



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		
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		
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ergebnis Eingangsscreening	Pos.	Neg.	
Lokalisation: Nasenvorhöfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lokalisation: ggf. Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lokalisation: Perinealregion			
Lokalisation: Wunden:			
	Ja	Nein	
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: