


www.kreis-viersen.de → Politik → Kreishaus → Ämter → Gesundheitsamt → Krankenhaushygiene → Download
Meldeformular "nosokomiale Infektion"

E-Mail-Verteiler
ramona.bennewitz@kreis-viersen.de; andre.kissmann@kreis-viersen.de; tanja.reinke@kreis-viersen.de
Fax: 02162 / 39 1698

Tabelle 1

Kennung/Aktenzeichen	Klinik:		Datum
	Gesundheitsamt:		
Einrichtung			Station
Meldung	<input type="checkbox"/> Verdacht	<input type="checkbox"/> Erkrankung	<input type="checkbox"/> Tod
	<input type="checkbox"/> Kolonisation	<input type="checkbox"/> Infektion <i>*(§2 IfSG Nr. 8)</i>	<input type="checkbox"/> Ausbruch
Patient	INDEX/Name/Geb.-Datum	Anschrift	
Untersuchungs- befund	Diagnose Ausbruchdiagnose (z.B. Sepsis, Meningitis, Norovirus)		Erreger (ggf. Subtyp)
			<input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Clostridium diff. Toxin A/B <input type="checkbox"/>
	Abstrich/Material		Nachweismethode
	<input type="checkbox"/> Rachen	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Kultur
	<input type="checkbox"/> Blut/Serum	<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> PCR
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> Serologie
		<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/>
Informiert	<input type="checkbox"/> Hygienebeauftragter Arzt	<input type="checkbox"/> Stationsarzt	<input type="checkbox"/> Betriebsarzt
	Wer?	Wer?	Wer?
	<input type="checkbox"/> Hygienefachkraft	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	Sonstige
	Wer?		
Desinfektionsmittel/ Wirkspektrum	<input type="checkbox"/> bakterizid incl. tuberkulozid/fungizid (C.diff-Sporen, Ribotyp 027)		
	<input type="checkbox"/> begrenzt viruzid (Hepatitis B, HIV, Herpes-, Vacciniaviren, BVDV)		
	<input type="checkbox"/> viruzid (wirksam behüllte und unbehüllte Viren , z.B. Hep. A, Parvoviren, Polio-, Polyoma SV 40, Papillomaviren)		
	Mittel: _____		

veranlasste Maßnahmen siehe umseitig

 eine nosokomiale Infektion nach § 2 IfSG unter Nr. 8 definiert als " eine Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder ihrer Toxine, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand.

Kennung/Aktenzeichen/ Patientenname	Klinik: Gesundheitsamt:	Datum
Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Standardhygiene ausgedehnt <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> Einmalschürzen/Kittel <input type="checkbox"/> Mund-Nasenschutz <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Kohortenisolierung/ -pflege <input type="checkbox"/> Aufnahmestopp <input type="checkbox"/> Besucherrestriktion Freitext:	
Anhang	<input type="checkbox"/> Liste Erkrankter <input type="checkbox"/> Laborbefund <input type="checkbox"/>	
Wer meldet?		

Anschrift Einrichtung (Stempel):
Station:

Datum:

Liste erkrankter Personen

Tabelle 3

Lfd.	(N)ame	(V)orname	Geb.- Datum	Wohnort	Straße	stationär seit:	Sympt. E/D ¹⁾	ET ²⁾	P/M ³⁾
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									

¹⁾ Symptome: Durchfall, Erbrechen, etc.

²⁾ ET = Erkrankungstag (Datum)

³⁾ Patient/Mitarbeiter = P/M

Bitte vollständig ausgefüllt zurücksenden an:
FAX: 02162/39-1698