

CAUTI Surveillance – Erfassungsformular

A) Angaben zum Patienten

Patienten-Nummer (PID):	<i>Optional: Fall-Nummer:</i>	
Name*:	Vorname*:	
Geburtsdatum*:	Geburtsjahr:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Organisationseinheit: <input type="checkbox"/> Chirurgie (SUR) <input type="checkbox"/> Medizin (MED) <input type="checkbox"/> Gynäkologie/Geburtshilfe (G/O) <input type="checkbox"/> Intensivmedizin (ICU)		
<input type="checkbox"/> Pädiatrie (PED) <input type="checkbox"/> Neonatologie (NEO) <input type="checkbox"/> Geriatrie (GER) <input type="checkbox"/> Psychiatrie (PSY) <input type="checkbox"/> Rehabilitation (RHB)		
<input type="checkbox"/> Langzeitpflege (LTC) <input type="checkbox"/> Sonstige (OTH) <input type="checkbox"/> Gemischt (MIX)		
<i>Optional: Fachrichtung gemäss der Liste der Fachgebietscodes:</i>		
Eintrittsdatum ins Spital (TT.MM.JJJJ):		
Eintrittsdatum in die überwachten Organisationseinheiten** (TT.MM.JJJJ):		
Austrittsdatum aus Spital (TT.MM.JJJJ):		
Austrittsdatum aus den überwachten Organisationseinheiten** (TT.MM.JJJJ):		

*Nur für die interne Verwendung innerhalb des Spitals / ** Relevant bei Spitälern, die nur mit ausgewählten Organisationseinheiten teilnehmen.

B) Angaben zum Blasenkatheter

Einlegedatum (TT.MM.JJJJ):	Entfernungsdatum (TT.MM.JJJJ):
Einlageort: <input type="checkbox"/> Notfallstation <input type="checkbox"/> Bettenstation <input type="checkbox"/> Intensivstation <input type="checkbox"/> Operationsaal <input type="checkbox"/> Gebärsaal <input type="checkbox"/> Anderer Ort	
<input type="checkbox"/> Spitalexterner Ort*	
Einlage des Katheters im Rahmen eines transurethralen Eingriffs: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Optional: Indikation (nur Hauptindikation, keine Mehrfachnennung):</i> <input type="checkbox"/> Harnverhalt <input type="checkbox"/> Urinmonitoring/Bilanzierung	
<input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Decubitalulzera plus Inkontinenz <input type="checkbox"/> Prolongierte Immobilisation <input type="checkbox"/> Palliation plus Komfort <input type="checkbox"/> Andere	

*Kategorie für Patienten, die bereits katheterisiert ins Spital eintreten.

Reinsertion:

Einlegedatum (TT.MM.JJJJ):	Entfernungsdatum (TT.MM.JJJJ):
Einlageort: <input type="checkbox"/> Notfallstation <input type="checkbox"/> Bettenstation <input type="checkbox"/> Intensivstation <input type="checkbox"/> Operationsaal <input type="checkbox"/> Gebärsaal <input type="checkbox"/> Anderer Ort	
Einlage des Katheters im Rahmen eines transurethralen Eingriffs: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Optional: Indikation (nur Hauptindikation, keine Mehrfachnennung):</i> <input type="checkbox"/> Harnverhalt <input type="checkbox"/> Urinmonitoring/Bilanzierung	
<input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Decubitalulzera plus Inkontinenz <input type="checkbox"/> Prolongierte Immobilisation <input type="checkbox"/> Palliation plus Komfort <input type="checkbox"/> Andere	

Reinsertion:

Einlegedatum (TT.MM.JJJJ):	Entfernungsdatum (TT.MM.JJJJ):
Einlageort: <input type="checkbox"/> Notfallstation <input type="checkbox"/> Bettenstation <input type="checkbox"/> Intensivstation <input type="checkbox"/> Operationsaal <input type="checkbox"/> Gebärsaal <input type="checkbox"/> Anderer Ort	
Einlage des Katheters im Rahmen eines transurethralen Eingriffs: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Optional: Indikation (nur Hauptindikation, keine Mehrfachnennung):</i> <input type="checkbox"/> Harnverhalt <input type="checkbox"/> Urinmonitoring/Bilanzierung	
<input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Decubitalulzera plus Inkontinenz <input type="checkbox"/> Prolongierte Immobilisation <input type="checkbox"/> Palliation plus Komfort <input type="checkbox"/> Andere	

C) Infektiöser Outcome: symptomatische CAUTI

(Blasenkatheter > 2 Kalendertage in situ und – falls entfernt – vor < 2 Kalendertage entfernt)

Mikrobiologie abgenommen: ja nein

Entnahmedatum (TT.MM.JJJJ): **Anzahl verschiedener Keime:** 0 1 2 >2

Keim 1: E. coli Proteus sp. Klebsiella sp. Enterococcus sp. P. aeruginosa Anderer Keim

Keim 1: Keimzahl im Urin: < 10E5 CFU/ml ≥ 10E5 CFU/ml

Keim 2: E. coli Proteus sp. Klebsiella sp. Enterococcus sp. P. aeruginosa Anderer Keim

Keim 2: Keimzahl im Urin: < 10E5 CFU/ml ≥ 10E5 CFU/ml

Symptome: ja nein

Fieber >38.0°C (Ohr): ja nein **Datum (TT.MM.JJJJ):**

Suprapubische Druckdolenz: ja nein **Datum (TT.MM.JJJJ):**

Flankenschmerzen oder -klopfdolenz: ja nein **Datum (TT.MM.JJJJ):**

Harndrang*: ja nein **Datum (TT.MM.JJJJ):**

Pollakisurie* (häufiges Wasserlassen): ja nein **Datum (TT.MM.JJJJ):**

Dysurie* (Miktionsschmerzen): ja nein **Datum (TT.MM.JJJJ):**

*NACH Entfernung des Blasenkatheters

Zweite mikrobiologische Analyse:

Entnahmedatum (TT.MM.JJJJ): **Anzahl verschiedener Keime:** 0 1 2 >2

Keim 1: E. coli Proteus sp. Klebsiella sp. Enterococcus sp. P. aeruginosa Anderer Keim

Keim 1: Keimzahl im Urin: < 10E5 CFU/ml ≥ 10E5 CFU/ml

Keim 2: E. coli Proteus sp. Klebsiella sp. Enterococcus sp. P. aeruginosa Anderer Keim

Keim 2: Keimzahl im Urin: < 10E5 CFU/ml ≥ 10E5 CFU/ml

Symptome: ja nein

Fieber >38.0°C (Ohr): ja nein **Datum (TT.MM.JJJJ):**

Suprapubische Druckdolenz: ja nein **Datum (TT.MM.JJJJ):**

Flankenschmerzen oder -klopfdolenz: ja nein **Datum (TT.MM.JJJJ):**

Harndrang*: ja nein **Datum (TT.MM.JJJJ):**

Pollakisurie* (häufiges Wasserlassen): ja nein **Datum (TT.MM.JJJJ):**

Dysurie* (Miktionsschmerzen): ja nein **Datum (TT.MM.JJJJ):**

*NACH Entfernung des Blasenkatheters