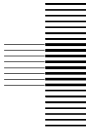




**PM FO MRE-Checkliste**

Patient/-in (Etikett)		<b>Abstrich</b> notwendig: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRGN <input type="checkbox"/> Ja, durchgeführt am _____ <input type="checkbox"/> Nein Abstrich negativ: <input type="checkbox"/> Ja, dann keine weitere Dokumentation erforderlich		<b>Pflege</b>	
<b>Pos. Befund:</b> <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 3 MRGN <input type="checkbox"/> 4 MRGN <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> Andere _____	<b>Lokalisation:</b> <input type="checkbox"/> Nase/Rachen <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Andere _____	<b>Kontaminationsrisiko:</b> <input type="checkbox"/> Hoch* <input type="checkbox"/> Gering	Arzt (Hz), der das Risiko bewertet:  In Teamsitzung besprochen (Datum): _____  Doppelzimmer möglich: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Darf Patient das Zimmer verlassen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Dekolonisierung:</b> <input type="checkbox"/> Ja, begonnen am _____ <input type="checkbox"/> Nein					
<b>Persönliche Schutzkleidung/Hygienemaßnahmen</b> Tätigkeiten mit <b>Körperkontakt</b> (u.a. Betten, körperliche Untersuchung, Waschen)		<b>Sozialer Kontakt</b> (u.a. Visite, Gespräch, Essen/Medikation anreichen)			<b>Arzt</b>
<b>Personal:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Händedesinfektion <input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> Mund-Nasenschutz <input type="checkbox"/> Schutzkittel <input type="checkbox"/> Andere _____		<b>Personal:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Händedesinfektion <input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> Mund-Nasenschutz <input type="checkbox"/> Schutzkittel <input type="checkbox"/> Andere _____			
<b>Besucher:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Händedesinfektion <input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> Mund-Nasenschutz <input type="checkbox"/> Schutzkittel <input type="checkbox"/> Andere _____		<b>Besucher:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Händedesinfektion <input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> Mund-Nasenschutz <input type="checkbox"/> Schutzkittel <input type="checkbox"/> Andere _____			
<b>Patient</b> (bei Verlassen des Zimmers): <input checked="" type="checkbox"/> Händedesinfektion <input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> Mund-Nasenschutz <input type="checkbox"/> Schutzkittel <input type="checkbox"/> Andere _____		<b>Mögliche multiprofessionelle Angebote:</b> <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Musiktherapie <input type="checkbox"/> Kunsttherapie <input type="checkbox"/> Besuchshundendienst <input type="checkbox"/> Seelsorge <input type="checkbox"/> Hospizbesuchsdienst <input type="checkbox"/> Psychologie <input type="checkbox"/> Soziale Arbeit <input type="checkbox"/> Case Management <input type="checkbox"/> Andere _____			<b>Arzt, Pflege</b>
		<b>Information Patient und Besucher:</b> <input type="checkbox"/> Patient informiert (Hz) ____ <input type="checkbox"/> Besucher informiert (Hz) ____ <input type="checkbox"/> Informationsblatt ausgelegt <input type="checkbox"/> Türschilder (Schutzkleidung/Hygiene- maßnahmen von innen und außen angebracht (Hz) ____			



## PM FO MRE-Checkliste

---

\*Hoch: offene Wunden, Ekzeme, Tracheostoma, offene Katheter, Erbrechen, Diarrhoe, u.a.

Version: 1	Ersteller: k.A.	Prüfer: Selig, Ramona, 02.05.2017	Freigeber: Bieberstein, Helga, 23.05.2017 Ostgathe, Christoph, 23.05.2017	Kenn-Nr.: UKER-8-12852	Seite 2 von 2
---------------	--------------------	--------------------------------------	---	---------------------------	------------------