LANDKREIS MAYEN-KOBLENZ

GESUNDHEITSAMT
DER KREISVERWALTUNG MAYEN-KOBLENZ

MRE-Überleitungsbogen

Patientenidentifikation
(Adressaufkleber)

Information für:

☐ Klinik ☐ Reha-Einrichtung ☐ amb. Med. Einrichtungen (ärtzl. Praxis, amb. Pflegedienst, therapeutische Einrichtung)
☐ Krankentransport ☐ Alten-/Pflegeheim

Bei der/dem oben genannten Patientin/Patienten wurde am _____

☐ **MRSA** ☐ **3MRGN** ☐ **4MRGN** ☐ **VRE** ☐ **C. diff**
☐ **Sonstige** _____
nachgewiesen.

Lokalisation:

☐ Nase ☐ Rachen ☐ Wunde ☐ Perineum ☐ Blut ☐ Blutkultur ☐ Urin
☐ respiratorische Sekrete ☐ Stuhl ☐ Rektal ☐ Haut ☐ Leiste
☐ Sonstige _____

Status: ☐ Infektion ☐ Besiedlung

Kolonisation / Sanierungsstatus bei der Entlassung (gilt nur bei MRSA)**:**

☐ Es wurde kein Sanierungsversuch unternommen.
Ich bitte Sie, die Sanierung und Abstrichkontrollen nach u. a. Schema durchzuführen!

☐ Ein Sanierungsversuch wurde erfolglos durchgeführt.
Es liegen sanierungshemmende Faktoren vor. Vor einer erneuten Sanierung ist es notwendig, die Heilung/Beendigung abzuwarten!

☐ Eine Sanierung wurde begonnen, konnte aber nicht abgeschlossen werden.
Ich bitte Sie, die begonnene Sanierung nach u. a. Schema fortzusetzen und den Erfolg durch Abstrichkontrollen (F1 ff.) zu sichern!

☐ Eine Sanierung wurde mit einem vorläufigen Sanierungserfolg durchgeführt.
Ich bitte Sie, die Abstrichkontrollen (F1 ff.) nach u. a. Schema fortzusetzen!

Letzter Befund vom: _____

Sanierungspräparate:

☐ Nase: _____ ☐ Wunde: _____
☐ Rachen: _____ ☐ Körper: _____

Sanierungshemmende Faktoren:

☐ Wunde (MRSA-kolonisiert) ☐ Dialysepflichtigkeit ☐ Katheter (HWK, PEG etc.)
☐ Hautulkus, Haut-/Weichteilinfektion ☐ MRSA-selektierende Antibiotikatherapie

MRSA-Sanierungsstatus: (Bitte ankreuzen)

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Phase A+B	**C**	**C**	**D1**	**D2**	**D3**	**E1**	**E2**	**E3**	**F**
Screening + Sanierung (5 Tage Sanierung)	Keine Pause	3 Tage Pause	Kontrollabstriche an 3 Tagen			Kontrollen nach 1, 6, 12 Monaten			MRSA-frei

MRSA-Weiterbehandlungsempfehlung - ambulant:

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Phase A+B	**C**	**C**	**D1**	**E1**	**E2**	**F**
Screening + Sanierung	Keine Pause	3 Tage Pause	1. Abstrichkontrolle	Kontrollen nach 6, 12 Monaten		MRSA-frei

☐ T1 ☐ T2 ☐ T3 ☐ T4 ☐ T5

Datum, Name / Arzt/Station (Druckbuchstaben) _____ Unterschrift Arzt _____