Diktering checklista

- Personnummer, Namn
- Händelse datum *(vid diktering annan dag än besöket)*
- Direkt vårdkontakt? Webbesök? Telefonkontakt?
- Kontaktorsak *(typ av besvär, handläggs i samråd med…)*
- Aktuellt *(Patientens anamnes, önskemål, ev andra sjukdomar)*
- Status *(Allmäntillstånd, cirkulationsorgan, lungor, buk, rörelseorgan, neurologisk, gyn mm)*
- Socialt *(boende, familj, arbete)*
- Psykiskt tillstånd *(se exempel nedan)*
- Ärftlighet *(= hereditet)*
- Livsstilsvanor *(papper med koderna finns separat)*
- Klm03: Läkemedelsgenomgång *(viktigt vid patient >75 och >5 läkemedel, GLÖM INTE förnya recept vid behov, kontrollera senaste utskrivningsdatum)*
- Bedömning *(Egen slutsats av patientens anamnes och dina undersökningsfynd, läkarens medicinska bedömning)*
- Planering *(medicinering, prover, remisser? Fortsatt handläggning, kontaktväg, brev/tel? Återbesök? Sätta på väntelista? Prover inför nästa besök?)*
- Diagnos *(man kan söka diagnoskoder på icd.nu eller på medibas under ”ICD 10”)*

Några fraser: ”*till sekreterare: Tacksam om ni lägger upp på väntelistan…”*

”vänligen korrigera/lägga till under ”lungor”…”

. = punkt

/ = snedstreck

- = bindestreck

! = utropstecken

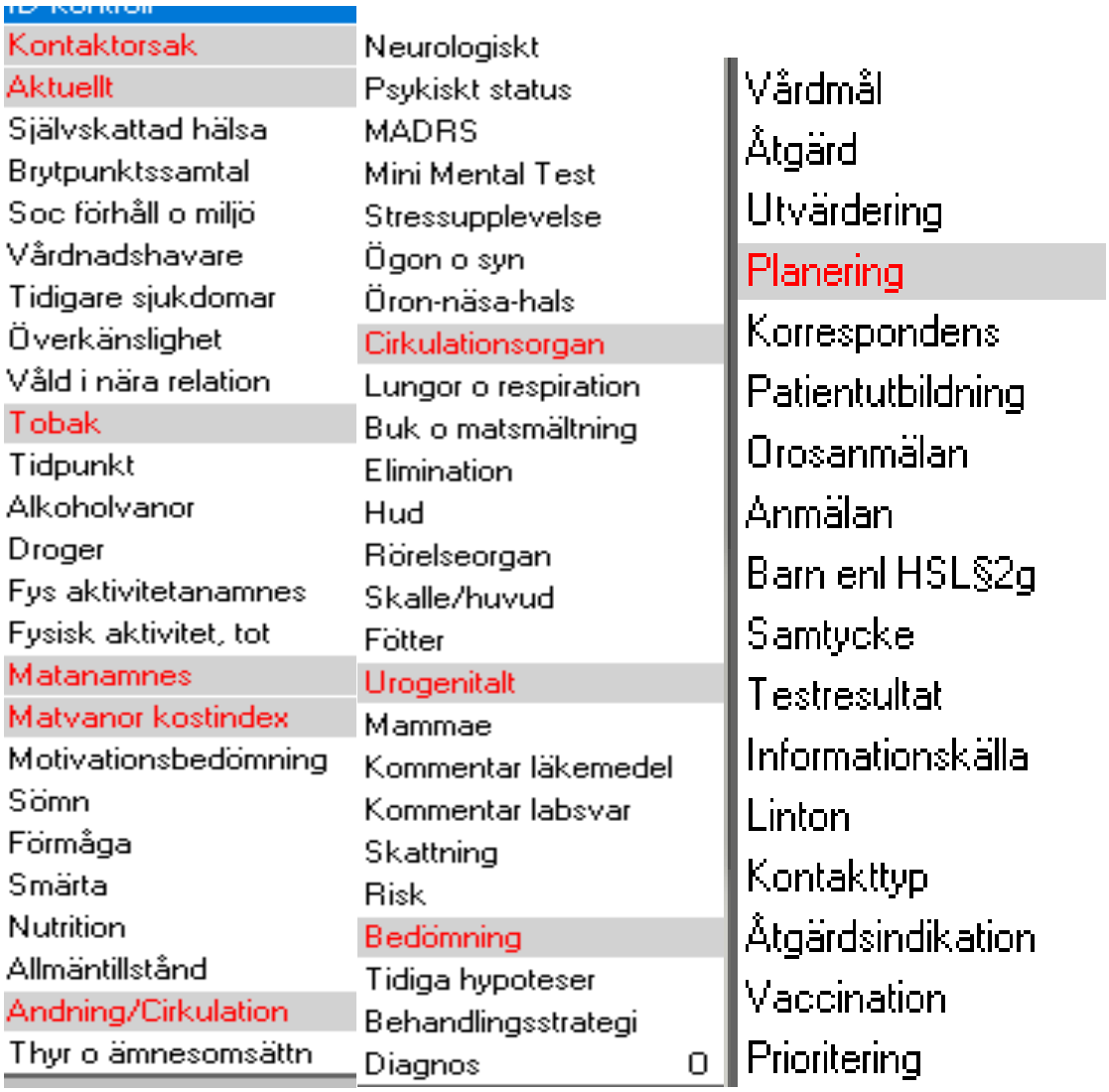
? = frågetecken

” = citattecken

Nytt stycke = new paragraph

(…..) = inom parentes….. slut parentes

Rubriker:



Att diktera remiss:

1. Till vilken klinik/mottagning
2. Misstänkt diagnos/frågeställning/önskad undersökning
3. Anamnes

I slutet:

”tacksam för (snar) bedömning/rekommendationer/vidare utredning, med vänlig hälsning …”

Exempel för dokumentation av psykiskt status:

Patientens yttre (klädsel adekvat för åldern/ovårdad)

Orientering (i tid/plats/person)

Formell kontakt/ emotionell kontakt/ögonkontakt

Motorik, ansiktsmotorik, tal (ryckningar, tics, forcerat tal)

Stämningsläge (neutralt, förhöjt, sänkt)

Emotionella reaktioner (adekvata, inadekvata)

Tankeinnehåll (tvångstankar, vanföreställningar, hörsel/synhallucinos)

Tankeförlopp (osammanhängande, håller röd tråd)

Sjukdomsinsikt/Behandlingsmotivation

Suicidriskbedömning (görs alltid vid psykiatrisk frågeställning)

Beskriv psykiatriskt tillstånd/sjukdom och nuvarande behandling.

Beskriv vad som ökar suicidrisken (tidigare s-försök, försämring av nuvarande sjukdom, plötslig livshändelse, person i närhet som suiciderat, arbete/familj/socialt sammanhang)

Beskriv vad som minskar suicidrisken (hjälpsökande, arbete/familj/socialt sammanhang, vad som hindrar patienten från suicid)

Bedömning (risk bedöms låg, lätt/måttligt förhöjd, hög)

Åtgärd (vilka åtgärder vidtas, LM/samtalskontakt/täta återbesök)

Bedömning av s-risk efter åtgärd (bör landa på låg, annars överväg akut remiss till psykiatrin)

Exempel för dokumentation av gyn-undersökning:

VSU: VVP ua. (Vaginal spekulumundersökning: vulva, vagina, portio utan anmärkning.)

Rodnad och irritation kring labia minor och introitus (vaginala öppningen)

Cystocele som når till introitus vid krystning.

Atrofisk (skör) vaginalslemhinna.

Riklig grynig flytning.

Pågående blödning (färsk), blodtillblandad flytning, rester av gammal blödning (brunt).

Tydlig ruckömhet över cervix.

Anteroflekterad uterus, liten och oöm.

Fritt över adnexa. (Ingen smärta eller palpabla tumörer i området för ovarier)

Ömmande konsistensökning i vänster adnex.

Palpabel tumor, icke ömmande, i höger adnex.

Att diktera FaR recept

Behandlingsorsak: finns många, de vanligaste är ”allmän, blodtryck, cirkulation, depression, behandling”

Fysisk aktivitetsnivå: totfys03

Utskrift: Nej

Uppföljning: Telefontid

Träningsform: a) kondition, b) rörlighet, c) styrka, d) uppehållande. Man kan välja en eller fler

Aktivitet: Finns många, de vanligaste är ”promenad, cykel, jogging, annan”

Hänvisad till aktivitetsarrangör: Nej

Målsättning: ”lägre blodtryck”, ”bättre kondition”, ”rehabilitering”, ”reglering av diabetes/hyperlipidemi” osv

Intesitet: hög / måttlig / låg

Försiktighetsmått: Försiktig start / Undvika vissa aktiviteter / inga speciella

Träningspass: XX minuter /timmar

Intervall: X gånger per dag / per vecka

Behandlingsperiod: X veckor / månader

Minska stillasittande genom att: ”Träna mer”, ”motionera mer” osv

Kontaktperson: Läkares namn

Sluta med ”**tillägg åtgärd DV200, huvudåtgärd, till diagnosen**” och *skriv*:

Antingen

1) VAS meddelande till sjukgymnasten (Joni, Maria eller båda?) med frågeställning ”Tacksam för uppföljning av FaR genom telefonsamtal om 1 månad” för komplicerade övningar.

eller

2) Följa upp själv om 30-40 dagar via telefonsamtal för t.ex. enkla promenader och skriva koden AW005 som åtgärdskod.

Att diktera Förtsättsblad (formulär GE41)

(antingen vid mott eller som ant, låg prio)

Profil: Förtsättsblad

Primärvårdskontakter (t.ex. BNHC, Bergnäsets Hälsocentral)

Andra kontakter (Sunderby sjukhus? Dialys? Osv)

Boende **(t.ex. egen villa, lägenhet, äldreboende)**

Familj **(t.ex särbo, ensamboende, inga egna barn osv)**

Sysselsättning **(t.ex pensionär, lärare, eget företag)**

Livsstil (tex före detta maratonlöpare)

Viktiga sjukdomar **(patientens bakgrund)**

Ärftlighet **(dvs hereditet)**

Överkänslighet **(kända allergier)**