



Betriebsärztlicher  
Dienst

# NADELSTICH-/SCHNITTVERLETZUNG (NST)

Nur für Klinikums- und Universitätsangehörige!

BÄD

## 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:**

Jeweils 1 *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**

**Bei möglicher HIV-Kontamination des Verletzten sofortige Kontaktaufnahme wegen HIV-PEP**

**Mo-Fr (8-16 Uhr):**

- Infektiologische und tropenmedizinische Ambulanz INF 324
- **56-22999**

**Mo-Fr (16-8 Uhr) und Samstag, Sonntag und Feiertage:**

- Notfallambulanz der Dermatologie INF 440
- **56-38520** (Dienstarzt)
- **56-4002** (Hautklinik -Pforte)

## Screening Spender/Indexperson

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

## Screening Verletzter

Zeitpunkt- Screening	HBV	HCV	HIV
Sofort nach NST	Keine Maßnahmen erforderlich bei bekanntem Anti – HBs größer 100 (nicht älter als 10 Jahre) <b>Wenn Anti - HBs unbekannt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anti - HBc</li> <li>• Anti - HBs</li> <li>• Ggf. postexpositionelle Maßnahmen, s. Tabelle</li> </ul>	<b>Anti HCV</b>	<b>Anti HIV (HIV-Screening Test 4. Gen)</b>
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"> <li>• Anti - HBc</li> <li>• HBs - AG</li> </ul>	<b>Anti HCV</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei HCV infektiöser oder unbekannter Indexperson → HCV NAT (=PCR)</li> </ul>	<b>Anti HIV (HIV-Screening Test 4.Gen)</b>  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"> <li>• Anti - HBc</li> <li>• Anti - HBs</li> </ul>	• <b>Anti HCV</b>	<b>Anti HIV (HIV-Screening Test 4.Gen)</b>  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"> <li>• Anti - HBc</li> <li>• Anti - HBs</li> </ul>	• <b>Anti HCV</b>	<b>Entfällt</b> 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

<b>Verletzter</b>	<b>Name, Vorname:</b>	
	<b>Geb.-Datum:</b>	<b>Telefon privat:</b>
	<b>Wohnort (PLZ):</b>	<b>Straße:</b>
	<b>Tätigkeit:</b>	<b>Telefon dienstlich:</b>
	<b>Dienststelle:</b>	
	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.	
	<b>Blut wurde für Virologie / Analysezentrum abgenommen</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

<b>Unfallort:</b>	<b>Unfalltag:</b>	<b>Uhrzeit:</b>																								
<b>Verletzung mit</b> <b>K=</b> Konventionelles Nadelsystem <b>S=</b> Safety / Sicherheitsnadelsystem																										
<b>Gegenstand</b> <table border="0"> <tr> <td><b>K S</b></td> <td><b>K S</b></td> <td><b>K S</b></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 / Hohlneedle</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> <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>		<b>K S</b>	<b>K S</b>	<b>K S</b>		<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 / Hohlneedle	<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		<b>Tätigkeitsbereich</b> <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
<b>K S</b>	<b>K S</b>	<b>K S</b>																								
<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 / Hohlneedle	<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																								
<b>Handschuhe getragen</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Mund-Nasen-Schutz getragen</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																									
<b>Schutzbrille getragen</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																										
<b>Unfallhergang:</b>																										
<b>Kontaminationsmaterial:</b> <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

<b>'Spender' - Patient</b>	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
	<b>Blut wurde für Virologie / Analysezentrum abgenommen</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

<b>Maßnahme</b>	<b>HBV- Passivimpfung</b> erfolgte: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht erforderlich
	<b>HBV- Aktivimpfung</b> erfolgte: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht erforderlich
	<b>HIV- Prophylaxe</b> 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  | Blutentnahmediant  | 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 Haut-  
stellen  |  
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: \_\_\_\_\_