

AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Multiresistente Erreger (MRE) sind Bakterien, die gegen die meisten Antibiotika resistent sind.
Wir sind bemüht, diese Erreger frühzeitig zu erkennen. Daher bitten wir Sie, nachfolgende Fragen zu beantworten.

Benötigen Sie Unterstützung, dürfen Sie sich gerne an unsere Mitarbeiter wenden.

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">Patientenetikett</div>	Bitte Antwort ankreuzen: bei JA immer in die freien Spalten			
	NEIN	JA		
		MRSA	MRGN	VRE
1. Wurden bei Ihnen schon einmal folgende Erreger nachgewiesen? <ul style="list-style-type: none"> • MRSA (Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i>) • MRGN (Multiresistente gramnegative Stäbchenbakterien) • VRE (Vancomycin-resistente Enterokokken) 				
2. Hatten Sie während eines stationären Aufenthaltes >24 Stunden Kontakt zu einem MRSA / MRGN / VRE- Träger (z.B. Unterbringung im gleichen Zimmer)?				
3. Wurden Sie während der letzten 12 Monaten länger als 3 Tage im Krankenhaus behandelt? (gilt nicht für Entbindung/Schwangerschaft)				
4. Leben Sie in einer Pflegeeinrichtung/ Pflegeheim oder werden Sie von einem ambulanten Pflegedienst betreut?				
5. Haben Sie beruflich direkten Kontakt zu Tieren aus der Tiermast, Landwirtschaft, Viehzucht, Fleischverarbeitung?				
6. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt mit dem Gesundheitssystem im Ausland (z.B. Südeuropa, Mittelmeerraum, Naher Osten, arabische Halbinsel, Indien, Pakistan, Südostasien, Nordafrika, einem Nachfolgestaat der Sowjetunion)?				
7. Liegt bei Ihnen eine der folgenden Situationen vor? <input type="checkbox"/> Beatmung, Tracheostoma <input type="checkbox"/> Venenkatheter (ZVK, Shaldon, Port) <input type="checkbox"/> Ernährungssonde (PEG) <input type="checkbox"/> Blasenverweilkatheter <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Nierenschwäche mit Dialysetherapie <input type="checkbox"/> chronische Wunde z. B. am Fuß, Bein, Steiß (Gangrän, Ulcus, Dekubitus) oder nach OP (tiefe Weichgewebeeinfektion etc.) <input type="checkbox"/> chronische Hautveränderungen z. B. Hautausschlag, Ekzem				
Datum _____ Uhrzeit _____ Unterschrift Patient/ Begleitperson _____				
Durch das aufnehmende Personal auszufüllen:				
8. Bei Aufnahme auf die ITS/ IMC: ITS/ IMC-Aufenthalt absehbar ≥ 48 Stunden				
<input type="checkbox"/> Alle Fragen: NEIN <ul style="list-style-type: none"> • kein Abstrich indiziert 	<input type="checkbox"/> MRSA-Fragen 1 bis 8: mind. 1 Frage JA <ul style="list-style-type: none"> • immer je ein Abstrich Nase + Rachen und • MRSA-Untersuchung je nach Lokalisation in Frage 7 	<input type="checkbox"/> MRGN / VRE-Fragen 1 bis 8: mind. 1 Frage JA <ul style="list-style-type: none"> • immer tiefer Rektalabstrich und • MRGN / VRE-Untersuchung je nach Lokalisation in Frage 7 		
Datum _____ Uhrzeit _____ Unterschrift Mitarbeiter _____				