

MRSA Verlaufskontrollen nach Dekolonisation im ambulanten Setting

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Hausarzt/-ärztin:

MRSA Befund Datum:	<input type="checkbox"/> Rachen/Nase <input type="checkbox"/> Inguinal beidseits <input type="checkbox"/>	Ergebnisse: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
Dekolonisation Datum Beginn: Datum Ende: Dekolonisationsmittel:		
Verlaufskontrolle nach 1 Woche Datum:	<input type="checkbox"/> Rachen/Nase <input type="checkbox"/> Inguinal beidseits <input type="checkbox"/>	Ergebnisse: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
Verlaufskontrolle nach 1 Monat Datum:	<input type="checkbox"/> Rachen/Nase <input type="checkbox"/> Inguinal beidseits <input type="checkbox"/>	Ergebnisse: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
Verlaufskontrolle nach 3 Monaten Datum:	<input type="checkbox"/> Rachen/Nase <input type="checkbox"/> Inguinal beidseits <input type="checkbox"/>	Ergebnisse: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
Verlaufskontrolle nach 6 Monaten Datum:	<input type="checkbox"/> Rachen/Nase <input type="checkbox"/> Inguinal beidseits <input type="checkbox"/>	Ergebnisse: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
Verlaufskontrolle nach 12 Monaten Datum:	<input type="checkbox"/> Rachen/Nase <input type="checkbox"/> Inguinal beidseits <input type="checkbox"/>	Ergebnisse: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv

Bitte Befundkopien senden an:

 Spitalhygiene, Kantonsspital Graubünden, Löestrasse 170, 7000 Chur oder
 per E-Mail an spitalhygiene@ksgr.ch.

Besten Dank.