

Informações do Documento

PROTOCOLO GERENCIADO DE DIAGNOSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DA SEPSE EM ADULTO

Criado por: Felipe Duarte Silva - 22/04/2019 - 13:00

Última atualização por: Talia Falcao Dalcoquio - 24/07/2023 - 18:58

Versão Corrente: 25/07/2023 - 14:17

Expira em: 25/07/2025

Unidade: Sírio-Libanês

Tags: sepsse, sepsse adultos, Tratamento Precoce, protocolo de sepsse

Tipos de Documento: DOCUMENTO QUALIDADE > PROTOCOLO

Locais de Guarda: Hospital Sírio Libanês > Corporativo - Hospital Sírio Libanês

Informações Gerais		
MOTIVO DA REVISÃO:		
Usuário	Data	Histórico
Talia Falcao Dalcoquio	24/07/2023 - 18:58	exclusão da ficha de coleta.
Talia Falcao Dalcoquio	19/05/2023 - 17:28	Atualização com informações mais detalhadas do atendimento à sepsse; inclusão de fluxograma; atualização da tabela de terapia antimicrobiana empírica.
Felipe Duarte Silva	24/08/2022 - 12:55	Atualização de Conteúdo - Local de Acesso de Ficha - Indicadores
CERTIFICAÇÃO:	JCI	
INFORMAÇÕES ADICIONAIS:	Sem Informação	
SETOR / DEPARTAMENTO:	Corporativo	
ÁREAS ENVOLVIDAS:	Enfermagem,Oncologia,Pronto Atendimento,Qualidade,Relacionamento Médico - Corpo Clínico,Unidade Avançada de Insuficiência Cardíaca,Unidade Crítica Geral,Unidade de Terapia Intensiva Adulto,UTI Cardiológica	
CÓDIGO ORIGINAL:	CORP-PROT-CORP-001	
Identificação		
CÓDIGO:	HSL-PROT-CORP-001	
Informações do Fluxo		

PRÓXIMA AÇÃO:	
Atributos	

CÓPIA CONTROLADA

Título do arquivo

PROTOCOLO GERENCIADO DE DIAGNOSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DA SEPSE EM ADULTO.docx

CÓPIA CONTROLADA



1. OBJETIVO

1.1 Primários

- Identificar precocemente pacientes com sepse na instituição;
- Administração de antimicrobiano efetivo na 1ª hora após o reconhecimento de sinais de sepse;
- Realização a abordagem inicial do paciente com sepse adotando o pacote de ações preconizadas.

1.2 Secundários

- Orientar profissionais de saúde quanto aos sinais de alerta de sepse e de possíveis disfunções orgânicas associadas a sepse;
- Alocação do paciente com sepse em unidade apropriada na instituição;

2. APLICAÇÃO

- (X) Hospital Sírio-Libanês – Bela Vista
- (X) Hospital Sírio-Libanês – Brasília
- () Unidade Itaim
- () Unidade Jardins
- () Centro de Oncologia Brasília
- () Centro de Diagnóstico Brasília
- () Unidades Saúde Populacional
- () Telessaúde Saúde Populacional

3. GLOSSÁRIO

SEPSE: Todos os pacientes com disfunção orgânica decorrente de processos infecciosos serão considerados como caso de sepse e incluídos nas análises.

CHOQUE SÉPTICO: Todos os pacientes com colapso hemodinâmico e metabólico decorrente de sepse serão considerados como casos de choque séptico incluídos nas análises de indicadores. Objetivamente é definido como a presença de hipotensão arterial sustentada, que requer uso de vasopressores para manter a PAM igual ou superior a 65mmHg ou pelo lactato sérico maior ou igual a 4 mmol/L (36mg/dL), na ausência de hipovolemia.



ILAS: instituto latino americano de sepse
SOFA: sequential organ failure assessment score
SIRS: síndrome da resposta inflamatória sistêmica
qSOFA: quick sequential organ failure assessment score
MEWS: modified early warning scores
NEWS: national early warning score
CCIH: comissão de controle de infecção hospitalar
PAM: Pressão arterial média.

4. INTRODUÇÃO

Sepse é uma condição clínica aguda, de alta prevalência, com elevada morbimortalidade e que onera os sistemas de saúde de forma expressiva. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, cerca de 31 milhões de pessoas são acometidas anualmente pela doença e 20% destas, morrem em decorrência da mesma. Um recente estudo com 409 hospitais americanos, mostrou que a incidência da doença nestas instituições no ano de 2014 representava 6%, sendo a maior parte desses pacientes (aproximadamente 86%) admitidos pelo setor de emergência. Neste contexto, a mortalidade intra-hospitalar chegou a 15%. No Brasil, dados publicados pelo ILAS apontam que cerca de 670 mil novos casos ocorram por ano e que destes, 50% tenham o óbito como desfecho clínico. Expressiva variação na taxa é observada quando a análise se divide entre instituições públicas e privadas (42,2% vs. 17,7%), e muito se discute sobre a qualidade do cuidado, sobretudo em relação ao reconhecimento e intervenção precoce, determinantes para o bom desfecho do paciente.

Após discussões multiprofissionais e com experts no assunto em diversos setores da instituição, o Hospital Sírio-Libanês, entendendo a necessidade de sensibilização de pacientes e equipes, além do enfoque no melhor cuidado centrado no paciente, optou por utilizar os critérios de SIRS como disparadores do protocolo na triagem em ambiente de pronto atendimento e nas unidades de internação. Nos ambientes de terapia intensiva, entende-se que os sinais de SIRS perdem acurácia diagnóstica optando-se pelos marcadores de disfunção orgânica como disparadores.



Alinhado a estas definições e às melhores evidências científicas na área, este protocolo gerenciado destina-se ao reconhecimento precoce e ao manejo inicial do paciente em sepse. A sepse é doença tempo dependente, sendo a identificação e as intervenções precoces determinantes no desfecho dos pacientes atendidos na nossa instituição.

Cabe ressaltar que as análises de desfecho clínico não devem, no entanto, limitar-se às taxas de letalidade. Estudos mostram importantes sequelas cognitivas, psicológicas e físicas, além de disfunção orgânica permanente em parte expressiva dos sobreviventes à doença. Isso é responsável por significativa perda de qualidade de vida e eleva as taxas de readmissão e óbito a posteriori. Nesse sentido, o cuidado ao paciente com sepse deve ser integral e abranger ações desde o diagnóstico, tratamento e orientações de cuidados pós alta, conduzidos por uma equipe multiprofissional treinada e com expertise no assunto.

As comissões executiva e científica que compõem o protocolo não se eximem, no entanto, de trabalhar em diretrizes de melhores práticas nas demais fases de atendimento destes pacientes, inclusive no desenvolvimento de ações de seguimento para os pacientes incluídos neste protocolo tanto durante a sua internação hospitalar quanto no seguimento pós-alta.

5. DESCRIÇÃO

5.1 Critérios de inclusão e exclusão

5.1.1. Critérios de inclusão:

Pacientes adultos (HSL São Paulo ≥ 16 anos e HSL Brasília ≥ 14 anos) com **suspeita de infecção associada a 2 (ou mais) critérios de SIRS e/ou uma disfunção orgânica** (vide fluxograma protocolo sepse).

5.1.2. Critério de exclusão:

Cuidados de Fim de Vida: Pacientes que desenvolvam sepse no contexto de finitude de vida e para os quais não se adotam propostas curativas (*trial* de UTI, antibioticoterapia curativa, ou seja, que não tenha objetivo único de alívio de sintomas) não serão incluídos na análise dos indicadores. Nesse sentido o registro em prontuário de limitação de recursos curativos é importante para a detecção e não inclusão destes pacientes nas análises.



5.2 Gerenciamento e comissões

Este protocolo conta com as comissões científica e executiva multiprofissionais e contam com um médico de referência designado pela instituição.

5.3 Indicadores

Os indicadores são obtidos a partir de informações coletadas e inseridas na plataforma REDCap® e analisadas pela área. São indicadores deste protocolo:

- Taxa de administração de antimicrobianos em pacientes com sepse/ choque séptico causado por agente bacteriano, identificados no pronto-atendimento e tempo igual ou inferior a 60 minutos;
- Mortalidade dos pacientes com sepse admitidos pelo pronto atendimento;
- Mediana do tempo de administração de antimicrobiano nos pacientes com sepse/choque séptico identificados no pronto atendimento.
- Taxa de adesão ao pacote de atendimento em até 60 minutos coleta de hemocultura, coleta de lactato, administração de antimicrobiano e expansão volêmica (se indicado) dos pacientes com sepse/ choque séptico por agente bacteriano no pronto atendimento.

5.4 FLUXOS

Todos os profissionais de saúde do Hospital Sírio-Libanês de São Paulo e de Brasília envolvidos diretamente no cuidado ao paciente devem estar aptos a reconhecer os sinais de alerta indicativos de sepse ou suspeita, conforme descrito no Fluxograma do Protocolo Sepse do Hospital Sírio-Libanês (anexo).

Atualmente, para os casos atendidos no Pronto Atendimento (PA), as informações são preenchidas em template específico no prontuário eletrônico (Tasy), chamado "Protocolo Sepse". Nas demais unidades assistenciais, o uso da ficha ainda é necessário, a mesma está disponível digitalmente no repositório de qualidade institucional para impressão.

Frente à suspeita ou diagnóstico de sepse/ choque séptico, recomenda-se:

5.4.1. A administração precoce de antimicrobiano ou escalonamento deste em até 1h da suspeita



Os antimicrobianos recomendados pela CCIH (disponíveis no anexo Fluxo Protocolo Sepsis do Hospital Sírio-Libanês) de acordo com foco suspeito e origem da infecção, estão disponibilizados da seguinte maneira:

- Unidades que dispõem de sistema automático de distribuição de medicamentos (*Pixys MedStation*): disponíveis para retirada mediante prescrição médica eletrônica ou retirada pela enfermeira responsável do paciente;
- Unidades que não possuem o sistema automático de distribuição de medicamentos (*Pixys MedStation*): disponíveis para retirada no “Kit Sepsis”, maleta identificada para retirada da medicação. No Hospital Sírio-Libanês Brasília, o kit será retirado na Farmácia Central.

5.4.2 Aplicação do pacote de cuidados, composto por:

- **Coleta de hemocultura**
- **Coleta de lactato sérico**
- **Expansão volêmica:** para pacientes hipotensos ($PAM \leq 65 \text{ mmHg}$ e/ou $PAS < 90 \text{ mmHg}$) ou com hiperlactatemia (lactato $> 36 \text{ mg/dL}$ ou 4 mmol/L), utilizando sugestão de solução cristalóide 30 ml/kg por via endovenosa (preferência por ringer). Após expansão inicial, **recoletar lactato sérico**.

Obs. Para paciente refratários (hiperlactatemia [lactato $> 36 \text{ mg/dL}$ ou 4 mmol/L] após expansão) iniciar drogas vasoativas e considerar acesso venoso central.

Adicionalmente, recomenda-se:

- **Coleta do “kit Sepsis”:** conjunto de exames laboratoriais destinados à pesquisa de disfunção orgânica, agrupados e disponíveis no sistema de prescrição eletrônica do PEP. São estes exames: bilirrubina total e frações, coagulograma, creatinina, gasometria, glicose, potássio, sódio, hemograma completo, PCR), marcadores de disfunção orgânica.
- **Transferência para unidade crítica:** o cuidado ao paciente grave ou com potencial de deterioração clínica precoce, que requer monitoração contínua, deverá ser feita em leito crítico (respeitando os critérios de criticidade de cada unidade descritos no **Plano CUIDADOS AO PACIENTE**).



5.5. COMUNICAÇÃO COM PACIENTES E DESFECHO CLÍNICO

A equipe assistencial deve registrar no prontuário do paciente e fornecer materiais explicativos e orientações multiprofissionais durante a internação, como parte do preparo do paciente para alta hospitalar.

Os pacientes inseridos no protocolo sepse terão seguimento após a alta hospitalar pela área de Desfecho Clínico. Os dados de desfecho serão analisados e apresentados periodicamente aos envolvidos com o cuidado assistencial, estimulando melhorias e reforçando pontos positivos neste cuidado.

5.6. RISCOS E BARREIRAS

5.6.1. *Iniciar antimicrobiano não eficaz ou ao qual o paciente tenha alergia;*

Cuidados envolvidos: identificação correta do sítio de infecção e obtenção das informações de alergia, através da história e exame físico, bem como história de exposição prévia à ambiente hospitalar ou uso recente de antimicrobianos, que poderiam indicar infecção com cepas mais resistentes. Além disso, a CCIH da instituição atua de modo a assegurar que o antimicrobiano está em conformidade com o perfil de sensibilidade dos germes isolados em culturas.

5.6.2. *Encaminhamento do paciente para centro diagnóstico (radiologia, tomografia computadorizada, endoscopia, etc.), UTI ou unidade de internação antes da administração do antimicrobiano ou início de medidas para estabilização clínica;*

Cuidados envolvidos: Garantir que o protocolo seja iniciado, com autonomia pela equipe das áreas determinar a administração do antimicrobiano e estabilização do paciente, antes que haja indicação de transferência entre as áreas ou encaminhamento para exames fora da unidade.

5.6.3. *Insatisfação do corpo clínico devido a falhas de comunicação entre equipe médico-assistencial e o médico responsável pelo paciente (exemplo: não comunicação para o corpo clínico, ou retardo excessivo para tal, dando ciência da elegibilidade do paciente e abertura do protocolo);*

Cuidados envolvidos: O médico plantonista irá tomar as condutas iniciais cabíveis do protocolo e discutirá com o médico do paciente tão logo seja possível. A Instituição respalda as medidas emergenciais tomadas pelo médico de plantão, caso haja discordância posterior da equipe responsável.



REFERÊNCIAS

Levy MM, Evans LE, Rhodes A. The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. *Intensive Care Med.* 2018 Apr 19. doi: 10.1007/s00134-018-5085-0.

Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, Friedrich ME, Iwashyna TJ, Phillips GS, Lemeshow S, Osborn T, Terry KM, Levy MM. Time to Treatment and Mortality during Mandated Emergency Care for Sepsis. *N Engl J Med.* 2017 Jun 8;376(23):2235-2244.

Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, Kumar A, Sevransky JE, Sprung CL, Nunnally ME, Rochwerg B, Rubenfeld GD, Angus DC, Annane D, Beale RJ, Bellingham GJ, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith C, De Backer DP, French CJ, Fujishima S, Gerlach H, Hidalgo JL, Hollenberg SM, Jones AE, Karnad DR, Kleinpell RM, Koh Y, Lisboa TC, Machado FR, Marini JJ, Marshall JC, Mazuski JE, McIntyre LA, McLean AS, Mehta S, Moreno RP, Myburgh J, Navalesi P, Nishida O, Osborn TM, Perner A, Plunkett CM, Ranieri M, Schorr CA, Seckel MA, Seymour CW, Shieh L, Shukri KA, Simpson SQ, Singer M, Thompson BT, Townsend SR, Van der Poll T, Vincent JL, Wiersinga WJ, Zimmerman JL, Dellinger RP. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med.* 2017 Mar;43(3):304-377.

Pruinelli L, Westra BL, Yadav P, Hoff A, Steinbach M, Kumar V, Delaney CW, Simon G. Delay Within the 3-Hour Surviving Sepsis Campaign Guideline on Mortality for Patients With Severe Sepsis and Septic Shock. *Crit Care Med.* 2018 Apr;46(4):500-505.

Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall

JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016 Feb 23;315(8):801-10.

Shankar-Hari M, Phillips GS, Levy ML, Seymour CW, Liu VX, Deutschman CS, Angus DC, Rubenfeld GD, Singer M; Sepsis Definitions Task Force. Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016 Feb 23;315(8):775-87.

7-Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM, Rea TD, Scherag A, Rubenfeld G, Kahn JM, Shankar-Hari M, Singer M, Deutschman CS, Escobar GJ, Angus DC. Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016 Feb 23;315(8):762-74.

Angus DC, Barnato AE, Bell D, Bellomo R, Chong CR, Coats TJ, Davies A, Delaney A, Harrison DA, Holdgate A, Howe B, Huang DT, Iwashyna T, Kellum JA, Peake SL, Pike F, Reade MC, Rowan KM, Singer M, Webb SA, Weissfeld LA, Yealy DM, Young JD. A systematic review and meta-analysis of early goal-directed therapy for septic shock: the ARISE, ProCESS and ProMISe Investigators. *Intensive Care Med.* 2015 Sep;41(9):1549-60.



König C, Matt B, Kortgen A, Turnbull AE, Hartog CS. What matters most to sepsis survivors: a qualitative analysis to identify specific health-related quality of life domains. Qual Life Res. 2018;

Rhee C, Dantes R, Epstein L, et al. Incidence and Trends of Sepsis in US Hospitals Using Clinical vs Claims Data, 2009-2014. JAMA. 2017;318(13):1241-1249.

Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021. Care Medicine: October 4, 2021

ANEXOS

ANEXO 1 – Fluxo protocolo sepse em adulto Hospital Sírio-Libanês

ANEXO 2 – Tabela de terapia antimicrobiana empírica

CÓPIA CONTROLADA

Título do arquivo

Anexo 1. Fluxograma do protocolo Sepsis.docx

CÓPIA CONTROLADA

FLUXO PROTOCOLO SEPSE EM ADULTO – HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS

*Critérios SIRS

- . Temperatura > 38°C OU < 36°C
- . FC > 90 bpm
- . FR > 20 irpm
- . Leucócito > 12 mil/mm³ OU < 4mil/mm³ OU > 10% de formas jovens.

Paciente com suspeita de infecção

**Marcadores de Disfunção

- . Agitação, confusão mental ou rebaixamento do nível de consciência;
- . PAS ≤ 90mmHg OU PAM ≤ 65 mmHg OU queda da PAS > 40mmHg
- . Hipoxemia (O₂ AA < 90%) OU piora aguda da função respiratória
- . Oligúria (diurese < 0,5 mL/kg/h nas últimas 2h)
- . Lactato > que referência
- . Creatinina > 2,0mg/dL
- . Bilirrubina > 2,0mg/dL
- . INR > 1,5
- . TTPa > 60s
- . Plaquetas < 100.000/mm³

Segue tratamento proposto

NÃO

Associado a: 2 critérios SIRS* e/ou 1 marcador de disfunção**?

SIM

Inserir no PROTOCOLO SEPSE e realizar em até 60 min:

1. Administração do **ANTIBIÓTICO**;
2. Coleta **HEMOCULTURA** (antes da administração do antibiótico, se possível);
3. Coleta de **LACTATO SÉRICO**;

- 1-Realizar expansão volêmica: **Solução cristalóide 30 ml/kg EV** (preferência Ringer);
- 2-Recoletar **lactato sérico após expansão**;

Indivíduos refratários a esta medida de ressuscitação volêmica, o acesso venoso central e o uso de drogas vasoativas deverão ser considerados

SIM

Paciente com critérios para Expansão Volêmica***?

NÃO

*** Critérios para Expansão volêmica:

- . Hipotensão (PAM < 65mmHg E/OU PAS < 90mmHg) OU
- . Hiperlactatemia (Lactato sérico > 36 mg/dL ou 4 mmol/L).

Internação

Atender às premissas de segurança na instituição, disponíveis para consulta no documento de qualidade CORP-NOR-CORP-015

Critério de exclusão do PROTOCOLO DE SEPSE ADULTO:

Cuidados de Fim de Vida: Pacientes que desenvolvam sepse no contexto de finitude de vida e para os quais não se adotam propostas curativas (*trial* de UTI, antibioticoterapia curativa – exclui-se para alívio de sintomas) não serão incluídos na análise dos indicadores. Nesse sentido o registro em prontuário de limitação de recursos curativos é fundamental para a detecção e não inclusão destes pacientes nas análises.

Título do arquivo

Anexo 2. Tabela Terapia antimicrobiana empirica.docx

CÓPIA CONTROLADA



Sugestão para terapia antimicrobiana empírica inicial		
Foco Infeccioso Suspeito	Origem da Infecção	
	Comunitária	Hospitalar
Meningite	Ceftriaxona (2g de 12/12) + Vancomicina (20-30mg/kg de ataque - máx:3g)	<i>Pós-cirurgia:</i> Vancomicina (20-30mg/kg de ataque -máx:3g) + Meropenem (2g de dose inicial)
Abdome	Ceftriaxona (2g de 12/12h) + Metronidazol (500mg de 8/8h)	Vancomicina (20-30mg/kg de ataque -máx:3g) + Meropenem (2g de dose inicial) + Fluconazol (400mg de dose inicial)
Bacteremia	Ceftriaxona (2g de 12/12h) + Oxacilina (2 g de 6/6h)	Vancomicina (20-30mg/kg de ataque -máx:3g) + Micafungina (100 mg/dia) + Meropenem (2g de dose inicial) (+ Polimixina 2,5mg/kg de dose de ataque inicial , se paciente em vigência de meropenem)
Neutropenia Febril	Piperacilina + Tazobactam (4,5g de dose inicial) <i>Associar Vancomicina: mucosite, cateter venoso central, instabilidade hemodinâmica, profilaxia antimicrobiana com quinolona, colonização por agente gram-positivo ou cultura com germe.</i>	Vancomicina (20-30mg/kg de ataque -máx:3g) + Meropenem (2g de dose inicial) (+ Polimixina B 2,5mg/kg de dose de ataque inicial, se paciente em vigência de meropenem ou se paciente colonizado por gram negativo resistente a carbapenêmicos)
Pneumonia	Ceftriaxona (2g de 12/12) <i>Associar macrolídeo em casos selecionados, conforme avaliação médica.</i>	<u>Sem uso prévio de antimicrobianos:</u> Piperacilina + Tazobactam (4,5g de dose inicial para adultos) <u>Durante o uso de cefalosporina ou Piperacilina + Tazobactam:</u> Meropenem (2g de dose inicial) <u>Durante o uso de carbapenêmicos:</u> Associar Polimixina (2,5mg/kg de dose de ataque inicial) + Levofloxacino (750mg/dia) + Vancomicina (20-30mg/kg de ataque -máx:3g)
ITU	Ceftriaxona (2g de 12/12)	<u>Sem uso prévio de antimicrobianos:</u> Piperacilina + tazobactam <u>Durante o uso de cefalosporina ou piperacilina + tazobactam ou se histórico de ITU por ESBL+:</u> Meropenem <u>ITU desenvolvida durante o uso de carbapenêmicos:</u> Associar Fluconazol (400mg de dose inicial) + Ampicilina (2g de dose inicial)
Pele e Partes Moles	Ceftriaxona (2g de 12/12) + Clindamicina (900 mg de dose inicial) <i>Sd. de Fournier: Ceftriaxone* + Metronidazol</i>	Vancomicina (20-30mg/kg de ataque -máx:3g)

Histórico do Fluxo de Trabalho

Passos	Usuário	Texto	Data de início	Data final	Tempo decorrido
Start	Talia Falcao Dalcoquio	Início do fluxo de trabalho	24/07/2023 18:58:49	24/07/2023 18:58:49	0D 0H 0M 0S
Solicitar comentário?	Talia Falcao Dalcoquio	Não	24/07/2023 18:58:49	24/07/2023 18:58:50	0D 0H 0M 0S
Revisor	Nathalia Ponte Ferraz	Talia, no item 5.4.2 Aplicação do pacote de cuidados >Transferência para unidade crítica na descrição referencia o código do documento CORP-NOR-CORP-015:Atenção as Premissas de Segurança, o qual é um documento cancelado. Por favor ajustar a referência do documento institucional, sugiro referenciar o documento de Cuidados ao Paciente.	24/07/2023 18:58:50	25/07/2023 08:18:26	0D 13H 19M 35S
Emitente	Talia Falcao Dalcoquio		25/07/2023 08:18:26	25/07/2023 09:00:47	0D 0H 42M 21S
Revisor	Nathalia Ponte Ferraz	Ajustado título do arquivo do documento principal, excluído a referência do Anexo 3 no documento. Envio para equipe de Brasília revisar.	25/07/2023 09:00:47	25/07/2023 09:34:38	0D 0H 33M 50S
Revisor - Brasília	Viviane de Queiroz Clementino	Aprovado. Conversado com a Dra Valeria.	25/07/2023 09:34:38	25/07/2023 11:02:52	0D 1H 28M 14S
Aprovador	Felipe Duarte Silva		25/07/2023 11:02:53	25/07/2023 14:17:24	0D 3H 14M 31S
Preenchimento do cabeçalho	Felipe Duarte Silva		25/07/2023 11:02:53	25/07/2023 14:17:32	0D 3H 14M 39S
Preenchimento do cabeçalho	Felipe Duarte Silva		25/07/2023 11:02:53	25/07/2023 14:17:35	0D 3H 14M 42S

Configuração do Atributo	Felipe Duarte Silva	Valores: PRÓXIMA AÇÃO ->	25/07/2023 11:02:53	25/07/2023 14:17:41	0D 3H 14M 48S
Direcionamento do Fluxo					
End	Felipe Duarte Silva		25/07/2023 11:02:53	25/07/2023 14:17:42	0D 3H 14M 49S

CÓPIA CONTROLADA