



Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Der Kreisausschuss



Fachdienst Gesundheit
Abt. Hygiene

Tel.: 06621 / 87 – 6321
Fax-Nr. 06621 / 87- 411
eMail: angela.viebach-ochs@hef-rof.de

Friedloser Straße 12
36251 Bad Hersfeld

Erfassungsbogen zur Meldepflicht MRSA in Blut- und Liquorkulturen gem. Verordnung zur Anpassung der Meldepflicht nach § 7 des Infektionsschutzgesetzes an die epidemische Lage (Labormeldepflicht-Anpassungsverordnung - LabMeldAnpV)

Patient:

Name/Vorname: Geb.Datum:

Adresse:

Krankenhaus: Station:

Behandelnder Arzt/ Ärztin: Tel. Fax

Aufnahmedatum Krankenhaus: Untersuchungsmaterial: Blut / Liquor
Nichtzutreffendes bitte streichen

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

Screening/Hygiene	ja	nein	un- be- kannt
Pat. bei Aufnahme gescreent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risikopatient für MRSA wegen :	<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 Bei ja, Adresse auf der Rückseite notieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ergebnis Eingangsscreening	Pos.	Neg.	
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"/>	
	ja	nein	
Patient isoliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kontaktpatienten gescreent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kontaktpatienten isoliert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patient verstorben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Name des Ausfüllenden:

Unterschrift: