



# Landkreis Pfaffenhofen an der Ilm Gesundheitsamt

Bitte per FAX an das Gesundheitsamt senden / FAX-Nr. 08441/ 271420

Klinik / Praxisstempel

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Acinetobacter- Ergänzungsmeldung an das Gesundheitsamt Pfaffenhofen (umfasst alle zum Acinetobacter-baumannii gehörenden Spezies) Ermittlung gemäß Vorgabe des Robert Koch - Instituts (RKI)

<b>Patientendaten</b> (Aufkleber) Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift		<b>Labordiagnostik</b>		<b>Direkter Erregernachweis</b>	
		<b>Erstnachweis während des aktuellen KH-Aufenthaltes?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<b>Erregerisolierung (kulturell)</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Klinikaufenthalt</b> vom _____ bis _____ hospitalisiert auf Station: _____		<b>Datum des Erstnachweises</b> _____		<b>Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR)</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		<b>Art des Untersuchungsmaterials</b> _____		<b>Nachweis der Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder Nachweis einer Carbapenemase-Determinante</b>	
<b>Antibiogramm erstellt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Antibiogramm der Ergänzungsmeldung beigelegt <input type="checkbox"/>		<b>Nachweis außerhalb des KH mind. 3 Mon. nach einem vorherigen Nachweis (neue Episode)</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<b>Empfindlichkeitsprüfung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		<b>klinisches Bild einer Acinetobacter-Infektion</b>		<b>Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR) mind. eines Carbapenemaseresistenzgens</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Speziesidentifizierung angestrebt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ergebnis der Ergänzungsmeldung beigelegt <input type="checkbox"/>		<b>ärztliche Diagnose einer Infektion Acinetobacter spp.</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Kolonisation		<b>Hospitalisierung innerhalb der letzten 12 Monate</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		<b>krankheitsbedingter Tod</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<b>Landkreis der Hospitalisierung (Autokennzeichen)</b> _____	