

Datenerfassung

zur Typisierung von Clostridium difficile

Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen Zentrum für Gesundheitsschutz

FG Hygiene und Infektiologische Diagnostik

Wolframstr. 33, 35683 Dillenburg

Tel: 02771-3206-0/-31/-44, Fax: 02771-36671

email: poststelle@hlpug.hessen.de

Einsender

.....
Einrichtung /Stempel

.....
Unterschrift /Name

.....
Datum

.....
Telefon-Nr.

Patientendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Station:

Fachdisziplin:

Stationär seit:

Angaben zum Untersuchungsmaterial

Stuhl

Entnahmedatum:

Isolat

Labor-Nr:

Liegt Ihnen bereits ein positives Testergebnis
für C. difficile vor?

ja

Datum der Untersuchung:

Testverfahren:

Nein

Symptome/Klinische Diagnose

Durchfall

Fieber (Temperatur ≥ 38 C)

Pseudomembranöse Kolitis

Toxisches Megakolon

Darmperforation

Sepsis

Stationäre Aufnahme wegen Durchfall oder
CDI

Aufenthalt im Krankenhaus in den letzten 3
Monaten

Operation in den letzten 3 Monaten

Wohnhaft in Pflegeheim oder anderer

Gemeinschaftseinrichtung, bitte angeben:

Rezidiv: CDI in den letzten 3 Monaten. Bitte
Zeitpunkt angeben:

Verlegung auf Intensivstation wegen CDI

Chirurgischer Eingriff aufgrund CDI oder
Komplikationen von CDI

sonstiges (ggf. Rückseite verwenden)

Klinischer Ausgang

Patient/in entlassen

Unbekannt

Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose-
stellung mit

CDI als primäre Todesursache

CDI als zum Tod beitragend

Antibiotische Therapie

Derzeitige Therapie:

Seit:

Vorherige Therapie:

Wann:

Wie lange:

Gewünschte Untersuchung

Untersuchung auf den epidemischen Stamm
Ribotyp 027

Weitere Typisierung

Sonstiges, bitte angeben