

Mini-CEX (klinisch-praktische Prüfung) zum Unterricht am Krankenbett

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

13.5 Delirscreening und -behandlung

Name, Vorname	Matrikelnummer	Datum
---------------	----------------	-------

Diese Punkte dienen der Entscheidungsfindung für Ihre Gesamtbewertung:		Anforderung nicht erfüllt	Anforderung erfüllt	Ausgezeichnete Leistung
1	Überprüfung von Risikofaktoren: Akteneinsicht/Fremdanamnese/Eigenanamnese; (Alter, Medikation, Suchtanamnese, vorbestehende chronische und akute organische Erkrankungen, vorangegangene Operation, körperliche Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Bildung, aktuelle Körpertemperatur und Blutdruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Syndromorientierte Exploration: Quantitative und qualitative Bewusstseinsstörungen, fluktuierende Symptomatik, Unruhe Apathie? Test auf formale und inhaltliche Denkstörungen, Schlafstörungen? Suggestibilität (Fadentest, von weißem Blatt „vorlesen“ lassen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Syndromorientierte körperliche Untersuchung: Meningismus, Okulo- und Pupillomotorik, Zungenbiss, äussere Verletzungszeichen, Herzfrequenz, Atemfrequenz, Schwitzen, Muskeleigenreflexe, Tremor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Diskussion der wichtigsten Differentialdiagnosen: Entzugsdelir, Demenz mit Delir, Delirogene Medikation (insb. bei älteren Pat., z.B. Anticholinergika), postiktaler Zustand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Weiteres Vorgehen/Behandlungsplan und Therapie: Ggf. Einleitung weiterer diagnostischer Schritte; Ursachenbehandlung (z.B. Absetzen delirogener Medikamente, Volumensubstitution bei Dehydratation); ggf. intensivmedizinische Überwachung/Behandlung; Pharmakotherapie (z.B. Distraneurin oder Benzodiazepine und Antipsychotika; ggf. antikonvulsive Therapie), Vitalzeichenkontrolle (z.B. Sitzwache), Thromboseprophylaxe, Aussenreiz-Kontrolle, Reorientierungshilfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesamteindruck Die o.g. Punkte dienen als Hilfe zur Entscheidung für Ihre abschließende Gesamtbewertung der/des Studierendenden.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte auf den Bewertungs- und Rückmeldebogen übertragen!

Der/die Studierende hat heute die Anforderungen für die o.g. Fertigkeiten...

- nicht erfüllt. (= **erhebliche Mängel** in Bezug auf technisch korrekten, vollständigen bzw. flüssigen Ablauf)
- erfüllt. (= **zum Bestehen mindestens ausreichend** technisch korrekt, vollständig und flüssig)
- ausgezeichnet erfüllt. (= ausgezeichnete, **weit überdurchschnittliche** Leistung)

Unmittelbar anschließende Rückmeldung an den / die Studierende(n):

Ihre Stärken sind:

Konkrete Anregungen zur Verbesserung sind: (sofern die Mindestanforderungen als »Nicht erfüllt« markiert wurden (s.o.) ist die Angabe obligatorisch!)

Dauer der Prüfung

Dauer der Rückmeldung

Stempel

Name (in Druckbuchstaben) und Unterschrift Ärztin/Arzt