

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 |
| | Telefon Labor: 0241 80 88409 www.pneumococcus.de |

| | |
|----------------------|--|
| Date of entry | |
| SNo | |
| Study Number | |
| Strain ident. sender | |

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' 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 _ _ | | | |

| | | | | | |
|-------------------------------|------|-------|-------------------------------------|------|-------|
| Labor: Adresse (ggf. Stempel) | | | Krankenhaus: Adresse (ggf. Stempel) | | |
| | | | | | |
| Bundesland: | PLZ: | Tel.: | Bundesland: | PLZ: | Tel.: |
| Ansprechpartner: | | | Ansprechpartner: | | |

Patienten Daten

| | | | | |
|--------------|---|-----------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Geburtsdatum | Tag _ _ Monat _ _ Jahr _ _ _ _ | Behandlungsart | <input type="checkbox"/> stationär | <input type="checkbox"/> ambulant |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | 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"/> Sepsis | <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| | <input type="checkbox"/> Fasciitis necroticans | <input type="checkbox"/> Pharyngitis | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Otitis media |
| | <input type="checkbox"/> Puerperal sepsis | <input type="checkbox"/> Phlegmone (engl.: cellulitis) | <input type="checkbox"/> Endokarditis | <input type="checkbox"/> sept. Arthritis |
| | <input type="checkbox"/> Streptokokken-Toxic-Shock-Syndrom (STSS) | | <input type="checkbox"/> andere Erkrankungen (bitte spezifizieren) | |
| Grunderkrankung: | | | | |
| Antibiotikatherapie: | <input type="checkbox"/> ja, welche..... | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Keine Angaben | |
| Pneumokokken-Impfstatus | <input type="checkbox"/> geimpft: 1. Impfung: Impfstoff..... Datum:..... Charge:..... 2. Impfung: Impfstoff..... Datum:..... Charge:..... 3. Impfung: Impfstoff..... Datum:..... Charge:..... 4. Impfung: Impfstoff..... Datum:..... Charge:..... <input type="checkbox"/> ungeimpft <input type="checkbox"/> keine Angaben | | | |

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, bittspezifizieren): | | |
| 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 | | |