

# Protokollbogen zur MRSA-Dekolonisierung\*



Name Patient: \_\_\_\_\_ behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

1 **Ausgangsbefunde** vom: \_\_\_\_\_ entnommen von (HZ): \_\_\_\_\_

Nase	Mund-Rachen	Wunden	Haut	Perineum	Urin	
<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.

## 2 Dekolonisierungsmittel

Nasensalbe (Mupirocin) \_\_\_\_\_ 3 x tägl.  
 Dekontamination Körper \_\_\_\_\_ Konz.: \_\_\_\_\_ EWZ: \_\_\_\_\_ 1 x tägl.  
 Dekontamination Haare \_\_\_\_\_ Konz.: \_\_\_\_\_ EWZ: \_\_\_\_\_ 1 x tägl.  
 Dekontamination Mund \_\_\_\_\_ Konz.: \_\_\_\_\_ EWZ: \_\_\_\_\_ 2 x tägl.  
 Desinfektion Utensilien \_\_\_\_\_ Konz.: \_\_\_\_\_ EWZ: \_\_\_\_\_ nach Gebr.

## 3 Dekolonisierungsmaßnahmen Angeordnete Maßnahmen bitte ankreuzen ↓

Mupirocin vormittags	<input type="checkbox"/>
Mupirocin mittags	<input type="checkbox"/>
Mupirocin nachmittags	<input type="checkbox"/>
Dekontamination Körper- & Haare	<input type="checkbox"/>
Dekontamination Mund & Rachen vormittags	<input type="checkbox"/>
Dekontam. Mund & Rachen nachmittags	<input type="checkbox"/>
Umgebungsbezogene Maßnahmen	<input type="checkbox"/>

Tag	Datum	Durchgeführt (HZ)						
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 / 7	Pause							

## 4 Kontrollabstriche und Ergebnisse Angeordnete Maßnahmen bitte ankreuzen ↓

Nase	<input type="checkbox"/>
Mund-Rachen	<input type="checkbox"/>
Wunden	<input type="checkbox"/>
Haut	<input type="checkbox"/>
Perineum	<input type="checkbox"/>
Urin	<input type="checkbox"/>

Tag	Datum	Durchgeführt (HZ)							Befunde
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alle vorh. (Pos. Abstriche einkreisen)
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alle vorh. (Pos. Abstriche einkreisen)
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alle vorh. (Pos. Abstriche einkreisen)
<b>Vorläufiges Ergebnis:</b> <input type="checkbox"/> MRSA-frei <input type="checkbox"/> weiterhin MRSA-Träger / Folgedekolonisierung geplant <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									
1 Monat		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alle vorh. (Pos. Abstriche einkreisen)
6 Monate		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alle vorh. (Pos. Abstriche einkreisen)
12 Monate		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alle vorh. (Pos. Abstriche einkreisen)
<b>Endergebnis:</b> <input type="checkbox"/> MRSA-frei <input type="checkbox"/> weiterhin MRSA-Träger / Folgedekolonisierung geplant <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									

\* Die dick umrahmten Maßnahmen sind zur korrekten Durchführung eines MRSA-Dekolonisierungszyklus` standardmäßig erforderlich.