

Untersuchungsauftrag an das Institut für Hygiene

Version 8

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

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

Anschrift \_\_\_\_\_

Wahlleistung  Regelleistung

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

ZA  
 ZPMH

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

Patient mit bek. MRSA Besiedlung  Sonst. \_\_\_\_\_

Kontrolluntersuchung nach Dekolonisation (**Tupfer entsprechend der Serie beschriften, Datum und Uhrzeit auf dem Auftragschein vermerken!**)

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 (*Salmonellen, 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 !!!**

NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 21335 | V. 8 vom 20.01.2022 | S. 1 / 1