



PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE:

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

DIAGNOSE / Anlass d. Untersuchung:

Krank seit: _____ **Entnahme (Datum/Uhrzeit):** _____

Anweisender Arzt/befugte Person: _____ **Tel.:** _____

(Name in Blockbuchstaben) _____ Unterschrift: _____

VORBEHANDELT

Nein Ja, mit _____

Erstuntersuchung Wiederholungsuntersuchung

EINSENDER:

MRSA Screening: Methicillin resistenter *Staphylococcus aureus*

Bitte nur eine Untersuchungsart auswählen (PCR oder Kultur)

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

MRGN Screening: Multiresistente gramnegative Erreger

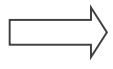
- Rachen/Nase gepoolt Trachealsekret
 Haut gepoolt Wunde: _____
 Rektalabstrich andere Lokalisation: _____
 Stuhl _____

VRE Screening: Vancomycin resistente Enterokokken

- Rektalabstrich andere Lokalisation: _____
 Stuhl _____

Linezolid Resistenz:

Lokalisation: _____



PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE:

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

DIAGNOSE / Anlass d. Untersuchung:

Krank seit: _____ **Entnahme (Datum/Uhrzeit):** _____

Anweisender Arzt/befugte Person: _____ **Tel.:** _____

(Name in Blockbuchstaben) _____ Unterschrift: _____

VORBEHANDELT

Nein Ja, mit _____

Erstuntersuchung Wiederholungsuntersuchung

EINSENDER:

MRSA Screening: Methicillin resistenter *Staphylococcus aureus*

Bitte nur eine Untersuchungsart auswählen (PCR oder Kultur)

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

MRGN Screening: Multiresistente gramnegative Erreger

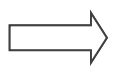
- Rachen/Nase gepoolt Trachealsekret
 Haut gepoolt Wunde: _____
 Rektalabstrich andere Lokalisation: _____
 Stuhl _____

VRE Screening: Vancomycin resistente Enterokokken

- Rektalabstrich andere Lokalisation: _____
 Stuhl _____

Linezolid Resistenz:

Lokalisation: _____



Einsender Info

Version 2.0, 01.11.2020 (2002.1932) □

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

Screeningindikationen:

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

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



Rachen/Nase gepoolt



Haut gepoolt



Rektal/Stuhl

Telefonische Mitteilung: _____

Datum/Uhrzeit: _____

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: _____

Mitteilung an (Name befugte Person): _____

Beschreibung: _____

Zwischenbefund am:

Einsender Info

Version 2.0, 01.11.2020 (2002.1932) □

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

Screeningindikationen:

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

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



Rachen/Nase gepoolt



Haut gepoolt



Rektal/Stuhl

Telefonische Mitteilung: _____

Datum/Uhrzeit: _____

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: _____

Mitteilung an (Name befugte Person): _____

Beschreibung: _____

Zwischenbefund am: