

# Richtlijn Forensische Geneeskunde

## Beoordeling intoxicaties bij ingesloten personen

### Inhoudsopgave

<b>1. Onderwerp</b>	2
<b>2. Doelstelling</b>	2
<b>3. Toepassingsgebied</b>	2
<b>4. Uitgangspunt</b>	2
<b>5. Toestemming</b>	3
<b>6. Werkwijze beoordeling intoxicaties</b>	3
6.1 Categorieën	3
6.2 Onderzoek	4
6.3 Opmerkingen	6
<b>7. Verslaglegging</b>	7
<b>8. Informatiebronnen</b>	7
8.1 Literatuuroverzicht	7
8.2 Website(s)	7
<b>Bijlage(n)</b>	8
Alcohol-onthoudings-syndroom	8
Exited-delirium-syndroom	8
Wekadvies	8



# Beoordeling Intoxicaties bij ingesloten personen

## 1. Onderwerp

- Frequent worden personen die onder invloed zijn van alcohol, drugs en medicamenten ingesloten in de politiecel. Vanaf dat moment is de betrokkene onder de hoede van politie en justitie, die gewoonlijk een beroep doen op een forensisch arts voor de beoordeling van de medische toestand van betrokkene. De arts dient aan te geven of het verblijf in de cel medisch verantwoord is. In deze situatie fungeert de arts als adviseur van politie/justitie en dus niet als behandelaar zoals omschreven in de WGBO. Medische zorgverlening en advisering dienen in principe gescheiden zijn, tenzij na verkregen toestemming door betrokkene. In de praktijk is deze scheiding echter vaak niet mogelijk.

## 2. Doelstelling

- Deze richtlijn beschrijft een manier van handelen die een garantie biedt voor een optimale beoordeling van intoxicaties bij ingesloten personen en het zoveel mogelijk vermijden van gezondheidsrisico's.

## 3. Toepassingsgebied

- Deze richtlijn is uitsluitend bedoeld voor forensisch artsen en niet voor politie of arrestantenbewaarders.
- Deze richtlijn is voor de eerstelijns forensisch arts bij geïntoxiceerden in de politiecel. Daarbij geldt altijd dat ook factoren van de kant van de arrestant en de logistieke omstandigheden het beleid mede bepalen. Die factoren zullen van geval tot geval verschillen en hangen mede af van lokale afspraken.
- Deze richtlijn moet gezien worden als een leidraad waarvan beredeneerd en beargumenteerd afgeweken kan worden.

## 4. Uitgangspunt

- Deze richtlijn beperkt zich tot de beoordeling van intoxicaties bij ingesloten personen en het voorkómen van medisch onverantwoorde situaties, inclusief een checklist. Voor de achtergrondinformatie wordt verwezen naar onderliggende documenten.



## 5. Toestemming

- De arts dient de arrestant vooraf in te lichten over doel en functie van diens bezoek en hiervoor diens toestemming te krijgen.
- Bij een niet-aanspreekbare arrestant wordt vooralsnog uitgaan van veronderstelde toestemming.
- Bij medische noodsituaties is toestemming niet aan de orde.

## 6. Werkwijze beoordeling intoxicaties bij ingesloten personen

- Het maakt een groot verschil of iemand die een paar glazen (te veel) op heeft wegens 'baldadigheid' wordt ingesloten of dat iemand laveloos wordt aangetroffen en het politiebureau wordt binnengedragen. In het eerste geval is medische interventie nauwelijks zinvol, het tweede geval houdt een aanzienlijk gezondheidsrisico in (is betrokkene stomdronken, onder invloed van drugs of zijn er medisch urgente ziektebeelden aan de orde, zoals: CVA, hypoglycaemie bij diabetes mellitus, hersenletsel? Valt verslechtering/verandering van de huidige situatie te verwachten?).
- Het is zinnig om al bij de melding het risico in te schatten; aan de hand van bewustzijn (wakker, suf of slapend) en de stoffen die vermoedelijk gebruikt zijn. Ook eventueel letsel door inwerking van geweld moet nadrukkelijk meegewogen worden.
- Als de arts niet direct ter plaatse gaat of kan komen moeten instructies gegeven worden om bij verslechtering van de toestand direct contact op te nemen met de arts.
- Naar aanleiding van de melding wordt ingeschat in welke categorie de ingesloten persoon valt:
  - A. Wakker of goed wekbaar: alleen alcoholgebruik toegegeven; mogelijk niet toegegeven bijgebruik drugs aan de orde (mengintoxicatie). geen letsel aangegeven of zichtbaar.
  - B. Verminderd of niet goed wekbaar: mogelijk meng intoxicatie; al dan niet met zichtbaar letsel.
  - C. Bolletjesslikkers zonder klinische symptomen (cocaine, heroïne).

### 6.1 Categorieën

- *Categorie A*

Deze arrestanten hebben geen hoge urgentie. Het onderzoek kan zich beperken tot de anamnese en vaststellen laatste alcoholinname en -tolerantie. Afhankelijk van klachten en letsels (en eventueel onderliggende ziektes) kan gericht verder onderzoek verricht worden. De vervolgcontroles door de arrestantenverzorgers kunnen zich meestal beperken tot de standaard (politie)controles / wekadvis.
- *Categorie B en C*

Deze arrestanten moeten zo spoedig mogelijk worden bezocht door de arts. Naast de heteroanamnese staat hier het lichamelijk onderzoek centraal.



Afhankelijk van de vitale functies en de EMV-score (zie later) kan bij een EMV-score van minder dan 12 verder lichamelijk en laboratorium onderzoek geïndiceerd zijn op de volgende terreinen:

**Uitsluiten van:**

- **internistische problemen (bloedglucose, temperatuur, tensie, pols, ademfrequentie)**
- **lekkage van of gesprongen inwendig getransporteerde cocaïne bollen**
- **(neuro)chirurgische calamiteiten (buik/ledematen/hoofd)**
- **neurologisch acute ziektebeelden (w.o. CVA);**

Bij een EMV score van 9 of minder of een score op één der onderdelen van minder dan E2, M4 of V3 moet presentatie / opname in het ziekenhuis sterk overwogen worden.

Op indicatie kan de arts ook besluiten om bij een hogere score in te sturen. Indien niet ingestuurd wordt, dient men wel extra alert te zijn op verslechtering van de situatie en moet een controle-frequentie van minimaal 1 maal per half uur geadviseerd worden gedurende de eerste 4 uren. Hercontrole door forensisch arts dient laagdrempelig te zijn en na verzoek vlot uitgevoerd te worden. De beslissing om te verwijzen naar een spoedeisende hulp afdeling van een ziekenhuis dient eerder genomen te worden dan bij categorie A gezien het minder voorspelbare beloop in geval van intoxicatie met drugs (in de ruimste zin van de betekenis).

- *Categorie C*

Het medisch onderzoek beperkt zich tot het vaststellen van de gezondheidstoestand, vergelijkbaar met personen in groep A, door middel van anamnese en eventueel een zeer globaal lichamelijk onderzoek gericht op uitsluiting van klinische symptomen van intoxicatie.

Vervolgens worden deze personen (bij voorkeur via de KMAR) voor insluiting verwezen naar Justitieel Complex Schiphol, waar de specifieke logistiek en medische zorg voor dergelijke arrestanten aanwezig en geborgd is. Om deze gewenste situatie in de periferie te verwezenlijken zullen per regio afspraken met de betrokken partijen gemaakt moeten worden.

## 6.2 Onderzoek

- **Autoanamnese:**

- het recent gebeurde; klachten, reeds bestaande ziekten, medicatiegebruik

- **Heteroanamnese (politie):**

- aanleiding voor aanhouding: ordeverstoring of i.k.v. het strafrecht? (kan iets zeggen over de fysieke en/of mentale toestand ingeslotene)
- gang van zaken tijdens aanhouding (geweld, verzet, wel of niet geboeid, inzet hond, etc)
- hoe binnen gebracht? (lopend, gedragen, coöperatief, verward, schreeuwend, etc)
- fouillering (medicatie, drugs, medische gegevens)

- **Lichamelijk onderzoek:**
  - vitale functies:
    - **Ademweg** (braaksel, gebit, verwondingen in en om de mond)
    - **Breathing** (frequentie, ademdiepte, kleur gelaat / nagels, borst-buik-ademhaling)
    - **Circulatie** (pols, bloeddruk, O<sub>2</sub>-saturatie)
  - bewustzijnstoestand aan de hand van **Glascow Coma Scale/ EMV-score:**
    - **E (actief openen van de ogen):**
      - 1 punt: niet
      - 2 punten: op pijnprikkels
      - 3 punten: op aanspreken
      - 4 punten: spontaan
    - **M (motorische reactie van de armen op prikkels):**
      - 1 punt: geen reactie
      - 2 punten: strekken
      - 3 punten: abnormaal buigen
      - 4 punten: normaal buigen
      - 5 punten: lokaliseren
      - 6 punten: opdrachten uitvoerend
    - **V (verbale reactie):**
      - 1 punt: geen reactie
      - 2 punten: klanken
      - 3 punten: inadequaat (woorden)
      - 4 punten: verward (zinnen)
      - 5 punten geïntendeerd, helder
  - Bij geïntendeerde personen dient V=T genoteerd te worden
  - pupillen:
    - grootte
    - symmetrie
    - lichtreactie
  - buik:
    - letsel
    - peristaltiek
    - dempingen
    - palpabele weerstanden (bolletjes e.d.)
    - défense musculaire / acute buik
  - ledematen:
    - letsel

- injectie kenmerken
- zwellingen
- ontstekingen
- aanvullend neurologisch onderzoek: KPR, VZR, nekstijfheid, reactie op prikkels, etc

- **Aanvullend onderzoek ter plaatse:**

- bloed glucose concentratie
- temperatuur

## 6.3 Opmerkingen

- Bij personen met bedreigde vitale functies dienen stabiliserende maatregelen genomen te worden en wordt met spoed een ambulance aangevraagd (A1 indicatie). Stabiliserende maatregelen moeten volgens het Basic Life Support principe (ademhaling en circulatie ondersteunend) uitgevoerd worden. Daarna betrokkene met de ambulance laten afvoeren naar het ziekenhuis (met internistische of chirurgische urgentie), waarbij de patiënt door de arts aangekondigd en overgedragen wordt. De arts blijft altijd ter plaatse totdat de ambulancebemanning de zorg overgenomen heeft.
- Bij geïntoxiceerden worden in principe geen sedativa of andere medicatie verstrekt, ook al geeft de betrokkene aan dat hij/zij abstinatieverschijnselen zal krijgen of dat hij/zij volgens een eerder doseringsvoorschrift bepaalde medicamenten moet innemen. Ook met medicatie op voorschrift moet zeer terughoudend worden omgegaan omdat dit in combinatie met intoxicatie(s) tot onverwachte of ongewenste bijwerkingen of complicaties kan leiden.  
Voorgestelde leidraad: bij intoxicatie de eerste 12 uur geen (eigen) medicatie.
- Het verrichtingenformulier / elektronisch medisch dossier dient ingevuld te worden. Met name de volgende onderdelen moeten in begrijpelijke taal beschreven worden:
  - reden van insluiting (voor zover medisch relevant!)
  - tijdstip van insluiting
  - tijdstip van onderzoek
  - (vermoedelijk) gebruikte middelen
  - gedrag en bewustzijnsgraad
  - ademhaling en circulatie
  - grootte pupillen
  - motoriek
  - spontane bewegingen
  - beleid, controles, wekadvis

## 7. Verslaglegging

- Eigen medisch dossier: dit zal volgens de daarvoor lokaal/regionaal geldende regels en afspraken door de arts ingevuld, bijgehouden en bewaard worden.
- Instructie voor arrestant verzorging (bijvoorbeeld wekadvis).
- De arts laat schriftelijk uitleg en instructie voor wat betreft behandeling en medicatievoorschrift achter op het betreffende politiebureau/arrestantencomplex. De wijze waarop is regionaal/lokaal geregeld en kan dus verschillen.

## 8. Informatiebronnen

### 8.1 Literatuuroverzicht

- Medicamenteuze ondersteuning bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid. Boonstra MH. In: Geneesmiddelenbulletin 2003; 37:35-41.
- The Royal College of Physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke's encephalopathy in the Accident and Emergency department. Thomson AD, et al. In: Alcohol and Alcoholism. 2002; 37:513-21.
- Teksten over benzodiazepinen (I/C/10) en teksten over vitamines (XVI/A). In: Farmacotherapeutisch kompas
- Richtlijn detoxificatie en behandeling van alcoholverslaving 2013; Trimbos Instituut

### 8.2 Website(s)

- [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)
- [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)
- [www.artsennet.nl](http://www.artsennet.nl)

## Bijlagen:

**alcohol-onthoudings-syndroom**

**exited-delirium-syndroom**

**wekadvies**



**Forensisch Medisch Genootschap**

Nederlandse Vereniging voor Forensische Geneeskunde



**Nederland**

Vastgesteld door het FMG; 1<sup>e</sup> versie april 2007, herziening in april 2013, geldig tot september 2015.  
Deze richtlijn is beschikbaar via [www.ggd Kennisnet.nl](http://www.ggd Kennisnet.nl) zoeknummer 42442 en [www.forgen.nl](http://www.forgen.nl).

## Bijlagen

### Alcohol-onthoudings-syndroom

- Indien overmatig en langdurig alcoholgebruik abrupt wordt gestaakt, kunnen onthoudingsverschijnselen optreden: het alcohol-onthoudings-syndroom. Over het algemeen wordt aangenomen dat de ernst van de verschijnselen en het tijdstip waarop deze zich openbaren, gerelateerd zijn aan de hoeveelheid vooraf geconsumeerde alcohol en de periode van overmatig gebruik. Het verloop van de onthoudingsverschijnselen is echter slechts grofweg te voorspellen.

### Verschijnselen

- Lichte tot milde onthoudingsverschijnselen treden in de eerste 6-12 uur na het stoppen van de alcoholinname op: trillen, misselijkheid, braken, zweten, geen eetlust, slapeloosheid, angst, hartkloppingen, hoge bloeddruk, lichtschuwheid, angst, agitatie, hoofdpijn. De intensiteit kent een piek tussen 24 en 36 uur en neemt hierna snel af.
- De ernstiger onthoudingsverschijnselen zijn tactiele en visuele hallucinaties, insulten en delier met verwardheid en desoriëntatie. Deze beginnen meestal 24 uur na het staken van alcoholconsumptie en zijn binnen 24 tot 48 uur verdwenen. Deze hallucinaties treden meestal op als beelden, maar ook harde geluiden en beschuldigende stemmen komen voor.
- Het onthoudingsinsult treedt meestal op tussen 6 en 48 uur na staken of snel verminderen van alcoholconsumptie.
- Een laat optredend en ernstig verschijnsel is het delirium tremens meestal 3 tot 5 dagen na staken.

Let bij verdenking op mogelijke alcoholonthoudingsverschijnselen op de volgende verschijnselen:

- misselijkheid en braken
- tremor (bij gestrekte armen en gespreide vingers)
- transpiratie
- angstverschijnselen
- agitatie
- stoornissen op tactiel (plukkerig gedrag), auditief of visueel gebied
- hoofdpijn
- oriëntatievermogen

Een alcoholverslaafde met hallucinaties hoort niet thuis in de cel, maar dient te worden opgenomen (afd interne of psychiatrie alg ziekenhuis, verslavingskliniek, zo mogelijk eventueel JMC). Bij anamnese van eerder opgetreden insulten en delier bij onthouding dient **sneller** opname te worden overwogen.



## Medicamenteuze behandeling bij alcohol-onthoudingsverschijnselen

In de politiecel wordt in principe geen detoxificatie uitgevoerd. Behandeling moet erop gericht zijn om ernstige onthoudingsverschijnselen en bijkomende complicaties te voorkómen. Uitgangspunt moet altijd bewaking van de vitale functies zijn (ABCD; zie eerder).

Middelen die in de kliniek bij detoxificatie worden gebruikt zoals naltrexon (Revia), disulfiram (Refusal), acamprosaat (Campral), baclofen (Lioresal) en ondersteunende medicatie zoals antipsychotica en antiepileptica worden in de politiecel niet verstrekt tenzij de arrestant deze middelen al (verifieerbaar !) voorgeschreven heeft gekregen en de medicatie ook nog dient te gebruiken.

Behandeling van onthoudingsverschijnselen geschiedt in principe met langwerkende benzodiazepines omdat hiermee de kans op insulpen of delier wordt verminderd. De eerste keus is diazepam is. Bij (bekende) leverfunctiestoornissen dient een kortwerkende benzodiazepine zoals oxazepam te worden toegepast. Chloordiazepoxide heeft onterecht de naam het middel van eerste keuze te zijn, maar kan indien nodig ook worden toegepast. Met andere benzodiazepines is beduidend minder ervaring bij behandeling van onthoudingsverschijnselen.

## Behandeling met benzodiazepine en thiamine bij alcoholverslaving

Veelal zal het verblijf kort zijn zodat een echt afbouwschema vaak niet mogelijk zal zijn. Indien er wel mogelijkheden bestaan zijn onderstaande afbouwschema's – te starten na ontzuivering - mogelijk :

- thiamine 3 x daags 25 mg voor de duur van de insluiting,
- bij een leeftijd < 50 jaar\* afbouwschema diazepam (tabl. van 10 mg):
  - dag 1 en 2: 3-4 x daags 1 tabl., dag 3 en 4: 2 x daags 1 tabl., dag 5 en 6: 1 x daags 1 tabl; daarna stoppen; let op mogelijke stapeling!!
- bij een leeftijd > 50 jaar (i.v.m. kans op leverfunctiestoornissen) afbouwschema oxazepam:
  - dag 1: 4 x daags 50 mg; dag 2: 4 x daags 40 mg; dag 3: 4 x daags 30 mg;
  - dag 4: 4 x daags 20 mg en dag 5: 4 x daags 10 mg, daarna stoppen.
- afbouwschema chloordiazepoxide (tabl. van 25 mg):
  - dag 1: 3-4 x daags 2 tabl., dag 2: 3-4 x daags 1 tabl., dag 3 en 4: 2 x daags 1 tabl.,
  - dag 5 en 6: 1 x daags 1 tabl.

*\* deze leeftijdsgrens is arbitrair omdat leverfunctiestoornissen al na 10-15 jaar excessief gebruik kunnen optreden.*

## Alleen telefonisch advies

Er zijn regio 's waar een protocol van kracht is, waarin bepaald wordt dat een ingesloten persoon, die vermoedelijk alleen alcohol op heeft, aanspreekbaar is, zelf (met ondersteuning) kan lopen, aangeeft geen medicatie te gebruiken en geen verwondingen heeft, telefonisch kan worden afgehandeld met een wekadvis (om de 1 of 2 uur). Overweeg in ernstiger gevallen plaatsing in een observatiecel met camerabewaking.

## Exited-delirium-syndroom

Personen met EDS ('excited delirium syndroom') vertonen een veranderde bewustzijnstoestand met een verminderde cognitie en perceptie, en ernstige psycho-motorische agitatie. Klinisch gezien gaat het om een opwindingsdelier met autonome disregulatie, somatisch gekenmerkt door:

- Tachypneu
- Tachycardie
- Hypertensie
- Hyperthermie
- Metabole acidose
- Rhabdomyolyse

EDS kan leiden tot plotselinge dood.

### Wat kan EDS veroorzaken?

EDS kan optreden als gevolg van een intoxicatie met stimulerende middelen (bv cocaïne, amfetamine). De meeste EDS gevallen staan in verband met het gebruik van cocaïne. Het kan ook optreden bij psychiatrische patiënten (staken medicatie/foute medicatie/onderbehandeling).

### Hoe kan men EDS herkennen?

Personen met EDS vertonen de volgende kenmerken

- Is extreem agressief of gewelddadig
- Wordt verdacht van intoxicatie met stimulerende middelen (verwijde pupillen)
- Is ongevoelig voor pijn
- Haalt versneld adem
- Transpireert sterk
- Is erg onrustig (druk, gejaagd, geprikkeld, opgewonden)
- Huid voelt warm aan
- Volgt aanwijzingen politie niet op
- Is naakt of te dun gekleed
- Is buitengewoon sterk ('bovenmenselijke krachten')
- Wordt niet moe ondanks sterke inspanning
- Vernielt glas
- Wordt aangetrokken door fel licht/hard geluid
- Kermt (onverstaanbare, dierlijke geluiden)

Deze kenmerken zijn niet altijd tegelijk aanwezig. Hoe meer kenmerken, hoe sterker het vermoeden dat het hierbij om EDS gaat.



## Wat te doen bij verdenking EDS?

Het is niet in alle gevallen te voorkomen dat een persoon met EDS wordt ingesloten door de politie. De forensisch arts treft de persoon zeer waarschijnlijk na de 'acute' fase aan, dat wil zeggen als de opwindingsfase al op zijn retour is. Als het opgewonden gedrag niet meer op de voorgrond staat is het zeer wel mogelijk dat er nog wel sprake is van ontregeling van de lichaamstemperatuur. Onbehandeld kan dit het overlijden van de persoon tot gevolg hebben. Personen die met veel geweld door de politie onder controle zijn gebracht, moeten daarom na arrestatie op korte termijn (binnen 15-30 minuten) door een forensisch arts beoordeeld worden.

### Diagnostiek:

- Controleer ademhaling, crepitatie van de longen, bloeddruk, polsfrequentie, EMV, pupilgrootte, bloedglucose, temperatuur.
- Zijn er tekenen van uitdroging?
- Ondersteunt de heteroanamnese de verdenking op druggebruik en/of een psychiatrisch verleden?

### Beleid:

- Let op eigen veiligheid.
- Bij hyperthermie: zorg voor verkoeling.
- Alleen bij agitatie (niet bij circulatoir bedreigde patiënt!): Midazolam 5mg intramusculair of 5mg intraveneus. Alternatieven: diazepam 5 mg im of haloperidol 5 mg im . Zo nodig 1 x herhalen.

Het laagdrempelig insturen naar een ziekenhuis is geïndiceerd bij deze patiënten:

- Blijf bij de patiënt tot de ambulancedienst ter plekke is.
- Maak samen met de ambulancebemanningsleden een goed en helder plan.
- Informeer de SEH met welke verdenking de arrestant is ingestuurd (telefonische overdracht en schriftelijk volgens verwijsbrief NHG).

# Wekadvies

Het wekadvies betekent dat de arrestantenbewaker betrokkene gedurende de eerste 6 uur ieder uur moet wakker. Er dient daarbij goed opgelet te worden dat betrokkene echt wakker wordt en adequaat reageert op gestelde vragen. Er moet ook naar klachten of verandering van klachten worden gevraagd. In het wekadvies-schema (zie bijlage) wordt door de arts aangegeven op welke tijdstippen en voor hoe lang de betrokken persoon gewekt moet worden. In het schema is ook aangegeven op welke wijze dit gedaan moet worden.

Na de eerste 6 uur kan worden volstaan met wakker eens per 2 uur. Een standaard wekadvies moet gedurende 24 uur na het trauma worden uitgevoerd. Bij alcoholintoxicatie kan deze periode veel korter zijn al naar gelang de inschatting van de arts.

Bijzonderheden: als betrokkene niet wakker kan worden gemaakt, niet adequaat reageert of bij toename van de klachten wordt direct contact opgenomen met de dienstdoend forensisch arts, die zo spoedig mogelijk zelf naar het arrestantencomplex gaat of – bij inschatting van een noodgeval – direct een ambulance laat komen.

## VOORBEELD WEKADVIES t.b.v. arrestantenbewaker

### WEKADVIES

cel ... naam ..... geb.dat. ....

©GGD IJsselland versie 21 mrt 2013

#### BIJ VERDENKING OP HERSENLETSEL

Het is belangrijk iemand met een hersenschudding gedurende de eerste 24 uur te controleren om mogelijke bloedingen in de hersenen te signaleren. Dit wordt een wekadvies genoemd. Een wekadvies houdt in dat betrokkene om de één à twee uur (bepaald door de arts) gewekt moet worden om te controleren of hij of zij nog goed wakker te krijgen is en goed reageert.

In onderstaand schema is aangegeven op welke tijdstippen betrokkene gewekt MOET worden. Het is van belang dat je controleert dat de persoon echt wakker is en goed reageert op een gericht gestelde vraag zoals "welke dag is het", "waar ben je nu", "hoe oud ben je", etc. Alleen geluid of "ja" of "nee" is niet voldoende: er moet een duidelijk en gericht antwoord op de vraag komen waaraan je kan zien dat de persoon echt wakker en helder is. Vraag daarbij ook of betrokkene (een van de onderstaande) klachten heeft.

..... dag	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u
paraaf cellenwacht													
..... dag	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u
paraaf cellenwacht													

Neem direct contact op met de dienstdoend forensisch arts wanneer er sprake is van

- \* fors toenemende hoofdpijn
- \* aanhoudende misselijkheid
- \* herhaald braken
- \* verwardheid
- \* sufheid