

Grippe

Triage-Fragebogen zur Grippeimpfung durch Apotheker/innen

Datum:

Dossiernummer (aus Online-Tool)

Informationen zur Grippeimpfung

Die saisonale Grippeimpfung wird empfohlen für Personen ab 16 Jahren; insbesondere für (bitte zutreffendes ankreuzen):

- Personen ab 65 Jahren
- Personen, die aus beruflichen oder privaten Gründen regelmässig Kontakt zu Risikopersonen mit erhöhtem Komplikationsrisiko oder zu Säuglingen <6 Monaten haben
- Beschäftigte im Gesundheitswesen, Mitarbeitende von Kinderkrippen, in Alters- und Pflegeheimen etc.
- Alle Personen, die ihr Risiko für eine Grippeerkrankung vermindern wollen
- Personen mit bestimmten chronischen Erkrankungen (siehe Impfplan)

A Persönliche Daten Kundin/Kunde

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Kundennummer:

Adresse:

PLZ: Ort:

Telefonnummer (freiwillig): E-Mail (freiwillig):

B Anamnese → beachten Sie bitte die kantonalen Vorschriften

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 «★» → besonderes Impfrisiko (ärztliche Abklärung empfohlen; **ZH:** Überweisung an den Arzt)

JA **NEIN**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sie allergisch: | | |
| → auf Hühnereiweiss?★ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → auf Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → auf einen der Bestandteile des Impfstoffs?★ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie jemals schwere Nebenwirkungen während oder nach einer Impfung?★ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie schwanger?★ | <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 Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie regelmässig: | | |
| → einen Blutgerinnungshemmer (ausser Aspirin)?★ | <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"/> |
| → andere Medikamente, welche: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	JA	NEIN
Befinden Sie sich zur Zeit in regelmässiger ärztlicher Kontrolle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie jemals bei einer Impfung oder Blutentnahme in Ohnmacht gefallen oder ist Ihnen übel geworden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Ärztliche Verordnung		
Rezept für die Impfung vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(z. B. bei besonderem Impfrisiko oder für Kantone, die die Impfung nur auf Rezept bewilligen)		

	JA	NEIN
Bestehende Grunderkrankungen		
Beachten Sie bitte die kantonalen Vorschriften; Angaben freiwillig		
Leiden Sie an einer Grunderkrankung oder chronischen Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
<input type="checkbox"/> Hypertonie		
<input type="checkbox"/> Herz-/Gefässerkrankung		
<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (z. B. Asthma, COPD)		
<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung (z. B. Diabetes, erhöhte Blutfette)		
<input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen, nämlich:		
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenfunktionsstörung		
<input type="checkbox"/> Erkrankung des Magen-Darmtraktes		
<input type="checkbox"/> Entzündliche Erkrankung		
<input type="checkbox"/> Erkrankung des Zentralnervensystems		



Zusätzliche Informationen zur Grippeimpfung
Angaben freiwillig

JA **NEIN**

Ist dies das erste Mal, dass Sie sich gegen Grippe impfen lassen?

Erfolgte die letzte Grippeimpfung

- in der Apotheke?
- beim Hausarzt?
- im Spital?
- anderes?

Wurden Sie spezifisch durch die Dienstleistung Impfen in der Apotheke zum Impfen motiviert?

Haben sie einen Hausarzt?

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

D 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 bearbeitet werden.

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

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

E Angaben zum Impfstoff

- Impfung durchgeführt**
 - Eintrag ins elektronische Impfdossier, inklusive Chargennummer des Impfstoffs
 - Eintrag im Impfausweis, inklusive Chargennummer des Impfstoffs
 - Kein Eintrag in Impfausweis/-dossier gewünscht

Name Impfstoff: Lotnummer Impfstoff: Klebeetikette des Impfstoffs

Bemerkungen zur Impfung:

- Impfung nicht durchgeführt, weil**
 - Unwohlsein Kunde
 - besonderes Impfrisiko (siehe unter Punkt B)
 - Verzicht Kunde
 - Grunderkrankung/Grundmedikation
 - Impfung für Kunden nicht indiziert (Zielgruppe)
- Impfung verschoben an Arzt weitergeleitet

Ungefährer Zeitaufwand zum Ausfüllen des Fragebogens: Minuten

Wieviel verlangen Sie für eine Grippeimpfung?

- ≤30 CHF 31 – 40 CHF 41 – 50 CHF >50 CHF

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

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

- lokale Reaktion
- systemische Reaktion:
 - mit Notfallkontakt
 - Impfzwischenfall gemeldet (Pharmakovigilanz, EIVIS)

Beschreibung (inkl. Follow-up):

.....

Rückmeldedatum:

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