MRSA-patient för avskrivning

Till Infektionsmottagningen Gävle sjukhus Sjuksköterska namn:	Patientens personnummer: Patientens namn:

Datum DD/MM/ÅÅ

Första positiva MRSA-prov: _____ Odlingslokal: _____

Sista positiva MRSA-prov: _____ Odlingslokal: _____

Första negativa MRSA-odling: _____

Andra negativa MRSA-odling: _____

Riskfaktorer	**Ja**	**Nej**	**Ej aktuell**
Sår/eksem			
Stomi/kateter			
Hudfrisk			
Om ja på någon riskfaktor uppfyller patienten ej kriterier för avskrivning av förhållningsregler			
Har patienten varit antibiotikafri 2 veckor före MRSA-odling?			
Patient samtycker till att andra vårdgivare ges information om avskrivning			
Journalkopia till primärvården			
Information till MAS och sjuksköterska SÄBO, hemsjukvård, LSS och asylboende			

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Läkarbesök, *datum*:_____

Avskriven av, *namn:* _____

Brev till patient skickat, *datum:*_____

Kopia på besöksanteckning till Smittskydd skickat, *datum*:_____