

Risikoeinschätzung und –bewertung bei MRE in der stationären Altenpflege

Nach DGKH-Empfehlung: Risikoeinschätzung/-bewertung bei Multiresistenten Erregern in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation



Bewohnername: _____ Geburtsdatum: _____

Name des Hausarztes: _____

Aktueller Nachweis von MRE und Problemkeimen mit Datum vom: _____

MRSA

VRE

3 MRGN: E. coli Enterobacter spp.
 Klebsiella spp. Acinetobacter baumannii
 Pseudomonas aeruginosa sonstige: _____

4 MRGN: E. coli Enterobacter spp.
 Klebsiella spp. Acinetobacter baumannii
 Pseudomonas aeruginosa sonstige: _____

Lokalisation (Mehrfachnennung möglich)

Nasen-Rachenraum Stuhl Urin
 Tracheostoma Wunden PEG
 Haut Sonstige: Wo?

Interdisziplinäre Maßnahmenplanung bei MRE

Ziel: Vermeidung/ Verminderung einer Weiterverbreitung von MRE, Senkung des Kolonisations- und Infektionsrisikos für Bewohner

Teilnehmer: _____

Datum: _____

Wohnsituation beschreiben			
Zimmerbelegung		ja	nein
Doppelzimmer möglichst mit getrennter Toilette bzw. separatem Toilettenstuhl			
Einzelzimmer erforderlich			
PSA (persönliche Schutzausrüstung)		ja	nein
Schutzhandschuhe	bei direktem Bewohner-Kontakt		
Schutzschürze			
Schutzkittel, Langarm			
Mund-Nasen-Schutz	beim Betten machen		
	bei Atemwegsinfektionen		
	bei endotrachealem Absaugen	X	Entfällt
	bei Aerosolbildung		
Schutzbrille	bei Atemwegsinfektionen		
	bei endotrachealem Absaugen	X	Entfällt
	bei Aerosolbildung		

Desinfektionsmaßnahmen	ja	nein
tägliche Wischdesinfektion aller bewohnernahen Flächen		
Wischdesinfektion der Handläufe min. 1x pro Schicht		
Produkteinsatz gemäß Reinigungs- und Desinfektionsplan		
indikationsgerechte Händedesinfektion		
sachgerechte Aufbereitung von Pflegeutensilien und Medizinprodukten		
Sonstiges:		
Teilnahme am Gemeinschaftsleben		
möglich, wenn offene Wunden abgedeckt sind		
möglich, wenn der Bewohner sich vor Verlassen des Zimmers die Hände desinfiziert		
möglich, wenn das Pflegepersonal eine wiederkehrende Händedesinfektion beim Bewohner durchführt		
weitere Absprachen:		
Angehörige und Besucher müssen Schutzkleidung tragen		
Angehörige und Besucher müssen eine Händedesinfektion durchführen		

Falls erforderlich:

Als Hausärztin/Hausarzt des Bewohners/der Bewohnerin

<input type="checkbox"/>	halte ich die Maßnahmen im Rahmen der ärztlichen Risikoanalyse für ausreichend.
<input type="checkbox"/>	halte ich folgende, weitere Maßnahmen für erforderlich:

Datum

Unterschrift

Stempel

Als Hausärztin/Hausarzt/ des Bewohners/der Bewohnerin

<input type="checkbox"/>	befürworte ich im Rahmen der ärztlichen Risikoanalyse die Einstellung der Maßnahmen.
--------------------------	--

Datum

Unterschrift

Stempel