

BEGLEITSCH EIN für mikrobiologische Untersuchungen

Einsender:	Prot.Nr.
	Eingangsdatum:
Patient:	Abnahmedatum:
	Uhrzeit:
	Unterschrift und Name der Ärztin/des Arztes:
Klinische Diagnose:	
Antiinfektiöse Therapie:	

Gewünschte Untersuchung bitte ankreuzen; je Untersuchungsmaterial ein Schein

Abstrich (Infektionsdiagnostik) <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Wunde (Lokalisation): _____			
<input type="checkbox"/> Katheteraustritt <input type="checkbox"/> sonstiges: _____			
Katheterspitze <input type="checkbox"/> Zentral <input type="checkbox"/> Venflon <input type="checkbox"/> sonstiges: _____			
Harn <input type="checkbox"/> Uricult <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> Mittelstrahl <input type="checkbox"/> Punktion			
<input type="checkbox"/> Nativ			
Stuhl <input type="checkbox"/> Infektionsblock (Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, Yersinien, EHEC)			
<input type="checkbox"/> Pilze (quantitativ)			
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/> Toxin <input type="checkbox"/> Antigen			
<input type="checkbox"/> Blutkultur (Lokalisation): _____		<input type="checkbox"/> Punktat (Lokalisation): _____	
<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Drainage Flüssigkeit	<input type="checkbox"/> Trachealsekret	<input type="checkbox"/> Bronchiallavage
Surveillance-Kultur <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Mundspülflüssigkeit			
<input type="checkbox"/> Körperabstrich (Lokalisation): _____			
Screening auf multiresistente Erreger:			
<input type="checkbox"/> Screening MRSA (Lokalisation): _____		<input type="checkbox"/> Screening ESBL (Lokalisation): _____	
<input type="checkbox"/> Screening CPE (Lokalisation): _____		<input type="checkbox"/> Screening VRE (Lokalisation): _____	
<input type="checkbox"/> Septifast Probenannahme: Montag bis Donnerstag 08.00 – 11.00 und Freitag 08.00 – 10.00			
Leukozytenzahl: _____		Material: 1 EDTA-Röhrchen	
<input type="checkbox"/> PCR - Pertussis			
<input type="checkbox"/> Multiplex PCR (Biofire-Filmarray) <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Respiratorisches Sekret			
<input type="checkbox"/> Legionellen Harn-AG			
<input type="checkbox"/> Pneumokokken Harn-AG		<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

Erstellt J. Ressler; fachlich geprüft A. Indra; QM-geprüft St. Baumgartner; freigegeben A. Indra; Vorlage: 666_6