

Anlage 5

Infektionsdokumentationsbogen

Daten zum Patienten mit Infektion <i>PFLICHTFELD</i>			
<p>Altersgruppe des betroffenen Patienten</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 30-39 <input type="checkbox"/> 60-69 <input type="checkbox"/> 90-99 <input type="checkbox"/> </div> <div> 40-49 <input type="checkbox"/> 70-79 <input type="checkbox"/> ≥100 <input type="checkbox"/> </div> <div> 18-29 <input type="checkbox"/> 50-59 <input type="checkbox"/> 80-89 <input type="checkbox"/> </div> </div>	<p>Geschlecht des betroffenen Patienten</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> </div>		
Art der Infektion (Bitte nur <i>EINE</i> Infektion hier dokumentieren/ankreuzen. Jede weitere Infektion benötigt ein neues Blatt)			
<p>Infektionsdatum <i>PFLICHTFELD</i> (Datum der ersten Symptome) ____/____/____ (TT.MM.JJ)</p>			
<input type="checkbox"/> Atemwegsinfektion Diagnose (Einfachauswahl): <input type="checkbox"/> gesichert <input type="checkbox"/> wahrscheinlich Überwiegende Beatmungsform (Einfachauswahl): <input type="checkbox"/> kontinuierlich <input type="checkbox"/> diskontinuierlich <input type="checkbox"/> keine invasive Beatmung	<input type="checkbox"/> Harnwegsinfektion Diagnose (Einfachauswahl): <input type="checkbox"/> gesichert <input type="checkbox"/> wahrscheinlich Überwiegende Harnableitung (Einfachauswahl): <input type="checkbox"/> transurethral <input type="checkbox"/> suprapubisch <input type="checkbox"/> keine Harnableitung	<input type="checkbox"/> Wundinfektion an der PEG	<input type="checkbox"/> Mögliche Infektion Mehrfachauswahl möglich: <input type="checkbox"/> neue AB-Gabe <input type="checkbox"/> Fieber unklarer Genese <input type="checkbox"/> Arzt-/KH- Konsultation Infektion führte zu Krankenhausaufenthalt <i>PFLICHTFELD</i> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
<p>Infektion führte zu Krankenhausaufenthalt <i>PFLICHTFELD</i></p> <p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>		<p>Infektion wurde mit Antibiotika behandelt? <i>PFLICHTFELD</i></p> <p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar <input type="checkbox"/></p>	
<p>Mikrobiologische Infektionsdiagnostik erfolgt: <i>PFLICHTFELD</i></p> <p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> - wenn ja, welches Material? _____</p> <p>Wenn ja, wurde ein ätiologisch relevanter Erreger nachgewiesen?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn ja, Erregernennung (max. 4 Erreger – Speziesnamen vollständig und <i>deutlich</i> ausschreiben) und ggf. MRE-Angabe</p> <div style="margin-bottom: 10px;"> _____ MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> LRE <input type="checkbox"/> LVRE <input type="checkbox"/> 3 MRGN <input type="checkbox"/> 4 MRGN <input type="checkbox"/> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> _____ MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> LRE <input type="checkbox"/> LVRE <input type="checkbox"/> 3 MRGN <input type="checkbox"/> 4 MRGN <input type="checkbox"/> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> _____ MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> LRE <input type="checkbox"/> LVRE <input type="checkbox"/> 3 MRGN <input type="checkbox"/> 4 MRGN <input type="checkbox"/> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> _____ MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> LRE <input type="checkbox"/> LVRE <input type="checkbox"/> 3 MRGN <input type="checkbox"/> 4 MRGN <input type="checkbox"/> </div>			