

Überleitung für Menschen mit MRSA

Name: Vorname: Geburtsdatum: Datum:	Bemerkung:
--	-------------------

Trägerstatus: <input type="radio"/> Besiedlung <input type="radio"/> Infektion <input type="radio"/> frühere MRSA Besiedlung/Infektion Datum: _____	Lokalisation <input type="radio"/> Nase <input type="radio"/> Leiste <input type="radio"/> Sputum/ Trachealsekret <input type="radio"/> Wunde <input type="radio"/> Katheter/ Sonde _____ <input type="radio"/> Sonstiges _____
--	--

Sanierungsmaßnahmen:

Sanierung

begonnen am _____ aber nicht abgeschlossen erfolgt nicht erfolgt, weil

mehrere Sanierungsversuche erfolgt
 Sonstiges _____

Sanierung durchgeführt mit

Antiseptischer Körperwäsche
 Nasensalbe (Präparat) _____
 Rachenbehandlung (Präparat) _____

Antibiotikum systemisch (Präparat) _____
 Wundantiseptikum (Präparat) _____

Durchgeführte Kontrollen:

Ergebnisse Kontrollabstriche nach Sanierung

Tag / Datum	Nase	Rachen	Leiste	Wunde	Perianal	Sonstige: _____	ausstehend
	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/>

Empfohlene Maßnahme:

Fortführung der durchgeführten Maßnahmen Abstrichkontrolle am: _____

Überleitung für Menschen mit MRE (Multi-Resistente Erreger)

<input type="radio"/> ESBL <input type="radio"/> VRE <input type="radio"/> Clostridium difficile <input type="radio"/> Sonstige _____	<input type="radio"/> Nase <input type="radio"/> Urin <input type="radio"/> Sputum/ Trachealsekret <input type="radio"/> Wunde <input type="radio"/> Katheter/ Sonde _____ <input type="radio"/> Sonstiges _____
--	---