

Diphtherie/Tetanus/ Pertussis/Poliomyelitis

Datum:

Dossiernummer (aus Online-Tool)

Triage-Fragebogen zur dTpa-IPV-Impfung durch Apotheker/innen

Informationen zur Impfung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis und/oder Poliomyelitis (dT, dTpa oder dTpa-IPV)

- Zielgruppe:** Erwachsene Personen ab 16 Jahren als Nachhol- oder Auffrischimpfung.
Als dTpa-Auffrischimpfung empfohlen für alle Erwachsenen im Alter von 25 – 29 Jahren. Ebenfalls empfohlen für Personen, die in Beruf oder Familie in regelmässigem Kontakt mit Säuglingen <6 Monate sind. Danach als dT-Auffrischimpfungen alle 20 Jahre bis im Alter von 65 Jahren resp. alle 10 Jahre ab dem Alter von 65 Jahren. Die Basisimpfung gegen Poliomyelitis bedarf 3 – 5 Dosen je nach Alter bei der Impfung. Eine Auffrischimpfung mit Polio (-IPV) wird für Reisende in gefährdete Gebieten (siehe WHO-Liste) alle 10 Jahre empfohlen.
- Impfung:** Impfstoffe gegen Diphtherie, Starrkrampf, Keuchhusten und Kinderlähmung bieten einen wirksamen Schutz (über 95 % gegen Diphtherie, Starrkrampf und Kinderlähmung; 85 % gegen Keuchhusten).

A Persönliche Daten Kundin/Kunde

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Kundennummer:

Adresse:

PLZ: Ort:

Telefonnummer (freiwillig): E-Mail (freiwillig):

B Anamnese → beachten Sie bitte die kantonalen Vorschriften

Temporäre Ausschlusskriterien

Wenn «ja» → Verschieben der Impfung

JA **NEIN**

Fühlen Sie sich unwohl? **JA** **NEIN**

Hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber? **JA** **NEIN**

Ausschlusskriterien

Wenn «ja» bei mindestens einer Frage mit «★» → besonderes Impfrisiko
(ärztliche Abklärung empfohlen; **ZH:** Überweisung an den Arzt)

JA **NEIN**

Sind Sie allergisch:
→ auf Medikamente? **JA** **NEIN**

→ auf einen der Bestandteile des Impfstoffs?★ **JA** **NEIN**

Hatten Sie jemals schwere Nebenwirkungen während oder nach einer Impfung?★ **JA** **NEIN**

Sind Sie schwanger?★ **JA** **NEIN**

Leiden Sie an einer Immunschwäche oder -krankheit?★ **JA** **NEIN**

Haben Sie ein bekanntes erhöhtes Blutungsrisiko (z. B. vererbt)?★ **JA** **NEIN**

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? **JA** **NEIN**

Nehmen Sie regelmässig:
→ einen Blutgerinnungshemmer (ausser Aspirin)?★ **JA** **NEIN**

→ Kortison (≥20mg/d, resp. Prednison oder äquivalent)?★ **JA** **NEIN**

→ ein Medikament, welches die Immunabwehr hemmt?★ **JA** **NEIN**

→ andere Medikamente, welche: **JA** **NEIN**

	JA	NEIN
Befinden Sie sich zur Zeit in regelmässiger ärztlicher Kontrolle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie jemals bei einer Impfung oder Blutentnahme in Ohnmacht gefallen oder ist Ihnen übel geworden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Ärztliche Verordnung		
Rezept für die Impfung vorhanden? (z. B. bei besonderem Impfrisiko oder für Kantone, die die Impfung nur auf Rezept bewilligen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Bestehende Grunderkrankungen		
Beachten Sie bitte die kantonalen Vorschriften; Angaben freiwillig		
Leiden Sie an einer Grunderkrankung oder chronischen Krankheit? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Herz-/Gefässerkrankung <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (z. B. Asthma, COPD) <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung (z. B. Diabetes, erhöhte Blutfette) <input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen, nämlich:	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenfunktionsstörung <input type="checkbox"/> Erkrankung des Magen-Darmtraktes <input type="checkbox"/> Entzündliche Erkrankung <input type="checkbox"/> Erkrankung des Zentralnervensystems	

C	Zur dTpa-IPV-Impfung	JA	NEIN
	Wurde die Basisimmunisierung (dTpa-IPV) vollständig durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja		
	... und wenn eine Auffrischimpfung dTpa (mit Pertussis) noch nicht erfolgt ist.		
	<input type="checkbox"/> i. d. R. einmalige Auffrischimpfung dTpa (mit Pertussis) im Alter von 25 – 29 Jahren. Ebenso empfohlen für alle Personen ab 16 Jahren mit häufigem Kontakt zu Säuglingen in Beruf oder Familie.		
	... und wenn eine Auffrischimpfung dTpa (mit Pertussis) bereits erfolgt ist.		
	<input type="checkbox"/> dT-Auffrischimpfung alle 20 Jahre bis im Alter von 65 Jahren (i. d. R. mit 45 und 65 Jahren)		
	<input type="checkbox"/> ab 65 Jahren: dT-Auffrischimpfung alle 10 Jahre		
	Wenn nein		
	<input type="checkbox"/> dT(pa)-Nachholimpfungen gemäss Impfplan. Wenn ungeimpft: 3 Impfdosen in den Abständen 0, 2 und 8 Monaten, die erste mit Pertussis (dTpa), die beiden folgenden ohne Pertussis (dT). Danach Auffrischimpfungen.		
	Impfung nach Verletzungsfall		
	<input type="checkbox"/> dT(pa)-Impfung nach Verletzung gemäss Impfplan.		

		JA	NEIN
	Polio: Wurde die Basisimpfung gegen Polio vollständig durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja		
	<input type="checkbox"/> Auffrischimpfung (bei Expositionsrisiko, als dT(pa)-IPV gemäss Impfplan).		
	Wenn nein		
	<input type="checkbox"/> Nachholimpfung, eventuell kombiniert mit dT(pa).		

Zusätzliche Informationen zur dTpa-IPV-Impfung
Angaben freiwillig

JA **NEIN**

Erfolgte die letzte dTpa-IPV-Impfung

- in der Apotheke?
- beim Hausarzt?
- im Spital?
- anderes?

Wurden Sie spezifisch durch die Dienstleistung Impfen in der Apotheke zum Impfen motiviert?

Haben sie einen Hausarzt?

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

D Informationen zu den unerwünschten Wirkungen und Einverständnis des Kunden

- In den ersten Tagen nach der Impfung können örtliche Reaktionen (Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Einstichstelle) oder allgemeine Erscheinungen (Müdigkeit, Kopfschmerzen und sehr selten Fieber) auftreten. Diese Reaktionen sind in der Regel harmlos und vorübergehend.
- Ausgeprägtere Reaktionen (z.B. Kreislaufschock) sind sehr selten.
- Ausgedehnte Schwellungen an der Impfstelle können 48 – 72 Stunden nach der Impfung gegen Diphtherie und Starrkrampf auftreten, wenn mehr Impfdosen als empfohlen verabreicht wurden oder bei Personen, die stark auf den Impfstoff reagieren. Diese Reaktion wird durch eine intensive Stimulierung des Immunsystems hervorgerufen. Sie ist zwar unangenehm, aber nicht gefährlich und klingt innerhalb von einigen Tagen wieder ab.

Sollten Symptome auftreten, die Sie beunruhigen, so informieren Sie bitte unverzüglich uns oder einen Arzt.

- Ich habe obige Informationen zur Kenntnis genommen und bestätige, auch über den Preis der Impfung informiert worden zu sein. Allfällige Fragen konnte ich vorgängig mit der behandelnden Fachperson klären. Ich habe keine weiteren Fragen. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung dieser Impfung einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu statistischen Zwecken anonymisiert bearbeitet werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass sämtliche im Fragebogen erfassten Daten richtig und vollständig sind.

Ort/Datum: Unterschrift des/r Kunden/in:

E Angaben zum Impfstoff

- Impfung durchgeführt
 - Eintrag ins elektronische Impfdossier, inklusive Chargennummer des Impfstoffs
 - Eintrag im Impfausweis, inklusive Chargennummer des Impfstoffs

Name Impfstoff: Lotnummer Impfstoff: Klebeetikette des Impfstoffs

Bemerkungen zur Impfung:

- Impfung nicht durchgeführt, weil
 - Unwohlsein Kunde
 - Grunderkrankung/Grundmedikation
 - besonderes Impfrisiko (siehe unter Punkt B)
 - Impfung für Kunden nicht indiziert (Zielgruppe)
 - Verzicht Kunde
- Impfung verschoben
- an Arzt weitergeleitet

Ungefährer Zeitaufwand zum Ausfüllen des Fragebogens: Minuten

Ort/Datum: Unterschrift des/r zuständigen Apothekers/in:

Unerwünschte Wirkung nach Impfung (Sofortreaktion oder nach Rückmeldung vom Kunden)

- lokale Reaktion
- systemische Reaktion:
 - mit Notfallkontakt
 - Impfzwischenfall gemeldet (Pharmakovigilanz, EIViS)

Beschreibung (inkl. Follow-up):

Rückmeldedatum:

Dieses Dokument muss mindestens 10 Jahre oder gemäss kantonalen Vorschriften aufbewahrt werden.