



**Nosokomiale Infektionen und Einsatz von Antibiotika  
in europäischen Langzeitpflegeeinrichtungen  
(Healthcare-associated infections and antimicrobial use  
in European long-term care facilities (HALT-4))**

**BEWOHNERFRAGEBOGEN**

**BEWOHNERDATEN**

|                                                   |                                                                                |                                                                                       |  |  |  |        |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------|
| GESCHLECHT                                        | <input type="checkbox"/> <i>Männlich</i>                                       | <input type="checkbox"/> <i>Weiblich</i>                                              |  |  |  |        |
| GEBURTSJAHR                                       | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                                                                                       |  |  |  | (JJJJ) |
|                                                   |                                                                                |                                                                                       |  |  |  |        |
| AUFENTHALTSDAUER IN DIESER EINRICHTUNG            | <input type="checkbox"/> <i>Kürzer als 1 Jahr</i>                              | <input type="checkbox"/> <i>Ein Jahr oder länger</i>                                  |  |  |  |        |
| KRANKENHAUSAUFENTHALT<br>IN DEN LETZTEN 3 MONATEN | <input type="checkbox"/> <i>Ja</i>                                             | <input type="checkbox"/> <i>Nein</i>                                                  |  |  |  |        |
| OPERATION IN DEN LETZTEN 30 TAGEN                 | <input type="checkbox"/> <i>Ja</i>                                             | <input type="checkbox"/> <i>Nein</i>                                                  |  |  |  |        |
| <b>PRÄSENZ VON:</b>                               |                                                                                |                                                                                       |  |  |  |        |
| HARNWEGSKATHETERN                                 | <input type="checkbox"/> <i>Ja</i>                                             | <input type="checkbox"/> <i>Nein</i>                                                  |  |  |  |        |
| GEFÄßKATHETERN                                    | <input type="checkbox"/> <i>Ja</i>                                             | <input type="checkbox"/> <i>Nein</i>                                                  |  |  |  |        |
| INKONTINENZ<br>(HARN UND/ODER STUHL)              | <input type="checkbox"/> <i>Ja</i>                                             | <input type="checkbox"/> <i>Nein</i>                                                  |  |  |  |        |
| WUNDEN                                            |                                                                                |                                                                                       |  |  |  |        |
| - DEKUBITUS                                       | <input type="checkbox"/> <i>Ja</i>                                             | <input type="checkbox"/> <i>Nein</i>                                                  |  |  |  |        |
| - ANDERE WUNDEN                                   | <input type="checkbox"/> <i>Ja</i>                                             | <input type="checkbox"/> <i>Nein</i>                                                  |  |  |  |        |
| ZEITLICHE UND/ODER ÖRTLICHE<br>DESORIENTIERTHEIT  | <input type="checkbox"/> <i>Ja</i>                                             | <input type="checkbox"/> <i>Nein</i>                                                  |  |  |  |        |
| MOBILITÄT                                         | <input type="checkbox"/> <i>Selbstständig</i>                                  | <input type="checkbox"/> <i>Rollstuhl</i> <input type="checkbox"/> <i>Bettlägerig</i> |  |  |  |        |

**Am Tag der Erhebung:**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>ERHÄLT DER BEWOHNER EINE SYSTEMISCHE <i>ANTIBIOTIKATHERAPIE</i></b><br><i>Einschließlich: (i) Bewohner mit prophylaktischer Antibiotikabehandlung</i><br><b>ODER</b> <i>(ii) Bewohner mit therapeutischer Antibiotikabehandlung</i>                                                                                                                                                                                                         | <b><i>BITTE TEIL A AUSFÜLLEN</i></b>         |
| <input type="checkbox"/> <b>ZEIGT DER BEWOHNER ANZEICHEN/SYMPTOME EINER <i>INFEKTION</i></b><br><i>Bewohner mit Anzeichen/Symptomen einer Infektion <b>UND</b> mit Antibiotikatherapie</i>                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b><i>BITTE TEIL B AUSFÜLLEN</i></b>         |
| <input type="checkbox"/> <b>BEIDES: <i>ANTIBIOTIKATHERAPIE UND ANZEICHEN/SYMPTOME EINER INFEKTION</i> →</b><br><i>Einschließlich: (i) Bewohner mit Anzeichen/Symptomen und mit Antibiotikatherapie am heutigen Tag (unabhängig davon, ob die antibiotische Therapie im Zusammenhang mit dieser Infektion steht)</i><br><b>ODER</b> <i>(ii) Bewohner, die keine Anzeichen/Symptome mehr aufweisen, aber noch antibiotisch aufgrund dieser Infektion behandelt werden</i> | <b><i>BITTE TEIL A &amp; B AUSFÜLLEN</i></b> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

## TEIL A: DATEN ZUR ANTIBIOTIKATHERAPIE

|                                                                     | ANTIBIOTIKUM 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ANTIBIOTIKUM 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ANTIBIOTIKUM 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ANTIBIOTIKUM 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NAME DES ANTIBIOTIKUMS                                              | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ART DER APPLIKATION<br><br><i>PARENTERAL (I.M., I.V. ODER S.C.)</i> | <input type="checkbox"/> <i>oral</i><br><input type="checkbox"/> <i>parenteral</i><br><input type="checkbox"/> <i>andere</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> <i>oral</i><br><input type="checkbox"/> <i>parenteral</i><br><input type="checkbox"/> <i>andere</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> <i>oral</i><br><input type="checkbox"/> <i>parenteral</i><br><input type="checkbox"/> <i>andere</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> <i>oral</i><br><input type="checkbox"/> <i>parenteral</i><br><input type="checkbox"/> <i>andere</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| DATUM THERAPIEENDE/<br>KONTROLLUNTERSUCHUNG<br>BEKANNT?             | <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> <input type="checkbox"/> <i>Ja</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> <input type="checkbox"/> <i>Ja</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> <input type="checkbox"/> <i>Ja</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> <input type="checkbox"/> <i>Ja</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ART DER BEHANDLUNG                                                  | <input type="checkbox"/> <i>Prophylaktisch</i><br><input type="checkbox"/> <i>Therapeutisch</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> <i>Prophylaktisch</i><br><input type="checkbox"/> <i>Therapeutisch</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> <i>Prophylaktisch</i><br><input type="checkbox"/> <i>Therapeutisch</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> <i>Prophylaktisch</i><br><input type="checkbox"/> <i>Therapeutisch</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| INDIKATION DER<br>ANTIBIOTIKATHERAPIE                               | <input type="checkbox"/> <i>Harnwege</i><br><input type="checkbox"/> <i>Genitaltrakt</i><br><input type="checkbox"/> <i>Haut oder Wunden</i><br><input type="checkbox"/> <i>Atemwege</i><br><input type="checkbox"/> <i>Magen-/Darmtrakt</i><br><input type="checkbox"/> <i>Augen</i><br><input type="checkbox"/> <i>Ohren/Nase/Mund</i><br><input type="checkbox"/> <i>OP-Wunde</i><br><input type="checkbox"/> <i>Tuberkulose</i><br><input type="checkbox"/> <i>Systemische Infektion</i><br><input type="checkbox"/> <i>Unerklärliches Fieber</i><br><input type="checkbox"/> <i>Sonstige (bitte benennen)</i><br>..... | <input type="checkbox"/> <i>Harnwege</i><br><input type="checkbox"/> <i>Genitaltrakt</i><br><input type="checkbox"/> <i>Haut oder Wunden</i><br><input type="checkbox"/> <i>Atemwege</i><br><input type="checkbox"/> <i>Magen-/Darmtrakt</i><br><input type="checkbox"/> <i>Augen</i><br><input type="checkbox"/> <i>Ohren/Nase/Mund</i><br><input type="checkbox"/> <i>OP-Wunde</i><br><input type="checkbox"/> <i>Tuberkulose</i><br><input type="checkbox"/> <i>Systemische Infektion</i><br><input type="checkbox"/> <i>Unerklärliches Fieber</i><br><input type="checkbox"/> <i>Sonstige (bitte benennen)</i><br>..... | <input type="checkbox"/> <i>Harnwege</i><br><input type="checkbox"/> <i>Genitaltrakt</i><br><input type="checkbox"/> <i>Haut oder Wunden</i><br><input type="checkbox"/> <i>Atemwege</i><br><input type="checkbox"/> <i>Magen-/Darmtrakt</i><br><input type="checkbox"/> <i>Augen</i><br><input type="checkbox"/> <i>Ohren/Nase/Mund</i><br><input type="checkbox"/> <i>OP-Wunde</i><br><input type="checkbox"/> <i>Tuberkulose</i><br><input type="checkbox"/> <i>Systemische Infektion</i><br><input type="checkbox"/> <i>Unerklärliches Fieber</i><br><input type="checkbox"/> <i>Sonstige (bitte benennen)</i><br>..... | <input type="checkbox"/> <i>Harnwege</i><br><input type="checkbox"/> <i>Genitaltrakt</i><br><input type="checkbox"/> <i>Haut oder Wunden</i><br><input type="checkbox"/> <i>Atemwege</i><br><input type="checkbox"/> <i>Magen-/Darmtrakt</i><br><input type="checkbox"/> <i>Augen</i><br><input type="checkbox"/> <i>Ohren/Nase/Mund</i><br><input type="checkbox"/> <i>OP-Wunde</i><br><input type="checkbox"/> <i>Tuberkulose</i><br><input type="checkbox"/> <i>Systemische Infektion</i><br><input type="checkbox"/> <i>Unerklärliches Fieber</i><br><input type="checkbox"/> <i>Sonstige (bitte benennen)</i><br>..... |
| WO WURDE DAS<br>ANTIBIOTIKUM<br>VERORDNET?                          | <input type="checkbox"/> <i>In dieser Einrichtung</i><br><input type="checkbox"/> <i>Im Krankenhaus</i><br><input type="checkbox"/> <i>An anderer Stelle</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> <i>In dieser Einrichtung</i><br><input type="checkbox"/> <i>Im Krankenhaus</i><br><input type="checkbox"/> <i>An anderer Stelle</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> <i>In dieser Einrichtung</i><br><input type="checkbox"/> <i>Im Krankenhaus</i><br><input type="checkbox"/> <i>An anderer Stelle</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> <i>In dieser Einrichtung</i><br><input type="checkbox"/> <i>Im Krankenhaus</i><br><input type="checkbox"/> <i>An anderer Stelle</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

## TEIL B: NOSOKOMIALE INFEKTIONEN (HAI)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      | INFEKTION 1    | INFEKTION 2    | INFEKTION 3    | INFEKTION 4    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| INFEKTIONS-CODE                                                                                                                                                                                                                                                                            |      | _____          | _____          | _____          | _____          |
| WENN „SONSTIGE“, BITTE ANGEBEN                                                                                                                                                                                                                                                             |      | .....          | .....          | .....          | .....          |
| DATUM DES BEGINNS                                                                                                                                                                                                                                                                          |      | ___/___/___    | ___/___/___    | ___/___/___    | ___/___/___    |
| A. NAME DES<br>ISOLIERTEN<br>MIKROORGANISMUS<br>(BITTE CODELISTE<br>VERWENDEN)<br><br>B. GETESTETE<br>ANTIBIOTIKA UND -<br>RESISTENZ<br><br>NUR FÜR STAAUR,<br>ENC***, ACIBAU,<br>PSEAEER ODER<br>ENTEROBAKTERIEN<br>(CIT***, ENB***,<br>ESCCOL, KLE***,<br>MOGSPP, PRT***,<br>SER***)<br> | 1. A | _____          | _____          | _____          | _____          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                            | B    | _____<br>_____ | _____<br>_____ | _____<br>_____ | _____<br>_____ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2. A | _____          | _____          | _____          | _____          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                            | B    | _____<br>_____ | _____<br>_____ | _____<br>_____ | _____<br>_____ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 3. A | _____          | _____          | _____          | _____          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                            | B    | _____<br>_____ | _____<br>_____ | _____<br>_____ | _____<br>_____ |

<sup>1</sup>Getestete(s) Antibiotikum/Antibiotika: STAAUR: Oxacillin (OXA) oder Glycopeptide (GLY); ENC\*\*\*: nur GLY; *Enterobakterien*: Cephalosporine 3. Generation (C3G) oder Carbapeneme (CAR); PSEAEER und ACIBAU: nur CAR. <sup>2</sup>Resistent: S=sensibel, Standarddosierung, I=sensibel bei erhöhter Exposition, R=resistent, U=unbekannt