

Patientenaufkleber



MRSA – ERHEBUNGSBOGEN

Bei der Aufnahme eines jeden Patienten anlegen!

MRSA-Risikoanamnese

Bei Zutreffen eines der nachfolgenden Punkte Screening veranlassen!

- Patient mit MRSA-Anamnese
- Krankenhausaufenthalt innerhalb der letzten 12 Monate für länger als 3 Tage
- Kontakt zu MRSA-Trägern > 24 Stunden
- chronische Wunden, Ulkus, tiefe Weichgewebeeinfektion
- Beruflicher / ständiger Kontakt zu Nutztieren (Schweine, Rinder, Geflügel)
- Patient aus Region / Einrichtung mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz
- Dialysepflichtigkeit, gefäßchirurgischer Patient, Diab. Fußsyndrom
- Chronische Pflegebedürftigkeit + liegende Katheter ((DK, SPDK, PEG, etc.)
- Chronische Pflegebedürftigkeit + Antibiotikatherapie in den letzten 6 Monaten

- Kein MRSA-Abstrich erforderlich

Datum/Unterschrift/Name

Screening am: _____

- je ein Abstrich von Nase und Rachen
- von vorhandenen Wunden,
Lokalisation(en): _____

Screeningbefund vom: _____

- MRSA nachgewiesen
- MRSA nicht nachgewiesen

Datum/Unterschrift

Isolierung

Patienten mit pos. MRSA-Anamnese sind umgehend zu isolieren

Isolierung durchgeführt ja wenn ja, ab _____ nein

Datum/Unterschrift

Dekolonisierung (nach Behandlungsplan)

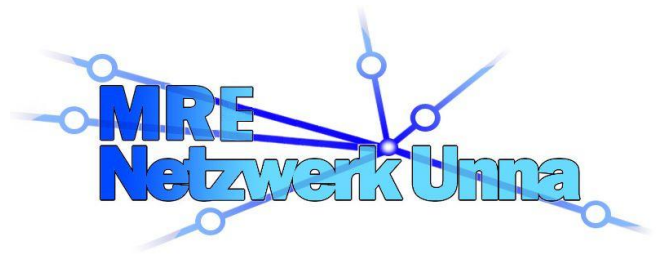
- Dekolonisierung durchgeführt ja nein
- Dekolonisierung erfolgreich ja nein

Datum/Unterschrift

Entlassung (Kopie an die Hygienefachkraft)

- Patient weiter MRSA positiv ja nein
- Meldung an weiterbehandelnde bzw. Pflege-
Einrichtungen erfolgt ja nein
- Übergabebogen beigefügt ja nein

Datum/Unterschrift



MRGN – ERHEBUNGSBOGEN

Bei der Aufnahme eines jeden Patienten anlegen!

MRGN-Risikoanamnese

Bei Zutreffen einer der nachfolgenden Punkte Screening veranlassen!

- Patient mit einem stationären Krankenhausaufenthalt innerhalb der letzten 12 Monate für länger als 3 Tage im Ausland
- Patient mit einem stationären Krankenhausaufenthalt innerhalb der letzten 12 Monate für länger als 3 Tage in Deutschland in einer Region mit erhöhter 4-MRGN-Prävalenz
- Kontakt zu 4-MRGN-Trägern (Pflege im gleichen Zimmer)
- Verlegung/Einweisung/Aufnahme in einen von der Hygienekommission definierten Risikobereich (z. B. Intensivstation)

- Kein MRGN-Screening erforderlich

Datum/Unterschrift/Name

Screening am: _____

- Abstrich von /aus _____

- von vorhandenen Wunden,
Lokalisation(en): _____

Screeningbefund vom: _____

- 3-MRGN nachgewiesen
- 4-MRGN nachgewiesen
- MRGN nicht nachgewiesen

Datum/Unterschrift

Isolierung

Patienten mit pos. 3-MRGN-Anamnese in Risikobereichen sind umgehend zu isolieren.

Patienten mit pos. 4-MRGN-Anamnese in Normal- und Risikobereichen sind umgehend zu isolieren.

Isolierung durchgeführt ja; wenn ja, ab _____ nein

Datum/Unterschrift

Entlassung (Kopie an die Hygienefachkraft)

Patient weiter MRGN positiv

ja

nein

Meldung an weiterbehandelnde bzw. Pflege-Einrichtungen erfolgt

ja

nein

Übergabebogen beigefügt

ja

nein

Datum/Unterschrift