

Erhebungsbogen bei einem Labornachweis von MRSA in Blut oder Liquor (03.02.2023)

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

Patient (Name, Vorname, geb.): _____	Einrichtung/Station: _____
	ärztlicher Ansprechpartner / Telefonnummer: _____
Aufnahmedatum: _____ Aufnahmegrund: <input type="checkbox"/> MRSA-Infektion <input type="checkbox"/> anderer Grund	
Entnahmedatum von Blut / Liquor mit MRSA-Nachweis: _____	
Patient kommt <input type="checkbox"/> aus Krankenhaus/Reha * <input type="checkbox"/> Behinderten-/Pflegeheim* <input type="checkbox"/> von zu Hause	
* Name der Einrichtung: _____	
Eingangs-Screening vor oder bei Aufnahme:	
<input type="checkbox"/> Nasenvorhöfe <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Wunden <input type="checkbox"/> Leiste <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	
MRSA-Nachweis an einer der Lokalisationen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

1. Klinisches Bild

ja nein Fieber

ja nein Meningitis, Meningo-
enzephalitis oder -myelitis

ja nein septisches Krankheitsbild

ja nein Endokarditis

Seit: _____

ja nein Patient mittlerweile
genesen und entlassen?
Falls ja – E. datum?: _____

ja nein Patient verstorben
Falls ja - Todesursache?: _____

2. Ursachen / Risikofaktoren
(MRSA in Blut)

ja nein Möglicher oder gesicherter
MRSA-Fokus vorhanden?

Falls ja:

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. op. 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?

Falls ja:

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)