

Covid-19-Impfung

Triage-Fragebogen zur Covid-19 Impfung in der Apotheke

Stand: 23. April 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. Die Impfempfehlungen des BAG sehen eine Einteilung in 5 Zielgruppen vor (in hierarchischer Reihenfolge). Kantonale Vorschriften können davon abweichen.

Bitte Zutreffende Zielgruppe ankreuzen

- 1. Besonders gefährdete Personen¹ (BGP)
- 2. Gesundheitspersonal mit Patientenkontakt und Betreuungspersonal von BGP
- 3. Enge Kontakte von BGP (Haushaltsmitglieder)
- 4. Erwachsene in Gemeinschaftseinrichtungen mit erhöhtem Infektions- und Ausbruchsrisiko
- 5. Alle weiteren Erwachsenen

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 ² | <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 ³ des Impfstoffs (z.B. Polyethylenglycol PEG) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sie hatten früher einmal schwere Reaktionen ⁴ 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 sind in den letzten 3 Monaten nachweislich an Covid-19 erkrankt | <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"/> |

2. Zusätzliche Kriterien des Kantons Berns

Falls eine oder mehrere der Fragen 10. Bis 12. Mit **JA** beantwortet, kann die Covid-19-Impfung nur mit vorliegendem Impfzept in der Apotheke durchgeführt werden.

Treffen diese Kriterien auf Sie zu?

JA **NEIN**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ist ein Impfzept für Risikopatienten vorhanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

B

3. 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 BGP gemäss BAG: Personen über 65 Jahre; Erwachsene < 65 Jahre mit Vorerkrankungen wie Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Chronische Atemwegserkrankungen, Krebs, Erkrankungen/Therapien, die das Immunsystem schwächen, Adipositas

² Eine Schwangerschaft soll für den Zeitraum bis 2 Monate nach Abschluss der Covid-19 Impfung vermieden werden.

³ Inhaltsstoffe des COVID-19 Vaccine Moderna® mit Allergierisiko: Polyethylenglycol (PEG2000 DMG), Trometamol, Trometamol HCl

⁴ Personen mit bekannten schweren akuten Allergien oder kutaner oder systemischer Mastozytose sind an einen Facharzt zu überweisen

⁵ nicht zwingend nötig, wird für allfälligen Übertrag auf www.meineimpfungen.ch benötigt

C

4. Mögliche unerwünschten Wirkungen und weitere Informationen

- Lokale Reaktionen: Schmerzen, Schwellung, Rötung oder Ausschlag, an der Injektionsstelle
- Systemische Reaktionen: Müdigkeit, Kopfweg, 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.
- Die vom BAG empfohlenen Schutzmassnahmen (Abstand, Maske, Hygiene, etc.) gelten auch mit der Impfung.
- 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 in der Schweiz verfügen und eine entsprechende Versicherungskarte vorweisen können⁶.

D

5. 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.
- Ich bin mit der Erstellung eines elektronischen Dossiers auf www.meineimpfungen.ch einverstanden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass sämtliche im Fragebogen angegebenen Daten richtig und vollständig sind⁷.

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

E

6. Angaben zum Impfkakt 1. Dosis

- Impfrisiken durch Apotheker/in abgeklärt / Impfindikation gegeben Visum Apotheker/in:
- Bei Gerinnungshemmungen: Langsame Injektion mit dünner Nadel (25G) und 2 Min. Kompression
- Identität des/der Kunden/in geprüft (z.B. mit Pass/Identitätskarte)
- Impfung durchgeführt am (Datum) Uhrzeit:
- COVID-19 Vaccine Moderna[®] AstraZeneca COVID-19 Impfstoff Lotnr.:
- Visum Mitarbeitende, die impft:
- Termin für 2. Dosis vereinbart (zw. 4 und 6 Wochen für Moderna-Impfstoff) Datum:
- Eintrag ins elektronische Impfdossier myCOVIDvac/ www.meineimpfungen.ch
- 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 Impfzwischenfall gemeldet (ElViS)

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 des/r zuständigen Apothekers/in:

⁶ Bei Personen ohne Versicherung in der Schweiz (z.B. Grenzgänger oder Personen mit einer Krankenversicherung im Ausland) erfolgt keine Kostenübernahme durch den Bund. Diese Kosten gehen zu Lasten der individuellen Versicherung und müssen in der Apotheke einkassiert werden.

⁷ 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.

F

7. 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) und 2 Min. Kompression
- 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[®] AstraZeneca COVID-19 Impfstoff Lotnr:
- Visum Mitarbeitende, die impft:

- Eintrag ins elektronische Impfdossier myCOVIDvac/ www.meineimpfungen.ch
- 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 des/r zuständigen Apothekers/in: