

Aufnahmescreening auf MRSA und MRGN

Patientenetikett

Vom Patienten auszufüllen:	Ja	Nein
Sind oder waren Sie selber mit multiresistenten Erregern besiedelt oder infiziert? * ¹ <i>Falls bekannt, bitte Erreger angeben:</i>		
Haben Sie engen Kontakt zu Menschen mit multiresistenten Erregern? * ¹ (häusliche Gemeinschaft) <i>Falls bekannt, bitte Erreger angeben:</i>		
Waren Sie während eines Krankenhausaufenthaltes gemeinsam mit einem Patienten mit multiresistenten Erregern in einem Zimmer untergebracht? * ¹ <i>Falls bekannt, bitte Erreger angeben:</i>		
Ist Ihnen bekannt, ob Sie aufgrund Ihrer Erkrankung auf unserer Intensivstation aufgenommen werden? *		
Mussten Sie in den vergangenen 6 Monaten ein Antibiotikum einnehmen? *		
Haben Sie eine chronische Wunde? *		
Haben Sie einen künstlichen Darm- /Blasen - Ausgang? (Stuhl / Urin) * Haben Sie liegende Katheter oder Drainagen? * Sind Sie Dialysepflichtig? *		
Haben Sie Kontakt zur landwirtschaftlichen Tiermast oder Veterinärmedizin? *		
Arbeiten Sie im Gesundheitswesen mit Kontakt zu Bewohner/Patient? *		
Leben Sie in einem Pflegeheim? Sind Sie dauerhaft Pflegebedürftig? **		
Haben Sie sich im vergangenen Jahr länger als 6 Wochen im Ausland aufgehalten oder dort (kurzzeitiger) in häuslichem Umfeld gelebt? ** ¹		
Waren Sie in den vergangenen 12 Monaten länger als drei Tage stationär in einem Krankenhaus aufgenommen? ** (I : Inland / A : Ausland ¹)		

Vom Krankenhausmitarbeiter auszufüllen:

MRSA: Zeitfenster ≥24h vor stationärer Aufnahme, immer Kultur	Kultur*	PCR**	Ärztl. Anordnung Dat. / Hdz.	Durchführung Dat. / Hdz.
MRSA - Nase/Rachen				
MRSA - Weitere:				
MRSA - Weitere:				
MRGN ¹ - Auslandsscreening s.u.		nein		
Kein Screening				

¹ MRGN Screening durchführen, s. Auslandsscreening, Dok. 22254