

Selbstauskunftsbogen

Infektionshygienische Überwachung von Einrichtungen für ambulantes Operieren nach § 23 Abs. 6 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

Allgemeine Angaben:

Einrichtung:

Anschrift:

Organisationsform:

(Gemeinschafts-)Praxis

Praxisgemeinschaft

MVZ

Andere:

Bitte erläutern:

Besteht eine Kooperation mit einem ambulanten OP-Zentrum/ einer OP-Abteilung eines Krankenhauses? Ja Nein

Wenn ja,

Adresse:

Ansprechpartner:

Telefon:

Bitte fügen Sie eine Liste mit den Operationen, die sie durchführen, hinzu.

Fachrichtung:

Anzahl der durchgeführten OPs/Eingriffe im letzten Jahr:

Anzahl der durchschnittlich wöchentlich durchgeführten OPs/Eingriffe im aktuellen Jahr:

Personal		
	Telefon	E-Mail
Betreiber der Einrichtung		
Geschäftsführung		
Ärztliche Leitung		
Krankenhaustygieniker/in		
<p>Qualifikation:</p> <p>Telefon:</p> <p>E-Mail:</p>		
Datum der letzten Fortbildung		
Thema:		
Werden interne Hygienebegehungen durchgeführt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Datum der letzten Begehung:		
<i>Bitte das Protokoll der letzten Begehung beifügen.</i>		
Hygienefachkräfte		
	Telefon	E-Mail

Datum & Thema der letzten Fortbildung		
Werden interne Hygienebegehungen durchgeführt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Datum der letzten Begehung		
<i>Bitte das Protokoll der letzten Begehung beifügen.</i>		
Hygienebeauftragtes Personal (Ärzte bzw. Ärztinnen und Pflegepersonal)		
	Telefon	E-Mail
Wird das hygienebeauftragte Personal spätestens alle zwei Jahre fortgebildet? (§6 Abs. 2 HygMedVO NRW) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Datum der letzten Fortbildung		
Thema:		
Arbeitsmedizin/Arbeitssicherheit		
Betriebsärztin/-arzt		
Telefon:		
E-Mail:		
Welche Impfungen werden für das Personal angeboten?		
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Pertussis
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> COVID-19

Fachkraft für Arbeitssicherheit		
Telefon:		
E-Mail:		
Sonstiges		
Kooperation mit externem Personal		
Gibt es Kooperationsverträge mit externem Personal?		
Leistung	Name	
Durch wen wird die angemessene klinisch-pharmazeutische Beratung des ärztlichen Personals sichergestellt? (§2 Abs. 2 HygMedVO NRW)		
	Telefon	E-Mail
Durch wen wird die angemessene klinisch-mikrobiologische Beratung des ärztlichen Personals sichergestellt? (§2 Abs. 2 HygMedVO NRW)		
	Telefon	E-Mail
Hygienemanagement		
<i>Bitte übermitteln Sie den Hygieneplan, inklusive aller Verfahrensanweisungen, Reinigungs- und Desinfektionspläne.</i>		
Gibt es einen Hygieneplan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Letzte Überarbeitung am:		

Wer erstellt und aktualisiert den Hygieneplan?	
Gibt es schriftliche Regelungen zum Freigabeverfahren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hygiene-Schulungen	
Datum der letzten Schulung:	
Thema:	
Wer führt die Schulungen durch?	
Hygienisch-mikrobiologische Kontrollen	
Welche Kontrollen werden regelmäßig durchgeführt?	
Überprüfung der Trinkwasserinstallation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Überprüfung der RLT-Anlage	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Wenn vorhanden, bitte erläutern (RKIa, Ib oder II):	
Überprüfung der Waschmaschinen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<i>Bitte fügen Sie die Unterlagen zu den hygienisch-mikrobiologischen Kontrollen aus dem letzten Jahr bei.</i>	
Meldemanagement	
Wie ist der Meldeweg für nach § 6 IfSG meldepflichtige Erkrankungen?	
Surveillance postoperativer Wundinfektionen	
Wer ist für die Erfassung zuständig?	
Welche Indikatoroperationen wurden im letzten Jahr am häufigsten erfasst?	
Zahl der Eingriffe	
1.	

2.	
3.	
4.	
<p>Gibt es eine (schriftliche) Definition dafür, was als Wundinfektion erfasst wird? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><i>Wenn ja, fügen Sie bitte die Definition für Indikatoroperation 1 bei.</i></p>	
Wer ist für die Bewertung der Surveillance-Daten zuständig?	
<p>Betreiben Sie aktive Fallnachverfolgung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (z.B. Einbestellung Patient, Telefonabfrage)</p>	
Welche Referenz-Daten werden verwendet?	
An wen werden die Ergebnisse weitergegeben?	
<p>Wurden im letzten Jahr aufgrund der Ergebnisse der Surveillance Veränderungen im Hygienemanagement vorgenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
MRE-Surveillance	
Wer ist für die Erfassung zuständig?	
Wer ist für die Bewertung der Surveillance-Daten zuständig?	
Welche Referenz-Daten werden verwendet?	
Wie viele MRE-Patienten haben Sie im letzten Jahr behandelt?	
Wie viele Wundabstriche bei Verdacht auf Wundinfektion haben Sie im letzten Jahr veranlasst?	
<p>Führen Sie standardmäßig ein präoperatives MRSA-Screening durch? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, wer führt das Screening durch? <input type="checkbox"/> Ihre Einrichtung <input type="checkbox"/> der Hausarzt</p>	

<input type="checkbox"/> der Zuweiser
<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Antibiotic Stewardship
Gibt es einen hausinternen Antibiotika-Leitfaden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gibt es einen Standard für die perioperative Antibiotika-Prophylaxe? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wer ist für die Antibiotikaverbrauchs-Surveillance zuständig?
Wer ist für die Bewertung der Daten aus der Antibiotikaverbrauchs-Surveillance zuständig?
Welche Referenz-Daten werden verwendet?
An wen werden die Ergebnisse weitergegeben?
Wurden im letzten Jahr aufgrund der Ergebnisse der Surveillance Veränderungen im Antibiotikamanagement vorgenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Reinigung
Erfolgt die Reinigung durch eigenes Personal? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, Fremdvergabe an:
Datum der letzten Hygiene-Schulung:
Die Schulung erfolgte durch:
Arbeitskleidung
Wird Dienstkleidung getrennt von der Privatkleidung gelagert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist das Thema Dienstkleidung per Dienstanweisung geregelt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<i>Wenn ja, fügen Sie bitte die entsprechende Dienstanweisung dem Bogen bei.</i>

Wäscheraufbereitung	
Wäscheraufbereitung intern	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Was wird aufbereitet?	
Wäscheraufbereitung (auch teilweise) extern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, durch:	
Arbeit gemäß RAL-RG992/2?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Abfall & Schädlingsmonitoring	
Welche Abfallarten gemäß LAGA-Richtlinie fallen an?	<input type="checkbox"/> AS 18 01 02 (Körperteile, Organe etc.) <input type="checkbox"/> AS 18 01 03 (infektiöse Abfälle) <input type="checkbox"/> AS 18 01 06 (gefährliche Chemikalien) <input type="checkbox"/> AS 18 01 08 (Zytostatika) <input type="checkbox"/> AS 18 01 10 (Amalgam)
Wie werden diese Abfälle entsorgt?	
Schädlingsbekämpfung erfolgt durch:	
Gab es in im letzten Jahr Probleme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges	
Raumaufteilung	
<i>Bitte übersende Sie aktuelle Grundrisspläne der Einrichtung, inkl. kurzer Erläuterung der einzelnen Räume (Operations-/Eingriffsräume, Aufwach-/Ruheraum, Wartebereich, Personal-Umkleide...etc.).</i>	
Medizinprodukteüberwachung	
Überwachung durch die Bezirksregierung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum letzte Begehung:	

Labor	
Durch welches Labor wird die mikrobiologische Routinediagnostik für Ihre Einrichtung durchgeführt?	
Für Rückfragen zum Selbstauskunftbogen:	
Ansprechpartner:	
Telefon:	
E-Mail:	
Stand der Angaben vom:	