

EINSENDESCHEIN für *Streptokokken*-Isolate

(Graue Felder vom NRZ auszufüllen)

	Nationales Referenzzentrum für Streptokokken am Institut für Medizinische Mikrobiologie Universitätsklinikum der RWTH-Aachen Dr. Mark van der Linden Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen
	Tel: 0241-8085599 www.pneumococcus.de www.nrz-streptococcus.de

Date of entry	
SNo	
Study Number	
Strain ident. sender	
Comments	
Signature	

Bisheriges Differenzierungsergebnis

<input type="checkbox"/> <i>S. pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> <i>S. pyogenes</i> <input type="checkbox"/> Sonstige:	Besondere Fragestellung:	<input type="checkbox"/> Serum: Überprüfung des Impfstatus. Nur nach Rücksprache! Bitte Feld 'Impfstatus' (Blatt 2) ausfüllen!
--	--------------------------	---

Allgemeine Daten

Material	<input type="checkbox"/> Blut	<input type="checkbox"/> Pleuraflüssigkeit	<input type="checkbox"/> Nasenabstrich	<input type="checkbox"/> Gelenkpunktat
	<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Bronchiallavage	<input type="checkbox"/> Wundabstrich	<input type="checkbox"/> Punktat
	<input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> Parazentese-Mat.	<input type="checkbox"/> Rachenabst.	<input type="checkbox"/> Abstrich
	<input type="checkbox"/> CK-/Vaginalabstrich <input type="checkbox"/> Sonstiges			
Ihre Labor Nr.				
Datum Materialgewinnung	Tag _ _ Monat _ _ Jahr 20__			
Adresse Labor	Adresse (ggf. Stempel)		Bundesland	
			PLZ:	
			TELEFON:	
Adresse Krankenhaus	Adresse (ggf. Stempel)		Bundesland	
			PLZ:	
			TELEFON:	
Ansprechpartner Labor	Name	Unterschrift	Datum	

Patienten Daten

Geburtsdatum	Tag _ _ Monat _ _ Jahr _ _ _ _			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	
Namenskodierung	3. Buchstabe und Anzahl der Buchstaben des Vor- und Nachnamens eingeben (Beispiel: Anton Mustermann: T 5 S 10). _ _ _ _			
Behandlungsart	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ambulant		
Wohnort Patient	PLZ (Erste drei Ziffern)		Ort	

Klinische Daten

Diagnose / Art der Infektion (Mehrere ankreuzen wenn zutreffend)	<input type="checkbox"/> akute Exazerbation bei chr. Bronchitis		<input type="checkbox"/> Endokarditis
	<input type="checkbox"/> Erysipel	<input type="checkbox"/> Fasciitis necroticans	<input type="checkbox"/> Meningitis
	<input type="checkbox"/> Otitis media	<input type="checkbox"/> Pharyngitis	<input type="checkbox"/> Pneumonie
	<input type="checkbox"/> Phlegmone (engl.: cellulitis)		<input type="checkbox"/> Puerperal sepsis
	<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> sept. Arthritis	<input type="checkbox"/> Sinusitis
	<input type="checkbox"/> Streptokokken-Toxic-Shock-Syndrom (STSS)		
	<input type="checkbox"/> andere Erkrankungen (bitte spezifizieren)		
Grunderkrankung			
Impfstatus	<input type="checkbox"/> geimpft, Impfstoff: Charge: Impfdatum:.....	<input type="checkbox"/> ungeimpft	<input type="checkbox"/> keine Angaben
Antibiotikatherapie	<input type="checkbox"/> ja, welche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt

Nachfolgende Fragen bitte nur bei invasiver *S. pyogenes*-Erkrankung beantworten
(STSS, (puerperal) Sepsis, Fasciitis necroticans, Phlegmone, Erysipel, septische Arthritis, Endokarditis, Pneumonie, Meningitis)

Zum Schweregrad der Erkrankung (bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Schock (Blutdruck \leq 90 mm Hg) <input type="checkbox"/> Verbrauchskoagulopathie (DIC, Thrombocyten < 100 G/l) <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz (altersentsprechende Kreatinwert mindestens auf das zweifache der Norm erhöht) <input type="checkbox"/> Leberwerte erhöht (sGOT = ASAT, sGPT = ALAT, oder Bilirubin mindestens auf das zweifache der Norm erhöht) <input type="checkbox"/> Akutes Lungenversagen (ARDS) <input type="checkbox"/> generalisiertes, scharlachähnliches Exanthem <input type="checkbox"/> Weichteilnekrosen (Fasziitis, Myositis, Gangrän) <input type="checkbox"/> Keinen der oben genannten Punkte		
Krankenhausaufenthalt und Komplikationen (bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)	Liegedauer auf Intensivstation:Tage Krankenhaustage insgesamt:Tage <input type="checkbox"/> Chirurgische Intervention (wenn ja, bitte spezifizieren): <input type="checkbox"/> Patient beatmet <input type="checkbox"/> andere Komplikationen (wenn ja, bittespezifizieren):		
Epikrise (Clinical outcome) (Innerhalb von 7 / 30 Tagen bzw. bei der Entlassung)	nach 7 Tagen <input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> gestorben <input type="checkbox"/> unbekannt	nach 30 Tagen <input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> gestorben <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> Folgeschäden (bitte spezifizieren)
Risikofaktoren (bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> i.v.-Drogenabusus <input type="checkbox"/> Varizellen-Infektion <input type="checkbox"/> Immunsuppression einschl. Kortikosteriodgabe (bitte spezifizieren): <input type="checkbox"/> chronische Hautläsionen / Wunde (bitte spezifizieren): <input type="checkbox"/> Gabe von nichtsteriodalen Antiphlogistika z.B. Diclofenac® (bitte spezifizieren): <input type="checkbox"/> Operativer Eingriff innerhalb von 7 Tagen vor Aufnahme <input type="checkbox"/> Auslandsreise innerhalb von 2 Wochen vor Aufnahme (Land angeben): <input type="checkbox"/> Beziehung / Kontakt zu anderen Fällen schwerer Streptokokken Infektionen. Wenn ja, ggf Datum der Einsendung an das NRZ bzw. Isolat-Nr. angeben: <input type="checkbox"/> Nosokomiale / Krankenhaus-Infektion (Krankenhausaufenthalt innerhalb von 2 Wochen vor der jetzigen Erkrankung): <input type="checkbox"/> Keinen der oben genannten Risikofaktoren		