

Patient:

MRSA- Screening

1	Besteht eine bekannte MRSA- Anamnese?	<input type="checkbox"/> nein <i>dann 2</i>	<input type="checkbox"/> ja ➔	➔ PCR- Screening
2	Kontakt (> als 24 Stunden) zu einem MRSA Träger während eines stationären Aufenthaltes (z.B. Unterbringung im selben Zimmer)	<input type="checkbox"/> nein <i>dann 3</i>	<input type="checkbox"/> ja ➔	➔ PCR- Screening
3	Patient mit einem stationären Krankenhausaufenthalt (> 3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten (in einem Krankenhaus in Deutschland oder in anderen Ländern)	<input type="checkbox"/> nein <i>dann 4</i>	<input type="checkbox"/> ja ➔	➔ PCR- Screening
4	Chronische Pflegebedürftigkeit (z.B. Immobilität, Störungen bei der Nahrungsaufnahme/ Schluckstörungen, Inkontinenz, Pflegestufe) und einer der folgenden Risikofaktoren ➤ Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten ➤ (mind. 1) liegende Katheter: Harnblasenkatheter, PEG, Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> nein <i>dann 5</i>	<input type="checkbox"/> ja ➔	➔ PCR- Screening
5	Direkten (beruflichen) Kontakt zu Tieren in der landwirtschaftlichen Tiermast (Schweine, Rinder, Geflügel)	<input type="checkbox"/> nein <i>dann 6</i>	<input type="checkbox"/> ja ➔	➔ PCR- Screening
6	Dialysepatient	<input type="checkbox"/> nein <i>dann 7</i>	<input type="checkbox"/> ja ➔	➔ PCR- Screening
7	Chronische Hautläsionen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja ➔	➔ PCR- Screening

MRGN Screening

1	Ist bei dem Patienten bereits eine MRGN Besiedelung festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> nein <i>dann 2</i>	<input type="checkbox"/> ja ➔	➔ MRGN Screening (Rectalabstrich)
2	Kontakt während eines stationären Krankenhausaufenthaltes zu MRGN Trägern?	<input type="checkbox"/> nein <i>dann 3</i>	<input type="checkbox"/> ja ➔	➔ MRGN Screening (Rectalabstrich)

Ersterstellung 2008	letzte Revision:	Freigegeben:	Revisionskontrolle:
am	Februar 2023	Februar 2023	Bei Bedarf
von:	Hygiene- Fachkraft: Schaff	Krankenhaushygieniker, Dr. Völker	Revisionsstand:
Unterschrift			04 Version

 DIAKONEO DIAK KLINIKUM	MRSA MRGN- Risikoanalyse Entbindung	Checkliste
		Seite 2 von 2
■ Klinikhygiene		Version 1

3	Stationärer Aufenthalt länger als 3 Tage in den letzten 12 Monaten in einem anderen Krankenhaus	<input type="checkbox"/> nein <i>dann 4</i>	<input type="checkbox"/> ja ➔	➔ MRGN Screening (Rectalabstrich)
4	Kommt die Patientin aus einem Alten- oder Pflegeheim	<input type="checkbox"/> nein <i>dann 5</i>	<input type="checkbox"/> ja ➔	➔ MRGN Screening (Rectalabstrich)

MRSA PCR- Abstrich durchgeführt

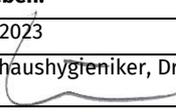
MRGN- Abstrich durchgeführt

Kein Abstrich durchgeführt

Datum: _____

Name/Unterschrift _____

Die Angaben sind zwingend durch das Fachpersonal zu überprüfen ggf. zu ergänzen und in KLIDO zu übertragen

Erstellung 2008	letzte Revision:	Freigegeben:	Revisionskontrolle:
am	Februar 2023	Februar 2023	Bei Bedarf
von:	Hygiene- Fachkraft, Schaff	Krankenhaushygieniker, Dr. Völker	Revisionsstand:
Unterschrift			04 Version