Nyfødtintensiv -kramperegistrering

Sykehuset Innlandet HF

Pasient ID	**Fødselsvekt:**
	GA:
	Diagnose:

Dato	Kl.	**Hvilken kroppsdel startet krampene i? Varighet?**					**Type krampe/symptomer/varighet**	
		Forvarsel: Skrik, uro, gulp, angstuttrykk, apnoe, stirrende blikk	Hø. arm	Ve. arm	Hø. fot	Ve. fot	**Toniske:** **Kloniske:** **Subtile:** **Salam:**	Stivt flekset/ekstendert Rykninger Smatting, syklende/boksende bevegelser Stirrende blikk, påvirket respirasjon/sirkulasjon Vekselvis ekstensjon og fleksjon av hele kroppen