PROVA PRATICA 1

MASCHIO 89 ANNI

NEGA FARMACOALLERGIE. Fumatore attivo, verosimile BPCO non in terapia, negati episodi di riacutizzazione. DM2 in terapia con metformina. Ipertensione arteriosa. Ipertrofia prostatica. Dislipidemia, obesità, OSAS, cardiopatia ischemica con evidenza di ischemia inducibile, ateromasia arti inferiori (TC torace addome con mdc 2018= severe lesioni ateromasiche aorto-iliache con A. sottorenale irregolarmente ridotto di calibro, apposizione trombotica ulcerata e focale dissezione su placca ad evoluzione pseudo aneurismatica della iliaca comuna sn). Pregresso intervento per adenoca del canale anale sottoposto a radioterapia adiuvante. Tiroidectomia post trattamento radio-iodio per Basedow, successivo ipotiroidismo iatrogeno in terapia sostitutiva. IRC.: ingresso per DISPNEA.

METFORMINA CLORIDRATO 500MG 1 cp a pranzo EUTIROX*FL 50CPR 150MCG 1 cp ore 8 LIOTIR*OS 30FL 1ML 5MCG/ML 8 gtt x 2 TRIPLIAM*10CPR 10+2,5+5MG FL 1 cp ore 8 DUTASTERIDE TEVA*60CPS 0,5MG 1 cp ore 8 CARDIOASPIRIN*30CPR GAST 100MG 1 cp ore 12 PANTORC*14CPR GASTR 40MG 1 cp ore 8 ZYLORIC*OS GRAN 28BUST 300MG 1 cp ore 8

Vigile, risponde a tono alle domande, dispnoico, eseguito EGA: pH 7,15 pCO2 42 pO2 49 SO2 78 Na 137 K 4,8 Glu 312 LAC 5,1 Basi -14 HCO3- 14. Al torace sibili diffusi e broncostenosi.

Addome trattabile, globoso per adipe. Peristalsi trasmessa. Toni cardiaci aritmici, all'ECG possibile FA a media risposta ventricolare. Ecoscopia bedside: VCI 2.1cm ipocollassante con gli atti del respiro. Versamento pleurico bilaterale pari a circa 2 spazi a sinistra e 3 spazi a destra con compressione del parenchima polmonare corrispondente, segni di sindrome interstiziale ai campi medioapicali.

Visionati esami parziali: GB 16000 creatinina 2,15 ntprobnp 13000, Troponina I 3000

IPOTESI DIAGNOSTICHE

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ESAMI DA RICHIEDERE

TERAPIA

PROVA PRATICA 2

MASCHIO 94 ANNI

NON NOTE FARMACOALLERGIE. Protesi biforcata aorto-bisiliaca e successiva neoprotesi iliaca con bypass femoro-femorale per AAA (1999). Cardiopatia ipertensiva decorrente con FA cronica in NAO; DM tipo 2 in terapia ipoglicemizzante. Microlitiasi della colecisti; pregressa colecistite. BPCO. Osteoartrosi con osteofitosi a livello astragalo-navicolare dx. Riferito M. Gilbert anamnestico. Pregressa infezione da COVID19; vaccinato 2 dosi contro SARS CoV2. APP: giunge coi militi per riscontro anemia dagli esami odierni, riferito 4.5 mg/dl, la familiare riferisce feci scure ma pz in terapia marziale

ESOMEPRAZOLO SAND*60CPS 20MG 1 cp ore 8 APROVEL*84CPR RIV 300MG 1 cp ore 8 LASIX*30CPR 25MG 2 cp ore 8-15 XARELTO*28CPR RIV 15MG 1 cp ore 12 LERCANIDIPINA MG*56CPR 20MG 1 cp ore 20 PROVISACOR*90CPR RIV 5MG 1 cp ore 20 DEURSIL*20CPS 100MG METFORALTAG*90CPR 500MG 1 cp ore 8-12 ai pasti FERROGRAD C*30CPR 1 cp ore 8

Eseguito EGA: pH 7,42 pCO2 38 pO2 74 HB 5,0 SO2 97 non disionie. Lac 2,0 HCO3- 24. Vigile, orientato, collaborante nei limiti. Eupnoico. Non evidenti ematomi e ecchimosi, non apparenti perdite ematiche evidenti. Riferite feci scure in terapia marziale domiciliare. Eseguita esplorazione rettale negativa per sanguinamenti. MV trasmesso in assenza di rumori patologici. Toni aritmici normofrequenti, soffio sistolico. Addome trattabile, non dolente né dolorabile, non apprezzabili masse addominali, peristalsi trasmessa. Lievi edemi perimalleolari. Colloquio in presenza con la figlia, riferisce ritrovamento a terra in verosimile caduta non testimoniata, riferito trauma al sacro. Visionati esami: Hgb 5,2 creatinina 2,16; bilirubina 2,26; marcata sideropenia in assenza di ulteriori carenze.

IPOTESI DIAGNOSTICHE

ESAMI DA RICHIEDERE

TERAPIA

PROVA PRATICA 3

DONNA 85 ANNI

Paziente ricoverata presso la riabilitazione intensiva per recente intervento di sostituzione protesica totale anca dx per coxartrosi. Post-operatorio complicato da anemizzazione per cui sono state trasfuse 2 unità di EC. Ha iniziato fisioterapia con carico concesso.

APR: -Diabete mellito tipo 2 in terapia orale-Ipertensione arteriosa-Pregresso intervento di safenectomia-Pregressa resezione intestinale per k non meglio specificato-Asportazioni di cisti a seno sn e spalla dx-Riferisce pregressa caduta con trauma AS dx, referto di accesso al AGU per caduta con ferita lacero-contusa al capo (aprile 2022) Pregresso intervento tunnel carpale dx

TERAPIA DOMICILIO: Pantorc 20mg cp 1h7 Norvasc 10mg cp 1h8 Lasix 25mg cp 1h8-12 Cardioaspirin cp 1h12 Torvast 1h12 Trajenta 5mg cp 1h12 Olprezide 40/12,5mg 1h20

OBIETTIVITA' INGRESSO: Paziente vigile, orientata, lieve rallentamento ideomotorio. Eloquio fluente, coerente, collaborante. Toni cardiaci eufonici, ritmici. MV normotrasmesso, lievi crepitii prevalenti a sn. Addome non dolente né dolorabile. Murphy, Giordano, Bloomberg negativi. ROM anca dx: flessione passiva 90°, attiva 70°, rotazioni e abduzione nei limiti. Non edemi declivi. Dieta libera e liquidi sottili. Pannolone.

20/06 Episodio di verosimile aspirazione durante il pasto con necessità di aspirazione da parte del personale di assistenza. Successivamente parametri vitali nei limiti, non modifiche della saturazione.

24/06 RX TORACE L'esame monoproiettivo del torace mostra ispessimento dell'interstizio polmonare in sede basale sn. OCV ai limiti superiori della norma. Aortosclerosi.

26/06 nella notte presenza di desaturazione con paziente asintomatica. Durante la mattina persistenza di valori di saturazione O2 ridotti nonostante ventimask 40%. Eseguito EGA che ha mostrato un quadro di insufficienza respiratoria.

IPOTESI DIAGNOSTICHE

ESAMI DA RICHIEDERE

TERAPIA