

Begleitbogen MultiResistente Erreger - Hamburg

Patientendaten		Einrichtung/Stempel
Name		
Geburtsdatum		
Vorname		
Adresse		Telefon für Rückfragen:
MRE in der Vorgeschichte <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Erreger:

Aktueller Nachweis eines Krankheitserregers mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen
gemäß § 23 Absatz 8 Nummer 10 Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Verbindung mit § 14 Absatz 1 HmbMedHygVO

- | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) | | |
| <input type="checkbox"/> VRE (Vancomycin-resistenter Enterococcus) | | |
| <input type="checkbox"/> Enterobacteriaceae (z.B. E. coli, Klebsiellen etc.) | <input type="checkbox"/> 3MRGN | <input type="checkbox"/> 4MRGN |
| <input type="checkbox"/> Acinetobacter baumannii | <input type="checkbox"/> 3MRGN | <input type="checkbox"/> 4MRGN |
| <input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa | <input type="checkbox"/> 3MRGN | <input type="checkbox"/> 4MRGN |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |

Lokalisation	unbekannt	nachgewiesen	Datum letzter Nachweis
<input type="checkbox"/> Nase/Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Wunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Stuhl/Anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Blutkultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Sputum/Tracheal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Devices*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*z.B. Katheter, Sonden, PEG, Tracheostoma, Stoma

MRSA-Dekolonisationsstatus:				
Dekolonisation	<input type="checkbox"/> nicht indiziert	<input type="checkbox"/> indiziert aber nicht begonnen	<input type="checkbox"/> begonnen am _____	<input type="checkbox"/> abgeschlossen
Kontrollen durchgeführt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> noch positiv	<input type="checkbox"/> negativ

Für Ihre Anmerkungen:

Bitte nicht vergessen! Krankentransport wurde informiert am:

Datum:

Unterschrift: