

Protokoll zur MRSA-Dekolonisierung

Stand November 2016

Hinweis:

Es besteht hiermit die Möglichkeit einer umfassenden MRSA Dokumentation, insbesondere für den ambulanten Bereich.

Die Abrechnungsmöglichkeiten für Screening und Dekolonisierung bei MRSA-Patienten nach EBM, Abschnitt 30.12 (vom 1. April 2014), wurden dabei teilweise berücksichtigt.

Angaben zum Patienten

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	

Anlage 1	Erhebung der Ausgangsbefunde
Anlage 2	Anordnung der Dekolonisierungsmaßnahmen und Kontrollabstrichserien
Anlage 3a	Durchführung der Dekolonisierungsmaßnahmen
Anlage 3b	Durchführungsprotokoll der Dekolonisierungsmaßnahmen (Durchführungsempfehlungen siehe Informationsblatt MRSA-Dekolonisierung)
Anlage 4	Durchführung und Ergebnisse der Kontrollabstrichserien

Anlage 1

Erhebung der Ausgangsbefunde

Patient: Vor- und Nachname	
Geburtsdatum:	
Adresse:	

Betreuender Arzt	Stempel, Unterschrift
-------------------------	-----------------------

Entnahmestellen / Datum der Entnahme

Nase	Rachen	Wunde Wo?	ggf. weitere (Haut, Urin,.....)		
Entnommen <input type="checkbox"/>	Entnommen <input type="checkbox"/>	Entnommen <input type="checkbox"/>	Entnommen <input type="checkbox"/>	Entnommen <input type="checkbox"/>	Entnommen <input type="checkbox"/>
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
neg. <input type="checkbox"/>	neg. <input type="checkbox"/>	neg. <input type="checkbox"/>	neg. <input type="checkbox"/>	neg. <input type="checkbox"/>	neg. <input type="checkbox"/>
pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>

Anlage 2

Anordnung der Dekolonisierungsmaßnahmen und Kontrollabstrichserien

Patient: Vor- und Nachname	
Geburtsdatum:	
Adresse:	

Betreuender Arzt	Stempel, Unterschrift
-------------------------	-----------------------

Mittel zur Dekolonisierung

zu dekolonisierende Körperstellen	angewendetes Mittel	Konzentration/ Einwirkzeit	Anwendung		
			früh	mittags	abends
Nase			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rachen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut (Körper/Haare)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Empfohlene Kontrollabstrichserien

Nase	Rachen	Wunde Wo?	ggf. weitere (Haut, Urin,.....)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anlage 3a

Durchführung der Dekolonisierungsmaßnahmen

Patient: Vor- und Nachname	
Geburtsdatum:	
Adresse:	

	1.Tag	2.Tag	3.Tag	4.Tag	5.Tag
Datum →
im häuslichen Bereich <input type="checkbox"/> eigenständig <input type="checkbox"/> durch Angehörige <input type="checkbox"/> durch ambulanten Pflegedienst <input type="checkbox"/> Stempel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Alten- und Pflegeheim <input type="checkbox"/> Stempel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Stempel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in einer Rehabilitationseinrichtung <input type="checkbox"/> Stempel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... Stempel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anlage 3b

Durchführungsprotokoll der Dekolonisierungsmaßnahmen (Durchführungsempfehlungen siehe Informationsblatt MRSA-Dekolonisierung)

Patient: Vor- und Nachname	
Geburtsdatum:	
Adresse:	

	1.Tag	2.Tag	3.Tag	4.Tag	5.Tag
Datum →
Durchführungsprotokoll Nase, Rachen, Körper					
Nasensalbe	<input type="checkbox"/> früh <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> früh <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> früh <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> früh <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> früh <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends
Gurgeln oder Spülen	<input type="checkbox"/> früh <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> früh <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> früh <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> früh <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> früh <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends
Körperwaschung/ einschl. Haare	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt
Durchführungsprotokoll umgebungsbezogene Maßnahmen					
tgl. Wechseln von Textilien (Bettwäsche, Handtücher)	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt
tgl. Wechseln der Oberbekleidung	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt
tgl. Wechseln oder Desinfizieren der personenbezogenen Körperutensilien (z.B. Käämme, Zahnbürste)	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt
tgl. Desinfizieren der persönl. Gegenstände (z. B. Brillenbügel)	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt
tgl. Wischdesinfektion aller Handkontaktflächen (z. B. Türklinke....)	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt	<input type="checkbox"/> erledigt

Pause der Maßnahmen	6. Tag	7. Tag	8. Tag
Datum →

Anlage 4 Durchführung und Ergebnisse der Kontrollabstrichserien

Patient: Vor- und Nachname	
Geburtsdatum:	
Adresse:	

Betreuender Arzt	Stempel, Unterschrift
-------------------------	-----------------------

Datum	Nase <input type="checkbox"/>	Rachen <input type="checkbox"/>	Wunde <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Kontrollabstr.	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>
2. Kontrollabstr.*	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>
3. Kontrollabstr.*	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>

vorläufiges Ergebnis:	MRSA frei <input type="checkbox"/> weiterhin MRSA-Träger <input type="checkbox"/>
	weitere Dekolonisierung geplant ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Datum	Nase <input type="checkbox"/>	Rachen <input type="checkbox"/>	Wunde <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.-6. Monat	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>

vorläufiges Ergebnis:	MRSA frei <input type="checkbox"/> weiterhin MRSA-Träger <input type="checkbox"/>
	weitere Dekolonisierung geplant ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Datum	Nase <input type="checkbox"/>	Rachen <input type="checkbox"/>	Wunde <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Monat	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>	pos. <input type="checkbox"/>

MRSA-frei <input type="checkbox"/>	weiterhin MRSA-Träger <input type="checkbox"/>
(aber positive MRSA-Anamnese)	weitere Dekolonisierung geplant ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

* nur im stationären Bereich (Krankenhaus)