

Covid-19-

2. Boosterimpfung

Triage-Fragebogen zur Covid-19 2. Boosterimpfung in der Apotheke

Stand: 15.07.2022

Die nachfolgenden Fragen helfen bei der Entscheidung, ob die Covid-19-Boosterimpfung 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.** Um kantonale Besonderheiten zu dokumentieren, können Sie unten das Feld "zusätzliche Kriterien des Kantons" nutzen.

A

1. Ausschlusskriterien

Wird eine oder mehrere der Fragen Nr. 1 bis 4 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 80 Jahre ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 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"/>
3. Sie haben eine Allergie gegen Bestandteile ² des Impfstoffs (z.B. Polyethylenglycol PEG, Trometamol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 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. 5 bis 8 mit **JA** beantwortet, muss die Covid-19-Impfung **verschoben werden**.

Treffen diese Kriterien auf Sie zu?	JA	NEIN
5. Sie leiden zurzeit an einer akuten fieberhaften Erkrankung / Erkältung (Covid-Test empfohlen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sie befinden sich aktuell in angeordneter Quarantäne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sie haben innerhalb der letzten 4 Monaten Ihre 1. Boosterimpfung erhalten Datum 1. Boosterimpfung: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. In den letzten 4 Wochen hatten Sie eine bestätigte Covid-19 Infektion Datum Infektion: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderes Impfrisiko (Impfung möglich mit den nötigen Vorsichtsmassnahmen)	JA	NEIN
9. Leiden Sie an einem Gerinnungsleiden (z.B. Mangel an Gerinnungsfaktoren, Bluterkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nehmen Sie regelmässig Medikamente zur Gerinnungshemmung (Blutverdünner) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 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. ⁴:

Geschlecht: Männlich Weiblich Andere Strasse :

PLZ / Ort : Telefonnummer (Mobil) :

Krankenkasse: Versicherungskartennr.: 80756

* Für das Covid-Zertifikat bitte alle Vor- und Nachname(n) gemäss Pass angeben

¹ Impfstoffe Spikevax (vorher COVID-19 Vaccine von Moderna®) und Comirnaty® von Pfizer/BioNTech sind ab 12 Jahren zugelassen. In der Apotheke sind jedoch Impfungen an unter 16-Jährige untersagt. Der Impfstoff COVID-19-Vaccine Janssen von Johnson & Johnson ist ab 18 Jahren zugelassen.

² Wenn Sie gegen einen Bestandteil der mRNA-Impfstoffe allergisch sind, wenden Sie sich an einen Allergologen, um eine Empfehlung für den Janssen-Impfstoff zu erhalten.

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

⁴ nicht zwingend nötig.

C

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 Impfstoff Spikevax von Moderna® auftreten kann.
- Systemische Reaktionen: Müdigkeit, Kopfweg, Muskel- und Gelenkschmerzen, Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit, Erbrechen
- Sehr seltene Nebenwirkung Myokarditis: Im Falle von Brustschmerzen, Kurzatmigkeit oder Herzklopfen innerhalb von 14 Tagen nach der Impfung, ist sofort medizinische Beratung und Hilfe einzuholen⁵.
- Schwere unerwünschte Impferscheinungen sind sehr selten (z.B. temporäre Gesichtslähmungen, Schock, Anaphylaxie)
- 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 (OKP) in der Schweiz verfügen sowie für Personen ohne OKP mit Wohnsitz in der Schweiz und für Grenzgänger, wenn sie aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit einem Infektionsrisiko ausgesetzt sind (z. B. Gesundheitspersonal).

D

3. 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 einer Injektion, mit der elektronischen Erfassung meiner Daten sowie deren Weiterleitung an die zuständige Behörde durch die Apotheke, einverstanden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass alle im Fragebogen angegebenen Daten richtig und vollständig sind⁶.

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

E

4. Angaben zum Impfstoff 4. Dosis (Boosterimpfung)

- Nachgefragt, ob nach der 1., 2. oder 3. 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: Wenn möglich, gleicher Impfstoff wie bei der 1., 2. und 3. Dosis verwenden!

Impfung durchgeführt am (Datum) Uhrzeit:

Name des Impfstoffs : 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 Impfzwischenfall 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:

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

⁵ Die sehr seltene Nebenwirkung Myokarditis tritt primär innerhalb von 14 Tagen nach der zweiten Dosis auf und zwar häufiger bei jüngeren Männern.

⁶ 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.