

Upprättare: Karin A Ugglå

MRSA-patient för avskrivning

Till Infektionsmottagningen Gävle sjukhus Sjuksköterska namn: _____	Födelsenummer: _____ Namn: _____
---	---

Datum DD/MM/ÅÅ

Första positiva MRSA-prov: _____ Odlinglokal: _____

Sista positiva MRSA-prov: _____ Odlinglokal: _____

Första negativa MRSA-odling: _____

Andra negativa MRSA-odling: _____

Tredje negativa MRSA-odling: _____

Riskfaktorer

Ja
Nej
Ej aktuell

	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			

Ansvarig läkare, namn: _____

Läkargesök, datum: _____

Avskriven vid möte, datum: _____

Avskriven av, namn: _____

Brev till patient skickat, datum: _____