

Untersuchungsauftrag an das Institut für Hygiene

Version 12

Krankenhaus /Station \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_ *Bitte Patientenetikett mit **Anschrift** verwenden*

Anschrift \_\_\_\_\_

Wahlleistung  Regelleistung

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

ZA  
 ZPMH

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

Patient mit bek. MRSA Besiedlung  Kontrolle \_\_\_\_\_  Kontrolle nach Dekolonisation

---

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

Stuhl  unauffällig  blutig  flüssig  Erbrochenes

**Multiplex-PCR Stuhl**  **Sonderanforderung: SARS-CoV-2-PCR Stuhl**

**SARS-CoV-2-Mitarbeiterscreening PCR** - Nur für COVID-19 Isolierstationen/Bereiche

Rachenspülwasser  Station/Bereich des Mitarbeitenden: \_\_\_\_\_ (**Pflichtfeld**)

**Candida auris – Screening (Kultur)** ("Rosa Flüssigtupfer" – ESwab)

Abstr.Axilla bds  Abstr.Leiste bds  Abstr.Wunde \_\_\_\_\_  Sonst. \_\_\_\_\_

**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 !!!**

NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 21335 | V. 12 vom 19.01.2024 | S. 1 / 1