

# Screening auf multiresistente Erreger (MRE)

Patientenetikett

Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Geschlecht \_\_\_\_\_  
 Krankenhaus \_\_\_\_\_  
 Station \_\_\_\_\_  
 Aufnahmeummer \_\_\_\_\_

Stations-Etikett

Kasse  privat

**UNIKLINIK KÖLN** Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene  
 Goldenfelsstraße 19-21, 50935 Köln  
 Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. J. Jantsch  
 https://immih.uk-koeln.de  
 DAKS-Akkreditierungsstelle  
 Registrierungsnummer: D-ML-13253-03-00  
 Tel. 0221/478-32100, Fax 478-32134  
 Pobennahme werktags 07<sup>00</sup>-19<sup>30</sup> Sa./So. 09<sup>00</sup>-13<sup>00</sup>  
 Diensthabender Arzt Tel. 478-32223 Funk 2343  
 Notfälle außerhalb der Dienstzeiten Tel. 0171/5 777 555

Wissenschaft  Personal  stationär  ambulant

**Bitte Punkt 1.-3. ausfüllen, um eine möglichst schnelle Bearbeitung zu gewährleisten!**

**1. Fragestellung**

Aufnahmescreening (keine bekannte Kolonisierung mit MRE)  
 Bekannte Kolonisierung mit MRE (bitte angeben)  
 \_\_\_\_\_  
 Medizinische Behandlung im Ausland (bitte angeben)  
 \_\_\_\_\_  
 wöchentliches Routinescreening

**2. Einsender**

Beh. Arzt/Ärztin (Druckblichstaben) \_\_\_\_\_  
 Tel. Station \_\_\_\_\_ Tel. Arztzi. \_\_\_\_\_  
 Funk \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
 Unterschrift \_\_\_\_\_

Für interne Zwecke (Labor)

**3. Untersuchungsauftrag Bitte für MRSA-Diagnostik und für weitere Screeninguntersuchungen (MRGN etc.) eine separate Anforderung ausfüllen!**

**Entnahmedatum/Uhrzeit** \_\_\_\_\_

**I. MRSA-Diagnostik**

MRSA-Serie (kulturell)  
 Nase  Rachen  Leiste  Axilla  Wunde  Nase/Rachen gepoolt  sonstige \_\_\_\_\_

MRSA-Schnelltest/PCR\* (nicht als Kontrolle während/nach Sanierung, maximal 2 Materialien pro Patient)  
 Nase  Rachen  Leiste  Axilla  Wunde  sonstige \_\_\_\_\_

\* bitte Doppeltupfer verwenden, s. Abbildung rechts

**II. weitere Screeninguntersuchungen Bitte für jedes Material einen separaten Anforderungsbogen ausfüllen!**

**MRGN/ESBL/Carbapenemase-Screening (multiresistente Gram-negative Erreger)**

Stuhl  Urin  
 Rektalabstrich (intrarektal; nur wenn Einsendung von Stuhl nicht möglich)  
 Rachenabstrich (bei nicht-beatmeten Patienten)  
 Atemwegsmaterialien (bei beatmeten Patienten, Material genau angeben) \_\_\_\_\_  
 sonstige \_\_\_\_\_

**VRE-Screening (Vancomycin-resistente Enterokokken)**

Stuhl  Urin  
 Rektalabstrich (intrarektal; nur wenn Einsendung von Stuhl nicht möglich)

**Auslandsscreening (beinhaltet MRGN/ESBL/Carbapenemase-Screening, aus Stuhl zusätzlich VRE)**

Stuhl  Urin  
 Rachenabstrich (bei nicht-beatmeten Patienten)  
 Atemwegsmaterialien (bei beatmeten Patienten; Material genau angeben) \_\_\_\_\_  
 sonstige \_\_\_\_\_

**Neugeborenen-Serie (bis 6 Monate)**

Ohr  Rachen  Nase  Magensaft  anal  sonstige \_\_\_\_\_

Lokalisation \_\_\_\_\_  
 Lokalisation \_\_\_\_\_

