



Sanierung einer mit MRSA besiedelten Person

Ambulanter Bereich
einschließlich Alten- und Pflegeheime



Name Patient/in: _____	Sanierungszyklus: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
------------------------	--

A Ausgangsbefunde vom: _____

Behandelnde/r Arzt/Ärztin: _____

Nase-Rachen <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pos.	Wunden <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pos.	Ggf. weitere <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pos.	Weitere Nachweisorte bitte angeben: Stuhl <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Urin (künstliche Ableitung) <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Kathetereinstichstellen <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Blutkultur <input type="checkbox"/> Punktat <input type="checkbox"/> etc. _____
---	--	--	---

B Sanierungsmittel

EWZ = Einwirkzeit

Nasensalbe	_____	2 bis 3 x täglich je nach Herstellerangaben
Dekolonisierung Körper	_____	Konz.: _____ EWZ: _____ 1 x tägl.
Dekolonisierung Haare	_____	Konz.: _____ EWZ: _____ 1 x tägl.
Dekolonisierung Mund	_____	Konz.: _____ EWZ: _____ 3 x tägl.
Dekolonisierung Utensilien	_____	Konz.: _____ EWZ: _____ tägl. nach Gebr.

C Sanierungsmaßnahmen

Angeordnete Maßnahmen bitte ankreuzen ↓

Nasensalbe morgens	<input type="checkbox"/>
Nasensalbe mittags	<input type="checkbox"/>
Nasensalbe abends	<input type="checkbox"/>
Dekolonisierung Körper & Haare	<input type="checkbox"/>
Dekolonisierung Mund & Rachen morgens	<input type="checkbox"/>
Dekolonisierung Mund & Rachen mittags	<input type="checkbox"/>
Dekolonisierung Mund & Rachen abends	<input type="checkbox"/>
Umgebungsbezogene Maßnahmen	<input type="checkbox"/>

Tag	Datum	Durchgeführt
1	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6/7/8	Pause	

D Kontrollabstriche und Ergebnisse

Angeordnete Maßnahmen bitte ankreuzen ↓

Nase-Rachen	<input type="checkbox"/>
Wunden	<input type="checkbox"/>
Ggf. weitere	<input type="checkbox"/>

Abstrich	Datum	Durchgeführt	Befunde
D 1*	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liegen alle VOR (Positive Abstriche einkreisen)
Vorläufiges Ergebnis:			<input type="checkbox"/> MRSA-frei <input type="checkbox"/> Weiterhin MRSA-Träger/in / Folgesanierung geplant <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
E 2**	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liegen alle VOR (Positive Abstriche einkreisen)
Zwischenergebnis:			<input type="checkbox"/> MRSA-frei <input type="checkbox"/> Weiterhin MRSA-Träger/in / Folgesanierung geplant <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
E 3***	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liegen alle VOR (Positive Abstriche einkreisen)
Endergebnis:			<input type="checkbox"/> MRSA-frei <input type="checkbox"/> Weiterhin MRSA-Träger/in / Folgesanierung geplant <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Die dick umrahmten Maßnahmen sind zur korrekten Durchführung eines MRSA-Sanierungszyklus standardmäßig erforderlich.

Die Kennbuchstaben A - E beziehen sich auf die Sanierungsphasen.

* Entnahme von Kontrollabstrich 1: Frühestens am 4 Tag und spätestens 4 Wochen nach Ende der Sanierungsmaßnahmen

** Entnahme von Kontrollabstrich 2: Frühestens 3 und spätestens 6 Monate nach Ende der Sanierungsmaßnahmen

*** Entnahme von Kontrollabstrich 3: Frühestens 11 und spätestens 13 Monate nach Ende der Sanierungsmaßnahmen