

Protokollbogen zur MRSA-Sanierung Stationärer Bereich

Name Patient/in: _____	Sanierungszyklus 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

A Ausgangsbefunde vom: _____ **Behandelnde/r Arzt/Ärztin:** _____

Nase-Rachen <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pos.	Wunden <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pos.	Ggf. weitere <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pos.	Weitere Nachweisorte bitte angeben: Stuhl <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Urin (künstliche Ableitung) <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Kathetereinstichstellen <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Blutkultur <input type="checkbox"/> Punktat <input type="checkbox"/> etc. _____
-----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

B Sanierungsmittel

EWZ = Einwirkzeit

Nasensalbe	_____	2 bis 3 x täglich je nach Herstellerangaben		
Dekolonisierung Körper	_____	Konz.: _____	EWZ: _____	1 x tägl.
Dekolonisierung Haare	_____	Konz.: _____	EWZ: _____	1 x tägl.
Dekolonisierung Mund	_____	Konz.: _____	EWZ: _____	3 x tägl.
Dekolonisierung Utensilien	_____	Konz.: _____	EWZ: _____	tägl. nach Gebr.

C Sanierungsmaßnahmen

Angeordnete Maßnahmen bitte ankreuzen ↓

Nasensalbe morgens	<input type="checkbox"/>
Nasensalbe mittags	<input type="checkbox"/>
Nasensalbe abends	<input type="checkbox"/>
Dekolonisierung Körper & Haare	<input type="checkbox"/>
Dekolonisierung Mund & Rachen morgens	<input type="checkbox"/>
Dekolonisierung Mund & Rachen mittags	<input type="checkbox"/>
Dekolonisierung Mund & Rachen abends	<input type="checkbox"/>
Umgebungsbezogene Maßnahmen	<input checked="" type="checkbox"/>

Tag	Datum	Durchgeführt							
1	_____	<input type="checkbox"/>							
2	_____	<input type="checkbox"/>							
3	_____	<input type="checkbox"/>							
4	_____	<input type="checkbox"/>							
5	_____	<input type="checkbox"/>							
6/7/8	Pause								

D Kontrollabstriche und Ergebnisse

Angeordnete Maßnahmen bitte ankreuzen ↓

Nase-Rachen	<input type="checkbox"/>
Wunden	<input type="checkbox"/>
Ggf. weitere	<input type="checkbox"/>

Tag	Datum	Durchgeführt			Befunde
9	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liegen alle vor (Positive Abstriche einkreisen)
10	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liegen alle vor (Positive Abstriche einkreisen)
11	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liegen alle vor (Positive Abstriche einkreisen)
Vorläufiges Ergebnis:		<input type="checkbox"/> MRSA-frei	<input type="checkbox"/> Weiterhin MRSA-Träger/in / Folgesanierung geplant	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
1 Monat	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liegen alle vor (Positive Abstriche einkreisen)
6 Monate	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liegen alle vor (Positive Abstriche einkreisen)
12 Monate	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liegen alle vor (Positive Abstriche einkreisen)
Endergebnis:		<input type="checkbox"/> MRSA-frei	<input type="checkbox"/> Weiterhin MRSA-Träger/in / Folgesanierung geplant	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Die dick umrahmten Maßnahmen sind zur korrekten Durchführung eines MRSA-Sanierungszyklus standardmäßig erforderlich.