

Einsendeschein Sonstige Untersuchungen

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

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 ≥ 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):
Nähere mikrobiologische Angaben zum Isolat:	

Anforderung:

<input type="checkbox"/> Abklärung Resistenzursache gegen Drittgenerations-Cephalosporine (kostenpflichtig!)
<input type="checkbox"/> Untersuchung auf plasmidkodierte Fluorochinolon-Resistenz
<input type="checkbox"/> Tigecyclin-Resistenztestung
<input type="checkbox"/> Ceftazidim/Avibactam-Resistenztestung
<input type="checkbox"/> Ceftolozan/Tazobactam-Resistenztestung
<input type="checkbox"/> Colistin-Resistenztestung mittels Mikrodilution (kostenpflichtig!)
<input type="checkbox"/> Abklärung auf MCR bei per Mikrodilution Colistin-resistent getesteten <i>Enterobacterales</i>
Bitte Ihre Colistin-MHK (Mikrodilution) angeben: mg/L
<input type="checkbox"/> Spezies-Identifizierung
<input type="checkbox"/> Sonstiges: