

Inst. f. Krankenhaushygiene und Mikrobiologie

8010 Graz, Stiftingtalstraße 14

Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. med. Klaus Vander

Tel.: 0316/340-5700, Fax.: 5703

ANNAHMEZEITEN: Montag bis Freitag: 7.30 - 14.30 Uhr,
Samstag: 8.00 - 11.00 Uhr; Sonn- und Feiertag: 8.30 - 10.00 Uhr

**BEGLEITSCHIN FÜR SCREENING
UNTERSUCHUNGEN AUF
MULTIRESISTENTE ERREGER**

BITTE NICHT
BESCHRIFTEN!!!!

BARCODE LABOR

PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE:

oder Patienten-Name, Geb.Datum, SV-Nr.:

EINSENDER:

Paraphe:

MRSA Screening: Methicillin resistenter *Staphylococcus aureus*

Bitte nur eine Untersuchungsart auswählen (PCR oder Kultur)

- MRSA Kultur:**
 - Rachen/Nase gepoolt
 - Haut gepoolt
- MRSA PCR:**
 - Wunde: _____
 - andere Lokalisationen: _____

MRGN Screening: Multiresistente gramnegative Erreger

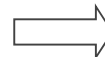
- Rachen/Nase gepoolt
- Haut gepoolt
- Rektalabstrich
- Stuhl
- Trachealsekret
- Wunde: _____
- andere Lokalisation: _____

VRE Screening: Vancomycin resistente Enterokokken

- Rektalabstrich
- Stuhl
- andere Lokalisation: _____

Linezolid Resistenz:

- Lokalisation: _____



DIAGNOSE/Anlass d. Untersuchung

Krank seit:

Entnahme (Datum/Uhrzeit):

Anweisender Arzt/befugte Person:

Tel.:

(Name in Blockbuchstaben)

Unterschrift:

VORBEHANDELT

Nein Ja, mit _____

Erstuntersuchung Wiederholungsuntersuchung

Version 2.0, 20.12.2017

ARBEITSPROTOKOLL DES LABORS:

Lokalisationen:

MRGN: Rachen/Nase gepoolt, Haut gepoolt, Rektalabstrich oder Stuhl

MRSA: Rachen/Nase gepoolt, Haut gepoolt

MRSA PCR nur bei Erstscreening!

VRE: Rektalabstrich oder Stuhl

Linezolidresistenz: Rektalabstrich oder Stuhl

Im Anlassfall zusätzlich Wunden und bereits bekannte Lokalisationen



Rachen/Nase gepoolt



Haut gepoolt



Rektal/Stuhl

Screeningindikationen:

Siehe Fachrichtlinien 11 (MRSA) und 27 (MRGN)!

Nähere Informationen zu Dekolonisierung, Monitoring, Isolierung und weiterführenden Hygiene-Maßnahmen siehe Fachrichtlinien 11 und 27!

Telefonische Mitteilung: _____

Datum/Uhrzeit: _____

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: _____

Mitteilung an (Name befugte Person): _____

Beschreibung: _____

Zwischenbefund am: