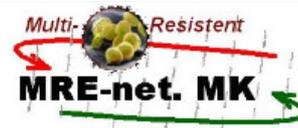


MRSA Sanierungs-/ Übergabebogen Antibiotikatherapie



Sanierungsbeginn:

Datum: Erstbefund:

Endbefund:

Patientenaufkleber

1. Jede durchgeführte Maßnahme ist in den vorgegebenen Kästchen durch Ankreuzen und Hz. abzuzeichnen
2. **Datum:** 3 aufeinanderfolgende Tage im Krankenhaus; bei Hausarztpraxis 3 Abstriche in 12 Monaten
3. **Hinweis auf Therapie:** Antibiotika können das Ergebnis verfälschen

| Ablauf | 1. Tag | 2. Tag | 3. Tag | 4. Tag | 5. Tag | Datum | Datum | Datum |
|--|---|--------|--------|--------|--------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Datum | | | | | | | | |
|  Ganzkörpersanierung | 1x tägl. Körper und Haare waschen Haar-Stirngrenze/ Achseln/ Hautfalten und Genitalbereich besonders beachten Anwendungshinweise und Einwirkzeit beachten! | | | | | 1. Kontrollabstrich | 2. Kontrollabstrich | 3. Kontrollabstrich |
| 1. Zyklus antiseptische Nasensalbe* 2. Zyklus antibiotische Nasensalbe (Mupirucin) *z. B. Octenidin, Chlorhexidin Desinfizieren |  Nase | | | | | | | |
|  Antiseptische Mundpflege 2-3 x tägl. | | | | | | | | |
| Systemische AB Therapie | | | | | | | | |
| Lokale AB Therapie | | | | | | | | |

Sanierung erfolgreich nein ja

Sanierungszyklen 1 2 (siehe Kasten unten)

Angabe sanierungshemmender Faktoren: (Bei Vorliegen Sanierungshemmender Faktoren, ggf. vor der Sanierung Heilung/ Beendigung abwarten)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dialysepflicht | <input type="checkbox"/> Kolonisierte MRSA Wunde |
| <input type="checkbox"/> Katheter | <input type="checkbox"/> Atopisches Ekzem |
| <input type="checkbox"/> MRSA selektierende AB- Therapie | <input type="checkbox"/> sonstiges (z.B. keine orale Sanierungsmöglichkeit wegen mangelhafter Mundhygiene) |

Zieleinrichtung:

MRSA- Infektion/Kolonisationsstatus bei Entlassung:

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Wunden |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nase/ Rachen | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Katheter | |

Ansprechpartner für Rückfragen: