

Nur für Klinikums- und Universitätsangehörige !

MERKBLATT

„NADELSTICH - / SCHNITTVERLETZUNG“

- EILE IST AUCH IM VERDACHTSFALL GEBOTEN -

1. **Blutfluss fördern durch Druck auf das umliegende Gewebe und 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 zwecks Durchführung folgender Laboruntersuchungen.**

Blut (Serumröhrchen) an Betriebsärztlichen Dienst oder Chirurgische Ambulanz:

„Verletzter“	„Spender“
anti - HIV anti - HCV	anti - HIV anti - HCV
wenn <u>Impfstatus des Verletzten</u> (vgl. Seite 2) nicht ausreichend oder unbekannt ➔ anti-HBs + anti-HBc	Wenn Impfstatus <u>Spenders</u> nicht ausreichend oder unbekannt ➔ HBsAG + anti-HBc

4. **Bei HIV-Kontamination sofortige Kontaktaufnahme mit der Immunologischen Ambulanz (Hautklinik)!**

Tagsüber bis 17:00

17:00 – 07:45 u. Wochenende/Feiertage

Pforte Hautklinik

5. **Bei HBV-, HCV- Kontamination**

umgehende Kontaktaufnahme mit Betriebsarzt Tel. 06221 56 - 8972

6. **Unfallmeldung umgehend an Betriebsärztlichen Dienst schicken**

7. **weitere Blutkontrollen :**

erfolgen **nach 3 und 6 Monaten** beim Betriebsärztlichen Dienst

Nach Verletzungen/Kontamination mit pos. Hep. C / HIV Spenderblut:

Kontrollen nach **3 Wochen** sowie nach **3 und 6 Monaten**

Weiteres Vorgehen siehe folgendes Schema (Seite 2) !

Betr.: Hepatitis B Vorgehen nach Nadelstich-/ Schnittverletzung/ Schleimhautkontamination

Wenn	Dann	
Grundimmunisierung (3-malige Impfung !) nachweisbar und anti-HBs >100 IU/l	letzte Impfung vor über >10 Jahren -----	keine Aktivimpfung, Blutkontrolle
	letzte Impfung vor weniger <10 Jahren	keine Aktivimpfung, keine Blutkontrolle
aktueller anti-HBs Wert >10 bis <100 IU/l nur 2 Impfungen nachweisbar und aktueller anti-HBs Wert >10 bis <100 IU/l	1 Aktivimpfung mit Hep.-B - Vaccine *(= Booster) 1 Aktivimpfung mit Hep.-B - Vaccine *(= Booster)	
keine Impfung bzw. aktueller anti-HBs Wert <10 IU/l	Hep. B Hyperimmunglobulin + 1 Aktivimpfung mit Hep.-B -Vaccine* (1. Impfung Grundimmunisierung)	

Betr.: Hepatitis C nach Nadelstich-/ Schnittverletzung/ Schleimhautkontamination

Wenn	Dann
HCV-PR positiver Spender	PCR - Kontrolle: nach 2- 4 Wochen anti-HCV: nach 3 Monaten und 6 Monaten

Betr.: Berufliche HIV Exposition durch Nadelstich-/Schnittverletzung/Schleimhautkontamination

Bei HIV-Kontamination <u>sofortige</u> Kontaktaufnahme mit der Immunologischen Ambulanz (Hautklinik) zur Abklärung der Notwendigkeit einer PEP (Postexpositionsprophylaxe)		
Tagsüber bis 17:00 17:00 - 7:45 u. Wochenende Pforte Hautklinik	Tel: 06221 - 56- 8590 Tel: 06221 - 56- 38520 Tel: 06221 - 56- 4002	(Zentrales Patientenmanagement) (Dienstarzt) (Ambulanzzarzt verlangen)
www.hivinfo.de		

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Betriebsärztlicher Dienst

Unfallmeldung

Tel. 06221 56-8972

Fax 06221 56-5734

Betriebsarzt / UKBW / Personalrat

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

Station/Einsender

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"/> Chir. Amb. <input type="checkbox"/> BÄD <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"/> Venenverweilkanüle</td> <td><input type="checkbox"/> sc. Injektion</td> <td><input type="checkbox"/> Chirur. Instrumente</td> <td><input type="checkbox"/> Glas / Plastik</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Butterflysystem</td> <td><input type="checkbox"/> i.m. Injektion</td> <td><input type="checkbox"/> Stapler</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kanüle / Hohlnadel</td> <td><input type="checkbox"/> ZVK</td> <td><input type="checkbox"/> chir. Nadel (Naht)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lanzette</td> <td><input type="checkbox"/> Abwurfbehälter</td> <td><input type="checkbox"/> Zahnärztl. Material</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kontamination einer Wunde</td> <td><input type="checkbox"/> Spritzer in Mund / Nase</td> <td><input type="checkbox"/> Spritzer in Augen</td> <td></td> </tr> </table>		K S	K S	K S		<input type="checkbox"/> Venenverweilkanüle	<input type="checkbox"/> sc. Injektion	<input type="checkbox"/> Chirur. Instrumente	<input type="checkbox"/> Glas / Plastik	<input type="checkbox"/> Butterflysystem	<input type="checkbox"/> i.m. Injektion	<input type="checkbox"/> Stapler	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Kanüle / Hohlnadel	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> chir. Nadel (Naht)		<input type="checkbox"/> Lanzette	<input type="checkbox"/> Abwurfbehälter	<input type="checkbox"/> Zahnärztl. Material		<input type="checkbox"/> Kontamination einer Wunde	<input type="checkbox"/> Spritzer in Mund / Nase	<input type="checkbox"/> Spritzer in Augen		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"/> Venenverweilkanüle	<input type="checkbox"/> sc. Injektion	<input type="checkbox"/> Chirur. Instrumente	<input type="checkbox"/> Glas / Plastik																							
<input type="checkbox"/> Butterflysystem	<input type="checkbox"/> i.m. Injektion	<input type="checkbox"/> Stapler	<input type="checkbox"/> _____																							
<input type="checkbox"/> Kanüle / Hohlnadel	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> chir. Nadel (Naht)																								
<input type="checkbox"/> Lanzette	<input type="checkbox"/> Abwurfbehälter	<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																										

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

Heidelberg, den

Unterschrift der/des Verletzten: _____

Nadelstichverletzungen - Ergänzende Angaben

Ergänzende Angaben zur Vorgang vom _____ Uhrzeit ca.: ____:____

Ifd. Nr.: _____
wird vom Betriebsärztlichen
Dienst vergeben

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-Schutz** getragen: 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: _____