**Checkliste zum risikoadaptierten Aufnahmescreening nach §2 HygMedVO NRW (2012)**

**Patientenetikett:**

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

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

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

**Risikoadaptiertes Screening auf Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA)**

Die folgenden Kriterien der [KRINKO-Empfehlung zu MRSA (2014)](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/MRSA_Rili.pdf?__blob=publicationFile) erhöhen das Risiko einer Besiedlung mit MRSA und sollten bei Aufnahme erfragt werden (Zutreffendes bitte ankreuzen).

| **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. | [ ]  |

Ist eines oder sind mehrere der o.g. Kriterien erfüllt, sollte ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening nach §2 HygMedVO NRW (2012) durchgeführt werden.

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

Die o.g. Abstrichorte entsprechen den Prädilektionsstellen zum Nachweis von MRSA im Sinne der [KRINKO-Empfehlung zu MRSA (2014)](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/MRSA_Rili.pdf?__blob=publicationFile). Weitere Abstrichorte können nach ärztlicher Indikation ergänzt werden.

 Datum Name und Unterschrift

Haftungsausschluss:

Die Informationen in dieser Handreichung wurden mit größtmöglicher Sorgfalt zusammengestellt. Dennoch kann keinerlei Gewähr für Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit oder Qualität der bereitgestellten Informationen und Daten übernommen werden. Haftungsansprüche gegen die Autoren beziehungsweise Verantwortlichen dieses Druckerzeugnisses für Schäden materieller oder immaterieller Art, die auf gegebenenfalls fehlerhaften oder unvollständigen Informationen und Daten beruhen, sind, soweit nicht Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt, ausgeschlossen.

**Ansprechperson im LZG.NRW**

Dr. Miriam Korte-Berwanger

Fachgruppe Infektiologie und Hygiene

Tel.: 0234 91535-2306

E-Mail: mre-netzwerke@lzg.nrw.de

Internetseite: [www.lzg.nrw.de/mre-netzwerke](http://www.lzg.nrw.de/mre-netzwerke)

Dieses Dokument wurde erstellt durch das LZG.NRW in Kooperation mit den MRE-Netzwerken in NRW.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen

Gesundheitscampus 10, 44801 Bochum

Telefon 0234 91535-0, Telefax 0234 91535-1694

poststelle@lzg.nrw.de