



# Tollwut

## Informations- und Triageformular für die präexpositionelle Impfung

### 1. Zielgruppen der Impfung

Die Impfung gegen Tollwut wird für Kinder und Erwachsene mit einem Expositionsrisiko (sowie nach einer Exposition) empfohlen. **Die Präexpositionsprophylaxe (PrEP) umfasst unabhängig vom Alter 2 Dosen** (3 Dosen bei immunsupprimierten Personen). Eine einmalige Auffrischung wird nach 12 Monaten empfohlen, wenn das Expositionsrisiko kontinuierlich oder wiederholt besteht

Das Ziel der PrEP ist der Aufbau eines immunologischen Gedächtnisses, welches durch Verabreichen einer Impfdosis nach Exposition rasch reaktiviert wird, unabhängig davon, wie viel Zeit seit der PrEP vergangen ist. Sie bietet einen zuverlässigen Schutz, muss aber im Fall einer Exposition auf jeden Fall vervollständigt werden. Serologische Kontrollen im Rahmen einer PrEP werden in der Reisemedizin nicht empfohlen. Diese können jedoch in anderen Fällen – abhängig vom Expositionsrisiko und der Häufigkeit der Exposition – indiziert sein.

In der **Schweiz** sowie in anderen Gebieten ohne terrestrische Tollwut, wird die Tollwutimpfung für folgende Personen empfohlen (*siehe Schweizerischer Impfplan*):

- Personen, die regelmässigen Kontakt mit importierten Säugetieren oder Tieren unbekannter Herkunft haben, zum Beispiel in einer Tierarztpraxis oder im Tierhandel
- Wissenschaftler/innen in der Fledermaus- oder Tollwutforschung sowie in der Entwicklung von Tollwutvakzinen
- Laborpersonal in der Tollwutdiagnostik oder in der Herstellung von Tollwutimpfstoffen

In der **Reisemedizin** wird die PrEP für Personen empfohlen, die Gebiete mit terrestrischer Tollwut besuchen. In diesem Fall wird die erste Impfdosis nach Möglichkeit einen Monat vor der Abreise verabreicht. Die zu impfende Person sollte über die Gesundheitsrisiken im Zielland, sowie über das Verhalten vor/während/nach der Reise beraten werden (*siehe detaillierte Informationen auf [healthytravel.ch](https://www.healthytravel.ch)*)

► **Die Impfung zur postexpositionellen Prophylaxe (PEP) darf nicht in der Apotheke verabreicht werden.**

### 2. Persönliche Daten Patientin/Patient (evtl. Patientenetikette aufkleben)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. (freiwillig): \_\_\_\_\_

E-Mail (freiwillig): \_\_\_\_\_

Nr. Patient/in  
(freiwillig): \_\_\_\_\_

Dieses Dokument muss mindestens **20 Jahre** oder gemäss kantonalen Vorschriften aufbewahrt werden.



### 3. Anamnese

- ☐ Der Patient / die Patientin war in den letzten 24 Stunden möglicherweise dem Tollwutvirus ausgesetzt.  
**Dies ist ein Notfall:** Die betroffene Person **sofort** an eine Arztpraxis oder ein Spital verweisen.

#### Ausschlusskriterien

| Wenn «Ja» bei mindestens einer Frage ► <b>ärztliche Konsultation erforderlich</b>                                                                                       | Ja | Nein |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| Sind Sie unter 16 Jahre alt?                                                                                                                                            |    |      |
| Sind Sie allergisch auf Hühnereiweiss?<br><small>Ärztliche Konsultation nur erforderlich, wenn der Impfstoff Spuren von Hühnerei enthält (Beispiel: Ovalbumin).</small> |    |      |
| Hatten Sie jemals eine schwere Reaktion während oder nach einer Impfung?                                                                                                |    |      |
| Sind Sie schwanger oder ist es wahrscheinlich, dass Sie es sind?<br><small>Die Verabreichung eines Lebendimpfstoffs an schwangere Frauen ist kontraindiziert.</small>   |    |      |
| Leiden Sie an einer Immunschwäche oder -krankheit?                                                                                                                      |    |      |
| Haben Sie ein bekanntes erhöhtes Blutungsrisiko (z.B. vererbt)?                                                                                                         |    |      |
| Nehmen Sie regelmässig:<br>- Kortison (≥20mg/d bzw. Prednison oder -äquivalent)?<br>- ein Medikament, welches die Immunabwehr hemmt?                                    |    |      |

  

| Wenn «Ja» bei mindestens einer Frage ► <b>Verschieben der Impfung</b> | Ja | Nein |
|-----------------------------------------------------------------------|----|------|
| Fühlen Sie sich unwohl?                                               |    |      |
| Hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber?                          |    |      |

#### Andere Impfrisiken

##### ► Beachten Sie bitte die kantonalen Vorschriften

| Wenn «Ja» bei mindestens einer Frage ► <b>Ggf. ärztlichen Rat einholen *</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     | Ja | Nein |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| Haben Sie in den nächsten Tagen eine Operation geplant?                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |      |
| Nehmen Sie regelmässig Blutverdünner ein (ausser Aspirin/Acetylsalicylsäure)?<br><small>Wenn «Ja»: Langsames i.m. Injizieren mit einer dünnen, langen Kanüle (25G), vor der Injektion nicht aspirieren, Kompression während mindestens 2 Minuten, ohne zu reiben. Geimpfte Person informieren, dass möglicherweise ein Hämatom auftritt.</small> |    |      |
| Leiden Sie an einer Grunderkrankung oder chronischen Krankheit?                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |      |
| Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |      |
| Haben Sie eine oder mehrere Allergien?<br><small>Bei schwerer Allergie gegen einen Bestandteil/Trägerstoff des Impfstoffs ist die Impfung kontraindiziert.</small>                                                                                                                                                                               |    |      |

**\*Wenn eine oder mehrere dieser Antworten mit "Ja" beantwortet wurden, bitte in den Bemerkungen ausführen und angeben, ob eine ärztliche Verordnung vorhanden ist.**

#### Bemerkungen:



#### 4. Tollwutimpfung

Intramuskulär verabreichen. Weitere Einzelheiten finden Sie im Schweizerischen Impfplan.

**Impfschema** (bei Immunsuppression wird ein anderes Schema empfohlen)

- ☐ 1. Dosis (im Fall einer Reise: möglichst ca. 1 Monat vor Einreise in ein Tollwutrisikogebiet)
- ☐ 2. Dosis im Abstand von 28 Tagen (möglich ab dem Tag 7)
- ☐ Einmalige Auffrischungsdosis nach 12 Monaten bei kontinuierlichem oder wiederholtem Risiko.

Datum der letzten Dosis der Tollwutimpfung, sofern bekannt: \_\_\_\_\_

#### 5. Informationen zu unerwünschten Wirkungen und Einverständnis der Patientin/des Patienten

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sehr häufig</b><br><b>≥ 1/10</b>    | Schmerzen an der Einstichstelle.<br>Grippeartige Symptome: Unwohlsein, Müdigkeit/Schwäche, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen.                                                                                                                                                                                |
| <b>Häufig</b><br><b>≥ 1/100</b>        | Fieber/Schweissausbrüche, verminderter Appetit.<br>Reaktionen an der Einstichstelle: Erythem, Schwellung, Verhärtung, Jucken, Hämatom.                                                                                                                                                                    |
| <b>Gelegentlich</b><br><b>≥ 1/1000</b> | Allgemeinsymptome: Schüttelfrost, Gelenkschmerzen, Abdominalschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Durchfall, Schwindelgefühl, Schwellung der Lymphknoten.<br>Überempfindlichkeitsreaktionen: Urtikaria (Nesselsucht), Juckreiz, Hautausschlag oder Atemwegssymptome (Atemnot und Atemgeräusche/wheezing), Ödeme. |
| <b>Selten</b><br><b>≥ 1/10 000</b>     | Sehstörungen, Hitzewallungen, Herzklopfen, Empfindungsstörungen (Taubheitsgefühl/Kribbeln in den Händen, Armen oder Beinen).                                                                                                                                                                              |

Die Häufigkeit bestimmter Nebenwirkungen kann von Impfstoff zu Impfstoff variieren. Im Allgemeinen **verschwinden die Symptome spontan innerhalb von 1 bis 3 Tagen**. Das Impfschema sollte nicht aufgrund einer erfolgten, unerwünschten Wirkung eines Impfstoffs unterbrochen werden. Es könnten allenfalls alternative Impfstoffe zur Vervollständigung der Impfung verwendet werden.

- **Wenn Sie unter schweren Symptomen leiden, informieren Sie bitte sofort Ihre Apotheke oder Ihre Ärztin/Ihren Arzt.**

#### Von der Patientin / dem Patienten auszufüllender Bereich:

- ☐ Ich habe obige Informationen zur Kenntnis genommen und bestätige, ausreichend informiert worden zu sein. Allfällige Fragen konnte ich vorgängig mit der behandelnden Fachperson klären. Ich habe keine weiteren Fragen.
- ☐ Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass sämtliche im Fragebogen erfassten Daten richtig und vollständig sind, und ich bin damit einverstanden, geimpft zu werden.

**Ort/Datum:**

**Unterschrift:**



## 6. Angaben zum Impfstoff

- ☐ Impfung durchgeführt

Name Impfstoff: \_\_\_\_\_ Ch.-Nr.: \_\_\_\_\_

- ☐ Intramuskuläre Verabreichung in den Deltamuskel (Oberarm)

► Andere, bitte angeben: \_\_\_\_\_

- ☐ Eintrag im Impfausweis

Datum der Injektion, Krankheit die verhütet werden soll, Name und Ch.-Nr. des Impfstoffs, Apothekenstempel und Unterschrift.

Datum der Verabreichung der nächsten Impfdosis (sofern erforderlich): \_\_\_\_\_

- ☐ Impfung nicht durchgeführt, bitte begründen:

**Ort/Datum:**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift Apothekerin/Apotheker:**

\_\_\_\_\_

**Apothekenstempel:**

\_\_\_\_\_

## 7. Unerwünschte Wirkung nach Impfung (Sofortreaktion oder nach Rückmeldung der geimpften Person)

- ☐ lokale Reaktion  
☐ systemische Reaktion  
☐ Konsultation Notaufnahme erforderlich  
☐ Impfzwischenfall gemeldet (Pharmakovigilanz, ELViS)

Datum: \_\_\_\_\_

**Beschreibung (inkl. Follow-up):**

Rückmeldedatum der geimpften Person:

\_\_\_\_\_

Apothekerin/Apotheker:

\_\_\_\_\_