

Patienten Etikett mit Barcode:

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

Einsender:

Diagnose / Anlass d. Untersuchung:

Krank seit:

Entnahme (Datum/Uhrzeit):

Tel.:

Anweisender Arzt/befugte Person:

(Name in Blockbuchstaben)

Unterschrift:

vorbehandelt:

☐ Nein

☐ Ja, mit

☐ Erstuntersuchung

☐ Wiederholungsuntersuchung

☐ Rachen/Nase gepoolt

☐ Trachealsekret

☐ Haut gepoolt

☐ Wunde: _____

☐ Rektalabstrich

☐ andere Lokalisationen:

☐ Stuhl

Untersuchungsart PCR (Erstuntersuchung)

☐ **MRSA**

Untersuchungsart Screening Kultur

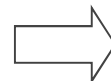
☐ **MRSA** (Methicillin resistenter Staphylococcus aureus)

☐ **MRGN** (Multiresistente gramnegative Erreger)

☐ **VRE** (Vancomycin resistente Enterokokken)

☐ **LRE** (Linezolid resistente Enterokokken)

☐ **Candida auris**



Patienten-Etikett mit Barcode:

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

Einsender:

Diagnose / Anlass d. Untersuchung:

Krank seit:

Entnahme (Datum/Uhrzeit):

Tel.:

Anweisender Arzt/befugte Person:

(Name in Blockbuchstaben)

Unterschrift:

vorbehandelt:

☐ Nein

☐ Ja, mit

☐ Erstuntersuchung

☐ Wiederholungsuntersuchung

☐ Rachen/Nase gepoolt

☐ Trachealsekret

☐ Haut gepoolt

☐ Wunde: _____

☐ Rektalabstrich

☐ andere Lokalisationen:

☐ Stuhl

Untersuchungsart PCR (Erstuntersuchung)

☐ **MRSA**

Untersuchungsart Screening Kultur

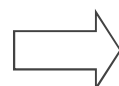
☐ **MRSA** (Methicillin resistenter Staphylococcus aureus)

☐ **MRGN** (Multiresistente gramnegative Erreger)

☐ **VRE** (Vancomycin resistente Enterokokken)

☐ **LRE** (Linezolid resistente Enterokokken)

☐ **Candida auris**



Lokalisationen:

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

MRSA: Rachen/Nase gepoolt, Haut gepoolt

MRSA PCR nur bei Erstscreening!

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

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

C. auris: Rachen/Nase gepoolt, Haut gepoolt, Rektalabstrich oder Stuhl
Im Anlassfall zusätzlich Wunden und bereits bekannte Lokalisationen

Screeningindikationen:

Siehe Fachrichtlinien 11 (MRSA, VRE, LRE) und FRL 27 (MRGN) und FRL 41 (Candida auris) !

Nähere Informationen zu Dekolonisierung, Monitoring, Isolierung und weiterführenden Hygiene-Maßnahmen siehe Fachrichtlinien 11, 27 und 41 !



Rachen/Nase gepoolt



Haut gepoolt



Rektal/Stuhl

Telefonische Mitteilung: _____

Datum/Uhrzeit: _____

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: _____

Mitteilung an (Name befugte Person): _____

Beschreibung: _____

Einsender Info

Lokalisationen:

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

MRSA: Rachen/Nase gepoolt, Haut gepoolt

MRSA PCR nur bei Erstscreening!

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

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

C. auris: Rachen/Nase gepoolt, Haut gepoolt, Rektalabstrich oder Stuhl
Im Anlassfall zusätzlich Wunden und bereits bekannte Lokalisationen

Screeningindikationen:

Siehe Fachrichtlinien 11 (MRSA, VRE, LRE) und FRL 27 (MRGN) und FRL 41 (Candida auris) !

Nähere Informationen zu Dekolonisierung, Monitoring, Isolierung und weiterführenden Hygiene-Maßnahmen siehe Fachrichtlinien 11, 27 und 41 !



Rachen/Nase gepoolt



Haut gepoolt



Rektal/Stuhl

Telefonische Mitteilung: _____

Datum/Uhrzeit: _____

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: _____

Mitteilung an (Name befugte Person): _____

Beschreibung: _____