

**Ennepe-Ruhr-Kreis**  
Der Landrat

# MRE-Übergabebogen

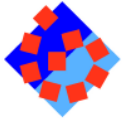


Patientenaufkleber (Patientendaten)

**Verlegung nach:**

- Krankenhaus
- Hausarzt/ Facharzt
- Pflegeeinrichtung (stationär oder ambulant)
- Reha-Einrichtung

	<b>Risikogruppe</b>	<b>Erläuterung</b>	<b>Maßnahmen</b>	<b>z. B.</b>
<b>II</b>	<b>Kontakt-Infektion</b>	Multiresistente Keime und Erreger, die durch Kontakt übertragen werden.  Eine Übertragung ist durch die empfohlenen Hygiene-Maßnahmen vermeidbar.	Maßnahmen siehe „ <b>Merkblatt MRSA</b> “	<b>MRSA</b> 3-MRGN 4-MRGN VRE oder sonstige MRE



Patientenaufkleber (Patientendaten)

**Verlegung nach:**

- Krankenhaus
- Hausarzt/ Facharzt
- Pflegeeinrichtung (stationär oder ambulant)
- Reha-Einrichtung

**Bei o. g. Patientin/ Patienten wurde folgender multiresistenter Erreger nachgewiesen:**

- |   |                  |                          |
|---|------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> MRSA (methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) | Erstnachweis am: |                          |
| <input type="checkbox"/> 3-MRGN   | Trägerstatus:    |                          |
| <input type="checkbox"/> 4-MRGN   | Kolonisation     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> VRE (Vancomycin-resistenter Enterococcus)            | Infektion        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sonstiger multiresistenter Erreger:                  |                  |                          |

**Der Erregernachweis erfolgte an nachstehender Lokalisation:**

	pos.	neg.		pos.	neg.		pos.	neg.
Nasenvorhöfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutkultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiste re./ li.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-, Rachenraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liquor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rectum/ Perineum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sputum/Trachealsekret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haaransatz/ Haare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginal-/ Genitalregion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haut		
			Achsel re./ li.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wunde:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Einstichstellen von: PEG <input type="checkbox"/> SPK <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/>								

**Sanierungsmaßnahmen MRSA:**

abgeschlossen am: fortsetzen bis:

Nase	<b>3 x tgl., 5-7 Tage</b> Mupirocin-Salbe (bei Mupirocin-Resistenz PVP-Jod 1,25%)		
Rachen	<b>3 x tgl., 5-7 Tage</b> mit antisept. Mundspülung z. B. Octenidol®, ProntoOral® etc.		
Haut/ Haare	<b>1-2 x tgl., 5-7 Tage</b> mit antisept. Seife/ Waschlotion z. B. Octenisan®, Decontaman®, Prontoderm® etc.		
Wundbehandl.			
<b>Weitere Maßnahmen bei MRSA/ MRE:</b>			
Antibiotikabehandlung mit			
<input type="checkbox"/> Konsequente Basishygiene	<input type="checkbox"/> Strikte Isolierung	<input type="checkbox"/> Eigene Toilette empfohlen	

**Kontrolle des Sanierungserfolges 3 Tage nach Beendigung der Sanierungsmaßnahmen:**

Weitere Vorgehensweise ambulant:				Weitere Vorgehensweise stationär:			
<input type="checkbox"/> 1. Abstrich	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.		<input type="checkbox"/> 1. Abstrich	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.	
<input type="checkbox"/> Nach 3-6 Monaten	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.		<input type="checkbox"/> 2. Abstrich	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.	
<input type="checkbox"/> Nach 6-12 Monaten	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.		<input type="checkbox"/> 3. Abstrich	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.	
<b>Bitte nur ankreuzen, welche Kontrolle in Ihrer Einrichtung erfolgt ist, und wenn vorliegend, Befund eintragen.</b>				<input type="checkbox"/> Nach 1 Monat	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.	
				<input type="checkbox"/> Nach 3-6 Monaten	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.	
				<input type="checkbox"/> Nach 6-12 Monaten	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.	

Datum:

Telefon:

Name (Druckbuchstaben)/ Stempel:

Unterschrift:

**Bitte beachten: Für den Transport-/ Rettungsdienst den Transportbogen ausdrucken und übergeben!**