

# Crise Convulsiva

Guia prático para manejo de crise convulsiva na emergência: prescrições detalhadas, classificação etiológica, investigação diagnóstica, tratamento do status epilepticus, indicações de internação e orientações de alta.

**Paciente típico:** Adulto jovem, 28 anos, previamente hígido, trazido ao PS por familiares após apresentar episódio de movimentos tônico-clônicos generalizados com duração de aproximadamente 2 minutos, atualmente em período pós-ictal com confusão mental e sonolência.

## ? Guia rápido

*ℹ Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes*

### História clínica típica

#### # História Clínica

Paciente de  anos, trazido por familiares ao PS após episódio de crise convulsiva há  minutos/horas. Segundo testemunhas, paciente apresentou perda súbita da consciência seguida de movimentos tônico-clônicos generalizados dos quatro membros, com duração de aproximadamente  minutos. Apresentou cianose labial, mordedura de língua, sialorreia e incontinência urinária. Após o término da crise, manteve-se confuso e sonolento.

Sintomas associados: cefaleia, febre, vômitos, trauma craniano.

Fatores precipitantes: privação de sono, consumo de álcool, uso de medicações, luzes piscantes.

Nega TCE prévio, cirurgias neurológicas, infecções do SNC.

Nega uso regular de anticonvulsivantes.

Nega alergias medicamentosas.

#### # Exame físico

REG, confuso, sonolento, responsivo a comandos verbais.

PA:  mmHg | FC:  bpm | FR:  irpm | Tax:  °C | SatO2: % em AA

Pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Ausência de rigidez de nuca.

Força muscular preservada globalmente, sem déficits focais.

Sem sinais de trauma.

#### # HD

- Primeira crise convulsiva tônico-clônica generalizada
- Investigar crise provocada vs. sintomática aguda vs. sintomática remota

#### # Conduta

- Estabilização inicial (ABC, O2 se necessário, acesso venoso)
- Glicemia capilar imediata, correção se hipoglicemia
- Lateralização do paciente
- Não introduzir objetos na boca durante crise
- Solicitar: TC de crânio, hemograma, eletrólitos (Na, K, Ca, Mg), ureia, creatinina, glicemia, função hepática
- Aguardar período pós-ictal sem medicar se crise já cessou
- Anticonvulsivante apenas se: crise > 5 min, crises recorrentes ou status epilepticus
- Observação clínica
- Encaminhamento neurologia (ambulatorial)
- Alta se primeira crise única, TC normal, sem comorbidades, com familiar responsável
- Afastamento: □ dias (avaliar caso a caso)

### Prescrição para paciente típico

#### No pronto-socorro:

# OBSERVAÇÃO: Maioria das crises é autolimitada e NÃO requer medicação

# Medicar apenas se: crise > 5 min, crises recorrentes ou status epilepticus

01. SF 0,9% 500 mL – Correr 250 mL EV em 2h, após manter acesso salinizado

# SE CRISE EM CURSO (> 5 min):

02. Diazepam 10mg/2mL – 01 ampola (10mg) EV pura, sem diluir (se crise persistente, repetir após 3-5 min)

Velocidade máxima: 2-5 mg/min | Dose máxima: 30-40 mg

# SE STATUS EPILEPTICUS (refratário a benzodiazepínicos):

03. Fenitoína 250mg/5mL – 20 mL (1.000mg) + SF 0,9% 250 mL, EV em 30 min

Dose: 15-20 mg/kg | Velocidade máxima: 50 mg/min

# SINTOMÁTICOS (se necessário):

04. Glicose 50% 20 mL – Aplicar EV lento, se glicemia < 70 mg/dL

05. Tiamina 100mg/mL – 01 ampola (100mg) IM, se etilista ou desnutrido (aplicar ANTES da glicose)

# PROTEÇÃO GÁSTRICA:

06. Omeprazol 40mg – 01 comprimido VO em jejum

# SE NÁUSEAS/VÔMITOS:

07. Bromoprida 10mg/2mL – 01 ampola (10mg) + 18 mL de AD, EV lento, se necessário

# CUIDADOS:

- Dieta oral liberada após recuperação completa da consciência
- Decúbito lateral durante observação
- Oximetria contínua
- Glicemia capilar na chegada e periódica (4/4h se internado)
- Proteger de quedas/traumas
- Observação neurológica

## Para casa:

# IMPORTANTE: Anticonvulsivante crônico NÃO está indicado após primeira crise única

# Iniciar anticonvulsivante apenas se: lesão estrutural epileptogênica na TC/RM,

# atividade epileptiforme no EEG, ou após segunda crise não provocada

# ORIENTAÇÕES GERAIS:

01. Aguardar avaliação neurológica ambulatorial com TC de crânio e EEG

02. Evitar dirigir, operar máquinas, subir em locais altos até liberação médica

03. Retornar imediatamente se nova crise

# SE PACIENTE EPILÉPTICO CONHECIDO (má aderência):

01. [Anticonvulsivante habitual do paciente] – Reinstaurar conforme receita anterior

Exemplo: Fenitoína 100mg ————— 90 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, uso contínuo

## Para casa (receituário especial):

# APENAS SE PACIENTE EPILÉPTICO CONHECIDO OU APÓS AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA:

01. Fenitoína 100mg ————— 90 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h (3x/dia), uso contínuo

OU

01. Carbamazepina 200mg ————— 90 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h (3x/dia), uso contínuo

OU

01. Ácido Valproico 500mg ————— 60 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h (2x/dia), uso contínuo

## ? NO PRONTO-SOCORRO

### • ▲ MANEJO E CUIDADOS INICIAIS

- **ABCDE:** Priorizar estabilização clínica e proteção de vias aéreas
- **Lateralização:** Posicionar paciente em decúbito lateral para prevenir broncoaspiração
- **NÃO introduzir objetos na boca** durante a crise (risco de trauma e obstrução)
- **NÃO conter movimentos** com força excessiva (risco de fraturas/luxações)
- **Glicemia capilar imediata:** Hipoglicemia é causa reversível e deve ser corrigida prontamente
- **Oximetria e O2 suplementar** se SatO2 < 94%
- **Acesso venoso periférico**
- **Proteção contra traumas:** Afastar objetos, proteger cabeça
- **Aguardar resolução espontânea:** A maioria das crises cessa em 2-3 minutos
- **Medicação anticonvulsivante:** Indicada APENAS se crise > 5 minutos, crises recorrentes ou status epilepticus
- **Tiamina 100mg IM:** Em etilistas ANTES de glicose (prevenir encefalopatia de Wernicke)

### **Classificação etiológica:**

- **Crise provocada:** Fator agudo transitório (eletrólitos, hipoglicemia, abstinência, medicações, sepse)
- **Crise sintomática aguda:** Lesão neurológica nos últimos 7 dias (AVE, TCE, infecção SNC)
- **Crise sintomática remota:** Lesão cerebral antiga > 7 dias (sequela AVE, TCE prévio)

### **Valores de corte que cursam com crise:**

- Glicemia < 36 ou > 450 mg/dL
- Sódio < 115 mEq/L
- Cálcio < 5,0 mg/dL
- Creatinina > 10 mg/dL

### **Investigação (primeira crise):**

- Hemograma, eletrólitos (Na, K, Ca, Mg), glicemia, ureia, creatinina, função hepática
- TC de crânio sem contraste (obrigatório em primeira crise para excluir lesão estrutural)
- EEG (ambulatorial, após alta)
- Punção lombar se suspeita de meningoencefalite
- Nível sérico de anticonvulsivante em epilético conhecido

### **Sinais de alarme:**

- Crise > 5 minutos
- Crises recorrentes sem recuperação da consciência entre elas (status epilepticus)
- Período pós-ictal prolongado (> 30-60 min)
- Déficit neurológico focal persistente
- Febre + rigidez de nuca (suspeita meningoencefalite)
- TCE associado
- Primeira crise em idoso (investigar AVE, tumor)

---

## • **BENZODIAZEPÍNICO** (Primeira linha para crise em curso)

### ○ **Prescrição prática:**

- Diazepam 10mg/2mL – 01 ampola (10mg) EV pura (sem diluir), em bólus lento
- Velocidade: 2-5 mg/min | Repetir após 3-5 min se persistência
- Dose máxima: 30-40 mg total

### ○ **Alternativas:**

- Midazolam 5mg/mL – 2 mL (10mg) IM dose única, se acesso venoso difícil
- Diazepam 10mg/2mL – 4 mL (20mg) via retal, se sem acesso venoso

### ○ **Indicações:**

- Crise convulsiva em curso com duração > 5 minutos
- Status epilepticus (primeira linha)

### ○ **Apresentações:**

- Diazepam: ampola 10mg/2mL
- Midazolam: ampola 5mg/mL (5mg, 15mg, 50mg)

### ○ **Via(s):** EV | IM (midazolam) | Retal (diazepam)

### ○ **Cuidados:**

- **Depressão respiratória:** Monitorar oximetria, ter material de IOT disponível
- **Hipotensão:** Monitorar PA, especialmente em idosos
- Diazepam EV deve ser administrado PURO (não diluir), exceto em bomba de infusão contínua
- Se diluir diazepam: usar SF 0,9% ou SG 5%, estável por até 4h (precipita facilmente)
- Midazolam IM é preferível ao diazepam IM (melhor absorção)
- Dose midazolam: 0,2 mg/kg IM (máximo 10mg)
- **Não usar diazepam IM** (absorção errática)
- Velocidade de infusão: não exceder 2-5 mg/min para diazepam EV

## • **FENITOÍNA** (Segunda linha - Status epilepticus refratário)

- **Prescrição prática:**

- Fenitoína 250mg/5mL – 20 mL (1.000mg para 70kg) + SF 0,9% 250 mL, EV em 30-40 min
- Dose de ataque: 15-20 mg/kg | Velocidade máxima: 50 mg/min
- Manutenção: Fenitoína 100mg EV de 8/8h (após dose de ataque)

- **Alternativas:**

- Fenobarbital 200mg/2mL (ver abaixo) – terceira linha
- Levetiracetam 500mg/5mL – 30-60 mg/kg EV (não disponível no SUS em muitos locais)

- **Indicações:**

- Status epilepticus refratário a benzodiazepínicos
- Crise convulsiva que não cessa após 2 doses de diazepam

- **Apresentações:**

- Ampola 250mg/5mL (50mg/mL)

- **Via(s):**  EV

- **Cuidados:**

- **NUNCA diluir em solução glicosada** (precipita imediatamente)
- Usar APENAS SF 0,9% ou Ringer Lactato
- Monitorar ritmo cardíaco (arritmias, bradicardia, hipotensão)
- Velocidade > 50 mg/min → risco de arritmia e hipotensão
- Flebite comum (veia calibrosa preferível)
- Cálculo dose:  $\text{Peso} \times 20 \div 250 = \text{número de ampolas}$
- **Exemplo 50kg:** 4 ampolas + 250 mL SF 0,9%, correr em 30 min
- **Exemplo 70kg:** 5-6 ampolas + 250 mL SF 0,9%, correr em 40 min
- **Exemplo 90kg:** 7 ampolas + 250 mL SF 0,9%, correr em 50 min
- Contraindicações: Bloqueio AV, bradicardia sinusal grave, hipersensibilidade
- Interações: Fenitoína tem múltiplas interações medicamentosas
- Monitorar nível sérico em uso crônico (alvo: 10-20 mcg/mL)

- **FENOBARBITAL** (Terceira linha - Status epilepticus super-refratário)

- **Prescrição prática:**

- Fenobarbital 200mg/2mL – 10 mL (para 100kg) + SF 0,9% 90 mL, EV em 20 min
- Dose: 10-20 mg/kg | Velocidade máxima: 50-100 mg/min
- Diluição: 1:9 (concentração final 10 mg/mL)

- **Alternativas:**

- Se refratário: sedação com midazolam, propofol ou tiopental (UTI)

- **Indicações:**

- Status epilepticus refratário a benzodiazepínicos + fenitoína
- Terceira linha no tratamento escalonado

- **Apresentações:**

- Ampola 100mg/mL (2mL) ou 200mg/2mL

- **Via(s):**  EV |  IM

- **Cuidados:**

- **Depressão respiratória grave:** Preparar IOT antes de administrar

- **Hipotensão:** Comum, especialmente com infusão rápida
- **Sedação profunda:** Esperar necessidade de VM
- Calcular: 0,1 mL/kg para apresentação 100mg/mL ou 1 mL a cada 10kg
- Diluir em SF 0,9% na proporção 1:9 (concentração final 10 mg/mL)
- Velocidade: não exceder 50-100 mg/min
- Monitorar PA, FC, FR, oximetria continuamente
- Contraindicações: porfiria aguda, insuficiência respiratória grave
- Meia-vida longa (até 5 dias em adultos)
- Difícil de suspender posteriormente (síndrome de abstinência grave)

- **SEDAÇÃO CONTÍNUA** (Quarta linha - Status epilepticus super-refratário)

- **Prescrição prática:**

- Midazolam 50mg/10mL – 30 mL (150mg) + SF 0,9% 120 mL EV (concentração 1 mg/mL)
- Dose de ataque: 0,2 mg/kg EV lento
- Manutenção: 0,05-0,4 mg/kg/h em BIC

- **Alternativas:**

- Propofol 1% ou 2% – Ataque: 1-2 mg/kg | Manutenção: 5-10 mg/kg/h
- Tiopental 25mg/mL – Ataque: 100-250 mg | Manutenção: 3-5 mg/kg/h

- **Indicações:**

- Status epilepticus refratário às 3 linhas anteriores
- Requer IOT + VM + monitorização com EEG contínuo
- Manejo em UTI

- **Apresentações:**

- Midazolam: ampola 5mg/mL, 15mg/3mL, 50mg/10mL
- Propofol: ampola 10mg/mL (200mg/20mL) ou 20mg/mL
- Tiopental: frasco 500mg ou 1000mg (reconstituir)

- **Via(s):**  EV contínuo (bomba de infusão)

- **Cuidados:**

- **Somente em ambiente de terapia intensiva**
- Intubação orotraqueal obrigatória antes de iniciar
- Monitorização com EEG contínuo (burst-suppression)
- Propofol: Risco de síndrome da infusão (acidose, rabdomiólise, PCR)
- Propofol: Diluir apenas em SG 5%, não usar SF 0,9%
- Tiopental: Reconstituir em SF 0,9% (concentração 25 mg/mL)
- Hipotensão grave é comum → usar vasopressores
- Titular dose conforme resposta no EEG
- Tempo de sedação: geralmente 24-48h, depois desmame gradual
- Contraindicações propofol: alergia a ovo/soja, insuficiência cardíaca grave

- **GLICOSE HIPERTÔNICA** (Correção de hipoglicemia)

- **Prescrição prática:**

- Glicose 50% – 01 ampola (20 mL = 10g), EV lento (push)

- Repetir glicemia capilar após 15 minutos
- **Alternativas:**
  - Glicose 25% – 40 mL (20g) EV, se preferir concentração menor
  - Glucagon 1mg IM, se acesso venoso indisponível
- **Indicações:**
  - Glicemia capilar < 70 mg/dL
  - Hipoglicemia é causa reversível de crise convulsiva
- **Apresentações:**
  - Ampola glicose 50%: 20 mL (10g de glicose)
  - Ampola glicose 25%: 20 mL (5g de glicose)
- **Via(s):**  EV
- **Cuidados:**
  - **Administrar tiamina 100mg IM ANTES em etilistas/desnutridos**
  - Glicose sem tiamina pode precipitar encefalopatia de Wernicke
  - Infusão rápida pode causar flebite
  - Dose: 10-20g (1-2 ampolas glicose 50%)
  - Repetir glicemia após 15 min e ajustar conduta
  - Se glicemia não normalizar: iniciar infusão contínua SG 5% ou SG 10%
  - Extravasamento causa necrose tecidual (atenção!)

- **TIAMINA** (Prevenção encefalopatia de Wernicke)

- **Prescrição prática:**
  - Tiamina 100mg/mL – 01 ampola (100mg), IM dose única
  - Administrar ANTES da glicose em etilistas e desnutridos
- **Indicações:**
  - Paciente etilista crônico
  - Desnutrição
  - Situações de risco para deficiência de tiamina
- **Apresentações:**
  - Ampola 100mg/mL (1mL ou 2mL)
- **Via(s):**  IM |  EV
- **Cuidados:**
  - **Administrar SEMPRE ANTES da glicose** em pacientes de risco
  - Via IM é preferível (menor risco de reação anafilática)
  - Via EV: diluir em SF 0,9% 50-100 mL, correr em 30 min
  - Reação anafilática é rara mas possível (ter adrenalina disponível)
  - Dose: 100mg/dia por 3-5 dias em internados
  - Após estabilização: tiamina 100mg VO diário (manutenção)

- **PROTETOR GÁSTRICO**

- **Prescrição prática:**
  - Omeprazol 40mg – 01 comprimido VO em jejum, 1x/dia

- Omeprazol 40mg/10mL – diluir em 90 mL SF 0,9%, EV em 20 min, 1x/dia
- **Alternativas:**
  - Pantoprazol 40mg – 01 comprimido VO em jejum
  - Pantoprazol 40mg – diluir em SF 0,9% 100 mL, EV em 20 min
- **Indicações:**
  - Profilaxia de úlcera de estresse em pacientes internados
  - Uso de corticosteroides
- **Apresentações:**
  - Comprimidos: 20mg, 40mg
  - Ampolas EV: 40mg
- **Via(s):**  Oral |  EV
- **Cuidados:**
  - Tomar em jejum, 30 min antes do café
  - Não mastigar comprimido (revestimento entérico)
  - Interação com clopidogrel (reduz eficácia)

## • ANTIEMÉTICO

- **Prescrição prática:**
  - Bromoprida 10mg/2mL – 01 ampola (10mg) + 18 mL AD, EV lento, de 8/8h
- **Alternativas:**
  - Metoclopramida 10mg/2mL – 01 ampola (10mg) + 18 mL AD, EV lento, de 8/8h
  - Ondansetrona 8mg/4mL – 01 ampola EV lento, de 8/8h
- **Indicações:**
  - Náuseas e vômitos no período pós-ictal
- **Apresentações:**
  - Bromoprida: ampola 10mg/2mL
  - Metoclopramida: ampola 10mg/2mL
  - Ondansetrona: ampola 4mg/2mL ou 8mg/4mL
- **Via(s):**  EV |  IM |  Oral
- **Cuidados:**
  - Diluir em água destilada (10-20 mL)
  - Sintomas extrapiramidais (raros): acatisia, distonia
  - Contraindicação: epilepsia não controlada (baixa limiar convulsivo)
  - Dose máxima: 30mg/dia
  - Evitar uso prolongado

## ? PARA CASA

### CONCEITO FUNDAMENTAL:

- Após **primeira crise única** sem lesão estrutural ou alteração no EEG, **NÃO está indicado iniciar anticonvulsivante crônico**
- Anticonvulsivante crônico está indicado apenas em:

- Segunda crise não provocada (= diagnóstico de epilepsia)
- Primeira crise COM lesão epileptogênica na neuroimagem
- Primeira crise COM atividade epileptiforme no EEG
- Primeira crise noturna (risco aumentado)
- Paciente epiléptico conhecido com má aderência: reinstaurar medicação habitual
- Ajuste de dose ou troca de anticonvulsivante: encaminhar para neurologista

- **ANTICONVULSIVANTE CRÔNICO** (Apenas se indicado)

- **Prescrição:**

- Fenitoína 100mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h (3x/dia), uso contínuo
- Quantidade: 90-180 comprimidos (prescrição controlada - notificação B)

- **Indicações:**

- Epilepsia confirmada (duas ou mais crises)
- Primeira crise com lesão estrutural epileptogênica
- Primeira crise com EEG epileptiforme

- **Apresentações:**

- Comprimidos 100mg

- **Posologia:**

- Adultos: 300-400 mg/dia (dividido 8/8h ou 12/12h)
- Dose usual: 5-7 mg/kg/dia
- Ajustar conforme nível sérico (alvo 10-20 mcg/mL)

- **Cuidados:**

- **Requer receituário de controle especial (notificação B)**
- Tomar sempre no mesmo horário
- Não suspender abruptamente (risco de crise)
- Cinética saturável: pequenos aumentos de dose → grandes aumentos no nível sérico
- Induz metabolismo de outras drogas (anticoagulantes, anticoncepcionais, etc)
- Efeitos colaterais: hiperplasia gengival, hirsutismo, ataxia, nistagmo
- Toxicidade: ataxia, diplopia, nistagmo, confusão (geralmente > 20 mcg/mL)
- Interações: múltiplas (warfarina, ACO, carbamazepina, valproato, etc)
- Monitorar função hepática periodicamente
- **Mulheres em idade fértil:** Suplementar ácido fólico 5mg/dia
- Contraindicações: gravidez categoria D, bloqueio AV

- **Alternativa(s):**

- Carbamazepina 200mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, uso contínuo (crises focais)
- Ácido Valproico 500mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h, uso contínuo (crises generalizadas)
- Levetiracetam 500mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h, uso contínuo (menos interações, custo maior)

- **ORIENTAÇÕES GERAIS** (Primeira crise)

- **Prescrição:**

- Retorno com neurologista para avaliação e solicitação de EEG
- Trazer resultado da TC de crânio na consulta

- **Indicações:**

- Todo paciente com primeira crise convulsiva não provocada

- **Cuidados:**

- Aguardar avaliação neurológica antes de iniciar anticonvulsivante crônico
  - Investigação ambulatorial completa (EEG, RM se TC alterada)
  - Seguimento para definir necessidade de tratamento crônico
- 

- **☒☒☒☒ Orientações ao paciente**

- **Retornar IMEDIATAMENTE ao pronto-socorro se:**

- Nova crise convulsiva
- Crise com duração > 5 minutos
- Múltiplas crises em sequência
- Febre, rigidez de nuca, cefaleia intensa (suspeita meningite)
- Confusão mental prolongada (> 1-2 horas)
- Fraqueza ou paralisia de um lado do corpo
- Dificuldade para falar
- Trauma craniano durante crise

- **Restrições de atividades:**

- **NÃO dirigir veículos** até liberação médica (geralmente 6-12 meses sem crises)
- **NÃO operar máquinas perigosas**
- **NÃO subir em locais altos** (escadas, andaimes)
- **NÃO nadar sozinho** (risco de afogamento)
- Evitar atividades de risco até avaliação neurológica
- Banho de chuveiro preferível (evitar banheira)

- **Evolução esperada:**

- Período pós-ictal pode durar minutos a horas (confusão, sonolência, cefaleia)
- Recuperação neurológica completa esperada em 24-48h
- Paresia de Todd (fraqueza focal transitória) pode durar até 48h
- Mialgias difusas são comuns nos dias seguintes

- **Modificações de estilo de vida:**

- Dormir 7-8 horas por noite (privação de sono é gatilho)
- Evitar consumo excessivo de álcool
- Evitar luzes piscantes se fotossensível
- Controlar estresse
- Aderir rigorosamente à medicação SE prescrita
- Não suspender anticonvulsivante abruptamente (risco de status epilepticus)

- **Seguimento:**

- Consulta com neurologista em 15-30 dias
- Levar resultado da TC de crânio
- EEG será solicitado pelo neurologista
- Reavaliação periódica se iniciar anticonvulsivante

- **Informações importantes:**

- Primeira crise única NÃO significa epilepsia
- Maioria dos pacientes não terá nova crise
- Anticonvulsivante geralmente não é necessário após primeira crise isolada
- Familiares devem saber o que fazer durante crise:
  - Lateralizar paciente
  - Afastar objetos
  - NÃO introduzir nada na boca
  - NÃO segurar/conter com força
  - Cronometrar duração
  - Chamar 192 se > 5 minutos

- **Afastamento laboral:**

- Geralmente não necessário após primeira crise única
  - Se atividade de risco: afastar até avaliação neurológica
  - Motoristas profissionais: afastamento prolongado conforme legislação
- 

## ? CID-10:

- **G40.9:** Epilepsia, não especificada
  - **G41.0:** Estado de mal epiléptico de grande mal convulsivo (status epilepticus)
  - **G41.9:** Estado de mal epiléptico, não especificado
  - **R56.0:** Convulsões febris
  - **R56.8:** Outras convulsões e as não especificadas (primeira crise)
- 

Revision #5

Created 7 August 2025 07:52:30 by Heric

Updated 10 October 2025 05:32:13 by Heric