



EUROPÄISCHE PUNKTPRÄVALENZSTUDIE ZUM VORKOMMEN VON
NOSOKOMIALEN INFEKTIONEN UND ZUM EINSATZ VON ANTIBIOTIKA IN
LANGZEITPFLEGE-EINRICHTUNGEN (HALT-3)



BEWOHNERFRAGEBOGEN

BEWOHNERDATEN

Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich
Geburtsjahr	<input type="text"/>	
Aufenthalt in dieser Einrichtung	<input type="checkbox"/> Kürzer als 1 Jahr	<input type="checkbox"/> 1 Jahr oder länger
Krankenhausaufenthalt in den letzten 3 Monaten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Operation in den letzten 30 Tagen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Harnwegskatheter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gefäßkatheter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Inkontinenz (Harn und/oder Stuhl)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wunden:		
<input type="radio"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="radio"/> Andere Wunden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zeitlich und/oder örtlich Desorientiertheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mobilität	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Bettlägerig

AM TAG DER ERHEBUNG:

ERHÄLT DER BEWOHNER EINE SYSTEMISCHE ANTIBIOTIKATHERAPIE

> **BITTE TEIL A DES FRAGEBOGENS AUSFÜLLEN**

einschließlich: (i) Bewohner mit prophylaktischer Antibiotikabehandlung

ODER (ii) Bewohner mit therapeutischer Antibiotikabehandlung (bei Behandlungsbeginn vor Aufnahme sollten keine Beschwerden/Symptome aufgezeichnet werden)

ZEIGT DER BEWOHNER BESCHWERDEN/SYMPTOME EINER INFEKTION

> **BITTE TEIL B DES FRAGEBOGENS AUSFÜLLEN**

Nur Beschwerden/Symptome, die bei Aufnahme des Bewohners in die Einrichtung nicht schon vorhanden oder in Inkubation waren **UND** (noch) keine Antibiotikatherapie

BEIDES: ANTIBIOTIKATHERAPIE UND BESCHWERDEN/SYMPTOME EINER INFEKTION

> **BITTE TEIL A UND TEIL B DES FRAGEBOGENS AUSFÜLLEN** einschließlich: (i) Bewohner mit Beschwerden/Symptomen und mit Antibiotikatherapie am heutigen Tag (unabhängig davon ob die antibiotische Therapie im Zusammenhang mit dieser Infektion steht) **ODER**

(ii) Bewohner, die keine Beschwerden/Symptome mehr aufweisen, aber noch antibiotisch aufgrund dieser Infektion behandelt werden

TEIL A: DATEN ZUR ANTIBIOTISCHEN THERAPIE

	ANTIBIOTIKUM 1	ANTIBIOTIKUM 2	ANTIBIOTIKUM 3	ANTIBIOTIKUM 4
Name des Antibiotikums (Handelsname oder Wirkstoff)	-----	-----	-----	-----
Art der Applikation	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> parenteral (i.m, i.v., s.c.) <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> parenteral (i.m, i.v., s.c.) <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> parenteral (i.m, i.v., s.c.) <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> parenteral (i.m, i.v., s.c.) <input type="checkbox"/> andere
Datum Therapieende/ Kontrolluntersuchung bekannt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Art der Behandlung	<input type="checkbox"/> Prophylaktisch <input type="checkbox"/> Therapeutisch	<input type="checkbox"/> Prophylaktisch <input type="checkbox"/> Therapeutisch	<input type="checkbox"/> Prophylaktisch <input type="checkbox"/> Therapeutisch	<input type="checkbox"/> Prophylaktisch <input type="checkbox"/> Therapeutisch
Indikation der Antibiotika- therapie	<input type="checkbox"/> Harnwege <input type="checkbox"/> Genitaltrakt <input type="checkbox"/> Haut o. Wunden <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Magen-/Darmtrakt <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Ohren/Nase/Mund <input type="checkbox"/> OP-Wunde <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> systemische Infektion <input type="checkbox"/> Fieber unklarer Genese <input type="checkbox"/> andere (bitte benennen) -----	<input type="checkbox"/> Harnwege <input type="checkbox"/> Genitaltrakt <input type="checkbox"/> Haut o. Wunden <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Magen-/Darmtrakt <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Ohren/Nase/Mund <input type="checkbox"/> OP-Wunde <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> systemische Infek2tion <input type="checkbox"/> Fieber unklarer Genese <input type="checkbox"/> andere (bitte benennen) -----	<input type="checkbox"/> Harnwege <input type="checkbox"/> Genitaltrakt <input type="checkbox"/> Haut o. Wunden <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Magen-/Darmtrakt <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Ohren/Nase/Mund <input type="checkbox"/> OP-Wunde <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> systemische Infektion <input type="checkbox"/> Fieber unklarer Genese <input type="checkbox"/> andere (bitte benennen) -----	<input type="checkbox"/> Harnwege <input type="checkbox"/> Genitaltrakt <input type="checkbox"/> Haut o. Wunden <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Magen-/Darmtrakt <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Ohren/Nase/Mund <input type="checkbox"/> OP-Wunde <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> systemische Infektion <input type="checkbox"/> Fieber unklarer Genese <input type="checkbox"/> andere (bitte benennen) -----
Wo wurde das Antibiotikum verordnet?	<input type="checkbox"/> In dieser Einrichtung <input type="checkbox"/> Im Krankenhaus <input type="checkbox"/> An anderer Stelle	<input type="checkbox"/> In dieser Einrichtung <input type="checkbox"/> Im Krankenhaus <input type="checkbox"/> An anderer Stelle	<input type="checkbox"/> In dieser Einrichtung <input type="checkbox"/> Im Krankenhaus <input type="checkbox"/> An anderer Stelle	<input type="checkbox"/> In dieser Einrichtung <input type="checkbox"/> Im Krankenhaus <input type="checkbox"/> An anderer Stelle

TEIL B: DATEN ZU INFEKTIONEN

		INFEKTION 1	INFEKTION 2	INFEKTION 3	INFEKTION 4
Infektionscode		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Wenn „andere“ bitte angeben</i>		-----	-----	-----	-----
Am Tag der (Wieder-)Aufnahme in die Einrichtung bereits vorhanden gewesen		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Datum des Beginns		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Ort des Beginns		<input type="checkbox"/> Diese Einrichtung <input type="checkbox"/> Eine andere Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> Diese Einrichtung <input type="checkbox"/> Eine andere Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> Diese Einrichtung <input type="checkbox"/> Eine andere Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> Diese Einrichtung <input type="checkbox"/> Eine andere Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> unbekannt
A: Name des Mikroorganismus	1.A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	B	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
B: Getestete Antibiotikaresistenz	2.A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	B	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Nur für STAAUR, ENC***, ACIBAU, PSEAER oder Enterobakterien (CIT***, ENB***, ESCCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***)	3.A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	B	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>