



Wprowadzenie do ćwiczeń z propedeutyki chorób wewnętrznych.
Wprowadzenie do badania lekarskiego, zasady komunikacji z pacjentem, rozumowanie kliniczne, ocena i dokumentowanie wyników badania.



Dr hab. n. med. Marcin Wełnicki
Lek. Maria Łukasiewicz



Wprowadzenie do ćwiczeń z propedeutyki chorób wewnętrznych.

III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii

Kierownik Kliniki

Prof. Dr hab. n. med. Artur Mamcarz artur.mamcarz@wum.edu.pl

Z-ca Kierownika Kliniki, Kierownik I Oddziału Chorób Wewnętrznych

Dr n. med. Wiesława B. Duda-Król wieslawa.duda-krol@wum.edu.pl

Z-ca Kierownika I Oddziału Chorób Wewnętrznych

Odpowiedzialny za organizację zajęć studentów kierunku lekarskiego

Dr hab. n. med. Marcin Wełnicki marcin.welnicki@wum.edu.pl

Kierownik Oddziału Kardiologii i Chorób Wewnętrznych

Dr hab. n. med. Małgorzata Buksińska-Lisik malgorzata.buksinska-lisik@wum.edu.pl

Odpowiedzialny za organizację zajęć studentów fizjoterapii

Dr n. med. Tomasz Chomiuk tomasz.chomiuk@wum.edu.pl



III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii

Kierownik Kliniki

Prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz



III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii

Z-ca Kierownika Kliniki, Kierownik I Oddziału Chorób
Wewnętrznych

Dr n. med. Wiesława B. Duda-Król



III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii

Z-ca Kierownika I Oddziału Chorób Wewnętrznych

Odpowiedzialny za organizację zajęć studentów kierunku
lekarskiego

Dr hab. n. med. Marcin Wełnicki

Zespół kierujący 6-tym piętrem

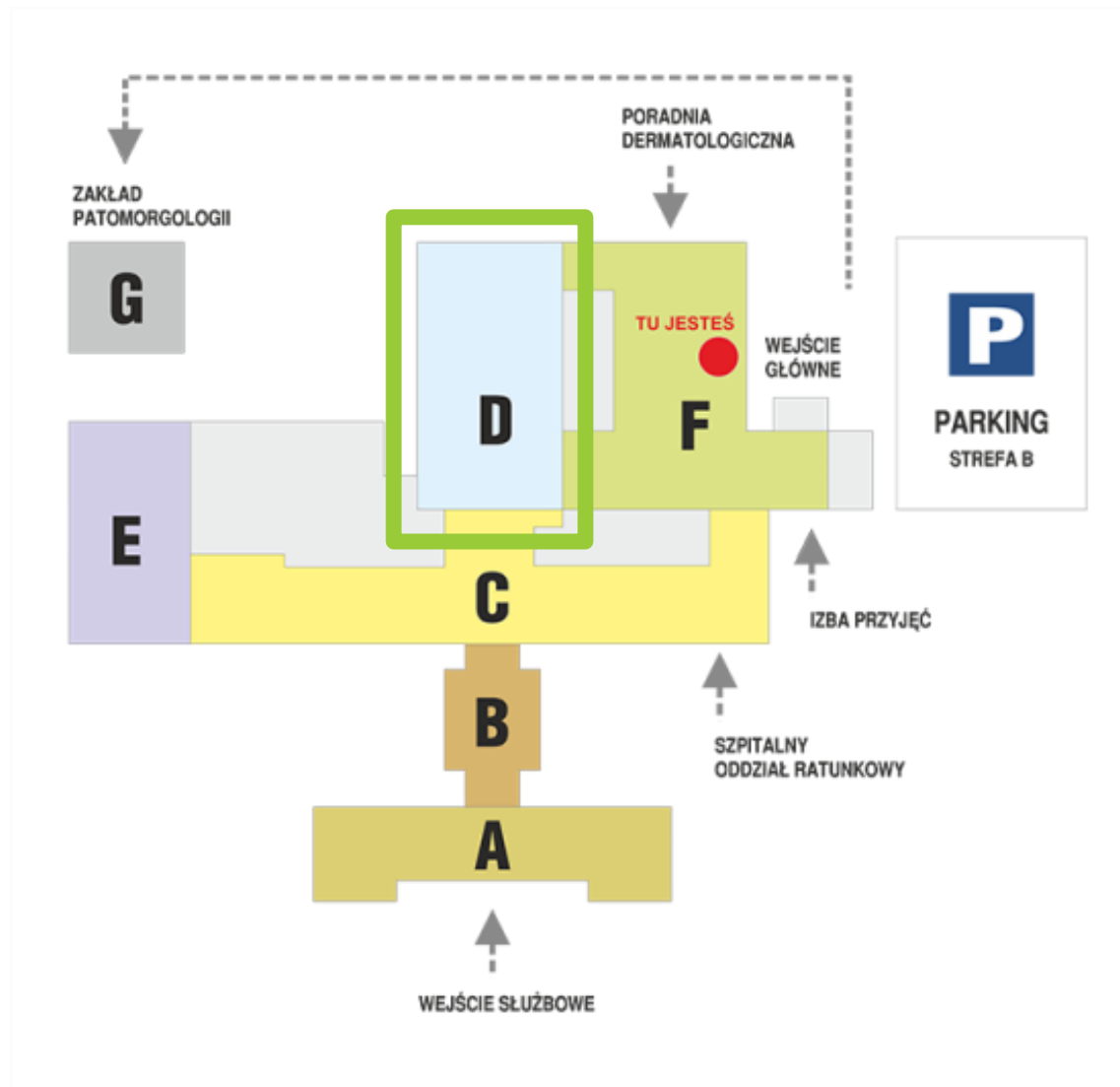


III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii

Budynek D

Piętro VI – Oddział I Wewnętrzny

**Piętro II – Oddział Kardiologii i Chorób
Wewnętrznych**



III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii

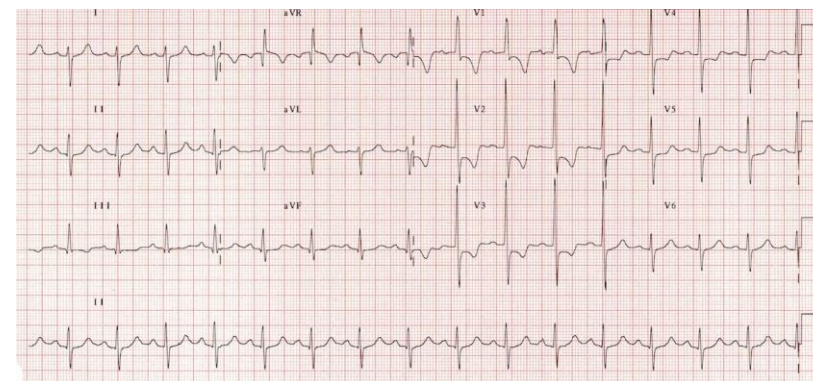
Oddział I Wewnętrzny

- Artur Mamcarz
- Wiesława B. Duda-Król
- Daniel Śliż
- Marcin Wełnicki
- Dariusz Garecki
- Elżbieta Tomaszewicz-Sałek
- Aleksandra Kundera
- Maria Dyczek
- Sylwia Kruk
- Anna Kochanowska (doktorantka)



Oddział Kardiologii i Chorób Wewnętrznych

- Małgorzata Buksińska-Lisik
- Iwona Bryk
- Jacek Lach



Układ zajęć

Seminaria zgodnie z grafikiem w salach seminaryjnych (sala odpraw, p. 6)

Zespół I Oddziału Chorób Wewnętrznych odpowiada za:

- Zajęcia przy łóżku chorego
- Seminaria
- Pacjent do własnej historii choroby
- Kolokwium praktyczne

Zespół Oddziału Kardiologii i Chorób Wewnętrznych odpowiada za:

- Zajęcia przy łóżku chorego - wybrane dni zajęć (dzień „kardiologiczny”)
- Pacjent do własnej historii choroby
- Seminaria

Tematy seminariów

- S1.** Wprowadzenie do ćwiczeń z propedeutyki chorób wewnętrznych.
Wprowadzenie do badania lekarskiego, zasady komunikacji z pacjentem, rozumowanie kliniczne, ocena i dokumentowanie wyników badania.
- S2.** Ocena ogólna chorego, budowy ciała, stanu odżywienia, stanu nawodnienia, temperatura ciała, sytuacje szczególne – np. chory nieprzytomny, utrata masy ciała, gorączka
- S3.** Badanie skóry, głowy i szyi.
- S4.** Badanie kliniczne z zakresu chorób układu ruchu i podstawowa diagnostyka różnicowa chorób narządu ruchu i tkanki łącznej.
- S5.** Wywiady, badanie przedmiotowe i podstawowa diagnostyka różnicowa z zakresu układu krążenia.

Tematy seminariów

- S6.** Wywiady, badanie przedmiotowe i podstawowa diagnostyka różnicowa z zakresu układu oddechowego.
- S7.** Wywiady, badanie przedmiotowe i podstawowa diagnostyka różnicowa z zakresu układu krwiotwórczego
- S8.** Wywiady, badanie przedmiotowe i podstawowa diagnostyka różnicowa z zakresu układu pokarmowego.
- S9.** Wywiady, badanie przedmiotowe i podstawowa diagnostyka różnicowa z zakresu układu moczowego.
- S10.** Wywiady, badanie przedmiotowe i podstawowa diagnostyka różnicowa z zakresu układu wewnątrzwydzielniczego.
- * S11.** Konstrukcja historii choroby.



Studenckie Koła Naukowe

SKN Chorób Wewnętrznych „SKN Interforest”

Opiekun: lek. Dariusz Garecki

FB: @skninterforest

skninterforest@gmail.com





Studenckie Koła Naukowe

SKN Medycyny Stylu Życia

Opiekun: Dr hab. n. med. Daniel Śliż

FB: @sknmedycynystyluzycia

lifestyle.wum@gmail.com

Strona www

Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia

<https://ptmsz.pl/>



Obecność na zajęciach

Obecność na
zajęciach

Nieobecności na zajęciach MOŻNA odrobić



**Na dyżurze medycznym u jednego z
asystentów prowadzących zajęcia**

początek dyżuru godz.
15:30 w dni powszednie

godz. 9:00 w dni wolne
od pracy

Zaliczenie zajęć

1. Obecność na zajęciach (ew. odrobienie nieobecności)
2. Zaliczenie historii choroby (samodzielnie napisanej!) u asystenta prowadzącego zajęcia
3. Zdanie kolokwium praktycznego u asystenta prowadzącego zajęcia
4. Zdanie kolokwium pisemnego, testowego w formie on-line ostatniego dnia zajęć

Zakres pytań jest zgodny z tematami omawianymi podczas seminariów i ćwiczeń.

Warunkiem zaliczenia zajęć jest spełnienie wszystkich powyższych warunków!

II termin kolokwium końcowego

W przypadku **niedopuszczenia lub niezaliczenia** pierwszego terminu kolokwium końcowego zostanie wyznaczony drugi termin kolokwium.

Drugi termin kolokwium ma charakter odpowiedzi ustnej.

Literatura przedmiotu

Podstawowa:

Macleod's Badanie kliniczne. Edra Urban & Partner Wydawnictwo Wrocław 2017, wyd.2

Uzupełniająca

1. Zaborowski P.: Podstawy badania klinicznego. Medipage Warszawa 2016, wyd.1
2. Antczak A., Myśliwiec M., Pruszczyk P. Z serii Wielka Interna. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. Medical Tribune Polska, Warszaw 2012.
3. Diagnostyka różnicowa objawów chorobowych. F. Kokot wyd. 3 2007 PZWL
4. Interna Szczeklika – Podręcznik Chorób Wewnętrznych. Medycyna Praktyczna 2022/2023
5. Tatoń J., Czech A.: Diagnostyka internistyczna. PZWL 2005, wyd. 3

Uwagi ogólne

Student zobowiązany jest do samodzielnego przygotowania się do zajęć – zarówno seminaryjnych jak i praktycznych!

Na kolokwium obowiązuje wiedza z seminariów i ćwiczeń poszerzona o informacje zawarte w proponowanej literaturze (pierwsze trzy pozycje należy traktować jako podręczniki referencyjne)

Na zajęcia praktyczne studenci stawiają się w odzieży medycznej (fartuch medyczny, buty na zmianę), z własnymi stetoskopami.

Ściąganie na kolokwiach lub korzystanie z pomocy naukowych (w tym w domniemaniu telefonów komórkowych) automatycznie oznacza niezaliczenie danego kolokwium!!!

UWAGI DODATKOWE

Zgodnie z decyzją Dyrekcji Szpitala wszyscy studenci PRZED rozpoczęciem zajęć mają obowiązek odbycia **szkolenia BHP i zapoznać się z Polityką Ochrony Danych Osobowych**. Materiały szkoleniowe oraz stosowne dokumenty potwierdzające zapoznanie się z nimi dostępne są dla Państwa w zakładce Dydaktyka i kształcenie na stronie www.szpitala

Oświadczenie powinny być przez Państwa podpisane z datą zgłoszenia się do szpitala na zajęcia, zebrane przez asystenta oraz przekazane do Działu Kadr Szpitala.

Strona szpitala: <https://www.mssw.pl/1/dydaktyka-i-ksztalcenie/520-wum>

Hasło dostępu: student123



To zdjęcie, autor: Nieznany autor, licencja: [CC BY](#)



To zdjęcie, autor: Nieznany autor, licencja: [CC BY-SA](#)



To zdjęcie, autor: Nieznany autor, licencja: [CC BY](#)

UWAGI DODATKOWE



To zdjęcie, autor: Nieznany autor, licencja: [CC BY-NC-ND](#)



To zdjęcie, autor: Nieznany autor, licencja: [CC BY](#)



To zdjęcie, autor: Nieznany autor, licencja: [CC BY-SA](#)

UWAGI DODATKOWE

Kontakt z Kliniką

Strona www Kliniki: <http://interforestclinic.wum.edu.pl>

Telefon do sekretariatu: 22 47-35-311; 22 47-35-262

Kierownik Kliniki:

Prof. dr n. med. Artur Mamcarz

artur.mamcarz@wum.edu.pl

Osoba odpowiedzialna za organizację zajęć studentów wydziału lekarskiego:

Dr n. med. Marcin Wełnicki

marcin.welnicki@wum.edu.pl

ZALEŻY NAM BARDZO NA WASZYCH OPINIACH WYRAŻANYCH W ANKIETACH



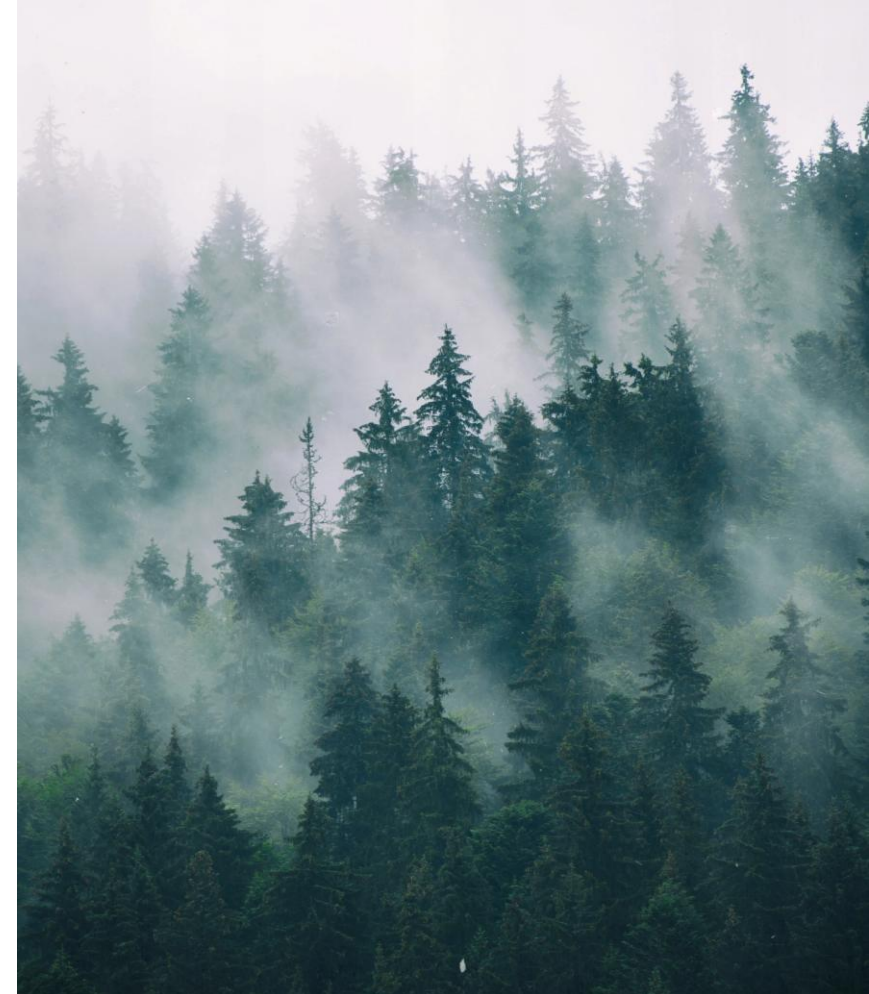
WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY



III Klinika Chorób
Wewnętrznych i Kardiologii

Pytania?





Zaczynamy... witamy w „Lesie”

Poznajcie Doktorka



Przez najbliższe dni będzie on pojawiał się na seminariach:

- podkreślając mniej oczywiste treści
- podpowiadając jak zapamiętać niektóre rzeczy
- serwując „life-hacki” przydatne na początku klinicznej drogi



Wprowadzenie do badania lekarskiego, zasady komunikacji z pacjentem, rozumowanie kliniczne, ocena i dokumentowanie wyników badania.

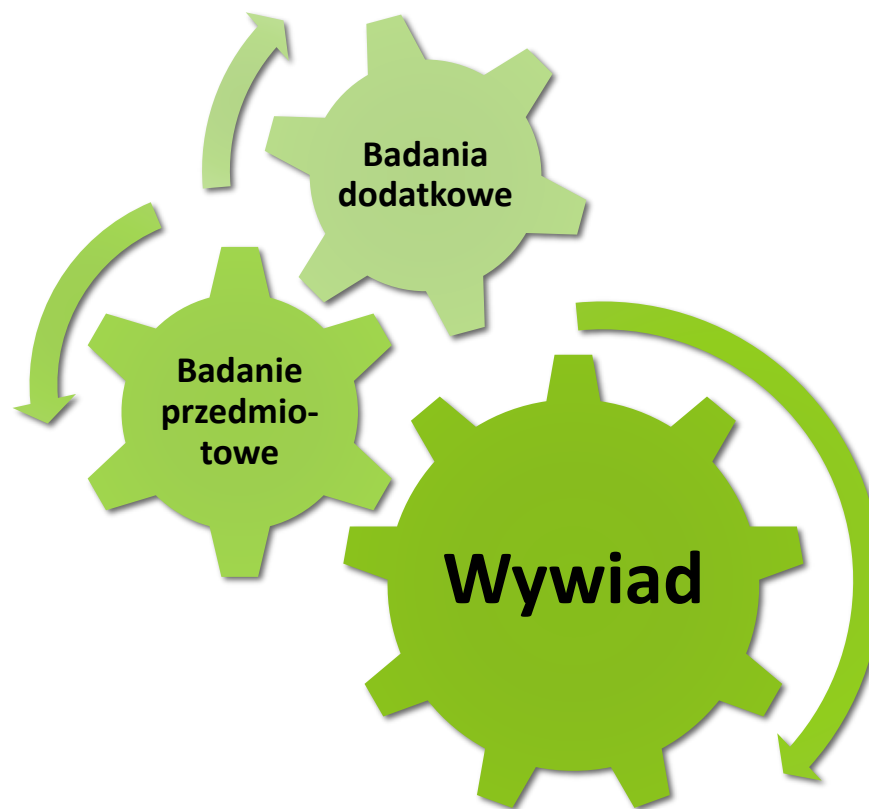
Podstawowe zasady

1. Przed rozpoczęciem rozmowy pacjentowi należy się przedstawić i zarysować cel spotkania (wywiad, badanie przedmiotowe, uzupełnienie już wcześniej uzyskanych informacji).
2. Należy upewnić się, że rozmawia się z właściwą osobą (pacjenci zmieniają sale/łóżka, często kilkakrotnie w trakcie hospitalizacji).
3. Do pacjentów należy zwracać się:
 - głośno
 - wyraźnie
 - „zrozumiałym” językiem
 - z szacunkiem i zrozumieniem

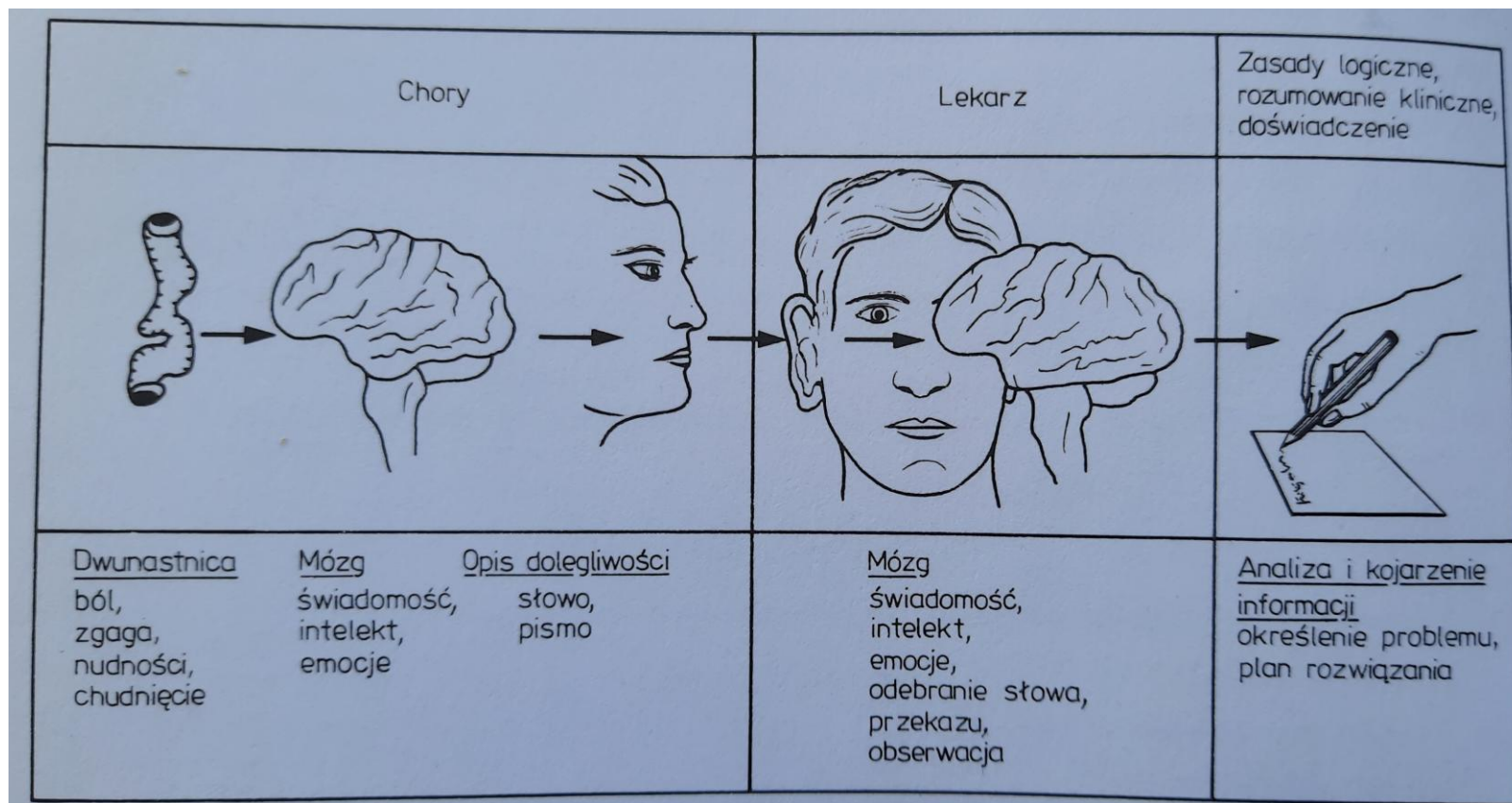
Wydaje się, że powyższe punkty są oczywiste, ale są one niezbędne do prawidłowej komunikacji oraz pozwalają uniknąć naprawdę wielu błędów i nieporozumień 😊



Badanie lekarskie



Badanie lekarskie



Wywiad – wstęp

1. Informacje, które:

- chory formułuje spontanicznie (znacznie cenniejsze!)
- uzyskujemy zadając pytania
 - otwarte (motywujące pacjenta do udzielenia dłuższej, złożonej odpowiedzi)
 - zamknięte (odpowiedź głównie sprowadza się do tak/nie) – często jedyna forma uzyskiwania informacji od chorych np. z zespołem otępiennym lub pozwalająca szybko uzyskać kluczowe informacje **od pacjentów w ciężkim stanie!**

2. Jest w dużej mierze subiektywny – trzeba „brać na to poprawkę” formując ostateczne wnioski diagnostyczne.

- agrawacja objawów
- dyssymulacja objawów

3. Wymaga podjęcia próby „zmierzenia/zobiektywizowania” opisywanego zjawiska

- skale oceny bólu
- precyzowanie czasu występowania (np. od dawna, to znaczy od kiedy? od roku? od miesiąca?)
- itd.

Wywiad – podstawowa kolejność

1. Przedstawienie się choremu, uzyskanie zgody na rozmowę, w miarę możliwości znalezienie komfortowego miejsca do rozmowy (sala chorych, sala badań, gabinet zabiegowy).
2. Pytanie o NAJWAŻNIEJSZE dolegliwości będące PRZYCZYNĄ hospitalizacji/NAJBARDZIEJ doskwierające choremu.
3. Pytania szczegółowe dotyczące najpierw zgłaszanego objawu, następnie innych patologii w obrębie „chorego” układu.
4. Pytania dotyczące pozostałych układów (pacjent często koncentruje się na głównej dolegliwości, nie informując spontanicznie o innych objawach, które uznaje za mniej dokuczliwe lub nieistotne).
5. Pytanie otwarte pozwalające choremu uzupełnić wywiad o informacje, o które wcześniej nie zapytaliśmy, a którymi chory chciałaby się podzielić.

Celem poprawnie i skrupulatnie zebranego wywiadu jest „wyłuskanie” i precyzyjne opisanie wszystkich dolegliwości pacjenta, a nie tylko tych zgłaszanych spontanicznie.



Uzyskiwanie informacji

„ZASADA RZEPA” ☺





„Zasada rzepa”

Do zgłaszanego objawu należy „przyczepić się jak rzep” ... i nie puszczać dopóki wszystkiego o danym objawie się nie dowiemy!!!

Np. ból brzucha...

1. Od kiedy występuje? Od 3 godzin/wczoraj/miesiąca/roku...
2. Jaki ma charakter? Kłujący/piekący/rozpierający...
3. Jest stały czy okresowy?
4. Gdzie jest zlokalizowany?
5. Czy można umiejscowić go precyzyjnie czy jedynie orientacyjnie?
6. Czy reaguje na przyjmowane leki przeciwbólowe?
7. Czy coś go nasila? Czy coś łagodzi?
8. Związek w posiłkiem/wypróżnieniem?
9. Czy wybudza w nocy?
10. ...



Badanie przedmiotowe

1. Badanie powinno odbywać się w maksymalnie komfortowych dla pacjenta warunkach – jeśli to możliwe warto poprosić „chodzących” pacjentów o opuszczenie sali, a optymalnie badać chorego w sali/pokoju badań.
2. „Miejsca bolesne” badamy delikatnie i na samym końcu.
3. Konieczne jest precyzyjne wydawanie poleceń pacjentowi.
4. Warto tak ułożyć sobie w głowie schemat badania, żeby wykonać wszystkie jego elementy w danej „pozycji pacjenta”: np. na leżąco warto zbadać jamę brzuszną, ale również objawy oponowe, objaw Laseque’a oraz próbę pięta-kolano.



Ocena i dokumentowanie wyników badania

1. Uporządkowanie informacji uzyskanych od pacjenta przed spisaniem ich:

- klarowne przedstawienie przyczyny hospitalizacji i objawów towarzyszących zgłaszanych przy przyjęciu do szpitala
- systematyczny opis poszczególnych układów
- opis farmakoterapii – optymalnie spisanie przyjmowanych leków nazwami farmakologicznymi, a nie handlowymi (oraz podstawowe uzupełnienie swojej wiedzy na temat każdego z leków przyjmowanych przez danego pacjenta 😊)
- **WYWIAD NEGATYWNY!!! ***



*Wywiad negatywny

1. W dokumentacji należy również opisać te objawy, o które zapytaliśmy/które badaliśmy, a chory je zanegował/okazały się ujemne w badaniu → liczne profity, a głównie:

- uniknięcie pominięcia jakichkolwiek elementów wywiadu/badania
- dowód na przeprowadzenie wszystkich elementów wywiadu/badania



Ocena i dokumentowanie wyników badania

2. Używanie języka „medycznego” – zamiana słów potocznych używanych przez pacjenta na nomenklaturę fachową, np.

- „siniaki” = „wylewy podskórne/podbiegnięcia krwawe”
- „pypcie” = „zmiany skórne”
- „woreczek” = „pęcherzyk żółciowy”
- „spuchnięcie nóg” = „obrzęk kończyn dolnych”
- „rozwolnienie” = „biegunka/luźne wypróżnienie”
- „zatwardzenie” = „zaparcie”



Ocena i dokumentowanie wyników badania

3. Obiektywizacja i precyzja:

- ból warto opisać w skali punktowej
- czas wyrazić w „jednostkach czasu” zamiast „od dawna”
- wielkość zmiany patologicznej najlepiej określić w jednostkach układu SI – unikamy porównań anatomiczno-kulinarnych (na „2 palce”, wielkości mandarynki 😊)
- jeśli pacjent nie pamięta swojej masy ciała/dawno się nie ważył – należy chorego zważyć w oddziale
- „ufaj i sprawdzaj” 😊



Historia choroby

Szczegółowe informacje
dotyczące zasad konstrukcji
historii choroby zostaną
przedstawione na seminarium
S11!!!



Pytania?





Dziękuję za uwagę!

