

MRSA Verlaufskontrollen nach Dekolonisation im stationären Setting:

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Abteilung (intern)

Hausarzt/-ärztin:

MRSA Befund Datum:	<input type="checkbox"/> Rachen/Nase <input type="checkbox"/> Inguinal beidseits <input type="checkbox"/>	Ergebnisse: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
Dekolonisation Datum Beginn: Datum Ende: Dekolonisationsmittel:		
2 Tagen nach Ende Dekolonisation erfolgt die: 1. Kontrollserie Datum:	<input type="checkbox"/> Rachen/Nase <input type="checkbox"/> Inguinal beidseits <input type="checkbox"/>	Ergebnisse: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
Nach Befund 1.Kontrollserie: 2. Kontrollserie Datum:	<input type="checkbox"/> Rachen/Nase <input type="checkbox"/> Inguinal beidseits <input type="checkbox"/>	Ergebnisse: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
Nach Befund 2.Kontrollserie: 3. Kontrollserie Datum:	<input type="checkbox"/> Rachen/Nase <input type="checkbox"/> Inguinal beidseits <input type="checkbox"/>	Ergebnisse: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
Verlaufskontrolle nach 1 Monat Datum:	<input type="checkbox"/> Rachen/Nase <input type="checkbox"/> Inguinal beidseits <input type="checkbox"/>	Ergebnisse: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
Verlaufskontrolle nach 3 Monaten Datum:	<input type="checkbox"/> Rachen/Nase <input type="checkbox"/> Inguinal beidseits <input type="checkbox"/>	Ergebnisse: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
Verlaufskontrolle nach 6 Monaten Datum:	<input type="checkbox"/> Rachen/Nase <input type="checkbox"/> Inguinal beidseits <input type="checkbox"/>	Ergebnisse: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
Verlaufskontrolle nach 12 Monaten Datum:	<input type="checkbox"/> Rachen/Nase <input type="checkbox"/> Inguinal beidseits <input type="checkbox"/>	Ergebnisse: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv