|  |
| --- |
| Anlagen 4 Protokoll Ausbruchmanagement-Team |

|  |  |
| --- | --- |
| Bezeichnung Unternehmen |  |
| Datum Protokoll |  |
| Laufende Nummer |  |

|  |
| --- |
| **Allgemeine Belehrung**Erkrankungen von Patienten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, die Weitergabe von Daten an Dritte ist verboten. Patientenmaßnahmen sind ausschließlich in den Gesundheitsakten der Patienten abzulegen.Das Ausbruchmanagement-Team hat die Aufgabe die Ausbreitung der Infektion auf andere Patienten, Besucher, Pflegepersonal und Gäste zu erkennen, einzudämmen und wenn möglich zu verhindern. |

|  |
| --- |
| **Teilnehmer Ausbruchmanagement-Team** |
| Ärztin / Arzt |
| Name, Vorname |  |
| Unterschrift |  |
| Heimleitung / Stationsleitung |
| Name, Vorname |  |
| Unterschrift |  |
| Pflegedienstleitung / Vertretung |
| Name, Vorname |  |
| Unterschrift |  |
| Hygiene |
| Name, Vorname |  |
| Unterschrift |  |

|  |
| --- |
| Gesundheitsbehörde |
| Name, Vorname |  |
| Unterschrift |  |
| Sonstige |
| Name, Vorname |  |
| Unterschrift |  |
| Sonstige |
| Name, Vorname |  |
| Unterschrift |  |
| **Erkenntnisse und Unterlagen** |
| Zu Beginn der Besprechung wurden dem AM-Team folgende Unterlagen zum Verdacht, oder Bestätigung einer infektiösen Erkrankung vorgelegt:  |
|  | Auswerte- und Maßnahmenbogen Infektion |
|  | Ärztliche Befunde des Patienten |
|  | Ärztliche Entscheidungen, Maßnahmen Fachärzte |
|  | Hygienische Analyse |
|  | Auswertung Laborergebnisse |
|  | Auflistung bereits getroffener Hygienemaßnahmen |
|  | Sonstiges: |
|  |
| **Protokoll** |
| Ziel ist es den Verdacht einer infektiösen Erkrankung, bzw. einer nosokomialen Infektion zu bestätigen, die Infektionsquelle zu entdecken, erkannte und bestätigte Infektion einzudämmen und mit gezielten Hygienemaßnahmen die Ausbreitung auf andere Personen (Patienten, Bewohner, Pflegekräfte, Mitarbeiter) zu verhindern. Sowie gesetzlichen Meldepflichten nachzukommen. |

|  |
| --- |
| **Protokollblatt** |
| Teilnehmer | Inhalte, Maßnahmen |
|  |  |
| Teilnehmer | Inhalte, Maßnahmen |
|  |  |
| Teilnehmer | Inhalte, Maßnahmen |
|  |  |

Seite:

|  |
| --- |
| **Maßnahmen zur Erkennung der Infektionsquelle** |
|  | Ortsbegehung zur Festlegung des Handlungsbedarfes |
|  | Aufzeigen der Handlungsabläufe, Beachtung Hygienischen Vorgaben |
|  | Befragung des Pflegepersonals |
|  | Erstellen einer Gefährdungsbeurteilung (Anlage) |
|  | Umgebungs- und medizinisch-mikrobiologische Untersuchung |
|  | Sonstige: |
|  |
| **Gefährdungsbeurteilung** |
| **X** | **Infektionsgefahr durch** | **Sehr hoch** | **Hoch** | **Mittel** | **Gering** | **Nicht möglich** | **Maßnahmen erf.** |
|  | Kontakt mit Blut  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kontakt mit Sekret |  |  |  |  |  |  |
|  | Kontakt mit Körperflüssigkeiten  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kontakt mit Ausscheidungen |  |  |  |  |  |  |
|  | Oberflächenkontakt  |  |  |  |  |  |  |
|  | gebrauchte Medizinprodukte  |  |  |  |  |  |  |
|  | medizinischer Abfall |  |  |  |  |  |  |
|  | Tröpfcheninfektion  |  |  |  |  |  |  |
|  | Atemluft  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ernährungsgabe |  |  |  |  |  |  |
|  | Medikamentengabe  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nadelstichverletzung |  |  |  |  |  |  |
| **Festlegung der Interventionsmaßnahmen zur Verhütung der Weitergabe** |
|  | Hygieneinformation an Reinigungskräfte |
|  | Hygieneinformation an Bewohner |
|  | Hygieneinformation an Angehörige |
|  | Hygieneinformation an Besucher |
|  | Hygienische Händedesinfektion vor dem Betreten und nach dem Verlassen des Bereiches |
|  | Entsorgen infektiösen medizinischen Abfall gemäß Hygieneverordnung  |
|  | PSA Medizinische Schutzhandschuhe Gruppe 3 |
|  | PSA Medizinische Schutzhandschuhe Gruppe 4 |
|  | PSA Mundschutz |
|  | PSA Atemschutz Klasse: |
|  | PSA Gesichtsschutz |
|  | PSA Kopfschutz |
|  | PSA Schutzkleidung, Schutzkittel, oder Schürze |
|  | PSA Schutzüberschuhe |
|  | Oberflächendesinfektion nach Desinfektionsplan |
|  | Zusätzliche Raum- oder Flächendesinfektionsmaßnahmen |
|  | Sperrung von Gemeinschaftsräumen |
|  | Besucherverbot |
|  | Isolierungsmaßnahmen Patient |
|  | Kennzeichnung Raum / Wohnung biologische Gefahrenquelle |
|  | Zusätzliche Unterweisung Hygiene |
|  | Sperrung der gesamten Abteilung (Anordnung Gesundheitsamt) |
|  | medizinische Beobachtung der Pflegekräfte (Anordnung Gesundheitsamt) |
|  | Sonstige: |
|  |
| **Weitere nächste Maßnahmen** |
|  | Umsetzen der vorgegebenen Maßnahmen gemäß Protokoll |
|  | Besprechung AM-Team nach Auswertung umzusetzenden Maßnahmen |
|  | Termin durch Einberufung Heimleitung / PDL |
|  | Nächster Termin: |
| **Protokollführer** |
|  |
| Datum | Name, Vorname | Unterschrift |
| **Kenntnisnahme** |
| Stationsleitung (SL); Heimleitung (HL); Pflegedienstleitung (PDL) |
| Datum | Name, Vorname | Unterschrift |

Verteiler:

Arzt, Gesundheitsamt, Unternehmen