Überleitungsbogen für Patienten mit **M**ulti**R**esistenten **E**rregern

(gemäß IfSG §23 Abs. 8 i. V. mit HHygVO § 2 Abs. 5)

Bitte immer **3fach** ausfertigen für abgebende Einrichtung, qualifizierten Krankentransport und aufnehmende Einrichtung/Pflege

Patientendaten (ggf. Etikett)**:**
Name:

Geb.Dat.:

Adresse:

Abgebende Einrichtung (ggf. Stempel)**:**

Ansprechpartner: Tel.:

Transportziel:

Nachgewiesener Erreger mit spezieller Resistenzlage nach IfSG § 23 Abs. 8 Satz 10:

☐ **MRSA** Methicillin-resistenter Staphylococcusaureus

☐ **VRE** Vancomycin-resistenter Enterococcus

☐ **Enterobacteriaceae** (z.B.: E. coli oder Klebsiellen) ☐ 3MRGN ☐ 4MRGN

☐ **Acinetobacter baumannii** ☐ 3MRGN ☐ 4MRGN

☐ **Pseudomonas aeruginosa** ☐ 3MRGN ☐ 4MRGN

☐ _____

Trägerstatus:

☐ Kolonisation ☐ Infektion ☐ unbekannt

Lokalisation:

☐ Nase ☐ Rachen ☐ Sputum/Trachealsekret

☐ Blutkultur ☐ Wunde ☐ Urin

☐ Stuhl/Analabstrich ☐ Device (☐ PEG ☐ AP ☐ _____)

☐ Haut - Lokalisation: _____

Datum letzter Nachweis: ____ . ____ . 20 ____

Maßnahmen bei MRSA-Kolonisation:

MRSA-Dekolonisation begonnen: ☐ Ja ☐ Nein Datum: _____

MRSA-Dekolonisation abgeschlossen: ☐ Ja ☐ Nein

MRSA-Dekolonisation mit: _____
Name/Wirkstoff und Dosis

Bemerkungen:

☐ **Überleitungsbogen komplett übergeben** ☐ **Telefonische Vorabinfo erfolgt – an:**

_____
Datum, Name und Unterschrift

© Copyright MRE-Netzwerk Südhessen 9/2019