

Patienten-Nummer

Patient

Geschlecht: ♂ ♀

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

Email-Adresse:

Grunderkrankungen: keine
Diagnosen

a)

b)

Medikation:

Erstnachweis MRSA am (Datum):

Zufallsbefund: ja nein

Lokalisation:

Medikamentenunverträglichkeiten/Allergien:

nicht bekannt

ja _____

Betreuung/Aufenthalt:

zu Hause

Kindertagesstätte

Tagesmutter

Schule

Pflegeeinrichtung

Krankenhausaufenthalt in der Anamnese:

nein

ja 2 Aufenthalte oder mehr oder >5d

Haustiere:

ja nein

Hund/Katze

Hase/Kaninchen/Hamster

sonstige:

Kontakt von Familienmitgliedern/Patient zu

ja nein

Personen mit Pflegebedürftigkeit

Personen aus dem Gesundheitswesen

Personen aus der Landwirtschaft

Auslandsaufenthalte innerhalb der letzten 2 Jahre

nein

Europa

Nordamerika

Asien

GUS/Polen etc.

Mittlerer Osten

Risikofaktoren

ja nein

Immunsuppression

pflegebedürftig

Tracheostoma

ZVK/Port/Broviac

Katheter (HWK, PEG etc.)

rezidivierende Haut- & Weichgewebeinfektion

chronische Wunde (MRSA-kolonisiert)

Atopisches Ekzem etc.

Sonstiges

Haushaltsmitglieder mit Risikofaktoren:

MRSA Besiedlungsstatus (Datum)

	positiv untersucht	negativ	nicht
Haaransatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achsel/Leiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anus/Perineum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PVL-Nachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mupirocin-Resistenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Dekolonisationsversuch 1 Datum: ____ . ____ . 20 ____</p> <p>Dauer Dekolonisationszyklus ____ Tage mit adjuvanter antibiotischer Therapie?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> oral, mit _____ <input type="checkbox"/> i.v., mit _____</p> <p>adäquater Dekolonisationszyklus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Dekolonisationsversuch 2 Datum: ____ . ____ . 20 ____</p> <p>Dauer Dekolonisationszyklus ____ Tage mit adjuvanter antibiotischer Therapie?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> oral, mit _____ <input type="checkbox"/> i.v., mit _____</p> <p>adäquater Dekolonisationszyklus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Dekolonisationsversuch 3 Datum: ____ . ____ . 20 ____</p> <p>Dauer Dekolonisationszyklus ____ Tage mit adjuvanter antibiotischer Therapie?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> oral, mit _____ <input type="checkbox"/> i.v., mit _____</p> <p>adäquater Dekolonisationszyklus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
--	--	--

Umgebungsanalyse

<p>Mutter</p> <p>Alter: ____, ____, Jahre</p> <p>MRSA-Nachweis, Datum: ____ . ____ . 20 ____</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt</p> <p>PVL-Nachweis</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt</p> <p>Lokalisation:</p>	<p>Vater</p> <p>Alter: ____, ____, Jahre</p> <p>MRSA-Nachweis, Datum: ____ . ____ . 20 ____</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt</p> <p>PVL-Nachweis</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt</p> <p>Lokalisation:</p>	<p>Geschwister 1</p> <p>Alter: ____, ____, Jahre</p> <p>MRSA-Nachweis, Datum: ____ . ____ . 20 ____</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt</p> <p>PVL-Nachweis</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt</p> <p>Lokalisation:</p>
<p>Geschwister 2</p> <p>Alter: ____, ____, Jahre</p> <p>MRSA-Nachweis, Datum: ____ . ____ . 20 ____</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt</p> <p>PVL-Nachweis</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt</p> <p>Lokalisation:</p>	<p>Geschwister 3</p> <p>Alter: ____, ____, Jahre</p> <p>MRSA-Nachweis, Datum: ____ . ____ . 20 ____</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt</p> <p>PVL-Nachweis</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt</p> <p>Lokalisation:</p>	<p>Sonstige:</p> <p>Alter: ____, ____, Jahre</p> <p>MRSA-Nachweis, Datum: ____ . ____ . 20 ____</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt</p> <p>PVL-Nachweis</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt</p> <p>Lokalisation:</p>

Notizen: