

Fremgangsmåde ved rapportskrivning i forbindelse med casepræsentation.

Formålet med rapporten er at give læseren et bredt billede af patienten og dennes sygdom. Derfor er det vigtigt, at du noterer alle de informationer, der var medvirkende til at give dig det indtryk, der førte til diagnosen og valg af behandling.

Dit dokumentet/casen skal indledes med dit navn, arbejdssted og en overskrift på problemstilling samt nr. på case (Case 1 = 1. gang på turnusweekend/til casepræsentation, Case 2 = 2. gang turnusweekend osv.)

Uredigeret, original journaludskrift, skal indgå som en del af din case dvs. det indsættes i samme dokument.

Cases skal uploades på Basecamp, se "Almen vejledning til brug af Basecamp".

Casens første del omfatter nedenstående og bedes fremstillet som speciallægebrev, og det forudsættes, at sproget er umiddelbart forståeligt for andet autoriseret behandlerpersonale.:

- anamnese
- objektiv undersøgelse
- tentativ diagnose
- prognose
- røntgenbeskrivelse og -diagnose (hvis udført)

Resten skrives i fortsættelse af ovennævnte, såsom:

- behandlingsplan
- forløbsbeskrivelse
- problemstilling

Casen skal demonstrere logisk udredning i hhv. anamnese og undersøgelse.

Undgå forkortelser der må antages *ikke* at kunne forstås af andre faggrupper.

Skriv i et flydende sprog med hele sætninger modsat telegrafstil.

Behandlingsforløbet bedes sammenskrevet med mindre, der er konkret begrundelse for en kronologisk fremstilling af fortløbende konsultationer

Der lægges vægt på, at relevante ændringer i de objektive fund er journaliserede i behandlingsforløbet.

På de efterfølgende sider, side 2-4, følger eksempler på ord og formuleringer og på side 5-13 et eksempel på en case rapport.

Anamnese

Følgende hovedpunkter bør inkluderes:

Symptomer:

- Beskriv type, præcis lokalisation, varighed, omstændigheder
- omkring debut, patientens egen mening om årsagen, ændringer siden debut, tidligere tilfælde af lignende art.
- Forværrende og lindrende faktorer, påvirkning af søvn, daglige aktiviteter, hoste/nyse/bugpresse provokation, sphinkterforstyrrelse m.m.
- Anden behandling (inkl. medicin) og dennes effekt.
- Arbejde, arbejdsforhold, motion, fritidsaktiviteter hvis dette har betydning.

Andet relevant, såsom:

- Tidl. og nuværende sygdomme
- Indlæggelser
- Operationer
- Medicinforbrug eller traumer.

Eksempler på ord og vendinger til anamnese:

37-årig kvinde henvendte sig på klinikken den xxx med klager over...

Smertetype: brændende, jagende, stikkende, sovende, kriblende, borende, murrende, trækkende, tyngdefornemmelse, træthed, ømhed, stivhed ...

konstante, intermitterende, periodevise, recidiverende, lette, diffuse, kraftige, uudholdelige.

Lokalisation: lave centrale lændesmerter uden sideforskel, venstresidig nakkeskulderåg, øvre nakkeregion, generelt diffust i højre hovedhalvdel - specifik i tindinger og baghoved, højre nedre lumbale smerter strålende til balle og yderside af højre lar til knæniveau..

Varighed: smerter gennem de sidste 3 måneder,

Omstændigheder ved debut: smerterne opstod pludseligt efter fald fra stige i 2 meters højde på højre kropshalvdel, efter drejebævegelse til venstre med tilhørende fleksion, udviklet sig langsomt over 24 timer efter sovet på sofa på maven ...

Patientens egen mening om udløsende faktor: båret meget på sygt barn, skævt løft, et fald flere måneder siden, mangel på motion/stress, opstået uden kendt årsag, rygbelastende arbejdsfunktion i form af...

Ændring siden debut: smerterne er i aftagende, tiltagende, ingen bedring de sidste 4 uger, ændret karakter og placering...

Tidl. tilfælde: patienten har ikke tidligere haft lign. tilfælde, er tidligere rygrask, genkender smerten fra tidl., mange lign. episoder af 1-2 ugers varighed det sidste år, men altid forsvundet spontant...

Forværrende: smerterne forværres ved ... hoste/nyse/bugpresse, hvor smerterne lokaliserer sig til ..., kraftløshed, føleforstyrrelser, igangsætningsmerter...

Lindrende: smerterne lindres ved ...

Søvnen/indsøvningen er forstyrret med smerter i rygleje, vendesmerter, vækkes midt på natten af kraftige smerter..

Er ikke i stand til at varetage egen påklædning, må spise smertestillende 600 mg Ibuprofen 3 gange dagligt for at udholde smerten, er (deltids)sygemeldt siden. Patienten har oplevet styringsbesvær mht. vandladning /afføring.

Har set e.l. for 3 dage siden, hvor der blev indgivet blokade i venstre Msk. Glut. Max., medgivet recept på muskelafslappende medicin af mærket... med god/forbigående/ringe/ingen effekt.

Henvist til fysioterapeut/speciallæge med tid den xxx, behandlet x antal gange med xx terapi/medicin/operation, stadig i behandling for samme med ... effekt.

Der findes en tydelig psykisk overbygning..

Objektiv undersøgelse

Skriv ikke blot at en test er positiv eller negativ - redegør for hvilke symptomer der udløses og præcis hvor reaktionen er, eller at der ikke udløses symptomer.

Eksempler på ord og vendinger til undersøgelsen:

Patienten var tydelig forpint/dårliggående/ med afværgeholdning/sideforskydning af bækkenet mod venstre..

Aktiv bevægelse i højre sidebøjning udløste kendt smerte i ve. lænderegion og var markant nedsat til xx grader.

Ved undersøgelsen fandtes strakt ben løft af venstre ben til 50 grader fremkalder smerte i../reproducerer kendt smerte i../udløser ingen smerter. i lænd

Der var ømhed /smerte ved palpation sv.t. L4-5 ledkompleks/ glutealmuskulaturen/post. crus/den suboccipitale muskulatur

Ved tryk sv.t. h0. Msk Infraspinatus reproduceredes patientens symptomer i h0 OE Trykømhed i området svarende til T12 torntap.

Der var mærkbar øget tonus sv. t. bilat Msk Piriformis Der var synlig/ingen synlig rødmen,

hævelse/inflammation/afværgeholdning/benlængdeforskel Intet påfaldende ved undersøgelse af skulderleddet.

Der fandtes normale og egale dybe senereflekser i UE/OE, Achilles og patellar reflekser var livlige/kunne ikke fremkaldes/var nedsat men tilstede../vurderedes til....

Smerte-ogberøringssans i OE/UE /fod/hånd var nedsat sv.t. lat. fodrand/ de 2 radiale fingres palmare side.

Muskelstyrke i OE/UE var normal/ normal kraft og tonus...

Der ses svækkelse i hæl-gang, der udføres normal hæl-og tå-gang samt knæbøjning Nedsat styrke af ve. Msk Quadriceps sv. t ..øvrige UE muskler skønnes af normal styrke.

.. ellers ingen neurologiske udfald i OE/U

Diagnosen/behandling

Eksempler på ord og vendinger til diagnosen/behandlingen:

Patienten blev taget i behandling den xxx under diagnosen.. posttraumatisk/kronisk/progredierende. lumbal/cervikal..dysfunktion/uspecifikke lændesmerter/diskogen smerte/diskus protrusion/prolapsobs. pro/Nerverodspåvirkning/Facetsmerte/myofasciel smerte/SI-leds syndrom/etc...

De objektive fund er forenelige med lumbal rod-kompression,

... det samlede kliniske billede...

... bør overveje en hurtig neurologisk udredning/vurdering

og har i alt fået/modtaget.. behandlinger bestående af manipulation/ledmanipulation/-mobilisering/blødvævsbehandling i form af

.../isterapi/varmepakninger/vejledning..

derudover er patienten instrueret i specifikke rygstabiliserende/Mc Kenzie/holdnings-/strækøvelser.

Der forventes et behandlingsforløb strækkende sig over ...

... for at undgå recidiv/forværring af problemet er det tilrådeligt at lade patienten komme til kontrol om.

Patienten er færdig behandlet og symptomfri/i væsentlig subjektiv og objektiv bedring/afsluttet uden målbar effekt af behandlingen ...

EKSEMPEL PÅ CASE RAPPORT:

Navn:	Tue Kallestrup
Arbejdssted:	Kiropraktorerne i Viborg
Case nr.: (1 = 1. gang til casepræsentation osv.)	Nr. 1
Problemstilling:	Indikation for behandling af sekundær klage ved nakkepatient med sklerose?



Husk altid at indlede dokumentet/din case med: Navn, arbejdssted, case nr. og en overskrift på problemstilling.

Anamnese:

41-årig kvinde henvender sig i klinikken d. 11-11-2016, med klager over smerter sv.t. cervikotorakale overgang. Generne trækker op i nakke samt ned interskapulært til T9 niveau. Der er hovedpine, i form af spændingsfornemmelse, lokaliseret bilat. fra occipitale frem til frontale region. Nakkegener og hovedpine angives af karakter og udbredelse kendt fra tidligere forløb. N.R.S. smerteangivelse (0-10): 5. Pt. har udtalte nattesmerter og oplever markant søvnunderskud. Generne er værst om morgenen. Aktuelle gener lindres ved voltaren gel samt let aktivitet. Der er forværring af generne ved at tale i telefon med røret mellem skulder og hovedet.

Generne debuterede for ca. 2 uger siden uden kendt årsag og opleves forsat tiltagende. Seneste fortilfælde optrådte maj 16, og det eneste usædvanlige ved aktuelle forløb er at der ikke er spontan remission inden for 1 uge. Der har ikke været iværksat tidligere udredning eller behandling i aktuelle forløb.

Der angives upåvirket A.D.L. Der er ingen hoste-/nyse-, bugpresse- eller inspirationsaggravation. Der er ingen udstråling til e.e. eller torso, bortset fra persisterende sovende fornemmelse ve. underben opstået forud for aktuelle gener. Der angives svimmelhed, beskrevet som besvimelsestendens, udløst ved ekstension af nakke. Svimmelheden er opstået i relation til skleroseopstart for 10 år siden, har ikke udviklet sig over årene og er aktuelt upåvirket. Der er ingen forekomst af synsforstyrrelser, synkebesvær, kvalme eller opkastninger i relation til aktuelle gener.

Der er ingen kendt, eller symptomer sv.t. hjerte-, kredsløbs- eller respiratorisk lidelse og der er ingen forværring ved kredsløbsbelastning.

Der er ingen symptompåvirkning ved indtagelse af fast ernæring eller væske.

Der angives ingen nervøsitet eller bekymring p.b.a. aktuelle gener.

Pt. er beskæftiget som sælger i flexjob 18 timer om ugen. Trives på arbejde og privat bortset fra stress p.b.a belastninger ved 2 små børn, der forstærkes af sklerosebetinget træthed. Er angiveligt i øvrigt velbefindende og behandles aktuelt for sklerosen ved aubagio, der blev

introduceret for 1½ måned siden. I øvrigt ingen medicin.



Husk anamnesen skal demonstrere overblik og logisk struktur i udredning. Skal beskrive: genekarakter, udbredelse, varighed, omstændigheder omkr. debut, fortilfælde, forværende/bedrende faktorer, påvirkning af søvn(hvilesmerter?)/daglige aktiviteter (eks.: sygemelding), hoste-/nyse-, bugpresseaggravation, sfinkterpåvirkning, osv. Desuden anden behandling inkl. medicin og effekt af samme. Erhverv, privat og erhvervsmæssig trivsel, motion/fritidsaktiviteter angives hvis relevant. Andre relevante forhold såsom tidl. og aktuelle sygdomme, udredning/behandling på sygehus m.v., tidl. medicin og traumer. Flydende sprog og kun forkortelser der umiddelbart forstås af andre faggrupper.

Undersøgelsesnote:

Pt. giver indtryk af at være emotionelt velafbalanceret og fremstår koopererende og er i stand til på struktureret vis at redegøre for symptomer og forløb. Pt. fremtræder upåfaldende m.h.t. energiniveau/udholdenhed.

E.T. over middel.

Blodtryk: ve. o.e.: 133/79, hø. o.e.: 121/73

Puls ve. o.e.: 72. Ausc. a. karotis bilat. i.a.

Der er normal sensibilitet ved let berøring sv.t. o.e. og reflekser sv.t. o.e. findes normale og egale.

Der findes let nedsat cervikal rotation mod hø. uden gener samt let nedsat cervikal fleksion mod ve. med resulterende gener sv.t. trapezius hø. side. Der er desuden lette gener ved cervikal fleksion. Foramen kompression hø. side udløser smerter sv.t. T1-2 hø. side og på ve. side reproduceres smerter bilat. T1-2 region. Der er let reproduktion af gener ved hældrop. Der er ingen positive fund ved Sotohall, aksial-kompression eller perkussion af cervikotorakale torntappe.



Organiser undersøgelsesfund/beskrivelse således, at teksten er flydende og demonstrerer overblik og logisk tilgang til undersøgelse. Beskriv relevante undersøgelser og redegør for symptompåvirkning ved karakter og lokalisation. Husk ikke blot at angive positiv/negativ. Se i øvrigt side 2-4 for forslag til formuleringer.

Røntgenundersøgelse:

Col. cervikalis. 12.11.16.

Indikation: nyligt cervikalt traume

Fremstilling: ap., ap åben mund, lateral samt skråoptagelser. Alle projektioner i god kvalitet.

Viser normale kurver alle planer. Korpora ses med normal form, størrelse, stilling, ramme- og knogletegning ved samtlige cervikale segmenter. Buerødder er visualiserede C2-T1 og fremstår alle normale. Der ses let afsmalning af i.v. rum C5/6 uden tegn på degeneration i øvrigt. Facetled samt i.v.f. fremstår upåfaldende.

Røntgendiagnose:

Degeneratio diski i.v. C5/6 l.gr.



Angiv evt. røntgenbeskrivelse. Husk at angive indikation.
(Aktuelle røntgenbeskrivelse er konstrueret og med fiktiv indikation for at medtage et eksempel på røntgenbeskrivelse)



Arbejdsdiagnose:

L01 Symptom/klage fra cervikalregion. N95 spændingshovedpine. N17 Vertigo uden specifikation.

Information: almindelige godartede nakkegener. Mulige risici ved manipulation (c.v.i., nervevævslæsion). Anbefales at opretholde fysisk aktivitet under hensyntagen til smerter samt akut udredning ved feber eller neurologiske symptomer. Informeres om almindelig behandlingsirritation (ømhed, blå mærker).

Prognose: Sikker bedring indenfor 4 - 6 konsultationer, forventes afsluttet inden for 3-6 uger. Pt accepter behandlingstilbud som beskrevet under behandlingsplan.



Husk at angive diagnose med ICD kodning.
Husk at beskrive patientinformation omkr. diagnose, rådgivning, behandlingsrisiko, prognose samt informeret samtykke.



Plan:

Udredning:

Yderligere ortopædiske/neurologiske undersøgelser ved næste konsultation.

Monitorer:

Forventes monitoreret ved væsentlige subjektive og objektive fund, fastlagt ved 2. konsultation.

Behandlingstiltag:

Nakke: Graderet behandlingstilgang: initialt blødvævsbehandling, siden evt. øvelsesterapi/mobilisering og manipulation, efter løbende vurdering af indikation/kontraindikation.

Brystryk: manipulationsbehandling.

Rehabilitering/forebyggelse:

Indikation: mange fortilfælde. Evt. rehabilitering/forebyggelse planlægges senere i forløb.

Revurdering: ingen revurdering planlagt.



Angiv din behandlingsplan.
Bør indeholde overvejelser omkr. yderligere udredningsbehov hvis relevant.
Bør beskrive behandlingstilbud til patienten
Bør indeholde overvejelser om rehabiliterings/forebyggelsestiltag hvis relevant.
Angiv evt. begrundelse for at det ikke findes relevant.

Forløb:

Behandling initieres ved manipulation af dysfunktionelle torakale segmenter samt udspænding af trapezius over skulderåg. Ved opfølgende konsultation angives fuld remission. (vas. 98 pct.). Kan nu holde telefonrør mellem øret og skulderen og har ikke længere nattegener. Opfølgende undersøgelse af tidligere positive fund viser fuldstændig normalisering.



Forløbsbeskrivelse skal sammenskrives med mindre der er konkrete argumenter for at angive de enkelte konsultationsforløb separat. Beskriv behandlingstiltag, respons på behandling ved subjektive angivelser samt objektive/målbare ændringer (eks.: strakt-benløft-test bedret til ...). Ved afsluttet forløb angiv afslutningstilstand (eks.: afsluttes velfindende, afsluttet af patient uden fuldstændig bedring, osv.)

Problemstilling/debatoplæg:

1. er der indikation/kontraindikation i f.h.t. at initiere cervikal behandling af ekstensionsudløst svimmelhed?
2. bør der indledes forebyggende tiltag m.h.p. nedbringelse af risiko for recidiv ved et forløb der umiddelbart afklares ved 1 konsultation?



Beskriv problemstilling/debatoplæg



Indsæt journaludskrift
Husk at anonymisere både lægebrev samt journalmateriale



Journaludskrift

CPR xxxx75-xx

Skema oplysninger:

Røde Flag: 11-11-2016

ANGIVER VÆGTÆNDRING UDEN AT SPECIFICERE NÆRMERE.

"OPGIVER USÆDVANLIG TRÆTHED I PERIODE PÅ JEG HAR SKLEROSE OG 2 SMÅ BØRN, SÅ DET HAR STÅET PÅ EN DEL ÅR."

Der er angiveligt ingen forekomst af feber det sidste ½ år

VÅGNER OG MÅ OP AT TAGE PILLER FOR AT FALDE I SØVN IGEN

Patienten angiver ikke at være diagnosticeret med cancerlidelse.

Patienten angiver ikke at være diagnosticeret med hjerte-/kredsløbslidelse.

Der er angiveligt ingen forekomst af aktuelt/nyligt traume.

Andet (relevant genetik m.m.):

"X. X. (alder: 39, kvinde):" Højde: 178 Vægt: 90

X. X. henvender sig 11-11-2016 med gener sv.t. skulderhoved / nakke.

Debut: "ca 14 dage, Jeg går hjemme på barsel, så det er formentlig en form for overbelastning ."

Smerteskala markering: Ikke udfyldt.

Bedrende: Jeg bruger Voltaren Gel og tager Ipren

Forværende: Det er værre om morgenen - det bliver som regel bedre op ad dagen

Medicin: Aubagio (Sklerose).

Patienten angiver ikke at være diagnosticeret med sygdom i øvrigt.

Indlæggelser: Sklerose attaks samt 2 fødsler.

Ambulante sygehuskontakter: Jeg kommer jævnligt på sygehuset pga min sklerose.

Har angiveligt aldrig været undersøgt eller behandlet ved speciallæge.

Har angiveligt ikke fået diagnosticeret sygdomme/lidelser ved egen læge.

Tidl. medicin: Har angiveligt ikke tidligere været ordineret medicin i forløb ud over 3 ugers varighed. Tidl. Sklerosemedicin: Avonex, Rebif.

Der er angiveligt ingen forekomst af aktuelt/nyligt traume.

Der er angiveligt ingen forekomst af traume i relation til trafikuheld.

Der er angiveligt ingen forekomst af arbejdsrelateret traume.

Der er angiveligt ingen forekomst af traume i relation til sportsaktiviteter.

Der er angiveligt ingen forekomst af traumer i øvrigt.

Socialt:

Samlevende/alene: samlevende.

Beskæftigelses situation: Flexjobansættelse med jobfunktion: xxxxxxxxxxxx. Ugentligt timetal: 18.

Motionsvaner: "Jeg har tidligere løbet ca 3 gange om ugen og regner med at starte op med løb igen, når jeg er færdig på barsel. . "

Rygning: Ikke ryger

Alkohol: Angiver alkoholforbrug under/på 14 genstande om ugen.

Misbrug medicin/narkotika: Intet aktuelt eller tidligere misbrug af medicin eller narkotika.

Arvelige lidelser:

Ingen kendt familiær forekomst af cancerlidelse(r)

Ingen kendt familiær forekomst af hjertekredsløbssygdom

Ikke kendt med familiær forekomst af osteoporose.

Ingen kendt familiær forekomst af gigtlidelse

Familiær forekomst af: Ryglidelse(r).

Billeddiagnostik:

Røntgen Ingen tidligere røntgenundersøgelser.

Ul.-scanninger Ingen tidligere ultralyds-scanninger.

M. R. - scanninger "M.R.-scanning af: Hoved, nakke og ryg, skleroseundersøgelse. Inden for sidste ½ år.

C. T.- scanninger Ingen tidligere C. T.-scanninger.

DEXA-scanninger Ingen tidligere DEXA_scanninger.

Scintigrafi/P.E.T. Ingen tidligere scintigrafiundersøgelser/P.E.T.-scanninger.

Anden billediagnostik: Ikke besvaret.

Vej og nummer xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

By ikke udfyldt

Postnummer ikke udfyldt

Telefonnummer: ikke udfyldt

Mobiltelefonnummer: xxxxxxxxx

Email- adresse: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Læge(-hus): xxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Samtykke (information): Elektronisk samtykke givet.

Anamnese:

Dato: 11/11/2016:

x.x. henvender sig i klinikken d. 11-11-2016, med klager over smerter cervikotorakale overgang, trækkende ned interskapulært til t9 niveau, samt op i nakken. Kendte gener, intet væsentligt usædvanligt i f.h.t. tidligere episoder. Der er ingen udstråling til e.e. eller torso, bortset fra sovende fornemmelse ve. underben forud for aktuelle gener, der synes N.R.S. smerter (0-10): 5. Angiver upåvirket ADL. Der er ingen hoste-/nyse-, bugpresse- eller

inspirationsaggravation.

Der er hovedpine, i form af spændingsfornemmelse og af karakter kendt fra tidligere, lokaliseret bilat. occipitalt og frem til panden. Der angives svimmelhed, der beskrives som besvimmelss tendens siden skleroseopstart for 10 år siden, udløst ved ekstension af nakke. Ingen udvikling. Aktuelt upåvirket. Ingen synsforstyrrelser. Der er ingen kvalme eller opkastninger i relation til aktuelle gener. Ingen synkebesvær.

Pt. har udtalte nattesmerter og oplever markant søvnunderskud. Værst om morgenen.

Generne lindres ved voltaren gel, let aktivitet. Der er forværring af generne ved at tale i telefon med røret mellem skulder og hovedet.

Der er ingen kendt, eller symptomer sv.t., hjerte-, kredsløbs- eller respiratorisk lidelse. Der er ingen forværring ved kredsløbsbelastning.

Der er ingen symptompåvirkning ved indtagelse af fast føde eller væske.

Pt. oplever normal fornemmelse og funktion ved passage af urin, afføring og tarmluft.

Generne debuterede for ca. 2 uger siden, pludseligt, vågnede med det uden kendt årsag.

Seneste fortilfælde optrådte maj 16. Aktuelt usædvanligt, at der ikke er spontan remission i løbet af 1 uge. Ikke tilset eget lægehus. Ingen tidligere aktuelle behandlingstiltag. Forsat tiltagende.

Der angives ingen nervøsitet eller bekymring p.b.a. aktuelle gener.

Pt. er beskæftiget som sælger i flexjob 18 timer om ugen. Trives på arbejde, god chef, gode kolleger og god arbejdsplads.

Trives privat bortset fra stress relateret til sklerose og 2 små børn.

I øvrigt velbefindende, bortset fra sklerosen.

Medicin: aubagio 1½ md. (sklerose)

Pt. angiver ingen usædvanlig(e) vægtændringer, træthed eller feber. (INDEN FOR SIDSTE ½ ÅR)

Aktuel og tidl. kendt sygdom: KENDT SKLEROSE.

Der angives ingen aktuelle eller tidl. væsentlige traumer. (RISIKO FOR MÉN/SEQUELAE).

Undersøgelsesnote:

Pt. giver indtryk af at være emotionelt velafbalanceret og fremstår koopererende og er i stand til på struktureret vis at redegøre for symptomer og forløb Pt. fremtræder upåfaldende mht. energiniveau/udholdenhed.

E.T. over middel.

Blodtryk, ve. o.e.: 133/79, Puls ve. o.e.: 72. Blodtryk, hø. o.e.: 121/73, Puls hø. o.e.: 72

Ausc. art. carotis: i.a.

Neurologi:

Sensibilitet o.e.:

- Sensibilitet for let berøring: i.a.
- Undersøgelse af sensibilitet for smerte ikke udført.
- Undersøgelse af sensibilitet for vibration ikke udført.

Reflekser:

- Biceps: 2/2, Triceps: 2/2, Brachioradialis: 2/2

Styrkeundersøgelse o.e.: ikke foretaget.

Central nervesystem/Kranienerve undersøgelse: ikke udført.

- Dybe sene reflekser sv.t. u.e. ikke undersøgt.
- Undersøgelse af plantarrespons ikke udført.

Ortopædi:

- Observationer: ikke udført
- Bevægeudslag:
- Hø. rotation: ingen gener, men let nedsat bevægeudslag
- Ve. rotation: upåfaldende udslag og ingen gener.
- Hø. lateral fleksion: upåfaldende udslag og ingen gener.
- Ve. lateral fleksion: nedsat udslag l.gr. og smerter sv.t. trapezius hø. side.
- Ekstension: upåfaldende udslag og ingen gener.
- Fleksion: upåfaldende bevægeudslag, men lette gener.
- Sotohall: i.a.
- Lhermittes tegn: ikke tilstede.
- Perkussion torntappe (C1 – 7 og T 1- 4 samt dorsalt ribben 1 – 4 bilat.): i.a.
- Aksial kompression: i.a.
- Foramen kompression: udløser smerter hø. side sv.t. T1-2 / reproducerer smerter hø. og ve. side sv.t. T 1-2
- Hældrop: let reproduktion.
- Vippelejetest: ikke udført
- Fjedringstest: ikke udført
- Smerteadfærd: ikke vurderet

Arbejdsdiagnose: L01_Symptom_klage_fra_cervikalregion. N95 spændingshovedpine N17
Vertigo uden specifikation

Information: almindelige godartede nakkegener. Mulige risici ved manipulation (c.v.a, tryk nervevæv). Anbefales at opretholde fysisk aktivitet under hensyntagen til smerter samt akut udredning ved feber eller neurologiske symptomer. Informeres om almindelig behandlingsirritation (ømhed, blå mærker).

Prognose: Sikker bedring indenfor 4 - 6 konsultationer, forventes afsluttet inden for 3-6 uger.
Pt accepter behandlingstilbud.

Plan:

Udredning:

Yderligere ortopædiske/neurologiske undersøgelser ved næste konsultation.

Monitorer:

forventes monitoreret ved væsentlige subjektive og objektive fund, fastlægges ved 2. konsultation.

Behandlingstiltag:

Nakke: Graderet behandlingstilgang: initialt blødvævsbehandling, siden evt. øvelsesterapi/mobilisering og manipulation efter løbende vurdering af indikation/kontraindikation. Brystryk manipulation.

Rehabilitering/forebyggelse:

Indikation: mange fortilfælde Ingen rehabilitering/forebyggelse planlagt.

Revurdering: ingen revurdering planlagt.

Kontinuation:

11/11/2016 t5, t7, t9, *t2s.h.c.(). T2* s.h.c. ()

Ve. flx. forsat smerter hø.

foram. k i.æ./ bedre.

s- stræk. trapz.

13/11/2016 Aflysning: Ny tid næste tirsdag/pr

18/11/2016 (resumé: smerter cervikotorakale overgang, trækkende ned interskapulært til t9 niveau, samt op i nakken. Kendte gener. N.R.S. smerter (0-10): 5.

Der er hovedpine, i form af spændingsfornemmelse og af karakter kendt fra tidligere, lokaliseret bilat. occipitalt og frem til panden.

Pt. har udtalte nattesmerter og oplever markant søvnunderskud. Værst om morgenen.

Intet væsentligt usædvanligt i f.h.t. tidligere episoder. Der er ingen udstråling til e.e. eller torso, bortset fra sovende fornemmelse ve. underben forud for aktuelle gener. Angiver upåvirket ADL. Der er ingen hoste-/nyse-, bugpresse- eller inspirationsaggravation. Der angives svimmelhed, der beskrives som besvimelses tendens siden skleroseopstart for 10 år siden, udløst ved ekstension af nakke. Ingen udvikling. Aktuelt upåvirket. Ingen synsforstyrrelser. Der er ingen kvalme eller opkastninger i relation til aktuelle gener. Ingen synkebesvær.):

Siden sidst gået rigtigt godt. Føler det er væk. Vas.: 98 pct. Kan nu snakke i telefon igen med røret mellem øret og skulderen og sover bedre om natten. (ingen nattegener)

Fik massage i fredags.

- Hø. rotation: ingen gener, men let nedsat bevægeudslag): i.a.

- Ve. lateral fleksion: nedsat udslag l.gr. og smerter sv.t. trapz. hø. side.): i.a.

- Fleksion: upåfaldende bevægeudslag, men lette gener.): i.a.

- Foramen kompression: udløser smerter hø. side sv.t. T1-2 / reproducerer smerter hø. og ve. side sv.t. T 1-2): i.a. /i.a.

- Hældrop: let reproduktion.): i.a.

t5, *t9, *t11

t3 s.h.c., t3 s.h.c.