Erhebungsbogen für *Enterobacterales* und *Acinetobacter* spp. mit Meropenem-Resistenz oder Carbapenemase-Nachweis

Erhebung der für die Fallübermittlung nach § 11 Abs. 1 IfSG relevanten Daten bei Meldungen nach § 7 Absatz 1 Nr. 52 lit. b/c IfSG.

Patient/Patientin Geburtsdatum: (tt.mm.jjjj) Geschlecht: bitte auswählen

Name: Vorname:

Adresse:

Verstorben bitte auswählen

Verstorben am (tt.mm.jjjj)

[1]**Todesursache** bitte auswählen

◯ **kolonisiert** ◯ **infiziert** Erkrankungsbeginn: (tt.mm.jjjj)

Hospitalisierung **Aktuell hospitalisiert:** ◯ Nein ◯ Ja, seit (tt.mm.jjjj)

Hospitalisierungsgrund bitte auswählen

Krankenhaus und Station:

Zurückliegende Hospitalisierungen (letzte 12 Monate), bitte in SurvNet eintragen!

Name und Ort (im Ausland Land) des Krankenhauses	**Zeitraum (von-bis)**

Labornachweise

Erreger:

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……

Einrichtungsdaten (Krankenhaus/Praxis, behandelnde/r Ärztin/Arzt, ggf. Stempel, Unterschrift)

[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.

Resistenzen und Carbapenemase-Nachweise

☐ **Meropenem-Resistenz** Weitere Resistenzen: ☐ Imipenem ☐ Ertapenem

☐ **Carbapenemase-Nachweise**

Nachweisdatum	Gen oder Carbapenemase (z.B. OXA-48)	Nachweismethode (z.B. Immunchromatographie, Sequenzierung, PCR/LAMP)

Probe ans NRZ für Gram-negative Krankenhauserreger eingesendet:

◯ Ja, am: (tt.mm.jjjj) NRZ-Nummer:

◯ Nein

Zusatzinformationen

Kontakt zu Gesundheitssystem im Ausland innerhalb der letzten 12 Monate

Land	**Grund des Aufenthalts**	**Datum des Aufenthalts (von-bis)**	**Medizinische Behandlung (z.B. ambulante medizinische oder zahnmediz. Versorgung, Operation)**
	bitte auswählen		
	bitte auswählen		
	bitte auswählen		

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-resistenten 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) Isolierungsart: bitte auswählen

Gab es vor Isolierung Kontaktpersonen im Patientenzimmer?

◯ Nein ◯ Ja

Wurden Kontaktpersonen gescreent?

◯ Nein ◯ Ja, Anzahl positiv: Anzahl negativ:

Wurden Kontaktpersonen isoliert?

◯ Nein ◯ Ja Isolierungsart: bitte auswählen

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

◯ Nein ◯ Ja, Anzahl: