

Überleitungsbogen für Patienten mit MultiResistenten Erregern

(gemäß IfSG §23 Abs. 8 i. V. mit HHygVO § 2 Abs. 5)

Patientendaten (ggf. Etikett):	Abgebende Einrichtung (ggf. Stempel):
Name:	
Geb.Dat.:	
Adresse:	
	Ansprechpartner: Tel.:

Transportziel:		
Nachgewiesener Erreger mit spezieller Resistenzlage nach IfSG § 23 Abs. 8 Satz 10:		
<input type="checkbox"/> MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus	
<input type="checkbox"/> VRE	Vancomycin-resistenter Enterococcus	
<input type="checkbox"/> Enterobacteriaceae (z.B.: E. coli oder Klebsiellen)	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/> Acinetobacter baumannii	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/>	<hr/>	

Trägerstatus:	<input type="checkbox"/> Kolonisation	<input type="checkbox"/> Infektion	<input type="checkbox"/> unbekannt
Lokalisation:	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Rachen	<input type="checkbox"/> Sputum/Trachealsekret
	<input type="checkbox"/> Blutkultur	<input type="checkbox"/> Wunde	<input type="checkbox"/> Urin
	<input type="checkbox"/> Stuhl/Analabstrich	<input type="checkbox"/> Device (<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> _____)	
<input type="checkbox"/> Haut - Lokalisation:	_____		
Datum letzter Nachweis:	_____	_____	20 _____

Maßnahmen bei MRSA-Kolonisation:
MRSA-Dekolonisation begonnen: Ja Nein Datum: _____
MRSA-Dekolonisation abgeschlossen: Ja Nein
MRSA-Dekolonisation mit: _____ Name/Wirkstoff und Dosis _____

Bemerkungen:

- ## Überleitungsbogen komplett übergeben