

MRE Sanierungsübergabebogen

Patientendaten (aus Orbis)
bzw. Patientenaufkleber

**Bei Fragen wenden Sie sich gerne
an das Hygiene-Management:**

Information an aufnehmende Einrichtung und Transportdienst erfolgt

Bei o.g. Patient/in wurde folgender multiresistenter Erreger nachgewiesen:

MRSA (Methicillin- resistenten Staphylococcus aureus)
 3 MRGN _____
 4 MRGN _____
 VRE (Vancomycin-resistenter Enterococcus)
 Sonstiger multiresistenter Erreger: _____

Befund vom: _____

Trägerstatus:
 Infektion
 Kolonisation

Lokalisation des Erregernachweises: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Haut/Schleimhaut	Pos.	Neg.	Diverses	Pos.	Neg.	Wunde/Lokalisation	Pos.	Neg.
Nasenvorhöfe/Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sputum/Trachealsekret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundschleimhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutkultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achsel (re./li.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liquor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEG/SPDK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiste (re./li.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginal-/Genitalregion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rektal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Sanierungsmaßnahmen MRSA:

Ort	Maßnahmen	Beginn	Ende	Fortsetzen bis
<input type="checkbox"/> Nase	3x tgl. 5 Tage Mupirocin-Salbe (bei Mupirocin-Resistenz PVP-Jod 1,25 %)			
<input type="checkbox"/> Rachen	3x tgl. 5 Tage mit antisept. Mundspülung z.B. Octenidol®, Prontoral®			
<input type="checkbox"/> Haut/Haare/ Bart/Toupet	1-2 x tgl. 5 Tage mit antisept. Seife/ Waschlotion z.B. Octenisan®, Decontaman®, Prontoderm®			
<input type="checkbox"/> Wunden	Antiseptische Wundtherapie			

Weitere Maßnahmen bei MRSA/MRE

Antibiotikabehandlung nach Behandlungsplan _____
 Konsequente Basishygiene Isolierung nach hausinternen Hygieneplan/Standard Eigene Toilette empfohlen

MRSA-Sanierungsstatus bei Entlassung / bei Verlegung: (bitte ankreuzen):

Sanierung abgeschlossen Sanierung muss fortgeführt werden
 Sanierung muss begonnen werden Sanierung bis jetzt erfolglos

Kontrollen nach Sanierung:

Vorgehen ambulant	Erfolgt	Pos.	Neg.	Vorgehen stationär	Erfolgt	Pos.	Neg.
1. Abstrich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Abstrich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. nach 3-6 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Abstrich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. nach 6-12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Abstrich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ankreuzen, welche Kontrolle in der Einrichtung erfolgt ist und falls vorliegend Befundergebnis angeben.				Nach 1 Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beginn der Kontrollen erst EINEN Tag nach Beendigung der Sanierungsmaßnahmen oder 48 h nach Ende der Antibiose möglich				nach 3-6 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				nach 6-12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Hinweise: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____ Funktion: _____