

Forslag til fraser til brug i forbindelse med journalføring

Her finder du forslag til fraser, der kan anvendes eller videreudvikles på i forbindelse med journalføring:

- første konsultation,
- almindelig konsultation,
- specifikke eller årlig test.

1.konsultation (1)

Patienten er identificeret ved fulde navn og cpr-nummer:

ANAMNESE (pt. sprog):

SUPPLERENDE OPLYSNINGER:

JOB:

FRITID:

NRS:

UNDERSØGELSE:

RØDE/GULE FLAG:

KLINISK RÆSONNERING/INDIKATION FOR BEHANDLING:

ud fra anamnese og undersøgelses fund er min foreløbige hypotese at

BEHANDLINGSPLAN:

FUNKTIONELLE MÅL/DELMÅL:

Information givet til patienten:

Informeret Samtykke til behandlingsplan er indhentet mundtligt/skriftligt:

Inddragelse af evt. pårørende i behandlingsmål:

1. Konsultation (2)

Anamnese: fx symptomlokalisering, varighed, forværrende/lindrende faktorer, søvnforstyrrelse, funktionssniveau, fysisk aktivitet, komorbiditet, anden udredning/behandling, medicinforbrug

Undersøgelse og test: fx palpation/inspektion, kliniske test og måleredskaber (OBS ICF-niveauer –krop, aktivitet og deltagelse), konkurrerende lidelser.

Screening for røde flag: fx ved usammenhængende symptombillede. Husk at skrive hvad du har gjort, hvis du finder røde flag. Ved ingen indikation for screening af røde flag, skriv: - relevant, da (begrund).

Indikation for behandling: Hvorfor skal patienten have fysioterapi/den valgte behandling (Tag gerne afsæt i den kliniske ræsonnering, patientens tilstand og nationale kliniske retningslinjer).

Vær særlig grundig i din journalføring ved fravigelse af NKR.

Målsætning: HUSK ICF-niveauer hvis relevant, gerne SMART mål (specifikt, målbart, attraktivt, realistisk og tidsbestemt), angiv baseline.

Behandlingsplan: Hvad aftaler I, at behandlingen skal bestå af. Husk træningsprincipper (frekvens og dosis) og tidsplan.

Information givet til patienten: fx information om undersøgelsens resultater, forventet forløb, prognostiske faktorer, vejledning i fysisk aktivitet og træning, adressering af gule og røde flag, smertehåndtering, forventet komplikationer/bivirkninger ved behandling.

Samtykke: Til behandlingsplan, indhentning og/eller videregivelse af helbredsoplysninger (fx epikriseafsendelse til egen læge), form (mundtligt eller skriftligt), evt. værge. Husk at samtykket

skal være konkret og aktuelt.

Tværfagligt samarbejde: hvis relevant, plan for samarbejde med tredje part fx jobcentre, kommune, egen læge.

1. konsultation (3)

Patienten er identificeret ved fulde navn og CPR-nummer:

ANAMNESE:

Personlige oplysninger (Ex. civilstatus, arbejde, fritid):

Aktuelle Historie:

Krop:

Aktivitet:

Deltagelse:

PSFS (Patient specific functional score):

NRS (gennemsnit de sidste 14 dag): - 0 /10

W.:

B.:

Smerte: karakter / SIN / døgnrytme:

Sammenhæng imellem symptomområder:

Billeddiagnostik:

Medicin:

Anden behandling:

Andre symptomer:

Tidligere sygehistorie:

Røde flag (Ex. nedsat kraft, styringsbesvær, handske/sok, konstante smerter, vægttab mm):

GH (Ex. KRAM, vægt, appetit, træthed, organer, abdomen, BT, ET/AT mm.):

Fam. disponering:

Gule flag:

Særlige hensyn:

Pt. mål / forventninger til beh.:

UNDERSØGELSE:

Inspektion / holdning:

Bev. us. (aktiv/passiv/gentagelser):

Specifikke tests:

Manuel vævs us.:

Vurdering af røde flag:

Indikation for behandling:

Fysioterapeutisk diagnose / Hypotese:

Fælles målsætning:

Prognose / behandlingsplan:

Samtykke/information givet til patienten:

Patienten er informeret om, at behandlingen kan medføre lettere gener/ømhed, og at der efterfølgende kan forekomme lettere gener/ømhed de næste 1-2 døgn:

Patienten er informeret om og givet samtykke til ovennævnte behandlingsplan:

Individuel konsultation (1)

Patienten er identificeret ved fulde navn og cpr-nummer.

STATUS SIDEN SIDST:

NRS:

BEHANDLING:

Individuel konsultation (2)

Status: Hvordan har pt. haft det siden sidst

Monitorering: test/måleredskaber, evt. anden opfølgning

Komplikationer/bivirkninger: fx smerteforværring. Hvordan patienten har tålt behandlingen m.m.

Udført behandling: Efter planen (hold, individuel behandling). Eventuelle ændringer til behandlingsplanen (husk nyt samtykke).

Årlig test

6 minutters gangtest:

- Antal meter målt på bane med (indsæt banens længde) meter.

TUG (timed up and go)

Rejse-sætte-sig-test

Borg Skala

VAS / NRS

Har pt. stoppet undervejs - hvor mange gange og hvorfor

Har pt. anvendt gangredskab

Kommentarer

Test af knæ

Menisk

- Thessaly:
- McMurray:
- Palpationsømhed:

Ligament

- Anterior draw (skuffetest):
- Valgus stress test(mcl):
- Varus stress test(lcl) stress test:

Test af skulder

Nakke

- cx rotation
- cx retraktion

Skulder

- Smertebue
- Neers
- Hawkins
 - Modificeret
- Full can (skade på rotator cuff, supraspinatus)
- Empty can (subacromialt impigement)

- O'briens (Labrum)

Rotation

- Indad
- Udad
- Fleksion

AC-led

- Palpation
- cross-over
- Resisted extension

Test Lumbal columna

Lumbal

- Bevægelighedstest
- Flex
- Ex
- Lateralt
- Rotation
- Rotation m/lateral flex

Sikkerhedstest

- Tå/hæl
- SLR
- SLUMP
- Sensorisk screening

Øvrige

- Palpation
- Unilateral og central PA's
- Faber/Fadir
- Refleks
- Muskeltest
- evt. Hoftetest