

Dermatologi IIC – Utslettbeskrivelse lichen planus

Forfatter				
Navn	Institutt	Undervisningsenhet	E-post	Telefon
Ellen H. Modalsli	IKOM	Hud	Ellen.modalsli@ntnu.no	41 12 65 66
Eksaminatorer				
Navn	Institutt	Undervisningsenhet	E-post	Telefon
Ellen Bjørge	IKOM	Hud	Ellen.bjorge@stolav.no	46 96 16 35
Ellen H. Modalsli	IKOM	Hud	Ellen.modalsli@ntnu.no	41 12 65 66
Standardiserte pasienter/skuespiller				
Ingen				
Læringsmål				
Semester IIC 5 Hudsykdommer Stadium IIC: 5 Hudsykdommer, kjønnsykdommer 5.1 Studenten skal kunne: 5.1.1 beskrive huden, dens adnexstrukturer (hår, negler, svettekjertler) og tilhørende slimhinner anatomi, fysiologi og funksjon, og redegjøre for hvordan ytre agens påvirker huden 5.1.3 Gjennomføre et målrettet klinisk intervju og foreta en systematisk og fullstendig klinisk undersøkelse av hud, hudens adnexsstrukturer (hår, negler, svettekjertler) og slimhinner i munn og på ytre kjønnsorganer samt beskrive visuelle og kliniske funn ved hjelp av dermatologisk terminologi (efflorescenslære) 5.1.4 ut fra sykehistorie og klinisk undersøkelse foreslå tentativ diagnose, diskutere differensialdiagnoser og foreslå relevant utredning og behandlingstiltak ved symptomer fra og forandringer i hud, hudens adnexsstrukturer (hår, negler, svettekjertler) og slimhinner i munn og på ytre kjønnsorganer 5.1.9 Ha forståelse for hva som kan behandles i primærhelsetjenesten og hva som bør henvises videre				
Stasjonskart/rammeverk for OSKE				
Strukturert beskrivelse av hudstatus med god flyt, fornuftig innhold og adekvat tidsbruk ved hjelp av effloresensbegrepene				
Tidsbruk:	Stasjon		Forflytning/Sensur	Totalt
	10 minutter		2 min	12 min

Instruksjon til student (oppgavetekst til dør)

På denne OSKE-stasjonen vil du få presentert noen bilder på skjermen og du skal gi eksaminator en beskrivelse av disse hudforandringene. Det vil også foreligge en oversiktsfigur som skal illustrere hvor på hudoverflaten forandringene er lokalisert.

Du skal starte presentasjonen når du er klar eller senest når det gjenstår **6 minutter** (eksaminator vil hjelpe deg med å passe tiden). I samtalen vil du inneha rollen som allmennlege og eksaminator innehar rollen som hudspesialist. Det er ønskelig at du i størst mulig grad bruker betegnelser fra effloresenslæren og er strukturert i din beskrivelse av utslettet. Husk å presentere klart og tydelig.

Når du er ferdig med beskrivelsen eller når det er **2 minutter igjen** vil eksaminator stille deg et kort spørsmål om aktuelle hudsykdom.

Vent på gangen til du hører startsignalet.

Instruksjon til eksaminator

Oppgaven er ment å teste studentens evne til å gi en strukturert beskrivelse av hudstatus med god flyt, fornuftig innhold og adekvat tidsbruk ved hjelp av effloresensbegrepene. Studenten har fire minutter til å vurdere bildene som ligger på posten. I samtalen vil studenten inneha rollen som allmennlege og du innehar rollen som hudspesialist. Når studenten er klar eller det er **6 minutter** igjen skal du be studenten gi en beskrivelse av bildene. Når studenten er ferdig med beskrivelsen eller det er to minutter igjen, vil du som eksaminator stille studenten et kort spørsmål om aktuelle hudsykdom. Du må forsikre deg om at studentnavn stemmer med det du har på skjermen. Studenten er instruert til å vise ID til deg. Som eksaminator skal du ikke gi noen hint, kun krysse av på skåringskjema. Følg

godt med og hold tiden. Du skal ikke komme med tilleggsspørsmål annet enn det som er bestemt på forhånd. Du skal oppføre deg likt overfor alle studentene.

Når endelig signal lyder etter 10 minutter, skal du be studenten forlate rommet og gå videre til neste stasjon.

Dersom studenten blir helt ferdig med oppgaven før tiden er ute kan du be studenten gå ut i gangen og vente på neste stasjon.

Gjør ferdig skåringen på skåringsskjemaet. Gi skriftlig tilbakemelding til studentene om prestasjonen og forslag til forbedringer. Gjør til slutt en totalvurdering av studentens prestasjon etter ditt eget skjønn og kryss av på «Global skår». Global skår er uavhengig av sjekklisteskår og vil ikke påvirke kandidatens sjekklisteskår. Send inn skåringsskjemaet ved å trykke submit.

Omstill deg til neste student.

Utstysliste

Standardutstyr på stasjonen er undersøkelsesbenk, stol bord.

Bildene presenteres i pdf-format på skjerm.

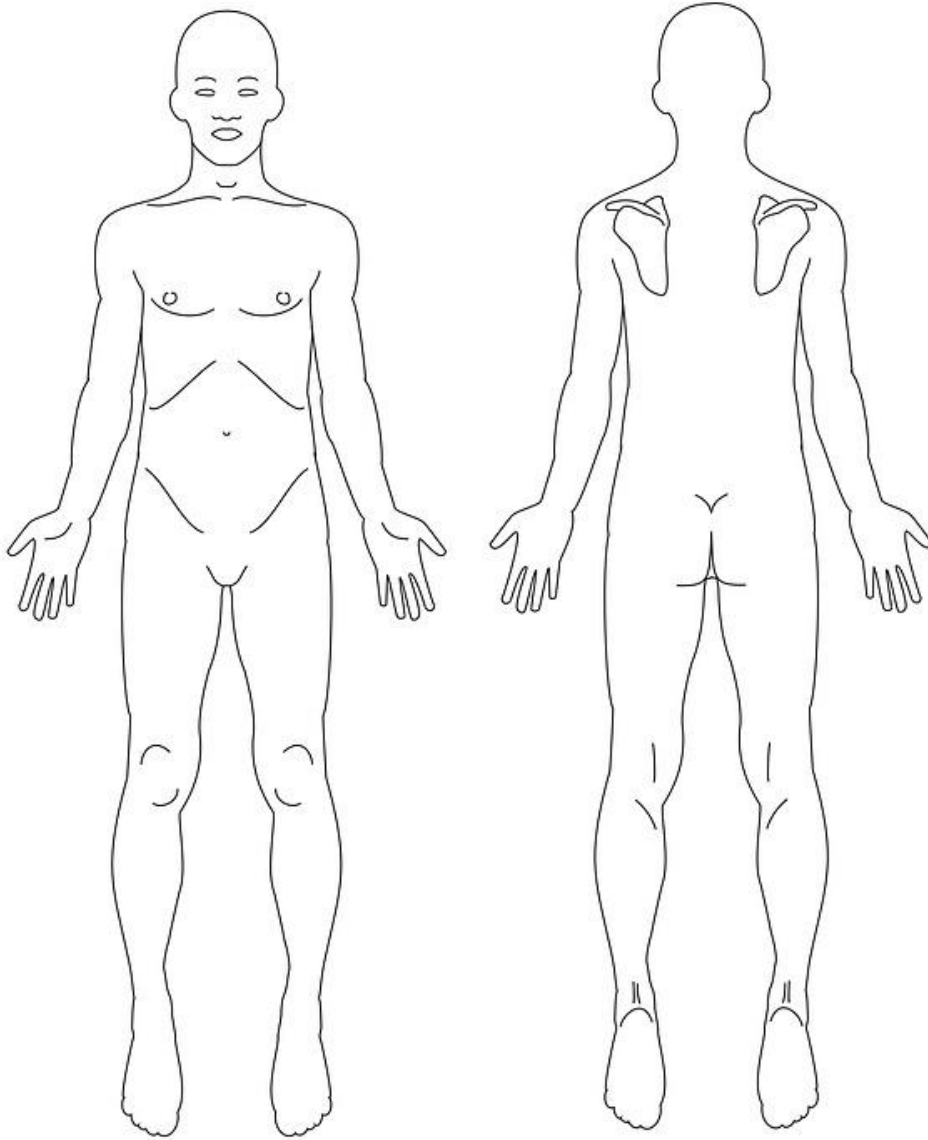
Strukturert skåringskjema

	God (2 poeng)	Tilfredsstillende (1 poeng)	Ikke tilfredsstillende (0 poeng)
Generell beskrivelse (zoom out):			
Symmetri	<i>Symmetrisk</i>		
Lokalisasjon (=predileksjonsteder)	<i>Akralt med slimhinne og neglaffeksjon</i>	<i>Lokalisert håndledd/ankler og slimhinne/negler</i>	
Effloresens-beskrivelse (zoom in):			
Hudlesjoner:			
- Type	<i>Papler og plakk</i>	<i>Papler eller plakk</i>	<i>Prikker, klumper, utslett/lesjoner</i>
- Form	<i>Rundlige, sirkulære, ellipseformede</i>	<i>Mindre presist</i>	
- Størrelse	<i>Guttate/nummulate/diskoide/str (.5-4cm)</i>	<i>Mindre presist</i>	
- Antall	<i>Multiple/mange</i>	<i>Noen</i>	
- Anordning		<i>Solitære, delvis konfluerende</i>	
- Avgrensning	<i>Skarpt avgrenset eller velavgrenset</i>	<i>Ganske/nokså avgrenset</i>	<i>Diffust avgrenset</i>
- Farge	<i>Blå/lilla/rødblå/lilla</i>	<i>Erytematøse/Røde</i>	<i>Brune</i>
- Tykkelse		<i>Infiltrerte/saftige/tykke</i>	
- Overflate	<i>Hvitlig skinnende fin skjelling/Wickham striae (ankel)</i>	<i>Skjelling/deskvamasjon eller flassing</i>	
Negleforandringer:	<i>Tynning av negleplaten med langsgående grove striper</i>	<i>Negledestruksjon</i>	
Slimhinneforandringer:	<i>Buccalt hvitlige tynne retikulære bindevevsdrag/Wickham striae samt liten erosjon</i>	<i>Hvitlige slimhinneforandringer og/eller erosjon</i>	
Poengsum	22p.	13p.	0p.
Generell gjennomføring:			
Strukturert beskrivelse av hudstatus:	God (8p)	Tilfredsstillende (4p)	
- Systematisk/oversiktlig			
- Logisk rekkefølge			
- Fornuftig tidsbruk			
- God flyt			
Adekvat bruk av effloresensbegrepene	God (6p)	Tilfredsstillende (3p)	
- Presist/nøyaktig			
- <u>Korrekt/ingen feil</u>			
Tilleggsspørsmål: Når det er 2 min igjen eller studenten er ferdig med sin beskrivelse, stiller du dette spørsmålet:			
«Hvilken diagnose er utslettet best forenlig med?»	<i>Lichen planus (4p)</i>	<i>Psoriasis (2p)</i>	<i>Vaskulitt?</i>
Maks poengsum	40p.	22p.	

Global skår

Utmerket	God bestått	Bestått	Grensetilfelle	Stryk
100% (40p.)	~33p.?	65% (~26p.)	Til diskusjon	50% (<20p.)

Kommentar til student







Copyright © 2018, Elsevier Limited. All rights reserved.



Copyright © 2018, Elsevier Limited. All rights reserved.

Revmatologi IIC: Anamnese artrittsykdom/leddsmerter hånd

Forfatter				
Navn	Institutt	Undervisningsenhet	E-post	Telefon
Alvilde Dhainaut	INB	Revmatologi	alvilde.dhainaut@ntnu.no	97659936
Eksaminatorer				
Navn	Institutt	Undervisningsenhet	E-post	Telefon
Alvilde Dhainaut	INB			
Mari Hoff				
Standardiserte pasienter				
Kvinne 25/35 år / gjerne skuespiller				
Læringsmål				
7.1. de generelle prinsippene ved diagnostisering av de ulike revmatiske sykdommer, herunder undersøkelsesteknikk; utføre orienterende leddstatus, utføre praktisk undersøkelse av gangfunksjon og rygg med påfølgende beskrivelse av funn, utføre praktisk undersøkelse av ledd med henblikk på påvisning av inflammatorisk leddsykdom og beskrivelse av funn				
Stasjonskart/rammeverk for OSKE				
Anamnese ved artrittsykdom				
Tidsbruk:	Stasjon		Forflytning/Sensur	Totalt
	8 minutter		2 min	10 min

Instruksjon til student (oppgavetekst til dør)

Du skal ha en videokonsultasjon med en pasient på fastlegekontoret. Pasienten har angitt leddsmerter, spesielt i hendene som kontakt årsak.

Ta opp en «målrettet anamnese» med tanke på eventuell artritt sykdom. Du skal ikke undersøke pasienten/trenger ikke vurdere pasienten visuelt.

Når du er ferdig, skal du avgi en kollegial rapport til eksaminator og angi tre aktuelle differensialdiagnoser med en kort begrunnelse

Eksaminator vil angi når det er 2 minutter igjen.

Instruksjon til eksaminator

Oppgaven er ment å teste studentens evne til å gjennomføre et strukturert og systematisk anamneseopptak ved mulig artrittsykdom. Etter 6 minutter, angi at «nå er 2 minutter igjen».

Du må forsikre deg om at studentnavn stemmer med det du har på skjermen. Studenten er instruert til å vise ID til deg. Som eksaminator skal du ikke gi noen hint, kun krysse av på skårings skjema. Følg godt med og hold tiden. Du skal ikke komme med tilleggsspørsmål annet enn det som er bestemt på forhånd. Du skal oppføre deg likt overfor alle studentene.

Når endelig signal lyder etter 8 minutter, skal du be studenten forlate rommet og gå videre til neste stasjon. Dersom studenten blir helt ferdig med oppgaven før tiden er ute kan du be studenten gå ut i gangen og vente på neste stasjon.

Gjør ferdig skåringen på skårings skjemaet. Gi skriftlig tilbakemelding til studentene om prestasjonen og forslag til forbedringer. Gjør til slutt en totalvurdering av studentens prestasjon etter ditt eget skjønn og kryss av på «Global skår». Global skår er uavhengig av sjekklister skår og vil IKKE påvirke kandidatens sjekklister skår. Send inn skårings skjemaet ved å trykke "submit".

Omstille deg til neste student.

Instruksjon til standardisert pasient

Du har oppsøkt allmennlege/fastlege på grunn av leddsmerter, spesielt i hendene. Studenten skal intervju deg om din sykehistorie. Svar så godt du kan på hva studenten spør om. Om du blir bedt om «fortelle mer fritt» eller lignende så kan du si noe, men ikke for detaljert. Du skal ikke komme med «alle» opplysninger uoppfordret, for eksempel unngå å fortelle hvilke ledd som er hovne med mindre du blir spurt om å angi hevelser i leddene samt om hvilke ledd det gjelder. Angi heller ikke at du røyker uten at du har blitt spurt om røyking.

Du er 30 år og jobber som hudpleier. Du har samboer, men ingen barn.

Angående nåværende plager:

- Hovedårsak for at du oppsøker lege er smerter, hevelse og stivhet i hendene. Du har plager fra begge hender. Smertene og hevelsene sitter særlig i fingerledd over knokkene/fingrenes grunnledd (=MCP-leddene/spesielt i finger 2 og 3), men også noe i fingrenes midtledd (=PIP-leddene) samt håndleddene. Symptomene varierer noe, men du kan bli hoven, varm, litt rød og øm over leddene.

Smertens karakter:

- Verkende smerte, ikke utstråling

Debut og progresjon:

- Startet for noen måneder siden, gradvis verre, nå vondt hele tiden. Hoven, du har problemer med å ta av og på ringer og lignende. Ikke hatt noe traume, ikke jobbet spesielt mye eller annerledes før det aktuelle begynte, men du har vanskeligheter med å utføre alt på jobben nå. Føler deg svakere i hendene. Du har ikke hatt noe slikt tidligere.

Tilleggsopplysninger:

- Du føler deg sliten og er også generelt stiv i kroppen (ikke uttalt). Stivhet og smerter er verst om morgenen både når det gjelder hendene og ellers, tar over en time før det går seg til, du blir bedre ved aktivitet.
- Problemene påvirker hverdagen, du klarer for eksempel ikke bruke hårtørreren, ikke åpne syltetøyglass og lignende, har vanskeligheter med utføre ansiktspleie på kundene osv.
- Du forstår ikke hva dette kan være. Du er redd for om du må slutte i jobben din som du liker godt. Du håper det finnes noe smertestillende og noe som kan ta vekk hevelsene.

Annet:

- Vet ikke om du har hatt feber (ikke målt)
- Ingen symptomer fra luftveiene, urinveier eller tarm
- Ingen utslett (ikke psoriasis fra tidligere heller), negleproblemer, tåler sol godt
- Ingen «lik fingre»/spesielt kalde fingre med anfallsvis fargeforandring hvite eller blålige (Raynauds fenomen)
- Du har ikke vært ute og reist siste året, heller ikke vært på særskilt eksotiske steder tidligere
- Samme samboer gjennom flere år, ikke hatt «risiko sex» (og har tillit til at heller ikke samboer har hatt dette)

Tidligere sykdommer:

- Vesentlig frisk

Medikamenter:

- Bruker ingen medisiner fast, men du har tatt litt Paracet og Ibox nå i det siste (hjelper litt)

Allergier:

- Ingen kjente allergier mot medikamenter eller annet

Naturlige funksjoner:

- Ingen endring i vannlating, avføring men kanskje gått litt ned i vekt

Hereditet, familie:

- Ingen kjent revmatisk sykdom, inflammatorisk tarmsykdom eller psoriasis i familien

Stimulantia:

- Røyker ca. en pakke sigaretter dgl. Driker moderat til lite alkohol.

Utstysliste

(Tips: Standardutstyr er undersøkelsesbenk, stoler, bord. Beskriv her hvilket annet utstyr som behøves på oppgaven)

Strukturert skåringsskjema

Total skår 26 poeng	God 2 p	Tilfredsstillende 1p	Ikke tilfredsstillende eller ikke utført
Anamnese presentert problem: 10p			
Lokalisasjon			
Hevelse			
Debut og progresjon			
Smertens karakter			
Morgenstivhet ,tid			
Hatt lignende tidligere			
Lindrende /Forverrende faktorer			
Assosierte symptomer: utslett,negle,tarm,nylig infeksjoner, feber, pusteproblemer,	Inkl utslett, negle, infeksjon	Minst 3	
Påvirkning funksjon, hjemme, jobb,			
Anamnese generell: 6p			
Yrke			
Tidligere sykdommer			
Heriditet			
Medisiner			
Naturlige funksjoner Urinveier,tarm,vekt,			
Stimulantia, spesielt røyking		Må ha med røyking	
Oppsummering 4p			
Kollegial rapport Strukturert, viktige poeng fremheves			
Forslag til diagnose, Revmatoid artritt (PSA, reaktivartritt, artrose, mekanisk/traumatisk betinget)	3	1-2	
Generelle poeng 6p			
Høflighet og kontakt med pasient (introduserer seg selv, takker pasienten, ivaretagende, lyttende, tilpasset ordvalg, volum, driver samtalen uten overkjøring/unødvendig avbrytelser, øyekontakt, empatisk)			
Struktur (systematikk, målrettet, flyt)			
Bruk av åpne og lukkede spørsmål (Klart språk, oppfølgingsspørsmål når nødvendig, sjekker både pas og egen forståelse)			

Global skår Skal ikke endres!

Utmerket	God bestått	Bestått	Grensetilfelle	Stryk

Kommentar til student Skal ikke endres

--

Ortopedi IIC: Anamnese ved legg- og ankelskade

Forfatter				
Navn	Institutt	Undervisningsenhet	E-post	Telefon
Elise Caille		Ortopedi	eccaille@stud.ntnu.no	41354234
Eksaminatorer				
Navn	Institutt	Undervisningsenhet	E-post	Telefon
Adalsteinn Odinson	INM	Ortopedi	Adalsteinn.odinson@ntnu.no	91768654
John Olav Drogset	INM	Ortopedi	jon.o.drogset@ntnu.no	92064873
Ivar Rossvoll	INM	Ortopedi	Ivar.Rossvoll@stolav.no	91170330
Standardiserte pasienter/skuespillere				
Standardisert pasient Mann 30-50 år for best mulig oppgave				
Læringsmål				
6.1.1 gjøre rede for epidemiologiske forhold og patogenetiske mekanismer, beskrive symptomatologien og angi prinsippene for diagnostikk og behandling, samt diskutere prognosen ved vanlig forekommende skader og sykdommer i muskel-skjelettsystem 6.1.3 ut fra sykehistorie og klinisk undersøkelse stille tentativ diagnose og foreslå videre undersøkelser og/eller behandling ved skader og andre smertetilstander i bein, ledd og bløtdeler, samt medfødte anomalier og ervervede feilstillinger 6.1.4 gi råd til pasient om avlastning og trening som forebyggende behandling og som ledd i behandling og rehabilitering etter skade 6.1.8 gjøre rede for klinisk relevant anatomi i hånd og fot med hensyn til de vanligste skader og sykdommer				
Stasjonskart/rammeverk for OSKE				
Sykdommer med smerter og redusert funksjon, samt skade i muskel-skjelett system. Inkluderer alle ledd i ekstremiteter				
Tidsbruk:	Stasjon		Forflytning/Sensur	Totalt
	10 minutter		4 min	10 min

Instruksjon til student (oppgavetekst til dør) (For IID skal oppgaveteksten også foreligge på engelsk)

Du er turnuslege på ortopedisk mottak. En ettermiddag ankommer en 40 år gammel pasient akutt mottaket på krykker med sterke smerter i høyre legg og ankel etter å ha spilt fotballkamp samme dag. Pasienten skal ha begynt å løpe, akselerert raskt og fått en akutt smerte baktill i leggen. Han/hun hørte og kjente et «smell» da smerten oppstod og har ikke belastet foten siden.

Ta opp en **målrettet anamnese** (relevant for problemstillingen).
Når det er 3 minutter igjen, vil eksaminator spørre deg noen spørsmål.

Dersom du er ferdig før eksaminator stopper deg, avrunder du anamnesen og gir beskjed til eksaminator.

Pasienten i oppgaven spilles av en standardisert pasient/frivillig.

Instruksjon til eksaminator

Oppgaven er ment å teste studentens evne til relevant anamneseopptak i tid og innhold og videre plan ved en vanlig ortopedisk problemstilling «**sykdom med smerte og redusert funksjon og/eller skade i legg og ankel**».

Den tester også evne til å samarbeide med pasient, innhente relevant info ila. kort tid.

Diagnosen i aktuelle tilfellet er tenkt å kunne være total akillesseneruptur.

Studenten må innhente mest relevant informasjon for å kunne stille sannsynlig diagnose og dermed si noe om sannsynlige funn ved tenkt klinisk undersøkelse og behandlingsmuligheter.

Informasjon studenten innhenter om pasientens kjønn og alder, skademekanisme, symptomer, lokalisasjonen av smerter samt utelukkning av andre differensialdiagnoser er ment å lede studenten til riktig diagnose.

Når det er 3 minutt igjen, eller når studenten signaliserer at hun/han er ferdig med anamneseopptaket, skal du stille tre spørsmål:

Spørsmål til studenten – **etter 7 minutt (når det er 3 minutt igjen)**

1. Hva er mest sannsynlige diagnose i dette tilfellet?
2. Nevn to funn eller fler du vil forvente å finne ved klinisk ankelundersøkelse dersom det er en total akillesseneruptur?
3. Hvordan stilles diagnosen total akillesseneruptur?
4. Hvis du er usikker på diagnosen etter klinisk undersøkelse hvilken videre undersøkelse kan være hjelpelig?
5. Hva er behandlingen av total akillesseneruptur?

Dersom pasienten ikke svarer på eller svarer feil på spørsmål 1 før spørsmål 2 og 3 stilles, får hun/han ikke lov til å gi svar eller endre svar på spørsmål 1. Spørsmål 2 og 3 er formulert slik for å ikke gi følge-feil dersom feil diagnose nevnes ved spørsmål 1.

Du må forsikre deg om at studentnavn stemmer med det du har på skjermen. Studenten er instruert til å vise ID til deg. Som eksaminator skal du ikke gi noen hint, kun krysse av på skåringsskjema. Følg godt med og hold tiden. Du skal ikke komme med tilleggsspørsmål annet enn det som er bestemt på forhånd. Du skal oppføre deg likt overfor alle studentene.

Når endelig signal lyder etter 8 minutter, skal du be studenten forlate rommet og gå videre til neste stasjon.

Dersom studenten blir helt ferdig med oppgaven før tiden er ute kan du be studenten gå ut i gangen og vente på neste stasjon.

Gjør ferdig skåringen på skåringsskjemaet. Gi skriftlig tilbakemelding til studentene om prestasjonen og forslag til forbedringer. Gjør til slutt en totalvurdering av studentens prestasjon etter ditt eget skjønn og kryss av på «Global skår». Global skår er uavhengig av sjekklisteskår og vil ikke påvirke kandidatens sjekklisteskår. Send inn skåringsskjemaet ved å trykke "submit".

Omstille deg til neste student.

Instruksjon til standardisert pasient

Du heter Ola Hansen og er 40 år gammel.

Aktuelt:

Du spilte fotballkamp med kollegaer for et par timer siden. Du er angrepspiller, og i forbindelse med et spark fra keeper der du skulle raskt starte å løpe mot motstandernes mål kjente du plutselig en akutt sterk smerte baktil i høyre ankel. Samtidig hørte eller kjente du et «smell» som kom fra **leggen** eller bak i ankelen. Smertene var så intense at du falt om på banen og måtte få hjelp til å komme deg av. Umiddelbart etter skaden klarte du ikke å gå normalt, og fikk låne et par krykker. I etterkant har du ikke forsøkt å belaste ankelen. Du holdt ankelen høyt gjennom resten av kampen med en ispose, og ble så kjørt av en kollega til ortopedisk mottak. Du har tatt 400mg ibux for smertene.

Leggen har allerede blitt hoven og gjør veldig vondt. Du har særlig smerter baktil på leggen ovenfor ankelen. Du har ikke vondt på siden eller foran på foten. Du klarer fint å røre litt på den, men å strekke

ut foten som om du «står på tå» går ikke. Du har ikke tråkket over eller fått noen form for vridning av ankelen. Ankelen føles kraftløs og «ikke som den pleier». Samtidig føles det stramt grunnet hevelse. Du har normal følelse og blodsirkulasjon i foten. Den er varm og fin.

Du har aldri opplevd dette tidligere og du har ikke hatt vondt i ankelen i forkant av hendelsen. Den eneste tidligere skaden du har hatt tidligere er overtråkk for mange år siden.

På spørsmål fra studenten skal du fortelle at:

Sosialt: du bor med samboer og har 2 døtre på 8 og 5 år. Du jobber som sivilingeniør og spiller fotball aktivt på siden.

Arvelige sykdommer i familien: Ikke noe spesielt som har gått igjen.

Tidligere sykdommer: Ingen.

Tidligere sykehusinnleggelser: Kun fjernet mandler som barn.

Allergier: Ingen.

Røyk og snus: Nei.

Alkohol: Ca. 4 øl i uken til vanlig. Som regel kun i helgene.

Andre stimulantia: ingen.

Naturlige funksjoner:

Vannlating: normal

Avføring: normal

Søvn: Sover 7-8 timer, ingen endring

Matlyst: normal

Faste medisiner: ingen

Smertestillende i forbindelse med skaden: 400mg ibux

Andre tiltak i forbindelse med skaden: ispose og holdt benet hevet

Dersom studenten spør om noe du ikke kan svare på, si «vet ikke».

Utstysliste

Det er ikke behov for annet utstyr enn standard: bord og stoler.

Strukturert skåringsskjema
(For IID skal skåringsskjemaet også foreligge på engelsk)

	God (2 poeng)	Tilfredsstillende (1 poeng)	Ikke tilfredsstillende eller ikke utført (0 poeng)
Innledning			
Hilser på pasient og introduserer seg selv			
Åpner med åpent spørsmål			
Aktuell anamnese			
Debut og varighet av plager <i>Når, akutt eller gradvis</i>			
Skademekanismen			
Symptomer Smerte, hevelse, funksjonstap			
Kartlegger karakter av smerter/plager Lokalisasjon, styrke, kvalitet, variasjon i tid siden skaden	3-4 av angitt	1-2 av angitt	0-1 av angitt
Kartlegger hva som lindrer/forverrer smertene			
Spurt om assosierte symptomer			
Tidligere liknende hendelser			
Tiltak utført av pasient etter skade			
Generell anamnese			
Tidligere sykdommer			
Faste medisiner			
Allergier			
Når det er 3 minutter igjen, eller dersom studenten er ferdig med anamnesen før dette, stopp studenten og still følgende spørsmål:			
Spørsmål 1: Hva er mest sannsynlige diagnose i dette tilfellet?	Riktig diagnose Total akillesseneruptur/partiell akillesseneruptur/akilles seneruptur	Nevner 1 differensialdiagnose (Fremre impingement, ankelfraktur, akutt strekkskade av muskulatur i legg)	Ingen tentativ diagnose eller ingen av de nevnte differensialdiagnoser.
Spørsmål 2: Nevn 2 funn eller fler du vil forvente å finne ved klinisk ankelundersøkelse dersom det er en total akillesseneruptur?	Positiv Thomsens test . Økt utslag for dorsalfleksjon. Pasienten klarer ikke å utføre aktiv plantarfleksjon. Palpabelt søkk i senen. Hevelse.	Nevner 1 av nevnte funn	Nevner ingen av nevnte funn

Spørsmål 3: Hvordan stilles diagnosen total akillesseneruptur?	Klinisk undersøkelse er oftest nok	Klinisk undersøkelse må bekreftes med bilde diagnostikk	Ikke snakk om klinisk us.
Spørsmål 4: Hvilke videre undersøkelse kan være behjelpelig	MR og Ultralyd	Enten MR eller UL	Noe annet
Spørsmål 3: Hva er behandlingen av total akillesseneruptur?	Konservativ behandling med fotortose/støvelgi ps. Operativ behandling med sutur av senen.	Nevner 1 av 2 muligheter.	Nevner ingen av nevnte behandlinger.

Global skår Skal ikke endres!

Utmerket	God bestått	Bestått	Grensetilfelle	Stryk

Kommentar til student Skal ikke endres!

--

Anatomi IIC hud og bløtvevstumores

Forfatter				
Navn	Institutt	Undervisningsenhet	E-post	Telefon
Henrik Sahlin Pettersen	IKOM	Anatomi	Henrik.s.pettersen@ntnu.no	91781065
Eksaminatorer				
Navn	Institutt	Undervisningsenhet	E-post	Telefon
Standardiserte pasienter				
Ikke relevant				
Læringsmål				
5.1.1 beskrive huden, dens adnexstrukturer (hår, negler, svettekjertler) og tilhørende slimhinnens anatomi, fysiologi og funksjon, og redegjøre for hvordan ytre agens påvirker huden 5.1.2 gjøre rede for patogenesen ved de vanligste hudlidelsene 5.1.4 ut fra sykehistorie og klinisk undersøkelse foreslå tentativ diagnose, diskutere differensialdiagnoser og foreslå relevant utredning og behandlingstiltak ved symptomer fra og forandringer i hud, hudens adnexsstrukturer (hår, negler, svettekjertler) og slimhinner i munn og på ytre kjønnsorganer 5.1.6 gjøre rede for hovedprinsipper i forbindelse med prøvetaking og mikroskopi ved hudlidelser og kjønns sykdommer, og selv kunne utføre de viktigste av disse (prøvetaking fra hud og slimhinner ved mistanke om infeksjoner og infestasjoner, stansebiopsi til histologi, urethrautstryk til gramfarging) 6.1.3 ut fra sykehistorie og klinisk undersøkelse stille tentativ diagnose og foreslå videre undersøkelser og/eller behandling ved skader og andre smertetilstander i bein, ledd og bløtdeler, samt medfødte anomalier og ervervede feilstillinger 8.1.2 Redegjøre for sykdommer og prinsipper for diagnostikk, utredning og plastikkirurgisk behandling ved vanlige plastikkirurgiske tilstander. Disse omfatter: 8.1.2.6 Hudkreft				
Stasjonskart				
Beskrive normal hud og dens adnexstrukturer. Patologi i hud: Beskrive karakteristiske avvik fra det normale og gi en rimelig fortolkning av funnene.				
Tidsbruk:	Stasjon		Forflytning/Sensur	Totalt
	8 minutter		2 min	10 min

Instruksjon til student (oppgavetekst til dør)

Anatomi

Du vil få et bilde av et hematoksylin og eosin-farget histologisk snitt fra hud og spørsmål knyttet til dette.

Vent på gangen til du hører startsignalet.

Oppgave (legges ved studenten på bordet):

Oppgave 1

På bildet vises snitt fra normal hud der epidermis, dermis og deler av subkutis er framstilt. Pek eller ring rundt og to ulike cellyper som finnes i hvert av de tre lagene (totalt seks, to per lag).

Oppgave 2

Gi et eksempel på en benign og en malign tumortype fra hvert av de tre lagene og pek på cellypene de kan utgå fra (totalt seks diagnoser, tre benigne og tre maligne).

Oppgave 3

Generelt, hva kjennetegner en malign (vs. benign) hud-/bløtvevs-tumor makroskopisk (overflate og snittflate)?

Oppgave 4

Generelt, hva kjennetegner en malign (vs. benign) hud-/bløtvevs-tumor mikroskopisk?

Instruksjon til eksaminator

Oppgaven er ment å teste studentens evne til å vise kunnskap om ulike hud- og bløtvevstumores samt å skille benigne fra maligne trekk makroskopisk og mikroskopisk.

Fasit/bedømmelsesveiledning til oppgaver:**Oppgave 1:**

På bildet vises snitt fra normal hud der epidermis, dermis og deler av subkutis er framstilt. Pek eller ring rundt og to ulike celletyper som finnes i hvert av de tre lagene (totalt seks, to per lag).

- *Epidermale celletyper:*
 - a. *Keratinocytter*
 - b. *Melanocytter*
 - c. *Merkelceller*

- *Dermale celletyper:*
 - a. *Talgkjertler/svettekjertler*
 - b. *Hårfollikkeler*
 - c. *Glatt muskulatur (erektor pili muskulatur)*
 - d. *Hematolymfoid vev (spredte lymfocytter)*
 - e. *Vener, arterier, lymfekar*
 - f. *Fibroblaster*
 - g. *Nervevev*

- *Subkutane celletyper:*
 - a. *Fettvev*
 - b. *Vener, arterier, lymfekar*

Oppgave 2:

Gi et eksempel på en benign og en malign tumortype fra hvert av de tre lagene og pek på celletypene de kan utgå fra (totalt seks diagnoser, tre benigne og tre maligne).

Fasit

Listen av akseptable differensialdiagnoser er selvsagt ekstremt lang (WHO hud/bløtdelstumores vedlagt under), men her er noen av de vanligste og mest kjente:

- **Epidermale svulster:**
 - a. **Keratinocyt-tumorer**
 - i. **Invasive/«maligne»:** Basalcellekarsinomer, plateepitelkarsinomer.
 - ii. **Benigne:** Verrukas, akantomer.
 - b. **Melanocyt-tumorer:**
 - i. **Maligne:** Maligne melanomer.
 - ii. **Benigne:** Nevuscelletumorer.
 - c. **Merkelcelletumor (malign).**

- **Dermale svulster (maligne/benigne - se WHO vedlegg):**
 - 1. **hudadnekssvulster (apokrine-/eccrine-/hårfollikel-svulster. NB!**
Hårfollikler ikke vist på bildet)
 - 2. **hematolymfoide svulster**
 - 3. **vaskulære svulster (eksempelvis hemangiom/angiosarkom)**
 - 4. **fibrohistiocytære svulster**
(dermatofibrom/dermatofibrosarcoma protuberans)
 - 5. **Perifere nevrale/nerveskjede-svulster (neurofibrom/PNET).**
 - 6. **Glatt muskel-svulster (leiomyomer/leiomyosarkomer, men NB!**
Normalstrukturer ikke vist på bildet).

- **Subkutane svulster:**
 - a. **Fettvevssvulster (lipom/liposarkom)**
 - b. **Evt. svulster fra andre mulige subkutane strukturer (kar, nerver, etc.).**

Skår:

- **God:** Inntil en feil. Gir et korrekt eksempel på en benign og en malign svulst fra alle tre lag (epidermis, dermis og subkutis) og identifiserer korrekt tilsvarende normalstruktur på snittet. Man kan akseptere mer generelle navn som eksempelvis «benign/malign hudadnekstumor», men dette drar noe ned mot «tilfredsstillende» isf. «god». Benignt/malignt eksempel behøver ikke være fra samme struktur (eksempelvis – dermale:

dermatofibrom og angiosarkom), men da skal studenten peke på hhv. fibroblaster og en vene/arterie. Noen studenter vil kanskje påpeke at mange av disse svulstene oppstår fra stamceller og ikke fra differensiert normalvev, noe som er korrekt.

- **Tilfredsstillende:** Inntil to feil. Eksempelvis angir seks korrekte diagnoser, men identifiserer to feilaktige normal-strukturer på bildet.
- **Ikke tilfredsstillende:** Tre eller flere feil. Eksempelvis peker på feil celletype, samt mangler to diagnoser.

Kommentar: Viktig ikke å hinte, men det er lov å spesifisere om studenten er usikker på hva vi egentlig spør om.

Oppgave 3:

Generelt, hva kjennetegner en benign vs. malign hud/bløtvevs-tumor makroskopisk?

Fasit:

Makroskopisk maligne trekk (ingen er absolutte, men drar mer i malign enn benign retning):

- *Stor størrelse (benigne tumorer kan også være store, men eksempelvis skal bløtvevstumores over 5 cm alltid henvises til sarkomsenter).*
- *Infiltrerende vekst i omgivende strukturer (evt. metastasesuspekter funn).*
- *Ulcerasjon på overflaten.*
- *Heterogen snittflate*
- *Uskarp avgrensning.*
- *Nekroser/blødninger i snittflaten.*
- *Asymmetri (farge/utbredelse).*

Makroskopisk benigne trekk:

- *Fravær/motsatt av de ovenfornevnte.*

Skår:

- **God:** Angir minst fem av de nevnte karakteristika.
- **Tilfredsstillende:** Angir tre-fire av de nevnte karakteristika, evt. flere enn fem, men med en eller flere mindre alvorlige feil.
- **Ikke tilfredsstillende:** Kan kun angi to korrekte karakteristika, evt. tre-fire korrekte pluss grove feil.

Oppgave 4:

Generelt, hva kjennetegner en benign vs. malign hud/bløtvevs-tumor mikroskopisk?

Fasit:

Mikroskopisk maligne trekk (ingen er absolutte, men drar mer i malign enn benign retning):

- Kjernepleomorfi (stor variasjon i kjerneform og størrelse).
- Økt antall mitoser, evt. atypiske mitoser.
- Høy celletetthet.
- Mikroskopisk infiltrerende vekst i omgivende strukturer (gjennombrudd av basalmembran for keratinocyt-tumorer, fettvevsinfiltrasjon, entrapment, etc.)
- Desmoplastisk stromareaksjon.
- Tap av differensiering.
- Asymmetrisk vekstmønster (eksempelvis maligne melanomer vs. nevuscelletumorer).
- Ulcerasjon på overflaten.
- Pagetoid vekst.
- Nekroser/blødninger.
- Overordnet «rotete» struktur/arkitektoniske forandringer

Mikroskopisk benigne trekk:

- Fravær/motsatt av de ovenfornevnte.

Skår:

- **God:** Angir minst fem av de nevnte karakteristika.
- **Tilfredsstillende:** Angir tre-fire av de nevnte karakteristika, evt. flere enn fem, men med en eller flere mindre alvorlige feil.
- **Ikke tilfredsstillende:** Kan kun angi to korrekte karakteristika, evt. tre-fire korrekte pluss grove feil.

Du må forsikre deg om at studentnavn stemmer med det du har på skjermen. Studenten er instruert til å vise ID til deg. Som eksaminator skal du ikke gi noen hint, kun krysse av på skårings skjema. Følg godt med og hold tiden. Du skal ikke komme med tilleggsspørsmål annet enn det som er bestemt på forhånd. Du skal oppføre deg likt overfor alle studentene.

Når endelig signal lyder etter 8 minutter, skal du be studenten forlate rommet og gå videre til neste stasjon.

Dersom studenten blir helt ferdig med oppgaven før tiden er ute kan du be studenten gå ut i gangen og vente på neste stasjon.

Gjør ferdig skåringen på skårings skjemaet. Gi skriftlig tilbakemelding til studentene om prestasjonen og forslag til forbedringer. Gjør til slutt en totalvurdering av studentens prestasjon etter ditt eget skjønn og kryss av på «Global skår». Global skår er uavhengig av og vil IKKE påvirke kandidatens sjekklisteskår. Send inn skårings skjemaet ved å trykke "submit".

Omstille deg til neste student.

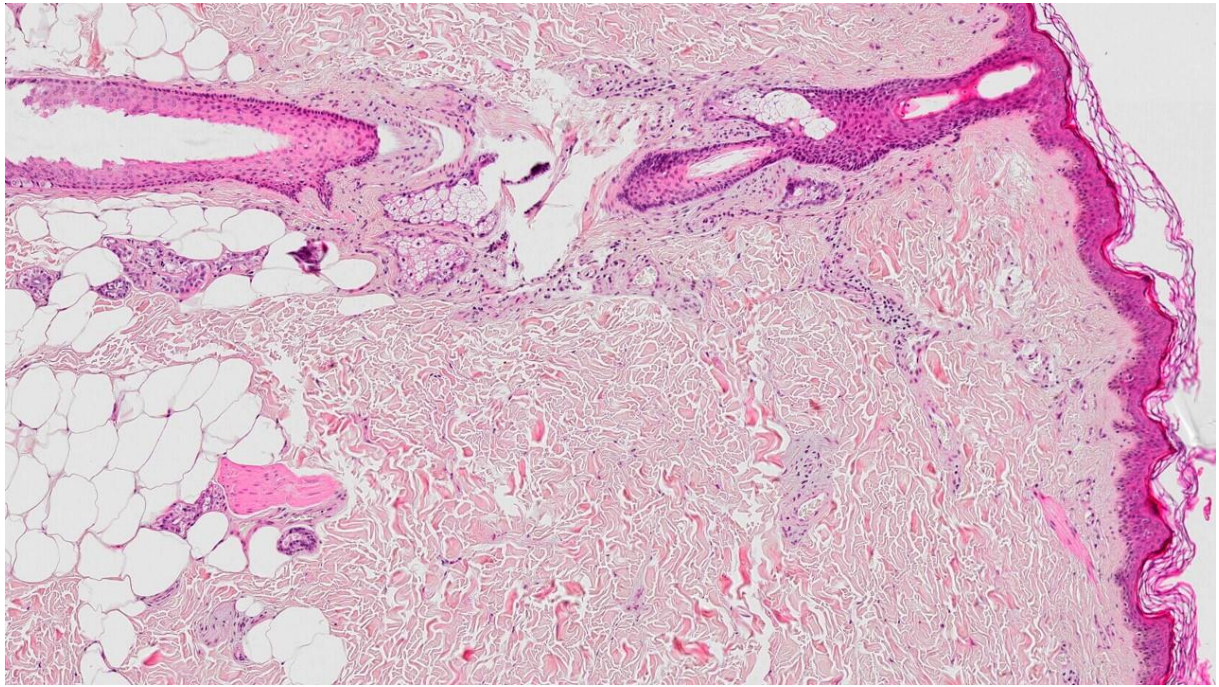
Utstyrsliste: Laminert HE snitt fra normal hud (ett ark).

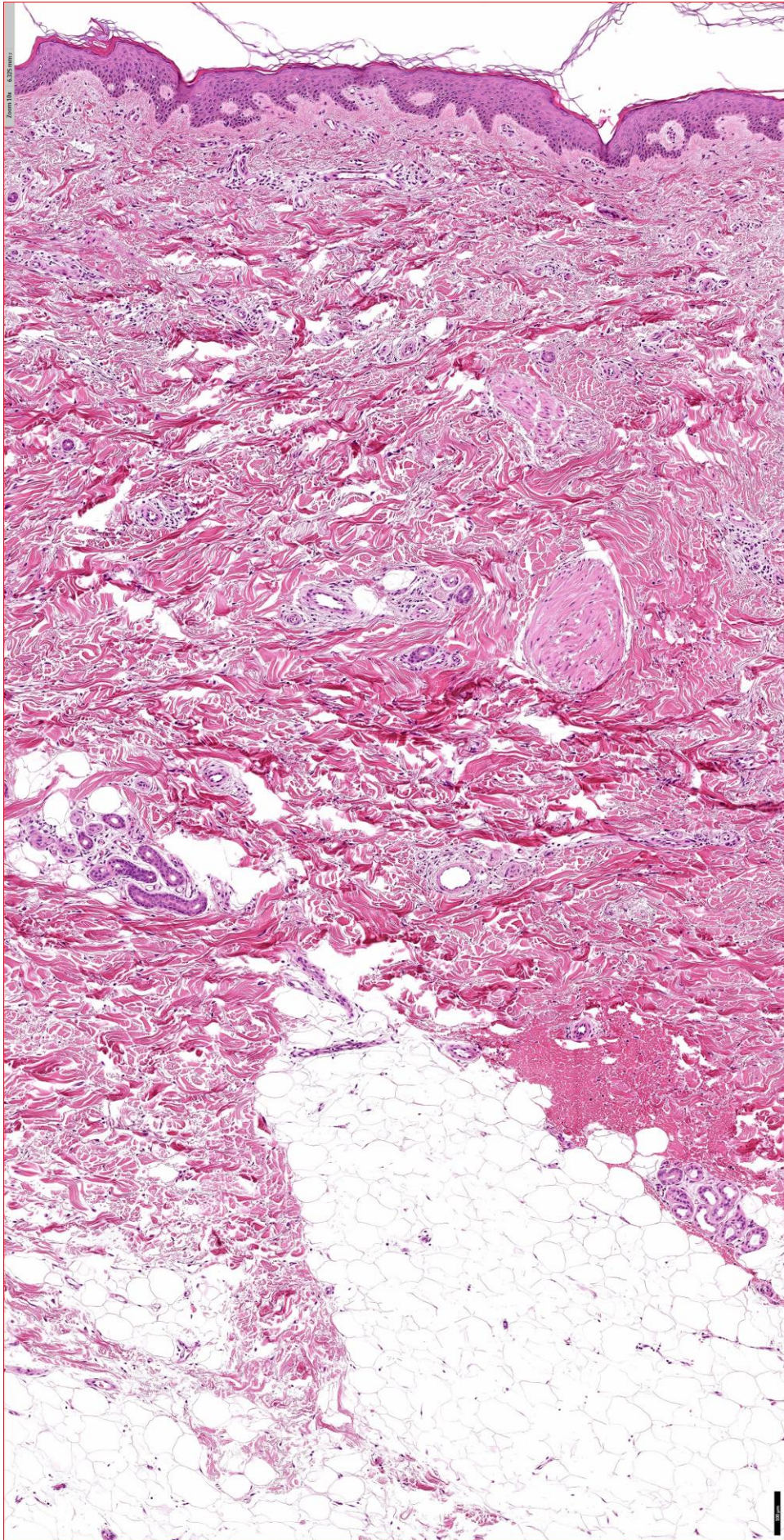
Strukturert skåringsskjema

	God (2 poeng)	Tilfredsstillende (1 poeng)	Ikke tilfredsstillende eller ikke utført (0 poeng)
Oppgave 1 På bildet vises snitt fra normal hud der epidermis, dermis og deler av subkutis er framstilt. Pek eller ring rundt og to ulike celletyper som finnes i hvert av de tre lagene (totalt seks, to per lag).			
<ul style="list-style-type: none"> • Epidermis 	2 eller flere celletyper	1 celletype	
<ul style="list-style-type: none"> • Dermis 	2 eller flere celletyper	1 celletype	
<ul style="list-style-type: none"> • Subcutis 	2 eller flere celletyper	1 celletype	
Oppgave 2 Gi et eksempel på en benign og en malign tumortype fra hvert av de tre lagene og pek på celletypene de kan utgå fra (totalt seks diagnoser, tre benigne og tre maligne).			
<ul style="list-style-type: none"> • Epidermis 	1 malign og 1 benign	1 tumortype	
<ul style="list-style-type: none"> • Dermis 	1 malign og 1 benign	1 tumortype	
<ul style="list-style-type: none"> • Subcutis 	1 malign og 1 benign	1 tumortype	
Oppgave 3 Generelt, hva kjennetegner en malign (vs. benign) hud/bløtvevs-tumor makroskopisk (overflate og snittflate)?	Angir minst fem av de nevnte karakteristika. (4p)	Angir tre-fire av de nevnte karakteristika, evt. >5 pluss noen mindre alvorlige feil. (2p)	Kan kun angi to korrekte karakteristika, evt. tre-fire korrekte pluss grove feil.
Oppgave 4 Generelt, hva kjennetegner en malign (vs. benign) hud/bløtvevs-tumor mikroskopisk?	Angir minst fem av de nevnte karakteristika. (4p)	Angir tre-fire av de nevnte karakteristika, evt. >5 pluss noen mindre alvorlige feil. (2p)	Kan kun angi to korrekte karakteristika, evt. tre-fire korrekte pluss grove feil.
Overordnet/kompenserende skår Studenten viser gode resonnement og flyt og virker å ha oversikt over fagfeltet. Trekk i poeng på oppgave 1-4 kan kompenseres om studenten resonnerer godt, men virket å få «black out», evt. trekkes om studenten viser dårlig forståelse og eksempelvis ramser opp irrelevante celler eller diagnoser som ikke tilhører hud/underhud.	Viser overordnet gode resonnement og god forståelse av hud-/bløtdels-histopatologi. (6p)	Viser overordnet tilfredsstillende resonnement og forståelse av hud-/bløtdels-histopatologi. (4p)	Viser overordnet ikke tilfredsstillende resonnement og forståelse av hud-/bløtdels-histopatologi.

Global skår				
Utmerket	Vel bestått	Bestått	Grensetilfelle	Stryk

Kommentar til student





WHO Tumours of Soft Tissue

WHO classification of tumours of soft tissue	9				
TNM classification of soft tissue sarcomas	12				
1 Tumours of soft tissue: Introduction	13				
Epidemiology	14				
Etiology	14				
Clinical features	15				
Imaging of tumours of soft tissue	16				
Grading and staging of sarcomas	17				
2 Adipocytic tumours	19				
Lipoma	20				
Lipomatosis	22				
Lipomatosis of nerve	23				
Lipoblastoma	24				
Angiolipoma	26				
Myolipoma of soft tissue	27				
Chondroid lipoma	28				
Spindle cell/pleomorphic lipoma	29				
Hibernoma	31				
Atypical lipomatous tumour	33				
Dedifferentiated liposarcoma	37				
Myxoid liposarcoma	39				
Pleomorphic liposarcoma	42				
3 Fibroblastic/myofibroblastic tumours	45				
Nodular fasciitis	46				
Proliferative fasciitis and proliferative myositis	48				
Myositis ossificans and fibro-osseous pseudotumour of digits	50				
Ischaemic fasciitis	52				
Elastofibroma	53				
Fibrous hamartoma of infancy	54				
Fibromatosis colli	55				
Juvenile hyaline fibromatosis	56				
Inclusion body fibromatosis	58				
Fibroma of tendon sheath	59				
Desmoplastic fibroblastoma	60				
Mammary-type myofibroblastoma	61				
Calcifying aponeurotic fibroma	63				
Angiomyofibroblastoma	64				
Cellular angiofibroma	65				
Nuchal-type fibroma	67				
Gardner fibroma	68				
Calcifying fibrous tumour	69				
Palmar/plantar fibromatosis	70				
Desmoid-type fibromatosis	72				
Lipofibromatosis	74				
Giant cell fibroblastoma	75				
Dermatofibrosarcoma protuberans	77				
Extrapleural solitary fibrous tumour	80				
Inflammatory myofibroblastic tumour	83				
Low-grade myofibroblastic sarcoma	85				
Myxoinflammatory fibroblastic sarcoma	87				
Infantile fibrosarcoma	89				
Adult fibrosarcoma	91				
Myxofibrosarcoma	93				
Low-grade fibromyxoid sarcoma	95				
Sclerosing epithelioid fibrosarcoma	97				
4 So-called fibrohistiocytic tumours	99				
Tenosynovial giant cell tumour, localized type	100				
Tenosynovial giant cell tumour, diffuse type	102				
Deep benign fibrous histiocytoma	104				
Plexiform fibrohistiocytic tumour	105				
		Giant cell tumour of soft tissue	106		
5 Smooth-muscle tumours	109				
Leiomyoma of deep soft tissue	110				
Leiomyosarcoma	111				
6 Pericytic (perivascular) tumours	115				
Glomus tumours	116				
Myopericytoma, including myofibroma	118				
Angioleiomyoma	120				
7 Skeletal-muscle tumours	123				
Rhabdomyoma	124				
Embryonal rhabdomyosarcoma	127				
Alveolar rhabdomyosarcoma	130				
Pleomorphic rhabdomyosarcoma	132				
Spindle cell/sclerosing rhabdomyosarcoma	134				
8 Vascular tumours	137				
Haemangiomas	138				
Epithelioid haemangioma	141				
Angiomatosis	143				
Lymphangioma	144				
Kaposiform haemangioendothelioma	145				
Retiform haemangioendothelioma	147				
Papillary intralymphatic angioendothelioma	148				
Composite haemangioendothelioma	149				
Kaposi sarcoma	151				
Pseudomyogenic haemangioendothelioma	153				
Other intermediate vascular neoplasms	154				
Epithelioid haemangioendothelioma	155				
Angiosarcoma of soft tissue	156				
9 Chondro-osseous tumours	159				
Soft-tissue chondroma	160				
Extraskelletal osteosarcoma	161				
10 Gastrointestinal stromal tumours	163				
11 Nerve sheath tumours	169				
Schwannoma (including variants)	170				
Melanotic schwannoma	173				
Neurofibroma (including variants)	174				
Perineurioma	176				
Granular cell tumour	178				
Dermal nerve sheath myxoma	179				
Solitary circumscribed neuroma	181				
Ectopic meningioma/meningothelial hamartoma	182				
Nasal glial heterotopia	183				
Benign Triton tumour	185				
Hybrid nerve sheath tumours	185				
Malignant peripheral nerve sheath tumour	187				
Malignant granular cell tumour	190				
Ectomesenchymoma	191				
12 Tumours of uncertain differentiation	193				
Acral fibromyxoma	194				
Intramuscular myxoma	195				
Juxta-articular myxoma	197				
Deep ("aggressive") angiomyxoma	198				
Pleomorphic hyalinizing angiectatic tumour of soft parts	200				
Ectopic hamartomatous thymoma	201				
Atypical fibroxanthoma	202				
Angiomatoid fibrous histiocytoma	204				
Ossifying fibromyxoid tumour	206				
		Myoepithelioma/myoepithelial carcinoma/ mixed tumour	208		
		Haemosiderotic fibroplomatous tumour	210		
		Phosphaturic mesenchymal tumour	211		
		Synovial sarcoma	213		
		Epithelioid sarcoma	216		
		Alveolar soft part sarcoma	218		
		Clear cell sarcoma of soft tissue	221		
		Extraskelletal myxoid chondrosarcoma	223		
		Malignant mesenchymoma	225		
		Desmoplastic small round cell tumour	225		
		Extrarenal rhabdoid tumour	228		
		PEComa	230		
		Intimal sarcoma	232		
13 Undifferentiated/unclassified sarcomas	235				

WHO Skin Tumours

1 Keratinocytic tumours	9	Basoid melanoma and local metastasis of melanoma	147	B-cell lymphoma	199	Rhabdomyosarcoma (mesenchymal hamartoma)	252
WHO and TNM classification	10	Congenital melanocytic naevus	148	Intraepithelial large B-cell lymphoma	200	Fibrosis, fibrocytic and histiocytic tumours	254
Basal cell carcinoma	11	Superficial lymphocytic tumour	149	Lymphomatoid granulomatosis	202	Keloid scar	254
Superficial basal cell carcinoma	13	Deep tumours with follicular differentiation	150	Cutaneous B-cell lymphoma	204	Hypertrophic scar	255
Nodular basal cell carcinoma	15	Trichoblastoma	152	Mantle cell lymphoma	204	Dermatofibroma	255
Micronodular basal cell carcinoma	16	Pilomatoma	153	Burkitt lymphoma	205	Infantile myfibromatosis	256
Infiltrating basal cell carcinoma	17	Trichilemmoma	155	Chronic lymphocytic leukaemia / small lymphocytic lymphoma	205	Sclerotic fibroma	256
Fibroepithelial basal cell carcinoma	18	Trichodiscoma	156	Plasmacytoma	207	Digital mucous cyst	257
Basal cell carcinoma with adnexal differentiation	18	Pilar sheath carcinoma	157	Hodgkin lymphoma	207	Digital fibrokeratoma	257
Basosquamous carcinoma	19	Trichostoma	157	Burkitt lymphoma	207	Pleomorphic fibroma	258
Keratinocytic basal cell carcinoma	19	Fibrofollicular trichostoma	158	Precursor T-lymphoblastic leukaemia / lymphoma	208	Granuloma annulare	258
Other variants	19	Tumours with sebaceous differentiation	160	Leukaemia / lymphoma	210	Granuloma annulare pustuliforme	258
Squamous cell carcinoma	20	Sebaceous carcinoma	161	Cutaneous involvement by myeloid leukaemia	211	Dermatofibroma (fibrous histiocytoma)	261
Keratinocytic squamous cell carcinoma	21	Sebaceous tumour	162	Lymphoid infiltrates of the skin mimicking lymphoma	211	6 Neural tumours	263
Squamous cell carcinoma	21	Cystic sebaceous tumour	162	Paraneoplastic	212	WHO and TNM classification	264
Verrucous squamous cell carcinoma	22	WHO / EORTC classification	165	Small plaque paraneoplastic	212	Palisaded, encapsulated neuroma and traumatic neuroma	265
Pseudoepitheliomatous squamous cell carcinoma	24	WHO / EORTC classification	166	Paraneoplasia - Large patch type, with or without poikiloderma	215	Palisaded encapsulated neuroma	265
Bowen disease	26	Introduction	167	Langierans cell histiocytosis	215	Traumatic neuroma	266
Bowenoid papillomas	28	Mycosis fungoides (MF)	168	Indeterminate cell histiocytosis	217	Primary malignant peripheral primitive neuroectodermal tumour (PNET) / embryonal rhabdomyosarcoma (ERMS)	268
Actinic keratosis	30	Syngeneic recurrences	172	Sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy	221	Nerve sheath myxoma / neurofibroma	270
Asymptomatic keratosis	32	Folliculotropic MF	173	Juvenile xanthogranuloma	222	Merkel cell carcinoma	272
PUVA keratosis	33	Granulomatous MF	174	Reticulohistiocytosis	224	Granular cell tumour	274
Verrucae	34	Sezary syndrome	175	Mastocytosis	226	7 Inherited tumour syndromes	277
Verruca vulgaris	35	Granulomatous slack skin	178	WHO and TNM classification	229	Familial cutaneous melanoma	279
Verruca planaris	37	CD30+ T-cell lymphoproliferative disorders	178	Introduction	230	Xeroderma pigmentosum	282
Verruca plana	38	Lymphomatoid papulosis (LYP)	179	Angiosarcoma	230	Nevoid basal cell carcinoma (Gorlin) syndrome	285
Acanthosis	39	Primary cutaneous anaplastic large-cell lymphoma	180	Vascular tumours	233	Cowden syndrome	288
Epithelioid acanthoma	39	Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma	182	Chemical tumours	233	Gandy complex	291
Warty dyskeratoma	40	Primary cutaneous peripheral T-cell lymphoma, unspecified	184	Hemangioma of infancy	233		
Acantholytic acanthoma	40	Cutaneous $\gamma\delta$ T-cell lymphoma	184	Strawberry hemangioma	234		
Lentigo simplex	41	Primary cutaneous aggressive epidermotropic cytotoxic T-cell lymphoma	185	Hobnail hemangioma	234		
Seborrhoidic keratosis	41	Primary cutaneous small-medium CD4+ T-cell lymphoma	186	Microruboid hemangioma	235		
Melanocanthoma	43	Primary cutaneous neutrophilic dermatitis	187	Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia	237		
Clear cell acanthoma	43	Primary cutaneous CD30+ lymphoma	188	Spindle cell hemangioma	239		
Large cell acanthoma	44	Primary cutaneous PTL, unspecified	188	Tufted angioma	239		
Keratocanthoma	44	Primary cutaneous T-cell leukaemia / lymphoma	189	Bacillary angiomatosis	240		
Lichen planus-like keratosis	47	Extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal-type	191	Reactive angioendotheliomatosis	241		
2 Melanocytic tumours	48	Hydroa vacciniforme-like cutaneous T-cell lymphoma	192	Reactive hemangioma	242		
WHO classification	49	Cutaneous involvement in primary extracutaneous T-cell lymphoma	193	Cavernous hemangioma	243		
Melanoma	50	Systemic anaplastic large cell lymphoma (ALCL)	193	Angiokeratoma	244		
Melanoma with apocrine and eccrine differentiation	51	Angioimmunoblastic T-cell lymphoma (AITL)	193	Angiokeratoma	244		
Superficial spreading melanoma	52	Cutaneous marginal zone B-cell lymphoma	194	Anerterous hemangioma	245		
Nodular melanoma	56	Cutaneous diffuse large B-cell lymphoma	194	Cutaneous angiosarcoma	246		
Lentigo maligna	68	Cutaneous diffuse large B-cell lymphoma, leotype	198	Lymphomatous leucocytoclastic vasculopathy	247		
Acral-lentiginous melanoma	70	Diffuse large B-cell lymphoma, leotype	198	Lymphomatoid granulomatosis	248		
Desmoplastic melanoma and desmoplastic melanocytic melanoma	73	T-cell / histiocytic-rich large B-cell lymphoma	199	Smooth and skeletal muscle tumours	249		
Microscopic melanoma	76	Plasmablastic lymphoma	199	Smooth muscle hamartoma	250		
Melanoma arising from blue naevus	79	Secondary skin involvement by diffuse large B-cell lymphoma	199	Pilar leiomyoma	251		
Melanoma arising in giant congenital naevus	83			Cutaneous leiomyosarcoma	251		
Chick-pox melanoma	84						
Nevoid melanoma	85						

Psykiatri IIC – komparentopplysninger ved mani/hypomani

Forfatter				
Navn	Institutt	Undervisningsenhet	E-post	Telefon
John Fløvig Øyvind Berg	IPH	Voksenpsykiatri	flovig@ntnu.no	97734770
Eksaminatorer				
Navn	Institutt	Undervisningsenhet	E-post	Telefon
Per Ivar Finseth Terje Torgersen	IPH	Voksenpsykiatri	per.i.finseth@ntnu.no terjtorg@ntnu.no	97506076 93419909
Standardiserte pasienter/skuespiller				
Standardisert pasient/skuespiller Mann/ kvinne, 50-60 år				
Læringsmål				
4.1.1 4.1.2				
Stasjonskart/rammeverk for OSKE				
Komparentopplysninger ved hypomani/mani				
Tidsbruk:	Stasjon		Forflytning/Sensur	Totalt
	10 minutter		4 min	14 min

Instruksjon til student (oppgavetekst til dør)

Innhenting av opplysninger

Du er fastlege. Neste pasient er mor/ far til en gutt på 19 år (Petter). H*n har ringt inn og uttrykt bekymring for sønnen sin. Han har begynt å oppføre seg unormalt, har vært veldig oppspilt og fått en del gjeld. Helsesekretæren på kontoret oppfattet situasjonen som alvorlig og forelderen som sliten, så hun satte opp en ø-hjelpstime for at du skulle få avklart hva dette er og hva som skal gjøres videre.

Din oppgave er å innhente komparentopplysninger for å vurdere hva slags tilstand dette kan være og hvor alvorlig den er. Du har 8 minutter til å snakke med den pårørende.

Når det er to minutter igjen vil eksaminator stille deg to spørsmål.

Vent til du hører startsignalet. (noe annet med zoom..)

Den pårørende i oppgaven spilles av en standardisert pasient.

Instruksjon til eksaminator

Opgaven er ment å teste studentens evne til å innhente relevante opplysninger fra pårørende til manisk pasient.

Du må forsikre deg om at studentnavn stemmer med det du har på skjermen. Studenten er instruert til å vise ID til deg. Som eksaminator skal du ikke gi noen hint, kun krysse av på skåringsskjema. Følg godt med og hold tiden. Du skal ikke komme med tilleggsspørsmål annet enn det som er bestemt på forhånd. Du skal oppføre deg likt overfor alle studentene.

Når det er 2 minutter igjen skal du stille følgende spørsmål til studenten: «Hvilken psykiatrisk tilstand er mest sannsynlig?»

Deretter skal du spørre: «Tror du at det er grunn til innleggelse i psykiatrisk sykehus for denne pasienten, ut fra det du har fått vite ved denne samtalen?»

Når endelig signal lyder etter 10 minutter, skal du be studenten forlate rommet og gå videre til neste stasjon.

Dersom studenten blir helt ferdig med oppgaven før tiden er ute kan du be studenten gå ut i gangen og vente på neste stasjon.

Gjør ferdig skåringen på skåringsskjemaet. Gi skriftlig tilbakemelding til studentene om prestasjonen og forslag til forbedringer. Gjør til slutt en totalvurdering av studentens prestasjon etter ditt eget skjønn og kryss av på «Global skår». Global skår er uavhengig av sjekklisteskår og vil ikke påvirke kandidatens sjekklisteskår. Send inn skåringsskjemaet ved å trykke "submit".

Omstille deg til neste student.

Instruksjon til standardisert pasient

Du er mor/far til Petter (19 år) som den siste måneden har endret oppførsel veldig og vært svært oppstemt. Du er bekymret for Petter og har nå tatt kontakt med legekontoret for å finne ut av om dette er noe Petter kan få hjelp for.

NBNB: Det er studenten sin oppgave å spørre om de opplysningene han/ hun trenger for å forstå hva Petter plages med. Du skal derfor ikke gi opplysninger som ikke studenten har spurt konkret om, bortsett fra at du kan gjenta det som står i instruksjon til studenten (oppført seg unormalt, vært veldig oppspilt og har fått en del gjeld, dessuten vet studenten at du er sliten). Du kan også si for eksempel at det har vært veldig vanskelig og du vet ikke hva du skal gjøre. Hvis studenten stiller åpne spørsmål, skal du be studenten spørre deg om det som de trenger å vite, du kan for eksempel si at «det er så mye jeg kunne ha sagt, jeg vet ikke helt hvor jeg skal begynne, kan ikke du bare spørre om det som du trenger å vite så skal du svare». Hvis studenten ikke stiller spørsmål skal du bare vente til du får spørsmål, men hvis det tar mer enn 1 minutt før studenten begynner å spørre detaljert så skal du si: «jeg vil gjerne at du spør om det du trenger å vite, så skal du få svar».

Du er gift og sammen med ektefelle har du to eldre barn i tillegg til Petter. De to eldre har flyttet ut for å studere.

I familien ellers vet du ikke av noen psykiatriske lidelser annet enn at svigerfar har vært deprimert og også hatt perioder hvor han har brukt masse penger og startet rare prosjekter. Nå tar han noen medisiner (men det gjør jo alle gamle mennesker) og har ikke gjort noe slikt på lenge. Han kan faktisk virke enda mer stabil i humøret enn andre, såpass at du har lurt på om han føler ting på samme måte som oss.

Det som gjør at du er bekymret for Petter startet for en drøy måned siden. Petter begynte å sove mindre, du hørte at han satt oppe og drev på med datamaskinen store deler av natta. Han ble veldig pratsom og det gikk i et høyere tempo enn før. Etter hvert kom det frem at han jobbet med å starte en ny festival til neste sommer og allerede hadde flere store artister klare. Han virket svært oppspilt og gira, selv om du synes det han snakket om virket litt springende og ikke så sannsynlig. Det er ofte vanskelig å henge med når han snakker fordi han bytter tema veldig raskt.

Han fikk også endel pakker med ting han hadde kjøpt på nettet og nå den siste uken har postkassen vært full av brev fra ulike kredittkortselskaper og forbrukslånbanker adressert til Petter.

Petter er ferdig med videregående og har i år tatt seg et friår hvor han bor hjemme og jobber på den lokale Byggmakkeren. Utenom jobb har han vært mye sosial og spilt fotball i 5. divisjon. Den siste måneden har du ikke sett noe til kameratene hans. Han har heller ikke vært på fotballtrening. Når du spør ham om dette svarer han at han er for god for fotballaget. Bestevennene omtaler han som kjedelige A4-mennesker uten ambisjoner.

Han har vært ute av huset på dagtid, men for 10 dager siden fikk du telefon fra sjefen hans som ikke hadde sett ham på jobb de siste tre dagene og ikke fikk tak i ham når han ringte. Sjefen lurte på om han var syk. Ikke vært på jobb etter det heller. Sjefen var bekymret fra før, siden Petter hadde hatt vansker med å konsentrere seg og laget en del bråk i med kunder. Kundene var ofte erfarne håndverkere, men allikevel hadde sjefen ofte hørt Petter fortelle dem hvordan ting skulle gjøres og forklart dem alternative måter å løse problemer på.

Så vidt du vet har ikke Petter brukt rusmidler eller hatt kontakter i rusmiljøer.

Petter har fungert godt i alle sammenhenger tidligere. Fått gode karakterer, hatt venner, spilt fotball etc. For et drøyt år siden hadde han en periode på ca en måned hvor han var lite ute og fremsto nedstemt. Omtrent i den samme perioden hadde du sett mindre til en venninne han hadde brukt mye tid med tidligere, så du var usikker på om det var kjærlighets sorg eller noe sånt.

I det siste har Petter vært endel borte på nettene, både i helger og ukedager, men utover det vet du ikke noe om seksuallivet hans.

Du har ikke lagt merke til noe som tilsier at Petter ser eller hører ting andre ikke hører (hallusinerer). Du har også inntrykk av at han stort sett er mulig å snakke med, selv om det går fort og hopper litt hit og dit.

Du er veldig sliten etter den siste måneden og håper nå at noen kan hjelpe Petter, men også hjelpe dere. Oppførselen hans har tæret på dere hjemme, dere har sovet lite og krangler lettere enn før. De to eldre søsknene skulle hjem en helg, men dro igjen en dag tidligere enn tenkt fordi de syntes det var slitsomt å være hjemme.

Når studenten spør deg om hva du kommer for/åpner samtalen svare du at du er bekymret for sønnen din, Petter, som har lagd masse styr og oppført seg rart i det siste. Han er ikke som før og noen må hjelpe ham.

På andre spørsmål, svarer du vet ikke.

Utstysrliste

- Det er ikke behov for annet enn stoler og bord.

Strukturert skåringsskjema

Generelt hvis ikke annet er spesifisert: Tilfredsstillende hvis man nevner 1 element, God hvis man nevner 2	God (2 poeng)	Tilfredsstillende (1 poeng)	Ikke tilfredsstillende eller ikke utført (0 poeng)
Hilser på den pårørende, og introduserer seg selv			
Forklarer formål/ hensikt med samtale, og spør om tillatelse/ om den pårørende er enig i plan for timen			
Starter med åpent spørsmål før detaljert utspørring, men går over til detaljerte spørsmål når den pårørende ber om det			
«Lette» maniske symptomer: økt energi, økt aktivitet, redusert søvn, økt libido, pratsomhet, uro, utålmodig	3 eller flere symptomer	2	0-1
«Tyngre» maniske symptomer: Grandiositet, overdreven selvtilitt, tap av sosiale hemninger, taleflom, pengeforbruk utover evne, aggresjon/ trusler/ vold	3 eller flere symptomer	2	0-1
Psykotiske symptomer: vrangforestillinger, hallusinasjoner			
Tidligere depresjon eller mani, bruk av rusmidler			
Somatisk sykdom, bruk av medisiner,			
Funksjon i dagliglivet: fravær på jobb, mistet kontakt med venner, egenomsorg, hygiene, mat/ måltider			
Spør hvordan situasjonen virker på familien: hvordan de har det, krangler, søsken orker ikke være hjemme			
Effektiv kommunikasjon: Enkelt og klart språk uten faguttrykk, og sjekker om man har oppfattet riktig			
Empatisk kommunikasjon: Snakker med innlevelse tilpasset den pårørendes stemningsleie, og uttrykker forståelse for at det har vært vanskelig hjemme med sønnen			
Familiehistorie	Fått frem svingninger i stemningsleiet hos bestefar	Fått frem at svigerfar har hatt problemer	
Svar på spørsmål: Mani/ manisk episode, og det er grunn til innleggelse. Uklart om psykose så det gir ikke poeng. Ikke poeng for bipolar.	Mani og innleggelse	Mani eller innleggelse	

(Tips: Her angir dere det som skal skåres på eksamen. Viktig at dette ikke blir for detaljert, tenk også på prosessorienterte skåringselementer. Annen skåringsskala kan være mulig slik som "nevnt/ikke nevnt", man kan endre poenggivningen for å vekte opp enkelte elementer eller deler av skjemaet osv.)

Global skår Skal ikke endres!				
Utmerket	God bestått	Bestått	Grensetilfelle	Stryk

Kommentar til student Skal ikke endres!

Fra undervisning om bipolar lidelse av Per Ivar Finseth

Mani

Hovedsymptom

- Tydelig forhøyet humør, ekspansiv eller irriterbar. Klart avvikende for individet
- Mani: Oppstemthet \geq 1 uke eller innlagt pga.
- Hypomani: Oppstemt eller irriterbar i \geq 4 dager

Tilleggssymptomer

- ≥ 3 (≥ 4 dersom kun irriterbar):
 - Hyperaktivitet, uro
 - **Taletrang**
 - Tankeflukt
 - **Nedsatt søvnbehov**
 - Økt selvfølelse, storhet
 - Lett avledbar, ikke konsentrasjon
 - Hensynsløs, uansvarlig adferd
 - Økt libido

Mani/hypomani

- To måter å dele inndele oppstemthet på:
 - Antall symptomer, slik som i ICD-10
 - Sikrere: Grad av funksjonshemming:
 - Alle som blir innlagt har mani
 - De med hypomani kan vanligvis ivareta sine ordinære oppgaver.
 - Pasienter som sykemeldes har ofte mani.
 - Store ubehagelige konsekvenser av atferd har vanligvis mani, bryter sosiale normer og grenser

Psykose ved mani eller depresjon

- Generelle kriterier for mani/depresjon
- Ikke schizofreni/schizoaffektiv
- Vrangforestillinger eller hallusinasjoner, men ikke klassiske schizofrene
- Kan være stemningskongruente (eks ved mani: grandiositet, selvhenførende)

- Carrie i Homeland
- <https://www.youtube.com/watch?v=wrSl3a1aeb0>
- Status presens? Tegn til mani?

Radiologi IIC: Bildediagnostikk, trampolineskade

Forfatter				
Navn	Institutt	Undervisningsenhet	E-post	Telefon
Birte Veslemøy Evensen	Klinikk for bildediagnostikk	Radiologi	Birte.veslemoy.evensen@stolav.no	28984
Nivå på oppgave (flere kryss er mulig):				
IAB:	IIAB:	IIC: X	IID:	
Læringsmål				
3 Generell sykdomslære 3.1 Ved skader og andre sykkelige tilstander i muskel og skjelettsystemet, ved sykkelige tilstander i hud og på slimhinner i munnen og på kjønnsorganene, ved revmatiske sykdommer, infeksjonssykdommer og ved psykiske lidelser og dysfunksjoner skal studenten kunne: 3.1.10 Beskrive relevante diagnostiske avbildninger, identifisere anatomiske strukturer, påvise og tolke karakteristiske avvik fra det normale.				
6 Ortopedi 6.1.3 Ut fra sykehistorie og klinisk undersøkelse stille tentativ diagnose og foreslå videre undersøkelser og/eller behandling ved skader og andre smertetilstander i bein, ledd og bløtdeler, samt medfødte anomalier og ervervede feilstillinger.				
11 Bildediagnostikk 11.1.1 Bildediagnostisk utredning av de vanligste sykdomstilstander i muskel-/skjelettradiologi. Dette omfatter bildediagnostikk ved vanlige utviklingsanomalier, traumer, revmatologisk sykdom, svulster, inflammatoriske og infeksjose sykdommer, samt degenerative sykdommer. 11.1.2 Prinsipper for bildetolkning av bløtvev og skjelett på røntgen, CT og MR inkludert kunnskap om ulike CT-teknikker (CT angio) og de mest brukte MR-sekvenser i muskel-/skjelettradiologi (T1, T2, og STIR). 11.2 Studenten skal ha ferdigheter i: 11.2.1 Granskning av røntgen av skjelett ved akutte traumer, gjenkjenne normalanatomi og beskrive frakturer.				
Stasjonskart/rammeverk for OSKE				
(...)				
Tidsbruk:	Stasjon		Forflytning/Sensur	Totalt
	8 minutter		2 minutter	10 minutter

Informasjon til administrasjonen:
Standardiserte pasienter/skuespiller
<i>Ikke aktuelt</i>
Utstyr undervisningsenheten skaffer:
Utstyr undervisningsenheten trenger hjelp til å skaffe (administrasjonen skaffer):
PC med stor skjerm eller laptop med stor skjerm + mus med scrolle-hjul. Kopi av bilder på papir/laminert papir
Spesielle forhold omkring oppsett av stasjon:

Instruksjon til student (oppgavetekst til dør) (For IID skal oppgaveteksten også foreligge på engelsk)

En gutt på 10 år har hoppet på trampoline og vrikket høyre ankel innover. Kommer til deg på legevakten med betydelig hevelse over og rundt laterale malleol, uttalte smerter ved undersøkelse.

Vent på gangen til du hører startsignalet.

Instruksjon til eksaminator

Oppgaven er ment å teste studentens evne til..

- Å skrive en adekvat henvisning til bildediagnostisk undersøkelse
- Å tolke enkle røntgenbilder som har tydelig aktuell patologi innen ortopedi/traumatologi
- Å resonnere omkring håndtering av epifysiolysefraktur og valg av bildediagnostisk modalitet
- Gjenkjenne modaliteter som CT og MR og kunne aktuelle bruksområder for disse.
- Gjenkjenne skjelett i vekst
- Basal strålehygiene hos barn

Du må forsikre deg om at studentnavn stemmer med det du har på skjermen. Studenten er instruert til å vise ID til deg. Som eksaminator skal du ikke gi noen hint, kun krysse av på skåringsskjema. Følg godt med og hold tiden. Du skal ikke komme med tilleggsspørsmål annet enn det som er bestemt på forhånd. Du skal oppføre deg likt overfor alle studentene.

Når endelig signal lyder etter 8 minutter, skal du be studenten forlate rommet og gå videre til neste stasjon.

Dersom studenten blir helt ferdig med oppgaven før tiden er ute kan du be studenten gå ut i gangen og vente på neste stasjon.

Gjør ferdig skåringen på skåringsskjemaet. Gi skriftlig tilbakemelding til studentene om prestasjonen og forslag til forbedringer. Gjør til slutt en totalvurdering av studentens prestasjon etter ditt eget skjønn og kryss av på «Global skår». Global skår er uavhengig av sjekklisteskår og vil ikke påvirke kandidatens sjekklisteskår. Send inn skåringsskjemaet ved å trykke "submit".

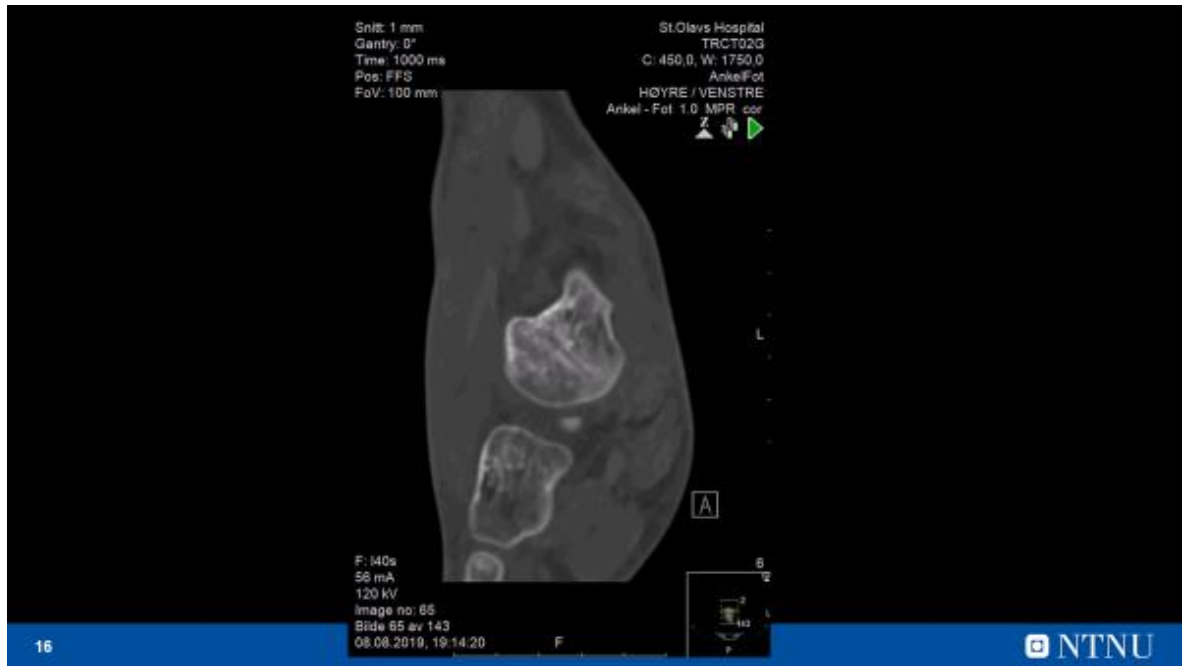
Omstille deg til neste student.

OBS:

STUDENTEN SKAL HA MULIGHETEN TIL Å VISE HVA HAN/HUN KAN PÅ ALLE SKÅRINGSPUNKTER. DET ER DERFOR SVÆRT VIKTIG Å HOLDE TIDEN.









	Detaljert instruksjon til eksaminator
<p>Aktuelle sykehistorie Formuler en kort henvisning til bildediagnostisk avdeling som inneholder problemstilling og ønsket undersøkelse.</p>	<p>Spør studenten «Formuler en kort henvisning til bildediagnostisk avdeling som inneholder følgende elementer: <u>problemstilling</u> (hvilken patologi vil du få avklart) og ønsket <u>bildeundersøkelse</u>»</p> <p>«God»: svarer «skjelettskade i ankel, evt fraktur i ankel» og «røntgen ankel, (front, skrå og side)» (2 poeng) «Tilfredsstillende»: Har med ett av elementene over. (F.eks. henviser til røntgen ankel eller har riktig problemstilling) (1 poeng) «Ikke tilfredsstillende»: Andre modaliteter/undersøkelser- spør ikke etter noen av de aktuelle problemstillingene (0 poeng)</p>
<p>Hvilke andre bildeundersøkelser kan generelt være aktuelle ved skade på muskel- og skjelettsystemet?</p>	<p>Spør «Hvilke andre bildemodaliteter kan generelt være aktuelle å utføre ved mistanke om skade på muskel- og skjelettsystemet?»</p> <p>«God»: CT, ultralyd, MR, nukleærmedisinske undersøkelser (skjelettscintigrafi og PET CT aksepteres) (2 poeng) «Tilfredsstillende»: MR og CT (1 poeng) «Ikke tilfredsstillende»: 1 eller færre av de over (0 poeng)</p>
<p>Epifysiolysefraktur- beskrivelse</p> <p>Røntgenbilde 1</p>	<p>Vis røntgenbilde 1 og spør «Du sitter med ortopedisk bakvakt. Forklar eller vis unormale røntgenfunn»</p> <p>«God» Kommenterer oppklaring/frakturlinje i distale tibiaepifyse (evt med mistanke om affeksjon av fyseskiven) og bløtdelshevelsen over laterale malleol. (2 poeng) «Tilfredsstillende»: Ser at «noe er feil» i distale tibiaepifyse, eller lignende formulering (1 poeng) «Ikke tilfredsstillende»: Vet ikke. Hvis man tror epifyseskiven representerer fraktur får man 0 poeng.</p>
<p>Hvordan ville du utrede denne pasienten videre</p>	<p>Spør «Hvordan ville du utrede denne pasienten videre?»</p> <p>«God» CT eller MR (2 poeng) «Tilfredsstillende» Riktig på 1 av 2 (1 poeng) «Ikke tilfredsstillende» Ingen av de ovenfor (0 poeng)</p>
<p>Bildemodalitet for kartlegging CT</p> <p>CT-bilder beinvindu</p>	<p>Vis CT bilder og spør «Hvilken modalitet er dette og generelt sett, hvilken patologi fremstilles best her?»</p> <p>«God» Svarer 1. CT for 2. kartlegging av frakturer/fremstilling av ben og benfragmenter (2 poeng) «Tilfredsstillende»: 1 av 2 rett (1 poeng) «Ikke tilfredsstillende» Vet ikke eller feil modalitet (0 poeng)</p>
<p>Bildemodalitet for kartlegging CT</p> <p>CT-bilder bløtdelsvindu</p>	<p>Spør «På røntgen bruker vi tetthetsforskjeller for å skille vevstyper. Her er en CT med bløtdelsvindu. Hvilke typer vev med ulik tetthet kan du se her?»</p> <p>«God» svarer fett, blod, muskulatur (bløtvev), bein. 3 av 4 gir 2 poeng «Tilfredsstillende» 2 av 4 (1 poeng) «Ikke tilfredsstillende» 0 til 1 gir 0 poeng</p>

<p>Beskrive CT</p> <p>CT-bilder beinvindu</p>	<p>Spør</p> <p>«Kan du kort oppsummere de viktigste funnene på denne CTen for ortopedisk bakvakt»</p> <p>«God» svarer</p> <p>«1.fraktur gjennom distale tibiaepifysen som</p> <p>2.affiserer vekstskiven/ Salter Harris (type 3)/ epifysiolysefraktur.</p> <p>«Tilfredsstillende» En av de to faktorer over (1 poeng)</p> <p>«Ikke tilfredsstillende» Tror epifyselinen representerer fraktur. Ser ikke frakturen i tibiaepifysen.</p>
<p>Strålehygiene</p>	<p>Spør</p> <p>«Hvilke type stråler brukes ved CT-avbildning og hvilken betydning har dette for barn?»</p> <p>«God» Røntgenstråler/ioniserende stråling og økt strålefølsomhet hos barn/økt fare for stråleskade (2 poeng)</p> <p>«Tilfredsstillende» 1 av elementene over er riktig(1 poeng)</p> <p>«Ikke tilfredsstillende» Vet ikke, svarer noe annet (0 poeng)</p>
<p>Særegenheter ved barneskjelett</p> <p>Epifyseskiver</p>	<p>Spør</p> <p>«Hos barn som ikke er ferdig utvokst er man spesielt oppmerksom på frakturer nær ledd- hvorfor det?»</p> <p>«God» Svaret må inneholde elementer av</p> <p>1.«frakturer som affiserer vekstskiven (1 poeng) (F.eks epifysiolysefrakturer/Salter-Harris) og at disse kan gi</p> <p>2. vekstforstyrrelser/påvirker behandling og prognose eller forklarer tilsvarende med egne ord. (1 poeng) (Til sammen 2 poeng)</p> <p>«Tilfredsstillende» har kun ett av elementene over, evt svarer intraartikulær fraktur (1 poeng)</p> <p>«Ikke tilfredsstillende» svarer greenstick/buckle, vet ikke eller annet (0 poeng)</p>
<p>Særegenheter ved barneskjelett</p> <p>Inkomplette frakturer</p>	<p>Spør</p> <p>«Et annet særtrekk ved barnas skjelett er (forekomst av) såkalte inkomplette frakturer. Kan du nevne noen av disse?»</p> <p>«God» Greenstick, buckle/torus og plastisk deformitet (2 poeng)</p> <p>«Tilfredsstillende» Greenstick og buckle/torus (1 poeng)</p> <p>«ikke tilfredsstillende» Ingen, epifysiolyser/ Salter-Harris eller kun ett av elementene over (0 poeng)</p>
<p>Videre oppfølging</p>	<p>Spør</p> <p>«Denne frakturen ble behandlet konservativt med støvelgips. Hvordan vil du følge pasienten videre og hvorfor?»</p> <p>«God» Svaret må inneholde elementer av</p> <p>1.«klinisk kontroll og nye røntgenbilder under tilhelingsprosessen» og</p> <p>2.«frakturer som affiserer vekstskiven epifysiolysefrakturer/Salter-Harris kan gi vekstforstyrrelser/påvirker behandling og prognose eller forklarer tilsvarende med egne ord.(1 poeng) (Til sammen 2 poeng)</p> <p>«Tilfredsstillende» har kun ett av elementene over (1 poeng)</p> <p>«Ikke tilfredsstillende» svarer vet ikke eller annet (0 poeng)</p>
<p>Særegenheter ved barneskjelett</p> <p>Tilheling</p> <p>Røntgenbilde 2 + 3</p>	<p>Si</p> <p>«I tilhelingsfasen ser man også noen særegenheter ved barneskjelettet sammenlignet med voksne. Hvilke?»</p> <p>«God» 1.Raskere tilheling og</p> <p>2. større evne til spontan aksekorrigerende/Større feilstillinger kan aksepteres</p> <p>3. Konservativ behandling/gips vanligere</p> <p>2 av 3 ovenstående gir 2 poeng</p> <p>«Tilfredsstillende» 1 av de ovenstående (1 poeng)</p> <p>«Ikke tilfredsstillende» Ingen eller vet ikke (0 poeng)</p>

Strukturert skåringsskjema

(For IID skal skåringsskjemaet også foreligge på engelsk)

	God (2 poeng)	Tilfredsstillende (1 poeng)	Ikke tilfredsstillende eller ikke utført (0 poeng)
Formuler en kort henvisning til bildediagnostisk avdeling som inneholder <u>problemstilling</u> og <u>ønsket undersøkelse</u>			
Hvilke bildeundersøkelser kan generelt være aktuelle ved skade på muskel- og skjelettsystemet?			
Beskrivelse av røntgenbilde			
Videre utredning hos denne pasienten			
Bildemodalitet CT Hvilken bildemodalitet er dette? Hvilken patologi fremstilles best her, generelt sett?			
Bløtdelsvindu CT. Tetthetsforskjeller			
Beskrivelse epifysiolysefraktur på CT			
Strålehygiene. Hvilken type stråling brukes ved CT og hvorfor er dette særlig viktig hos barn			
Særegenheter ved barneskjelett Epifysiolyser			
Særegenheter ved barneskjelett Inkomplette frakturer			
Videre oppfølging av pasient			
Særegenheter ved barneskjelett Tilheling			

(Tips: Her angir dere det som skal skåres på eksamen. Viktig at dette ikke blir for detaljert, tenk også på prosessorienterte skåringselementer som strukturert undersøkelse. Annen skåringsskala kan være mulig slik som "nevnt/ikke nevnt", man kan endre poenggivningen for å vekte opp enkelte elementer eller deler av skjemaet osv.)

Global skår Skal ikke endres!

Utmerket	God bestått	Bestått	Grensetilfelle	Stryk

Kommentar til student Skal ikke endres!

--

OSKE IIC: Bildediagnostikk etter traume

Forfatter				
Navn	Institutt	Undervisningsenhet	E-post	Telefon
Oskar W Angenete	ISB	Bilediagnostikk	Oskar.angenete@stolav.no	72825412
Nivå på oppgave (flere kryss er mulig):				
IAB:	IIAB:	IIC: x	IID:	
Læringsmål				
11 Bildediagnostikk				
11.1.1 Bildediagnostisk utredning av de vanligste sykdomstilstander i muskel-/skjelettradiologi. Dette omfatter bildediagnostikk ved vanlige utviklingsanomalier, traumer, revmatologisk sykdom, svulster, inflammatoriske og infeksjose sykdommer, samt degenerative sykdommer.				
11.1.2 Prinsipper for bildetolkning av bløtvev og skjelett på røntgen, CT og MR inkludert kunnskap om ulike CT-teknikker (CT angio) og de mest brukte MR-sekvenser i muskel-/skjelettradiologi (T1, T2, og STIR).				
11.1.3 Styrker og svakheter ved de ulike radiologiske modalitetene i utredning av vanlige sykdomstilstander i muskel/skjelett inkludert pasientforberedelser og praktisk gjennomførelse av undersøkelsene				
11.1.4 Kontraindikasjoner og forsiktighetsregler ved de ulike bildediagnostiske modalitetene				
11.1.5 Betydningen av ulike radiologiske begreper som hyppig benyttes i beskrivelser av bildefunn ved utredning i ortopedi og reumatologi				
11.1.6 Viktigheten av at henvisninger til bildediagnostikk inneholder tilstrekkelig og relevant informasjon slik at radiologen kan planlegge og gjennomføre en god og målrettet undersøkelse				
11.2 Studenten skal ha ferdigheter i:				
11.2.1 Granskning av røntgen av skjelett ved akutte traumer, gjenkjenne normalanatomi og beskrive frakturer. Kunne delta aktivt i diskusjon av funn på MR og CT av ledd, bløtvev og rygg sammen med radiolog, men diagnostiske ferdigheter utover dette forventes ikke på disse bildeteknikkene				
Stasjonskart/rammeverk for OSKE				
Røntgen av skjelett ved akutte traumer og frakturer.				
Bildetolkning av bløtvev og skjelett på røntgen, CT og MR				
Tidsbruk:	Stasjon		Forflytning/Sensur	Totalt
	8 minutter		2 minutter	10 minutter

Informasjon til administrasjonen:
Standardiserte pasienter/skuespiller
Ingen standardisert pasient
Utstyr undervisningsenheten skaffer:
Utstyr undervisningsenheten trenger hjelp til å skaffe (administrasjonen skaffer):
To stoler. Et langt bord med plass til en <u>stor</u> skjerm til student. Til den skjermen skal stasjonær PC med tastatur og mus med scrollehjul kobles. I tillegg en laptop for skåring for eksaminator. Laminerte utskrifter av bilder.
Spesielle forhold omkring oppsett av stasjon:
Eksaminator ønsker å sitte ved siden av studenten, men med mulighet for å snu skårings-laptop vekk fra studenten

Instruksjon til student (oppgavetekst til dør) (For IID skal oppgaveteksten også foreligge på engelsk)

Du er ortopedisk vakt på et større, norsk sykehus. Legevakt har henvist en pasient til deg der det er mistanke om en kneskade. Pasienten sier at han under fotballspill fikk en kraftig vridning i kneet og det følte som at kneskålen hoppet ut av ledd. Klinisk ser du et hovent og vondt kne, men testing av kneet lar pasienten deg ikke gjøre på grunn av smertene.

Vent på gangen til du hører startsignalet.

Instruksjon til eksaminator

Oppgaven er ment å teste studentens evne til

- å tolke enkle røntgenbilder som har tydelig aktuell patologi innen ortopedi/traumatologi
- å resonere rundt valg av bildediagnostisk modalitet, og identifisere styrker ved MR-modaliteten

Du må forsikre deg om at studentnavn stemmer med det du har på skjermen. Studenten er instruert til å vise ID til deg. Som eksaminator skal du ikke gi noen hint, kun krysse av på skåringsskjema. Følg godt med og hold tiden. Du skal ikke komme med tilleggsspørsmål annet enn det som er bestemt på forhånd. Du skal oppføre deg likt overfor alle studentene.

Når endelig signal lyder etter 8 minutter, skal du be studenten forlate rommet og gå videre til neste stasjon.

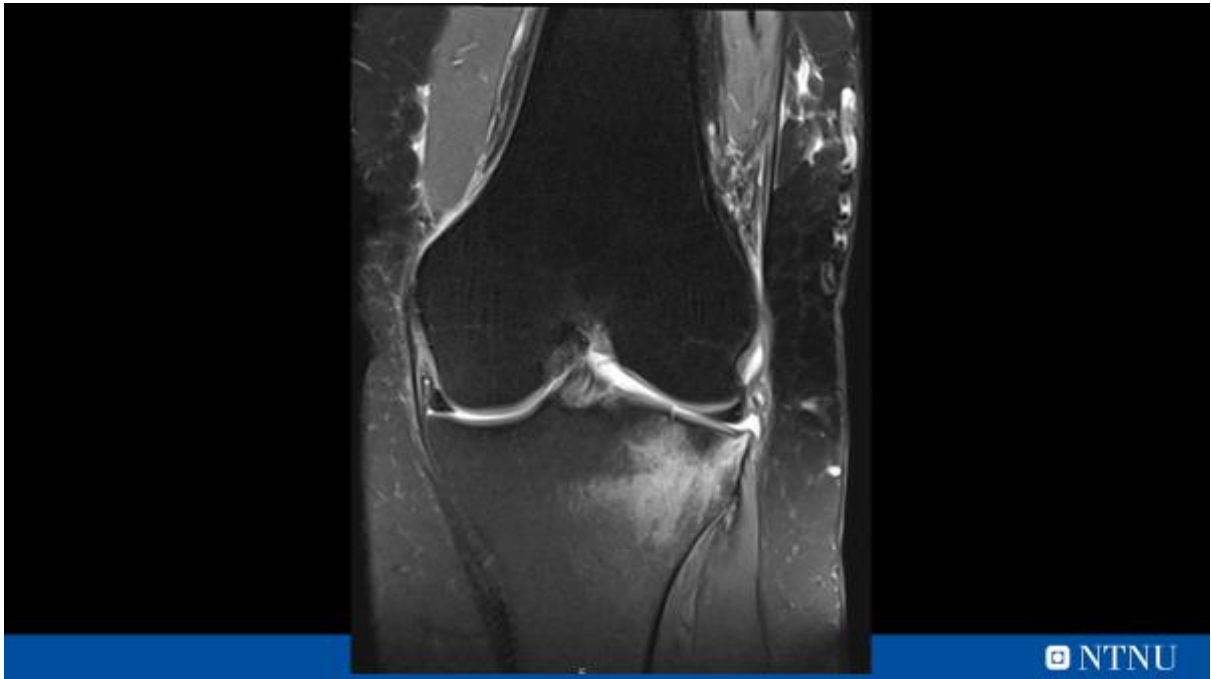
Dersom studenten blir helt ferdig med oppgaven før tiden er ute kan du be studenten gå ut i gangen og vente på neste stasjon.

Gjør ferdig skåringen på skåringsskjemaet. Gi skriftlig tilbakemelding til studentene om prestasjonen og forslag til forbedringer. Gjør til slutt en totalvurdering av studentens prestasjon etter ditt eget skjønn og kryss av på «Global skår». Global skår er uavhengig av sjekklisteskår og vil ikke påvirke kandidatens sjekklisteskår. Send inn skåringsskjemaet ved å trykke "submit".

Omstille deg til neste student.

Instruksjon til standardisert pasient

Ikke relevant.



Strukturert skåringsskjema

(For IID skal skåringsskjemaet også foreligge på engelsk)

	God (2 poeng)	Tilfredsstillende (1 poeng)	Ikke tilfredsstillende eller ikke utført (0 poeng)
Du tenker at bildediagnostikk er en viktig del av utredningen. Hvilken type bildediagnostikk henviser du til først?		Røntgen av kne	Andre modaliteter eller vet ikke
Her ser du 2 røntgenbilder av kneet. La oss se etter tydelig patologi. Ser du noen tydelig patologi? Fortell hvordan du ser på bildene.	Gjennomfør a. en systematisk vurdering b. Går gjennom skjelettkonturene. c. ser på alignment d. Vurderer bløtvev e. Konkluderer med at det ikke er fraktur, ser eventuelt hemartros. For 2 poeng bør svaret inneholde minst 2 komponenter.	Svaret inneholder 1 komponent	Vet ikke. Usystematisk tilnærming til bildene uten konklusjon
Du finner ingen fraktur og det gjør heller ikke røntgenlegen. Røntgenlegen sier at det foreligger intraartikulært blod, synlig i suprapatellære recessen. Hva kan årsaken være i denne situasjonen?	a. bruskskade b. Okkult fraktur c. Korsbåndruptur d. Kapselruptur e. meniskruptur For 2 poeng bør svaret inneholde minst 2 komponenter	Svaret inneholder 1 komponent	Vet ikke
Sammen med din eldre kollega vurderer dere at pasienten kan ha hatt en traumatisk patellaluksasjon. Patellaluksasjon kan gi bruskskader. Hvilken type bildediagnostikk henviser du til for å se om pasienten fått en bruskskade?		MR	Annet svar eller vet ikke
Før du sender henvisning til MR så er det viktig å vurdere om pasienten kan gjennomføre en MR. Hva kan gjøre MR uegnet eller farlig for denne pasienten?	Problematiserer temaet kontraindikasjon og nevner minst 3 av: klaustrofobi, metall i kroppen, uro, cochleaimplantat, pacemaker, elektronisk device, smerte,	Nevner 1-2 kontraindikasjoner	Vet ikke
Her er et MR-bilde av kneet. MR kan fremstille patologiske forandringer i bevegelsesapparatet, forandringer som ikke vises på røntgen. Kan du gi eksempel på noen slik forandring?	Nevner ødemforandringer, bruskskade, ligamentskade, meniskruptur og/eller væske/blod. For 2 poeng bør svaret inneholde minst 2 svarkomponenter	Nevner maks en av svar-komponentene	Vet ikke
Kan du identifisere noen av de anatomiske strukturene i kneet?	Peker på femur, tibia, ligamenter, korsbånd, menisker, brusk. Minst 2 komponenter kreves for 2 poeng	Peker bare på en av komponentene.	Vet ikke

(Tips: Her angir dere det som skal skåres på eksamen. Viktig at dette ikke blir for detaljert, tenk også på prosessorienterte skåringselementer som strukturert undersøkelse. Annen skåringsskala kan være mulig slik som "nevnt/ikke nevnt", man kan endre poenggivningen for å vekte opp enkelte elementer eller deler av skjemaet osv.)

Global skår Skal ikke endres!				
Utmerket	God bestått	Bestått	Grensetilfelle	Stryk

Kommentar til student Skal ikke endres!

BUP IID: Formidle diagnose

Forfatter				
Navn	Institutt	Undervisningsenhet	E-post	Telefon
Jorun Schei	IPH	BUP	Jorun.schei@ntnu.no	47351953
Eksaminatorer				
Navn	Institutt	Undervisningsenhet	E-post	Telefon
Jorun Schei	IPH	BUP	Jorun.schei@ntnu.no	47351953
Hanne K. Greger	IPH	BUP	Hanne.k.greger@ntnu.no	97762464
Reserve: Kaja Haugen	IPH	BUP	Kaja.haugen@stolav.no	99697605
Standardiserte pasienter/skuespiller				
Gutt 10 år og foreldre				
Læringsmål				
7.1.2 gjøre rede for epidemiologiske forhold og psykopatogenetiske mekanismer, beskrive symptomer og problemer i et biologisk, psykologisk og sosialt utviklingsperspektiv ved de vanligste barne- og ungdomspsykiatriske tilstandene og utviklingsforstyrrelser på ulike alderstrinn 7.1.3 ut fra anamnese og supplerende opplysninger angi prinsippene for utredning, diagnostikk og behandling, diskutere prognosen og foreslå tentative psykiatriske diagnoser ved hyperkinetiske forstyrrelser, tics tilstander, spesifikke og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, atferdsforstyrrelser, tvangslidelser, angstlidelser, affektive forstyrrelser samt suicidal atferd, spiseforstyrrelser, post-traumatiske og psykosomatiske stressreaksjoner, psykoser og forstyrrelser knyttet til bruk av rusmidler 7.1.5 samtale med barn og ungdom der det er mistanke om eller bekreftede psykiske problemer, samtale med deres familier der det er mistanke om eller bekreftede somatiske/psykiske problemer og/eller et dysfunksjonelt samspill mellom familiemedlemmer 7.1.7 kjenne behandlingsprinsipper ved psykiske lidelser hos barn/unge og iverksette adekvate tiltak som primærlege, herunder psykososial intervensjon, terapiformer egnet for allmennpraksis og oppfølging av medikamentell behandling				
Stasjonskart/rammeverk for OSKE				
Formidle diagnose til barn og foreldre				
Tidsbruk:	Stasjon		Forflytning/Sensur	Totalt
	8 minutter		2 min	10 min

Instruksjon til student (oppgavetekst til dør)

(For IID skal oppgaveteksten også foreligge på engelsk)

Etter fullført utredning har 10 år gamle Kasper fått diagnosen Tourette's syndrom. Evnekartlegging viser normale evner bortsett fra språkforståelse som du tenker må utredes videre av PP-T. Øvrige ressurser er en snill og omtenkensom gutt med støttende og ressurssterke foreldre.

Du skal gi psykoedukasjon forståelig for Kasper og mor om diagnose og behandling i løpet av 10 minutter

Vent på gangen til du hører startsignalet.

Pasienten i oppgaven spilles av en standardisert pasient/frivillig (evt skriv profesjonell skuespiller dersom det er aktuelt).

Instruksjon til eksaminator

Oppgaven er ment å teste studentens evne til å formidle diagnose etter utredning.

Du må forsikre deg om at studentnavn stemmer med det du har på skjermen. Studenten er instruert til å vise ID til deg. Som eksaminator skal du ikke gi noen hint, kun krysse av på skåringsskjema. Følg godt med og hold tiden. Du skal ikke komme med tilleggsspørsmål annet enn det som er bestemt på forhånd. Du skal oppføre deg likt overfor alle studentene.

Når endelig signal lyder etter 8 minutter, skal du be studenten forlate rommet og gå videre til neste stasjon.

Dersom studenten blir helt ferdig med oppgaven før tiden er ute kan du be studenten gå ut i gangen og vente på neste stasjon.

Gjør ferdig skåringen på skåringsskjemaet. Gi skriftlig tilbakemelding til studentene om prestasjonen og forslag til forbedringer. Gjør til slutt en totalvurdering av studentens prestasjon etter ditt eget skjønn og kryss av på «Global skår». Global skår er uavhengig av sjekklisteskår og vil ikke påvirke kandidatens sjekklisteskår. Send inn skåringsskjemaet ved å trykke "submit".

Omstille deg til neste student.

Instruksjon til standardisert pasient

Kasper: Du nikker av og til når studenten forklarer. Du kommenterer at de andre på skolen synes du er rar. Hvis studenten ikke forklarer til deg, blir du urolig med å fikle, reise deg å gå rundt. Hvis studenten sier noe om dine sterke sider smiler du stolt. Du ticser: kaster på hodet noen ganger og bjeffer en gang

Mor: Du lytter med å se på studenten under forklaringen. Hvis studenten spør hvilke tics Kasper har, eller hvilke som er mest plagsomme, kan du si at hode og nakkebevegelsene gjør at han blir veldig stiv i nakken, berøring av andre og bjeffingen gir mye negativ oppmerksomhet. Hvis studenten spør om du har spørsmål (og det ikke allerede er besvart), spør du følgende:

Vil Kasper være plaget med tics resten av livet?

Finnes det medisiner for Tourette syndrom?

Har Kasper en hjernefeil?

Kan det utvikle seg andre vansker i ungdomstiden?

Hvis studenten sier at det finnes god behandling og/ eller at ticsene blir mildere eller forsvinner helt for $\frac{3}{4}$, smiler du og sier til Kasper at dette skal gå fint. Hvis studenten spør om dere ønsker å informere klassen, spør du om det er smart. Hvis studenten forklarer videre positiv erfaring med å forklare slik at medelever forstår, sier du ok.

Utstysrliste

Undersøkelsesbenk, stoler, bord.

Beskriv her hvilket annet utstyr som behøves på oppgaven.

Presisere:

- 1. hva undervisningsenheten selv tar med til eksamen;
- 2. hva undervisningsenhetene ønsker hjelp med å skaffe.)

Strukturert skåringsskjema
(For IID skal skåringsskjemaet også foreligge på engelsk)

	God (2 poeng)	Tilfredsstillende (1 poeng)	Ikke tilfredsstillende eller ikke utført (0 poeng)
Hilser på pasient og introduserer seg selv			
Forklarer til Kasper mtp alder			
Forklarer til forelder			
Gir informasjon om tics, vokale og motoriske			
Gir informasjon om funksjonssvikt			
Gir informasjon om endret kommunikasjon mellom basale ganglier og frontale cortex som årsak til tics			
Gir informasjon om Kasper's sterke sider			
Gir informasjon om at lese-skrive vansker bør utredes videre av skolen/ PP-T			
Gir informasjon om typisk forløp (vekslende intensitet, endring i tics)			
Gir informasjon om prognose (forverring 10-12 år, bedring 18 år. 25% uten tics som voksen, 50% mye bedre, 25% uendret/ verre)			
Gir informasjon om vanlige tilleggsvansker (ADHD, lese-skrive, vansker, OCD..)			
Gir informasjon om at psykoedukasjon til skole og medelever anbefales			
Gir informasjon om habit reversal training			
Gir informasjon om medikamentell behandling			

(Tips: Her angir dere det som skal skåres på eksamen. Viktig at dette ikke blir for detaljert, tenk også på prosessorienterte skåringselementer. Annen skåringsskala kan være mulig slik som "nevnt/ikke nevnt", man kan endre poenggivning for å vekte opp enkelte elementer eller deler av skjemaet osv.)

Global skår Skal ikke endres!				
Utmerket	God bestått	Bestått	Grensetilfelle	Stryk

Kommentar til student Skal ikke endres!