

SOP Patientenvorstellung

Ziel der SOP "Patientenvorstellung"

Durch eine strukturierte Patientenvorstellung soll verbessert werden:

- Patientensicherheit, Fehlerreduktion
- Weiterentwicklung der Kommunikationsfähigkeit (Wurden alle wichtigen Informationen erwähnt und wurden diese verstanden?)
- Förderung der bettseitigen Lehre
- reduzierte Wiederholungen und Steigerung der Effizienz
- Stressreduktion auf ärztlicher Seite durch klaren Algorithmus

Grundstruktur einer Patientenvorstellung in der ZNA:

- 1. Patientendaten**
- 2. Anamnese**
- 3. Untersuchung & Diagnostik**
- 4. Therapie & Verlauf**
- 5. Beurteilung**
- 6. Plan**

(orientiert an "SOAP" = subjective / objective / assessment / plan)

Grundsätzlich sollten nur **zur aktuellen Präsentation relevante** Informationen besprochen werden.

Es sollten **positive Befunde**, aber auch **wesentliche negative** Befunde erwähnt werden.

Hinweise und Erläuterungen zu den einzelnen Punkten:

1. Patientendaten

- Name
- Alter
- aktueller Ort in ZNA, Bettplatz
- Leitsymptom bzw. Hauptproblem oder Diagnose wenn bereits gestellt

z.B.:



"Im Zimmer 1 liegt Frau Schmidt, eine 67 jährige Patientin mit Thoraxschmerz."



"Der 23 jährige Herr Müller der sich mit einer anterioren Schulterluxation vorgestellt hat ist aktuell beim Röntgen."

2. Anamnese / subjektive Beschwerden des Patienten:

- aktuelle Beschwerden und deren Entwicklung
- Warum kommt der Pat. genau? Was erwartet er von der Vorstellung?
- für die aktuelle Vorstellung relevante Punkte aus:
 - Vorerkrankungen
 - Medikamente
 - Pflegebedürftigkeit
 - Sozialanamnese
 - Familienanamnese

z.B.:



"Heute morgen beklagte die Pat. 1 Stunde retrosternale Thoraxschmerzen in Ruhe, mit Kaltschweissigkeit, Erbrechen und Ausstrahlung in den linken Arm. Deshalb wurde der Rettungsdienst gerufen und die Pat. mit dem Notarzt in die ZNA gebracht. Keine relevanten VE oder Medikamente."



"Er ist während der Arbeit beim Treppe hinab gehen gestolpert und gestürzt. Er versuchte sich mit dem linken Arm am Geländer festzuhalten. Wegen starker Schmerzen in der linken Schulter Transport zu uns mit dem Rettungsdienst."

3. Untersuchung & Diagnostik / objektive Befunde

Untersuchung:

- Vitalparameter
- positive und wesentliche negative Befunde bei der körperlichen Untersuchung

Diagnostik:

- bettseitig: EKG, Blutgasanalyse, Blutzucker
- Notfallsonographie
- Labor
- radiologische Bildgebung
- Konsilbefunde

z.B.:



"Bei unauffälliger körperlicher Untersuchung zeigt sich im EKG eine laterale ST Senkung. Das erste Troponin ist unauffällig und in der orientierenden Echokardiographie ist keine regionale Wandbewegungsstörung zu sehen."



"In der Untersuchung moderater Schmerz und Unfähigkeit die linke Schulter zu bewegen mit einer palpablen subakromialen Lücke links. Kein Anhalt für weitere Verletzungen und neurovaskulär unauffälliger linker Arm. Im initialen Röntgen anteriore Schulterluxation ohne Fraktur."

4. bisherige Therapie und Verlauf:

z.B.:



"Präklinisch wurde ASS gegeben. In der ZNA beschwerefremde stabile Patientin."



"Nach erfolglosen Repositionsversuch beim wachen Patienten problemlose Reposition unter Sedierung. Wir haben einen Glichrist Verband angelegt."

5. Beurteilung: / Assessment

- kritisches Bewerten aller Information und Befunde führt zu einer
 - Diagnose
 - oder
 - Differentialdiagnose
 - oder
 - Problemliste

- wichtig ist die Einschätzung des Risiko für ein schlechtes Outcome

z.B.:



"Ich glaube die Patientin hat ein akutes Koronarsyndrom aufgrund der Anamnese und des EKG Befundes."



"Nach dieser traumatischen Erstluxation der Schulter ..."

6. Plan:

- geplante weitere Diagnostik und Therapie in der ZNA
- Disposition (ambulante Nachsorge oder stationäre Aufnahme)

z.B.:



"Gemäss Absprache mit dem kardiologischen Dienstarzt wird die Pat. auf die kardiologische IMC aufgenommen."



"... kann dieser Patient mit einem Glichrist Verband nach Hause entlassen werden. Ein Nachsorgetermin wurde in der BG-Sprechstunde vereinbart. Es steht noch die Röntgenkontrolle nach Reposition aus."