

Covid-19-Impfung

Triage-Fragebogen zur Covid-19 Impfung in der Apotheke

Stand: 12.1.2022

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.

A

1. Ausschlusskriterien

Wird eine oder mehrere der Fragen Nr. 1 bis 7 mit **JA** beantwortet, kann der Covid-19-Booster **in der Apotheke nicht durchgeführt werden**.

Treffen diese Kriterien auf Sie zu?	JA	NEIN
1. Sie sind jünger als 18 Jahre (gilt für Booster 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)	<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"/>
6. Sie wurden mit einem andere Impfstoff als Moderna/Spikevax grundimmunisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sie leiden an einer Autoimmunkrankheit (Diabetes Typ I, rheum.Erkrankung, MS, Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wird eine oder mehrere der Fragen Nr. 8 bis 10 mit **JA** beantwortet, muss die Covid-19-Impfung **verschoben werden**.

Treffen diese Kriterien auf Sie zu?	JA	NEIN
8. Sie leiden zurzeit an einer akuten fieberhaften Erkrankung / Erkältung (Covid-Test empfohlen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Der Abstand zur Grundimmunisierung oder zu einer bestätigten Covid-Infektion ⁵ beträgt weniger als 6 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sie befinden sich aktuell in angeordneter Quarantäne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderes Impfrisiko (Impfung möglich mit den nötigen Vorsichtsmassnahmen)	JA	NEIN
11. Leiden Sie an einem Gerinnungsleiden (z.B. Mangel an Gerinnungsfaktoren, Bluterkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nehmen Sie regelmässig Medikamente zur Gerinnungshemmung (Blutverdünner) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Leiden Sie unter chronischen Krankheiten oder nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls ja, welche?

2. Zusätzliche Kriterien: müssen zwingend mit JA beantwortet werden

	JA	NEIN
1. Ich bin über 18 Jahre alt, Abstand zur letzten Covid-Impfung/Infekt mind. 6 Monate ^{5,7}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Meine Grundimmunisierung erfolgte mit Moderna/Spikevax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sofern Alter 18-30 Jahre: Ich wünsche explizit den Booster mit Spikevax ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ 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. Wenn Sie gegen einen Bestandteil der mRNA-Impfstoffe allergisch sind, wenden Sie sich an einen Allergologen, um dort den Janssen-Impfstoff zu erhalten.

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

⁵ Bestätigt heisst: Positiver PCR- oder Antigentest (kein Selbsttest) oder Nachweis von IgG Antikörpern gegen SARS-CoV-2.

⁶ Die sehr seltene Nebenwirkung Myokarditis tritt primär innerhalb von 14 Tagen nach der zweiten Dosis auf und zwar häufiger bei jüngeren Männern.

B

3. Angaben zur Person (bei Anmeldung LESERLICH auszufüllen und kontrollieren)

Nachname : Vorname :
Geburtsdatum : Pass /ID-Nr.:
Geschlecht : Männlich Weiblich Strasse :
PLZ / Ort : **Handynummer** :
Email: KrankenkasseNr.: 807.....

C

4. 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, Kopfweh, 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 einzuholen. Spikevax scheint für diese Nebenwirkung bei Personen unter 30 Jahren anfälliger zu sein, daher wird für diese Gruppe der Comirnaty-Impfstoff empfohlen⁶.
- Schwere unerwünschte Impferscheinungen sind sehr selten (z.B. temporäre Gesichtslähmungen, Schock, Anaphylaxie)
- Für einen ausreichenden Schutz sind zwei Impfdosen Spikevax von Moderna® und Comirnaty® von Pfizer/BioNTech in einem Abstand von ca. 4 Wochen nötig. Für Personen mit bestätigter⁴ Covid-19-Infektion ist für das Impfschema des BAG zu berücksichtigen. Besonders gefährdete Personen (BGP) mit Immunschwäche wenden sich für weitere Informationen an ihre/n Apotheker/in oder ihre/n Arzt/Ärztin).
Hinweis: Auffrischimpfung (Booster) 4 Monate nach der Grundimmunisierung wird für Comirnaty und Spikevax eine Auffrischimpfung empfohlen; in der Apotheke ist wegen off-label erst ein Boostern nach 6 Monaten möglich⁷.
- Die vom BAG empfohlenen Schutzmassnahmen (Abstand, Maske, Hygiene, etc.) gelten auch mit der Impfung.
- Um allfällige seltene allergische Reaktionen abzuwarten, bleiben Sie nach dem Boostern 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

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 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 sind.

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