

## Anlage 5

### Infektionsdokumentationsbogen

Daten zum Patienten mit Infektion <b>PFLICHTFELD</b>							
Altersgruppe des betroffenen Patienten		18-29 <input type="checkbox"/>	Geschlecht des betroffenen Patienten	m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>	
30-39 <input type="checkbox"/>		40-49 <input type="checkbox"/>	50-59 <input type="checkbox"/>				
60-69 <input type="checkbox"/>		70-79 <input type="checkbox"/>	80-89 <input type="checkbox"/>				
90-99 <input type="checkbox"/>		≥100 <input type="checkbox"/>					
Art der Infektion (Bitte nur <i>EINE</i> Infektion hier dokumentieren/ankreuzen. Jede weitere Infektion benötigt ein neues Blatt)							
Infektionsdatum <b>PFLICHTFELD</b> (Datum der ersten Symptome) _____ / _____ / _____ (TT.MM.JJ)							
<input type="checkbox"/> Atemweginfektion  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"/> Harnweginfektion  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 <b>PFLICHTFELD</b>	
Infektion führte zu Krankenausaufenthalt <b>PFLICHTFELD</b> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		Infektion wurde mit Antibiotika behandelt? <b>PFLICHTFELD</b> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Mikrobiologische Infektionsdiagnostik erfolgt: <b>PFLICHTFELD</b> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> - wenn ja, welches Material? _____							
Wenn ja, wurde ein <b>ätiologisch</b> relevanter Erreger nachgewiesen? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>							
Wenn ja, <b>Erregernennung</b> (max. 4 Erreger – Speziesnamen vollständig und <i>deutlich</i> ausschreiben) und ggf. MRE-Angabe _____ 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"/> _____ 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"/> _____ 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"/> _____ 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"/>							