

Covid-19-Impfung

Triage-Fragebogen zur Covid-19 Impfung in der Apotheke

Stand: 02. Juni 2021

Die nachfolgenden Fragen helfen bei der Entscheidung, ob die Covid-19-Impfung in der Apotheke durchgeführt werden kann, ob sie verschoben werden muss oder ob ein Arztbesuch angezeigt ist. **Dieser Triagefragebogen richtet sich nach den Impfpfehlungen des BAG. Diese können jedoch von Kanton zu Kanton variieren.**

A

1. Ausschlusskriterien

Wird eine oder mehrere der Fragen Nr. 1 bis 5 mit **JA** beantwortet, kann die Covid-19-Impfung **in der Apotheke nicht durchgeführt werden.**

Treffen diese Kriterien auf Sie zu?

	JA	NEIN
1. Sie sind jünger als 18 Jahre (gilt für COVID-19 Vaccine von Moderna®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sie sind schwanger oder es besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sein könnten ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sie leiden unter einer Immunschwäche oder Sie nehmen Medikamente ein, die das Immunsystem beeinflussen (z.B. Kortison, Chemotherapie oder immunsuppressive Therapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sie haben eine Allergie gegen Bestandteile ² des Impfstoffs (z.B. Polyethylenglycol PEG, Trometamol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sie hatten früher einmal schwere Reaktionen ³ oder Allergien auf einen Impfstoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wird eine oder mehrere der Fragen Nr. 6 bis 9 mit **JA** beantwortet, muss die Covid-19-Impfung **verschoben werden.**

Treffen diese Kriterien auf Sie zu?

	JA	NEIN
6. Sie leiden zurzeit an einer akuten fieberhaften Erkrankung / Erkältung (Covid-Test empfohlen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sie wurden in den letzten 6 Monaten positiv auf Covid-19 getestet (PCR / Antigen-Schnelltest) ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sie befinden sich aktuell in angeordneter Quarantäne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sie haben in den letzten 7 Tagen eine andere Impfung erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderes Impfrisiko (Impfung möglich mit den nötigen Vorsichtsmassnahmen)

	JA	NEIN
10. Leiden Sie an einem Gerinnungsleiden (z.B. Mangel an Gerinnungsfaktoren, Bluterkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Nehmen Sie regelmässig Medikamente zur Gerinnungshemmung (Blutverdünner) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Leiden Sie unter chronischen Krankheiten oder nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B

2. Angaben zur Person (evtl. Etikette aufkleben)

Nachname :	Vorname :
Geburtsdatum :	Pass /ID-Nr. ⁵ :
Geschlecht : <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Andere	Strasse :
PLZ / Ort :	Telefonnummer (Mobil) :
Krankenkasse :	Versicherungskartennr.: 80756.....

¹ Die Impfung ist für schwangere Frauen ab dem 2. Trimester möglich. Voraussetzung ist eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung, eine ärztliche Aufklärung (Frauenarzt/-ärztin, resp. Hausarzt/-ärztin) sowie die schriftliche Einwilligung der schwangeren Frau (einschliesslich ärztliches Attest). Im Zweifelsfall soll ein Schwangerschaftstest durchgeführt werden, um eine Schwangerschaft vor der Impfung auszuschliessen.

² Inhaltsstoffe des COVID-19 Vaccine Moderna® mit Allergierisiko: Polyethylenglycol (PEG2000 DMG), Trometamol, Trometamol HCl

³ Personen mit bekannten schweren akuten Allergien oder kutaner oder systemischer Mastozytose sind an einen Facharzt zu überweisen

⁴ Die Impfung ist erst 6 Monate nach bestätigter Infektion empfohlen, resp. 3 Monate bei besonders gefährdeten Personen

⁵ nicht zwingend nötig.

C

3. Mögliche unerwünschten Wirkungen und weitere Informationen

- Lokale Reaktionen: Schmerzen, Schwellung, Rötung oder Ausschlag, an der Injektionsstelle, «COVID-Arm», der hauptsächlich ca. 1 Woche nach der ersten Injektion mit dem COVID-19-Impfstoff von Moderna® auftreten kann.
- Systemische Reaktionen: Müdigkeit, Kopfweh, Muskel- und Gelenkschmerzen, Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit, Erbrechen
- Schwere unerwünschte Impferscheinungen sind sehr selten (z.B. temporäre Gesichtslähmungen, Schock, Anaphylaxie)
- Für einen ausreichenden Schutz sind zwei Impfdosen in einem Abstand von ca. 4 Wochen nötig. Für Personen mit einer bestätigten⁶ Covid-19-Infektion ist 1 Dosis Impfstoff ausreichend, welche 6 Monate nach der Infektion⁷ empfohlen ist (Ausnahme: Personen mit Immunschwäche benötigen nach einer bestätigten Infektion zwei Dosen Impfstoff und dies 3 Monate nach Infektion).
- Die vom BAG empfohlenen Schutzmassnahmen (Abstand, Maske, Hygiene, etc.) gelten auch mit der Impfung. Ausnahme: bei privaten Treffen von vollständig geimpften Personen (14 Tage nach 2. Injektion) → auf Maske und Abstand kann verzichtet werden.
- Um allfällige seltene allergische Reaktionen abzuwarten, bleiben Sie nach der ersten Impfung für 15 Minuten und bei der zweiten Impfung für 5 Minuten im Wartebereich der Apotheke zur Beobachtung. Bei späteren Reaktionen oder Symptomen kontaktieren Sie bitte unverzüglich Ihre/n Apotheker/in oder Ihre/n Arzt/Ärztin.
- Die Covid-19 Impfung ist für Personen kostenlos, die über eine obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) in der Schweiz verfügen. Gleichfalls für Personen ohne OKP mit Wohnsitz oder ständigem Aufenthalt in der Schweiz (z. B. Diplomaten, Studenten, Rentner, sans-papiers) und für Grenzgänger, wenn sie aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit einem Infektionsrisiko ausgesetzt sind (z. B. Gesundheitspersonal im Kontakt mit besonders gefährdeten Personen oder Pflegepersonal in Heimen / Institutionen).

D

4. Aufklärung und Einwilligung

Ich habe obige Informationen über die Impfung zur Kenntnis genommen und verstanden. Allfällige Fragen konnte ich vorgängig mit einer Fachperson klären. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung von zwei Injektionen, mit der elektronischen Erfassung meiner Daten sowie deren Weiterleitung an die zuständige Behörde durch die Apotheke, einverstanden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass sämtliche im Fragebogen angegebenen Daten richtig und vollständig sind⁸ und entbindet den Dienstleistungserbringer von sämtlicher Haftung für Schäden, welche als Folge der Impfung entstehen können.

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

E

5. Angaben zum Impfkakt 1. Dosis

- Impfrisiken durch Apotheker/in abgeklärt / Impfindikation gegeben Visum Apotheker/in:
- Bei Gerinnungshemmungen: Langsame Injektion mit dünner Nadel (25G), vor der Injektion nicht aspirieren, 2 Min. Kompression, Information des/der Kunden/in, dass ein Hämatom möglich ist.
- Identität des/der Kunden/in geprüft (z.B. mit Pass/Identitätskarte)
- Impfung durchgeführt am (Datum) Uhrzeit:.....**
- COVID-19 Vaccine Moderna® Lotnr.....
- Visum Mitarbeitende, die impft:

⁶ Bestätigt heisst: Positiver PCR- oder Antigentest (kein Selbsttest) oder Nachweis von IgG Antikörpern gegen SARS-CoV-2.

⁷ Minimalintervall für eine einzelne Impfdosis: 4 Wochen nach Infektion.

⁸ Die informierte Einwilligung des Kunden ist zu dokumentieren, Gemäss BAG braucht es nicht zwingend eine Unterschrift, eine elektronische Einwilligung ist auch möglich. pharmaSuisse empfiehlt jedoch die händische Unterschrift einzuholen.

- Termin für 2. Dosis vereinbart (zw. 4 und 6 Wochen für Moderna-Impfstoff) Datum:
- Eintrag in ein elektronisches Impfdossier
- Eintrag ins Impfbüchlein der/des Kunden/in

Impfung nicht durchgeführt, weil:

- Unwohlsein/Verzicht Kunde Impfrisiko vorhanden Weiterleitung an Arzt
- Andere

Unerwünschte Wirkung nach Impfung

- lokale Reaktion systemische Reaktion:
- mit Notfallkontakt Impfwischenfall gemeldet (EIVIS)

Keine unerwünschte Wirkungen nach Impfung

- Kunde/in kann nach einer Beobachtungszeit von 15 Minuten ohne akute Impfreaktionen entlassen werden
- Impfdokumentation abgegeben

Bemerkungen:

Ort/Datum: Unterschrift der Person, die geimpft hat:

Angaben zur Person (evtl. Etikette aufkleben)

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Pass /ID-Nr. 9:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Andere	Strasse:
PLZ / Ort:	Telefonnummer (Mobil):
Krankenkasse:	Versicherungskartennr.: 80756.....

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



F

6. Angaben zum Impfstoff 2. Dosis

- Nachgefragt, ob nach der 1. Dosis Nebenwirkungen aufgetreten sind
- Impfrisiken durch Apotheker/in abgeklärt / Impfindikation gegeben. Visum Apotheker/in:
- Bei Gerinnungshemmungen: Langsame Injektion mit dünner Nadel (25G), vor der Injektion nicht aspirieren, 2 Min. Kompression, Information des/der Kunden/in, dass ein Hämatom möglich ist.
- Identität des/der Kunden/in geprüft (z.B. mit Pass/Identitätskarte)

→ **Achtung: Gleicher Impfstoff wie bei der 1. Dosis verwenden!**

Impfung durchgeführt am (Datum) **Uhrzeit:**

- COVID-19 Vaccine Moderna® Lotnr:
- Visum Mitarbeitende, die impft:

- Eintrag in ein elektronisches Impfdossier
- Eintrag ins Impfbüchlein der/des Kunden/in

Impfung nicht durchgeführt, weil:

- Unwohlsein/Verzicht Kunde Impfrisiko vorhanden Weiterleitung an Arzt Andere:

Unerwünschte Wirkung nach Impfung

- lokale Reaktion systemische Reaktion:
- mit Notfallkontakt Impfwischenfall gemeldet (EIVIS)

Keine unerwünschte Wirkungen nach Impfung

- Kunde/in kann nach einer Beobachtungszeit von 5 Minuten ohne akute Impfreaktionen entlassen werden
- Impfdokumentation abgegeben

Bemerkungen:

Ort/Datum: Unterschrift der Person, die geimpft hat:

