

B E G L E I T S C H E I N
für die Einsendung von Material/Isolat zur Clostridioides difficile-Typisierung

Einsender (mikrobiolog. Labor)	Material eingesandt von: (Arzt, Station, Abteilung)
Einsender Prot.Nr.	Tel.Nr. Fax Nr.
	Die allgemeinen Geschäftsbedingungen der AGES i.d.g.F (abzurufen unter: www.ages.at) werden akzeptiert. Der Übermittlung (Fax) von Teilberichten ohne Unterschrift der/s Zeichnungsberechtigten wird zugestimmt.
	Datum: Unterschrift:

PatientInnen-Material: <input type="checkbox"/> Isolat <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Anderes: Material entnommen am:	GDH : <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> nicht auswertbar <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt Toxin-EIA : <input type="checkbox"/> A pos. <input type="checkbox"/> B pos. <input type="checkbox"/> binäres Toxin <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt PCR : <input type="checkbox"/> durchgeführt, Ergebnis : <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt
---	---

PatientInnendaten: Familien-/Nachname(n): SV-Nummer und Geburtsdatum: Adresse: Der Erkrankungsfall an einer schwer verlaufenden C. difficile Infektion (CDI) oder Todesfall an CDI wurde am an das Gesundheitsamt gemeldet; EMS ID:	Vorname(n): Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
--	--

Klinische Daten: Erkrankungsbeginn: <u>Symptome/Klinische Zeichen:</u> <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Entzündungsparameter erhöht <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Peritonitis <input type="checkbox"/> Schocksymptomatik <input type="checkbox"/> Pseudomembranöse Kolitis <input type="checkbox"/> Megakolon <input type="checkbox"/> Darmperforation <input type="checkbox"/> Intensivtherapie <input type="checkbox"/> Kolektomie <input type="checkbox"/> verstorben am
--

Epidemiologische Daten: <input type="checkbox"/> nosokomialer Fall <input type="checkbox"/> ambulanter Fall <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> vorhergeg. Antibiotika-Therapie (1-4 Wochen) mit: <input type="checkbox"/> vorhergeg. Antazida (z.B. PPI): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Grunderkrankungen (Zytostatika, Magen-Darm-OP, Leber-Nierenerkrankung, atrophe Gastritis, etc):
