



**STANDING ORDER SHEET FOR SEPSIS/ SEPTIC SHOCK**  
**ORTHOPEDIC DEPARTMENT, CHIANGRAI PRACHANUKROH HOSPITAL**

MEWS	3	2	1	0	1	2	3
Temp=.....		<35	35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-38.5	≥38.6	
HR=.....		≤40	41-50	51-100	101-110	111-130	≥131
RR=.....	<8	Respirator		9-14	15-20	21-29	≥30
SBP=.....	≤70	71-80	81-100	101-199		≥200	
SpO <sub>2</sub> =.....	<85	85-89	90-93	≥94			
CNS		New Confusion		Alert	Response to voice	Response to pain	Unresponsive
Urine output	≤500ml /24hr	501-750 ml/24hr	751-1000 ml/24hr	≥1000ml/hr or ≥40 ml/hr	31-40 ml/hr	21-30 ml/hr	<20ml/hr

Progress Note	ORDER FOR ONE DAY		ORDER FOR CONTINUATION	
	Time		Time	
<b>Date:</b> ...../...../..... <b>MEWS =</b> ..... <b>Source infection:</b> <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Septic arthritis (ตำแหน่ง.....) <input type="checkbox"/> ..... <b>Problem List/Dx</b> ..... ..... <b>Plan:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Antibiotics <input type="checkbox"/> Investigation: ..... <input type="checkbox"/> Consult..... ..... <input type="checkbox"/> Surgery..... ..... <input type="checkbox"/> ..... ..... .		<b>Managements</b> <input type="checkbox"/> Load NSS ..... ml <input type="checkbox"/> NSS 1,000 ml ⊕ .... ml/hr <input type="checkbox"/> On O <sub>2</sub> ..... L/min <input type="checkbox"/> Retain Foley's cath <input type="checkbox"/> Consult..... ..... <b>Blood Tests</b> <input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> LFT <input type="checkbox"/> PT, PTT, INR <input type="checkbox"/> BUN Cr Electrolyte <input type="checkbox"/> H/C x II specimen <input type="checkbox"/> U/A <input type="checkbox"/> U/C <input type="checkbox"/> Blood lactate <input type="checkbox"/> DTX q ..... keep..... <b>Other tests</b> <input type="checkbox"/> CXR <input type="checkbox"/> Film X-ray..... <input type="checkbox"/> ยึดเครื่อง U/S ดู IVC (กรณี BP drop หรือ Low urine output) <input type="checkbox"/> Record urine, keep > 40ml/hr .....		<input type="checkbox"/> Regular diet <input type="checkbox"/> NPO <input checked="" type="checkbox"/> Record V/S <input type="checkbox"/> Record I/O <input type="checkbox"/> Record Drain <b>Medications</b> <input type="checkbox"/> Cefazolin 1 gm IV q 6 hr <input type="checkbox"/> Ceftriaxone 2 gm IV OD <input type="checkbox"/> Metronidazole 500 mg IV q 8 hr <input type="checkbox"/> Clindamycin 600 mg IV q 8 hr <input type="checkbox"/> Ciprofloxacin 400 mg IV q 12 hr <input type="checkbox"/> ..... ..... <input type="checkbox"/> ..... .....

พิจารณาใช้เอกสารนี้เมื่อสงสัยมีการติดเชื้อ หรือ MEWS Score ≥ 4

หาก MEWS ≥ 4 ตามแพทย์เวรประเมินผู้ป่วย หาก MEWS ≥ 6 ให้รายงาน Staff เจ้าของไข้ (นอกเวลา รายงาน staff เหว)

Patient's ID Sticker