

SCHEDA AUDIT SEPSI

1. LA PRESENZA DI SEGNI/SINTOMI RELATIVI ALLA PRESUNTA SEDE DI INFEZIONE) Data Insorgenza: __/__/__			
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Secrezioni Tracheobronchiali Purulente /Tosse / Nuova necessità di O ₂ oppure supporto respiratorio	Data __/__/__
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Diarrea/Dolore Addominale/Distensione	Data __/__/__
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cellulite/Infezione Ferita Sito Chirurgico	Data __/__/__
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Disuria/Piuria	Data __/__/__
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Infezione catetere correlata.....	Data __/__/__
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cefalea/Rigidità Nucale.....	Data __/__/__
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Alterazione del sensorio.....	Data __/__/__
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altro: _____	Data __/__/__

2. LA PRESENZA DI SEGNI / SINTOMI SISTEMICI DI INFEZIONE			
Data di Insorgenza: __/__/__			
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ipo/Ipertermia < 36° <input type="checkbox"/> > 38.3° <input type="checkbox"/>	Data __/__/__
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ipotensione	Data __/__/__
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Brivido	Data __/__/__

A. EVIDENZA MICROBIOLOGICA relativa all'infezione			
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Esami Colturali e Non (Emocoltura o altra Coltura)	
Data Invio Campione: __/__/__ Ora _____			
Specificare Campione/Patogeno isolato con carica:		Contaminante cutaneo isolato clinicamente significativo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

B. INDICI DI FLOGOSI relativi all'infezione			
*riportare i valori peggiori specificando unità misura;			
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	PCT _____ Delta PCT (rispetto al basale) _____	Data __/__/__
		PCR _____ Delta PCR (rispetto basale) _____	Ora _____

C. IN CASO DI INFEZIONE CERTA O SOSPETTA SONO STATE INTRAPRESE AZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE?			
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Prelievo ed invio Emocolture	Data Richiesta __/__/__ Ora _____
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Prelievo ed invio altra coltura (Campione:)	Data Richiesta __/__/__ Ora _____
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nuova somministrazione di antibioticoterapia	Data Inizio __/__/__ Data Fine __/__/__
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Conferma antibioticoterapia già in corso	Data Fine __/__/__

D. UN ESAME DIAGNOSTICO HA CONFERMATO L'INFEZIONE?	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Data invio campione/esecuzione esame __/__/__ ORA _____	
<input type="checkbox"/> Emocoltura.....	<input type="checkbox"/> Ecografia.....
<input type="checkbox"/> altre colture	<input type="checkbox"/> Rx Torace
<input type="checkbox"/> TAC /RMN	<input type="checkbox"/> Ecocardiografia
<input type="checkbox"/> Altro (specificare).....	<input type="checkbox"/> Esame Obiettivo

E. BASANDOSI SULLA REVISIONE DELLA CARTELLA QUALE È L'ATTUALE SEDE DELL'INFEZIONE?	
<input type="checkbox"/> SNC	<input type="checkbox"/> Polmone
<input type="checkbox"/> Sangue	<input type="checkbox"/> Urine
<input type="checkbox"/> Tessuti Molli	<input type="checkbox"/> Intra-addominale
<input type="checkbox"/> ossa	<input type="checkbox"/> cuore
<input type="checkbox"/> non documentata	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> GI	
F. INDICARE AREA DI RICOVERO DEL PAZIENTE QUANDO AVEVA SEGNI/SINTOMI DI INFEZIONE/SEPSI/SS _____	
G. L'EVENTO INFEZIONE/SEPSI/SS HA RICHIESTO UPGRADING AREA RICOVERO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

SDO: _____
Data Ingresso __/__/__
Motivo del ricovero: _____
È presente un PDTA Aziendale condiviso per la gestione del paziente settico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Data ultimo aggiornamento __/__/__

3. IL PAZIENTE RIPORTA SEGNI DI DANNO D'ORGANO NON ALTRIMENTI SPIEGABILI SECONDO UNO DEI SEGUENTI CRITERI CORRELABILE ALL'INFEZIONE (3.1->3.6)?					
SE SI PROCEDERE ALLA COMPILAZIONE *Considera solo danni d'organo con delta 48h da segno/sintomo piu' recente di sospetta o certa infezione; *					
3.1 INSUFFICIENZA CARDIOVASCOLARE					
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nuova Necessita' Vasopressore	Se SI Lattato ≥2 mmol/L	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ipotensione > 1h	Se SI Lattato ≥2mmol/L	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3.2 INSUFFICIENZA RESPIRATORIA					
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nuova Necessità O ₂	Data __/__/__		
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nuova necessità supporto Respiratorio (VAM/NIMV/CPAP)	Data __/__/__		
3.3 INSUFFICIENZA RENALE*					
*solo per pazienti senza malattia renale terminale					
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Incremento Creatinina >50% rispetto al basale. *Riportare di seguito il valore peggiore rispetto al basale nel delta di 48hr;			
CREATININA	<input type="checkbox"/> < 1.2	<input type="checkbox"/> 1.2-1.9	<input type="checkbox"/> 1.9-3.4	<input type="checkbox"/> 3.5-4.9 oppure diuresi < 500 ml/die	<input type="checkbox"/> > 5 oppure diuresi < 200 ml/die
3.4 INSUFFICIENZA EPATICA					
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Incremento Bilirubina >50% rispetto al basale			
BILIRUBINA	<input type="checkbox"/> < 1.2	<input type="checkbox"/> 1.2-1.9	<input type="checkbox"/> 2.0-5.9	<input type="checkbox"/> 6-11.9	<input type="checkbox"/> > 12
3.5 PIASTRINOPENIA*					
*solo per i pazienti con un valore base di conta piastrinica > 100 cells/μL					
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	DIMINUIZIONE DELLA CONTA PIASTRINICA ≥ 50% RISPETTO AL VALORE BASE			
CONTA PIASTRINICA	<input type="checkbox"/> ≥ 150	<input type="checkbox"/> < 150	<input type="checkbox"/> < 100	<input type="checkbox"/> < 50	<input type="checkbox"/> < 20
3.6 STATO COGNITIVO					
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	RICHIESTA CONSULENZA PSICHIATRICA/NEUROLOGO			
STATO COGNITIVO	<input type="checkbox"/> alert	<input type="checkbox"/> confused	<input type="checkbox"/> voice	<input type="checkbox"/> pain	<input type="checkbox"/> unresponsive
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	4. IL PAZIENTE PRESENTA INFEZIONE + DANNO D'ORGANO (=SEPSI)?			
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	4.A IL PAZIENTE PRESENTA SHOCK SETTICO (SEPSI + IPOTENSIONE CON NECESSITÀ VASOPRESSORI + LATTATI ≥2)? Data __/__/__ ora _____			

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	DIAGNOSI DI INFEZIONE RIPORTATA IN CARTELLA	Data __/__/__
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	DIAGNOSI DI SEPSI RIPORTATA IN CARTELLA DIAGNOSI DI SHOCK SETTICO RIPORTATO IN CARTELLA	Data __/__/__ Data __/__/__
In caso di risposta affermativa al secondo punto (sepsi o shock settico) rilevare eventuali			
Non Conformità rispetto ai PDTA aziendali in relazione ai seguenti punti:			
1) Quale Sistema di allerta precoce è utilizzato: <input type="checkbox"/> MEWS, <input type="checkbox"/> NEWS, <input type="checkbox"/> SOFA, <input type="checkbox"/> qSOFA, <input type="checkbox"/> SIRS, <input type="checkbox"/> MEOWS). In quali contesti: _____			
2) Esami di laboratorio (Lattati, PCR, PCT, Microbiologia): tempestività rispettata? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
3) Diagnostica per immagini (se indicata): tempestività rispettata? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
4) La terapia antibiotica empirica (TAE) in attesa di conferma microbiologica è conforme alle raccomandazioni? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Note _____			
5) La TAE tiene conto dell'ecologia locale e dei fattori di rischio del Paziente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
6) Consulenza infettivologica e/o "Antimicrobial Stewardship" (se prevista): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
7) Eradicazione chirurgica o interventistica della fonte di infezione: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA			
8) "Hemodynamic Management" (in caso di shock o ipotensione); con particolare riferimento a scelta e dosaggio delle amine e dosaggio dei cristalloidi in ml/h: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA			
9) Conformità della gestione dell'insufficienza respiratoria: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA			
10) Terapie addizionali (glucocorticoidi, profilassi trombotica venosa): _____			
11) Necessità di Emotrasfusioni: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Valore Hb pre-trasfusione _____			
12) Necessità di terapia steroidea sostitutiva (indicazione: shock settico refrattario): <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Note _____			
13) Vi è evidenza della Continuità assistenziale e di follow-up nel paziente con esiti di sepsi / shock settico? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Note _____			
14) Durante la degenza il paziente ha sviluppato ICA (CR-BSI, CAP, IVU)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se SI Data __/__/__ o era già colonizzato da germi multi-resistenti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			