

# 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
	Tel: 0241-8085599 <a href="http://www.pneumococcus.de">www.pneumococcus.de</a> <a href="http://www.streptococcus.de">www.streptococcus.de</a>

Date of entry	
SNo	
Study Number	
Strain ident. sender	
Comments	
Signature	

## Bisheriges Differenzierungsergebnis

<input type="checkbox"/> <i>S. pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> <i>S. pyogenes</i> <input type="checkbox"/> Sonstige: .....	Besondere Fragestellung: <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">SPLEEN OFF Studie</p>	<input type="checkbox"/> Serum: Überprüfung des Impfstatus. Nur nach Rücksprache! Bitte Feld 'Impfstatus' (Blatt 2) 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__			
Adresse Labor	Adresse (ggf. Stempel)			Bundesland
				PLZ:
				TELEFON:
Adresse Krankenhaus	Adresse (ggf. Stempel)			Bundesland
				PLZ:
				TELEFON:
Ansprechpartner Labor	Name	Unterschrift	Datum	

## Patienten Daten

Geburtsdatum	Tag __ __ Monat __ __ Jahr _ _ _ _		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
SPLEEN OFF Ident.Nr.	Zentrum (3 Stellen) / Patient (2 Stellen) --- -- -- / -- --		
Behandlungsart	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ambulant	
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"/> Endokarditis
	<input type="checkbox"/> Erysipel	<input type="checkbox"/> Fasciitis necroticans	<input type="checkbox"/> Meningitis
	<input type="checkbox"/> Otitis media	<input type="checkbox"/> Pharyngitis	<input type="checkbox"/> Pneumonie
	<input type="checkbox"/> Phlegmone (engl.: cellulitis)		<input type="checkbox"/> Puerperal sepsis
	<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> sept. Arthritis	<input type="checkbox"/> Sinusitis
	<input type="checkbox"/> Streptokokken-Toxic-Shock-Syndrom (STSS)		
	<input type="checkbox"/> andere Erkrankungen (bitte spezifizieren) .....		
Grunderkrankung			
Impfstatus	<input type="checkbox"/> geimpft, Impfstoff: .....	<input type="checkbox"/> ungeimpft	<input type="checkbox"/> keine Angaben
	Charge: ..... Impfdatum:.....		
Antibiotikatherapie	<input type="checkbox"/> ja, welche .....	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt

### 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"/> geheilt <input type="checkbox"/> gestorben <input type="checkbox"/> unbekannt	<b>nach 30 Tagen</b> <input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> gestorben <input type="checkbox"/> unbekannt	<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.</b> Wenn ja, ggf Datum der Einsendung an das NRZ bzw. Isolat-Nr. angeben: <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		