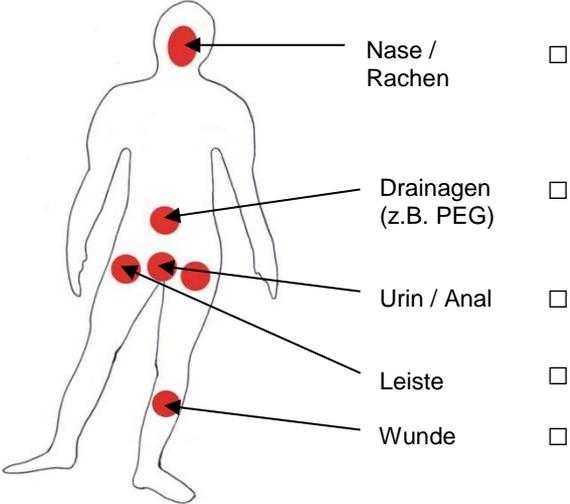


## Maßnahmenplan MRE / Clostridioides difficile-Infektion (CDI)

<b>Name:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	
		<b>Einzelzimmer:</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
<b>Erreger:</b>		<b>Befund vom:</b>	
<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> 3 MRGN <input type="checkbox"/> 4 MRGN <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE			
<b>Lokalisation / Ort</b> (Bitte kennzeichnen)		<b>Compliance:</b>	
 <p>Nase / Rachen <input type="checkbox"/></p> <p>Drainagen (z.B. PEG) <input type="checkbox"/></p> <p>Urin / Anal <input type="checkbox"/></p> <p>Leiste <input type="checkbox"/></p> <p>Wunde <input type="checkbox"/></p>		Der Bewohner* ist selbstständig <input type="checkbox"/> Bedarf Hilfestellung bei der Durchführung der Hygienemaßnahmen <input type="checkbox"/> Komplette Übernahme der Hygienemaßnahmen erforderlich <input type="checkbox"/> Bemerkungen / Hinweis:	
<b>Basishygiene ausreichend?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (Weiteres siehe spezielle Maßnahmen)			
<b>Information an das Hygienefachpersonal</b>		<b>Datum:</b>	<b>HZ:</b>

<b>Spezielle Maßnahmen:</b>	
<u><b>Personal</b></u> <input type="checkbox"/> Nasen- Mundschutz (bei Besiedelung Nasen- / Rachenraum) <input type="checkbox"/> Einmalschutzkittel vor Betreten des Zimmers <input type="checkbox"/> Tragen von Einmalhandschuhe vor Betreten des Zimmers <input type="checkbox"/> Hinweisschilder anbringen	<u><b>Bewohner</b></u> <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Nasen- Mundschutz (bei Besiedelung Nasen- / Rachenraum) <input type="checkbox"/> Händedesinfektion nach WC Benutzung <input type="checkbox"/> Händedesinfektion vor Verlassen des Zimmers
Bemerkungen / Hinweis:	
<b>Reinigung und Entsorgung:</b>	
<input type="checkbox"/> Spezielle Desinfektionsmaßnahmen beachten <input type="checkbox"/> Entsorgung der Wäsche und Abfall im Zimmer <input type="checkbox"/> Geschirrentsorgung direkt in den Geschirrspüler	
Bemerkungen / Hinweis:	

<b>Gemeinschaftsleben:</b>			
Mahlzeiten im Speiseraum	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Anmerkung:	
Aufenthalt in Gruppenräumlichkeiten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Anmerkung:	
Bemerkungen / Hinweis:			
<b>Aufklärung und Information zu speziellen Hygienemaßnahmen von:</b>			<b>HZ</b>
Bewohner	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Datum:	
Angehörigen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Datum:	
Reinigungspersonal	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Datum:	
Küchenpersonal	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Datum:	
Servicepersonal	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Datum:	
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Datum:	
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Datum:	
Bemerkungen / Hinweis:			

Unterschrift .....

Datum .....