



Erhebungsbogen bei einem Labornachweis von MRSA in Blut oder Liquor (23.05.2018)

Die Datenschutzerklärung finden Sie unter <https://www.neustadt.de/meta/datenschutzerklaerung/>

Patientenangaben

Patient (Name, Vorname, geb.):	Einrichtung/Station:
	ärztlicher Ansprechpartner / Telefonnummer:

Aufnahmedatum: _____ Entnahmedatum von Blut / Liquor mit MRSA-Nachweis: _____

Patient kommt aus Krankenhaus/Reha-Einrichtung* Behinderten- / Pflegeheim* von zu Hause

* Name der Einrichtung: _____

Eingangs-Screening vor oder bei Aufnahme:

Nasenvorhöfe Rachen Wunden Leiste sonstiges: _____

MRSA-Nachweis an einer der Lokalisationen? ja nein

1. Klinisches Bild

- ja nein Fieber
- ja nein Meningitis, Meningo-
enzephalitis oder -myelitis
- ja nein septisches Krankheitsbild
- ja nein Endokarditis
- ja nein Patient verstorben
- Falls ja - Todesursache?:

2. Ursachen / Risikofaktoren (MRSA in Blut)

- ja nein Möglicher oder gesicherter
MRSA-Fokus vorhanden?
- zentralvenöser Katheter oder invasiver Zugang
anderer Art (z.B. perkutane endoskopische
Gastrostomie)
- sonstige Fremdkörper-assoziierte Infektionen
(Schrittmacherimplantate, Endoprothesen)

Forts.

MRSA-Infektion

- der Harnwege/Nieren
- des Abdomens (z.B. operativer Eingriff)
- des Respirationstraktes
- der Haut- und Weichteile
- der Knochen und Gelenke
- andere: _____

3. Ursachen / Risikofaktoren (MRSA in Liquor)

- ja nein Möglicher oder gesicherter
MRSA-Fokus vorhanden?
- invasiver Zugang, z.B. Liquor-Shunt
- Trauma
- Infektion in einer benachbarten Lokalisation
(z.B. Sinusitis)
- hämatogene Streuung bei Sepsis oder
septischem Herd (in diesem Fall bitte nähere
Angaben unter 2.)
- neurochir. Eingriff: _____

Epidemiologische und hygienische Aspekte

- ja nein der Patient ist Teil einer Erkrankungshäufung
- ja nein erforderliche Hygienemaßnahmen werden/wurden beachtet

Datum, Unterschrift, ggf. Stempel: _____

Bitte ausfüllen und per Telefax übersenden (Rufnummer: 09602-79-6055)