

Ermittlungsbogen für Meldungen Carbapenem-resistenter gramnegativer Erreger

Gesundheitsamt:	Aktenzeichen im GA:
Name des Patienten:	Geburtsdatum _. _. _. _. Männl. <input type="checkbox"/> Weibl. <input type="checkbox"/>
Krankenhaus:	Station:
Behandelnder Arzt/Ärztin:	Tel.: Fax:
Datum:	Unterschrift:

Der stark umrandete Abschnitt ist nicht zur Weiterleitung an das HLPUG vorgesehen.

Kolonisation: Nein Ja Wenn ja, Nachweis in:
 Urin Stuhl/Analabstrich Trachealsekret/Abstrich Wunde Sonstiges:.....

Infektion: Nein Ja Wenn ja, Tag des Beginns der Erkrankung: |_.| |_.| |_.| |_.| | (Tag/Monat/Jahr)
 Nachweis in: Urin Blut Trachealsekret/Abstrich Wunde Sonstiges:.....

Ist der Patient Teil eines bekannten Ausbruchs? Ja Nein Verstorben? Nein Ja am |_.| |_.| |_.| |_.| |

Wohnort des Patienten: Eigener Haushalt Altenpflegeheim Sonstiges

Ständiger Wohnsitz: Deutschland Ausland wo?

Geburtsland: Deutschland Ausland wo?

Reisen während der letzten 12 Monate außerhalb Deutschlands? Nein Ja Wenn ja:

Land	Beginn der Reise (Monat/Jahr)	Dauer der Reise (in Tagen)	Erfolgte eine medizinische Behandlung? (Ja/Nein) Wenn ja, welche?

Stationäre Aufenthalte, aktuell und während der letzten 6 Monate: Nein Ja Wenn ja:

Name der Einrichtung	Bezeichnung der Station	Zugehörige Abteilung (z.B. Innere, Geriatrie)	Datum der Aufnahme	Datum der Entlassung

Der doppelt umrandete Abschnitt ist nur für Teilnehmer der Studie zur Weiterleitung an das HLPUG vorgesehen.

Maßnahmen im Krankenhaus während des aktuellen Aufenthaltes

War bei dem Patienten der Nachweis eines CRGN-Erregers bei Aufnahme bekannt? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, welcher?
War/ist der Patient isoliert? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, ab wann? _. _. _. _. (Tag/Monat/Jahr)
Wie war/ist der Patient isoliert? Kontaktisolierung <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Kohortenisolierung <input type="checkbox"/>
Gab es/gibt es Kontaktpatienten im Patientenzimmer? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Falls ja, wurden/werden Kontaktpatienten gescreent? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Falls ja, wurden/werden Kontaktpatienten isoliert? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>