

Zusatzmaterial zu Schwerpunkt Screening in der Manuellen Therapie · Einführung

Screenen oder nicht screenen – gar keine Frage

Autor: Dr. William Boissonnault

Tab. 1 Leitlinie Tiefe Venenthrombose (TVT): Screening und Risikobewertung [13]

Klinische Kriterien	Punkte
aktive Krebserkrankung (akut, während der letzten 6 Monate oder palliativ)	+1
Paralyse, Parese oder noch nicht lange zurückliegende Immobilisation der unteren Extremität durch Gipsverband	+1
noch nicht lange zurückliegende Bettlägerigkeit (> 3 Tage) oder schwere Operation (mit Voll- oder lokaler Narkose) während der letzten 3 Monate	+1
lokalisierte Berührungsempfindlichkeit entlang des tiefen Venensystems	+1
Ödem der gesamten unteren Extremität	+1
Wadenödem 3 cm größer als die asymptomatische untere Extremität (gemessen 10 cm unterhalb der Tuberositas tibiae)	+1
eindrückbares Ödem nur auf der symptomatischen unteren Extremität	+1
kollaterale oberflächliche Venen (nicht variköse Venen)	+1
alternative Diagnose ist genauso wahrscheinlich wie oder wahrscheinlicher als TVT	-2
Risikobewertung	Punktsumme
gering	≤1
moderat bis hoch; bei Patienten ohne Einnahme von Antikoagulanzen (Fach-)Arztkonsultation erforderlich	≥2

CLINICAL REASONING: WELCHE SCHMERZ-LOKALISATIONEN ERFORDERN WELCHES ORGANSYSTEMISCHE SCREENING?

Die Schmerzlokalisierung im Bewegungssystem ist eine Orientierungsmöglichkeit für die Entscheidung, welche Körpersysteme untersucht werden. Schmerzen in der ...

- Schulter (inklusive Schultergürtel und Oberarm)
 - kardiovaskuläres System
 - pulmonales System
 - oberes gastrointestinales System
- Brustwirbelsäule, im Brustkorb
 - kardiales und peripheres vaskuläres System
 - pulmonales System
 - gastrointestinales System
 - urogenitales System (Brust-Lenden-Region)
- Lenden-Becken-Region, im Oberschenkel
 - unteres gastrointestinales System
 - urogenitales System
 - reproduktives System
 - peripheres vaskuläres System

Erstkontaktfragebogen



Um Sie gründlich und gezielt untersuchen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Falls eine Frage unklar ist, lassen Sie sie einfach aus. Wir schauen sie uns später gemeinsam an. Vielen Dank!

Name: _____ Hobbys: _____

Beruf: _____

Allergien:

	Ja	Nein	
Sind Sie allergisch gegen Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____
Reagieren Sie empfindlich auf Latex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Allergien, die für die Behandlung wichtig sein könnten?	_____		

Sind Sie bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiater/Psychologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteopath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physiotherapeut/Krankengymnast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chiropraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	_____				

Datum der letzten Untersuchung: _____

Gehen Sie zu den altersentsprechenden Vorsorgeuntersuchungen? Ja Nein

Wurden Sie in den letzten drei Monaten aufgrund von Beschwerden bei einer der oben angegebenen Berufsgruppen behandelt? Ja Nein Falls ja, um welche ging es? _____

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert? Bitte ankreuzen.

	Ja	Nein	
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Art? _____
Herzprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Art? _____
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Art? _____
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, anderen Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere entzündliche Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere _____			

	Ja	Nein
Haben Sie sich im letzten Monat niedergeschlagen, hoffnungslos oder depressiv gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich im letzten Monat für nichts interessiert und an nichts Freude gefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie jemals von Ihrem Partner oder einer anderen Ihnen nahestehenden Person bedroht, verletzt oder eingeschüchtert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte nennen Sie alle bei Ihnen durchgeführten Operationen und jeden Krankenhausaufenthalt mit Grund und ungefährem Datum:

- _____
- _____
- _____

Bitte nennen Sie alle ernsthaften Verletzungen, für die Sie behandelt werden mussten (zum Beispiel Knochenbrüche, Bandverletzungen) und das ungefähre Datum der Verletzung:

Datum	Verletzung	Datum	Verletzung
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Wurde eines Ihrer Familienmitglieder (Eltern, Geschwister) jemals wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt? Bitte ankreuzen.

	Ja	Nein		Ja	Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abhängigkeit (Alkohol, Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entzündliche Gelenkerkrankung (Rheuma, M. Bechterew)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Welche der folgenden Medikamente haben Sie in der vergangenen Woche eingenommen?

	Verordnet	Nicht verordnet		Verordnet	Nicht verordnet
Aspirin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitamine, Mineralien (Nahrungsergänzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pflanzliche Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibuprofen, Diclofenac etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere, nicht verordnete Mittel:	_____	_____
Medikamente gegen Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Bitte listen Sie die Medikamente auf, die Sie auf Verordnung Ihres Arztes derzeit einnehmen (Tabletten, Injektionen, Medikamentenpflaster etc.):

1. _____ 2. _____ 3. _____
 4. _____ 5. _____ 6. _____

Genussmittel:

Wie viel Kaffee oder andere koffeinhaltige Getränke konsumieren Sie pro Tag? _____
 Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? _____ Seit wie vielen Jahren? _____
 Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? _____
 An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol? _____
 Wie viele Gläser Bier, Wein oder Ähnliches trinken Sie an diesen Tagen? _____

Bitte kreuzen Sie aktuelle Beschwerden an, die für Sie neu, ungewöhnlich oder atypisch sind:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Gewichtsveränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenk-, Muskelschwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unerklärliche Hämatome (blaue Flecken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	starke Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	regelmäßiges Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arm-, Beinschwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln oder Taubheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden, Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doppelbilder sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstopfung, Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust der Sehschärfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gerötete Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klimakterium, Wechseljahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störungen in der Sexualfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(mögliche) Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stress bei der Arbeit oder zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift Therapeut Datum Unterschrift Patient Datum

William Boissonnault 2010, übersetzt von Kerstin Lütke

Zusatzmaterial zu Schwerpunkt Screening in der Manuellen Therapie · Einführung

Literaturverzeichnis

Autor: Dr. William Boissonnault

Literatur

1. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 315–324
2. Boissonnault WG, Ross MD. Physical therapists referring patients to physicians: A review of case reports and series. *J Orthop Sports Phys Ther* 2012; 42(5): 446–54
3. Boissonnault WG. *Primary care for the physical therapist: Examination and triage*. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011
4. Boissonnault W, Goodman C. Physical therapists as diagnosticians: Drawing the line on diagnosing pathology. *J Orthop Sports Phys Ther* 2006; 36(6): 351–3
5. Boissonnault W, Badke MB. Collecting health history information: Accuracy of a patient self-administered questionnaire in an orthopedic outpatient setting. *Phys Ther* 2005; 85(6): 531–543
6. Chou et al. Diagnosis and treatment of low back pain. *Ann Int Med* 2007; 147: 478–491
7. Gurney B, Boissonnault W, Andrews R. Differential diagnosis of a femoral neck/head stress fracture. *J Orthop Sports Phys Ther* 2006; 36(2): 80–88
8. Henschke N et al. A systematic review identifies five „red flags“ to screen for vertebral fracture in patients with low back pain. *J Clin Epid* 2008; 61: 110–118
9. Jones WHS, ed. *Hippocrates collected works*. Cambridge Harvard University Press; 1868: 130–131
10. Reiman MP et al. Diagnostic accuracy of clinical tests of the hip: A systematic review with meta-analysis. *Br J Sports med*. Doi: 10.1136/bjsports-2012-091035
11. Ross MD, Boissonnault WG. Red flags: To screen or not to screen? *J Orthop Sports Phys Ther* 2010; 40(11): 682–684
12. Rudwaleit M et al. Inflammatory back pain in ankylosing spondylitis: A reassessment of the clinical history for application as classification and diagnostic criteria. *Arthr Rheum* 2006; 54(2): 569–578
13. Scarvellis D, Wells PS. Diagnosis and treatment of deep-vein thrombosis. *CMAJ* 2006; 175: 1087–1092
14. Seaberg D, Yealy M, Lukens T et al. Multicenter comparison of two clinical decision rules for use of radiography in acute high-risk knee injuries. *Ann Emerg Med* 1998; 32: 8–13
15. Stiell IG, Wells GA, Hoag RH et al. Implementation of the Ottawa Knee Rules for the use of radiography in acute knee injuries. *JAMA* 1997; 278(23): 2075–2079
16. Stiell IG, Greenberg G, McKnight R et al. Decision rule for the use of radiography in acute ankle injuries: Refinement and prospective validation. *JAMA* 1993; 269: 1127–1132
17. Stiell IG, Wells G, Vandemheen KL. The Canadian c-spine rule for radiography in alert and stable trauma patients. *JAMA* 2001; 286: 1841–1848
18. World Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Description of physical therapy. London: WCPT; 2011