


# EINSENDESCHEIN für *Streptokokken*-Isolate

(Graue Felder vom NRZ auszufüllen)

	<b>Nationales Referenzzentrum für Streptokokken</b>
	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: .....	<b>Besondere Fragestellung:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Serum:</b> 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
Namenskodierung	3. Buchstabe und Anzahl der Buchstaben des Vor- und Nachnamens eingeben (Beispiel: Anton Mustermann: <b>T 5 S 10</b> ). _ _ _ _			
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"/> <b>Schock</b> (Blutdruck $\leq$ 90 mm Hg) <input type="checkbox"/> <b>Verbrauchskoagulopathie</b> (DIC, Thrombocyten $<$ 100 G/l) <input type="checkbox"/> <b>Niereninsuffizienz</b> (altersentsprechende Kreatinwert mindestens auf das zweifache der Norm erhöht) <input type="checkbox"/> <b>Leberwerte erhöht</b> (sGOT = ASAT, sGPT = ALAT, oder Bilirubin mindestens auf das zweifache der Norm erhöht) <input type="checkbox"/> <b>Akutes Lungenversagen</b> (ARDS) <input type="checkbox"/> <b>generalisiertes, scharlachähnliches Exanthem</b> <input type="checkbox"/> <b>Weichteilnekrosen</b> (Fasziitis, Myositis, Gangrän) <input type="checkbox"/> <b>Keinen</b> der oben genannten Punkte		
Krankenhausaufenthalt und Komplikationen (bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)	<b>Liegedauer auf Intensivstation: .....Tage</b> <b>Krankenhaustage insgesamt: .....Tage</b> <input type="checkbox"/> <b>Chirurgische Intervention</b> (wenn ja, bitte spezifizieren): <input type="checkbox"/> <b>Patient beatmet</b> <input type="checkbox"/> <b>andere Komplikationen</b> (wenn ja, bittespezifizieren):		
Epikrise (Clinical outcome) (Innerhalb von 7 / 30 Tagen bzw. bei der Entlassung)	<b>nach 7 Tagen</b> <input type="checkbox"/> <b>geheilt</b> <input type="checkbox"/> <b>gestorben</b> <input type="checkbox"/> <b>unbekannt</b>	<b>nach 30 Tagen</b> <input type="checkbox"/> <b>geheilt</b> <input type="checkbox"/> <b>gestorben</b> <input type="checkbox"/> <b>unbekannt</b>	<input type="checkbox"/> <b>Folgeschäden</b> (bitte spezifizieren)
Risikofaktoren (bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b> <input type="checkbox"/> <b>i.v.-Drogenabusus</b> <input type="checkbox"/> <b>Varizellen-Infektion</b> <input type="checkbox"/> <b>Immunsuppression einschl. Kortikosteriodgabe</b> (bitte spezifizieren):..... <input type="checkbox"/> <b>chronische Hautläsionen / Wunde</b> (bitte spezifizieren):..... <input type="checkbox"/> <b>Gabe von nichtsteriodalen Antiphlogistika z.B. Diclofenac®</b> (bitte spezifizieren):..... <input type="checkbox"/> <b>Operativer Eingriff innerhalb von 7 Tagen vor Aufnahme</b> <input type="checkbox"/> <b>Auslandsreise innerhalb von 2 Wochen vor Aufnahme</b> (Land angeben):..... <input type="checkbox"/> <b>Beziehung / Kontakt zu anderen Fällen schwerer Streptokokken Infektionen. Wenn ja, ggf Datum der Einsendung an das NRZ bzw. Isolat-Nr. angeben:</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>Nosokomiale / Krankenhaus-Infektion</b> (Krankenhausaufenthalt innerhalb von 2 Wochen vor der jetzigen Erkrankung): <input type="checkbox"/> <b>Keinen</b> der oben genannten Risikofaktoren		