



Erfassungsbogen zur Meldepflicht MRSA in Blut- und Liquorkulturen nach § 7 IfSG

Krankenhaus: Station:

Behandelnder Arzt/Ärztin: Tel: Fax:

Aufnahmedatum Krankenhaus: Blut-/Liquorkultur Entnahmedatum:
 Nichtzutreffendes bitte streichen

Patient (Adressette)

Name: Geb.Dat.:

Adresse:

| Klinisches Bild | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sepsis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja: Zusatzinformation (Fokus) | | |
| zentralvenöser Katheter oder invasiver Zugang anderer Art (z.B. PEG-Sonde) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sonstige Fremdkörper-assoziierte Infektionen (z.B. Herzschrittmacher, Endoprothesen, Herzklappen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MRSA-Infektionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| des Respirationstrakts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| des Abdomens (z.B. operativer Eingriff) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| der Harnwege/Nieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| der Haut, Weichteile (z.B. Wundinfektion, Abszeß) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| der Knochen, Gelenke (z.B. Osteomyelitis, Spondylodiszitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| der Geschlechtsorgane | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| anderer Fokus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fokus unbekannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ZNS-Infektion (z. B. Meningitis, Meningoenzephalitis oder Meningomyelitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| falls ja: Zusatzinformation (Fokus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| invasiver Zugang (z.B. Liquor-Shunt) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| neurochirurgischer Eingriff | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trauma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MRSA-Infektion in benachbarten Lokalisationen (z. B. Sinusitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hämatogene Streuung (z.B. bei Sepsis) | | |
| Endokarditis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pneumonie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| | | |

| Screening/Hygiene | ja | nein | Unbekannt |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pat. bei Aufnahme gescreent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Risikopatient für MRSA wegen : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Positive MRSA-Anamnese | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Stationärer Klinikaufenthalt in den letzten 12 Monaten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antibiotikatherapie in den letzten 6 Monaten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liegende Katheter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Dialysepatient | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Patient kam von zu Hause | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Patient versorgt durch ambulante Pflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Patient aus Altenpflegeheim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Patient aus anderem Krankenhaus | | | |
| | | | |
| Ergebnis Eingangsscreening | Pos. | Neg. | |
| Lokalisation: Nasenvorhöfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Lokalisation: ggf. Rachen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Lokalisation: Perinealregion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Lokalisation: Wunden: | | | |
| | | | |
| | Ja | Nein | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Patient isoliert | | | |
| Kontaktpatienten gescreent? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kontaktpatienten isoliert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | |
| Pat. verstorben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Datum: Name: Unterschrift: