

Upprättare: Carita E Larsson

## MRSA-patient för avskrivning

<b>Till Infektionsmottagningen Gävle sjukhus</b>  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: \_\_\_\_\_

### Risikfaktorer

	Ja	Nej	Ej aktuell
Sår/eksem			
Stomi/kateter			
Hudfrisk			
<b>Om ja på någon riskfaktor uppfyller patienten ej kriterier för avskrivning av förhållningsregler</b>			
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			

Läkarbesök, datum: \_\_\_\_\_

Avskriven av, namn: \_\_\_\_\_

Brev till patient skickat, datum: \_\_\_\_\_

Kopia på besöksanteckning till Smittskydd skickat, datum: \_\_\_\_\_