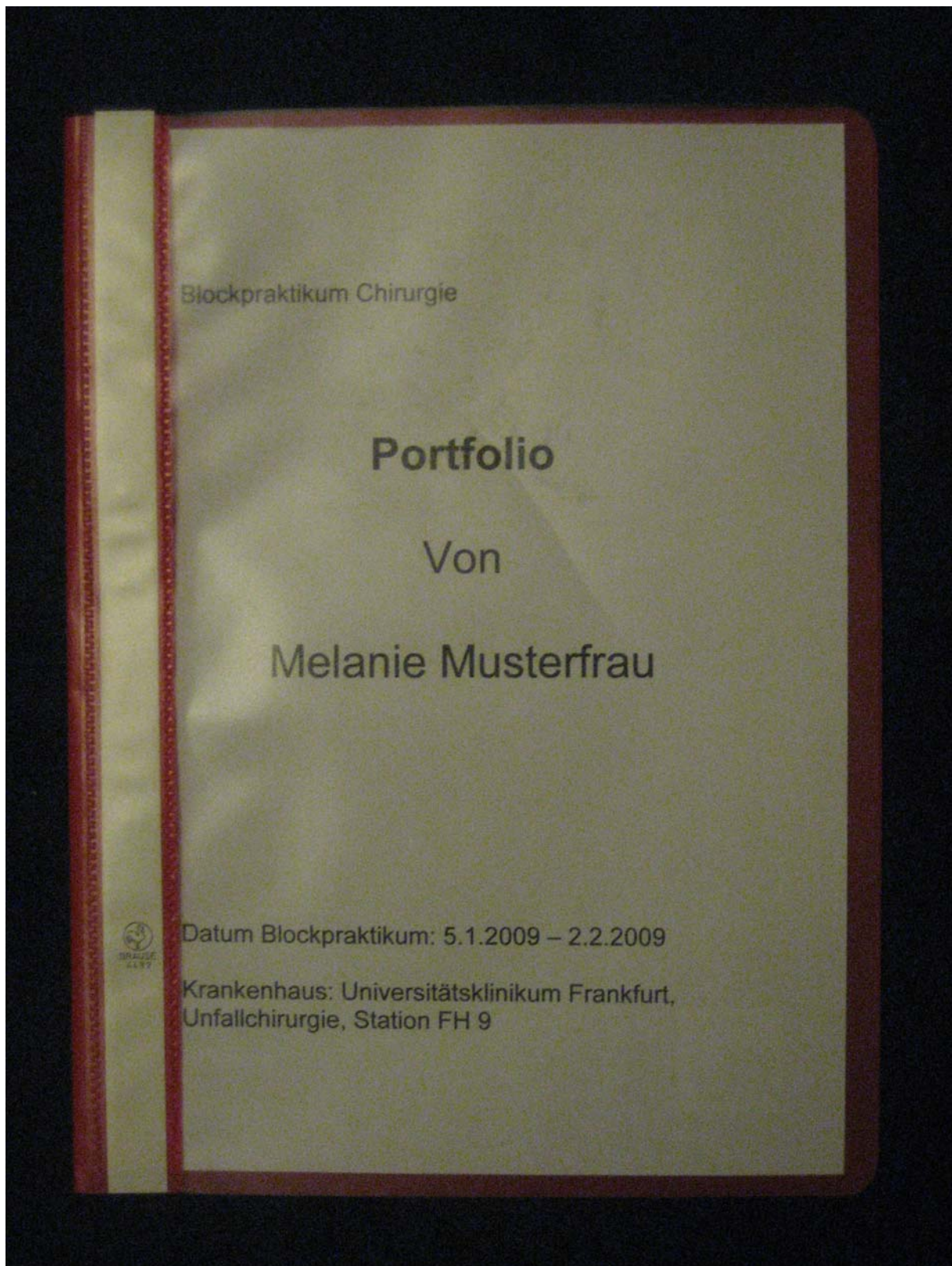


Beispiel eines Portfolios



Blockpraktikum Chirurgie

Portfolio

Von

Melanie Musterfrau

Datum Blockpraktikum: 5.1.2009 – 2.2.2009

Krankenhaus: Universitätsklinikum Frankfurt,
Unfallchirurgie, Station FH 9

1. Beispielbericht: Ambulanzpatient

Datum: 1.1.2009

Aufnahmeuhrzeit: 21.09

Patient: Bernadette Beispiel 52588499

Geburtsdatum: 29.08.2004

Anamnese:

Die Patientin war am 1.1.2009 morgens von den Eltern unbeobachtet mehrere Treppenstufen hinabgefallen. Die Mutter war sofort zu dem Kind gelaufen, da das Kind geweint hatte. Die Mutter hatte keine größeren Verletzungen, bis auf eine Beule an der Stirn bemerkt, ist aber trotzdem mit dem Kind in die Klinik gefahren. Im Auto hatte Bernadette dann einmalig erbrochen. Außerdem erscheint das Kind leicht schläfrig. Die Schwangerschaft und Kindheit verlief bisher normal, keine Vorerkrankungen bekannt, keine regelmäßige Medikation, Hausstauballergie, Impfungen alle aktuell.

Untersuchungsbefund:

4 ½-jähriges Kind in gutem EZ und leicht reduziertem AZ, wirkt schläfrig sitzt auf dem Schoß der Mutter, Pupillen seitengleich, lichtreagibel, rund. Keine offenen Wunden am Kopf, keine Stufen tastbar. Kopfschmerzen werden bejaht. Ca 3x3 cm große Schwellung an der rechten Stirn frontal. Keine Doppelbilder. HWS frei beweglich. Klaviel frei. Extremitäten frei beweglich. Thorax und Becken stabil. Abdomen weich keine Abwehrspannung, keine Resistenzen kein Druckschmerz. Schürfwunde an rechten Knie, reizlos. Periphere Sensibilität Motorik Durchblutung intakt. kein schwankendes Gangbild.
Sono Abdomen: kein Hinweis auf freie Flüssigkeit.

Differentialdiagnosen:

Schädelhirntrauma, intracerebrale Blutung

Weitere Diagnostik:

Keine weiterführende Diagnostik, CT nur bei Beschwerdezunahme.

Diagnose

Commotio cerebri

Weiteres Procedere

Stationäre Aufnahme auf Station 32-6 zur Überwachung (EKG/RR und SpO2-Monitor und Pupillenkontrolle, Nüchternheit, Anlage i.v.-Zugang , Flüssigkeit und Schmerzmedikation: Perfalgan, ggf..Dipidolor)

Ärztliche Kontrolle am nächsten Tag, bei Beschwerdebesserung Beginn mit Mobilisation und Kostaufbau.

Bei Beschwerdezunahme (erneutes Erbrechen, Zunahme Kopfschmerz, Vigilanzminderung, Pupillendifferenz) Meldung an Dienstarzt und sofortige Durchführung CT.

2. Beispielbericht: Operation

Datum: 1.1.2009

Patient: Bastian Beispiel

Geb.-datum: 1.2.1985

Diagnose: Sprunggelenksfraktur Weber B rechts

Anamnese: Der Patient war vor 6 Wochen beim Inlinen gestürzt und hatte sich dabei eine Weber-B Fraktur des rechten Sprunggelenks zugezogen. Die Fraktur wurde initial in der Uniklinik diagnostiziert und aufgrund der starken Schwellung in einer Gipsschiene ruhiggestellt. Nach ausreichender Abschwellung wurde der Bruch durch eine 6-Loch-drittelrohrplatte und aufgrund der vorliegenden Syndemosenruptur mit einer Stellschraube versorgt. Der postoperative Verlauf gestaltete sich unauffällig. Die Wunden heilten per primam. Der Patient war an Unterarmgehstützen mobilisiert worden hat aufgrund der Stellschraube noch nicht belastet. Nun stellt er sich zur Entfernung der Stellschraube vor.

Ziel der Operation: Entfernung der Stellschraube nach Konsolidierung der Syndesmose und Ermöglichung einer Aufbelastung

Dringlichkeit: elektiv

Allgemeine und spezielle Risiken: Blutung, Nachblutung, Nervenschaden, allerg. Reaktion auf LA, Re-fraktur/Re-ruptur, Metallbruch, Metallverbleib, Infektion, Thrombose, Embolie, Schmerzen, Narbe, Lagerungsschäden, Funktionseinschränkung.

Anästhesieart: Lokalanästhesie

Zugangsweg, Anatomie und Operationsbericht.

Lagerung des Patienten in Rückenlage. Lokalisation der Lage der Stellschraube durch Bildwandlerkontrolle über der Fibulakante ca 5 cm oberhalb des Malleolus lateralis. Markierung über der Stellschraube. Nun erfolgt die Lokalanästhesie durch großzügige Infiltration mit Scandicain. Beachten der Einwirkzeit.

Nun folgt das sterile Abwaschen und Abdecken in üblicher Art und Weise. Ca. 2cm langer Hautschnitt innerhalb der Narbe. Messerwechsel und Auftrennen der tieferen Schichten bis Kontakt mit der Schraube. Aufspreizen des Gewebes mit der Präparierschere. Freilegung der Stellschraube und Freikratzen des Schraubenloches mit dem Zahnarztthaken. Einsetzen und Herausdrehen der Stellschraube. Diese kann vollständig entfernt werden. Dreifache Spülung des Wundgebietes. Hautverschluß mit Prolene 3-0 in Donati-Rückstichttechnik. Abschließende Röntgenkontrolle. Anlage steriler Verband.

Procedere:

Entfernung Nahtmaterial nach 10-14 Tagen. Regelmäßige Wundkontrollen und Verbandswechsel, Physiotherapeutische Beübung: langsame Aufbelastung, Schmerzabhängige Vollbelastung erlaubt.

3. Beispielbericht: Verbandswechsel

(Foto ist nur zur Demonstration und muss der Beschreibung im Portfolio nicht beigefügt werden)

Datum: 1.1.2009

Patient: Erich Exemplar

Geburtsdatum: 18.3.1977

Kurze Anamnese:

Hr. Erich Exemplar war am 26.12.09 morgens auf eisglatter Fläche gestürzt und hatte sich hierbei eine komplexe Olekranonfraktur am linken Arm zugezogen. Er wurde in die ZNA eingeliefert und konnte noch am gleichen Tag operativ osteosynthetisch versorgt werden. Nachdem am 2.

postoperativen Tag die eingelegte Redondrainage gezogen wurde erfolgte die radiologische Kontrolle. Nun erfolgt der 3. Verbandwechsel am 6. postoperativen Tag.



Wundbeschreibung:

Ca. 12cm langer Schnitt an der Dorsalseite des Olekranons, bogenförmig um das Olekranon geführt. Reizlose Wundverhältnisse. Nahtmaterial in situ, Haut gut adaptiert, keine Anzeichen für Dehiszenzen. Keine Wundrandnekrosen. Keine Anzeichen für Sekretion. Weichteilschwellung noch vorhanden, keine Fluktuationen. Keine Rötung keine Überwärmung kein Hämatom.

Beschreibung und Begründung für neuen Verband und gewähltes Material:

Nach Entfernung des alten Verbandes erfolgt nach der Inspektion die Sprühdesinfektion der Wunde mit Octenisept. Danach Abtrocknen der Wunde mit einer sterilen Kompresse. Auflage einer sterilen trockenen Kompresse und Fixation der Kompresse durch spannungsfrei aufgebrachtten selbstklebenden Wundverband. Überziehen eines passenden Schlauchverbandes bis zur Schulter. Abpolstern mit Watte unter besonderer Beachtung von Proc. Styloideus, Metacarpaleköpfchen, Olekranon und Epikondylus med. und lat. .Danach Wiederanlage der Oberarm-onestepschiene und Fixation durch Elastische Fixierbinde. Der Verband wird mit Datum und Unterschrift versehen.

Beispiel

4. Beispiel Entlassungsbrief

Datum: 18.12.2008

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Patient / Geburtsdatum: wir berichten über Ihren Patienten Frau Emily Exemplar, geboren am 13.11.1988, welche sich ab dem 15.12.2008 bis zum 19.12.2008 bei uns in stationärer Behandlung befand.

Diagnosen:

Traumatische Schulterluxation (S43.00) mit SLAP-Läsion (M65.81) rechts

Durchgeführte Prozeduren:

Am 16.12.08 wurde die diagnostische und therapeutische Arthroskopie mit Refixation des Labrums durch 2 Knochenanker durchgeführt.

Anamnese

Z.n. Schulterluxation rechts am 18.11.2008 im Schlaf.

Die Erstluxation (traumatisch) erfolgte bei einem Sprung vom 3 Meter Brett. Dabei schlug die Patientin auf dem Boden auf (Sommer 2005), seitdem zwei weitere Luxationen (letzte vor 2 Jahren). Durchführung eines MRTs bereits erfolgt. Keine Allergien, keine Vormedikation, keine Vorerkrankungen.

Aufnahmebefund

Haut intakt, kein offenen Wunden keine Narben, keine Schwellung, Rötung oder Überwärmung.

Druckschmerz ventrale Schulter rechts, Schulterbeweglichkeit sehr schmerzhaft.

Abd: 80°, Elevation 110° Adduktion frei. IR/AR endgradig schmerzhaft. Ante/Retroversion ebenfalls schmerzhaft eingeschränkt.

Apprehensionstest pos. Rotatorenmanschette schmerzbedingt nicht testbar. Periphere Sensibilität Motorik Durchblutung intakt.

Diagnostik:

MRT: Verdacht auf Labrumabriss rechte Schulter

Durchgeführte Therapie und stationärer Verlauf:

Frau Exemplar wurde am 15.6.2008 stationär aufgenommen. Es erfolgte die übliche präoperative Vorbereitung.

Am 16.12.08 konnte o.g. Eingriff bei komplikationslosem intra- und postoperativem Verlauf durchgeführt werden. Postoperativ wurde ein Gilchrist-Verband angelegt.

Die eingelegte Redondrainage konnte zeitgerecht entfernt werden. Die krankengymnastische Mobilisation bei war problemlos möglich. Der Schmerzkatheter konnte nach 24-stündiger Pausierung am 18.12.08 entfernt werden.

Eine Antibiose mit Cefuroxim als singleshot-antibiose intraoperativ durchgeführt.

Wir konnten Frau Exemplar in stabilem AZ mit reizlosen Wundverhältnissen und adäquat eingestellter Schmerzsymptomatik in die weitere ambulante Behandlung entlassen.

Medikation bei Entlassung:

Voltaren resinat 1-0-1

Pantozol 20 mg 0-0-1

Weiteres Prozedere

Wir bitten um regelmäßige Wundkontrolle sowie Verbandwechsel. Entfernung des Nahtmaterials nach 10.-14 Tagen. Tragen des Gilchrist-Verbandes für 6 Wochen.

Weiterhin bitten wir um die Weiterführung der krankengymnastischen Beübung unter Vermeidung von Abduktion größer 90° und Außenrotation größer 20° für 6 Wochen.

Frau Exemplar wird sich am Freitag den 21.12.2008 um 12.21 Uhr in der chirurgischen Poliklinik zur Wundkontrolle wiedervorstellen.

Bei Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Frau Exemplar soll sich zeitnahe bei dem niedergelassenen Kollegen Dr. Musterarzt zur weiteren ambulanten Betreuung vorstellen.