



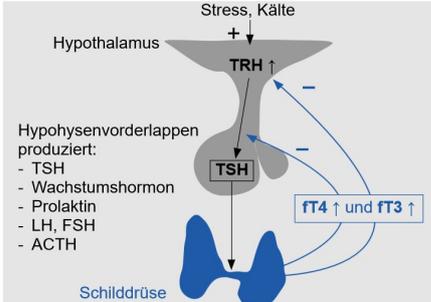
SURF-med® 2021/2022

Seite	Kapitel	Erratum – Informationen - Bemerkungen																																																									
296	Therapie TVT <i>Mit Dank an Ahmed Ben Guirat, AA Innere Medizin Landesspital Liechtenstein</i>	<p>Therapie der venösen thromboembolischen Krankheit (VTEK)</p> <p>2. Antikoagulation (oral, parenteral) [Angepasst nach: Eur Heart J 2020;41:534]</p> <p>2.1. Antikoagulation bei TVT in Abhängigkeit des Grundleidens bzw. der Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten ohne Krebsleiden (Dauer der Antikoagulation → Punkt 2.2. s. 297): <ol style="list-style-type: none"> 1. Wahl: DOAC (ausser bei: Schwangerschaft; CrCl < 30 mL/min; Antiphospholipid-Syndrom): <ol style="list-style-type: none"> a) DOAC, die ohne andere parenterale Antikoagulation begonnen werden können: <ul style="list-style-type: none"> - Rivaroxaban XARELTO®: 2x 15 mg/d PO x 3 Wo, dann 1x 20 mg/d PO. Falls die Antikoagulation länger als 6 Monate fortgeführt wird, kann die Dosis reduziert werden (1x 10mg/d PO). - Apixaban ELIQUIS®: 2x 10 mg/d x 1 Wo, dann 2x 5 mg/d PO. Falls die Antikoagulation länger als 6 Monate fortgeführt wird, kann die Dosis reduziert werden (2x 2.5 mg/d PO). 																																																									
827	Nephrogener Diabetes insipidus	<p>Lab:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blut: <ul style="list-style-type: none"> - Na⁺ ↑, Osmolalität ↑ - ADH normal oder ↓ - Copeptin ↑ (> 21.4 pmol/L ist diagnostisch für einen nephrogenen DI auch ohne Durstversuch) • Urin: Osmolalität ↓ (niedriger als die Plasmaosmolalität) 																																																									
872	Schilddrüse	<p>Schilddrüse</p> <p>Allg: • Physiologie der Schilddrüsenhormonachse:</p> <p>Abbildung: Schilddrüsenhormonachse (stark vereinfacht). ACTH Adrenocorticotropic hormone; FT4 Freies Thyroxin; FSH Follikelstimulierendes Hormon; LH Luteinisierendes Hormon; T3 Triiodthyronin; TRH Thyroid releasing hormone; TSH Thyroid stimulating hormone</p>																																																									
874	Schilddrüse	<p>Tabelle 2 und 3 sind leider am falschen Platz! ☹</p> <p>C. Erniedrigtes TSH bei folgenden Situationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primäre Hyperthyreose (thyreogen) - Autoimmunkrankheiten: <ul style="list-style-type: none"> • Morbus BASEDOW (ca. 1/3 der primären Hyperthyreosen) • HASHIMOTO-Thyreoiditis (Initialphase) - Entzündlich: subakute DE QUERVAIN Thyreoiditis - Autonomes Schilddrüsen-Adenom - Schilddrüsen-Karzinom (sehr selten) - Iodüberschuss, iatrogen (5-10 % der primären Hyperthyreosen): <ul style="list-style-type: none"> • Amiodaron • Überdosierung der SD-Hormone • Kontrastmittel, Algen, Desinfektionsmittel - Hypothyreose: <ul style="list-style-type: none"> • Sekundäre Hypothyreose: HVL-Insuffizienz (hier kann das TSH auch normal sein) • Tertiäre Hypothyreose (hypothalamisch) - Medikamente, die das TSH vermindern können (Beispiele): <table border="1"> <tr> <td>ASPIRIN®</td> <td>Fluoxetin</td> <td>Metformin</td> </tr> <tr> <td>Amiodaron</td> <td>Glukokortikoide</td> <td>Phentolamin</td> </tr> <tr> <td>Bromocriptin</td> <td>Heparin</td> <td>Phenytol</td> </tr> <tr> <td>Carbamazepin</td> <td>5-Hydroxytryptophan</td> <td>Reserpin</td> </tr> <tr> <td>Cimetidin</td> <td>Interferon</td> <td>Schilddrüsenhormon</td> </tr> <tr> <td>Cyproheptadin</td> <td>Interleukin</td> <td>Sertralin</td> </tr> <tr> <td>Diazepam</td> <td>Iod</td> <td>Somatostatin</td> </tr> <tr> <td>Dopamin</td> <td>Levodopa</td> <td>Analoge</td> </tr> <tr> <td>Dobutamin</td> <td>Lithium</td> <td>Spirolacton</td> </tr> </table> <p>Tabelle 2: Medikamente, die den TSH-Serumspiegel vermindern können.</p> <p>D. Erhöhtes TSH bei folgenden Situationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primäre Hypothyreose: <ul style="list-style-type: none"> • Autoimmun (HASHIMOTO-Thyreoiditis nach der Initialphase) • Medikamentös: Amiodaron, Lithium, synthetische Schilddrüsenhormonhemmer • Nach Schilddrüsenoperation, kongenital - Sekundäre Hyperthyreose: <ul style="list-style-type: none"> • Hypophysenadenom (selten) • Schilddrüsenhormon-Resistenzsyndrom (selten) - Medikamente, die das TSH erhöhen können (Beispiele): <table border="1"> <tr> <td>Aluminiumhydroxid</td> <td>Colestipol</td> <td>Lithium</td> </tr> <tr> <td>Aminoglutethimid</td> <td>Cyclophosphamid</td> <td>Methimazol</td> </tr> <tr> <td>Amiodaron</td> <td>Domperidon</td> <td>Metoclopramid</td> </tr> <tr> <td>Apomorphin</td> <td>Ephedrin</td> <td>Morphin</td> </tr> <tr> <td>Benserazid</td> <td>Eisensulfat</td> <td>Pentazocin</td> </tr> <tr> <td>Buprenorphin</td> <td>Haloperidol</td> <td>Perchlorat</td> </tr> <tr> <td>Carbimazol</td> <td>Heroin</td> <td>Sulfonamide</td> </tr> <tr> <td>Chlorpromazin</td> <td>Iod</td> <td>Sulpirid</td> </tr> <tr> <td>Colestyramin</td> <td>Kalziumkarbonat</td> <td>Theophyllin</td> </tr> <tr> <td>Clofibrat</td> <td>Ketokonazol</td> <td>TRH</td> </tr> </table> <p>Tabelle 3: Medikamente, die den TSH-Serumspiegel erhöhen können.</p>	ASPIRIN®	Fluoxetin	Metformin	Amiodaron	Glukokortikoide	Phentolamin	Bromocriptin	Heparin	Phenytol	Carbamazepin	5-Hydroxytryptophan	Reserpin	Cimetidin	Interferon	Schilddrüsenhormon	Cyproheptadin	Interleukin	Sertralin	Diazepam	Iod	Somatostatin	Dopamin	Levodopa	Analoge	Dobutamin	Lithium	Spirolacton	Aluminiumhydroxid	Colestipol	Lithium	Aminoglutethimid	Cyclophosphamid	Methimazol	Amiodaron	Domperidon	Metoclopramid	Apomorphin	Ephedrin	Morphin	Benserazid	Eisensulfat	Pentazocin	Buprenorphin	Haloperidol	Perchlorat	Carbimazol	Heroin	Sulfonamide	Chlorpromazin	Iod	Sulpirid	Colestyramin	Kalziumkarbonat	Theophyllin	Clofibrat	Ketokonazol	TRH
ASPIRIN®	Fluoxetin	Metformin																																																									
Amiodaron	Glukokortikoide	Phentolamin																																																									
Bromocriptin	Heparin	Phenytol																																																									
Carbamazepin	5-Hydroxytryptophan	Reserpin																																																									
Cimetidin	Interferon	Schilddrüsenhormon																																																									
Cyproheptadin	Interleukin	Sertralin																																																									
Diazepam	Iod	Somatostatin																																																									
Dopamin	Levodopa	Analoge																																																									
Dobutamin	Lithium	Spirolacton																																																									
Aluminiumhydroxid	Colestipol	Lithium																																																									
Aminoglutethimid	Cyclophosphamid	Methimazol																																																									
Amiodaron	Domperidon	Metoclopramid																																																									
Apomorphin	Ephedrin	Morphin																																																									
Benserazid	Eisensulfat	Pentazocin																																																									
Buprenorphin	Haloperidol	Perchlorat																																																									
Carbimazol	Heroin	Sulfonamide																																																									
Chlorpromazin	Iod	Sulpirid																																																									
Colestyramin	Kalziumkarbonat	Theophyllin																																																									
Clofibrat	Ketokonazol	TRH																																																									

1271	MCTD	<p>Die Diagnose einer MCTD wird gestellt, wenn das serologische Kriterium (A) und $\geq 3/5$ der klinischen Kriterien (B) erfüllt sind (Sensitivität 100 %, Spezifität 92-100 %):</p> <p>A. Serologisches Kriterium:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hohe Serumtiter der Anti U1-RNP Antikörper ($\geq 1/1600$) <p>B. Klinische Kriterien ($\geq 3/5$):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geschwollene Hände - Synovitis - Myositis (biologisch oder histologisch gesichert) - RAYNAUD-Phänomen - Akrosklerose <p>BOX: Diagnosekriterien der MCTD. [Angepasst nach: J Rheumatol 1989;16:328]</p>
------	------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Labor-SURF© 2020 Labordifferentialdiagnostik und Labordiagnostik

Seite	Kapitel	Erratum – Informationen - Bemerkungen
12	Alkalische Phosphatase	<p>Bei dieser Sektion fehlte die Zeile: Verminderung der alkalischen Phosphatase:</p> <p>↳ Alkalische Phosphatase</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malnutrition • Zinkmangel • Magnesiummangel • Hypothyreose • Perniziöse Anämie (bei ca. 1/3 der Patienten) • Hypophosphatasie (= tiefer Serumspiegel der AP; es handelt sich hier um einen fulminanten Morbus WILSON)
65	Nephrogener Diabetes insipidus	<p>Die Urinosmolalität ist beim nephrogenen DI ebenfalls vermindert (wie beim zentralen DI)</p> <p>Lab:</p> <p>A. Zentraler Diabetes insipidus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blut: $\text{Na}^+ > 145 \text{ mmol/L}$, Osmolalität $> 295 \text{ mOsmol/kg H}_2\text{O}$ - Urinvolumen $> 50 \text{ mL/kg/24 h}$ - Urinosmolalität $< 300 \text{ mOsmol/kg H}_2\text{O}$ (partieller DI 300-600 mOsmol/kg H₂O) <p>B. Nephrogener (peripherer) Diabetes insipidus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blut: <ul style="list-style-type: none"> - $\text{Na}^+ \uparrow$, Osmolalität \uparrow - ADH normal oder \downarrow - Copeptin \uparrow ($> 21.4 \text{ pmol/L}$ ist diagnostisch für einen nephrogenen DI auch ohne Durstversuch) - Urin: Osmolalität \downarrow (niedriger als die Plasmaosmolalität)
176	Schilddrüse	<p>Schilddrüse</p> <p>Allg: • Physiologie der Schilddrüsenhormonachse:</p>  <p>Abbildung: Schilddrüsenhormonachse (stark vereinfacht). ACTH Adrenocorticotrop hormone; FT4 Freies Thyroxin; FSH Follikelstimulierendes Hormon; LH Luteinisierendes Hormon; T3 Triiodthyronin; TRH Thyroid releasing hormone; TSH Thyroid stimulating hormone</p>
200	TSH	Leider sind Tabellen 1 und 2 am falschen Ort! ☹

TSH (Thyroid stimulating hormone)

- Urs:
- TSH
 - Primäre Hyperthyreose (thyrogeen)
 - Autoimmunerkrankheit:
 - Morbus BASEDOW (ca. 2% der primären Hyperthyreosen) → S. 179
 - HASHIMOTO Thyreoiditis (Initialphase) → S. 182
 - Entzündlich: subakute DE QUERVAIN Thyreoiditis
 - Autonomes Schilddrüsen-Adenom
 - Schilddrüsen-Karzinom (sehr selten)
 - Iodüberschuss, iatrogen (5-10% der primären Hyperthyreosen):
 - Amiodaron
 - Überdosierung der SD-Hormone
 - Kontrastmittel, Algen, Desinfektionsmittel
 - Hypothyreose:
 - Sekundäre Hypothyreose: HVL-Insuffizienz (hier kann das TSH auch normal sein)
 - Tertiäre Hypothyreose (hypothalamisch)
 - Medikamente, die das TSH vermindern können:

Aluminiumhydroxid	Colestipol	Lithium
Aminoglutethimid	Cyclophosphamid	Methimazol
Amiodaron	Domperidon	Metoclopramid
Apomorphin	Ephedrin	Morphin
Benserazid	Eisensulfat	Pentazocin
Buprenorphin	Haloperidol	Piracetam
Carbimazol	Heroin	Sulfonamide
Chlorpromazin	Iod	Sulpirid
Colestyramin	Kalziumkarbonat	Theophyllin
Glibenclamid	Ketokonazol	TRH
- Tabelle 1: Medikamente, die den TSH-Serumspiegel **vermindern** können (unvollständige Liste).
- TSH
- Primäre Hypothyreose (S. 178):
 - Autoimmun (HASHIMOTO Thyreoiditis nach der Initialphase) → S. 182
 - Medikamente: Amiodaron, Lithium, synthetische Schilddrüsenhormonhemmer
 - Nach Schilddrüsenoperation
 - Kongenital
 - Sekundäre Hyperthyreose:
 - Hypophysenadenom (seiten)
 - Schilddrüsenhormon-Resistenzsyndrom (seiten)
 - Medikamente, die das TSH erhöhen können:

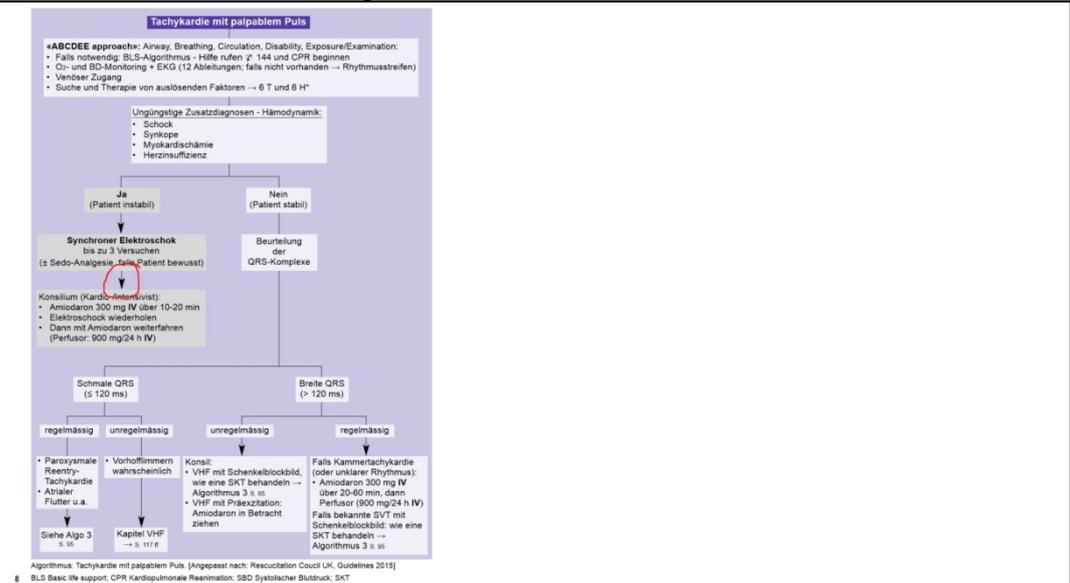
ASPIRIN®	Fluoxetin	Phentolamin
Amiodaron	Glukokortikoide	Phenylephrin
Bromocriptin	Heparin	Reserpin
Carbamazepin	5-Hydroxytryptophan	Schilddrüsenhormon
Cermetidin	Interferon	Sertralin
Cyproheptadin	Interleukin	Somatostatin
Diazepam	Iod	Analoge
Dopamin	Lisdopa	Spiroglacton
Dobutamin	Lithium	
- Tabelle 2: Medikamente, die den TSH-Serumspiegel **erhöhen** können (unvollständige Liste).



TURBO Notfallmedizin & Kardiologie© 2019

Seite Kapitel Erratum – Informationen – Bemerkungen

8 Tachykardie mit Puls



161 Definition STEMI

• **STEMI (ST-Hebungsmyokardinfarkt)**

Allg: Pathogenese: i.d.R. akuter vollständiger Verschluss einer Koronararterie (siehe Einteilung des Myokardinfarktes Typ 1-5 → Tabelle 2 s. 166)

Def: A. Myokardiale Ischämiesymptome > 20 min (akut und persistierend) UND:

B. EKG mit persistierenden ST-Hebungen in ≥ 2 benachbarten Ableitungen:

- In V1, V2, V3: Männer ≥ 0.2 mV; Frauen ≥ 0.15 mV
- In anderen Ableitungen (ausser V1, V2 und V3): ≥ 0.1 mV (Frauen und Männer)

ODER:

- Neuauftreten (oder vermutlich neuauftreten) eines Linksschenkelblocks
- Isolierter Hinterwand-STEMI definiert als > 0.1 mV horizontale ST-Senkung in 2 benachbarten Ableitungen (V1-3) assoziiert mit prominenten R-Zacken

UND:

197 DM und Herzinsuffizienz

Herzinsuffizienz und Diabetes mellitus (DM)

Allg: Metformin ist das Antidiabetikum der Wahl [IlaC]. Aber KI respektieren: CrCl < 30 mL/min, Leberinsuffizienz, Alkoholkrankheit, schwergradige Herzinsuffizienz, respiratorische Insuffizienz mit Hypoxie.

450 Hyponatriämie

Der gestrichene Satz ist doppelt.

		<p>2. Hyponatriämie ohne neurologische Symptome oder milde Hyponatriämie (asymptomatisch oder paucisymptomatisch):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Natriämie korrigiert sich oft selbst nach Beginn der Kausaltherapie, wie z.B. durch Verminderung der saluretischen Therapie (Thiazide, ACE-Hemmer, Sartane). - Die Schleifendiuretika verursachen selten eine Hyponatriämie (Furosemid, Torasemid). Sie werden sogar bei Hyponatriämie therapeutisch eingesetzt (zusammen mit isotoner Volumenexpansion). - Wenn trotzdem eine Natrium-Substitution eingeleitet wird, muss die maximale Korrekturgeschwindigkeit der Natriämie eingehalten werden: a) Initial: maximal 0,3 mmol/L pro Stunde; b) In den ersten 24 h: maximal 8 mmol/L; c) In den ersten 48 h: maximal 18 mmol/L <p>Beispiel: Frau 60 kg, mit oligosymptomatischer, chron. Hyponatriämie von 120 mmol/L. Ziel: Serumnatriumanstieg um ca. 0,3 mmol/L/h.</p>																																																															
499	Diabetes mellitus	<p>Die Fussnoten sind umgekehrt (* <-> **)</p> <p>Diabetische Ketoazidose (DKA) [E10.1]</p> <p>Dg: • Diagnosekriterien der verschiedenen Schweregrade der diabetischen Ketoazidose (DKA) verglichen mit der hyperglykämischen, hyperosmolaren Entgleisung (HHE):</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Parameter:</th> <th colspan="3">Diabetische Ketoazidose (DKA)</th> <th rowspan="2">HHE</th> </tr> <tr> <th>mild</th> <th>mittel</th> <th>schwer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Blutzucker [mmol/L]</td> <td>> 13.75</td> <td>> 13.75</td> <td>> 13.75</td> <td>> 33</td> </tr> <tr> <td>pH (arteriell)</td> <td>7.25 - 7.30</td> <td>7.0 - < 7.24</td> <td>< 7.0</td> <td>> 7.30</td> </tr> <tr> <td>Bicarbonat (Plasma) [mmol/L]</td> <td>15-18</td> <td>10 - < 15</td> <td>< 10</td> <td>> 18</td> </tr> <tr> <td>Ketonkörper (Urin)</td> <td>⊕</td> <td>⊕⊕</td> <td>⊕⊕⊕</td> <td>wenig*</td> </tr> <tr> <td>Ketonkörper (Plasma)</td> <td>⊕</td> <td>⊕⊕</td> <td>⊕⊕⊕</td> <td>wenig</td> </tr> <tr> <td>Effektive Plasmaosmolalität†</td> <td>variabel</td> <td>variabel</td> <td>variabel</td> <td>> 320</td> </tr> <tr> <td>Anionenlücke‡ [mmol/L]</td> <td>> 10</td> <td>> 12</td> <td>> 12</td> <td>variabel</td> </tr> <tr> <td>Bewusstseinszustand</td> <td>wach</td> <td>wach/müde</td> <td>Stupor/Koma</td> <td>Stupor/Koma</td> </tr> <tr> <td>Totales Körperwasserdefizit**</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100 - 200</td> </tr> <tr> <td>Natriumverlust [mmol/kg]</td> <td>7 - 10</td> <td>7 - 10</td> <td>7 - 10</td> <td>5 - 13</td> </tr> <tr> <td>Kaliumverlust [mmol/kg]</td> <td>3 - 5</td> <td>3 - 5</td> <td>3 - 5</td> <td>4 - 6</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tabelle: Diabetische Ketoazidose (DKA) und hyperosmolare hyperglykämie Entgleisung (HHE).</p> <p>† Effektive Plasmaosmolalität = $2 \times \text{Na}^+ [\text{mmol/L}] + \text{Blutzucker} [\text{mmol/L}]$</p> <p>‡ Anionenlücke = $\text{Na}^+ - (\text{Cl}^- + \text{HCO}_3^-)$, N: $12 \pm 4 \text{ mmol/L}$</p> <p>** Das Körperwasserdefizit wird in mL/kg Körpergewicht angegeben.</p> <p>* Bei der HHE sind die Ketonkörper zahlreich («++++») wenn der Urin konzentriert ist.</p>	Parameter:	Diabetische Ketoazidose (DKA)			HHE	mild	mittel	schwer	Blutzucker [mmol/L]	> 13.75	> 13.75	> 13.75	> 33	pH (arteriell)	7.25 - 7.30	7.0 - < 7.24	< 7.0	> 7.30	Bicarbonat (Plasma) [mmol/L]	15-18	10 - < 15	< 10	> 18	Ketonkörper (Urin)	⊕	⊕⊕	⊕⊕⊕	wenig*	Ketonkörper (Plasma)	⊕	⊕⊕	⊕⊕⊕	wenig	Effektive Plasmaosmolalität†	variabel	variabel	variabel	> 320	Anionenlücke‡ [mmol/L]	> 10	> 12	> 12	variabel	Bewusstseinszustand	wach	wach/müde	Stupor/Koma	Stupor/Koma	Totales Körperwasserdefizit**	100	100	100	100 - 200	Natriumverlust [mmol/kg]	7 - 10	7 - 10	7 - 10	5 - 13	Kaliumverlust [mmol/kg]	3 - 5	3 - 5	3 - 5	4 - 6
Parameter:	Diabetische Ketoazidose (DKA)			HHE																																																													
	mild	mittel	schwer																																																														
Blutzucker [mmol/L]	> 13.75	> 13.75	> 13.75	> 33																																																													
pH (arteriell)	7.25 - 7.30	7.0 - < 7.24	< 7.0	> 7.30																																																													
Bicarbonat (Plasma) [mmol/L]	15-18	10 - < 15	< 10	> 18																																																													
Ketonkörper (Urin)	⊕	⊕⊕	⊕⊕⊕	wenig*																																																													
Ketonkörper (Plasma)	⊕	⊕⊕	⊕⊕⊕	wenig																																																													
Effektive Plasmaosmolalität†	variabel	variabel	variabel	> 320																																																													
Anionenlücke‡ [mmol/L]	> 10	> 12	> 12	variabel																																																													
Bewusstseinszustand	wach	wach/müde	Stupor/Koma	Stupor/Koma																																																													
Totales Körperwasserdefizit**	100	100	100	100 - 200																																																													
Natriumverlust [mmol/kg]	7 - 10	7 - 10	7 - 10	5 - 13																																																													
Kaliumverlust [mmol/kg]	3 - 5	3 - 5	3 - 5	4 - 6																																																													

 <p>Algo-SURF© 2011</p>		
Seite	Kapitel	Erratum – Informationen - Bemerkungen
31	Definition SLE	Die Diagnose des SLE steht, falls $\geq 4/11$ Kriterien vorhanden sind (nicht $> 4/10$)
53	Linke Teillseite	Punkt 3. (letzte Zeile): ... Lungenödems mittels transthorakaler Echokardiographie (TTE)
51	HORTON	Der Punkt 2. der Definitionskriterien von CHUANG und HEALEY soll wie folgt korrigiert werden: ...während ≥ 1 Monat, welche ≥ 2 der folgenden Lokalisationen...
66	Husten	3. Punkt unter „Allg.“ der N. vagus (X) und nicht (V), der N. hypoglossus (XII) und nicht (IX).
69	BOX 3	2. unterste Zeile: das Wort „wire“ soll „wird“ heissen
80	AHT	Definition „Refraktäre AHT“: AHT, ... , trotz ≥ 3 (nicht > 3) maximal dosierten Antihypertensiva
86	WESTFAHL Krank.	Das letzte Wort streichen (thyreotoxikose)
97	Algo	Links unten (nach COOMBS Test): \rightarrow Autoimmunhämolytische Anämie (nicht Hämolyse) bzw. Nicht autoimmunhämolytische Anämie
101	Titel	Die rot unterlegten Titel sollen heissen: Autoimmunhämolytische Anämie (nicht Hämolyse) bzw. Nicht autoimmunhämolytische Anämie
113	Fibromyalgie	Die Diagnose wird bei $\geq 11/18$ Druckpunkten gestellt (nicht $> 11/18$)
135	Injektion	Die Abbildung ist falsch. Die 3 Injektionen müssen auf der Tunica conjunktiva sein (und NICHT auf der Iris!)
162	Functional reach test	Im Schema sind die Nummern „1“ und „2“ umzukehren.
166	Synkope	DD (Punkt II.): Erkrankungen ohne Bewusstseinsstörungen
200	CHILD Score	Tabelle (unter Albumin, mittlere Kolonne, 3. Zeile): 3 Punkte für $< 420 \text{ umol/L}$. Dank an HJ Furger/Schaffhausen
200	Hepatische Enzephalopathie	Tabelle (3. Kolonne „Reflexe“): Beim Stadium II und III ist ein Flapping tremor (Asterixis) vorhanden. Bei Stadium I und IV nicht.