

- Sinais e Sintomas de Infecção Suspeita:**
- Tosse com expectoração + dispnéia ou dor pleurítica
 - Dor lombar + disúria ou polaciúria
 - Dor abdominal ou icterícia
 - Diminuição aguda do nível de consciência
 - Vômitos e cefaléia
 - Sinais inflamatórios cutâneos extensos
 - Febre nas últimas 24 horas
 - Critério clínico do responsável pela avaliação

- SINAIS DE SIRS:**
- Temperatura > 38,3 °C ou < 36°C
 - FR > 20 irpm
 - FC > 90 pbm
 - Leucocitose > 12.000, ou < 4.000, ou 10% de bastões
 - qSOFA (pelo menos 2 critérios) Glasgow < 15
 - FR ≥ 22 rpm
 - PAS ≤ 100 mmHg
 - Temperatura > 37,8 °C ou tremores, calafrios, queda do estado geral E Quimioterapia nas últimas 2 semanas =
- DIRECIONAR PARA PROTOCOLO DE NEUTROPENIA FEBRIL**

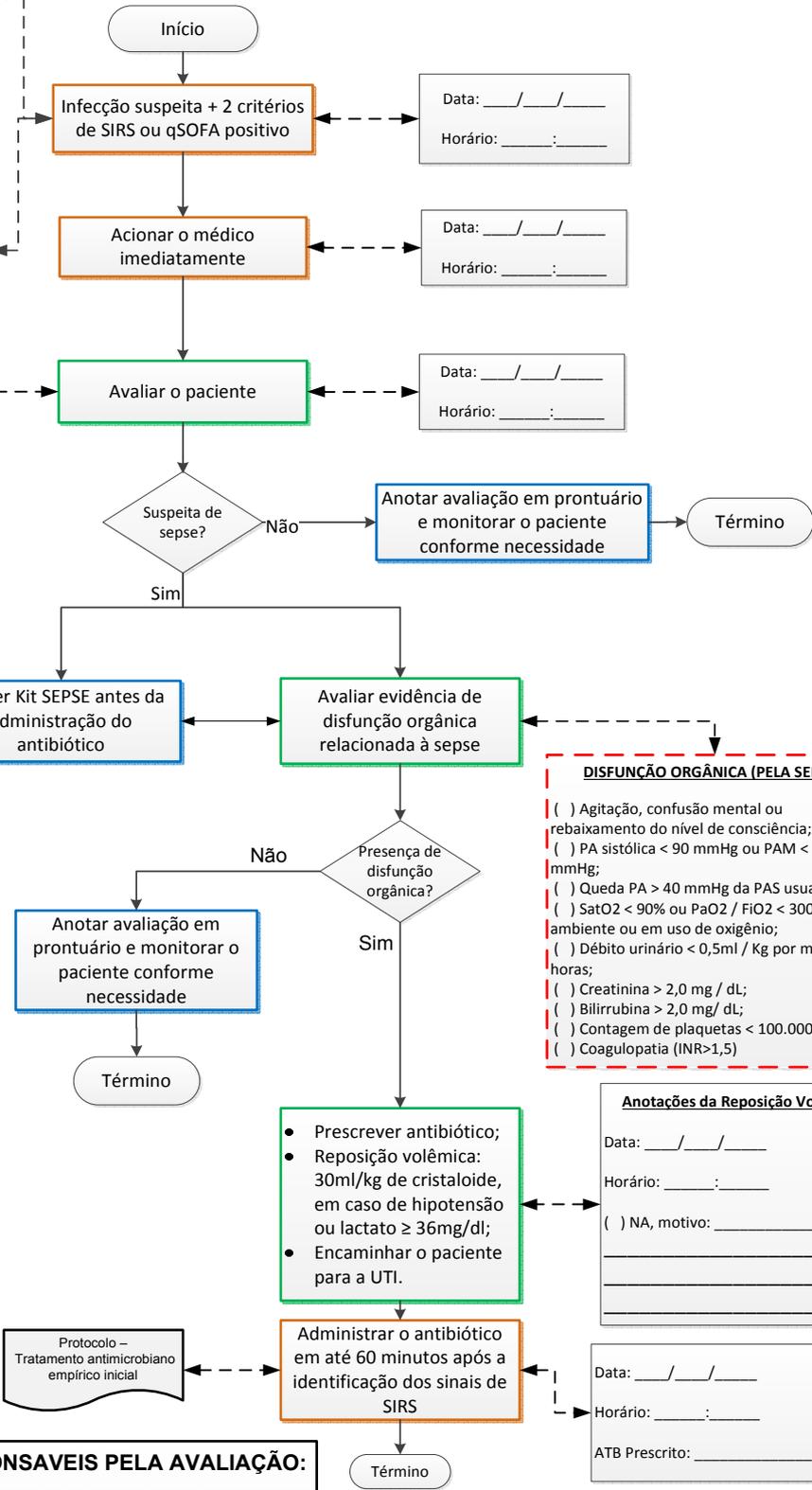
- Infecção sem disfunção
- Sepsis
- Choque Séptico

- KIT SEPSE:**
- Sódio;
 - Potássio;
 - Uréia;
 - Creatinina;
 - Glicose;
 - Lactato;
 - Gasometria Arterial;
 - Hemograma;
 - Bilirrubinas;
 - TGO e TGP;
 - PCR;
 - TAP e TTPA;
- Hemoculturas (2 pares: 1 frasco aeróbio e 1 anaeróbio) colhido em sítios diferentes.
* Colher urocultura se suspeita de Pielonefrite.

- HEMOCULTURA:**
- 1ª Amostra:**
- Data: ___/___/___
- Hora: ___:___
- Local da coleta – Membro: _____
- Punção periférica
 - Cateter venoso central
 - Cateter arterial.
- 2ª Amostra:**
- Data: ___/___/___
- Hora: ___:___
- Local da coleta – Membro: _____
- Punção periférica
 - Cateter venoso central
 - Cateter arterial.

- PARA USO DO GESTOR DO PROTOCOLO:**
- Desfecho em 30 dias**
- Alta
 - Mantém-se internado
 - Óbito

ETIQUETA DO PACIENTE



- DISFUNÇÃO ORGÂNICA (PELA SEPSE):**
- Agitação, confusão mental ou rebaixamento do nível de consciência;
 - PA sistólica < 90 mmHg ou PAM < 70 mmHg;
 - Queda PA > 40 mmHg da PAS usual;
 - SatO2 < 90% ou PaO2 / FiO2 < 300 em ar ambiente ou em uso de oxigênio;
 - Débito urinário < 0,5ml / Kg por mais de 2 horas;
 - Creatinina > 2,0 mg / dL;
 - Bilirrubina > 2,0 mg / dL;
 - Contagem de plaquetas < 100.000/mm3
 - Coagulopatia (INR>1,5)

Anotações da Reposição Volêmica:

Data: ___/___/___

Horário: ___:___

NA, motivo: _____

Data: ___/___/___

Horário: ___:___

ATB Prescrito: _____

RESPONSÁVEIS PELA AVALIAÇÃO:
(carimbo e assinatura)

MÉDICO:

ENFERMEIRO:

- LEGENDA**
- Enfermagem
 - Médico
 - Equipe Multiprofissional