

Infektionstransporte sind bei der Leitstelle Transport/Rettungsdienst anzumelden.

Überleitungsbogen für Patienten mit MRE-Nachweis für den ärztlichen Dienst, pflegerischen Dienst und Krankentransport/Rettungsdienst

Patientendaten

| | |
|--------------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer | PLZ, Wohnort |

Verlegung

| | | |
|--|-----|-------------|
| Verlegung von | | |
| Name, Vorname des Ansprechpartners | | |
| Telefon | Fax | E-Mail |
| Verlegung nach | | |
| Telefonische Vorabinformation bei Herrn/Frau | | erledigt am |

| | | | |
|---|---|---------|------------------|
| M R S A | MRSA-Status Erregernachweis an folgenden Orten: <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Einstichstelle <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheter <input type="checkbox"/> Sonstige | | |
| | Sanierungsmaßnahmen | Produkt | abgeschlossen am |
| | <input type="checkbox"/> Nase 3 x täglich für die Dauer von 5 Tagen | | |
| | <input type="checkbox"/> Rachen 3 x tgl. für die Dauer von 5 Tagen | | |
| | <input type="checkbox"/> Körper/Haare 1 x tgl. für die Dauer von 5 Tagen | | |
| | <input type="checkbox"/> Tracheostoma 2 x täglich | | |
| | <input type="checkbox"/> Antibiotika-Therapie | | |
| <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> OP-Wunde <input type="checkbox"/> chronische Wunde | | | |
| Kontrollabstrich frühestens 3 Tage nach der Sanierung (<u>nicht</u> unter laufender Antibiotikatherapie) Kontrollabstrich am <input type="text"/> erfolgt <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ Kontrollabstrich noch nicht erfolgt; frühestens am <input type="text"/> möglich | | | |
| Sonstige | Erreger: <input type="checkbox"/> 3 MRGN <input type="checkbox"/> 4 MRGN <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ Lokalisation: <input type="checkbox"/> Nase/Rachen <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> _____ | | |
| | <input type="checkbox"/> Kolonisation <input type="checkbox"/> Infektion | | |

| | |
|-------|--------------|
| Datum | Unterschrift |
|-------|--------------|