

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

Trägerstatus:

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

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

MRSA -Dekolonisationsstatus:

Dekolonisation¹	<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: _____

¹ Die Nomenklatur wurde durch die KRINKO verändert, statt Sanierung = Dekolonisation.