomener:

Febrilia, anoreksi, vekttap, slapphet, tretthet, initiativløshet er alltid viktig å få frem. Tidligere behandling (og dennes effekt) ønsker vi alltid best mulige opplysninger om.

STATUS PRESENS

Generelt. Vi legger alltid vekt på pasientens allmenn- og ernæringstilstand og på utseendet i forhold til den kronologiske alder. Virker pasienten besværet under undersøkelsen? Vi noterer selvsagt pulsfrekvens, temperatur og blodtrykk. Vi legger videre merke til hudfarge bl. a. med tanke på cyanose. Cyanose som skyldes arteriell hypoksemi, gir ofte en mer askegrå enn blå fargenyanse i huden og kan være særlig vanskelig å iaktta i kunstig lys fra lysstoffrør (diskontinuerlig fargespekter). Inspiser fingrene og neglene (trommestikkfingre, urglassnegler). Se etter ødemer.

Toraks

Den kliniske undersøkelse omfatter inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon.

A. Inspeksjon:

Er toraks symmetrisk? Eventuell asymmetri kan skyldes smertegivende eller skrumpende ensidige prosesser i toraks. Hvorledes er toraksformen? Er det

tydelige deformiteter som følge av kyfose (eventuelt med gibbus, d.v.s. pukkel) eller skoliose? Foreligger det trakt-bryst?

Vær særlig oppmerksom på mulig tønneform (d.v.s. forøket anteroposteriør diameter) som uttrykk for hyperinflasjon (økt luftinnhold) av lungene. Se etter venetegninger, eventuelt halsvenestuvning og kanskje ødem av hals og ansikt p.g.a. sykelig prosess i mediastinum med avløpshinder i vena cava superior ("Stokes' krave").

Legg merke til brystkassens bevegelighet. Brukes auksiliær respirasjonsmuskulatur (d.v.s. halsmuskler) i hvile? Er det inndragninger, f. eks. i fossa supraclavicularis, under inspiriet som uttrykk for økt resistens eller redusert compliance av lungevevet? Eventuell asymmetri i toraks' bevegelighet sees best når pasienten puster dypt ut og inn noen ganger. Under denne del av inspeksjonen lytter man også etter lydfenomener "par distance". Langvarig, kanskje pipende ekspirium indikerer luftstrømsobstruksjon. Stridor er betegnelse på en hvesende lyd i inspiriet (test også i ekspiriet) som kan opptre ved stenoserende prosess i de sentrale luftveier (fra larynx til segmentbronkier).

B. Palpasjon.

Ved lungesykdommer gir palpasjon av toraks forholdsvis lite informasjon, men vi kjenner alltid etter mulige lymfeknuter i fossa supraclavicularis. Undersøkelse av stemmefremitus (palpasjon av lydsvingninger under tale) gir ingen tilleggsinformasjon utover de vanlige fysikalske metoder.

C. Perkusjon.

Perkusjon utføres best ved å slå med 3. finger mot den andre hånds 3. finger, som holdes fast presset mot pasientens toraks. Bevegelsen skjer i håndleddet mens den perkuterende finger holdes moderat fiksert i bøyd stilling. Den resonans som oppstår, gir opplysning om luftinnholdet i det underliggende vev. Kraften i slaget bestemmer avgrensningen av det vev (egentlig luftmengde) som settes i svingninger. Tung perkusjon gir derfor god informasjon om et stort område, mens slette slag gir opplysning om forholdene like innenfor toraksveggen, nær perkusjonsstedet. Vanlig nomenklatur ved perkusjon fremgår av nedenstående tabell:

ORGAN	LYDBESKRIVELSE
Luftfylt tarm	Tympanittisk Rungende, hypersonor
Normalt lungevev	Sonor Dempet
Lår- eller armmuskel	Matt

Rungende perkusjonslyd kan finnes ved pneumotoraks og ved uttalt hyperinflasjon, men forskjellige grader av dempning opptrer ved f. eks. pleuravæske, atelektase eller store betennelsesinfiltrater (konsolidering) i lungene.

Toraksveggenes tykkelse (muskulatur og fett) har stor betydning for perkusjonslyden. Derfor er det viktig konsekvent å sammenligne symmetriske

områder. Perkutorisk definerte lungegrenser viser betydelig variasjon med kroppsbygning og må vurderes med forsiktighet. Manglende hjertedempning er imidlertid alltid patologisk og tyder på hyperinflasjon av lungene.

D. Auskultasjon.

Respirasjonslyden oppstår ved turbulens i forbindelse med høy lineær hastighet under respirasjonsluftens passasje i de sentrale luftveier. Den originale lyd (som vi kan høre ved å plassere stetoskopet over larynx) modifiseres ved lydens forplantning gjennom det luftholdige lungevev til det lydbilde som (p.g.a. tidligere feiloppfatning) har fått betegnelsen "vesikulær" respirasjonslyd. Den vesikulære eller normale respirasjonslyd er karakterisert ved et svakt susende inspirium og et enda svakere, ofte knapt hørbart ekspirium ("pust i sivet").

Ved auskultasjon er det viktig at pasienten ventilerer noe kraftigere enn svarende til ordinær hvile-ventilasjon. Som ved perkusjon er det avgjørende at vi stadig sammenligner funnene på symmetriske steder. Vi er interessert i respirasjonslydens kvalitet, styrke, tids-forhold og eventuelle fremmedlyder.

- 1) Respirasjonslydens kvalitet kan avvike fra det normale ved sykelige prosesser som gir abnormt god lydledning mellom de store bronkier og brystveggen. Slike prosesser kan være konsolidering av lungevevet (f. eks. Lobær pneumoni hvor alveolluften erstattes av inflammatorisk ekssudat), atelektase (lufttomhet) av et lungeavsnitt ved kompromittert lufttilførsel (f. eks. bronkialtumor) eller en fibrøs skrumpning som bringer større bronkialgrener nær ut mot brystveggen. En unormalt god lydledning tenderer til å formidle det opprinnelige lydbilde, som vi kaller bronkial respirasjonslyd ("bronkial blåst"). Karakteristisk for denne er et skarpere, mer hvesende preg enn ved den vesikulære lyd, og fremfor alt at ekspiriet fremtrer like sterkt som inspiriet. Uttrykket "forsterket ekspirium" markerer derfor et patologisk lydbilde, et sted mellom det normale, vesikulære og den typiske bronkiale blåselyd. Hos tynne individer og hos barn kan vi undertiden høre et påfallende sterkt ekspirium mellom scapula, og ved hodet vendt til siden kan asymmetri i denne forbindelse forlede til overdiagnostikk.
- 2) Respirasjonslydens styrke er avhengig av strømningshastigheten i de sentrale luftveier, lungenes luftholdighet og toraksveggenes tykkelse. Patologiske prosesser som reflekterer lydbølgene ("skikt-fenomenet" som ved overgang fra luftholdig lungevev til pleuravæske) kan gi nær fullstendig opphevet respirasjonslyd over et område, selv om det patologiske materiale (f. eks. væske) i seg selv leder lyden bedre enn normalt lungevev. Foruten ved pleuraeffusjon finnes lyden svekket også ved pneumotoraks. Ved obstruktiv lungesykdom er undertiden respirasjonslyden meget svak over alle lungeflater tross maksimal ventilatorisk innsats fra pasientens side. Foruten hyperinflasjon kan dette funn tyde på et utbredt strømningshinder i de helt perifere luftveier, og prognostisk representerer det et alvorlig tegn.
- 3) Tidsrelasjonene . Spesielt ekspirasjonsfasens lengde er viktig å bemerke ved den auskultatoriske undersøkelse. Et (skjønnsmessig bedømt) forlenget ekspirium er entydig karakteristisk (patognomonisk) for luftstrømsobstruksjon og betyr at pasienten har obstruktiv lungesykdom (bronkial astma, kronisk obstruktiv bronkitt eller emfysem).

- 4) Fremmedlyder - er lydfenomener i tillegg til normal eller patologisk respirasjonslyd. Akustisk kan vi skjelne mellom musikalske (d.v.s. frekvens-definerbare) typer av fremmedlyd i motsetning til lyder som ikke lar seg karakterisere ved sitt frekvensmønster.

De musikalske fremmedlyder ble tidligere gjerne betegnet som "sibili" (=høyfrekvente) og "rhonchi" (=lavfrekvente). Frekvensnivået har imidlertid ingen klinisk eller patologisk relevans og vi bruker i dag helst termen pipelyd om denne gruppe fremmedlyd. Fenomenet oppstår ved at bronkialveggenes slimhinne p.g.a. apposisjon (d.v.s. kontakt med motsatt veggflate) settes i svingninger ved luftpassasjen, altså ved en mekanisme svarende til lydgenereringen i et treblåseinstrument. Den patologiske forutsetning består i veggforandringer (ødem, hyperplasi, økt muskeltonus, muligens også patologiske sekretforhold) i middelstore bronkiegrener. De ikke frekvens-definerbare fremmedlyder ble tidligere kalt "blærer" og "krepitasjon", og man forsøkte endog å atskille disse to typer. I dag foretrekker vi betegnelsen knatrelyd (tilsvarende det engelske "crackles") som ikke gir falske forestillinger om lydets genese eller innbyr til urealistisk detaljering. Knatrelyd dannes helt perifert, i de små luftveier, og kan best forklares som "mikro-implosjoner" ved at kollaberte bronkioler avhengig av trykkforholdene plutselig åpnes og gir et brått innslipp av luft i de tilhørende alveoler. Den patologiske forutsetning ligger i dette tilfelle vesentlig i det interstitielle lungeev. Økt hydrostatisk trykk p.g.a. ødem (inflammatorisk eller betinget i stuvning) er sannsynligvis årsaken til at knatrelyd høres ved bronkopneumoni, alveolitt og venstre hjertesvikt. Hos eldre personer kan forbigående knatrelyd normalt opptre ved de første dype inspirasjoner i oppreist stilling etter noen tids ryggeleie. Vedvarende, men vanskelig hørbar knatrelyd fremtrer tydeligere ved at pasienten utfører et ganske lett hostestøt i ekspirasjonsstilling for hver inspirasjon. Akustisk meget lik knatrelyd er den pleurale gnidningslyd. Den kan beskrives (og undertiden også føles) som en knirking, som ofte er inkonstant til stede over et strengt avgrenset område.

Iblant kan det være vanskelig å klassifisere fremmedlyd på basis av deres rent akustiske preg, og man kan være i tvil om man hører særdeles korte pipelyder eller særlig skarp knatrelyd. Tidsrelasjonene kan da være til hjelp. Pipelyd opptrer fortrinnsvis i ekspiriet (dynamisk bronkialkollaps), mens knatrelyd vesentlig høres hjemme i inspirasjonsfasen. Gnidningslyd er karakteristisk til stede såvel i inspiriet som i ekspiriet. Artefakter kan undertiden mistolkes som fremmedlyd. Lyd fra klær unngås ved fullstendig avkledd overkropp. Hår som krølles mot stetoskopets membran kan imitere knatrelyd. En lignende lyd - uten relasjon til respirasjonsfasene - kan oppstå ved muskelsitring i toraksveggen, særlig ved undersøkelse av ansent pasient i kalde omgivelser.

ANAMNESE OG UNDERSØKELSE AV PASIENTER MED SYKDOM I MUNNHULE/KJEVER

Disposisjon for den odontologiske journal

Pasientens navn:

Født:

Dag, måned, år f.nr.

Undersøkelsesdato:

Henvisende lege/tannlege: Navn, adresse

Behandler lege: Navn, adresse

Henvisningsdiagnose:

Journal ved: Navn

EN ODONTOLOGISK RELEVANT ANAMNESE:

Dette er opplysninger fra pasienten selv, pårørende eller ledsager.

Presiser hvem som gir opplysningene og husk at du har taushetsplikt om din kunnskap om pasienten mot komparenten.

Sykehistorien inndeles på følgende måte:

Innledning

Hva bringer pasienten til deg? F. eks. Pasienten kommer for øyeblikkelig hjelp på grunn av smertefull hevelse i høyre overkjeve – varighet 24 timer.

Henvisende leges/tannleges opplysninger

Referat. Dato.

Resultat av undersøkelsen som pasienten medbringer.

Avskrift, fotokopi, røntgenbilder.

Familieanamnese

Arvelige sykdommer (allergier, hudsykdommer – man går detaljert her dersom pasienten kommer på grunn av sykdom som kan tenkes å ha arvelige aspekter så som aftøs stomatitt, hypersensitivitet etc)

Gift, enslig, barn. (dersom pasienten vil trenge hjelp og oppfølging hjemme på grunn av sin sykdom).

Sosialanamnese

Yrke

Tidligere sykdommer

Sykehusinnleggelser, operasjoner.

Når, hvor, hva ble gjort, hvilket resultat

Aktuelle lidelse

Hva brakte pasienten til tannlegen (symptomer, egne observasjoner, skade)

Når begynte, hendte det?

Hvordan begynte det (plutselig, gradvis, smerter, kvalme, feber)?

Hvordan har det utviklet seg?

Hvilke symptomer har pasienten merket: (blødning, pussavgang, svelgbesvær, munntørrhet)

Hva er de viktigste plager nå?

Funksjonstilstand: Arbeidsdyktighet i hjem, arbeidsplass, sengeleie.

Behandling hittil og evt. effekt av denne.

Naturlige funksjoner:

Matlyst: God, nedsatt, vektøkning, vekttap, matintoleranse.

Avføring: Smerter, diare? (Vektlegges dersom pasienten er plaget av sår ol. i munnhuens bløtvev – eks Mb. Chrons)

Menstruasjon:

Menopause, klimakteriske plager. (Vektlegges hovedsakelig ved ulike sykdommer i munnhulens bløtvev så som lichen planus; burning mouth syndrom, ulike stomatitter)

Allergi:

Medikamentelle allergier, matvareintoleranse

Medikamenter

Navn på medikamenter, styrke, dosering.

Livsstilsvaner

Tobakk: Antall sigaretter eller gram tobakk i uken.

Alkohol: Mengde, dag/uke.

Narkotika: Type, mengde.

STATUS PRESENS

Dato (klokkeslett hvis ø. hjelp)

Alder:

Kjønn:

Allmenntilstand:

Utseende: Svarende til alder? Blek? Slapp? Medtatt? Smerter? Overvektig?
Mager?

Funksjonstilstand ved undersøkelsen:

Kommer gående til undersøkelsen. Sitter, ligger i seng.

Bevissthetstilstand:

Klar, orientert for tid, sted og situasjon. Forklarer seg greit?
Reagerer på: Spørsmål, smerter o.s.v.

Ødemer:

Hud:

Farge (blek/anemisk, cyanose, blødninger, ikterus), temperatur, tumores. Kunne avdekke hudforandringer på hode/hals som bør resultere i henvisning til lege

Lymfeknuter:

Forstørrede lokalt eller generelt. ("lokal/generell lymfeknutesvulst").

Puls:

Blodtrykk:

Temperatur:

Respirasjon: (frekvens, dybde) Hørbar? Takypne? Hyperpne?

Spesiell undersøkelse av hode/hals/munnhule:

Den objektive undersøkelse deles i to, den ekstra- og den intraorale undersøkelse. I begge tilfelle er såvel inspeksjon som palpasjon av største viktighet.

Den ekstraorale undersøkelse:

Primært er inspeksjon av hode/hals viktig.

Caput: Inspeksjonen vil straks avsløre eventuelle asymmetrier i ansiktet, såvel i vertikalt som i transversalt plan, hevelser, misfarginger, eller annet. Dreier det seg om hevelser er det viktig å notere seg lokalisasjon, form, størrelse i cm i alle dimensjoner, overflate, konsistens (herunder fluktuasjon), bevegelighet i forhold til underliggende og dekkende vev, ømhet samt infiltrasjon i omgivelsene. Patologiske forandringer av huden kan omfatte fargeendringer og subkutane blødninger (petekkier – ekkymoser – suggilasjoner – hematomer). Cyanose og ødemer hos en pasient vil ofte kunne være tegn på en hjertelidelse. En gulfarging av huden eller spesielt av sclerae kan være uttrykk for ikterus. Videre konstateres ulcerasjoner (lokalisasjon, størrelse, form, overflate, sårrendenes karakter, infiltrasjon i omkringliggende vev) samt tilstedeværelse av fistler (lokalisasjon – retning – dybde, karakter av fistelbunnen, eventuell sekresjon).

Palpasjon av ansiktskjelettet for å avsløre asymmetrier og eventuelle kontinuitetsbrudd hos pasienter som har vært utsatt for traumer hører med til rutinen. Denne palpasjon vil også avsløre eventuell ømhet i sinus maxillaris og sinus frontalis. Videre skal man palpere de regionale lymfeknuter som beskrevet tidligere og registrere form, størrelse, bevegelighet og eventuell ømhet. Til slutt undersøkes kjeveleddene og deres funksjon. På denne måten får man kartlagt bevegeligheten av underkjeven. Det er viktig å registrere, at såvel translasjon som rotasjon finner sted. Kjeveleddene palperes såvel over fossa articularis som gjennom ytre øregang. Er det snakk om innskrenket gapeevne måles avstanden mellom incisivene i over- og underkjeven.

Collum: Venestuvning? Forstørret glandula thyreoidea? Forstørrede lymfeknuter? Tumor? Stenoselyd over carotis?

Den intraorale undersøkelse:

Munnhulen

Den intraorale undersøkelse starter med leppene. Dernest undersøkes munnhulen systematisk (vestibulum oris, kinnslimhinner, gane, tunge, munnulv og istmus faucium). Det er viktig at den intraorale undersøkelse foretaes i godt lys og helst ved hjelp av to munnspeil. Tungens siderender og underside skal inspiseres godt, helt tilbake til de folliate papiller. Videre skal dorsum lingua inspiseres og papillemønsteret beskrives. Deretter foretas palpasjon i sulcus såvel faciale som linguale og i ganen. Munnulvets strukturer undersøkes, best ved bimanuell palpasjon. Samme palpasjon benyttes ved palpering av kinnene. Tilstedeværende tenner registreres. Videre noteres om pasienten har en eller annen form for fast eller avtagbar protese. Man gir en grov beskrivelse av periodontiet og tennenes tilstand.

Spyttkjertler:

Mens en normal gl. parotis ikke kan utpalperes kan gl. submandibularis av og til kjennes, særlig hos eldre. Et abnormt palpasjonsfunn gir sjelden holdepunkter for lidelsens art, med mindre det er tale om en tumor.

I tilslutning til palpasjon av spyttkjertlene palperes også utførselsgangene. Utløpet av disse inspiseres. Man prøver om man ved trykk på kjertlene kan eksprimere saliva, og man merker seg dettes utseende. Slimhinnene inspiseres med henblikk på tørrhet.

Undersøkelse av oropharynx

Ved inspeksjon av svelget presses tungen ned med et munnspeil eller en smal tungespatel; tungen skal forbli i munnen, da man dermed får langt bedre innblikk i pharynx enn hvis tungen strekkes ut. Ved undersøkelse av tonsillregionene er det en fordel å anvende to speil. Med den ene presses tungen ned.

Ganeseilets funksjon undersøker man ved å la pasienten intonere f.eks. ...A...h.

Hjernenerve funksjon

Ved undersøkelse av pasienter med orale sensoriske eller motoriske plager, er det viktig å fastslå om det er objektive tegn på abnormalitet i hjernenervene som kan relatere seg til pasientens orale symptomer. Et endelig svar på disse spørsmål får man vanligvis etter en spesifikk testing av hjernenervefunksjonen utført av pasientens lege, indremedisiner eller neurolog. Dersom slik undersøkelse ikke er gjennomført kan tannlegen innledningsvis forsøke å kartlegge funksjonsforstyrrelser. **NB. Det understrekes at en slik undersøkelse ikke må betraktes som erstatning for en grundig neurologisk undersøkelse utført av spesialist.** Tannlegens profesjonelle trening og erfaring i munnhuleområdet gir han eller henne kunnskap om normal oral funksjon i større grad enn en som ikke er vant til å undersøke i munnhulen. Instruksjon i evaluering av hjernenervefunksjon for de nerver som relaterer seg til munnhulen (V, VII, IX, X, XII) er en viktig del av tannlegens utdanning.

Resymè

I få ord om viktigste symptomer og funn.

Tentativ diagnose

Forslag til videre undersøkelser og behandling

Tabell: Hjernenerve undersøkelse relevant for OD-stud

Hjernenerve	Funksjon	Dysfunksjon	Test av funksjon	Fysiske funn
N. trigeminus (V)	Sensoriske fibre til ansikt, nese og munnhule Motorisk til tyggemuskler	Nummenhet Parestesi Tyggemuskelparese	"Pinprick" Masseterkontraksjon Cornea refleks	Redusert "pin" Svekkelse i tyggemuskler Manglende cornea refleks
N. facialis (VII)	Bevegelse av ansiktsmuskulatur	Manglende bevegelighet, Ansiktsskjevhet Vanskeligheter med åpning av øyet	Kontraksjon av ansiktsmuskulatur	Assymetri ved kontraksjon av ansiktsmuskulatur
N. glossofarynx (IX)	Bevegelse av bløte gane	Vanskeligheter ved svelging	Elevering av bløte gane	Assymetri i ganen
N. vagus (X)	Bevegelse av bløte gane	Heshet Vanskeligheter ved svelging	Elevering av bløte gane	Assymetri i ganen Skurrende stemme
N. hypoglossus (XII)	Bevegelse av tungen	Dysartri, svelgevansker	Protrusjon av tungen	Fasciculasjon eller deviasjon av tungen

Klinisk smågruppeundervisning i 3.semester Od – stud propedeutikk

Fagansvarlig: Professor Pål Barkvoll

Stud. må ha eget stetoskop.

Til disposisjon er 7 undervisningsseanser. Her omtales de 6 første gangene – den siste skal brukes til ”barnets dag”.

Dag 1: Odontologi som en integrert del av medisinen

Sted: Aud II, Geitmyrsveien 71

Lærer: Professor Pål Barkvoll – oral kirurgi og oral medisin

- ◆ Seminar for hele kullet: Orientering om propedeutisk kurs. Følgende vil bli gjennomgått:
 - Odontologiens naturlige inspeksjonsområde
 - Identifikasjon av medisinske risikopasienter mhp. odontologisk behandling.
 - Orale manifestasjoner av en del systemsykdommer

Dag 2:

Sted: Gr1-2, Kirurgisk avdeling, Geitmyrsveien 71/ Gr.10-11: Nevrologisk avd.

Lærere: Professor Pål Barkvoll/Univ.lektor Anders Ragne/Professor Dietrichs ”Etablere kontakt”

- a. Kommunikasjon
- b. Generell omtale av medisinsk journal. Oppbygning og begrunnelse
- c. Lærer tar anamnese av pasient, med påfølgende diskusjon

Dag 3

Sted: : Nevrologisk avdeling, Ullevål sykehus

Lærere: Professor Dietrichs og Overlege Tveten

Gjennomgang av tannlegerelevant anamnese v/lærer

Praksis: Studentene tar opp anamnese på pasient, og dokumenter sine opplysninger

Gjennomgang og diskusjon

Dag 4

Sted: : Nevrologisk avdeling, Ullevål sykehus

Lærere: Professor Dietrichs og Overlege Tveten

Gjennomgang av tannlegerelevant undersøkelse v/lærer

Praksis: Studentene undersøker pasient, og dokumenterer sine funn

Gjennomgang og diskusjon

Dag 5

Sted: Nevrologisk avdeling, Ullevål sykehus

Lærere: Professor Dietrichs og Overlege Tveten

Studenter tar opp full anamnese og undersøkelse i forhold til foranstående, og dokumenterer sine funn

Gjennomgang og diskusjon

Dag 6

Sted: Sem.rom 3; B.1; 1etg RH

Felles gjennomgang av akuttmedisinske tilstander

Lærer: professor Brosstad

Dag 7: Barnets dag - som for medisinerstudentene

Læringsmål: Studentene skal lære seg å møte barn i ulike aldre og lære seg de basale teknikker i kommunikasjon med og undersøkelse av barn. Studentene skal også lære seg kommunikasjon med pårørende.

Innhold og form: som for med. stud.