

Etiqueta com o nome do paciente

Passo 1a – Abstinência

1

2

Esclarecimento

Frequência cardíaca /min /min

Insira a maior frequência registrada nas últimas 4 horas; caso não disponível, leia o monitor ou sinta o pulso.

Frequência respiratória /min /min

Insira a maior frequência registrada nas últimas 4 horas; caso não disponível, leia o monitor ou conte a respiração.

Frequência cardíaca basal /min /min

O valor basal é o valor médio das últimas 24 horas.

Frequência respiratória basal /min /min

O valor basal é o valor médio das últimas 24 horas.

Passo 1b – Delirium*

1

2

Marque se a resposta for verdadeira

Os pais não reconhecem o comportamento do filho * *

Os pais percebem o comportamento da criança como muito diferente ou irreconhecível em comparação ao que eles estão acostumados quando a criança está doente ou internada; “este não é meu filho”.

Passo 2

Abstinência

Delirium

1 ▼ 2

1 ▼ 2

Taquicardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A frequência cardíaca excede o valor basal em $\geq 15\%$.	
Taquipneia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A frequência respiratória excede o valor basal em $\geq 15\%$.	
Febre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A temperatura excede $37,8^{\circ}\text{C}$ no momento ou nas últimas 4 horas.	
Sudorese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sem razão aparente.
Agitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ex.: irritado, inquieto, agitado, tateando arrancar cateteres, acessos venosos, sondas gástricas etc.
Ansiedade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A criança apresenta expressão facial de ansiedade (olhos arregalados, sobrancelhas tensas e levantadas). O comportamento varia do pânico à apatia.
Tremores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tremendo, movimentos rítmicos sustentados e involuntários das mãos e/ou dos pés.
Distúrbio motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movimentos involuntários de braços e/ou pernas, pequenas contrações musculares.
Tensão muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Punhos e dedos dos pés cerrados e/ou ombros curvados. Ou: posição anormal da cabeça dos braços ou das pernas causada por tensão muscular.
Atenção			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se você (profissional de saúde) ou os pais não conseguem atrair nem manter a atenção da criança. A criança está alheia ao ambiente, vivendo em “seu próprio mundo”. Apática.
Ações propositadas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se a criança tem dificuldade em fazer coisas que, normalmente, não seria um problema; ex.: não consegue pegar a chupeta ou um brinquedo.
Sem contato visual			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pouco ou nenhum contato visual com os pais ou responsáveis..
Choro inconsolável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inconsolável (recusa alimentos, chupeta ou não está querendo brincar). Pontue fácies de choro em crianças ventiladas como choro inconsolável.
Caretas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sobrancelhas contraídas e rebaixadas. Sulco nasolabial evidente.
Insônia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A criança não consegue estender o sono por mais de 1 hora por vez; períodos de sono de curta duração.
Alucinações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* A criança parece ver, ouvir ou sentir coisas que não estão presentes.
Desorientação			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apenas para crianças >5 anos. A criança não sabe se é manhã, tarde ou noite, não tem consciência de onde está, não reconhece a família ou os amigos.
Fala			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se a fala é incompreensível, sem clareza ou se a criança não consegue contar uma estória coerente (não apropriada para a idade).
Início agudo dos sintomas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mudança aguda de sintomas em comparação ao período anterior à admissão hospitalar.
Flutuações			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A ocorrência dos sintomas varia profundamente nas últimas 24 horas.
Vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Pelo menos 1 episódio nas últimas 4 horas.
Diarreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Pelo menos 1 episódio nas últimas 4 horas.

Escore total

Escore SOS

Escore PD*

Escore de abstinência (a pontuação máxima é 15). Conte os itens marcados.

Escore de delirium (a pontuação máxima é 16/17). Conte os itens marcados.

* Consulte um psiquiatra infantil se o passo 1 for positivo E/OU a pontuação do passo 2 é ≥ 4 ou o sintoma alucinação * for positivo.

Por favor, veja mais instruções no verso.

