

Ermittlungsbogen für Meldungen Carbapenem-nichtempfindlicher

Enterobacteriaceae und Acinetobacter

Patienten-Name: Vorname:.....
 Wohnort des Patienten:

Geb. Datum:

_	_	_ _
Tag	Monat	Jahr

Geschlecht: männl. weibl.
 Verstorben: Nein Ja Verstorben am: |_|_|_|_|_|
 Todesursache: an dem gemeldeten Erreger aufgrund anderer Ursache

Krankenhaus / Einrichtung / Praxis
 Stempel

Station:
 Telefon:
 Arzt/ Ärztin:
 Unterschrift:
 Datum:

Inhalte der doppelt umrandeten Abschnitte werden nicht an das HLPUG weitergeleitet!

Zum Zeitpunkt des Erreger-Nachweises in **stat. Behandlung**: Nein Ja stat. Aufnahme am: |_|_|_|_|_|

Nachgewiesener Keim: Nachweis am: |_|_|_|_|_|

Carbapenemase nachgewiesen: Nein Ja und zwar: Ergebnis ausstehend

Grund für Untersuchung: Screening bei stationärer Aufnahme Umgebungsuntersuchung / Kontaktperson
 Aufenthalt auf Intensiv Diagnostik bei V.a. Infektion Sonstiges:

Infektion: Nein Ja Wenn ja, Erkrankungsbeginn: |_|_|_|_|_| Lokalisation:

Kolonisation: Nein Ja

Ist der Patient Teil eines bekannten **Ausbruchs**? Nein Ja

Patient wohnhaft in: eigenem Haushalt Alten-/Pflegeheim Sonstiges:

Aufenthalte außerhalb Deutschlands während der letzten 12 Monate? Nein Ja Nicht ermittelbar

Land	W = Wohnsitz R = Reiseland	Beginn (Monat/Jahr)	Medizinische Behandlung im Ausland
	W <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht ermittelbar <input type="checkbox"/>
	W <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht ermittelbar <input type="checkbox"/>

Frühere Krankenhausaufenthalte während der letzten 12 Monate? Nein Ja Nicht ermittelbar

Namen der zuletzt besuchten Einrichtungen	Datum der Aufnahme

Maßnahmen im Krankenhaus während des aktuellen Aufenthaltes?

War bei dem Patienten der Nachweis eines CRGN-Erregers bei Aufnahme bekannt? Nein Ja
 Wenn ja, welche/r? Keim wie oben Anderer Keim:

Wurde ein MRGN-Aufnahmescreening durchgeführt? Nein Ja Ergebnis: positiv negativ

War/ist der Patient isoliert? Nein Ja Wenn ja, ab wann? |_|_|_|_|_|

Wie war/ist der Patient isoliert? Einzelzimmer Kohortenisolierung Sonstiges:

Status vor Isolierung:

Kontaktpatienten im Patientenzimmer?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Falls ja, wurden/werden Kontaktpatienten gescreent?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
wurden/werden Kontaktpatienten isoliert?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>