



Blutkulturen abnehmen? " nicht empfohlen " bedeutet bei klinischem Ermessen nicht " verboten "

CAVE: nicht bei Immunsuppression anwenden (Chemo-, Transplant-Patienten)

Abnahme: 2 x 2 über eine Punktionsstelle

- SIRS < 2 Punkte -> nicht empfohlen

Temp	< 36 °C ; > 38 °C
HF	> 90 / min
AF	> 20 / min ; pCO2 < 32 mmHg
Blutbild	Lc < 4000 / µl ; > 12 000 / µl ; > 10% unreife Gc

- Positivitäts - Wahrscheinlichkeit nach Diagnose -> empfohlen ab 10%

< 5 %	< 10 %	10 % bis < 20 %	20 % bis 50 %	≥ 50 %
Nur Fieber 48h post-OP	Erysipel Zystitis Pneumonie	Erysipel mit schweren Begleit-erkrankungen Ventilator-Pneumonie	Schüttelfrost Schwere Sepsis Pyelonephritis Cholangitis Leberabszess Schwere Pneumonie	Septischer Schock Osteomyelitis Septische Arthritis Epiduralabszess Meningitis iv-Katheter-Infektion

PCT -> auf der KAIMN nicht regulär anwenden, nur bei expliziten Fragestellungen durchführen

- COPD-Exazerbation

o CRP ≤ 40

-> kein Antibiotikum empfohlen

o CRP > 40 + 2/3 Antonisen-Kriterien -> Antibiotikum empfohlen

▪ Antonisen-Kriterien: Auswurf-Menge ↑ Putrider Auswurf Dyspnoe ↑

- Bei PCT-Einsatz => konsequente Anwendung der Grenzwerte gemäss Fact-Sheet

Antibiotika-Check 48h nach Beginn

- Oralisierung falls:

o Klinische Verbesserung + Temp < 38 °C + orale Verabreichung möglich

- Länger iv-Gabe bei:

o Abszess ohne Drainage
Resorption

S. aureus Bakteriämie

Keine enterale

o Endokarditis / Endovaskulär

Gelenk / Protheseninfekt

Osteomyelitis

o ZNS-Infektion

Neutropenie

o Hämatologische Malignität

Keine Standard-BE (auf INOS) bei...

- Isoliertem Extremitätentrauma
- Milder grippaler Infektion
- Allergische Reaktionen (ggf. nur Tryptase)
- Schnittwunde oder RQW (ohne OP-Bedarf)
- unkomplizierte Zystitis
- kein Toxscreen bei bestätigter Alkohol- oder Drogenintoxikationen

aBGA mit COOX (Oxymetrie-Block) nur bei:

- V. a. CO-Vergiftung
- V. a. Methämoglobinämie
 - o Angeboren
 - o Toxine: Drogen (organische Nitrite, "Poppers", "Schnüffeln")
 - o Medis: Lidocain, Procain, Primaquin, Sulfonamide, Nitroglycerin, Phenacetin, Paracetamol

"Leber-Screening" beinhaltet:

- ALAT (leberzellenspezifisch) + GGT (Gallenwegspathologie, ohne Signal bei Knochenpathologie)
- Bilirubin (prä-, intra- oder extrahepatische Pathologie), Albumin & INR (Funktion) Weitere Differenzierung vom Hepatitis-Muster mittels R-Wert= ALAT-Delta über Norm / Alk. Phos-Delta über Norm
 - o > 5: hepato-zellulär
 - o 2-5: gemischt
 - o < 2: cholestatisch

HbA1c: nur bei expliziter Fragestellung und max. alle 3 Monate

TSH, freie Schilddrüsenhormone

- Max. alle 3 Monate
- Nur vor Exposition mit KM (bei anamnestischem Hinweis), Lithium oder Amiodaron
- Bei neuer Kardiopathie, Demenz, Psychopathologie
- fT3 / fT4 nur gezielt und nicht bei substituierter primärer Hypothyreose bestimmen

Substrate

- Eisen: Ferritin in Kombination mit CRP (nicht zwingend ganzer Status)
- Vitamin B12: Primär nur normales B12 verwenden
 - o Grauzone = 150 - 250 pmol / l -> Bei hohem Verdacht ad Substitution
 - o Aktives B12 (Holotranscobalamin) nur bei SS, Kontrazeption oder Multiplem Myelom bestimmen
- Vitamin D -> 25-OH Vitamin D verwenden (Ausnahme: 1,25-OH bei schwerer NI oder Abklärung Hyperkalzämie)
 - o Nicht standartmässig! (Sturz-Prophylaxe usw. wissenschaftlich nicht mehr belegt)
 - o Bei Osteoporose mit frischer Fraktur

Calcium (normal) mit Albumin

- Bei Hypercalciämie häufig unspezifische Klinik, daher **grosszügige** Bestimmung empfohlen
 - o AZ-Reduktion
 - o Thiazid-Diuretika
 - o Steine
 - o Somnolenz
 - o Tumor
 - o Krampfanfällen Herzrhythmusstörungen
 - o Abdominalbeschwerden
 - o osteogene Pathologie
- Ca ionisiert nur gezielt (z. B. Koagulopathie, Trauma)

Phosphat: nicht routinemässig, aber bei Refeeding-Gefahr bestimmen

Harnstoff: nicht routinemässig, bei akuter Niereninsuffizienz

- FeHST < 35% (prärenal) kontrovers zuverlässig
- HST / Krea > 0.081 (prärenal)