

Gäller för: Verksamhet Neurologi och psykiatri barn, Verksamhet Medicin barn,
Verksamhet Kirurgi barn
Innehållsansvar: Björn Bjurulf af Morgenstjerne, (bjobj3), Överläkare
Granskad av: Ivett Körhegyi, (iveko1), Överläkare
Godkänd av: Marie Carlsson, (marca33), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-09-03

Giltig till: 2028-09-02

Status epilepticus hos barn och ungdomar

Förändringar sedan föregående version

För barn > 1 år likställs levetiracetam och valproat med Pro-Epanutin och för barn <1 år levetiracetam med fenobarbital för behandling av status epilepticus som ej svarar på behandling med benzodiazepiner

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version	1
Innehållsförteckning	1
Bakgrund och syfte	1
Utförande.....	2
Relaterad information	15
Arbetsgrupp	15
Källförteckning	16
Bilaga 1: Infusion MIDAZOLAM 0,2 mg/ml	17
Bilaga 2: Lathund läkemedelsdoser vid status epilepticus.....	18

Bakgrund och syfte

Rutinen ska hjälpa till med snabb och säker handläggning av patienter med status epilepticus.

Avgränsningar

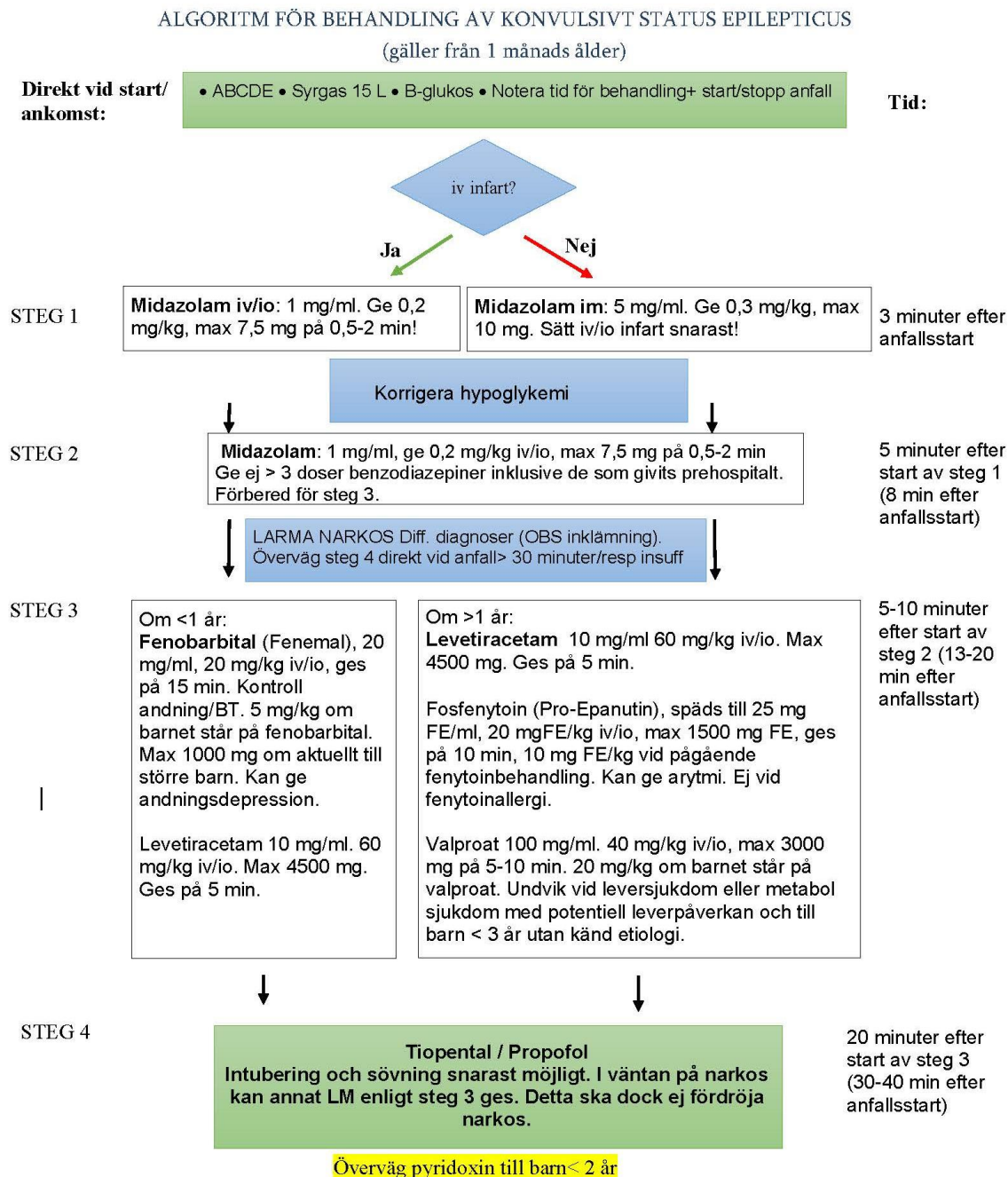
Gäller för barn från en månads ålder.

Utförande

Viktiga telefonnummer

Tabell 1 Viktiga telefonnummer

Narkosjour	346 77
Barnneurolog-konsult (dagtid)	382 95
Barnneurolog-bakjour (jourtid)	30 491
CT (dagtid)	352 88
Röntgen (jourtid)	346 35



Figur 1 Algoritm för behandling av konvulsiv status epilepticus

A - KONVULSIV STATUS EPILEPTICUS

Definition

- **Konvulsivt status epileptikus är ett livshotande tillstånd**
- **Ett konvulsivt anfall** kan vara kloniskt, toniskt eller tonisk-kloniskt.

- **Tidigt status epilepticus:** Ett anfall som varar > 5 minuter. Det är inte troligt att anfallet stoppar spontant.
- **Etablerat status epilepticus:** Ett anfall eller upprepade anfall utan fullt återhämtande av medvetandet mellan anfallen som inte svarar på steg 1+2, dvs. från ca 15–20 min efter anfallsstart.
- **Refraktärt status epilepticus:** Ett anfall som inte svarar på steg 3, dvs. från ca 30–40 min efter anfallsstart.
- **Superrefraktärt status epilepticus:** När anfallet inte svarar på anestesi eller recidiverar vid anestesiavveckling.

Åtgärder parallellt med anfallskuperande behandling

- Fri luftväg, syrgas, saturationsmätare. Cave andningsdepression.
- IV infart, helst 2 st.
- Ta EKG. Behandla feber. Säkerställ att barnet vaknar upp och inte går in i icke-konvulsivt status epilepticus.
- Hypoglykemi (B-glukos <3 mmol/L) korrigeras med 10 % glukos, 2 ml/kg på 2–3 minuter, därefter 5 ml/kg/tim.
- Inklämning ska övervägas vid (smärtutlösta) böj eller sträckkramp med decerebrerad/ dekortikerad kroppsställning och/ eller olikstora pupiller. Vid misstanke görs akut CT hjärna och kontakt tas med bakjour på neurokirurgen. Exempel på orsaker: hydrocephalus, intracerebral infektion, blödning eller hjärntumör i bakre skallgropen.
- Leta efter tecken på trauma, meningit eller encefalit
- Följ vakenhetsgrad, anfallsmanifestationer, puls, BT, andnings-frekvens, temp
- Notera tidpunkt vid inkomst och för åtgärder samt när anfallet avslutas. Kontrollera vikt.
- Behandla eventuell infektion med antibiotika/ acyklovir.
- För utförlig läkemedsinformation se [lokala ePed-instruktioner för VGR](#) och bilagor.

Utredning

- Utredning av bakomliggande orsak görs om möjligt i samråd med barnneurolog
- CT hjärna görs urakut vid tecken till ökat intrakraniellt tryck. CT/MR hjärna görs också vid oklar orsak till status epilepticus med frågeställning blödning/tumör och framför allt vid fokala symptom och terapieresistens.
- Blodprover: Utökad blodgas, b-glukos, blodstatus, CRP, transaminaser, kreatinin, Na, K, Cl, Mg, Ca, koncentrationsprover antiepileptika (valproat, karbamazepin, fenobarbital, fenytoin). Överväg blododling och neuronala antikroppar.
- LP: övervägs efter CT/MR om stabil patient. Tänk på herpesencefalit. Ta följande prover: celler, protein, glukos, laktat, fraktionerade proteiner, PCR, odling, virus, spara minst ett extrarör med 3 ml, överväg tryckmätning, neuronala antikroppar och hjärnskademarkörer. Ta alltid glukos, fraktionerade proteiner, laktat i blod samtidigt som LP för kvoter.

Övriga prover utifrån speciella fall/frågeställningar i samråd med barnneurolog:

- Intox-screening i urin (remiss 6 klin kem.) och serum (remiss 5 klin kem, serumrör utan tillsats).
- Vid misstanke om neurometabol sjukdom och på barn < 2 år undersöks även aminosyror i plasma och likvor, pipekolsyra, acylkarnitiner, ammonium jon och CDT i blod och organiska syror i urin. Ev. kan ytterligare utredning behövas.
- Eventuellt graviditetstest hos flickor efter menarche.

KOMMENTARER TILL ALGORITM

Steg 1-2

MIDAZOLAM 1 mg/ml eller 5 mg/ml, i.v./i.o. eller 5 mg/ml i.m. Ges på 0,5-2 minuter.

- Ge hela dosen MIDAZOLAM även om anfallet upphör.

- Vid påverkade vitalfunktioner tillkalla narkosläkare och överväg att gå direkt till steg 4.
- Behandling kan påbörjas i ambulans. **Undvik > 2 doser midazolam i.v/i.o. Undvik också > 3 doser benzodiazepiner totalt, inklusive de adekvata doser som är givna pre-hospitalt, innan steg 3.**
- Ha beredskap för andningsdepression ffa hos spädbarn < 6 mån och vid tillstånd med muskelsvaghet och/ eller nedsatt andningsfunktion som t ex cerebral pares.
- Midazolam-infusion kan vara aktuellt om anfall bryts med midazolambolus, och barnet vaknar, men anfallet återkommer (se punkt 4), vid serieanfall där barnet vaknar mellan anfallen och vid non konvulsivt status epilepticus

Alternativ behandling:

DIAZEPAM (STESOLID®) 5 eller 10 mg/ml rektal administration,

1. Dosering: 0,5 – 0,75 mg/kg. Vid vikt 5-12 kg ge 5 mg. Vid vikt > 12 kg ge 10 mg (maxdos 10 mg).
2. I första hand till barn med blöja.

MIDAZOLAM (BUCCOLAM®) buccal administration

- Dosering:

Tabell 2 Dosering Midazolam, buccal administration

3-12 mån	2,5 mg	Gul etikett
1-5 år	5 mg	Blå etikett
5-10 år	7,5 mg	Lila etikett
10-18 år	10 mg	Orange etikett

- Fördelas innanför båda kinderna.

LORAZEPAM (ATIVAN®) 1 mg/ml iv/io, långverkande benzodiazepin. Licenspreparat.

- Dosering: 0,1 mg/kg, max 4 mg.

Steg 3

Påbörjas vid kvarstående konvulsivt eller non-konvulsivt anfall 10 minuter efter start av steg 2 eller om anfall återkommer inom 60 min utan att patienten återfått fullt medvetande. Anestesiläkare ska då vara tillkallad. Överväg att gå direkt till steg 4 vid andningspåverkan och/eller långvarigt konvulsivt SE.

LEVETIRACETAM (LEVETIRACETAM, KEPPRA®) 10 mg/ml i.v.

- Dosering: 60 mg/kg vid status epilepticus, (max dos: 4,5 g)
- Ges på 5(-15) min
- 30 mg/kg om barnet står på levetiracetam.
- Påverkar inte respiration och cirkulation. Få interaktioner med andra preparat.
- Förlängd akutbehandling: 30 mg/kg x 2, i så fall lägre dos vid nedsatt njurfunktion.

FENOBARBITAL (FENEMAL®) 20 mg/ml i.v.,

- Aktuellt till barn under 1 års ålder och vid känd fenytoinallergi.
- Dosering: 20 mg/kg. (maxdos: 1 g), ges under 15 min. 5 mg/kg om patienten står på fenobarbital
- Upprepade doser om 5-10 mg/kg, upp till 40 mg/kg första dygnet kan ges i samråd med narkos.
- Underhållsdos: 2,5-5 mg/kg x 2, påbörjas 12 timmar efter bolusdosen.
- Biverkningar: långvarig sedation p gr a lång halveringstid, hypoventilation, hypotension. Följ BT, SaO₂ och puls.
- Fenobarbital-koncentration kontrolleras före start av underhållsdos, Målkoncentration: 50-130 µmol/l. Koncentration upp till 200 µmol/l kan krävas för att bryta ett anfall på BIVA.

VALPROAT (ERGENYL®, ABSENOR®) 100 mg/ml i.v.

- Dosering: 40 mg/kg på 5–10 minuter (max 3 g). 20 mg/kg om barnet står på valproat.
- Undviks vid leverpåverkan och metabol sjukdom och hos barn <3 år. Ger obetydlig påverkan på respiration och cirkulation.
- Undvik kombination med meropenem pga. interaktion.
- Kontraindikationer: känd graviditet, känd mitokondriell sjukdom, känd rubbning i ureacykeln, porfyri.
- Kan ge encefalopati med eller utan hyperammonemi, leversvikt eller trombocytopeni hos patienter med eller utan bakomliggande metabol sjukdom.
- Förlängd akutbehandling kan ges 15 mg/kgx4. Följ i så fall ammoniumjon, transaminaser, valproatkoncentration, trombocyter dagligen. Vid fortsatt behandling av SE sträva efter dalvärden upp till 800 µmol/l (normalt referensvärde 300–700 µmol/l).

FOSFENYTOIN (PRO-EPANUTIN®) 25 mg FE/ml i.v./i.o.,

- Ordineras alltid i mg FNE
- Dosering: 20 mg FE/kg, (maxdos: 1500 mg FE)
10 mg FE/kg om barnet står på fenytoin
- Ges långsam intravenös injektion under 10 minuter, 2 mg FE/kg/min. Max 150 mg FE/min
- EKG, blodtryck och andning skall övervakas under injektionen och 30 minuter efteråt på grund av risk för blodtrycksfall och arytmier.
- Underhållsdos: 5-10 mg FE/kg/dygn uppdelat på 2-4 doseringstillfällen. Påbörjas 12 timmar efter bolusdosen.
- Fenytoin-koncentration kontrolleras före start av underhållsdos, men kan vid otillräcklig effekt kontrolleras efter 2 timmar. Eftersträva då serumkoncentration upp mot 100 µmol/l. Underhållsdos: 5-10 mg FE/kg/dygn uppdelat på 2-4 doseringstillfällen. Påbörjas 12 timmar efter bolusdosen. Eftersträva fenytoinkoncentration på 70–90

$\mu\text{mol/l}$ (normalt 40–80 $\mu\text{mol/l}$). Observera icke-linjär clearance med risk för plötslig överdosering.

LAKOSAMID (VIMPAT®)

- Ges iv. i samråd med barnneurolog.
- Kontraindikation AV-block II-III. Kontrollera därför EKG innan behandling. Används med försiktighet vid hjärtrytmrubbning. Biverkan AV-block 2-3.

Steg 4

PATIENTEN INTUBERAS OCH FLYTTAS TILL BIVA om status epilepticus inte bryts inom 20 minuter efter start av behandling enligt steg 3. ALL FORTSATT BEHANDLING GÖRS AV/SKER I SAMRÅD MED NARKOSLÄKARE. Målsättning med behandlingen är lägsta möjliga dos med klinisk och elektrografisk anfallsfrihet! Höj huvudändan 30 %. Eftersträva normoglykemi och normotermi. Behandla feber med febernedsättande. Behandla eventuell infektion (antibiotika+ aciklovir) på vida indikationer. Barn med non-konvulsivt SE och mindre fokala anfall utan medverkandepåverkan som epilepsia partialis continua ska vanligtvis inte läggas i narkos.

PROPOFOL (DIPRIVAN®)

- Ett alternativ som ofta används av narkosläkare. Försiktighet bör iakttas framför allt hos små barn pga. risk för metabol acidosis och propofolinfusionssyndrom.

TIOPENTAL (PENTOCUR®)

- Dosering: Initialt 2 mg/kg, därefter individuell titrering till effekt (maxdos 5 (-10) mg/kg/tim).
- Behåll effektiv dos till 12 timmars anfallsfrihet, försök därefter minska stegvis.
- Vård på BIVA med intubation, respiratorbehandling och kontinuerlig övervakning.
- OBS! Risk för hypotension, andningsdepression, infektioner, och andra biverkningar- se under

”övervakning”. Ofta krävs dopamininfusion eller motsvarande.

MIDAZOLAMINFUSION

- Laddningsdos: 0,2 mg/kg (max 7.5 mg) iv. Starta med laddningsdos även om barnet fått Midazolam på akuten. Infusion: Dosering: 0,05 – 0,2 mg/kg/timme.

KETAMIN

- Vid superrefraktär status epileptikus.
- Doser på 0,4-6mg/kg/timme har använts med och utan laddningsdos på 2-3 mg/kg.
- Mindre hemodynamisk påverkan än andra narkosmedel. Försiktighet vid kardiovaskulär sjukdom och sjukdom i övre luftvägar. Kan påverka lever och benmärg. Kan ge ökad salivation, vilket kan behandlas med atropin/skopolamin. Se Chiriboga et al 2024.

PYRIDOXIN 25 mg/ml

- Ska övervägas till barn < 2 år.
- Dosering: 100-150 mg ges om möjligt under EEG registrering.
- Vid utebliven effekt kan dosen upprepas var 5:e - 10:e minut upp till en total dos av 500 mg. Om effekt ge peroral behandling (diskutera med barnneurolog)! Ta om möjligt pipekolsyra.
- OBS! Risk för plötslig grav hypotension (devitalisering) och/eller andningsdepression.
- Pyridoxinbehandling får inte fördröja start av Tiopental/Propofol!

Övervakning

Neurologi:

- Notera pupillstorlek, muskeltonus och asymmetri i motorik varje timme.
- Uppkoppling av EEG-monitorering skall utföras inom 24 timmar, om möjligt snarast innevarande dag inom BMA:s ordinarie arbets- eller beredskapstid. Uppkopplat EEG skall bedömas två gånger per dag, dels snarast på morgonen efter arbetstidens eller beredskapstidens början, dels på eftermiddagen. Vid bedömning av status epileptikus skriver KNF-läkare underhandssvar två gånger per dag. Svar kan läsas i Melior: externa program, Sectra remiss.

För mera information se rutin [Medicin - EEG-Uppkoppling](#)
[Kontinuerligt EEG på CIVA](#)

Möjligheten att beställa EEG- monitorering finns på vardagar på tel. 031-342 14 56 mellan kl. 07.30 och 15.30 samt under helger genom anmälan till neurofysiologisk helgjour mellan kl. 09:00 och 14:00. Neurologisk helgjour nås via SU:s växel. Svar kan läsas i Melior: externa program, Sectra remiss.

Annan övervakning:

Observera tecken på rhabdomyolys. Ta myoglobin i serum och urin vid misstanke om njurpåverkan.

Tänk på andra möjliga komplikationer: lungödem, pneumoni, sepsis, ileus, hypoglykemi, acidosis, hypertermi, arytmier, blodtrycksfall, ökat intrakraniellt tryck, multiorgansvikt.

Möjliga utlösande orsaker till status epileptikus:

CNS infektion/inflammation, stroke, intoxication (tricykliska antidepressiva, hjärtmediciner), skalltrauma inklusive shaken baby, hjärntumör, posterior reversibel encefalopatisyndrom (PRES), hypoxi, metabol orsak (hypoglykemi, elektrolytstörning, metabol sjukdom), låga koncentrationer av antiepileptika (dålig compliance,

nedtrappning av epilepsimedicin, interaktioner, kräkningar), typiskt för vissa epilepsisyndrom, atypisk feberkramp (25 % av alla SE).

Differentialdiagnoser: Inklämning med decerebrerad/dekortikerad kroppsställning/”böj eller sträckkramper” vid smärtstimulering, psykogena icke-epileptiska anfall (guldstandard för diagnos är EEG under anfall).

Utredning

Utredning av bakomliggande orsak görs om möjligt i samråd med barnneurolog

- **CT hjärna** görs urakut vid tecken till ökat intrakraniellt tryck. CT/MR hjärna görs också vid oklar orsak till status epilepticus och framför allt vid fokala symptom och terapiresistens.
- **LP:** övervägs efter CT/MR om stabil patient. Ta följande prover: celler, protein, glukos, laktat, fraktionerade proteiner, PCR, odling, virus, spara ett extrarör med 3 ml, överväg tryckmätning, neuronala antikroppar och hjärnskademarkörer. Ta alltid glukos, fraktionerade proteiner, laktat i blod samtidigt som LP för kvoter.
- **Blodprover:** Utökad blodgas, blodstatus, CRP, transaminaser, kreatinin, Na, K, Cl, Mg, Ca, koncentrationsprover antiepileptika (valproat, karbamazepin, fenobarbital, fenytoin), fraktionerade proteiner. Överväg blododling och neuronala antikroppar.

Övriga prover utifrån speciella fall/frågeställningar i samråd med barnneurolog:

- Intox-screening i urin (remiss 6 klin kem.) och serum (remiss 5 klin kem, serumrör utan tillsats).
- Vid misstanke om neurometabol sjukdom och på barn < 2 år undersöks även aminosyror i blod och likvor, ammonium

jon och CDT i blod och organiska syror i urin. Ev. kan ytterligare utredning behövas.

Fortsatt behandling

Behandling sker i samråd med patientansvarig neurolog och anestesiläkare.

- Överväg initiering av perorala antiepileptika:
- Om patienten står på antiepileptika, kontrollera plasmakoncentration om möjligt.
- Under respiratorvård skall i möjligaste mån barnets underhållsbehandling ges, till exempel via ventrikelsond, intravenöst eller rektalt.

Se doseringsschema under punkt 4.

B - ICKE-KONVULSIVT STATUS EPILEPTICUS

Det finns flera typer av icke-konvulsivt status epilepticus. EEG är ofta avgörande för diagnostik och bör göras akut. Kontakta barnneurolog för diskussion.

De vanligaste formerna av icke- konvulsivt status epilepticus är:

- **Fokalt icke konvulsivt status epilepticus** med varierande grad av medvetandepåverkan i kombination med elektrografisk anfallsaktivitet i EEG. Förutom förvirring förekommer fokala epileptiska anfall utan större motoriska manifestationer. Fokalt icke-konvulsivt status epilepticus kan följa efter ett konvulsivt status epilepticus, som då endast delvis brutits. EEG är avgörande för diagnostik men kan vara svårtolkat och måste sammanvägas med kliniska symtom och behandlingssvar. Behandling sker enligt detta PM för konvulsivt status epilepticus men anestesibehandling bör endast i undantagsfall tillgripas då det är osäkert om möjlig behandlingstvinst överstiger riskerna med behandlingen.
- **Absensstatus** yttrar sig som lindrig medvetandepåverkan eller konfusion, och EEG-bilden visar generaliserad spike-

wave-aktivitet med frekvens omkring 3 Hz. Tillståndet har mycket god prognos och behandlas oftast framgångsrikt med benzodiazepiner. Om absensstatus beror på utsättning av antiepileptika ska dessa återinsättas. Undvik Pro-Epanutin.

MIDAZOLAMINFUSION på VÅRDAVDELNING

Infusion med Midazolam ges på Medicinavdelning barn efter ytterligare bolusinjektion. Behandlingen kan också vara aktuell vid frekventa konvulsiva anfall där barnet vaknar upp mellan anfallen. För dokumentation använd Bilaga 1.

Laddningsdos: **MIDAZOLAM 1 mg/ml i.v.**

- Dosering: 0,2 mg/kg (max 7.5 mg) iv.
- Starta med laddningsdos även om barnet fått Midazolam på akuten. Ge ny laddningsdos vid ökning av dosen.

Infusion: **MIDAZOLAM 0,2 mg/ml i.v.**

- Dosering: 0,05 – 0,2 mg/kg/timme = 0,25 – 1 ml/kg/timme

Behandling på vårdavdelning kräver VAK. Dosen kan vid behov ökas till max 0,2 mg/kg/timme (=1 ml/kg/timme) på vårdavdelning i samråd med narkosläkare och under förutsättning att barnet är stabilt respiratoriskt. En högre underhållsdos kan ges men då krävs övervakning på BIVA/IVA. Det är sällan meningsfullt med mer än 0,5 mg/kg/h. Lägre doser ned till 0,02 mg/kg/timme har använts med god effekt fr.a. som profylax mot nya anfall.

Nedtrappning inleds efter diskussion med barnneurologen, ofta efter ca 12 tim anfallsfrihet, vid okomplicerat förlopp efter 3 - 6 tim. Viktigt med långsam nedtrappning, ofta under 12 - 24 tim, för att undvika anfallsrecidiv och abstinens. Långsammare vid långvarig behandling, hög infusionstakt och känsliga patienter.

Alternativ behandling:

VALPROAT (ERGENYL®, ABSENOR®) 100 mg/ml i.v.

- Oftast räcker lägre doser än vid konvulsivt status epileptikus. Diskutera med barnneurolog.

LEVETIRACETAM (LEVETIRACETAM®, KEPPRA®) 10 mg/ml i.v.

- Oftast räcker lägre doser än vid konvulsivt status epileptikus. Diskutera med barnneurolog.

CLONAZEPAM (RIVOTRIL®, IKTORIVIL®) 0,5 mg/ml i.v.

- Dosering: 0,025 mg/kg, (maxdos: 1 mg) under 2-3 minuter iv.
- Om fortsatt anfall efter 3 - 4 minuter eller nytt anfall inom en timme: 0,02 mg/kg, max 1 mg.
- Förlängd akutbehandling: 0,02 mg/kg x 3, maxdos 1 mg x 3. Ges under ett till flera dygn. Vid mindre allvarliga anfall kan samma dos ges peroralt. Alternativ vid svårbehandlade serieanfall, OBS! långvarig effekt pga. halveringstid på 30–40 timmar och kan därför vara lämpligt i situationer med hög risk för anfallsrecidiv.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från styrdokumentet rapporteras i MedControl PRO.

Relaterad information

[CW 6nov \(A4\)](#)

Arbetsgrupp

Björn Bjurulf, överläkare, Neurologimottagning barn, Drottning Silvias barnsjukhus

David Björnheden överläkare, Neurologimottagning barn, Drottning Silvias barnsjukhus

Ola Ingemansson överläkare, sektionschef BarnIVA, Drottning Silvias barnsjukhus

Ivett Körhegy, överläkare, VÖL, Neurologimottagning barn, Drottning Silvias barnsjukhus

Källförteckning

Glauser et al. Evidence-Based Guideline: Treatment of Convulsive Status Epilepticus in Children and Adults: Report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society. *Epilepsy Currents* 2016.

Koubeissi. Intravenous Clonazepam in Status Epilepticus. *Epilepsy Currents* 2016.

Läkemedelsbehandling av epilepsi - behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 2019;30(3):1-17.

McTague et al. Drug management for acute tonic-clonic convulsions including convulsive status epilepticus in children. *The Cochrane Collaboration*. 2018.

Trinka et al. A definition and classification of status epilepticus – Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia*. 2015.

Trinka et al. 25 years of advances in the definition, classification and treatment of status epilepticus. *Seizures* 2017.

Wilfong. Clinical features and complications of status epilepticus in children. Up to date. Maj 2018.

Wilfong. Management of convulsive status epilepticus in children. Up to date. April 2025.

Godkänd av

Marie Carlsson, verksamhetschef, Verksamhet neurologi och psykiatri barn

Cathrine Gatzinsky, verksamhetschef, Verksamhet Kirurgi barn

Thorsteinn Gunnarsson, verksamhetschef, Verksamhet Medicin barn

Bilaga 1: Infusion MIDAZOLAM 0,2 mg/ml

Patient:_____ Födelsedata:_____ Vikt:_____

OBS! Båda doseringar (Laddningsdos och Infusion) ska ordinerars i Melior.

Laddningsdos Midazolam 1 mg/ml

Starttid	Dosering: 0,2 mg/kg (max 7,5 mg)	Sign Dr		Givet kl.	Sign SSK

Infusion Midazolam 0,2 mg/ml.

Datum	Dos	Ordination		Sign Dr	Start/ ändring klockan	Sign SSK	Total dygnsmängd mg (summa varje dygn)
	mg/kg/tim	mg/tim	ml/tim				

Bilaga 2: Lathund läkemedelsdoser vid status epilepticus

Steg 1+2

Midazolam

	intravenöst/intraosseöst			intramuskulärt	
Dosering:	0,2 mg/kg, iv/io , (max 7,5 mg)			0,3 mg/kg im (max 10 mg)	
Vikt:	Dos (mg)	Dos (1 mg/ml)	Dos (5 mg/ml)	Dos (mg)	Dos (5 mg/ml)
5 kg	1 mg	1 ml	0,2 ml	1,5 mg	0,3 ml
10 kg	2 mg	2 ml	0,4 ml	3 mg	0,6 ml
25 kg	5 mg	5 ml	1 ml	7,5 mg	1,5 ml
> 35 kg	7,5 mg	7,5 ml	1,5 ml	10 mg	2,0 ml

Diazepam rektallösning

Dosering: 0,5 mg/kg, max 10 mg

Vikt:	Dos (mg)	Dos (ml)
5-12 kg	5 mg	2,5 ml
> 12 kg	10 mg	5 ml

Lorazepam (Ativan®) 1 mg/ml iv/io,

Dosering: 0,1 mg/kg, max 4 mg

Vikt:	Dos (mg)	Dos (ml)
5 kg	0,5 mg	0,5 ml
10 kg	1,0 mg	1 ml
20 kg	2,0 mg	2 ml
> 40 kg	4,0 mg	4 ml

Midazolam (Buccolam®) buccalt. Fördelas innanför båda kinderna.

Till blöjbarn i första hand rektal administration, se Diazepam rektal)

Ålder:	Dos (mg)	Etikettfärg:
3-12 mån	2,5 mg	Gul etikett
1-5 år	5 mg	Blå etikett
5-10 år	7,5 mg	Lila etikett
10-18 år	10 mg	Orange etikett

Steg 3

Till barn < 1 år eller fenytoinalergi

Fenobarbital (Fenemal®) 20 mg/ml,

- Dosering: 20 mg/kg, max 1g
- ges långsamt intravenöst under 15 min

Vikt:	Dos (mg)	Dos (ml)
5 kg	100 mg	5 ml
10 kg	200 mg	10 ml
25 kg	500 mg	25 ml
>50 kg	1000 mg = 1 g	50 ml

Till barn > 1 år

Fosfenytoin (Pro-Epanutin®) 25 mg FE/ml

- Dosering: 20 mg FE/kg, max 1,5 g
- ges långsamt intravenöst under 10 min

för utförlig läkemedelsinformation se [lokala ePed-instruktioner för VGR](#).

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Neurologi och psykiatri barn,
Verksamhet Medicin barn, Verksamhet Kirurgi barn

Innehållsansvar: Björn Bjurulf af Morgenstjerne, (bjobj3),
Överläkare

Granskad av: Ivett Körhegyi, (iveko1), Överläkare

Godkänd av: Marie Carlsson, (marca33), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-322

Version: 25.0

Giltig från: 2026-09-03

Giltig till: 2028-09-02