

**Nur für Klinikums- und Universitätsangehörige!
Merkblatt**

NADELSTICH- / SCHNITTVERLETZUNG (NST)

Unfallmeldung zeitnah an Betriebsärztlichen Dienst schicken

1. Blutfluss fördern: Druck auf umliegendes Gewebe u. Auspressen der Wunde (> 1 Minute)

2. Desinfektion der Wunde

Haut: Antiseptikum mit Ethanolgehalt > 80 Vol.% z.B. Sterillium
Mundhöhle: Mund-Antiseptikum Lösung z.B. Betaisodona
Auge: Augenspülen mit Augendusche 0.9% NaCl / Wasser

**Evtl. Stichkanal spreizen um Wirkung des Mittels in der Tiefe zu erleichtern.
Tupfer mit viruzidem Antiseptikum satt benetzen. Verletzung (> 10 Min.) feucht halten!**

3. Sofortige Blutentnahme beim Verletzten und Spender: 1x braunes Serumröhrchen an Betriebsärztlichen Dienst (wochentags 8-15:30 Uhr) **od. Chirurgische Ambulanz** (außerhalb der Öffnungszeiten des BÄD),
alle weiteren Kontrollblutentnahmen finden beim BÄD statt, Terminvereinbarung unter 06221 56-36030 oder 56-8966

Screening Spender/Indexperson

Zeitpunkt -Screening	HBV	HCV	HIV
Sofort nach NST	wenn beim Verletzten Anti-HBs kleiner 100 oder unbekannt: <ul style="list-style-type: none"> • HBs-Ag • Anti-HBc 	<ul style="list-style-type: none"> • Anti HCV • Falls positiv → HCV NAT (=PCR) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anti HIV (HIV-Screening Test 4.Gen) • Falls positiv → HIV-NAT → HIV-PEP für Verletzten abklären*

* Bei HIV-Kontamination des Verletzten sofortige Kontaktaufnahme mit der Immunologischen Ambulanz der Hautklinik!

wochentags 7:30 Uhr bis 15:00 Uhr

Tel. 06221 56 - **8590**
(Zentrales Patientenmanagement)

17:00 Uhr -7:45 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen

Tel. 06221 56 - **38520**
(Dienstarzt)

ansonsten Pforte Hautklinik

Tel. 06221 56 - **4002**
(Ambulanzzarzt verlangen)

Screening Verletzter

Zeitpunkt-Screening	HBV	HCV	HIV
Sofort nach NST	Keine Maßnahmen erforderlich bei bekanntem Anti – HBs größer 100 (nicht älter als 10 Jahre) Wenn Anti - HBs unbekannt <ul style="list-style-type: none"> • Anti - HBc • Anti - HBs • Ggf. postexpositionelle Maßnahmen, s. Tabelle ** 	Anti HCV	Anti HIV (HIV-Screening Test 4. Gen)
Nach 6 Wochen	Nach erfolgter Booster-Impfung bei der ersten Untersuchung → Anti-HBs Wenn Anti-HBs >100 → keine weiteren Kontrollen Nur bei unsicherer Immunität: <ul style="list-style-type: none"> • Anti - HBc • HBs - AG 	Anti HCV <ul style="list-style-type: none"> • Bei HCV infektiöser oder unbekannter Indexperson → HCV NAT (=PCR) 	Anti HIV (HIV-Screening Test 4.Gen) Cave: bei Einnahme von HIV-PEP Anti HIV erst nach 10 Wochen
Nach 12 Wochen	Nur bei unsicherer Immunität: <ul style="list-style-type: none"> • Anti - HBc • Anti - HBs 	• Anti HCV	Anti HIV (HIV-Screening Test 4.Gen) Cave: bei Einnahme von HIV-PEP Anti HIV erst nach 16 Wochen
Nach 6 Monaten	Nur bei unsicherer Immunität: <ul style="list-style-type: none"> • Anti - HBc • Anti - HBs 	• Anti HCV	Entfällt nach 2.negativen HIV-Screening Test

**Postexpositionelle Maßnahmen bei HBV

Aktueller Anti-HBs-Wert		Hepatitis B Impfung	HB-Immunglobulin
Grundimmunisierung (3-malige Impfung) und Anti-HBs > 100 IE/l (nicht älter als 10 Jahre)		Keine Maßnahmen/Titer erforderlich	
Anti-HBs >100 IE/l älter als 10 Jahre		Anti-HBs Titer erforderlich	
Anti-HBs: 10-99 IE/l		ja	Nein
<10IE/l od. nicht innerhalb von 48 h zu bestimmen	Anti-HBs war schon >100IE/l	Ja	Nein
	Anti-HBs noch nie > 100IE/l	ja	ja

Universitätsklinikum Heidelberg

Betriebsärztlicher Dienst

Unfallmeldung

Tel. 06221 56- 8972

Fax 06221 56- 5734

Betriebsarzt / Unfallkasse / Personalrat

Nadelstich- und Schnittverletzung bzw. Kontamination mit Blut oder Ausscheidungen von Patienten

Station/Einsender

oberer Teil an: Betriebsarzt, UKBW/UKH, Personalrat

Verletzter	Name, Vorname:	
	Geb.-Datum:	Telefon privat:
	Wohnort (PLZ):	Straße:
	Tätigkeit:	Telefon dienstlich:
	Dienststelle:	
	Letzte Impfung gegen HBV erfolgte <input type="checkbox"/> Ja, wann? _____ <input type="checkbox"/> Nein	
	Ergebnis letzter anti-HBs-Titer: Wann bestimmt? _____ Titer : _____ IU/l	
	Vorstellung erfolgte am: _____ um: _____ Uhr <input type="checkbox"/> BÄD <input type="checkbox"/> Chir. Amb. <input type="checkbox"/> Sonst.	
Blut wurde für Virologie / Analysezentrum abgenommen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Unfallort:	Unfalltag:	Uhrzeit:																				
Verletzung mit K= Konventionelles Nadelsystem S= Safety / Sicherheitsnadelsystem																						
Gegenstand <table border="0"> <tr> <td>K S</td> <td>K S</td> <td>K S</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Venenverweilkanüle</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sc. Injektion</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> chirurg. Instrumente</td> <td><input type="checkbox"/> Glas / Plastik</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Butterflysystem</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> i.m. Injektion</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stapler</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kanüle / Hohlnadel</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZVK</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> chirurg. Nadel (Naht)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lanzette</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abwurfbehälter</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zahnärztl. Material</td> <td></td> </tr> </table>		K S	K S	K S		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Venenverweilkanüle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sc. Injektion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> chirurg. Instrumente	<input type="checkbox"/> Glas / Plastik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Butterflysystem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> i.m. Injektion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stapler	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kanüle / Hohlnadel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> chirurg. Nadel (Naht)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lanzette	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abwurfbehälter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zahnärztl. Material		Tätigkeitsbereich <input type="checkbox"/> Stationsbereich <input type="checkbox"/> Ambulanz <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Labor <input type="checkbox"/> Entsorgungsweg <input type="checkbox"/> Sterilisation <input type="checkbox"/> Reinigung <input type="checkbox"/> Sonstiges
K S	K S	K S																				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Venenverweilkanüle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sc. Injektion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> chirurg. Instrumente	<input type="checkbox"/> Glas / Plastik																			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Butterflysystem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> i.m. Injektion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stapler	<input type="checkbox"/> _____																			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kanüle / Hohlnadel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> chirurg. Nadel (Naht)																				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lanzette	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abwurfbehälter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zahnärztl. Material																				
<input type="checkbox"/> Kontamination einer Wunde <input type="checkbox"/> Spritzer in Mund / Nase <input type="checkbox"/> Spritzer in Augen																						
<input type="checkbox"/> Nagelfalzverletzung	<input type="checkbox"/> Hautverletzung	<input type="checkbox"/> Intakte Haut <input type="checkbox"/> Nicht intakte Haut																				
Handschuhe getragen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Mund-Nasen-Schutz getragen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																				
Schutzbrille getragen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																						
Unfallhergang:																						
Kontaminationsmaterial: <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Gefahrstoffe/Chemikalien <input type="checkbox"/> Sonstiges																						

unterer Teil nur an Betriebsarzt u. UKBW/UKH

'Spender' - Patient	Name/Vorname: <input type="checkbox"/> unbekannt	Hepatitis B bekannt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
	Geb.-Datum:	Hepatitis C bekannt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
	(Evtl. Pat.-Aufkleber)	HIV bekannt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
		HIV begründeter Verdacht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
	Blut wurde für Virologie / Analysezentrum abgenommen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Maßnahme	HBV- Passivimpfung erfolgte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht erforderlich
	HBV- Aktivimpfung erfolgte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht erforderlich
	HIV- Prophylaxe wurde initiiert:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht erforderlich

X _____ X _____ X _____
 Ort Datum Unterschrift der/des Verletzten

Nadelstichverletzung / Kontakt zu mit potentiell infektiös kontaminiertem Material/Blut:

Verteiler: Betriebsarzt (Arbeitssicherheit), Unfallkasse, Mitarbeitervertretung,

Information zum Verletzten:

Geschlecht: m | f | **Alter:** _____

Berufserfahrung:

abgeschlossene Ausbildung seit _____ Jahren **Berufsanfänger** = erstes Jahr (auch PJ)

Betriebszugehörigkeit seit _____ Jahren (nach Berufsabschluss)

in Ausbildung zur/zum: _____

erlernter Beruf:

Ärztin/Arzt | PJ | GKP/Krankenschwester/Pfleger | Arzthelferin/MFA | FSJ/BFD | Versorgungsassistent/in | Blutentnahmedienst | Pflegehelfer/-in | Praktikant/-in |
Reinigungs-/Hausdienst | MTA | MTRA | Laborant/in | sonstige _____ |

zum Unfallzeitpunkt ausgeübte Tätigkeit (Freitext)

Unfallhergang: kurze Schilderung des Unfallablaufs (Freitext)

Unfallzeitpunkt: *Tagdienst* _____ | *Spät-/Nachtdienst* _____
06 - 08 | 08 - 12 | 12 - 18 | 18 - 21 | 21 - 01 | 01 - 03 | 03 - 06 |

verstrichene Zeit seit Arbeitsbeginn (in Stunden):
0 - 4 | 4 - 8 | 8 - 12 | 12 - 16 | 16 - 24 | über 24h |

verstrichene Zeit seit letzter Ruhephase (in Stunden - z.B. nach dem Aufstehen):
0-4 | 4-8 | 8-12 | 12-16 | nach offiziellem Schichtende (Überstunden)

Verletzungsart:

NSV/Nadelstichverletzung | Schnittverletzung/Skalpell |
Blut(-spritzer) [kein eigenes Blut!] ... ins Auge / ... auf Schleimhaut / offene, wunde Hautstellen |
andere _____ | verletzender Gegenstand nicht bekannt |

Verletzungsort: Finger / Hand u-Arm / O-Arm / O-Schenkel / U-Schenkel (Wade) /
sonstiger : _____

Verletzungsinstrument (genaue Angabe)

'Nadelstiche': Sicheres System | konventionelles System | Skalpell |
andere _____ |

Wurde PSA getragen?

Handschuhe: nein | ja | einfach | doppelt | **Mund-Nasen-Schutzgetragen:** ja | nein |
Brille: keine | einfache | Schutzbrille |

Mögliche Unfallursachen: (Mehrfachnennung möglich):

Zeitdruck | Ablenkung durch Umgebungsfaktoren | Störung durch andere Personen |
unerwartete Bewegung des Patienten | andere _____ |

Arbeitsumfeld:

technische oder organisatorische Mängel | räumliche Beengtheit | Müdigkeit | Überlastung |
Mangelnde Schulung/Kenntnis der Anwendung |
selten verwendetes System (mangelnde Übung/Erfahrung) |

Verbesserungsvorschläge - Abhilfe könnte geschaffen werden durch folgende Maßnahmen:

Technisch: _____ (Materialvorschlag)

Organisatorisch: _____

Persönlich: _____ (persönl. Arbeitsschutz)

Sonstiges: _____