Erhebungsbogen für *Enterobacterales* und *Acinetobacter* spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder Carbapenemase-Nachweis

Erhebung in Ergänzung zum Meldeformular für meldepflichtige Krankheiten gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG und dem Labor-Meldeformular zum Nachweis von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG.

**Patient/Patientin** Geburtsdatum: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (tt/mm/jjjj) 🔾 Männlich 🔾 Weiblich 🔾 Divers

Name: ............................................................................. Vorname: ...................................................................

Adresse:……………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Verstorben** 🔾 Nein 🔾 Ja 🔾 nicht ermittelbar

**Verstorben am** |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (tt/mm/jjjj)

**[[1]](#footnote-1)Todesursache** 🔾 an der gemeldeten Krankheit 🔾 aufgrund anderer Ursache 🔾 nicht ermittelbar

**Untersuchungsbefund Erreger:**……………………………………………………………………………………………...

🔾 Carbapenem-Nichtempfindlichkeit 🔾 Carbapenemase, welches Gen ………………………………………..

**Probennahme-Datum**: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (tt/mm/jjjj) **Diagnose-Datum**: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (tt/mm/jjjj)

**Nachweismaterial:** 🔾 Urin 🔾 Stuhl 🔾 Trachealsekret 🔾 BAL 🔾 Blut 🔾 Liquor

 **Abstrich**: 🔾 Wunde 🔾 Anal 🔾 Nase/Rachen **Anderes Material**…………………...……….…

**Screeningbefund** 🔾 Nein 🔾 Ja 🔾 Aufnahmescreening 🔾 Umgebungsuntersuchung

 🔾 Sonstiges Screening…….………………………………………………

🔾 **kolonisiert** 🔾 **infiziert** Erkrankungsbeginn: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (tt/mm/jjjj)

**Hospitalisierung Aktuell hospitalisiert:** 🔾 Nein 🔾 Ja, seit |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (tt/mm/jjjj)

**Hospitalisierungsgrund** 🔾 aufgrund der gemeldeten Krankheit 🔾 aufgrund anderer Ursache 🔾 nicht ermittelbar

**Station**………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Zurückliegende Hospitalisierungen (letzte 12 Monate)** 🔾 Nein 🔾 Ja 🔾 nicht ermittelbar

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Ort (im Ausland Land) des Krankenhauses**  | **Zeitraum (von-bis)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Einrichtungsdaten** (Krankenhaus/Praxis, behandelnde/r Ärztin/Arzt, ggf. Stempel, Unterschrift) |  |

**Zusatzinformationen**

**Kontakt zu Gesundheitssystem im Ausland innerhalb der letzten 12 Monate**

🔾 Nein 🔾 Ja 🔾 nicht ermittelbar

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Land** | **Grund des Aufenthalts** | **Datum des Aufenthalts**  | **Medizinische Behandlung (z.B. ambulante Versorgung, Operation, zahnmedizinische Versorgung)** |
|  | 🔾 Reise🔾 Wohnsitz 🔾 andere |  |  |
|  | 🔾 Reise🔾 Wohnsitz 🔾 andere |  |  |
|  | 🔾 Reise🔾 Wohnsitz 🔾 andere |  |  |

**Wird die betroffene Person demnächst verlegt?**

🔾 Nein 🔾 Ja, am |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (tt/mm/jjjj) nach …………………………………………………………

**Wurde die betroffene Person über die Kolonisation/Infektion informiert?**

🔾 Nein 🔾 Ja

**War bei der betroffenen Person der Nachweis eines Carbapenem-nichtempfindlichen Erregers bei Aufnahme bekannt?**

🔾 Nein 🔾 Ja, welcher ………………………………………………………..

**Wurde bei der betroffenen Person ein Aufnahmescreening durchgeführt?**

🔾 Nein 🔾 Ja

 🔾 negativ 🔾 positiv auf ………………………………………………………..

**War/ist die betroffene Person isoliert?**

🔾 Nein 🔾 Ja seit |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (tt/mm/jjjj)

 🔾 Einzelzimmer 🔾 Kohortenisolierung

**Gab es vor Isolierung Kontaktpersonen im Patientenzimmer?**

🔾 Nein 🔾 Ja

**Wurden Kontaktpersonen gescreent?**

🔾 Nein 🔾 Ja, Anzahl positiv:…………. Anzahl negativ:……………

**Wurden Kontaktpersonen isoliert?**

🔾 Nein 🔾 Ja

 🔾 Einzelzimmer 🔾 Kohortenisolierung

**Gibt es weitere Personen mit dem gleichen Erreger oder dem gleichen Carbapenemase-Nachweis auf der Station?**

🔾 Nein 🔾 Ja, Anzahl:………..

1. Gemäß Angaben auf der Todesbescheinigung (Teil I a bis c). Sofern die übermittelte Krankheit nicht als Teil der zum Tod führenden Kausalkette genannt ist, sollte ‚aufgrund anderer Ursache’ angekreuzt werden. [↑](#footnote-ref-1)