

Multi-Resistente-Erreger Übergabeprotokoll
für ambulante oder stationäre Weiterbehandlung

Patientendaten

Empty box for patient data.

Einrichtung

Empty box for facility information.

Telefonnummer für Rückfragen

ärztlicher Ansprechpartner / Hausarzt:

.....

Klinik:

.....

Patient:

.....

Nachweis Erreger mit Resistenzen und Multiresistenzen

- MRSA
 - Vancomycin-resistenter Enterococcus (VRE)

 - Acinetobacter 3MRGN* 4MRGN*
 - Pseudomonaden 3MRGN* 4MRGN*
 - Enterobacteriaceae[◇] 3MRGN* 4MRGN*
- ◇ E.coli, Klebsiella, Enterobacter, sonstige
- ★ 3 = gegen drei Antibiotikagruppen resistenter
4 = gegen vier Antibiotikagruppen resistent
MRGN = mehrfach resistenter gram-negativer (Erreger)

sonstige Erreger

- CDAD (Clostridium difficile assoziierte Diarrhoe)

Erreger-Nachweis bei Verlegung/Entlassung

Datum positiver Erstbefund:

Lokalisation:

- Nase Urin
- Rachen Anus / Stuhl
- Wunde Haut
- sonstiges:

.....

Diese Seite nur bei MRSA-Nachweis ausfüllen !

Behandelnder Arzt:

Wurde eine Sanierung durchgeführt ?

Ja Nein Begründung (Nur durch den **ärztlichen Ansprechpartner** zufügen):

.....

Sanierung

Lokalisation	Wirkstoff im verwendeten Sanierungsprodukt		
<input type="radio"/> Nase	<input type="radio"/> Mupirocin-	<input type="radio"/> Octenidin-	Salbe
<input type="radio"/> Rachen	<input type="radio"/> Octenidin-	<input type="radio"/> Chlorhexidin-	Mundspüllösung
<input type="radio"/> Körper/Haare	<input type="radio"/> Octenidin-	<input type="radio"/> Polyhexanid-	Wasch-Handschuhe/-Lösung
<input type="radio"/> Wunde	<input type="radio"/> Octenidin-	<input type="radio"/>	Wundreinigungslösung

Beendigung der Sanierung am:

Datum:

Statuserhebung nach Sanierung

Lokalisation/ Abstrichort	1. Kontrolle 1. Tag		2. Kontrolle 2.Tag		3.Kontrolle 3.Tag		4.Kontrolle 1. Monat		5.Kontrolle 3.-6. Monat		6. Kontrolle 12. Monat	
	Datum:		Datum		Datum:		Datum:		Datum:		Datum:	
	pos.	neg.	pos.	neg.	pos.	neg.	pos.	neg.	pos.	neg.	pos.	neg.
Nase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rachen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haaransatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Axilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perianal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MRSA frei Datum:

Ausgefüllt von

.....
Name

.....
Datum

.....
Unterschrift