

INDEX

ALLERGISKA REAKTIONER.....	7
ANAFYLAXI.....	7
ANGIOÖDEM.....	8
URTIKARIA.....	9
BRÄNNSKADOR.....	10
BRÄNNSKADOR.....	10
CHOCK.....	12
ELEKTROLYTRUBBNINGAR.....	13
HYPERKALCEMI.....	13
HYPOKALCEMI.....	14
HYPERKALEMI.....	15
HYPOKALEMI.....	17
HYPONATREMI.....	18
HYPERNATREMI.....	19
ENDOKRINA SJUKDOMAR.....	20
DIABETES KETOACIDOS.....	20
HYPEROSMOLÄRT/-GLYKEMISKT SYNDROM.....	21
HYPOGLYKEMI.....	22
HYPERGLYKEMI.....	23
INCIDENTALOM BINJURE.....	24
KORTISOLSVIKT.....	25
THYROIDEASJUKDOMAR.....	26
FRAKTURER, LUXATIONER & RUPTURER.....	28
ARMBÅGSSKADOR.....	28
AXELSKADOR.....	30
FOTLEDSSKADOR.....	32
FOTSKADOR.....	34
HANDSKADOR.....	36
HANDLEDSSKADOR.....	39
HÖFT- & LÅRBENSKADOR.....	41
KNÄSKADOR.....	42
RYGGFRAKTURER.....	45
UNDERARMSSKADOR.....	46
UNDERBENSSKADOR.....	47
ÖPPNA FRAKTURER.....	48

ÖVERARMSSKADOR.....	49
FÖRGIFTNINGAR	51
ALKOHOLER	51
BENSODIAZEPINER	52
BRANDRÖK.....	53
DIGOXIN	54
HUGGORMSBETT	55
KOLMONOXID	56
LITIUM	56
OPIOIDER	57
PARACETAMOL	58
SALICYLAT.....	60
ÖVRIGA FÖRGIFTNINGAR - ANTIDOTER.....	61
HEMATOLOGISKA SJUKDOMAR	62
ANEMI.....	62
NEUTROPENI.....	63
HEMOFILI.....	64
TROMBOCYOPENI.....	65
HJÄRTSJUKDOMAR	66
BRADYARYTMI	66
FÖRMAKSFLIMMER/-FLADDER	66
HJÄRTSVIKT.....	69
INSTABIL KRANSKÄRLSSJUKDOM (NSTEMI/IAP)	70
PERI- & MYOKARDIT	72
ST-HÖJNINGSFARKT (STEMI).....	73
SUPRAVENTRIKULÄR TACKYKARDI	76
VENTRIKELTACKYKARDI	77
HJÄRTSTOPP.....	78
HJÄRTSTOPP	78
HJÄRTSTOPP VID GRAVIDITET	81
HJÄRTSTOPP VID TRAUMA	81
HYPERTONI.....	82
HYPERTONI	82
HYPERTENSIV KRIS.....	83
INFEKTIONSSJUKDOMAR.....	84
BORRELIA	84
CLOSTRIDIUM DIFFICILE.....	85

ENCEFALIT	85
ENDOKARDIT	86
ERYSIPELAS	87
GASTROENTERIT.....	88
HERPES ZOSTER	88
INFLUENSA.....	89
MALARIA & MYGGBURN INFEKTIONER	90
MENINGIT.....	91
MÄSSLING	92
NEKROTISERANDE FASCIIT	92
NEUTROPEN FEBER	93
PNEUMONI.....	95
RABIESEXPONERING.....	98
SEPSIS.....	99
SEPTISK ARTRIT	101
STICKTILLBUD.....	102
SÅRINFEKTIONER.....	103
TUBERKULOS	104
URINVÄGSINFEKTION	105
KÄRLSJUKDOMAR.....	106
AORTADISSEKTION.....	106
AORTAANEURYSM.....	107
ARTÄROCKKLUSION EXTREMITET	108
LEVER- OCH GALLVÄGSSJUKDOMAR	109
ASCITES.....	109
GALLSTENSANFALL	110
KOLANGIT	110
KOLECYSTIT.....	111
LEVERENCEFALOPATI.....	111
LEVERSVIKT - AKUT.....	112
PANKREATIT	113
SPONTAN BAKTERIELL PERITONIT	113
LUNGSJUKDOMAR	114
ASTMA	114
KOL EXACERBATION.....	115
PNEUMOTHORAX	116

MAG-TARMSJUKDOMAR	117
APPENDICIT	117
BRÅCK	118
CROHNS SJUKDOM	119
DIVERTIKULIT	120
DYSPEPSI.....	121
FRÄMMANDE KROPP ESOPHAGUS	121
FÖRSTOPPNING	122
GASTROINTESTINAL BLÖDNING - ÖVRE.....	122
GASTROINTESTINAL BLÖDNING - NEDRE.....	124
ILEUS	124
ULCERÖS KOLIT	125
TARMISCHEMI	126
NEUROLOGISKA SJUKDOMAR	127
EPILEPSI	127
FACIALISPARES – PERIFER.....	128
HUVUDVÄRK	129
INTRECEREBRAL BLÖDNING	130
ISCHEMISK STROKE.....	131
MYASTENIA GRAVIS	133
SUBARACHNOIDALBLÖDNING	134
SUBDURALBLÖDNING.....	135
TRANSITORISK GLOBAL AMNESI (TGA)	135
TRANSITORISK ISCHEMISK ATTACK (TIA)	136
WERNICKE ENCEFALOPATI	137
OMGIVNINGSMEDICIN	138
DYKOLYCKOR	138
ELOLYCKOR	138
HYPERTERMI	139
HYPOTERMI.....	139
ONKOLOGI	140
STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP	140
PALLIATIV VÅRD	144
LÄKEMEDEL VID PALLIATIV VÅRD	144
REUMATISKA SJUKDOMAR	145
GIKT.....	145
POLYMYALGIA REUMATIKA.....	145

REAKTIV ARTRIT	146
TEMPORALIS ARTERIT	146
SKALL- OCH HALSRYGGTRAUMA	147
HALSRYGGSKADOR	147
SKALLTRAUMA	149
SKROTUM & PENISSJUKDOMAR.....	151
EPIDIDYMIT	151
PARAPHIMOSIS	152
PENIS- OCH SKROTUMTRAUMA	152
PRIAPISM.....	153
TESTISTORSION	153
SÅRSKADOR	154
SÅRSKADOR.....	154
DJUR- OCH MÄNNISKOBETT	157
TETANUSPROFYLAX	158
URINVÄGSSJUKDOMAR.....	159
HEMATURI.....	159
NJURSTENSANFALL	160
URINSTÄMMA	161
VENÖS TROMBOEMBOLISM.....	162
DVT BEN	162
DVT ARM	165
LUNGEMBOLI	166
TROMBOFLEBIT	169
ÄNDTARMSSJUKDOMAR	170
ANALFISSUR.....	170
ANALHEMATOM	170
FRÄMMANDE KROPP I REKTUM.....	171
HEMORROIDER	171
PERIANALABSCESS	172
PLINOIDALABSCESS	172
ÖRON-NÄSA-HALS SJUKDOMAR.....	173
NÄSBLÖDNING	173
NÄSFRAKTUR	174
OTHEMATOM.....	174
OTITS EXTERNA	175
OTITS MEDIA	176

SINUIT.....	176
TONSILIT	177
VAXPROPP.....	177
ÖVRIGA GENERELLA BEHANDLINGAR	178
ANTIEMETIKABEHANDLING	178
LOKALANESTESI	178
REVERSERING AV ANTIKOAGULATIA.....	179
SMÄRTLINDRING	180
NON-INVASIVT VENTILATIONSSTÖD.....	181
TRANSFUSION BLODPRODUKTER	182
APPENDIX 1 – LÄKEMEDEL	184
ANTIBIOTIKADOSERING VID NJURSVIKT.....	184
ALTEPLAS (ACTILYS)	185
AMIODARON (CORDARONE).....	186
HEPARIN	187
ISOPRENALIN (ISUPREL)	188
LMWH.....	189
METALYSE (TENECTEPLAS)	190
NATRIUMVALPROAT (ERGENYL).....	190
NITROGLYCERIN.....	191
NORADRENALIN.....	192
APPENDIX 2 - ULTRALJUD	193
AORTA.....	193
DJUP VENTROMBOS.....	193
FAST	193
HJÄRTA.....	193
APPENDIX 3 - TABELLER	194
GCS.....	194
RLS-85	194
NEWS.....	195
NIHSS	196

ALLERGISKA REAKTIONER

ANAFYLAXI

Akutdiagnostik:

- P-tryptas vid tidigare inte känd anafylaxi (< 3 h från symptomdebut) för att underlätta vidare utredning.

Akutbehandling:

- **Adrenalin:** Inj. Adrenalin 0.5 mg im. (0.5 ml av 1 mg/ml, lårets utsida). Upprepa var 5-10:e min vb. Vid återkommande symtom överväg Inf. Adrenalin 5-20 µg/min (späd 1 mg Adrenalin i 1000 ml Ringer-Acetat till 1 µg/ml, infusion 5-20 ml/min).
- **Vätska:** Inf. Ringer-Acetat 1000 ml iv. vid cirkulationspåverkan
- **Inhalation:** Inh. Salbutamol (Ventoline) 5-10 mg (2.5 ml av 2 mg/ml eller 2 ml av 5 mg/ml) vid bronkospasm. Upprepa var 5-10:e min vb.
- **Antihistamin:**
 - T. Desloratadin (Aerius) 10 mg (2 tabl á 5 mg) eller
 - T. Loratadin (Clarityn) 20 mg (2 tabl á 10 mg)
- **Steroider:**
 - Inj. Betametason (Betapred) 8 mg iv. (2 ml av 4 mg/ml) eller
 - T. Betametason (Betapred) 8 mg (16 tabl á 0.5 mg)
- Observation 4-12 h vid anafylaktisk reaktion.
- Överväg vid uttalad reaktion fortsatt behandling:
 - T. Desloratadin (Aerius) 5 mgx1 i 3-5 d eller
 - T. Loratadin (Clarityn) 10 mgx1 i 3-5 d samt
 - T. Betametason (Betapred) 0.5 mg 5x1 i 3-5 d

ALLERGISKA REAKTIONER

- Förskriv Injektionspenna Adrenalin om patienten inte redan har (t.ex. Inj. Epipen eller Emerade 0.3 mg im.)
- Vid förstagångsreaktion remittera till allergolog för utredning och uppföljning.

ANGIOÖDEM

Akutbehandling:

- Vid angioödem med urtikaria eller symtom från luftvägar/cirkulation behandla som för anafylaxi (sid 7)
- Bedöm luftväg och säkra luftväg vb.
- Adrenalin:
 - Inj. Adrenalin 0.3-0.5 mg im. (0.3-0.5 ml av 1 mg/ml)
 - Överväg Inh. Adrenalin 2-5 mg (2-5 ml av 1 mg/ml).
- Steroider:
 - Inj. Betametason (Betapred) 8 mg iv (2 ml av 4 mg/ml)
- Angioödem svarar ofta dåligt på antihistamin och steroider men överväg vid uttalad reaktion behandling:
 - T. Desloratadin (Aerius) 5 mg x 1 i 3-5 d eller
 - T. Loratadin (Clarityn) 10 mg x 1 i 3-5 d samt
 - T. Betametason (Betapred) 0.5 mg 5 x 1 i 3-5 d
- Patient med lindring-måttlig svullnad utan anafylaxi, hotad luftväg eller symtomprogress observation 4 h.
- Sätt ut läkemedel som vanligen kan utlösa angioödem (t.ex. ACE-hämmare och NSAID)
- Hereditärt angioödem behandlas med:
 - Inj. Ikatibant (Firazyr) 30 mg sc. eller
 - Inj. C₁-INH-koncentrat (Berinert) 1000 E iv. samt
 - Inj. Tranexamsyra (Cyklokapron) 1 g iv. (10 ml av 100 mg/ml)

ENDOKRINA SJUKDOMAR

DIABETES KETOACIDOS

Akutdiagnostik:

- Bedöm grad av diabetesketoacidosis med blodgas:
 - Lindrig: pH 7.25–7.3 eller bikarbonat 15–22 mmol/l (base-excess -3 till -9 mmol/l)
 - Måttlig: pH 7.0–7.24 eller bikarbonat 10–15 mmol/l (base-excess -9 till -14 mmol)
 - Svår: pH <7.0 eller bikarbonat <10 mmol/l (base-excess < -14 mmol/l)
- B-ketoner ≥ 3 mmol/l vid måttlig-svår ketoacidosis
- Bedöm utlösande orsak (t.ex. nydebuterad diabetes, bristande compliance eller infektion).

Akutbehandling:

- Vätska och kalium: Inf. Ringer-Acetat och Kaliumklorid ges enligt:

Timme	Ringer-Ac	Kaliumklorid (mmol/h)
1	1000 ml/h	-
2-5	500 ml/h	10 mmol/h vid K < 4.0 mmol/l 5 mmol/h vid K 4.0-5.0 mmol/l 0 mmol/h vid K > 5.0 mmol/l
6-12	300 ml/h	10 mmol/h vid K < 3.0 mmol/l 5 mmol/h vid K 3.0-5.0 mmol/l 0 mmol/h vid K > 5.0 mmol/l
13-24	200 ml/h	10 mmol/h vid K < 3.0 mmol/l 5 mmol/h vid K 3.0-5.0 mmol/l 0 mmol/h vid K > 5.0 mmol/l

- **Insulin:** Inf. Insulin (t.ex. Novorapid/Humalog) 0.05-0.1 E/kg/h (motsvarar för patient 60 kg 3-6 E/h = 3-6 ml/h av 1 E / ml). Infusionslösning 1 E / ml blandas genom 0.5 ml av 100 E / ml Insulin späds i 50 ml NaCl.
- Kontroll B-glukos varannan timme, elstatus var 2-4:e h.
- Vid B-glukos < 15 mmol/l och kvarstående metabol acidosis påbörja Inf. Glukos 100 mg/ml (10 %) iv. 100 ml / h parallellt med insulininfusion och vätskeinfusion enligt ovan.
- Fortsätt behandling med ordinarie dos av långverkande insulin sc. samtidigt med insulininfusion.
- Insulininfusion ges till normalt bikarbonat, normalt base-excess eller B-ketoner < 0.6 mmol/l.
- Ge 30 min innan avslutad insulininfusion ordinarie insulin sc. och återinsätt tidigare insulinbehandling för att undvika ny ketoacidosis.

HYPEROSMOLÄRT/-GLYKEMISKT SYNDROM

Akutdiagnostik:

- B-glukos > 33 mmol/l och S-osmolalitet > 320 mosm/l utan tecken till ketoacidosis.

Akutbehandling:

- **Vätska och kalium:** Vätske- och kaliumbehandling som vid diabetesketoacidosis sid 20
- **Insulin:** Insulininfusion som vid diabetesketoacidosis (sid 20) men insulininfusionstakt 0.025-0.05 E/kg/h (för patient 60 kg 2-3 E/h = 2-3 ml/h av 1 E / ml). Justera infusionstakt med mål sänka B-glukos ca. 3 mmol/l/h.
- Blodförtunnande behandling med LMWH i profylaxdos t.ex. Inj. Fragmin 5000 E 1x1 sc. till mobilisering.

KORTISOLSVIKT**Akutdiagnostik:**

- Vid tidigare inte känd kortisolsvikt tag S-kortisol.
- S-kortisol >500 nmol/l utesluter med hög sannolikhet kortisolsvikt.
- Vid S-kortisol < 500 nmol/l och oklar diagnos genomförs Synactentest enligt:
 - Provtagning för S-kortisol, därefter ges
 - Inj. Synacten 0.25 mg iv. (1 ml av 0.25 mg/ml).
 - Nytt prov för S-kortisol 30 min efter Synacten.
 - Tolkning: Ökning av S-Kortisol (0 till 30 min) med > 200 nmol/l till > 500 nmol/l utesluter kortisolsvikt med hög sannolikhet.

Akutbehandling:

- Vid symtom misstänkt orsakade av akut kortisolsvikt ges Inj. Hydrokortison (Solu-Cortef) 100 mg iv. följt av Inf. Hydrokortison (Solu-Cortef) 100 mg i 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml (0.9 %) x 3 iv. första dygnet.
- Rehydrering med ytterligare vätska iv. vb.
- Basalbehov Hydrokortison är ca. 30 mg per dygn. Vid akuta sjukdomstillstånd ökas dosen hydrokortison 2-3 gånger (temp >38 °C dos x 2, >39 °C dos x 3).
- Vid svår sjukdom t.ex. svår infektion ges Inj. Hydrokortison (Solu-Cortef) 100 mg x 3 iv. med successiv nedtrappning till underhållsdos.

FOTLEDSSKADOR

Akutdiagnostik:

- Röntgen fotled (+ev fot och underben)
- Vid ömhet över proximala fibula röntgen underben
- Ottawa ankle rule för att bedöma om röntgen behövs.

Ottawa ankle rule:

Röntgenundersökning är indicerad om det föreligger:

Smärta runt malleolerna samt något av följande:

- palpationsömhet längs bakre randen av lat malleolen
- palpationsömhet längs bakre randen av med malleolen
- oförmåga att belasta foten fyra steg

Smärta i mellanfoten och något av följande:

- palpationsömhet över basen av femte metatarsalbenet
- palpationsömhet över båtbenet
- oförmåga att belasta foten fyra steg

Ottawa-kriterierna inte användas för patienter med multipla skador, skallskada eller neurologiska bortfall.

Akutbehandling:

- Fotledsfraktur
 - Vid luxerad fotled eller uttalad felställning direkt grovreponering. Alla instabila fotledskador ska ha dorsal gipsskena innan röntgen. Högläge.
 - Isolerad fraktur laterala malleolen nedanför syndesmoshöjd med stabil fotled utan gaffelvidning behandlas i första hand med elastisk linda och kryckor. Vid uttalade besvär överväg ortos eller gips (med tillåten belastning) 1-3 v.

- Isolerad fraktur laterala malleolen i syndesmohöjd utan gaffelvidgning (< 2 mm) behandlas med gips eller ortos. Tillåts belasta. Röntgenkontroll och återbesök till ortoped efter 7-10 d.
- Övriga fotledsfrakturer ortopedbedömning för ev. operation. Högläge och dorsal gipsskena. Vid instabil eller omfattande skada operation inom 8 h.
- Fotledsdistorsion
 - Får belasta fritt men kan ibland behöva avlastning med kryckor 1-2 d vid uttalad smärta. Elastisk linda. Råd om högläge vid vila.
 - Uppmana till sjukgymnastkontakt vid instabilitet, uttalade besvär eller kvarstående besvär efter 1-2 v.

KNÄSKADOR

Akutdiagnostik:

- Röntgen knäled (+ev. röntgen patella)
- Ottawa knee rule kan användas som stöd för att bedöma om röntgen behövs.

Ottawa knee rule:

Röntgenundersökning efter trubbigt trauma mot knät är indicerad om det föreligger något av följande:

- Ålder ≥ 55 år
- Isolerad ömhet över patella
- Ömhet över fibulahuvudet
- Oförmåga att flektera knät till 90°
- Oförmåga att stödja på benet direkt efter traumat eller klarar på inte att gå 4 steg på akutmottagningen

Ottawa-kriterierna användas inte för patienter med skada > 1 v sedan, multipla skador, medvetandepåverkan eller paraplegi.

Akutbehandling:

- Patellafraktur
 - Odislocerad fraktur med < 3 mm mellan fragment, ledytehak < 2 mm och intakt extensionsförmåga behandlas vanligen konservativt med knäkappa eller ortos under 4-6 v. Kontroll med röntgen och bedömning efter 2 v.
 - Frakturer med > 3 mm mellan fragment, ledytehak > 2 mm, extensionsdefekt eller andra felställningar ortopedbedömning för operation.

HUGGORMSBETT**Akutdiagnostik:**

Klinisk diagnos där indikation för antiserumbehandling vid:

- Allmänpåverkan med t.ex. blodtrycksfall, mag-tarmsymtom, bronkospasm eller anafylaxi
- Lokalreaktion med spridning > 10 cm från bett inom 12 h.
- Gravida med tecken till lokal reaktion efter bettet.

Akutbehandling:

- Vid cirkulationspåverkan eller andra tecken till anafylaxi behandling initialt som vid anafylaxi (se sid 7).
- Akutbehandling med antiserum:
 - Inf. ViperaTab 200 mg iv. (späds i 100 ml NaCl) ges under 30 min.
 - Diskutera med Giftinfo vid svårt sjuk patient eller symtomprogress 4 h efter behandling om ytterligare dos antiserum bör ges.

INSTABIL KRANSKÄRLSSJUKDOM (NSTEMI/IAP)

Akutdiagnostik:

- Bedömning baseras på symtom, EKG och troponin.
- HEART-score kan användas för riskstratifiering vid symtom som inger misstanke om kranskärlssjukdom.

HEART-score

Symtom	Stark misstanke om kardiell ischemi	2
	Måttlig misstanke om kardiell ischemi	1
	Svag misstanke om kardiell ischemi	0
EKG	ST-sänkning som vid ischemi	2
	Ospecifika ST-T förändringar	1
	Normalt EKG	0
Ålder	≥65	2
	45-64	1
	<45	0
Riskfaktorer	≥3 riskfaktorer* eller känd ateroskleros	2
	1-2 riskfaktorer*	1
	Inga riskfaktorer*	0
Troponin	> 3 x övre gräns (Hs-TnT ≥ 42 ng/l)	2
	1-3 x övre gräns (Hs-TnT 15 – 41 ng/l)	1
	Normalvärde (Hs-TnT ≤14 ng/l)	0

*riskfaktorer: hyperkolestrolemi, hypertoni, diabetes, rökning, hereditet och övervikt (BMI > 30).

Heart-score 0-3: låg risk – överväg utredning öppenvård

Heart-score 4-7: måttlig risk – överväg inliggande vård

Heart-score >7: hög risk – inliggande vård/utredning med

Akutbehandling:

- **Låg risk** (EKG utan ischomitecken och normalt TnT) där behandling ändå bedöms indicerad:
 - ASA: T. Acetylsalicylsyra 500 mg bolusdos följt av T. Acetylsalicylsyra (Trombyl) 75 mg 1x1
- **Måttlig-hög risk** (EKG ischomitecken eller förhöjt TnT):
 - ASA: T. Acetylsalicylsyra 500 mg bolusdos följt av T. Acetylsalicylsyra (Trombyl) 75 mg 1x1
 - P2Y12-hämmare: T. Ticagrelor (Brilique) 180 mg (2 tabl å 90 mg) bolusdos följt av 90 mg 1x2 alternativt ges T. Klopidogrel (Plavix) 300 mg (4 tabletter å 75 mg) bolusdos följt av 75 mg 1x1.
 - LMWH: Inj. Fondaparinux (Arixtra) 2.5 mg sc. (0.5 ml av 5 mg /ml). Vid njursvikt (GFR <30 ml/min) 1.5 mg sc. (0.3 ml av 5 mg /ml) eller avstå behandling.
 - För patienter med pågående antikoagulationsbehandling ges akut i första hand endast ASA.
- Smärtlindring med opioider (vg. se sid 180)
- Spray Nitroglycerin (Glytrin) 0.4 mg sublinguallt vb. Om behov av upprepade doser sublinguallt överväg Inf. Nitroglycerin med startdos 0.25 µg/kg/min (se dosschema sid 191)
- Inj. Metoprolol (Seloken) 5 mg iv. (5 ml av 1 mg/ml) vid takykardi och/eller högt blodtryck samt symtom eller tecken på ischemi. Upprepas vid behov var 10:e min upp till max 20 mg.
- Akut kontakt med kardiolog vid EKG dynamik eller återkommande ischemiska smärtor trots behandling för akut koronarangiografi eller annan behandling.

HJÄRTSTOPP VID GRAVIDITET

Akutbehandling:

- Behandling enligt A-HLR enligt ovan.
- Under HLR tryck bukväggen för att flytta uterus åt vänster för minskad kompression av vena cava.
- Tillkalla obstetiker och barnläkare för kejsarsnitt.
- För kvinna gravid fr.o.m. v. 20 och ingen återkomst av spontan cirkulation inom 4 min A-HLR omedelbart kejsarsnitt och fortsatt A-HLR.

HJÄRTSTOPP VID TRAUMA

Akutbehandling:

- Säkra fri luftväg genom intubation och ventiler
- Genomför akut thorakostomi bilateralt som vid anläggning av thoraxdrän
- Omedelbar kirurgbedömning för ställningstagande till indikation för thorakotomi.
- Om påvisbar hjärtaktivitet eller beslut om thorakotomi akut transfusion som vid massiv blödning (se transfusion sid 182).
- Om patienten har kvarstående hjärtstopp med asystoli orsakat av trauma efter åtgärder enligt ovan kan återupplivningsförsök avslutas.
- Behandling enligt A-HLR skall endast användas vid trauma om hjärtstoppet kan ha orsakats av annan sjukdom innan traumat inträffade (t.ex. hjärtinfarkt med hjärtstopp innan trafikolycka).

GASTROENTERIT

Akutdiagnostik:

- Klinisk diagnos där mikrobiologisk provtagning har begränsat värde om patienten behandlas i öppenvård.
- Övervägas provtagning vid svåra/långvariga symtom, utlandsvistelse eller behov av slutenvård:
 - Faecesodling
 - Cystor- och maskäggl (ffa. vid långvariga symtom och utlandsvistelse)
 - PCR analys faeces/kräkning för Norovirus och Rotavirus (ff.a. vid behov av slutenvård)

Akutbehandling:

- Sällan indikation för empirisk antibiotikabehandling men överväg vid svåra symtom, allmänpåverkan, allvarlig underliggande sjukdom eller immunosuppression:
 - T. Ciprofloxacin 500 mg 1x2 i 3-5 dagar eller
 - T. Azitromycin (Azitromax) 500 mg x 1 i 3 dagar
- Diskutera med infektionsläkare vid svåra symtom eller fynd av Shigella, tyfoid/paratyfoid eller parasiter.

HERPES ZOSTER

Akutdiagnostik:

- Klinisk diagnos. Vid oklar diagnos PCR VZV på blåsskrap.

Akutbehandling:

- T. Valaciclovir (Valtrex) 500 mg 2 x 3 i 7 d till:
 - Patienter ≥ 50 år (inom 72 h från första blåsan).
 - Immunsupprimerade patienter
 - Zoster oftalmicus (även akutremiss till ögonläkare)

INFLUENSA**Akutdiagnostik:**

- Diagnos från klinisk bild och epidemiologi eller PCR analys för influensa på nasofarynxprov/aspirat

Akutbehandling:

- Antiviral behandling (inom 2 dygn från symtomdebut) med K. Oseltamivir (Tamiflu) 75 mg x 2 i 5 d till:
 - Patienter ≥ 65 år
 - Patienter med kronisk hjärt-, lung-, lever- eller njursjukdom samt patienter med diabetes.
 - Immunsupprimerade patienter
 - Gravida (2:a-3:e trimester)
 - Svår infektion som kräver sjukhusvård

Postexpositionsprofylax till riskgrupperna ovan med:

- K. Oseltamivir (Tamiflu) 75 mg x 1 i 10 d.

STICKTILLBUD

Akutdiagnostik:

- Ta ett nollprov på den exponerade. Analysera prover för hepatitserologi och HIV eller frys nollprovet för möjlighet till senare analys beroende på lokal rutin.
- Om möjligt överväg provtagning med hepatitserologi och HIV av indexpatienten

Akutbehandling:

- För alla patienter uppföljning med ny provtagning efter 1, 3 och 6 mån på infektionsmottagning, vårdcentral eller företagshälsovård.
- Hepatit B
 - Ovaccinerad patient: Inj. Hepatit B vaccin (Engerix) 1 ml im. dag 0, 7, 21 samt 6 månader.
 - Tidigare vaccinerad patient: Boosterdos med Inj. Hepatit B vaccin (Engerix 1 ml) im.
 - Om indexpatient har känd smittsam hepatit B kontakt med infektionsjour för ställningstagande till immunoglobulinbehandling.
- HIV
 - Vid misstanke om eller känd HIV hos indexpatienten kontakt med infektionsläkare för ev. akut postexponeringsprofylax.

MAG-TARMSJUKDOMAR

APPENDICIT

Akutdiagnostik:

- Klinisk bedömning eller Alvarado score för riskbed.

Alvarado score:

Ömhet i höger fossa	2 p
Smärtvandring till höger fossa	1 p
Släppömhet	1 p
Aptitlöshet	1 p
Illamående eller kräkning	1 p
Temp $\geq 37.3^{\circ}$	1 p
LPK $> 10 \times 10^9 / l$	2 p
Neutrofili (> 70 % neutrofiler)	1 p

0-4 poäng: Låg sannolikhet, observation i första hand

5-6 poäng: Intermediär sannolikhet, radiologisk diagnostik

≥ 7 poäng: Hög sannolikhet, radiologi eller direkt operation

- Radiologisk utredning med ultraljud (förstahandsmetod hos yngre patienter utan övervikt) eller DT buk
- Gynekologisk anamnes och U-hCG på alla kvinnor. Vid misstanke om gynekologisk orsak gyn-undersökning.

Akutbehandling:

- Vid inläggning fasta, vätska iv och smärtlindring.
- Bedömning av kirurg för beslut om operation.
- Vid perforerad appendicit och/eller sepsis:
 - Inj. Cefotaxim (Claforan) 1 g x 3 iv. + Inj. Metronidazol (Flagyl) 1.5 g iv. första dos följt av 1 g x 1 iv.
 - Vid PC-allergi: Inj. Ciprofloxacin 400 mg x 2 iv + Inj. Metronidazol 1.5 g iv. första dos följt av 1 g x 1 iv.

DIVERTIKULIT

Akut diagnostik:

- DT buk vid förstagångsinsjuknande (akut eller vid utebliven förbättring inom 2 d), oklar diagnos eller misstänkt komplicerad divertikulit.

Akutbehandling:

- Okomplicerad divertikulit (opåverkad patient, lokal buksmärta, inga tecken till perforation eller abscess):
 - Opåverkad patient kan oftast observeras i hemmet med instruktioner att återkomma om försämring
 - Flytande kost 3-5 d.
 - Antibiotikabehandling endast till immunsupprimerade patienter eller annan komplicerande sjukdom: T. Metronidazol 400 mg x 3 + T. Ciprofloxacin 500 mg x 2 i 7 d. Alternativt ges Amoxicillin-Klavulansyra (Spectramox) 500/125 mg 1x3 i 7 d.
 - Remiss till vårdcentral för uppföljning samt kolonutredning för patienter >50 år eller misstanke om tumörsjukdom.
- Komplicerad divertikulit (lokal/generell peritonit, allmänpåverkan, annan komplicerande sjukdom, perforation eller abscess):
 - Inläggning med fasta, iv vätska och smärtlindring
 - Bedömning av kirurg.
 - Antibiotikabehandling med Inj. Cefotaxim 1 g x 3 iv. + Inf. Metronidazol 1.5 g iv. första dos och därefter 1 g x 1 iv. Alternativt ges Inj. Piperacillin/Tazobactam 4 g x 3 iv.

NEUROLOGISKA SJUKDOMAR

EPILEPSI

Akutdiagnostik:

- Vid anfall differentiera om möjligt kliniskt mellan:
 - Primärt generaliserat
 - Fokalt anfall utan medvetandesänkning
 - Fokalt anfall med medvetandesänkning
 - Sekundärt generaliserat anfall
- Pågående toniska-kloniska kramper som inte viker inom 5 min behandlas som status epileptikus.
- Bedöm behov av neuroradiologi och provtagning baserat på om känd orsak till anfall.

Akutbehandling – pågående krampanfall:

- Inj. Diazepam (Stesolid) 10 mg iv. (2 ml av 5 mg/ml).
- Inj. Midazolam 10 mg (2 ml av 5 mg/ml) im. eller Inj Diazepam (Stesolid) 10 mg im. om iv. infart inte finns.
- Vid kvarstående kramper efter 3-5 minuter upprepa benzodiazepindos (Diazepam ges i dos 0.2 mg/kg) samt ge något av följande i bolusdos:
 - Inj. Natriumvalproat (Ergenyl) 30 mg/kg iv. ges under 5 min (se dosschema sid 190). Diskutera fortsatt behandling/dos med neurolog.
 - Inf. Levetiracetam (Keppra) 3 g iv. ges som infusion på 15 min. Reducerad dos (2 g) till patienter > 70 år, njursvikt och pågående Levetiracetam behandling. Diskutera fortsatt behandling/dos med neurolog.
- Vid status epileptikus som inte svara på ovanstående behandling bör patienten sövas med Propofol

Akutbehandling – icke pågående krampanfall:

- Sällan behov att ändra underhållsbehandling för tidigare känd epilepsi på akutmottagningen.
- Lägg in för observation patienter med förstagångsanfall av oklar orsak, patient med känd epilepsi som fått hopande anfall eller anfall som ändrat karaktär.
- Körförbud 6 mån eller tills uppföljning hos neurolog.

FACIALISPARES – PERIFER

Akutdiagnostik:

- Klinisk diagnos. Vanligen orsakad av Borrelia, HSV/VZV eller idiopatisk.
- Vid misstanke om Borrelia tag serologi och överväg LP (se Borrelia sid 84)

Akutbehandling:

- Vid svårigheter att sluta ögonlock Ögondrp. Viscotears 1-2 drp vb. (t.ex. varannan timme) samt ögonsalva Oculentum Simplex till natten. Fuktkammare vid uttalad ögonlockspares.
- Borreliainfektion: Behandling som neuroborrelios sid 84
- HSV/VZV: T. Valaciclovir 500 mg 2x3 i 7 d
- Idiopatisk pares: T. Prednisolon 10 mg 6x1 i 5 d varefter dygnsdosen minskas med 10 mg per dygn d.v.s. total behandlingstid 10 d (behandling bör startas inom 3 d från symtomdebut)
- Remiss uppföljning ÖNH-läkare eller primärvård inom 1 mån.

SUBARACHNOIDALBLÖDNING

Akutdiagnostik:

- DT hjärna.
- DT utförd < 6 h från symtomdebut utesluter med mycket hög sannolikhet subarachnoidalblödning och lumbalpunktion kan avstås om:
 - DT med god bildkvalitet inte visar tecken till blödning.
 - Inga neurologiska bortfall eller medvetandeförlust
 - Patienten har inte isolerad nackvärk.
- Om DT hjärna utförs > 6 h från symtomdebut skall patienten även utredas med lumbalpunktion (görs tidigast 12 h från symtomdebut).
- Lumbalpunktion vid SAH misstanke med analys av:
 - Csv-celler
 - Csv-spektrofotometri
 - Csv-bilirubin (och P-bilirubin)
 - Vid oklar diagnos överväg även provtagning som för meningit/encefalit (se sid 91)
- Om DT eller LP visar tecken till subarachnoidalblödning utredning med DT angio.

Akutbehandling:

- Akut kontakt med neurokirurg för vidare handläggning.
- Reversera ev. antikoagulationsbehandling (se sid 179)
- Sängläge med huvudända höjd 30°

OMGIVNINGSMEDICIN

DYKOLYCKOR

Akutdiagnostik:

- Alla symtom som hos dykare inom 24 h efter dykning bör bedömas som misstänkt dykarsjuka.

Akutbehandling:

- Syrgas på mask (10-15 lit/min).
- Kontakt med tryckkammarjour på vid indikation för ställningstagande till tryckkammarbehandling.

ELOLYCKOR

Akutdiagnostik:

- Vid högspänningsolyckor (> 1000 V) bedömning som trauma enligt ATLS. Bedöm specifikt avseende brännskador, kärlskador samt frakturer/luxationer.

Akutbehandling:

- Lågspänningsolyckor (< 1000 V)
 - Opåverkad patient med normalt EKG utan brännskador kan skrivas hem utan annan utredning eller observation.
 - Patient med EKG förändringar, brännskador eller andra skador läggs in för observation med arytmiövervakning.
- Högspänningsolyckor (> 1000 V)
 - Handläggs som trauma enligt ATLS.
 - Kontakt med brännskadecentrum vid brännskador
 - Inläggning för observation och arytmiövervakning.

SKALL- OCH HALSRYGGTRAUMA

HALSRYGGSKADOR

Akutdiagnostik:

- Canadian C-spine rule eller NEXUS användas för att identifiera patienter som inte behöver radiologi.

Canadian C-spine rule:

Om patient uppfyller dessa kriterier kan rotera huvudet aktivt 45 ° åt både höger och vänster kan halsryggskada frias utan röntgen:

- normal medvetandegrad (GCS 15)
- skada inom 48 timmar
- ingen känd rygg-/kotsjukdom
- utan någon högriskfaktor för skada som:
 - Ålder > 65 år
 - Farlig skademekanism (Fall från > 1 meter / 5 trappsteg, axiellt våld mot huvudet t.ex. dykning, trafikolycka i hög hastighet, voltat/utslungad ur fordon eller cykelolycka)
 - Parestesier i extremiteter eller annan fokalneurologi
- med minst en av följande lågrisk faktorer:
 - Enkel påkörning bakifrån (undantaget påkörd av buss/lastbil, voltat eller påkörd av fordon hög fart)
 - Sittande ställning på akutmottagningen
 - Vid något tillfälle varit uppegående efter olyckan
 - Fördröjd debut av nacksmärta
 - Frånvaro av ömhet i nackens medellinje

NEXUS:

Patienter som uppfyller samtliga kriterier kan frias från halsryggskada utan röntgen:

- Avsaknad av ömhet/smärta i medellinjen
- Avsaknad av fokala neurologiska bortfallssymtom
- Ingen intoxication
- Normal medvetandegrad
- Avsaknad av smärtsam distraherande skada

- Om halsryggskada inte kan frias genom klinisk undersökning utredas patienten med DT-halsrygg.
- Om DT inte påvisar skada men neurologiska bortfall föreligger vidare utredning med MR halsrygg.

Akutbehandling:

- Halskrage till patienter med misstänkt nackskada till detta uteslutits med klinisk undersökning eller röntgen.
- Vid påvisad fraktur ortopedbedömning för vidare handläggning.

SKROTUM & PENISSJUKDOMAR

EPIDIDYMIT

Akutdiagnostik:

- Klinisk diagnos. Ultraljud vid oklar diagnos eller tumörmisstanke.
- Urinsticka och urinodling.
- Vid misstanke om könssjukdom PCR för U-klamydia och ev. odling för gonokocker

Akutbehandling:

- Antibiotikabehandling:
 - T. Ciprofloxacin (Ciproxin) 500 mg x 2 i 3 v eller
 - Vid Ciprofloxacinöverkänslighet:
 - T. Trimetoprim/sulfametaxazol (Bactrim) 160/800 mg x 2 i 3 v eller
 - Vid misstanke om klamydiainfektion:
 - T. Doxycyklin (Doxyferm) 200 mg x 1 i 3 v.
- Vid allmänpåverkad patient eller tecken till abscess kontakt med urolog för bedömning.
- KAD vid samtidig urinstämna.
- Smärtlindring med NSAID och/eller Paracetamol.
- Suspensoir eller nätbyxor som håller upp skrotum lindrar smärta.
- Uppföljning via primärvård om 4 v för att kontrollera utläkning och utesluta underliggande testistumör.
- Vanligt med kvarstående smärta och/eller obehag samt viss kvarstående svullnad flera månader även vid adekvat behandling.

TETANUSPROFYLAX

Akutdiagnostik:

- Alla patienter med sår-, bett- och brännskador bedöms avseende behov av tetanusprofylax enligt nedan.

Akutbehandling:

Rekommenderad tetanusprofylax om:

- Tidigare ovaccinerad:
 - Inj Tetanusvaccin 1 ml im. arm
 - Om förorenat sår ges även Inj. Immunglobulin mot tetanus (Tetagam) 250 E (1 ml av 250 E/ml) im. lår
 - Fortsatt grundvaccination efter 2 och 6 mån med Inj. Tetanusvaccin 1 ml im.
- Tidigare fått 1-2 vaccinationer
 - Inj Tetanusvaccin 1 ml im. arm
 - Om starkt förorenat sår ges Inj. Immunglobulin mot tetanus (Tetagam) 250 E (1 ml av 250 E/ml) im. lår
 - Fortsatt grundvaccination efter 6 mån med Inj. Tetanusvaccin 1 ml im.
- Tidigare fått 3 vaccinationer och > 10 år sedan senaste
 - Inj Tetanus booster (DiTe, diTeKi booster) 0.5 ml im
- Tidigare fått 4 vaccinationer och > 20 år sedan senaste
 - Inj Tetanus booster (DiTe, diTeKi booster) 0.5 ml im.
- Tidigare fått 4 vaccinationer och senaste inom 20 år
 - Ingen ytterligare profylax behövs

NJURSTENSANFALL

Akutdiagnostik:

- I första hand klinisk diagnos. DT-urinvägar vid:
 - Oklar diagnos
 - Fortsatt kraftiga smärtor trots smärtlindring
 - Tecken till infektion
 - Singelnjure

Akutbehandling:

- Smärtlindring med NSAID i första hand, opioider i andra hand (se smärtlindring sid 180)
- Inläggning av patient med:
 - Njurstensanfall och tecken till infektion.
 - Smärtpåverkad patient trots adekvat smärtlindring
- Smärtfri patient utan infektionstecken kan skrivas hem med uppföljning med DT urinvägar inom en månad om radiologi inte genomförts akut.
- Vid hemgång fortsatt smärtlindring med:
 - Supp. Naproxen 500 mg 1 vb. (max 2 per dygn) eller
 - Supp. Ketogan 10/50 mg 1 vb. eller
 - Supp. Spasmofen 1 vb. eller
 - T. Naproxen 500 mg 1x2 i 3-7 dagar.
- Stenar i uretär följas med röntgenkontroll tills avgång:
 - Stenar ≤ 5 mm avgår oftast spontant utan behandling. Kontroll DT urinvägar inom 1 mån och uppföljning beroende på lokal rutin.
 - Stenar ≥ 6 mm behöver oftast behandling och remitteras till urologmottagning. Överväg förskrivning av T. Alfuzosin 10 mg x 1 tills urologbedömning för att öka chans för stenavgång för stenar ≥ 6 mm.

ÖRON-NÄSA-HALS SJUKDOMAR

NÄSBLÖDNING

Akutbehandling:

Främre blödning

- Be patienten sitta upp och komprimera näsvingarna (10-15 min)
- Sug rent, spraya eller lägg tuss indränkt med t.ex.
 - Spray Lidokain-Nafazolin 34/0.17 mg/ml
 - Spray Lidokain (Xylokain) 100 mg/ml
- Om blödningskälla ses på locus kasselbachi etsas kärl med silvernitrattsticka (5-10 sek) och tuss indränkt med paraffin läggs in (tas ut av patienten själv efter ca 12 h).
- Om diffus blödning eller ej möjlighet till etsning anläggs tamponad med antingen:
 - Rapid-Rhino 7.5 cm tamponad (blöts med vatten innan inläggning) som blåses upp med 3-8 ml luft. Avlägsnas inom 12-24 h.
 - Gasvävstamponad (1-2 cm bred) indränkt med Terracortril med Polymyxin B eller Tranexamsyra (Cyklokapron) 100 mg/ml. Avlägsnas inom 12-24 h.

Bakre blödning

- Anlägg bakre tamponad med Foleykateter (12 F) fylld med 7-10 ml vatten samt främre tamponad med gasväv enligt ovan eller anlägg Rapid-Rhino (9 cm, blås först upp bakre ballong).
- Reversera ev. antikoagulationsbehandling (se sid 179)
- Inläggning för observation.
- Akut kontakt med ÖNH-läkare vid fortsatta tecken till blödning.

REVERSERING AV ANTIKOAGULATIA

Akut reversering av antikoagulationsbehandling vid allvarlig/livshotande blödning eller vid akut kirurgi:

- Warfarin (Waran):
 - Inj. Fytomenadion (Konaktion) 10 mg iv. (1 ml av 10 mg/ml) samt
 - Inj. 4-faktorkoncentrat (Ocplex/Confidex) iv.:

	Dos 4-faktorkoncentrat (Ocplex/Confidex)		
Vikt (kg)	PK-INR 1.6-1.9	PK-INR 2.0-3.0	PK-INR > 3.0
< 60 kg	500 E	1000 E	1500 E
60-79 kg	1000 E	1500 E	2000 E
80-99 kg	1500 E	2000 E	2500 E
> 100 kg	2000 E	2500 E	3000 E

- Reverseringsmål PK-INR < 1.5
 - Kontroll PK-INR 10 min efter givet faktorkoncentrat.
 - Upprepa 50 % av dos ovan om PK-INR > 1.5
- Dabigatran (Pradaxa):
 - Inj. Idarucizumab (Praxbind) 5 g iv. (2 ampuller á 2.5 g) under 5 min samt
 - Inj. Cyklokapron 1 g iv. (10 ml av 100 mg/ml)
- Rivaroxaban (Xarelto) eller apixaban (Eliquis):
 - Inj. 4-faktorkoncentrat (Ocplex eller Confidex) 2000 E iv. (vid vikt < 60 kg ges 30 IE/kg) samt
 - Inj. Cyklokapron 1 g iv. (10 ml av 100 mg/ml)
- Lågmolekylärt heparin (Fragmin, Inohep och Klexane):
 - Begränsad möjlighet till reversering. Överväg Inj. Protaminsulfat - diskutera med koagulationsjour.

APPENDIX 1 – LÄKEMEDEL

ANTIBIOTIKADOSERING VID NJURSVIKT

- Rek dosering av antibiotika vid nedsatt njurfunktion:

Antibiotika iv.	Njurfunktion GFR (ml/min)			
	> 80 ml/min	41-80 ml/min	20-40 ml/min	< 20 ml/min
Ampicillin	2-3 g x 3	2-3 g x 3	2 g x 2	1 g x 2
Benzylpenicillin	1-3 g x 3	1-3 g x 3	1-3 g x 2	1-3 g x 2
Cefotaxim	1 g x 3	1 g x 3	1 g x 2	1 g x 2
Ceftazidim	1 g x 4	1 g x 3	0.5 g x 3	0.5 g x 2
Ciprofloxacin	0.4 g x 2	0.4 g x 2	0.4 g x 1	0.4 g x 1
Imipenem	1 g x 3	1 g x 3	1 g x 3	0.5 g x 2
Kloxacillin	2 g x 3	2 g x 3	1-2 g x 3	1 g x 3
Levofloxacin	0.5 g x 1	0.5 g x 1	0.25 g x 1	0.12 g x 1
Meropenem	1 g x 3	1 g x 3	1 g x 3	1 g x 2
Pip/Tazobakt	4 g x 3	4 g x 3	4 g x 3	4 g x 2
Vancomycin	1 g x 3	1 g x 2	1 g x 1	Se fass

Antibiotika po	Njurfunktion GFR (ml/min)			
	> 80 ml/min	41-80 ml/min	20-40 ml/min	< 20 ml/min
Amoxicillin	0.5 g x 3	0.5 g x 3	0.5 g x 3	0.5 g x 2
Amoxicillin/klav	1 x 3	1 x 3	1 x 3	1 x 2
Ciprofloxacin	0.5g x 2	0.5g x 2	0.5g x 2	0.5g x 1
PC-V	1-2 g x 3	1-2 g x 3	1-2 g x 3	1-2 g x 3
Flukloxacillin	1 g x 3	1 g x 3	1 g x 3	1 g x 3
Nitrofurantoin	50mg x 3	50mg x 3	Rek ej	Rek ej
Trimetoprim	0.16g x 2	0.16g x 2	0.16g x 2	0.16g x 1
Trimetoprim/sul	1x2	1x2	Se fass	Rek ej

LMWH

- Fulldosbehandling med Dalteparin (Fragmin) och Tinazaprin (Innohep):

Inj. Dalteparin (Fragmin) 200 E/kg sc. (25000 E/ml)		
Vikt	Dos (200 E/kg)	Mängd av 25000 E/ml
46-56	10000 E x 1	0.4 ml x 1
57-68	12500 E x 1	0.5 mg x 1
69-82	15000 E x 1	0.6 ml x 1
83-96	18000 E x 1	0.72 ml x 1
96-118	10000 E x 2	0.4 ml x 2
119-143	12500 E x 2	0.5 ml x 2
144-172	15000 E x 2	0.6 ml x 2
≥ 173	18000 E x 2	0.72 ml x 2

Inj. Tinazaprin (Innohep) 175 E/kg sc. (20000 E/ml)		
Vikt	Dos (175 E/kg)	Mängd av 20000 E/ml
40-69	10000 E x 1	0.5 ml x 1
70-89	14000 E x 1	0.7 mg x 1
90-110	18000 E x 1	0.9 ml x 1
111-125	10000 E x 2	0.5 ml x 2
126-150	10000 E + 14000 E	0.5 ml + 0.7 ml

NITROGLYCERIN

- Spädning: Inf. Nitroglycerin 1 mg/ml (färdigblandad)
- Dosering: Initialt 0.25 µg/kg/min med successiv upptitrering var 3-5:e min till max 5 µg/kg/min. Vid urakut behov av blodtryckssänkning starta med 1-2 µg/kg/min och justera dos efter blodtryck var 3-5:e min (överväg invasiv tryckmätning).

Dos (µg/kg/min)	Infusionstakt (ml/h) av Nitroglycerin 1 mg/ml			
	60 kg	80 kg	100 kg	120 kg
0.25	0.9	1.2	1.5	1.8
0.50	1.8	2.4	3.0	3.6
1.00	3.6	4.8	6.0	7.2
1.50	5.4	7.2	9.0	10.8
2.00	7.2	9.6	12.0	14.4
3.00	10.8	14.4	18.0	21.6
4.00	14.4	19.2	24.0	28.8
5.00	18.0	24.0	30.0	36.0

APPENDIX 3 - TABELLER

GCS

	Ögonöppning	Verbalt	Motorik
6			Följer uppmaning
5		Orienterad	Lokaliserar smärta
4	Spontant	Förvirrad	Avvärjer smärta
3	På uppmaning	Osammanhängande	Patologisk böjsvar
2	Vid smärtstimuli	Obegripliga ljud	Patologiskt sträck svar
1	Ingen reaktion	Inget svar	Ingen reaktion

RLS-85

- RLS 1 – Vaken och orienterad.
- RLS 2 - Trött, kontaktbar vid tilltal och beröring.
- RLS 3 – Mycket trött och/eller förvirrad, kontaktbar vid kraftig stimulering som upprepade tillrop, omskakning, smärtstimulering.
- RLS 4 – Medvetlös, lokaliserar smärta.
- RLS 5 – Medvetlös, undandragande rörelse vid smärta.
- RLS 6 – Medvetlös, stereotyp böjrörelse vid smärta
- RLS 7 – Medvetlös, stereotyp sträckrörelse vid smärta
- RLS 8 – Medvetlös, ingen smärtreaktion.