

Patient (Name, Vorname, Adresse)

Telefon:
geb. am:
Geschlecht: weibl. männl.

Erhebungsbogen – vertraulich – von **schwer** verlaufenden ***Clostridium difficile*** assoziierten Durchfallerkrankungen (CDAD)

nach § 6 Abs. 1 Nr. 5a Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Erkrankung Tod
 klinische Diagnose Todesdatum:

Ein *Clostridium difficile*-Infektions-Fall muss mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Durchfall oder toxisches Megakolon und **Nachweis** von *C. difficile*-Toxin A und/oder B
- Durchfall oder toxisches Megakolon und **Nachweis** von toxinproduzierenden *C. difficile* im Stuhl mit einer anderen Methode
- pseudomembranöse Kolitis nachgewiesen durch eine Endoskopie
- histopathologischer Nachweis von *C. difficile*-Infektion (mit oder ohne Durchfall) in einer Endoskopie, Kolektomie oder Autopsie

Definition der schweren *Clostridium difficile*-Infektion (CDI)

Ein schwerer CDI-Fall liegt vor, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien vorliegt:

- Notwendigkeit einer stationären Wiederaufnahme aufgrund einer rekurrenten Infektion (maximal 2 Monate nach Ersterkrankung)
- Verlegung auf eine Intensivstation zur Behandlung der CDI oder ihrer Komplikationen
- chirurgischer Eingriff (Kolektomie) aufgrund
 - Megakolon oder Perforation oder refraktären Kolitis
- Tod < 30 Tage nach Diagnosedstellung und
 - CDI als direkte Todesursache oder
 - CDI als zum Tode beitragende Erkrankung

und/oder

- Nachweis des Ribotyps 027

Risikofaktoren:

- vorausgehende antibiotische Therapie Hospitalisation fortgeschrittenes Alter

Klinische Symptomatik:

- Fieber Ileus
- Diarrhö Sepsis
- Leukozytose _____
- Hypalbuminämie
- abdominale Schmerzen _____

Erkrankung: Beginn: _____ Ende: _____

Krankenhausaufenthalt: Beginn: _____ Ende: _____

Wiederaufnahme Klinik: Beginn: _____ Ende: _____

Bitte den labordiagnostischen Nachweis in Kopie übersenden

Senden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes
Landratsamt Freyung-Grafenau
Gesundheitsamt
Erlenhain 6
94065 Waldkirchen
Telefon: 08551/57-4000
Fax : 08551/57-4515

Erkrankungsdatum:
.....

Diagnosedatum:
.....

Datum der Meldung:
.....

Meldende Person (Ärztin/Arzt,
Praxis, Krankenhaus, Adresse,
Telefonnr.)