

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	
Alertheid					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diep in slaap (ogen dicht, geen reactie op omgeving)
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Licht in slaap (ogen grotendeels gesloten, af en toe reactie)
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Slaperig (kind sluit vaak zijn ogen, reageert minder op omgeving)
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wakker en alert (kind reageert op omgeving)
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wakker en hyper-alert (overdreven reactie op veranderingen)
Kalmte/agitatie					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kalm (kind lijkt 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 maar 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)
Ademhalingsreactie (scoren bij beademde kinderen)					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geen hoesten en geen spontane ademhaling
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spontane ademhaling met weinig of geen reactie op de beademing
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Af en toe hoesten of verzet tegen de ventilator
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ademt actief tegen de ventilator in of hoest regelmatig
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vecht tegen de ventilator; hoesten, verslikken, tegenademen
Huilen (scoren bij niet beademde kinderen)					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geen huilgeluiden
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Af en toe snikken of kreunen (nasnikken)
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jengelen of dreinen (monotoon geluid)
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huilen
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schreeuwen of krijsen
Lichaamsbeweging					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geen beweging
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incidentele (3 of minder) kleine bewegingen
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequente (meer dan 3) kleine bewegingen
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heftige bewegingen met armen en benen
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heftige bewegingen ook met romp en hoofd
Spierspanning					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spieren volledig ontspannen; geen spierspanning
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"/>	Toegenomen spierspanning en buiging van vingers en tenen
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extreme spierstijfheid en buiging van vingers en tenen
Gelaatsspanning					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gezichtsspieren volkomen ontspannen
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normale spanning van het gelaat
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spanning duidelijk in sommige gelaatsspieren (niet aanhoudend)
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spanning duidelijk in alle gelaatsspieren (aanhoudend)
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelaatsspieren verwrongen en in een grimas
Total score	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NRS pijn*	(0=geen pijn tot 10=ergste pijn)
VISS*	Vul in: 1. onvoldoende sedatie, 2. adequate sedatie or 3. te diepe sedatie

Details sedativa/analgetica _____

Reden meting _____

*Afkortingen: NRS = Numerieke Rating Schaal, VISS = Verpleegkundige Interpretatie van Sedatie Schaal