|  | **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 |