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 Diagnosestellung 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: 08551/57-400
Fax : 08551/57-419

Erkrankungsdatum:
.....
Diagnosedatum:
.....
Datum der Meldung:
.....

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