

Untersuchungsauftrag an das Institut für Hygiene

Version 10

Krankenhaus /Station _____

Name, Vorname _____ Bitte Patientenetikett mit **Anschrift** verwenden

Anschrift _____

Wahlleistung Regelleistung

Geb. Datum: _____ Krankenkasse _____

ZA
 ZPMH

Materialeinsendung

Krankenhaus	Transport (Art/Sammelstellen)
Merheim	Rohrpost: Ziel Zentrallabor Transportdienst: Probenbox Institut für Hygiene im Zentrallabor Haus 32 Bereich Annahmetresen
Holweide	Transportdienst: Probenbox/Rote Kiste im 1. UG R. 1.109. Auf der Intensivstation I0 wird früh morgens zwischen 6:30 und 7 Uhr das Material direkt abgeholt
Riehl	Transportdienst: Proben am Empfang abgeben
RehaNova	Transportdienst: Probenbox Institut für Hygiene im Zentrallabor Haus 32 Bereich Annahmetresen.
Andere	Nach individueller Rücksprache

Institut für Hygiene (IfH), Leitung: Prof. Dr. med. Frauke Mattner**Adresse Labor:** Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Klinikum Merheim, Osterheimer Straße 200, Haus 33A, 51109 Köln; Tel. 0221-8907-18866**MRSA / S. aureus-Screening** („Rosa Flüssigtupfer“ – ESwab)

- Notfall Neuaufnahme OP (in den nächsten 24 h)
- Patient mit bek. MRSA Besiedlung Sonst. _____ Kontrolluntersuchung
- Kontrolluntersuchung nach Dekolonisation (3 Abstriche mind. 3 h Abstand, **Tupfer entsprechend der Serie beschriften**, Datum und Uhrzeit auf dem Auftragschein vermerken! Siehe Primäprobenhandbuch, Nexus Dok.-Nr. 28290, 3.1.1 MRSA Screening – Indikation.)

Abstr.1 Rachen und Nasenvorhöfe Abstr. 2 _____ (Lokalisation) Abstr.3 _____ (Lokalisation)

Abstr. 4 _____ (Lokalisation) Sonst. : _____ (Urin, Trachealsekret etc.)

 Kultur MRSA **PCR MRSA** **PCR PVL (S. aureus)****Gastroenteritiserreger-Screening**

Stuhl unauffällig blutig flüssig Erbrochenes

 Multiplex-PCR Stuhl

(Salmonella, Campylobacter, Yersinia enterocolitica, Noroviren, Rotaviren, Adenoviren, CD Toxin A/B, EHEC, EPEC, EIEC/Shigella)

 SARS-CoV-2-PCR Stuhl

(nach telefonischer Rücksprache mit Ärztin/Arzt des IfH)

SARS-CoV-2-Mitarbeiterscreening - Nur für COVID-19 Isolierstationen/Bereiche Rachenspülwasser **COVID-19 - Bereichsscreening (SARS-CoV-2-PCR)** Station/Bereich des Mitarbeitenden: _____ (**Pflichtfeld**)**Implantat - Sonikation** (sterile Weithalsflaschen PP (2 Liter) zu beziehen unter Labor Tel. 18866) **Implantat-Bezeichnung** _____**PFLICHTFELD**

Probenahme: Datum/Uhrzeit:

Station

Tel/DECT: _____

Unterschrift: _____

**Angaben zur Probenahme entnehmen Sie unserem Primärprobenhandbuch (Nexus Dok.-Nr. 28290).
!!! ZUM VERSAND IMMER DIE HYGIENE-VERSANDTÜTEN VERWENDEN !!!**