

Kreis Segeberg
 Der Landrat
 Infektionsschutz und
 Umweltbezogener Gesundheitsschutz
 Hamburger Str. 30
 23795 Bad Segeberg
 Tel.: 04551-951-9335
 Fax: 04551-951-9340
 E-Mail: infektionsschutz@kreis-se.de

Meldende Einrichtung, ggf Stempel:

Station:
Behandelnde/r Ärztin/Arzt:
Telefon: Fax:

Datum und Unterschrift der/des Meldenden

Ermittlungsbogen für Meldungen Carbapenem-resistenter gramnegativer Erreger
!!! (Bitte Laborbefund und Resistenzbestimmung beifügen)

Patienten-Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Verstorben: Nein Ja verstorben am: _____

Nachweis von: _____ (Name des Keimes) am: _____

Aufenthalt im Krankenhaus bei Erregernachweis? Nein Ja Wenn ja: stat. Aufnahme am: _____

Kolonisation: Nein Ja Wenn ja, Nachweis in:
 Urin Stuhl/Analabstrich Trachealsekret/Abstrich Wunde Sonstiges: _____

Infektion: Nein Ja Wenn ja, Tag des Beginns der Erkrankung: _____
 Nachweis in: Urin Trachealsekret/Abstrich Wunde Sonstiges: _____

Symptome? _____

Risikofaktoren? _____

Ist der Patient Teil eines bekannten Ausbruchs? Nein Ja

Wohnort des Patienten: Eigener Haushalt Altenpflegeheim Sonstiges: _____

Berufstätig? Nein Ja Wenn ja, welche Tätigkeit? _____

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

Land	Beginn (Monat/Jahr)	Dauer (in Tagen)	Erfolgte eine medizinische Behandlung?
Reiseland <input type="checkbox"/> , Wohnsitz <input type="checkbox"/> , Flüchtling <input type="checkbox"/>			Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , wenn ja, welche?

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

Name der zuletzt besuchten Einrichtung	Datum der Aufnahme

Maßnahmen im Krankenhaus während des aktuellen Aufenthaltes

War bei dem Patienten der Nachweis eines MRGN-Erregers bei Aufnahme bekannt?	
Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche/r? _____	
Wurde ein Aufnahmescreening durchgeführt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ergebnis: positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/>
War/ist der Patient isoliert?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, ab wann? _____
Wie war /ist der Patient isoliert?	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Kohortenisolierung <input type="checkbox"/>
Gab es 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"/>
Falls ja, wurden/werden Kontaktpatienten isoliert?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>