

Einsendeschein Carbapenemase-Detektion

An das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für gramnegative Krankenhauserreger Abteilung für Medizinische Mikrobiologie Ruhr-Universität Bochum Universitätsstraße 150 44801 Bochum	(Nur vom NRZ auszufüllen) Eingangsdatum: NRZ- Nr.:
Einsender (bitte Stempelaufdruck*)	Unterschrift: Telefonnummer: E-Mail-Adresse (für Carb.-pos. Befund):
*Sie erleichtern damit die korrekte Befundzustellung. Patientenname/Vorname:	Labornummer des Isolates (möglichst Aufkleber):
Geburtsdatum:	Spezies des Isolates:

Datum Probenentnahme:	Meldung ans Gesundheitsamt am:	regionale Zuordnung des Krankenhauses (erste 3 Ziffern der Postleitzahl):
Quelle des Isolates <input type="checkbox"/> Blutkultur <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> BAL o. Bronchialsekret <input type="checkbox"/> Wundabstrich <input type="checkbox"/> intraabdominale Probe <input type="checkbox"/> Rektalabstrich, Stuhl <input type="checkbox"/> Mund-/Rachenabstrich <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte spezifizieren): zum Zeitpunkt der Probenentnahme liegt Pat. auf: <input type="checkbox"/> Intensivstation <input type="checkbox"/> Normalstation <input type="checkbox"/> ambulant/Notfallaufnahme <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Pat. bereits \geq 2 d im jetzigen Krankenhaus <input type="checkbox"/> Pat. < 2 d im jetzigen Krankenhaus		Weitere Angaben zum Patienten/ zur Infektion <input type="checkbox"/> Isolat aus Infektionsprozess <input type="checkbox"/> Isolat kolonisierend <input type="checkbox"/> Isolat stammt aus Ausbruch Krankenhausaufenthalt in letzten 6 Monaten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Auslandsaufenthalt in letzten 6 Monaten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> ja, mit Krankenhausaufenthalt (bitte spezifizieren): <input type="checkbox"/> ja, ohne Krankenhausaufenthalt (bitte spezifizieren):

Anforderung auf:
<input checked="" type="checkbox"/> Ausschluss Carbapenemase
<input type="checkbox"/> weitere Untersuchungen?
(keine PFGE-Typisierungen, diese sind kostenpflichtig und benötigen den gesonderten Einsendeschein)

Bisherige Untersuchungsergebnisse (soweit durchgeführt) hier bitte eintragen! (Bei *P. aeruginosa* bitte auch Ceftazidim)

	Hemmhof- Durchmesser in Agardiffusion (mm)	Agardiffusion nach CLSI oder EUCAST	MHK in automatisierter Resistenzmessung (mg/l)	Vitek, Phoenix oder Walk Away ?	MHK mittels Etest (mg/l)	Modified Hodge Test
Imipenem						
Meropenem						
Ertapenem						
Ceftazidim						