

## Bilaga 6. Remiss till MRSA-teamet

<b>Skicka till MRSA-teamet</b> <u>TakeCare</u> : E-remiss kan användas.* Informationen i denna bilaga ska framgå i e-remissen.  <u>Post</u> : Infektionsmottagningen MRSA-teamet, Danderyds sjukhus AB, 182 88 Stockholm  Datum: _____	<b>Avsändare</b> Kombikakod Avd. Klinik Sjh/vc Tfn Rem. läkare
---	--

Personnummer	Namn
Adress	
Telefon (hem/mobil/arbete)	

Språk: \_\_\_\_\_ Behov av tolk

Särskilt boende: \_\_\_\_\_ Tfn: \_\_\_\_\_

Arbetsplats: \_\_\_\_\_ Yrke: \_\_\_\_\_

Antal personer i hushållet \_\_\_\_\_ varav barn <7 år \_\_\_\_\_

Person i hushållet med sjukvårdsarbete Ja  Nej

Känd MRSA-bärare i omgivningen Ja  Nej

Orsak till MRSA-provtagning: Klinisk infektion  Screening  Smittspårning

Tidigare/nuvarande sjukdomar. Övrig information.
--

Pågående antibiotikabehandling fr.o.m. \_\_\_\_\_ Preparat: \_\_\_\_\_

Aktuella hudproblem, t ex sår eller eksem Ja  Nej

Patienten informerad Muntligt Ja  Skriftligt Ja

Anmäld enligt smittskyddslagen Ja  Nej

Kopia på provsvar och aktuell journalanteckning bifogas Ja

Patienten har givit sitt samtycke till att MRSA-teamet får tillgång till provresultat och aktuell journalhandling Ja  Nej

**OBS!** Viktigt att telefonnummer till remittent finns angivet på remissen.

Remissen kommer att returneras om patienten inte är informerad om MRSA-diagnosen.

\* *Nytt-Konsultationsärenden-Beställning av konsultation-Infektion-Infektion konsultation-DS-Infektionsmottagningen-Diagnos: Nyupptäckt MRSA-bärare.*