|  | **MRSA-Erhebungsbogen** |  |
| --- | --- | --- |

**Patientenetikett:**

Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nachname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei der Aufnahme eines jeden Patienten anlegen

| **MRSA-Risikoanamnese** | **Ja** |
| --- | --- |
| Patientin bzw. Patient mit bekannter MRSA-Anamnese? | [ ]  |
| Patientin bzw. Patient aus Regionen/Einrichtungen mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz (z.B. Einrichtungen in Ländern mit hoher MRSA-Prävalenz oder Einrichtungen mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz in Deutschland)? | [ ]  |
| Patientin bzw. Patient mit Dialysepflicht? | [ ]  |
| Patientin bzw. Patient mit einem stationären Krankenhausaufenthalt (> 3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten (in einem Krankenhaus in Deutschland oder in anderen Ländern)? | [ ]  |
| Patientin bzw. Patient mit regelmäßigem (beruflichen) direkten Kontakt zu MRSA (z.B. Personen mit Kontakt zu landwirtschaftlichen Nutztieren wie Schweinen, Rindern oder Geflügel)? | [ ]  |
| Patientin bzw. Patient mit Kontakt zu MRSA-Trägern während eines stationären Aufenthaltes hatten (z. B. bei Unterbringung im gleichen Zimmer) | [ ]  |
| Patientin bzw. Patient mit chronischen Hautläsionen (z.B. Ulkus, chronische Wunden, tiefe Weichgewebeinfektionen)? | [ ]  |
| Patientin bzw. Patient mit chronischer Pflegebedürftigkeit (z.B. Immobilität, Störungen bei der Nahrungsaufnahme/ Schluckstörungen, Inkontinenz, Pflegestufe) und einem der nachfolgenden Risikofaktoren:* Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten,
* Liegende(r) Katheter (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle)?
 | [ ]  |
| Kein MRSA-Screening erforderlich. | [ ]  |

| **Ort der Probennahme** |
| --- |
| [ ]  | **Nasenvorhöfe**  | [ ]  | **Rachen** |
| [ ]  | Leiste |
| [ ]  | Wunde/Lokalisation\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  | Perineum |
| [ ]  | Andere(r), bitte angeben: \_\_\_\_\_\_\_\_ |

| **Screening durchgeführt** |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Datum | Name/Unterschrift |

| **Screeningbefund vom:**  |  | [ ]  MRSA nachgewiesen[ ]  MRSA nicht nachgewiesen |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Datum | Name/Unterschrift |