



Einsendeschein Carbapenemasedetektion



An das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für gramnegative Krankenhauskeimer Abteilung für Medizinische Mikrobiologie Ruhr-Universität Bochum Universitätsstraße 150 / Fach 21 44801 Bochum	(Nur vom NRZ auszufüllen) Eingangsdatum: NRZ- Nr.:
Einsender (bitte Stempelaufdruck): DEMIS-ID Ihres Labors (5-stellig):	Unterschrift: Telefonnummer: E-Mail-Adresse für Befundmitteilung:
Patientenname/Vorname (oder Initialen): <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Labornummer des Isolates (möglichst Aufkleber):
Geburtsdatum (oder Alter):	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):		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):
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		

Anforderung auf: <input checked="" type="checkbox"/> Untersuchung Carbapenemase	Sonstige Anforderungen?
---	--------------------------------

Hinweis: Stammvergleiche sind kostenpflichtig und benötigen den gesonderten Einsendeschein.

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 Gradiententest (mg/l)	Weitere Testergebnisse (z.B. mCIM, Carba5, CarbaNP, qPCR,...)
Imipenem				
Meropenem				
Ertapenem				
Ceftazidim				

Bitte denken Sie auch an das Mitsenden des DEMIS-Meldungs-Barcodes!