

## 5. Audit af 10-15 primærjournaler

Denne kompetence vurderes i forbindelse med supervisors gennemgang af patienter, som den uddannelsessøgende har skrevet journal på. I auditten skal indgå journaler fra vagten, planlagte indlæggelser og forambulante undersøgelser. Supervisor kan være den uddannelsessøgendes vejleder eller anden senior læge. Ved journalauditten vurderes flg. delmål i målbeskrivelsen:

- Standardiseret neurologisk journal
- Evne til at kunne identificere de almindeligste neurologiske tilstande
- Evne til at optage anamnese med neurologisk fokus, identificere symptomer og relatere dem anatomisk og til sygdommens art.
- Evne til at kunne anvende afdelingsinstrukser i den diagnostiske udredning og behandling i forhold til følgende sygdomme/tilstande: parkinson, TIA/apopleksi, demens, MS, epilepsi, hovedpine, neuromuskulære lidelser (polyneuropatier og trykneuropatier), den bevidstløse patient, forhøjet ICP og commotio.

Kunne varetage superviserede forløb på indlagte og/eller ambulante patienter.

JA

### Indsamling af information

Journalen indeholder relevante og tilstrækkelige oplysninger om:

- dispositioner, tidligere sygdomme, allergier
- en klar formulering af aktuelle problem og evt. forløb med specifikke oplysninger om funktionsniveau, samt væsentlige negative informationer (mønstergenkendelse dvs. hypotesegenererende)
- relevante og tilstrækkelige oplysninger om funktion af øvrige organsystemer
- medicin, alkohol, tobak, sociale forhold og hjælpeforanstaltninger
- en struktur og klar formulering af objektive neurologiske fund, samt evt. negative fund, inkl. sprogfunktion, bevidsthedsniveau evt. med relevant score (MMSE, GCS, etc.)

### Konklusion og problemafgrænsning

- Klart formuleret konklusion på anamnesen og objektiv undersøgelse.
- Symptomer og objektive fund relaterer korrekt til en topografisk/anatomisk diagnose
- Klar formulering af problemstilling samt tentativ diagnose og differentialdiagnose.

### Undersøgelser- og behandlingsplan

- Undersøgelser- og behandlingsplanen er hensigtsmæssig og effektiv evt. i iflg. kliniske retningslinier
- Den videre udrednings- og behandlingsplan er justeret ind og journalført ved stuegang/ambulante forløb ud fra patientens tilstand og foreliggende oplysninger, herunder svar på undersøgelser
- Der ved gennemgang er fremkommet anamnesticke oplysninger/objektive fund der ændrer væsentligt ved udrednings- og behandlingsplanen og som lægen i introduktionsstilling burde have fanget/tolket anderledes?

### Patientinformation og accept

- Klar og fyldestgørende beskrivelse af den information, som er givet til patient og evt. pårørende.
- Beskrivelse af patientens accept af undersøgelses- og behandlingsplan.

Denne kompetence (5. Audit af 10-15 primærjournaler) er samlet vurderet som godkendt

Supervisors underskrift og stempel : .....

Dato: .....