

Epidemiologie – Protokoll

für betroffenen Mitarbeiter

Adressete des aufgenommenen Patienten mit Symptomen / Verdacht auf Infektionserkrankung nach **IfSG** (Hierdurch wird nicht die Meldepflicht nach IfSG erledigt, die den lfd. Arzt

► Meldung bitte an Klinikhygiene

Diagnose / Verdachtssymptome: Lambliasis

Erreger / Infektiöses Material: fäkal-orale Übertragung von Mensch zu Mensch ist möglich

Empfohlene Schutzmaßnahmen entsprechend folgender Literatur: RKI: Steckbrief seltener und „importierter“ Parasiten: Giardiasis; Schetler/Greten: Innere Medizin. Thieme Stuttgart 1998; Kappstein I. Nosokomiale Infektionen. Zuckschwerdt München 2002; Mims et al. Medizinische Mikrobiologie. Ullstein-Mosby Wiesbaden 1996; Sitzmann F. Hygiene. Springer Berlin 1999

X **Kein Bad im öffentlichen Schwimmbad** oder **Wannenbad** mit kleinem Kind, da infektiöse Zysten außerhalb des Wirts 3 Monate überleben können und durch Chlorierung nicht abgetötet werden.

X **Patienten in die hygienische Händedesinfektion** einweisen (z.B. nach **WC-Benutzung**)

X **Eigenes WC** oder Nachstuhl zuweisen, täglich ist desinfizierende Reinigung erforderlich

- Schutzkittel** tragen und täglich / pro Dienstschiefe erneuern
 - bei Betreten des Patientenzimmers
 - bei Verlassen des Patientenzimmers z.B. durch die Eltern
 - bei Kontakt mit Körperflüssigkeiten / Ausscheidungen / Sekreten / Betten des Patienten / Kontakt mit kontaminierten Körperarealen
- Schutzkittel im Patientenzimmer (Außenseite außen) außerhalb Patientenzimmer aufhängen
- Einmalhandschuhe** (bei Kontakt mit Körperflüssigkeiten / Ausscheidungen / Sekreten / bei Kontakt mit kontaminierten Körperarealen)
- Mund-Nasenschutz** erforderlich:
- Wäscheabwurf** im Zimmer in Textilsack für Infektionswäsche mit äußerem Klarsicht-Plastiksack
- Müllabwurf** in Sack / Behälter für Infektionsmüll (nur auf gesonderte Anforderung!)
- Speisereste** mit **Essgeschirr** zurück in die Spülküche
- Flächen** (von Fußböden, Möbel, Leisten, Nachtschränke, Bettgestelle u.a.) und **Gegenstände** (Bücher, Spielzeug u.a.) werden **gereinigt**
- Sichtbare Verunreinigungen** (Kontaminationen durch Ausscheidungen / Sekreten / Blut) müssen **sofort desinfizierend** gereinigt werden
- Desinfektion** nach Benutzung der Pflege- / Behandlungs- und Untersuchungsmaterialien (Steckbecken, Urinflaschen, Thermometer, Nagelschere, Haarbürste)
- Tägliche Desinfektion der Flächen** (Fußboden, patientennahe Flächen)
- Schlußdesinfektion als Scheuer – Wischdesinfektion** durchführen
- Stuhlprobe** bei allen direkten Kontaktpersonen (Namensliste zum Betriebsarzt geben)
- Stuhlprobe nur von Kontaktpersonen **mit Symptomatik** (z.B. Durchfall/Erbrechen)

X **Aufhebung der Isolierungsmaßnahmen:**

Negativer Nachweis von Trophozoiten oder Zysten in Stuhlproben oder negativer Nachweis der Vegetativform im Duodenalsaft, ggf. in Duodenalbiopsien

Alle Flächendesinfektionsarbeiten mit0,5% = 1 Std. Wert und Handschuhen ausführen. Beachten Sie auch bitte die folgenden **Anlagen:**

X **Tätigkeitsverbot** im Bereich der Herstellung und Verarbeitung von Lebensmitteln (§42 IfSG)

Datum: Unterschrift: Franz Sitzmann
12/92, revidiert 10/93, 7/94, 2/97, 10/00; 1/03; 12/10 Klinikhygiene Mitarbeiter Pflege
Kopie: Patientenakte / Akte Hygienekommission

Steckbriefe seltener und "importierter" Parasiten

RKI: Internetseiten, Ausdruck 21.1.2003

Giardiasis, Lambliasis

Erreger: *Giardia lamblia* (Gardia oder *Lamblia intestinalis*) (Protozoa, Zoomastigophora)

Verbreitung: Weltweit. Kinder sind häufiger betroffen. Abhängig von den hygienischen Verhältnissen sind bis zu 30% der Bevölkerung infiziert.

Infektionsweg: Aufnahme der Lamblienzysten mit kontaminiertem Trinkwasser oder mit der Nahrung. Eine Übertragung von Mensch zu Mensch ist möglich.

Dauer der Inkubation: 5-40 (im Mittel 7-10) Tage

Symptomatik: Die Infektion mit diesem Dünndarmparasiten verläuft meist asymptomatisch. Bei ausgeprägtem Befall werden verschiedene abdominelle Symptome beklagt. Leitsymptome sind meist explosionsartig auftretende, gelbliche, schaumige, übelriechende Diarrhoen. Häufig finden sich Schleim und unverdaute Nahrung in den voluminösen, breiigen Stühlen. Bisweilen kommt es zu Steatorrhoe, Malabsorption und daraus resultierendem Gewichtsverlust. Auch Meteorismus und abdominelle Krämpfe wurden bei diesem Krankheitsbild beschrieben. Nach 2–3 Wochen kommt es meist spontan zur Besserung. Vereinzelt kann es bei chronischem Verlauf zu einer Schädigung des Dünndarmepithels mit daraus resultierender Laktoseintoleranz kommen.

In aller Regel bleibt der Parasit auf den Dünndarm beschränkt. Bei massivem Befall oder bei Immundefizienz kann es jedoch auch zur Besiedlung und Entzündung der Gallenwege und des Pankreasganges kommen.

Therapie: Metronidazol, Tinidazol, Ornidazol

Differentialdiagnose: Enteritiden hervorgerufen durch andere Erreger wie z.B. Rotaviren, Campylobacter oder Kryptosporidien. Bei chronischem Verlauf muß die Sprue abgegrenzt werden.

Prophylaxe, Immunität: Allgemeine Nahrungsmittel- und Körperhygiene, Trinkwasseraufbereitung

Gesetzliche Regelungen: Keine, eine Meldung der Erkrankung ist nach dem Infektionsschutzgesetz vorgesehen.

Diagnostik: Nachweis der Trophozoiten oder Zysten in Stuhlproben oder Nachweis der Vegetativform im Duodenalsaft, ggf. in Duodenalbiopsien