

MRSA-Standardsanierung über 5 Tage

Name, Vorname: _____ geboren am: _____ MRSA-Nachweis am: _____

Lokalisation: Nasen-Rachen-Raum Wunde Leiste Sonstiges: _____

Eintrittsstellen wie z.B. PEG, etc. _____

Information/Aufklärung von Kontaktpersonen/Angehörigen: Datum und * _____

	<u>3 x täglich</u> Antiseptikum/ Antibiotikum für beide Nasenvorhöfe	<u>3 x täglich</u> Antiseptikum für die Mundhöhle zum Gurgeln. Zahnbürste nach Gebrauch wechseln, Zahnprothese entsprechend desinfizieren	<u>1 x täglich</u> Ganzkörper- waschung, inkl. Haare	<u>täglich</u> Wäschewechsel: Leibwäsche, Nachtwäsche, Bettwäsche, Handtücher/ Waschlappen	<u>täglich</u> Desinfektion: Bewohnernahe Flächen, Hilfsmittel, Gegenstände des täglichen Gebrauchs	<u>Besonderes:</u> Hörgeräte, Lesehilfen, Schmuck, etc.. in die Umgebungshygiene mit einbeziehen. Keine Benutzung von Deo-Rollern und dekorativer Kosmetik, Entsorgung bereits genutzter Produkte
Präparatname						
Datum	*					
Datum						
Datum						
Datum						
Datum						

* Bitte mit Handzeichen abzeichnen