

Personnr,  
(år, mån,  
dag, nr)

Namn

Adress

Tel

Datum:

Sign:

**Har patienten MRB-odlats under de senaste 12 mån? Ny odling endast om ny riskfaktor tillkommit.**

	Riskfaktor	Ja*	Nej	*Odlas från	Ja Datum/ sign	Nej Datum/ sign
<b>1. Inventera risk- faktorer.</b>	Sjukhusvård eller avancerad poliklinisk vård* utanför Norden senaste 6 månaderna.  * Exempel: dialys, sårbehandling eller kirurgiskt ingrepp			Alltid: <ul style="list-style-type: none"> <li>Näsa, svalg, rektum.</li> <li>Separat prov för Candida auris från näsa, axiller och ljumskar.</li> </ul> Vid förekomst: <ul style="list-style-type: none"> <li>Sår och fjällande hudsjukdom.†</li> <li><b>Insticksställe</b> för kärlinfart, drän, trakeostomi, urinavledning genom huden (ej KAD).</li> <li>Om urinavledning (inkl KAD): provta även urin.</li> </ul>		
	Vistats utanför Norden mer än 2 månader totalt de senaste 24 månaderna.			Alltid: <ul style="list-style-type: none"> <li>Näsa, svalg, rektum.</li> </ul> Vid förekomst: <ul style="list-style-type: none"> <li>Sår och fjällande hudsjukdom.†</li> <li><b>Insticksställe</b> för kärlinfart, drän, trakeostomi, urinavledning genom huden (ej KAD).</li> <li>Om urinavledning (inkl KAD): provta även urin.</li> </ul>		
<b>2. Rums- placering i väntan på odlings- svar.</b>	<b>Riskfaktor</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Rumsrekommendation:</b>	<b>Kommentar och signatur:</b>	
	Sjukhusvård utomlands			Alltid enkelrum med egen WC		
	Vistats utanför Norden			Enkelrum endast om riskfaktor för spridning (diarré, vätskande sår, fjällande hudsjukdom) föreligger.		

† Ta en odlingspinne från varje sår och fjällande hudområde. Provta sår i samband med första omläggningen.

Uppdat. 250331

Notera MRB-bedömning i COSMIC under VP (vårdplans) vårdåtagandet i journalmallen IVP vårdplan allmän.