

Datum/tijdstip 1 Datum/tijdstip 2

Datum/tijdstip 3 Datum/tijdstip 4

Sticker met naam  
van patient

Kruis het juiste antwoord aan

	1	2	3	4	
<b>Alertheid</b>					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rustige slaap (ogen dicht, geen gezichtsbewegingen)
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actieve slaap (ogen dicht, gezichtsbebewegingen)
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rustig wakker (ogen open, geen gezichtsbebewegingen)
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actief wakker (ogen open, gezichtsbebewegingen)
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wakker en hyperalert
<b>Kalmte / agitatie</b>					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kalm (kind helder en rustig)
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Licht angstig (kind toont lichte onrust)
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angstig (kind lijkt onrustig, kan zich beheersen)
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zeer angstig (kind lijkt zeer onrustig, kan zich nog net beheersen)
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paniekerig (ernstige onrust met verlies van beheersing)
<b>Ademhalings- reactie</b> (alleen bij beademde kinderen)					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geen spontane ademhaling
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spontane ademhaling aan de beademing
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onrust of verzet tegen de beademing
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ademt actief tegen de beademing in of hoest regelmatig
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vecht tegen de beademing
<b>Huilen</b> (bij niet beademde kinderen)					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geen huilen
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zwakjes huilen
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zacht huilen of kreunen
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stevig huilen
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intens huilen of krijsen
<b>Lichaamsbeweging</b>					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geen of minimale bewegingen
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weinig (3 of minder) kleine bewegingen van armen en/of benen
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequente (meer dan 3) kleine bewegingen van armen en/of benen
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weinig (3 of minder) heftige bewegingen met armen en/of benen
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequente (meer dan 3) heftige bewegingen met armen en/of benen (eventueel ook met gehele lichaam)
<b>Gezichtspanning</b>					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gezichtsspieren volkomen ontspannen, mond ontspannen geopend
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normale spanning van het gezicht
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Samengeknepen ogen, frons voorhoofd (niet aanhoudend)
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Samengeknepen ogen, frons voorhoofd (aanhoudend)
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gezichtsspieren verwrongen en in een grimas (samengeknepen ogen, fronsend voorhoofd, mond open, plooiën tussen neus en mond)
<b>Spierspanning</b> (door middel van observatie)					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spieren volledig ontspannen (handjes open, kwijlen, mond open)
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verminderde spierspanning; minder weerstand dan normaal
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normale spierspanning
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verhoogde spierspanning (gespannen vuistjes en/of gespannen kromme tenen)
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extreme spierspanning (stijfheid en buiging van vingers en/of tenen)
<b>Totaalscore</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>NRS pijn*</b>	....	....	....	....	(0=geen pijn tot 10=ergste pijn)
<b>NRS onrust*</b>	....	....	....	....	(0=geen onrust tot 10=ergste onrust)

**Bijzonderheden medicatie/behandeling** \_\_\_\_\_

**Bijzonderheden toestand kind** \_\_\_\_\_

**Reden meting** \_\_\_\_\_

\*Afkorting: NRS = Numerieke Rating Schaal