

--	--	--	--	--	--	--	--



EUROPÄISCHE PUNKTPRÄVALENZSTUDIE ZUM VORKOMMEN VON  
NOSOKOMIALEN INFEKTIONEN UND ZUR ANTIBIOTIKA-ANWENDUNG IN  
LANGZEITPFLEGEINRICHTUNGEN (HALT-4)

ROBERT KOCH INSTITUT



## BEWOHNERFRAGEBOGEN

**ES DÜRFEN NUR DIE IM FRAGEBOGEN  
ABGEFRAGTEN INFORMATIONEN EINGETRAGEN  
WERDEN (INSBESONDERE KEINE KLARNAMEN  
UND NICHT DAS VOLLSTÄNDIGE  
GEBURTSDATUM)**

**\*\*Disclaimer:** In dem vorliegenden Dokument wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich und weiblich verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter (männlich, weiblich, divers).\*\*

## BEWOHNERDATEN

Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich
Geburtsjahr	_ _ _ _	
Aufenthalt in dieser Einrichtung	<input type="checkbox"/> Kürzer als 1 Jahr	<input type="checkbox"/> 1 Jahr oder länger
Krankenhausaufenthalt in den letzten 3 Monaten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Operation in den letzten 30 Tagen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Harnwegskatheter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gefäßkatheter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Inkontinenz (Harn und/oder Stuhl)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wunden:		
<input type="radio"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="radio"/> Andere Wunden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zeitliche und/oder örtliche Desorientiertheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mobilität	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
		<input type="checkbox"/> Bettlägerig

--	--	--	--	--	--

**AM TAG DER ERHEBUNG:** **ERHÄLT DER BEWOHNER EIN SYSTEMISCHES ANTIBIOTIKUM (ANTIBIOTIKA-ANWENDUNG)**

**> BITTE TEIL A DES FRAGEBOGENS AUSFÜLLEN**

einschließlich:

(i) Bewohner mit prophylaktischer Antibiotika-Anwendung

**ODER**

(ii) Bewohner mit therapeutischer Antibiotika-Anwendung

 **ZEIGT DER BEWOHNER EINE BESTÄTIGTE ODER WAHRSCHEINLICHE INFektion(EN) (inkl. Beschwerden/Symptome)**

**-> BITTE TEIL B DES FRAGEBOGENS AUSFÜLLEN**

Bewohner mit bestätigter(en) oder wahrscheinlicher(en) Infektion(en) **UND** keiner Antibiotika-Anwendung

 **BEIDES: ANTIBIOTIKA-ANWENDUNG UND BESTÄTIGTE ODER WAHRSCHEINLICHE INFektion(EN) (inkl. Beschwerden/Symptome)**

**-> BITTE TEIL A UND TEIL B DES FRAGEBOGENS AUSFÜLLEN**

einschließlich:

(i) Bewohner mit Beschwerden/Symptomen einer Infektion und mit Antibiotika-Anwendung am heutigen Tag (unabhängig davon ob die antibiotische Therapie im Zusammenhang mit dieser Infektion steht)

**ODER**

(ii) Bewohner, die keine Beschwerden/Symptome einer Infektion mehr aufweisen, aber noch mit einer Antibiotika-Anwendung aufgrund dieser Infektion behandelt werden

--	--	--	--	--	--

TEIL A: DATEN ZUR ANTIBIOTIKA-ANWENDUNG

	ANTIBIOTIKUM 1	ANTIBIOTIKUM 2	ANTIBIOTIKUM 3	ANTIBIOTIKUM 4
<b>Name des Antibiotikums</b> <i>(Handelsname, Wirkstoff oder beide)</i>	-----	-----	-----	-----
<b>Art der Applikation</b>	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> parenteral <i>(i.m, i.v., s.c.)</i> <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> parenteral <i>(i.m, i.v., s.c.)</i> <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> parenteral <i>(i.m, i.v., s.c.)</i> <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> parenteral <i>(i.m, i.v., s.c.)</i> <input type="checkbox"/> andere
<b>Datum Therapieende/ Kontrolluntersuchung bekannt?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
<b>Art der Behandlung</b>	<input type="checkbox"/> Prophylaktisch <input type="checkbox"/> Therapeutisch			
<b>Indikation der Antibiotika-Anwendung</b>	<input type="checkbox"/> Harnwege <input type="checkbox"/> Genitaltrakt <input type="checkbox"/> Haut o. Wunden <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Magen-/Darmtrakt <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Ohren/Nase/Mund <input type="checkbox"/> OP-Wunde <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> systemische Infektion <input type="checkbox"/> Fieber unklarer Genese <input type="checkbox"/> andere <i>(bitte benennen)</i> -----	<input type="checkbox"/> Harnwege <input type="checkbox"/> Genitaltrakt <input type="checkbox"/> Haut o. Wunden <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Magen-/Darmtrakt <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Ohren/Nase/Mund <input type="checkbox"/> OP-Wunde <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> systemische Infektion <input type="checkbox"/> Fieber unklarer Genese <input type="checkbox"/> andere <i>(bitte benennen)</i> -----	<input type="checkbox"/> Harnwege <input type="checkbox"/> Genitaltrakt <input type="checkbox"/> Haut o. Wunden <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Magen-/Darmtrakt <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Ohren/Nase/Mund <input type="checkbox"/> OP-Wunde <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> systemische Infektion <input type="checkbox"/> Fieber unklarer Genese <input type="checkbox"/> andere <i>(bitte benennen)</i> -----	<input type="checkbox"/> Harnwege <input type="checkbox"/> Genitaltrakt <input type="checkbox"/> Haut o. Wunden <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Magen-/Darmtrakt <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Ohren/Nase/Mund <input type="checkbox"/> OP-Wunde <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> systemische Infektion <input type="checkbox"/> Fieber unklarer Genese <input type="checkbox"/> andere <i>(bitte benennen)</i> -----
<b>Wo wurde das Antibiotikum verordnet?</b>	<input type="checkbox"/> In dieser Einrichtung <input type="checkbox"/> Im Krankenhaus <input type="checkbox"/> An anderer Stelle	<input type="checkbox"/> In dieser Einrichtung <input type="checkbox"/> Im Krankenhaus <input type="checkbox"/> An anderer Stelle	<input type="checkbox"/> In dieser Einrichtung <input type="checkbox"/> Im Krankenhaus <input type="checkbox"/> An anderer Stelle	<input type="checkbox"/> In dieser Einrichtung <input type="checkbox"/> Im Krankenhaus <input type="checkbox"/> An anderer Stelle

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TEIL B: DATEN ZU NOSOKOMIALEN INFEKTIONEN

		INFEKTION 1	INFEKTION 2	INFEKTION 3	INFEKTION 4
Infektionscode		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Wenn „andere“ bitte angeben	-----	-----	-----	-----
Datum des Beginns		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A: Name des Mikroorganismus	1.A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B: Getestete Antibiotika-resistenz <sup>2</sup>	2.A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nur für STAAUR, ENC***1, ACIBAU, PSEAER oder Enterobacterales (CIT***, ENB***, ESCCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***)	3.A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<sup>1</sup> Antimikrobielle Resistenz wird nicht für andere *Enterobacterales* als die in der Tabelle aufgezählten erfasst (z.B. nicht für *Hafnia* spp., *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Yersinia* spp.)

<sup>2</sup>**OXa**: Empfindlichkeit gegenüber Oxacillin oder anderen Markern für MRSA (Cefoxitin, Cloxacillin, Dicloxacillin, Flucloxacillin, Meticillin); **GLY**: Empfindlichkeit gegenüber Glykopeptiden: Vancomycin oder Teicoplanin; **C3G**: Empfindlichkeit gegenüber 3. Generation-Cephalosporinen: Cefotaxime, Ceftriaxone, Ceftazidime; **CAR**: Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen: Imipenem, Meropenem, Doripenem.