

Praxis:	Checkliste MRSA-Sanierungsbehandlung Dokumentationsbogen für Patientenakte	FB-MRSA 1
		Version 3.0
		Seite 1 von 2
		Datum:

Angeordnete Maßnahmen, Befunde etc. bitte ankreuzen!
Die fett umrahmten Maßnahmen, sind für die korrekte Durchführung der MRSA-Eradikation erforderlich!

Name: Patient: _____ behandelnder Arzt: _____

1. Eradikationszyklus 2. Eradikationszyklus 3. Eradikationszyklus

1. Ausgangsbefund

Datum: _____ entnommen durch: _____

Erhebung des Kolonisationsstatus	Positiv	Negativ
Nasenvorhöfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wunden (falls vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haaransatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anus/Perineum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Eradikationshemmende Faktoren

Dialysepflichtigkeit	<input type="checkbox"/>
Katheter (z.B. Harnwegskatheter, PEG-Sonde)	<input type="checkbox"/>
MRSA-selektierende Antibiotika-Therapie Präparat/Wirkstoff: _____ bis: _____	<input type="checkbox"/>
Hautulkus, Haut- und Weichgewebeinfektion	<input type="checkbox"/>
Atopisches Ekzem, sonstige Hautläsionen	<input type="checkbox"/>
Wunde (MRSA-kolonisiert)	<input type="checkbox"/>
Tracheostoma (MRSA-kolonisiert)	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	<input type="checkbox"/>

3. Eradikationsmaßnahmen

Verordnung von antibakterieller Nasensalbe	<input type="checkbox"/>
Private Verordnung von antiseptischer Lösung zum Rachenspülen	<input type="checkbox"/>
Private Verordnung von antiseptischer Seife zur Körperreinigung/Haarwäsche	<input type="checkbox"/>
Aushändigung der Behandlungsanweisung für den Patienten	<input type="checkbox"/>

Eradikationspräparate

Präparat und Häufigkeit der Anwendung

Antibakterielle Nasensalbe: _____

Antiseptische Rachenspülung: _____

Antiseptische Seifen für Haut/Haare: _____

Desinfektionsmittel für Utensilien: _____

Eradikationszeitraum (5-7 Tage): vom _____ bis _____

4. 1. Abstrichentnahme (3 Tage -4 Wochen nach Eradikation) Datum: _____

Abstriche	Positiv	Negativ
Nasenvorhöfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wunden (falls vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorläufiges Ergebnis nach 1. Kontrollabstrichen		
MRSA frei	<input type="checkbox"/>	
Weiterhin MRSA-Träger	<input type="checkbox"/>	
Folgeeradikation geplant	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

5. 2. Abstrichentnahme (3-6 Monate nach Eradikation) Datum: _____

Abstriche	Positiv	Negativ
Nasenvorhöfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wunden (falls vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorläufiges Ergebnis nach 2. Kontrollabstrichen		
MRSA frei	<input type="checkbox"/>	
Weiterhin MRSA-Träger	<input type="checkbox"/>	
Folgeeradikation geplant	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

6. 3. Abstrichentnahme (11-13 Monate nach Eradikation) Datum: _____

Abstriche	Positiv	Negativ
Nasenvorhöfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wunden (falls vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Endergebnis		
MRSA frei	<input type="checkbox"/>	
Weiterhin MRSA-Träger	<input type="checkbox"/>	
Folgeeradikation geplant	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Befunde der MRSA-Sanierungsbehandlung mitgeteilt

an _____ am _____

an _____ am _____

an _____ am _____

Patient in MRSA-Fallkonferenz dargestellt am _____

Platz für praxisinterne Anmerkungen: