



**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
<b>Fieber</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sepsis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Falls ja: Zusatzinformation (Fokus)</b>		
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"/>
<b>MRSA-Infektionen</b>		
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"/>
<b>ZNS-Infektion</b> (z. B. Meningitis, Meningoenzephalitis oder Meningomyelitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>falls ja: Zusatzinformation (Fokus)</b>	<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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Endokarditis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pneumonie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Screening/Hygiene	ja	nein	Unbekannt
Pat. bei Aufnahme <b>gescreent</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risikopatient für MRSA <b>wegen</b> :	<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"/>	
<b>Ergebnis Eingangsscreening</b>	<b>Pos.</b>	<b>Neg.</b>	
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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
<b>Patient isoliert</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Kontaktpatienten gescreent?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Kontaktpatienten isoliert?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pat. verstorben</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum: ..... Name: ..... Unterschrift: .....