


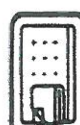








Netzwerk Hygiene und Infektionsschutz

Dokumentationshilfe: MRSA Sanierung

Name: _____

Datum:	1.Tag	2.Tag	3.Tag	4.Tag	5.Tag	6.Tag	7.Tag	8.Tag	9.Tag	10.Tag	11.Tag	zwischen 3. u. 6. Monat nach Sanierung	zwischen 6. u. 12. Monat nach Sanierung	Bemerkungen
Handhygiene 	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ				Abstrichserie 1	Abstrichserie 2	Abstrichserie 3	
Körper Hygiene 	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ				Datum:	Datum:	Datum:	
Kleidung 	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ							
Bettwäsche 	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ							
Mundpflege 	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ							
Zahnprothese 	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ							
Brillen und/oder Hörgeräte 	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ							
Pflegeutensilien 	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ							
 <p>Abstriche unter MRSA-wirksamer systemischer Antibiose sind nicht aussagekräftig, erst nach 3-tägiger Pause mit den Kontrollabstrichserien beginnen.</p> 														

Einrichtung:

Bewohner / Patient:

Station:

Behandler Hausarzt:

Hausarzt telefonisch erreichbar:

Erst- Nachweisort:

- Nasenvorhof*
- Rachen
- Perineal
- Wunde
- Leiste*

*Ein Watteträger kann für beide Körperseiten verwendet werden.

Unterschrift des Arztes:

Behandlung in der Klinik begonnen?
 ja nein

1. Abstrichserie Tag 11 nach Beginn der Sanierung	2. Abstrichserie zwischen 3. u. 6. Monat nach Sanierung	3. Abstrichserie zwischen 6. u. 12. Monat nach Sanierung
Ergebnis: <input type="checkbox"/> Nasenvorhof pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rachen pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perineal pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wunde pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leiste* pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>	Ergebnis: <input type="checkbox"/> Nasenvorhof* pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rachen pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perineal pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wunde pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leiste* pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>	Ergebnis: <input type="checkbox"/> Nasenvorhof* pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rachen pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perineal pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wunde pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leiste* pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>
Datum und Unterschrift des Arztes	Datum und Unterschrift des Arztes	Datum und Unterschrift des Arztes