

## BEGLEITSCHIN Nationale Referenzlaboratorien am IMED Wien (ausgenommen Tuberkulose, hochpathogene bakterielle Erreger und AFP-Meldungen)

### Einsender:in

### Vom Labor auszufüllen

Daten Einsender:in

Eingangsdatum AGES:

Protokollnummer AGES:

### Patient:in

Nachname und Vorname:  
 Anschrift:  
 Herkunftsland: Geschlecht:  
 SV-Nr. und Geburtsdatum: männlich weiblich divers  
 Behandelnder Arzt / behandelnde Ärztin (Ordination),  
 Ambulanz bzw. Station:

### Untersuchungsauftrag

Gewünschte Untersuchung ankreuzen

Pertussis-Diagnostik	Legionellose-Diagnostik	Cholera-Diagnostik	C. difficile Diagnostik
Listeriose-Diagnostik	Diphtherie-Diagnostik	Gonorrhoe-Diagnostik	Enteroviren-Diagnostik (Überwachung im Rahmen des WHO-Eradikationsprogramms)

### Material

Direktmaterial od. Isolat ankreuzen (inkl. Datum)

Entnahmedatum:	Probennummer Einsender:in:
<b>Isolat</b> aus	Isoliert am:
<b>Direktmaterial</b>	Sputum spontan Pleurapunktat Blutkultur
Abstrich nasopharyngeal	Sputum provoziert Liquor Abstrich rektal
Abstrich oropharyngeal	Tracheal-/Bronchialsekret Harn Abstrich urethral
Aspirat Nasopharynx	BAL Stuhl (bei C. diff. nur ungeformter Stuhl) Abstrich vaginal
Abstrich Wunde, Lokalisation:	Abstrich zervikal
Sonstiges:	

### Laborergebnisse des Einsenders/der Einsenderin zur Probe

Ergebnis Spezies-identifizierung:	Methode Spezies-identifizierung:
Nukleinsäurenachweis: positiv, CT-Wert:	negativ nicht durchgeführt
Sonstiges:	
<b>Nur bei C. diff.:</b> GDHP: positiv negativ nicht auswertbar nicht durchgeführt	
Toxin-ETA: A positiv B positiv binäres Toxin	nicht durchgeführt

### Meldung Gesundheitsamt

EMS-Labormeldung bereits erfolgt: nein ja, EMS-Nummer:

Gemäß Epidemiegesetz 1950 ist die AGES verpflichtet, bei meldepflichtigen Erregern personenbezogene Daten und Prüfergebnisse im Epidemiologischen Meldesystem (EMS) einzupflegen. Die AGES behält sich weiters vor, Proben zur weiteren Abklärung an supranationale Referenzzentralen weiterzuleiten.

Datum:

Unterschrift  
 Einsender:in:



**Der Begleitschein ist vollständig auszufüllen, damit die Untersuchung ordnungsgemäß durchgeführt werden kann!**

### Klinik und Symptome

Symptombeginn:		Antibiose:    nein    ja, welche:	
Aufenthalt Intensivstation	Aufenthalt Normalstation	Ambulant/Niedergelassen	(Sofern zutreffend) verstorben, am:
Grunderkrankungen:			
<b>asymptomatisch</b>		<b>symptomatisch</b> (Symptome/Klinik des jeweiligen Krankheitsbildes angeben)	
<b>Pertussis</b>	Fieber Apnoe-Episoden	Husten > 2 Wochen Posttussives Erbrechen	Keuchen beim Einatmen Andere Symptome:
<b>C.difficile-Infektion</b>	Diarrhoe Kolektomie	Megakolon Therapie-refraktären Kolitis	Darmperforation Andere Symptome:
<b>Diphtherie</b>	Membran/Pseudomembran Haut-/Wundinfektion		Laryngitis/Pharyngitis/Tonsillitis Andere Symptome:
<b>Legionellose</b>	Pneumonie Körpertemperatur > 39,4 °C Natrium < 133 mmol/L	Keine Pneumonie non-produktiver Husten LDH > 225 U/L	Andere Symptomatik /z. B. Pontiac-Fieber): Thrombopenie CRP > 187 mg/L
<b>Listeriose</b>	Sepsis Lokalisierte Infektionen (z. B. Arthritis, Endokarditis) Neugeborenen-Listeriose	Meningitis/Enzephalitis andere Symptome:	Fieber Schwangerschafts-assoziiert (z. B. Abort, Frühgeburt)
<b>Gonorrhoe</b>	Urethritis Proktitis	Kolpitis PID (Pelvic inflammatory disease)	Zervizitis Andere Symptome:
<b>Cholera</b>	Durchfall Andere Symptome:	Bauchschmerzen	Fieber Erbrechen
<b>Enteroviren</b>	Meningitis	HFM-Krankheit	Andere Symptome:

### Epidemiologie und Krankengeschichte

<b>Allgemeines</b> (bei allen Erkrankungen, außer Legionellose)	Auslandsaufenthalt:	Nein	Ja, Reiseland:	Reisezeitraum:	
	Einzelfall		Weitere Fälle in Familie/WG	Weitere Fälle in Gemeinschaftseinrichtung	
Vermutete Infektionsquelle:					
<b>Impfanamnese</b> (bei Pertussis und Diphtherie)	geimpft, vollständig nicht geimpft	geimpft, Intervall überzogen unbekannt	Datum letzte Impfung:		
<b>Zusätzlich bei C. difficile-Infektion</b>	Frühere C. difficile-Infektion:	Nein	Ja, wann letzte (Diagnosedatum):	Unbekannt	
	Gesundheitssystem-assoziiertes Fall:		Nein    Ja		
	Vorhergegangene Antibiotika-Therapie (1-4 Wochen):		Ja, mit:	Nein	
	Vorhergegangene Antazida (z. B. PPI):		Ja, mit:	Nein	
<b>Zusätzlich bei Gonorrhoe</b>	Frühere Gonokokkeninfektion:	Nein	Ja, wann letzte (Diagnosedatum):	Unbekannt	
	Koinfektion mit HIV:		Ja    Nein	Nicht getestet	
	Koinfektion mit Treponema pallidum:		Ja    Nein	Nicht getestet	
	Koinfektion mit Chlamydia trachomatis:		Ja    Nein	Nicht getestet	
	Sexuelle Orientierung:	Heterosexuell	Homosexuell	Unbekannt	
	Sex Worker:	Ja	Nein	Unbekannt	