

Hvad laver jeg under en konsultation?

Forberedelse:

1. Finder min ambulatorieliste
2. fremsøger næste patient
3. finder hoved-diagnose
4. finder væsentlige bidiagnoser
5. får en fornemmelse af særlige psyko-sociale forhold
6. identificerer konsultationens formål
7. fremsøger seneste nøgleaktivitet
8. inspicerer indkomne resultater
9. indprenter mig navnet

Indledning af samtalen:

10. henter pt. i venteværelset
11. etablerer en første emotionel kontakt/registrering
12. noterer almentilstand, kommunikationsmuligheder, gangfunktion
13. udfører CPR-kontrol
14. anslår konsultationens tema (fælles dagsorden)
15. indbyder til patientens rapport om status (fælles dagsorden)

Indhentning af information:

16. reflekterende anamneseoptagelse inkl. frasortering af irrelevant tematik
17. målrettet objektiv undersøgelse (evt. m. suppl. Ultralyd)

Formidler information og diagnose:

18. fortolker situationen for patienten
19. informerer om indkomne resultater
20. sikrer patientens forståelse
21. bekræfter emotionel kontakt/empati
22. skitserer et overordnet mål for videre indsats
23. tilsikrer patientens accept af dette, såvel personligt som socialt/familiært
24. informerer om behandlingsdetaljer – evt. med sammenligning, hvis flere muligheder
25. forbereder på bivirkninger
26. skitserer et videre behandlings- og kontrolforløb
27. eller skitserer henvisningsmuligheder (andre specialer, egen læge, palliation)
28. vurderer sociale behov og plejebehov

Afslutning af samtalen:

29. opdaterer EPJ ordinationer og afstemmer med FMK
30. rapporterer eventuelt til sygeplejersker i eget ambulatorium
31. koordinerer ny bookning
32. afslutter konsultation med værdighed