

# Einsendeschein Sonstige Untersuchungen

<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 Befundmitteilung:
<b>Patientenname/Vorname (oder Initialen):</b>  <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<b>Labornummer des Isolates (möglichst Aufkleber):</b>
<b>Geburtsdatum (oder Alter):</b>	<b>Spezies des Isolates:</b>

<b>Datum Probenentnahme:</b>	<b>regionale Zuordnung des Krankenhauses (erste 3 Ziffern der Postleitzahl):</b>
<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>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>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>Nähere mikrobiologische Angaben zum Isolat:</b>	

### Anforderung:

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

