

Anschrift (Name, Vorname, Adresse)

geb. am

Geschlecht: weibl. männl.

Telefon

Erhebungsbogen – vertraulich
 von **schwer** verlaufenden **Clostridium difficile**
 assoziierten Durchfallerkrankungen (**CDAD**)

nach § 6 Abs. 1 Nr. 5 a Infektionsschutzgesetz (IfSG)

- Erkrankung Tod
 Klinische Diagnose Todesdatum:

Ein Clostridium difficile-Infektions-Fall muss mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Durchfall oder toxisches Megakolon **und Nachweis** von C. difficile-Toxin A und/oder B
- Durchfall oder toxisches Megakolon **und Nachweis** von toxinproduzierenden C. difficile im Stuhl mit einer anderen Methode
- Pseudomembranöse Kolitis nachgewiesen durch eine Endoskopie
- Histopathologischer Nachweis von C. difficile-Infektion (mit oder ohne Durchfall) in einer Endoskopie, Kolektomie oder Autopsie

Definition einer schweren Clostridium difficile-Infektion (CDI)

Ein schwerer CDI-Fall liegt vor, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien vorliegt:

- Notwendigkeit einer stationären Wiederaufnahme aufgrund einer rekurrenten Infektion (maximal 2 Monate nach Ersterkrankung)
- Verlegung auf eine Intensivstation zur Behandlung der CDI oder Ihrer Komplikationen
- Chirurgischer Eingriff (Kolektomie) aufgrund Megakolon oder Perforation oder refraktären Kolitis
- Tod < 30 Tage nach Diagnosestellung und
 - CDI als direkte Todesursache **oder**
 - CDI als zum Tode beitragende Erkrankung

und/oder

- Nachweis des Ribotyps 027

Risikofaktoren:

- vorausgehende antibiotische Therapie Hospitalisation fortgeschrittenes Alter

Klinische Symptomatik:

- Fieber Diarrhö Leukozytose Ileus
- Sepsis Hypalbuminämie abdominale Schmerzen

Erkrankung: Beginn: Ende:
 Krankenhausaufenthalt: Beginn: Ende:
 Wiederaufnahme Klinik: Beginn: Ende:

Bitte den labordiagnostischen Nachweis in Kopie übersenden

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:
 Landratsamt Würzburg
 Gesundheitsamt
 z.H. Dr. Löw
 Zeppelinstr. 5
 97074 Würzburg
 Tel: 0931/8003-0 Fax: 0931/8003-600

Erkrankungsdatum:

Diagnosedatum:

Datum der Meldung:

Meldende Person
 (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnr.):