Blockpraktikum Unfallchirurgie

Im Blockpraktikum Unfallchirurgie stellen Sie einen Patienten in der Nachmittagskonferenz vor.

Dafür anamnestizieren und untersuchen Sie einen Patienten. Anschließend entnehmen Sie weitere Informationen aus der Patientenakte oder halten Rücksprache mit dem zuständigen Arzt.

Für die Vorstellung des Patienten können Sie den McDAPP-Bogen zur Hilfe nehmen.
In der Nachmittagskonferenz soll der Patient in knapper Form vorgestellt werden.

Ablauf:

(i) Sie stellen den Patienten vor (Name, Alter, Beruf, häusliche Situation, Unfallhergang/-datum, Diagnose, bisheriges Procedere, geplante Therapie, operativ-relevante Vorerkrankungen)

Beispiel: *Frau Müller, 77 Jahre, Rentnerin, sehr aktiv, lebt alleine zuhause, ist vor 8 Tagen im Bad ausgerutscht, auf den ausgestreckten linken Arm gestürzt und hat sich eine distale Radiusfraktur zugezogen. Initial wurde sie mit einem Gips versorgt. Sie kommt zur elektiven Plattenosteosynthese. Seit 10 Jahren besteht ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus.*

(ii) Auswertung der Bildgebung
(iii) Diskussion/Rückfragen

Bereiten Sie sich auf eventuelle Rückfragen vor. Als Unterstützung und zur Vorbereitung nutzen Sie den McDAPP-Bogen.

Erläuterungen zum McDAPP-Bogen©

Der McDAPP-Bogen dient der unfallchirurgischen Patientenvorstellung im Rahmen des Blockpraktikums.

Zu 1)

Begegnen Sie dem Patienten stets mit Respekt und Höflichkeit.
Stellen Sie sich mit Name und Funktion vor.

Bei der Schmerzanamnese sollten Sie besonders achten auf:

- Qualität
- Lokalisation
- Visuelle Analogskala (VAS)

Den Gerinnungsstatus sollten Sie umfangreich erheben:

- Fragen Sie nach bekannter Blutungsneigung (spontanes Nasenbluten, …)
- Quick, Thrombozytenzahl, PTT
- Welche Medikamente nimmt der Patient ein, wann war die letzte Einnahme? (ASS, Plavix, Marcumar, Heparin)

Erfragen Sie Allergien, die für die operative Versorgung von Bedeutung sind:

- Pflaster, Desinfektionsmittel, Schmerzmittel, Spüllösung, Antibiotika, Latex, …

Informieren Sie sich über weitere Erkrankungen, Voroperationen und den Gesamtstatus des Patienten. Machen Sie sich ein Bild über die häusliche Situation, den Beruf, den Allgemeinzustand und sein persönliches Umfeld.

Zu 2)

Die unfallchirurgische Untersuchung sollte stets im Seitenvergleich am entkleideten Patienten durchgeführt werden.

Bei der Inspektion achten Sie besonders auf Entzündungszeichen, Schwellungen, Hämatome, Kongruenz, Fehlstellung und Weichteilverletzungen.

Beginnen Sie bei der Palpation verletzungsfern und arbeiten Sie sich vorsichtig auf die Verletzung zu und überprüfen Sie vorsichtig das Bewegungsausmaß.

Informieren Sie sich in MEC.O oder der Fachliteratur über Funktionstests für die verletzte Region.

Wichtig ist es, DMS (Durchblutung, Motorik, Sensibilität) distal der verletzten Region zu erfassen und zu dokumentieren.

Bei der Beurteilung von Begleitverletzungen ist insbesondere auf eine Mitbeteiligung angrenzender Gelenke zu achten.

Zu 3)

Reevaluieren Sie den Unfallmechanismus und überdenken Sie ihre Arbeitshypothese, erarbeiten sie ggf. weitere Differentialdiagnosen.

Zu 4)

Nutzen Sie die Bildgebung zur Bestätigung ihrer Diagnose.
Bereiten Sie sich auf eventuelle Nachfragen vor (Eignung der Bildgebung für die Fragestellung. Klassifikation der Fraktur, Instabilitätskriterien einer Fraktur. Beurteilung von Länge –Achse – Rotation, Gelenkbeteiligung. Subluxation/Luxation, Weichteilschatten, weitere Auffälligkeiten, …)

Zu 5)

Informieren Sie sich über die Vor- und Nachteile der Therapieoptionen. (Konservativ – Operativ)

Zu 6)

Berücksichtigen Sie bei der Therapieplanung Alter, Beruf, körperliches Aktivitätsniveau und zu erwartende Compliance des Patienten.