

Triage Fragebogen zur Grippeimpfung



NEU- Kunden

Krankenkassen-Karte erfassen / Tel Nr

Etikette Kundendossier aufkleben!

Dossiernummer:

.....

Temporäre Ausschlusskriterien (Wenn «ja» → Verschieben der Impfung)	JA	NEIN
Fühlen Sie sich unwohl ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausschlusskriterien (Wenn «ja» bei mindestens einer Frage mit * ärztliche Abklärung empfohlen)	JA	NEIN
Sind Sie allergisch: → auf Hühnereiweiss? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ auf Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ auf einen Bestandteil des Impfstoffs? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals schwere Nebenwirkungen während oder nach einer Impfung? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Immunschwäche oder -krankheit? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein bekanntes erhöhtes Blutungsrisiko (z. B. vererbt)? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmässig: → einen Blutgerinnungshemmer (ausser Aspirin Cardio)? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Kortison (≥ 20mg/d, resp. Prednison oder äquivalent)? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ ein Medikament, welches die Immunabwehr hemmt? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befinden Sie sich zur Zeit in regelmässiger ärztlicher Kontrolle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie jemals bei einer Impfung/Blutentnahme in Ohnmacht gefallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Frauen: Sind Sie schwanger? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestehende Grunderkrankungen	JA	NEIN
Leiden Sie an einer Grunderkrankung oder chronischen Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
<input type="checkbox"/> Hypertonie		<input type="checkbox"/> Schilddrüsenfunktionsstörung
<input type="checkbox"/> Herz-/ Gefässerkrankung		<input type="checkbox"/> Erkrankung des Magen-Darmtraktes
<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (z. B. Asthma, COPD)		<input type="checkbox"/> Entzündliche Erkrankung
<input type="checkbox"/> Erkrankung des Zentralnervensystems		<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung (z. B. Diabetes)
<input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen, nämlich:		
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		

Informationen zu den unerwünschten Wirkungen und Einverständnis des Kunden

→ Reaktionen an der Injektionsstelle (Schmerz, Rötung, Juckreiz) kommen häufig vor und verschwinden meistens innert 2 Tagen.

→ Reaktionen, die den ganzen Körper betreffen (Fieber, Muskelschmerzen, Unwohlsein) treten bei ca. 5 % der Geimpften auf; sie halten selten länger als 2 Tage an.

→ Schwere Nebenwirkungen (Nesselfieber, Schwellungen, Asthma, Schock) treten äusserst selten auf. Ein Zusammenhang zwischen Lähmungen (Guillain-Barré-Syndrom, GBS) und der Grippeimpfung ist nicht klar erwiesen; dazu kommt es evtl. in einem Fall pro 1 Million geimpfter Personen.

Sollten Symptome auftreten, die Sie beunruhigen, so informieren Sie bitte unverzüglich uns oder einen Arzt.

Ich habe obige Informationen zur Kenntnis genommen und bestätige, auch über den Preis der Impfung informiert worden zu sein. Allfällige Fragen konnte ich vorgängig mit der behandelnden Fachperson klären. Ich habe keine weiteren Fragen. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung dieser Impfung einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu statistischen Zwecken anonymisiert verwendet werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass sämtliche im Fragebogen erfassten Daten richtig und vollständig sind.

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

Angaben zum Impfkart (auszufüllen durch den Impfapotheker)

Impfung durchgeführt

- Eintrag ins elektronische Impfdossier, inklusive Chargennummer des Impfstoffs
- Eintrag im Impfausweis, inklusive Chargennummer des Impfstoffs
- kein Eintrag in Impfausweis/-dossier gewünscht

Lotnummer Impfstoff:

Bemerkungen zur Impfung:

Impfung nicht durchgeführt, weil

- Unwohlsein Kunde
- Grunderkrankung/Grundmedikation
- an Arzt weitergeleitet
- besonderes Impfrisiko
- Impfung für Kunden nicht indiziert
- Verzicht Kunde
- Impfung verschoben

Ungefährer Zeitaufwand zum Ausfüllen des Fragebogens: Minuten

Ort/Datum: Unterschrift des/r zuständigen Apothekers/in:

Unerwünschte Wirkung nach Impfung (Sofortreaktion oder nach Rückmeldung vom Kunden)

lokale Reaktion systemische Reaktion

Datum der Rückmeldung:

Beschreibung (inkl. Follow-up):