

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