

# Covid-19-Impfung

## Triage-Fragebogen zur Covid-19 Impfung in der Apotheke

Stand: 08.10.2022

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.

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?

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
1. Sie sind jünger als 16 Jahre <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sie sind im 1. Trimester schwanger (1. bis 12. Woche) oder es besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sein könnten <sup>2</sup>	<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 <sup>3</sup> des Impfstoffs (z.B. Polyethylenglycol PEG, Trometamol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sie hatten früher einmal schwere Reaktionen <sup>4</sup> oder Allergien auf einen Impfstoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wird eine oder beide der Fragen Nr. 6 und 7 mit **JA** beantwortet, muss die Covid-19-Impfung **verschoben werden**.

#### Treffen diese Kriterien auf Sie zu?

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
6. Sie leiden zurzeit an einer akuten fieberhaften Erkrankung / Erkältung (Covid-Test empfohlen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Besonderes Impfrisiko (Impfung möglich mit den nötigen Vorsichtsmassnahmen)

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
7. Leiden Sie an einem Gerinnungsleiden (z.B. Mangel an Gerinnungsfaktoren, Bluterkrankheit <sup>5</sup> ) <sup>6</sup> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nehmen Sie regelmässig Medikamente zur Gerinnungshemmung (Blutverdünner) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 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.<sup>7</sup>: .....

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

C

### 3. Mögliche unerwünschte Wirkungen

- 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.

<sup>1</sup> Impfstoffe Spikevax® 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.

<sup>2</sup> Die Impfung mit einem mRNA-Impfstoff ist für schwangere Frauen ab dem 2. Trimester empfohlen. Eine schriftliche Einwilligung der schwangeren Frau und ein ärztliches Attest ist nicht mehr erforderlich. Hingegen ist eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung sowie eine ärztliche Aufklärung (Frauenarzt/-ärztin, resp. Hausarzt/-ärztin) sinnvoll. Im Zweifelsfall soll ein Schwangerschaftstest durchgeführt werden, um eine Schwangerschaft vor der Impfung auszuschliessen.

Der Impfstoff COVID-19-Vaccine Janssen von Johnson & Johnson ist nicht für die Anwendung bei schwangeren und stillenden Frauen zugelassen.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Personen mit bekannten schweren akuten Allergien oder kutaner oder systemischer Mastozytose sind an einen Facharzt zu überweisen.

<sup>5</sup> Bei Personen mit schwerer und mittelschwerer Hämophilie oder von-Willebrand-Syndrom (SVW) Typ 3 sollten die Gerinnungsfaktoren vor der Impfung bestimmt werden.

<sup>6</sup> Intramuskuläre (IM) Verabreichung mit dünnen Nadeln (23G oder 25G) möglich. Unmittelbar danach muss die Injektionsstelle 10 Minuten lang komprimiert werden. Zudem muss nach der Anwendung die Injektionsstelle auf lokale Schwellungen, die Entwicklung eines Hämatoms oder allergische Reaktionen hin beobachtet werden.

<sup>7</sup> nicht zwingend nötig.

- Myokarditis:** sehr seltene Nebenwirkung. Im Falle von Brustschmerzen, Kurzatmigkeit oder Herzklopfen innerhalb von 14 Tagen nach der Impfung, ist sofort medizinische Beratung und Hilfe einzuholen<sup>8</sup>. Das BAG und die EKIF empfehlen, Personen unter 30 Jahren vorzugsweise mit Comirnaty<sup>®</sup> zu impfen.
- Schwere unerwünschte Impferscheinungen sind sehr selten (z.B. temporäre Gesichtslähmungen, Schock, Anaphylaxie)

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 beiden Injektionen für die Grundimmunisierung und für Booster-Dosen bei Bedarf zu, 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 sind<sup>9</sup>.

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

E

#### 5. Angaben zum Impfstoff

- 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)
- Nachgefragt, ob nach der 1. oder 2. Dosis Nebenwirkungen aufgetreten sind

→ Wenn möglich, gleicher Impfstoff wie bei der 1. und 2. Dosis verwenden!

Ausnahme: Aufgrund der neu verfügbaren Daten empfehlen das BAG und die EKIF, Personen unter 30 Jahren vorzugsweise mit Comirnaty<sup>®</sup> zu impfen. Personen unter 30 Jahren, die eine Dosis Spikevax<sup>®</sup> erhalten haben, wird empfohlen, die Impfung vorzugsweise mit einer Dosis Comirnaty<sup>®</sup> zu vervollständigen, wobei zwischen der 1. und 2. Dosis ein Abstand von mindestens 28 Tagen eingehalten werden sollte.

- spikevax  spikevax 0 / O (bivalent)
- 1.Impfung  2.Impfung (4 Wochen nach der 1. Dosis)
- Booster ..... (mind. 4 Monate nach letzter Impfung bzw. Infektion)
- off-label (z.B. bivalent Impfstoff < 18 Jahre) .....
- Impfung durchgeführt am (Datum) ..... Uhrzeit: .....
- Name des Impfstoffs :.....  Lotnr.: .....
- 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 15 Minuten ohne akute Impfreaktionen entlassen werden
  - Impfdokumentation abgegeben

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

<sup>8</sup> Die sehr seltene Nebenwirkung Myokarditis tritt primär innerhalb von 14 Tagen nach der zweiten Dosis auf und zwar häufiger bei jüngeren Männern.

<sup>9</sup> 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.