



QM – Handbuch Gesamte Einrichtung Mitgeltende Dokumente	Überleitbogen MRE nach Vorgaben des MRE-Netz- werk Sachsen	QMH-GE-MD-10/F6
------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

Absender (Klinik, Rehaklinik, Hausarzt, Altenpflegeheim) (Ansprechpartner bei tel. Rückfragen)	Patientendaten (Patientenaufkleber) (Name, Vorname, Geburtsdaten, Adresse)	
Zieleinrichtung:	Erregernachweis <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> andere:.....	Trägerstatus <input type="checkbox"/> Besiedlung <input type="checkbox"/> Infektion

Nachweisort	Datum des Nachweises
<input type="checkbox"/> Nasenvorhöfe	1. 2. 3.
<input type="checkbox"/> Mund / Rachenraum	1. 2. 3.
<input type="checkbox"/> Respirationstrakt/Trachealkanüle	1. 2. 3.
<input type="checkbox"/> Haut	1. 2. 3.
<input type="checkbox"/> Wunde (Wo?.....)	1. 2. 3.
<input type="checkbox"/> Blutkultur	1. 2. 3.
<input type="checkbox"/> Katheterspitze	1. 2. 3.
<input type="checkbox"/> Urin	1. 2. 3.
<input type="checkbox"/> Stuhl	1. 2. 3.
<input type="checkbox"/> Sonstige (Wo?.....)	1. 2. 3.

Sanierung bei MRSA-Besiedlung

- bisher keine Durchführung einer Sanierung
- erfolgreiche Sanierung / 1. Zyklus von..... bis.....
- erfolgreiche Sanierung / 2. Zyklus von..... bis.....
- keine erfolgreiche Sanierung nach 1. Zyklus 2. Zyklus
- wird noch saniert mit Nasensalbe (Präparat:.....)
 Rachenbehandlung (Präparat:.....)
 antisept. Waschungen (Präparat:.....)
- Tag der Sanierung 1 2 4 5 6 7
oder Ruhetag unmittelbar nach Sanierung 1 2
- Abstrichkontrolle Nr. 1 2 3 ist erfolgt
- Anzahl der vorliegenden negativen Abstriche 1 2 3
- Sanierung am Tag der Verlegung ist erfolgt

Therapie bei Infektion

- nein
- ja Therapie lt. ärztlicher Verordnung
von..... bis (voraussichtlich).....
- lokal (Präparat:.....)
- systemisch (Präparat:.....)

Empfehlung zur Fortführung der Sanierung:

Aufklärung über MRE erfolgte: Patient

Angehörige

erstellt am: _____ durch (Name): _____ Unterschrift/Stempel:

Datum der Erstellung am: 17.10.2014	Freigegeben am: 17.10.2014	Geändert am:	Änderungsstand:
Erstellt durch HL	Freigegeben durch HL	Geändert durch:	Seite 1 von 1