

1) OCENA WSTĘPNA Imię i nazwisko
pacjenta:

a) Czy dostępne informacje pozwalają na stwierdzenie lub podejrzenie nowego zakażenia?

<input type="checkbox"/> układ oddechowy	<input type="checkbox"/> skóra/tkanki miękkie	<input type="checkbox"/> zapalenie wsierdca
<input type="checkbox"/> drogi moczowe	<input type="checkbox"/> układ kostno-szkieletowy	<input type="checkbox"/> zakażenie implantu
<input type="checkbox"/> jama brzuszna	<input type="checkbox"/> rana	<input type="checkbox"/> inne zakażenie
<input type="checkbox"/> zapalenie opon mózgowych	<input type="checkbox"/> cewnik naczyniowy	

b) Czy pojawiły się przynajmniej dwa z poniższych objawów?

<input type="checkbox"/> hipertermia > 38.3 lub hipotermia < 36.0°	<input type="checkbox"/> gwałtowne dreszcze	<input type="checkbox"/> leukocytoza > 12000 lub leukopenia < 4000
<input type="checkbox"/> ból głowy ze sztywnością karku	<input type="checkbox"/> tachykardia > 90/min.	<input type="checkbox"/> CRP lub PCT > 2 SD od normy
<input type="checkbox"/> nagłe zaburzenia świadomości	<input type="checkbox"/> tachypnoe > 20/min lub konieczność wentylacji mechanicznej	<input type="checkbox"/> glikemia > 120mg% (6.6mmol/l) przy nieobecności cukrzycy

c) Czy pojawiły się objawy niewydolności narządowej wywołanej nowym zakażeniem?

<input type="checkbox"/> SAP < 90mmHg, MAP < 65mmHg	<input type="checkbox"/> bilirubina > 2mg% (34.2mmol/l)	<input type="checkbox"/> INR > 15 lub APTT > 60sek.
<input type="checkbox"/> SAP < 40mmHg od ustalonego poziomu	<input type="checkbox"/> płytki krwi < 100 tys.	<input type="checkbox"/> obustronne nacieki płucne z PaO ₂ /FiO ₂ < 300
<input type="checkbox"/> kreatynina < 2.0mg% (176.8mmol/l) lub diureza < 0.5mg/kg/godz. Przez 2 godz.	<input type="checkbox"/> mleczań > 2mmol/l (18.0mg%)	<input type="checkbox"/> obustronne nacieki płucne wymagające tlenu dla SO ₂ > 90%

Jeśli odpowiedź na wszystkie pytania brzmi „TAK” – Należy rozpoznać: CIEŻKA SEPSA

CZAS ROZPOZNANIA CIĘŻKIEJ SEPSY DD / MM / RRRR; GG:MM / / ; :

CZAS PRZYJĘCIA DO SZPITALA DD / MM / RRRR; GG:MM / / ; :

CZAS PRZYJĘCIA DO OIT DD / MM / RRRR; GG:MM / / ; :

Miejsce rozpoznania ciężkiej sepsy:

<input type="checkbox"/> izba przyjęć/SOR	<input type="checkbox"/> oddział szpitalny	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> OIT (w trakcie pobytu)	<input type="checkbox"/> OIT (przekazany)
---	--	-----------------------------	---	---

2) PAKIET RESUSCYTACYJNY (powinien być zakończony w ciągu 6 godzin od rozpoznania ciężkiej sepsy)

d) Czy zmierzono poziom mleczań? <input type="checkbox"/> Nie, <input type="checkbox"/> Tak; Czas:		/	/	;	:
Wartość		mmol/l			
(najwyższa jeśli kilka badań)		mg%			

e) Czy pobrano krew na posiew? <input type="checkbox"/> Nie, <input type="checkbox"/> Tak; Czas:		/	/	;	:
<input type="checkbox"/> Przed ciężką sepsą					
Podany antybiotyk		/	/	;	:
		/	/	;	:
		/	/	;	:

f) Czy pacjent miał objawy wstrząsu? Nie, Tak

SAP < 90mmHg MAP < 65 mmHg SAP spadek > 40 mmHg; Mleczany > 4 mmol/l

Czy podano płyny (20 ml/kg lub odpowiednik)? Nie, Tak; **MAP > 65 mmHg** Nie, Tak

Czy podano wazopresory (bo płyny nie zadziałały)? Nie, Tak

g) Czy mierzono OCŻ? Nie, Tak

SAP < 90mmHg MAP < 65 mmHg SAP spadek > 40 mmHg; Mleczany > 4 mmol/l

Czy uzyskano OCŻ > 8mmHg w ciągu 6 godzin? Nie, Tak; Czas: / / ; :

h) Czy mierzono ScvO₂? Nie, Tak

SAP < 90mmHg MAP < 65 mmHg SAP spadek > 40 mmHg; Mleczany > 4 mmol/l

Czy uzyskano ScvO₂ > 70% w ciągu 6 godzin? Nie, Tak; Czas: / / ; :

3) PAKIET LECZNICZY (powinien być zakończony w ciągu 24 godzin od rozpoznania ciężkiej sepsy)

a) Czy podano sterydy wg wskazań? Nie było wskazań, Tak; Czas: / / ; :

Jeśli nie podano mimo wskazań, czy udokumentowano przyczynę? Nie, Tak

b) Czy podano rhAPC wg wskazań? Nie było wskazań, Tak; Czas: / / ; :

Jeśli nie podano mimo wskazań, czy udokumentowano przyczynę? Nie, Tak

c) Pomiary glikemii		Wartość średnia:							
1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)		
9)	10)	11)	12)	13)	14)	15)	16)		
17)	18)	19)	20)	21)	22)	23)	24)		

d) Czy pacjent był wentylowany Nie, Tak

Ciśnienie plateau: **Wartość średnia:**

1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)		
9)	10)	11)	12)	13)	14)	15)	16)		
17)	18)	19)	20)	21)	22)	23)	24)		

4) WYNIK LECZENIA

--

Wypis z OIT	/ / ; :	Przeżył? <input type="checkbox"/> Nie, <input type="checkbox"/> Tak
Wypis ze szpitala	/ / ; :	
