





	MRSA¹ Sanierungs- / Übergabebogen	
--	---	---

Name, Vorname :		Geb.-Dat. :	
Sanierungsbeginn :	• Jede durchgeführte Maßnahme ist in den vorgegebenen Kästchen durch Ankreuzen und Hz. abzuzeichnen!		

Ablauf	1.Tag	2.Tag	3.Tag	4.Tag	5.Tag	6.Tag	7.Tag	8.Tag	9.Tag	10.Tag																					
Datum																															
 Ganzkörper-sanierung	1x täglich Körper und Haare waschen <ul style="list-style-type: none"> • Haar-Stirngrenze / Achseln / Hautfalten u. Genitalbereich besonders beachten • Anwendungshinweise u. Einwirkzeit befolgen (Handzeichen) 					Keine MRSA¹-Therapie /-Sanierung! <ul style="list-style-type: none"> • Abstriche unter Antibiose sind <u>nicht</u> aussagekräftig • Erst 2 Tage nach absetzen => Kontrollabstriche sinnvoll 																									
 Nase → Turixin® Salbe (Mupirocin)						PAUSE	PAUSE	1. Kontrollabstrich	2. Kontrollabstrich	3. Kontrollabstrich																					
 antiseptische Mundpflege 2 - 3 x tgl.																															
System Therapie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja										Antibiose - Dosierung - Dauer																				
Lokale Therapie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					Produkte - Dauer																									
Sanierung erfolgreich	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					Durchführungszyklen : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> > 3																									
Angaben von sanierungshemmenden Faktoren : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dialysepflichtigkeit <input type="checkbox"/> Katheter (HWK, PEG, etc.) <input type="checkbox"/> MRSA¹-selektierende antibiotische Therapie <input type="checkbox"/> Hautulkus, Haut- und Weichteilinfektion <input type="checkbox"/> Atopisches Ekzem <input type="checkbox"/> Kolonisierte MRSA¹-Wunden <input type="checkbox"/> Sonstiges : Achtung : Bei Vorliegen von sanierungshemmenden Faktoren ggf., vor der Sanierung zunächst die Heilung / Beendigung abwarten.						MRSA¹-Kolonisationsstatus : (bei Entlassung) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>Nasenvorhöfe</td> <td><input type="checkbox"/> pos.</td> <td><input type="checkbox"/> neg.</td> </tr> <tr> <td>Rachen</td> <td><input type="checkbox"/> pos.</td> <td><input type="checkbox"/> neg.</td> </tr> <tr> <td>Haaransatz</td> <td><input type="checkbox"/> pos.</td> <td><input type="checkbox"/> neg.</td> </tr> <tr> <td>Achsel</td> <td><input type="checkbox"/> pos.</td> <td><input type="checkbox"/> neg.</td> </tr> <tr> <td>Leiste</td> <td><input type="checkbox"/> pos.</td> <td><input type="checkbox"/> neg.</td> </tr> <tr> <td>Anus/Perineum</td> <td><input type="checkbox"/> pos.</td> <td><input type="checkbox"/> neg.</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> pos.</td> <td><input type="checkbox"/> neg.</td> </tr> </table>					Nasenvorhöfe	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.	Rachen	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.	Haaransatz	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.	Achsel	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.	Leiste	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.	Anus/Perineum	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.	_____	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
Nasenvorhöfe	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.																													
Rachen	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.																													
Haaransatz	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.																													
Achsel	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.																													
Leiste	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.																													
Anus/Perineum	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.																													
_____	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.																													
Patientenverlegung	<input type="checkbox"/> häuslicher Bereich <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> andere Klinik					Datum Erstbefund : Datum Endbefund :																									

¹MRSA: Methicillin-resistente Staphylococcus aureus.



- Infektionstransport -



Von der verlegenden Einrichtung auszufüllen.

Telefonische Anmeldung am : <small>(Datum / Uhrzeit)</small>	Beauftragtes Unternehmen/Ansprechpartner	 <small>(Unterschrift)</small>
--	---	---

Name, Vorname :	Geb.-Dat. :
------------------------	--------------------

MRE		Infektionserreger
MRSA ¹ <input type="checkbox"/> ESBL ² <input type="checkbox"/> VRE ³ <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/> Sonstige _____	<u>Lokalisation :</u> Nasen-Rachen-Raum <input type="checkbox"/> Haut / Wunde <input type="checkbox"/> Urin / Stuhl <input type="checkbox"/>	Durchfallerkrankung Bakteriell <input type="checkbox"/> Viral <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Sonstige _____

¹MRSA : **M**ethicillin-resistente **S**taphylococcus **a**ureus.

²ESBL : **E**xtended-spectrum-**b**eta-lactamase bildende gramnegative Stäbchenbakterien, ESBL-Bildner: z. B. E. coli, Klebsiella spp..

³VRE : **V**ancomycin-resistente **E**nterokokken.

Übertragungswege

Kontaktübertragung 	Hämatogenübertragung 	Aerosolübertragung (Tröpfcheninfektion)
-----------------------------------	-------------------------------------	--

Empfohlene Schutzmaßnahmen beim Transport

<input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/> Mund-Nasenschutz (MNS)
<input type="checkbox"/> Schutzkittel	<input type="checkbox"/> FFP II Maske (virale Tröpfcheninfektion)
<input type="checkbox"/> Overall	<input type="checkbox"/> FFP III Maske (virale Aerosolübertragung)
	<input type="checkbox"/> Kopfhaut