

# Antigen-Schnelltests COVID-19

Triage-Fragebogen zum Antigen-Schnelltest SARS-CoV-2 in der Apotheke für Personen ab 12 Jahren V 4.1 22.03.21

## 1. Einschluss-und Ausschlusskriterien

Leiden Sie aktuell unter Symptomen?

- NEIN -> Personen ohne Symptome:** Bitte alle Fragen 1 bis 4 beantworten:
- |  | JA                       | NEIN                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie eine Meldung einer Begegnung durch die SwissCovid App erhalten? <sup>1</sup>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wurde für Sie ein Covid-19 Test im Rahmen einer Ausbruchsuntersuchung und -kontrolle durch eine Ärztin/einen Arzt angeordnet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Befinden Sie sich in angeordneter Kontaktquarantäne oder in Einreisequarantäne? <sup>2</sup>                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, Datum Beginn der Quarantäne: _____   |                          |                          |

**Hinweis:** Wird eine oder mehrere der Fragen Nr. 1 bis 3 mit **JA** beantwortet, wird ihr Testresultat dem BAG gemeldet. Die Kosten des Schnelltests werden vom Bund übernommen (max. 1 Test pro Tag). Falls alle Fragen 1 bis 3 mit **NEIN** beantwortet wurden, **kann ein Test auf Wunsch** durchgeführt werden. → **Weiter bei Frage 4**

4. Testen Sie auf Wunsch?

**Hinweis:** Beim Testen auf Wunsch (z.B. Reise oder- Besuchszwecke etc.) wird ihr negatives Testresultat dem BAG nicht gemeldet. Der Bund übernimmt die Kosten von Schnelltests **max. 1x pro Woche**. Wenn sie mehr als 1x pro Woche auf Wunsch testen möchten, gehen die Kosten zu Ihren Lasten. Ein positives Schnelltest-Resultat braucht eine unverzügliche PCR-Bestätigungsanalyse → **Weiter bei Frage 9**

**JA -> Personen mit Symptomen:** Bitte zutreffende Symptome ankreuzen und die Fragen 5 bis 8 beantworten

- Symptome einer akuten Atemwegserkrankung (z.B. Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit, Brustschmerzen)
- Fieber
- Plötzlicher Verlust des Geruchs- und oder Geschmackssinns
- Akute Verwirrtheit oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes bei älteren Patienten
- Andere Symptome nämlich: \_\_\_\_\_

( z.B. Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, allg. Schwächen, Schnupfen, Erbrechen, Übelkeit, Durchfall, Bauchschmerzen, Hautausschläge)

- |  | JA                       | NEIN                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 5. Die Symptome haben vor <b>mehr</b> als 4 Tage begonnen (Datum: _____)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Gehören Sie zu einer Gruppe von besonders gefährdeten Personen? <sup>3</sup>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Arbeiten Sie im Gesundheitswesen mit direktem Patientenkontakt?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sind Sie mit 2 Dosen geimpft oder haben Sie bereits eine COVID-19 Infektion durchgemacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Hinweis für symptomatische Personen:** Ihr Testresultat wird dem BAG gemeldet. Wird eine oder mehrere der Fragen Nr. 5 bis 8 mit **JA** beantwortet, ist **kein Schnelltest** angezeigt, sondern ein PCR-Test empfohlen. Ein positives Testresultat braucht **KEINE** PCR-Bestätigungsanalyse. → **Weiter bei Frage 9**

- Treffen diese Kriterien auf Sie zu?**
- |   | JA                       | NEIN                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 9. Sie haben kürzlich stattgefundene Nasentraumen oder operative Eingriffe an der Nase oder Nasennebenhöhlen gehabt                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sie haben gravierende Nasenscheidenverkrümmung oder chronisch enge Nasengänge   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Sie haben Gerinnungsleiden (z.B. Mangel an Gerinnungsfaktoren, Blutkrankheit. Die Einnahme von Antikoagulantien ist kein Ausschlusskriterium) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Hinweis:** Frage 9 bis 11 sind keine harten Ausschlusskriterien und es liegt im Ermessen der Apothekerin/des Apothekers, den Test durchzuführen.

<sup>1</sup>Meldung der SwissCovid App: Der Test kann ab dem 5. Tag nach dem (ersten) Kontakt erfolgen

<sup>2</sup>Kontaktquarantäne und Einreisequarantäne: Der Test kann frühestens ab dem 7. Tag der Quarantäne erfolgen. Ein negatives Resultat kann mit Zustimmung der zuständigen kantonalen Behörde die Quarantäne vorzeitig beenden.

<sup>3</sup>Personen über 65 Jahren, Schwangere, Vorerkrankungen wie Blutdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Chronische Atemwegserkrankungen, Krebs, Erkrankungen die das Immunsystem schwächen, Adipositas, Lebererkrankung, Nierenerkrankung.

## 2. Angaben zur getesteten Person

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Telefonnummer :
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Andere	E-Mail:
Strasse:	PLZ/Ort:
Wohnsitzland:	
Krankenkasse:	Versicherungsnummer:
Karten-Nr. 80756	

## 3. Aufklärung und Einwilligung

Ich habe Informationen zum durchführenden Test, den Kosten und der Bedeutung der möglichen Ergebnisse erhalten. Allfällige Fragen konnte ich vorgängig mit einer Fachperson klären. Ich habe keine weiteren Fragen. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Probeentnahme mittels Nasenabstrich, der Datenbearbeitung, der Meldung an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und im Falle eines Arztkontaktes der vertraulichen Weiterleitung der Patientendaten an den Arzt einverstanden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass sämtliche im Fragebogen angegebenen Daten richtig und vollständig sind.

→ Ort/Datum:..... Unterschrift:.....

## 4. Angaben zum Test/Durchführung/ Evaluation und Ergebniskommunikation

Test Hersteller:  Abbot Rapid Diagnostics  Hygienemassnahmen eingehalten

Entnahmedatum..... Uhrzeit.....

Probeentnahme abgebrochen, weil:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unwohlsein Kunde                                      | <input type="checkbox"/> Verzicht Kunde        |
| <input type="checkbox"/> Test für Kunden nicht indiziert (Ausschlusskriterien) | <input type="checkbox"/> Weiterleitung an Arzt |
| <input type="checkbox"/> Andere:.....  |  |

Testresultat:  positiv  negativ

Patient instruiert bezüglich Isolation/ Quarantäne

Testresultat an getestete Person am Entnahmedatum um .....Uhr persönlich/per SMS gemeldet.

Testresultat an BAG gemeldet am Entnahmedatum. Meldefrist **innerhalb von 2 Stunden bei positiven /innerhalb von 24 Stunden bei negativen** Resultaten eingehalten.

Bemerkungen.....

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

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