

PJ-Logbuch

# Gynäkologie

*Lehrkrankenhaus*

*Beginn des Tertials*

*Ende des Tertials*



1. Terial



2. Terial



3. Terial

## Abschnitt 1: Erstellen von Behandlungs- und Diagnostikplänen

Die folgende Liste dient als Anhaltspunkt für wichtige gynäkologische und geburtshilfliche Krankheitsbilder.

Aus jedem Block sollte der Studierende (hiermit sind sowohl weibliche als auch männliche Studierende gemeint) bis zum Ende des Tertials:

**Schritt 1:** Theorie: mindestens drei Krankheitsbilder kennen und theoretisch gelernt haben,

**Schritt 2:** supervidierte Ausführung: den Fall selbst untersucht bzw. mit einem Stations-/Oberarzt im Rahmen der Visite besprochen haben und/oder

**Schritt 3:** umfassende Kenntnis des Krankheitsbildes: das Krankheitsbild/die Patientin selbst betreut haben (Aufnahme, Betreuung in Ambulanz/auf Station, Vorstellung im Rahmen der Visite; Verfassen des Arztbriefs).

Protokolliert wird, inwieweit sich der Studierende mit den Krankheitsbildern auseinandergesetzt hat.

Am Ende des PJ-Tertials in der Gynäkologie und Geburtshilfe sollte der Studierende möglichst eine Vielfalt verschiedener Krankheitsbilder kennengelernt haben (Bestätigung durch Unterschrift des Lehrarztes des entsprechenden Bereichs):

1 = Aktenstudium

2 = Patient untersucht, besprochen

3 = Patient betreut, vorgestellt, Arztbrief erstellt

### Erkrankungen der Vulva:

	1	2	3
Kondylome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bartholinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vulvakarzinom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vulvovaginitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Erkrankungen der Cervix und des Uterus:

CIN, Dysplasien der Portio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cervixpolyp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cervixkarzinom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uterus myomatosus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endometriumhyperplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endomyometritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endometriumkarzinom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adenomyosis uteri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senkungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Erkrankungen der Ovarien und der Tuben:

	1	2	3
Tubare Sterilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovarialzysten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extrauterin gravidität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endometriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adnexitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovarialkarzinom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Erkrankungen der Mamma:

Mammazysten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Schmerzen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibroadenom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DCIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamma-Karzinom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastitis puerperalis / nonpuerperalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildgebung indizieren und Befund bewerten (Mammographie, Sonographie, MRT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gyn. Endokrinologie/Reproduktionsmedizin:**

1 2 3

Ursachen der Sterilität und Infertilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschiedene Formen der Aborte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habituelle Abortneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reproduktionsmedizinische Maßnahmen (Insemination, ART)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überstimulationssyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zyklusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrazeptionsmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechseljahrsbeschwerden/Hormonersatztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pränatalmedizin/Geburtshilfe:**

Normale Schwangerschaftsvorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorzeitige Wehentätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorzeitiger Blasensprung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präeklampsie/Eklampsie/HELLP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intrauterine Wachstumsretardierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestationsdiabetes inkl. Betreuung des Neonaten diabetischer Mütter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lageanomalien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pränataldiagnostik: Ersttrimesterscreening, Fehlbildungsausschluss, Echokardiographie, Doppler, Cervix-Längenmessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrlingsschwangerschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notfälle in der Geburtshilfe: Atonien, Plazenta prävia, vorzeitige Plazentalösung, NS-Vorfall, Schulterdystokie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--

Datum

Unterschrift des PJ-Betreuers vor Ort

## Abschnitt 2: Fertigkeiten, Kenntnisse und Verhaltensweisen

Diese Liste dient der Dokumentation der erlernten Fertigkeiten, Kenntnisse und Verhaltensweisen. Dem Studierenden sollte die Möglichkeit gegeben werden, die Mehrzahl der aufgeführten Verfahren kennenzulernen.

**Schritt 1: Theorie, Demonstration:** Der Studierende weiß über die praktische Fertigkeit in der Theorie Bescheid (z.B. Indikation, Kontraindikation, Ablauf der Einzelschritte, typische Komplikationen, Nachsorge etc.) und/oder hat die praktische Fertigkeit/Maßnahme miterlebt bzw. die Fertigkeit wurde ihm demonstriert.

**Schritt 2: Supervidierte Ausführung:** Der Studierende hat die praktische Fertigkeit/Maßnahme unter Überwachung durchgeführt bzw. sie am Untersuchungsmodell eingeübt.

**Schritt 3: In Routine übergegangen:** Der Studierende kann die Fertigkeit/Maßnahme routiniert anwenden/durchführen. Alle Fertigkeiten werden unter Anleitung/Supervision des zuständigen Betreuers „vor Ort“ trainiert

**Umgang mit Patientinnen und Kollegen:**

	Demonstriert	Supervidiert	Routine
	D	S	R
Achtung der Patientenautonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respektvoller, empathischer Umgang mit Patientinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konstruktive Teamarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Früh-/Abteilungsbesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterweisung zur Schweigepflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Allgemeine Patientenbetreuung:**

Anamneseerhebung und Dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturierte körperliche Untersuchung sowie Aufnahmeuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationsvisite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Oberarzt- Chefarztvisite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Differentialdiagnostische Überlegungen zum Krankheitsbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festlegen eines Therapieplans unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche mit Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führen der Patientenakte, Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfassen von Entlassungsbriefen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsgespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anforderung von Konsilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmeldung von Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OP-Aufklärungen beiwohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Dienste (fakultativ):**

	Demonstriert	Supervidiert	Routine
	D	S	R
Teilnahme Bereitschaftsdienst/Nachtdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hygiene/operative Verfahren:**

Sterile Händedesinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desinfektion des OP-Gebiets, sterile OP-Abdeckung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahttechniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahtmaterial entfernen, Drainagen ziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Blutabnahme:**

Blutentnahme venös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legen von peripher-venösen Zugängen, Infusionen anhängen, ggf. Port anstechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Blasenkatheter/Sonden:**

Legen eines transurethralen Blasenkatheters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legen einer Magensonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Geburtshilfe:**

Korrektes Anlegen eines Kardiotokogramms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung von Kardiotokogrammen prä- und intrapartal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methoden der Geburtseinleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitbetreuung von Geburten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assistenz bei Fetalblutanalyse (MBU)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenz bei / Versorgung von Geburtsverletzungen (z.B. Dammrisse, Episiotomien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenz bei Sectio caesarea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenz bei vaginal operativer Geburtshilfe und äußeren Wendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung der U1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biometrie/Fetometrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an pränatalmedizinischer Beratung sowie Untersuchungen (Doppleruntersuchung, Ersttrimesterscreening)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wöchnerinnen-Visite: tägliche Beurteilung von Uterusrückbildung, Lochien, Stillproblematik, Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entlassungsuntersuchung Wöchnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung Wöchnerin bei Entlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gynäkologie:**

	Demonstriert	Supervidiert	Routine
	D	S	R
Transvaginale Sonographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdominale Sonographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynäkologische Untersuchung in/ohne Narkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untersuchung der Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entnahme eines zytologischen Abstrichs, evt. mit Kolposkopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der urogynäkologischen Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entlassungsuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Gynäkologische Onkologie:**

Grundlagen der medikamentösen Tumorthherapie (neo-adjuvant, adjuvant, palliativ, zielgerichtete Therapien, Therapiestudien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zielgerichtete Therapien (z.B. Herceptin), endokrine Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an interdisziplinären Tumorkonferenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufklärung zu Chemotherapien beiwohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Demonstriert  
Supervidiert  
Routine

**Assistenz bei operativen Eingriffen:**

	D	S	R
Abdominale/vaginale Hysterektomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelviskopische Hysterektomie (TLH, LASH etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operative Therapie der weiblichen Harninkontinenz und Descensus-Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explorativlaparotomien bei Karzinomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operative Laparoskopien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laparotomien bei benignen Erkrankungen (Endometriose, Myome etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertilitätserhaltende Operationen per Laparoskopie oder/ und Laparotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sectio caesarea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablatio mammae mit oder ohne Rekonstruktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SLN/Axilladissektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brusterhaltende Operationen, ggf. IORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostische Hysteroskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraktionierte Abrasio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operative Hysteroskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Konisation/LEEP/Marsupialisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahmen der künstlichen Befruchtung (Insemination, Eizellentnahme, Embryotransfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen bei genitalen Fehlbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Datum*

*Unterschrift Studierende/r*

*Datum*

*Unterschrift betreuende Ärztin / betreuender Arzt*

*Datum*

*Unterschrift PJ-Beauftragte/r des Lehrkrankenhauses*

*Stempel des Lehrkrankenhauses*