

Patient\*in  
(Name, Vorname, Adresse)

Telefon (Festnetz/Mobil): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Geschlecht:  weibl.  männl.

## Erhebungsbogen – vertraulich –

### Schwer verlaufende *Clostridioides difficile*-Infektion

gemäß § 1 IfSG-Meldepflicht- Anpassungsverordnung

*Hinweis: Dieser Zusatzbogen dient dazu, die erforderlichen Angaben zu einem Meldefall standardisiert zu erfassen, um Nachfragen durch das zuständige Gesundheitsamt zur Fallbewertung zu vermeiden. Er **ersetzt nicht die eigentliche Meldung nach § 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**. Bitte nutzen Sie hierfür einen entsprechenden Meldebogen.*

**Erkrankung**, Beginn: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Tod**, Todesdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Diagnosedatum:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Datum der Meldung:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Jetziger Krankenhausaufenthalt:** Beginn: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Ende: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

#### Ein klinisch schwerer Verlauf der *Clostridioides difficile*-Infektion liegt vor, da

- die erkrankte Person zur Behandlung einer ambulant erworbenen *Clostridioides difficile*-Infektion in eine medizinische Einrichtung aufgenommen wurde,
- die erkrankte Person zur Behandlung der *Clostridioides difficile*-Infektion oder ihrer Komplikationen auf eine Intensivstation verlegt wurde,
- ein chirurgischer Eingriff, z. B. Kolektomie, aufgrund eines  Megakolons, einer  Perforation oder einer  refraktären Kolitis erfolgte
- die erkrankte Person innerhalb von 30 Tagen nach der Feststellung der *Clostridioides difficile*-Infektion verstarb und die Infektion als  direkte Todesursache oder als  zum Tode beitragende Erkrankung gewertet wird.

(Mehrfachnennungen sind möglich)

#### Risikofaktoren:

- vorausgehende Therapie mit
  - Antibiotika  Protonenpumpen-Hemmer und/oder H2-Rezeptor-Antagonisten
  - nichtsteroidale Entzündungshemmer
- vorangegangener Krankenhausaufenthalt, wann zuletzt? Dauer? \_\_\_\_\_
- fortgeschrittenes Alter  gastrointestinale Grundkrankheiten  Immunsuppression

#### Klinische Symptomatik:

- Fieber  Sepsis  Sonstige: \_\_\_\_\_
- Diarrhö  Leukozytose \_\_\_\_\_
- abdominale Schmerzen  Hypalbuminämie \_\_\_\_\_
- Ileus

#### Angaben zum Labornachweis

- Nachweis von *C. difficile*-Toxin A und/oder B (z.B. ELISA, Zytotoxizitätstest)
  - aus Stuhl  aus dem Isolat
- Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR) des *Clostridioides difficile*-Toxin-A- oder -B-Gens
  - aus Stuhl  aus dem Isolat
- Histologischer Nachweis aus Gewebe (Endoskopie, Kolektomie oder Autopsie)
- Endoskopischer Nachweis einer pseudomembranösen Kolitis
- Andere Labormethode: \_\_\_\_\_

**Bitte zusätzlich den labordiagnostischen Nachweis in Kopie übersenden (soweit er Ihnen vorliegt)!**

#### Senden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes

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