

Patient (Name, Vorname, Adresse)

Telefon: .....

geb. am: .....

Geschlecht:  weibl.  männl.

# Erhebungsbogen – vertraulich –

von **schwer** verlaufenden ***Clostridium difficile*** assoziierten Durchfallerkrankungen (**CDAD**)

nach § 6 Abs. 1 Nr. 5a 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 der 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     Ileus
- Diarrhö     Sepsis
- Leukozytose                                       \_\_\_\_\_
- Hypalbuminämie
- abdominale Schmerzen                       \_\_\_\_\_

Erkrankung:                                      Beginn: \_\_\_\_\_                      Ende: \_\_\_\_\_  
 Krankenhausaufenthalt:                      Beginn: \_\_\_\_\_                      Ende: \_\_\_\_\_  
 Wiederaufnahme Klinik:                      Beginn: \_\_\_\_\_                      Ende: \_\_\_\_\_

**Bitte den labordiagnostischen Nachweis in Kopie übersenden**

**Senden an:**

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes

**Erkrankungsdatum:**  
 .....

**Diagnosedatum:**  
 .....

**Datum der Meldung:**  
 .....

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