Pediatrisk Innkomstjournal – 2024

FJERN PERSONALIA!

I en konsultasjon, begynn med amnese og avslutt med klinisk undersøkelse (som ofte er den mest mislikte delen av undersøkelsen). Hold fokus. Vær detaljert når det er relevant. Det må være en logisk rekkefølge i journalen din. Journalen er et juridisk dokument som må beskrive din tankegang og handling med den presisjonen og fullstendigheten som er nødvendig i en rettssal, inkludert negative resultater – det som ikke er nevnt, har ikke blitt spurt om eller undersøkt. Vær så presis som mulig:

Sykehistorie:

Først, noter hvordan du fikk informasjonen. Hvem er til stede? Direkte intervju? Telefon? Tolk? Er informasjonen hentet fra journal?.

Årsak til innleggelse: Hvorfor er pasienten innlagt denne gangen? (viktig for pasienter med flere problemer)

Familie/sosialt: Pasientens alder og kjønn. Etnisk bakgrunn, fødested, og språkforståelse til foreldre. Er foreldrene gift/samboende/skilt? Er foreldrene i slekt? Søsken og hjemmemiljø (røyking, kjæledyr, tepper). Barnets omsorgsnivå er viktig, inkludert antall omsorgspersoner. Foreldrenes arbeidssituasjon inkludert yrke (viktig for å gi informasjon på riktig nivå). Barneomsorg mens foreldrene er på jobb (barnehage, skole, SFO). Venner, interesser og fritidsaktiviteter.

Hereditet: Sykdommer og arvelige lidelser i familien eller andre nære slektninger. Dødsfall i familien med ukjent årsak.

Svangerskap og fødsel: Svangerskap, fødsel, årsak til forløsning hvis annet enn spontane rier hos mor ved termin. Neonatalperiode, inkludert gestasjonsalder, fødselsvekt/-lengde/-hodeomkrets og percentiler på alle mål. Ernæringstilstand (varighet av amming).

Vekst og utvikling: Normale oppfølging og utvikling ved helsestasjonskontroller? Fremdrift av viktige utviklingsmilepæler (tidspunkt for å rulle over, sitte, gå, snakke i setninger). Disse elementene må noteres i detalj når det er avvik fra normen eller det mistenkes en nevrologisk forstyrrelse. Hva er barnets habituelle tilstand hvis utviklingshemmet?

Vaksinasjonstatus: Følger barnet vaksinasjonsprogrammet? Årsaker hvis ikke vaksinert?

Tidligere sykdommer: Tidligere sykdommer, sykehusinnleggelser eller helseproblemer i barndommen.

Aktuelt: Årsak til konsultasjonen. Hvilke symptomer, start og utvikling (gradvis eller plutselig start). Beskriv de spesifikke symptomene (hoste, pustebesvær, oppkast, diaré, smerte, etc.). Noter rekkefølgen de presenterte seg i, og få frem detaljert og spesifikk informasjon om

symptomene. Beskriv utviklingen av hvert symptom uavhengig. Hvis det er symptomer som er viktig å utelukke, og som ikke er til stede, bør disse også nevnes (ie trykksymptomer ved hodepine).

Vær åpen og lytt til foreldrene! Det er meget viktig å notere foreldrenes bekymringer.

Naturlige funksjoner: (ikke skriv "normal", hva er barnets habituelle vaner? er det endringer i forbindelse med det aktuelle?)

- Diurese – beskriv hvis mulig (antall våte bleier osv.), farge hvis hensiktsmessig
- Avføring – beskriv hyppighet, konsistens/farge (Bristol Stool-skala)
- Mat/væskeinntak– beskriv matlyst, inntak og hva barnet spiser. Hvordan er væskeinntaket?
- Søvn – beskriv hvor mange timer
- Aktivitet – beskriv barnets normale aktivitetsnivå, og evt hvordan det har endret seg, hvis barnet har fallert over tid.

Medisiner: Bruk av medisiner (faste/ved behov/nye i forbindelse med det aktuelle), inkluder dose og tidspunkter hvis relevant.

Allergier: Medikamentallergier og andre allergier. Beskriv hva slags reaksjon barnet har på allergenet.

Status presens; Dato og tid:

Beskriv dine observasjoner, ikke din tolkning av dem! Negative funn er like viktige (eksempel: ingen bilyd, ingen forstørrelse av lever/milt).

Generell beskrivelse: X-måneders/år gammel gutt/jente. Beskriv allmenntilstand. Beskriv generell helse: velnært, tynn, overvektig etc. *Innsunkne øyne*, innsunket fontanelle, redusert hud turgor? Grad av kontakt. Aktivitetsnivå/bevegelighet. Samarbeid under undersøkelsen. Ødem. Utslett/petekier – beskriv og noter størrelse og plassering. Cyanose. Gulsott. Nakke- og ryggstivhet. Forstørrede lymfeknuter – hvor har du sjekket? Respiratorisk stabil? Pustevansker? - (takypné, dyspne, inndragninger, bruk av hjelpemuskulatur, eller nesevingespill?). Sirkulasjon – kald? varm? tørr? over ekstremiteter.

Vekst: Høyde (percentil). Vekt (percentil). Hodeomkrets (percentil, barn ≤ 2 år). Hvis dette ikke er gjort –**må** du gjøre det! Utmerket læringsmulighet. Søk opp percentiler for vekst, og skriv det inn, f.eks.: Høyde 99 cm (50-75p). Vekt 22 kg (2 kg over 97p).

Vitalia: *Under dette punktet ønsker vi at dere skriver inn normal verdi og om verdien er høy, lav eller normal for alderen. Hvis sykepleier ikke har tatt målinger (f.eks temperatur eller BT), så **skal** dere måle selv.*

- Puls (høy, lav, normal for alderen) f.eks.: Puls/HR: 100 /min (80-120) – normalt for alderen
- Respirasjonsfrekvens (RF: XX/min (ref. Område) - høy, lav, normal for alderen)

- SaO2 i % - i romluft eller ikke?
- Blodtrykk (BT XX/XX mmHg (ref. Område) (høy, lav, normal for alderen)
- Temperatur – sted (i pannen, i øret, i armhulen, eller rektalt)
- Kapillær fylningstid i sekunder (sentral/perifer, høy, lav)

Spesifikk undersøkelse av kroppen fra topp til bunn (i "anatomisk rekkefølge"):

Caput: Form, symmetri. Fontaneller. Skillelinjer mellom suturer.

ØNH: Undersøkelse av ørene med et otoskop og undersøkelse av halsen bør gjøres på slutten av konsultasjonen, men fortsatt noteres i "anatomisk rekkefølge" i pasientjournalen

Nakke: Litt forstørrede kjertler er ikke uvanlig. Beskriv forstørrede kjertler (lokalisering, størrelse, myke/harde, ømme…)

Thorax: Inspeksjon: brystsymmetri, anatomisk variasjon (pectus excavatum et carinatum), status etter større operasjoner, inndragninger (subkostal, interkostal, supraklavikulær, jugular), bruk av hjelpemuskler ved pusten.

Cor: Inspeksjon, palpasjon (ventrikulær heving, forskjøvet ictus, vibrasjoner), auskultasjon; hjertelyder – karakter: regelmessig, normale hjerterytmer? Bilyder; systoliske/diastoliske, grad av bilyder (I-VI), og lokalisering. Perkusjon (sjelden nyttig hos barn).

Pulm: Auskultasjon (unormale pustelyder: stridor, knatrelyder, piping, nedsatte pustelyder, ekspiratorisk grynting). Forlenget utpust? Assistert, anstrengt pusting. Perkusjon (sammenligning av sider)

Abdomen: Inspeksjon, auskultasjon (tarmlyder), palpasjon (forstørret lever eller milt? oppfylninger?), og perkusjon. Palpasjon av lyskepuls.

Genitalia eksterna og rektalundersøkelse: Normal feminine/maskuline? Skrotum – ofte hensiktsmessig ved magesmerter. Hvis barnet bruker bleie – alltid åpne og sjekk kjønnsorganene og se etter bleieutslett etc. Kan være aktuelt å undersøke rektum, normal endetarmsåpning? tegn til sår/rifter? Rektalundersøkelse er ikke en del av rutineundersøkelsen. Når det utføres, bør lillefingeren brukes hos små barn.

Reflekser: Sjekk primitive reflekser i løpet av de første månedene. Disse refleksene forsvinner gradvis etter tre måneders alder, og skal være borte etter 6 måneder, bortsett fra plantar gripe-refleks, som forsvinner innen den 9. måned. Dype senereflekser kan undersøkes fra 6-måneders alder.

Nevrologisk screening: En kort nevrologisk gjennomgang bør utføres på alle barn (kontakt, muskeltonus og bevegelsesmønstre), mens en mer detaljert nevrologisk undersøkelse kun utføres når det er indikert.

Supplerende undersøkelser: List undersøkelser utført eller planlagt med dato/tid i forhold til nåværende problemstilling.

• Billeddiagnostikk (røntgen, ultralyd, CT, MR, scintigrafi etc.)

• Blodprøver

• EEG, EKG, urinprøve, avføringsprøve, nasofarynx PCR ++

**Inkluder alle resultater*! Hvis resultatene ikke er tilgjengelige før etter 1-2 dager eller senere, må du logge inn senere/komme tilbake senere, lage en plan med vaktlegen for å få resultater når de er klare. Ikke lever journal før du har ført inn prøvesvar. Hvis det ikke er mulig – kommenter dine grunner for ikke å gjøre det.

Vurdering/tiltak:

Sammenfatning og tolkning (inkludert tentativ diagnose): Pasientjournalen avsluttes med en kort sammenfatning av pasientens sykdomshistorie og undersøkelsesfunn – *så mye informasjon som mulig i så få ord som mulig.* Dette bør ikke inkludere ny informasjon, men heller de essensielle punktene fra pasientens sykehistorie og undersøkelse. En tolkning av symptomene og funnene, som fører til en konklusjon med en tentativ diagnose, bør klart skilles fra historien og status.

Behandlingsplan: Innleggelse eller hjemsendelse? Behandling igangsatt? Ingen tiltak nødvendig? Informasjon til foreldrene, fastlegen, helsestasjonen for oppfølging hvis pasienten ikke blir innlagt.

Vennligst merk at…

- En del av læringen dette semesteret er for deg å bli trygg på å undersøke barn og dyktig i å ta opp sykehistorie, som er forskjellige fra voksne pasienter. Det kan være at foreldre ber deg om ikke å utføre en undersøkelse som å se i munnen eller ørene hvis en allmennlege/legevakt og en lege ved Barnemottaket allerede har gjort det. Det er greit, men generelt bør du gjøre mesteparten av det selv.
- Vi ønsker at du skriver i journalen hvorfor du ikke har gjort en undersøkelse eller informasjon som mangler/ikke er spurt om. (ie Mor ønsket ikke at barnet skulle bli undersøkt i halsen, har tidligere blitt gjort dette både på legevakt og av vakthavende pediater. Foreldre husker ikke hvor mye barnet veide ved fødsel ect).
- Sykepleierne har ikke alltid utført alle vitale målinger, som blodtrykk, vekt/høyde hvis de ikke ser nødvendigheten i akkurat dette tilfellet. Du bør i det minste få vitale målinger (RF, HR, metning og temperatur) og vekt, lengde og hodeomkrets hvis barnet er mindre enn to år. Hvis gjort, kan det enkelt sees på verdier lagt inn i metavision, ie PEVS (Paediatric Early Warning Score). Hvis verdiene avviker fra normen må du kommentere; for eksempel forårsaket av uro, gråt osv.