

# FRAGEBOGEN MRSA-RISIKOKRITERIEN

AUSZUFÜLLEN VOM PATIENTEN

Können Sie mindestens eine der folgenden Fragen mit «Ja» beantworten, gehören Sie zu einer MRSA-Risikogruppe (unter 4. mindestens 2 Voraussetzungen).

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen mit zur Voruntersuchung.

Patientenetikett groß

**1. Ist Ihnen bekannt, ob Sie derzeit eine Kolonisation oder Infektion mit MRSA (= Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) haben oder diese schon einmal in der Vergangenheit hatten?**

Ja, die Infektion war am \_\_\_\_\_  Ja, es hat eine Sanierung stattgefunden  Nein, keine Infektion

**2. Hatten Sie während eines früheren Krankenhausaufenthalts Kontakt zu Patienten mit einer MRSA-Infektion?**

Ja  Nein  Ist mir nicht bekannt

**3. Haben Sie eine chronische (= dauerhafte) Wunde am Körper (inklusive Entzündungen im Mund-Rachenraum)?**

Ja  Nein

**4. Besteht bei Ihnen eine der folgenden Voraussetzungen:**

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Antibiotikatherapie in den letzten 6 Monaten</b>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Dialysepflicht</b>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Hohe Pflegebedürftigkeit</b> (Immobilität, Inkontinenz, Störungen der Nahrungsaufnahmen, Schluckstörungen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Brandverletzung</b>  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Dauerhaftes Tragen eines Katheters</b> z.B. PEG-Sonde, Harnblasendrainage etc.                             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**5. Haben Sie regelmäßigen Kontakt zu Personen, welche in der landwirtschaftlichen Nutztierhaltung tätig sind (Rinder, Schweine, Geflügel)?**

Ja  Nein

**6. Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate länger als 4 Wochen im Ausland<sup>1</sup>?**

Ja, im Land \_\_\_\_\_  Nein

**7. Hatten Sie innerhalb der letzten 12 Monate einen stationären Krankenhausaufenthalt von 4 oder mehr Tagen?**

Ja  Nein

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Mitarbeiter/in Klinik