COVID-19-Impfung

Triage-Fragebogen zur COVID-19 Impfung in der Apotheke  *14.11.2021*

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.   
**Dieser Triagefragebogen richtet sich nach den Impfempfehlungen von BAG/EKIF Stand 9. Nov. 2021 und der Zulassung von Swissmedic Stand 26. Okt. 2021.**Jede impfende Stelle ist selbst dafür verantwortlich, sich immer an der neusten BAG/EKIF Impfempfehlung und Swissmedic Zulassungsstand zu orientieren.

1. Ausschlusskriterien

A

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 16 Jahre[[1]](#footnote-2) £ £
2. Sie sind im 1. Trimester schwanger (1. bis 12. Woche) oder es besteht die Möglichkeit,   
   dass Sie schwanger sein könnten[[2]](#footnote-3) £ £
3. Sie leiden unter einer Immunschwäche oder Sie nehmen Medikamente ein, die das   
   Immunsystem beeinflussen (z.B. Kortison, Chemotherapie oder immunsuppressive Therapie) **\*)** £ £
4. Sie haben eine Allergie gegen Bestandteile[[3]](#footnote-4) des Impfstoffs (z.B. Polyethylenglycol PEG, Trometamol) £ £
5. Sie hatten früher einmal schwere Reaktionen[[4]](#footnote-5) oder Allergien auf einen Impfstoff £ £
6. Sie leiden zurzeit an einer akuten fieberhaften Erkrankung / Erkältung (COVID-Test empfohlen) £ £
7. Sie befinden sich aktuell in angeordneter Quarantäne £ £

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

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

1. Leiden Sie an einem Gerinnungsleiden (z.B. Mangel an Gerinnungsfaktoren, Bluterkrankheit)? £ £
2. Nehmen Sie regelmässig Medikamente zur Gerinnungshemmung (Blutverdünner) ein? £ £
3. Leiden Sie unter chronischen Krankheiten oder nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? £ £  
   Falls ja, welche? ……………………………………………………………………………………………………………………..
4. Zusätzliche Kriterien des Kantons Basel-Landschaft

## Folgende Impfungen dürfen durchgeführt werden, wenn die Kriterien mit JA erfüllt sind JA NEIN

## 1 \*) Dritte Impfung an schwer immundefiziente Personen: Die dritte (3.) Impfung an schwer immundefiziente Personen darf in Apotheken mit Überweisung durchgeführt werden. Eine Überweisung durch einen Spezialarzt oder des Hausarztes liegt vor: £ £

## 2. Auffrischimpfung (Booster) von Besonders Gefährdeten Personen (BGP gemäss [EKIF](https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/information-fuer-die-aerzteschaft/covid-19-impfung.html#-1942803447)) unter 65 Jahren: Attest eines Arztes liegt vor: £ £

1. Angaben zur Person (evtl. Etikette aufkleben)

B

Nachname\* : Vorname\* :

Geburtsdatum : Pass /ID-Nr. [[5]](#footnote-6):

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. Mögliche unerwünschten Wirkungen und weitere Informationen

C

£ 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[[6]](#footnote-7).

£ 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 bestätigter[[7]](#footnote-8) COVID-19-Infektion ist 1 Dosis Impfstoff zwischen 1 und 3 Monaten nach der Infektion[[8]](#footnote-9) empfohlen ist. Besonders gefährdete Personen (BGP) mit Immunschwäche wenden sich für weitere Informationen an ihre/n Apotheker/in oder ihre/n Arzt/Ärztin). Hinweis: Eine Dosis des COVID-19-Vaccine von Johnson & Johnson ist ausreichend. Dieser Impfstoff ist für Patienten mit Kontraindikationen gegen die beiden vorherigen Impfstoffe bestimmt sowie für Personen, welche den mRNA-Impfstoff ablehnen.  
Hinweis: 3. Dosis Booster: 6 Monate nach der Grundimmunisierung wird eine Auffrischungsdosis für einige Personen empfohlen, insbesondere für Personen über 65 Jahre. Ein detaillierter Impfplan wird derzeit ausgearbeitet.

£ 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).

1. Aufklärung und Einwilligung

D

£ **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.**

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass alle im Fragebogen angegebenen Daten richtig und vollständig sind[[9]](#footnote-10).**

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

1. Angaben zum Impfakt 1. Dosis

E

£ Bei Minderjährigen: Urteilsfähigkeit ist gegeben

£ 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)

£ **Impfung durchgeführt am (Datum) …………………………………….. Uhrzeit: …………………………….……..……..**

£ Name des Impfstoffs :………………………………………………….…….£ Lotnr.: ………………………………………………….…….

£ Visum Mitarbeitende, die impft: ………………………………….

£ Termin für 2. Dosis vereinbart Datum: ……………………………………..……….……..……

£ 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 (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 der Person, die geimpft hat:

1. Angaben zum Impfakt 2. und 3. Dosis

F

£ Nachgefragt, ob nach der 1. oder 2. 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)

* Auffrischimpfung: Wenn möglich, gleicher Impfstoff wie bei der 1. und 2. Dosis verwenden
* Es kann auch der jeweils andere mRNA-Impfstoff eingesetzt werden (heterologe Auffrischimpfung, Mix-Match) z.B. 1. und 2. Dosis Comirnaty®, Auffrischimpfung Spikevax®

£ **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 (ElViS)

£ **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 (SGS 901), besser jedoch 20 Jahre (nach OR) aufbewahrt werden.

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. [↑](#footnote-ref-2)
2. 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. [↑](#footnote-ref-3)
3. 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. [↑](#footnote-ref-4)
4. Personen mit bekannten schweren akuten Allergien oder kutaner oder systemischer Mastozytose sind an einen Facharzt zu überweisen [↑](#footnote-ref-5)
5. nicht zwingend nötig. [↑](#footnote-ref-6)
6. Die sehr seltene Nebenwirkung Myokarditis tritt primär innerhalb von 14 Tagen nach der zweiten Dosis auf und zwar häufiger bei jüngeren Männern. [↑](#footnote-ref-7)
7. Bestätigt heisst: Positiver PCR- oder Antigentest (kein Selbsttest) oder Nachweis von IgG Antikörpern gegen SARS-CoV-2. [↑](#footnote-ref-8)
8. Minimalintervall für eine einzelne Impfdosis: 4 Wochen nach Infektion. [↑](#footnote-ref-9)
9. 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. [↑](#footnote-ref-10)