

# Einsendeschein Carbapenemase-Detektion

<b>An das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für gramnegative Krankenhauserreger Abteilung für Medizinische Mikrobiologie Ruhr-Universität Bochum Universitätsstraße 150 / Fach 21 44801 Bochum</b>	(Nur vom NRZ auszufüllen)  Eingangsdatum:  NRZ- Nr.:
<b>Einsender (bitte Stempelaufdruck):</b>	Unterschrift:    Telefonnummer:    E-Mail-Adresse (für Carbapenemase-pos. Befund):
<b>Patientenname/Vorname (oder Initialen):</b>	<b>Labornummer des Isolates (möglichst Aufkleber):</b>
<b>Geburtsdatum (oder Alter):</b>	<b>Spezies des Isolates:</b>

Datum Probenentnahme:	Meldung ans Gesundheitsamt am:	regionale Zuordnung des Krankenhauses (erste 3 Ziffern der Postleitzahl):
<b>Quelle des Isolates</b> <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): .....		<b>Weitere Angaben zum Patienten/ zur Infektion</b> <input type="checkbox"/> Isolat aus Infektionsprozess <input type="checkbox"/> Isolat kolonisierend  <input type="checkbox"/> Isolat stammt aus Ausbruch  <b>Krankenhausaufenthalt in letzten 6 Monaten:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt  <b>Auslandsaufenthalt in letzten 6 Monaten:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> ja, mit Krankenhausaufenthalt (bitte spezifizieren): ..... <input type="checkbox"/> ja, ohne Krankenhausaufenthalt (bitte spezifizieren): .....
<b>zum Zeitpunkt der Probenentnahme liegt Pat. auf:</b> <input type="checkbox"/> Intensivstation <input type="checkbox"/> Normalstation <input type="checkbox"/> ambulant/Notfallaufnahme <input type="checkbox"/> unbekannt  <input type="checkbox"/> Pat. bereits ≥ 2 d im jetzigen Krankenhaus <input type="checkbox"/> Pat. < 2 d im jetzigen Krankenhaus		

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

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

	Hemmhof- Durchmesser in Agardiffusion (mm)	MHK in automatisierter Resistenzmessung (mg/l)	MHK mittels Etest (mg/l)	Weitere Testergebnisse (z.B. Hodge-Test, CarbaNP, qPCR,...)
Imipenem				
Meropenem				
Ertapenem				
Ceftazidim				