

MRSA ist eine Abkürzung und bedeutet **M**ethicillin **R**esistenter **S**taphylococcus **A**ureus. MRGN sind **M**ultiresistente **G**ram-Negative **E**rreger. Falls diese Bakterien von der Nasenschleimhaut oder der Haut in eine Wunde oder in Ihren Körper gelangen, kann es zu einer Infektion kommen. Wenn bei Ihnen eine Operation stattfinden soll, könnte dies ggf. ein höheres Infektionsrisiko bedeuten. Daher möchten wir vor der Operation feststellen, ob solche Keime bei Ihnen vorliegen, um dann evtl. eine vorherige Behandlung einzuleiten. Deshalb bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten.

Patientenetikett

Aufnahme: .....

OP: .....

<ul style="list-style-type: none"> <li>Ist bei Ihnen schon einmal eine MRSA – Besiedelung/Infektion diagnostiziert worden? <span style="float:right">nein</span></li> </ul>	ja	MRSA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hatten Sie innerhalb der letzten 12 Monate einen Krankenhausaufenthalt, der länger als 3 Tage dauerte? <span style="float:right">nein</span></li> </ul>	ja	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbeiten Sie beruflich in der landwirtschaftlichen Nutztierhaltung? (Schweine, Rinder, Kälber, Pute) <span style="float:right">nein</span></li> </ul>	ja	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie Wunden, Brandwunden, Ulcus, Gangrän, Haut – oder tiefe Weichteilinfektionen? <span style="float:right">nein</span></li> </ul>	ja	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sind Sie Dialysepatient? <span style="float:right">nein</span></li> </ul>	ja	
Sind Sie seit längerem pflegebedürftig? (Z.B. ambulante Pflege, Pflegestufe, Inkontinenz, Störungen bei der Nahrungsaufnahme) <b>und</b> einem der folgenden Faktoren: - Antibiotikatherapie in den letzten 6 Monaten - liegende Katheter (z. B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Magensonde) <span style="float:right">nein</span>	ja	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie in den letzten 3 Jahren länger als 3 Monate im Ausland gelebt? Außer in Holland, Belgien, Dänemark, Schweden, Finnland? <span style="float:right">nein</span></li> </ul>	Land..... ja	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hatten Sie in den letzten 12 Monaten engen Kontakt mit Personen, die MRSA Träger waren (z. B. gemeinsame Nutzung von Schlafräum und / oder der Sanitäreinrichtungen, pflegende Angehörige)? <span style="float:right">nein</span></li> </ul>	ja	MRSA MRGN
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wohnen sie zurzeit in einer Unterkunft für Flüchtlinge? <span style="float:right">nein</span></li> </ul>	ja	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ist bei Ihnen schon einmal eine 4 MRGN – Besiedelung/Infektion diagnostiziert worden? <span style="float:right">nein</span></li> </ul>	ja	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen Krankenhausaufenthalt in einem der folgenden Ländern: Ost-, Südost- und Südeuropa(z. B. Bulgarien, Italien, Griechenland, Kosovo, Moldawien, Rumänien, Russland, Serbien, Ungarn), Naher Osten, Asien, Südamerika, Afrika <span style="float:right">nein</span></li> </ul>	ja	MRGN
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt zu Patienten, bei denen eine Besiedlung oder Infektion mit 4 MRGN nachgewiesen wurde (Pflege im gleichen Zimmer)? <span style="float:right">nein</span></li> </ul>	ja	

Unterschrift .....

Datum .....

**Nicht** vom Patienten auszufüllen!

MRSA Screening notwendig? ja  (wenn eine Frage bei MRSA mit Ja beantwortet wurde) nein

MRGN Screening notwendig? ja  (wenn eine Frage bei MRGN mit Ja beantwortet wurde) nein

Screening erfolgt? MRSA  nein  ja  MRGN  nein  ja

Nasenabstrich  Rektal  Wundabstrich wo?.....