



Grippe

Informations- und Triageformular für die Impfung

1. Zielgruppen der Impfung

Die **Impfempfehlung zur saisonalen Grippeimpfung** wird jährlich vom BAG definiert. Grundsätzlich wird die saisonale Grippeimpfung für Personen ab 16 Jahren empfohlen, insbesondere für:

- 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)
- Personen mit regelmässigem Kontakt zu Geflügel oder Wildvögel
- Schwangere und Frauen, die in den letzten 4 Wochen entbunden haben

Der **ideale Zeitpunkt** für die saisonale Grippeimpfung dauert von Mitte Oktober bis zu Beginn der Grippewelle. Die Grippeimpfung schützt abhängig vom Alter und Gesundheitszustand sowie von aktuell zirkulierenden Influenzaviren-Stämmen. Gemäss Studien wird die Wirksamkeit je nach Saison und geimpften Personen auf 20 bis 80 Prozent geschätzt. Trotz verminderter Wirksamkeit der Impfung bei Personen mit geschwächtem Immunsystem, bei älteren Personen oder Menschen mit chronischen Krankheiten, sind deren Symptome bei einer Ansteckung oft abgeschwächt und schwere Komplikationen sind seltener (siehe nähere Informationen unter www.impfengegengrippe.ch).

Die in der Schweiz zugelassenen Grippeimpfstoffe sind inaktiviert. Sie sind aus Fragmenten von Influenzaviren von vier verschiedenen Grippevirenstämmen (quadrivalent) zusammengesetzt. Der Impfstoff Efluelda® enthält eine höhere Antigenmenge und ist für Personen ab 65 Jahren zugelassen. Die Influenzaviren verändern sich ständig. Daher wird der Impfstoff für den Herbst jeweils gemäss den aktuellen Empfehlungen der WHO angepasst.

► Eine Grippeimpfung kann gleichzeitig mit, vor oder nach einer Covid-19-Impfung erfolgen.

2. Persönliche Daten Patientin/Patient (evtl. Patientenetikette aufkleben)

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.-Nr. (freiwillig): _____

E-Mail (freiwillig): _____

Nr. Patient/in (freiwillig): _____

Dieses Dokument muss mindestens **20 Jahre** oder gemäss kantonalen Vorschriften aufbewahrt werden.



3. Anamnese

Ausschlusskriterien

Wenn «Ja» bei mindestens einer Frage ► ärztliche Konsultation erforderlich	Ja	Nein
Sind Sie unter 16 Jahre alt?		
Sind Sie allergisch auf Hühnereiweiss? Ärztliche Konsultation nur erforderlich, wenn der Impfstoff Spuren von Hühnerei enthält (Beispiel: Ovalbumin)		
Hatten Sie jemals eine schwere Reaktion während oder nach einer Impfung?		
Sind Sie schwanger oder ist es wahrscheinlich, dass Sie es sind? Die Verabreichung eines Lebendimpfstoffs an schwangere Frauen ist kontraindiziert.		
Leiden Sie an einer Immunschwäche oder -krankheit?		
Haben Sie ein bekanntes erhöhtes Blutungsrisiko (z. B. vererbt)?		
Nehmen Sie regelmässig: - ein Medikament mit Kortison (≥ 20 mg/d, bzw. Prednison oder -äquivalent)? - ein Medikament, welches die Immunabwehr hemmt?		

Wenn «Ja» bei mindestens einer Frage ► Verschieben der Impfung	Ja	Nein
Fühlen Sie sich unwohl?		
Hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber?		

Andere Impfrisiken

Beachten Sie bitte die kantonalen Vorschriften

Wenn «Ja» bei mindestens einer Frage ► ggf. ärztlichen Rat einholen *	Ja	Nein
Haben Sie in den nächsten Tagen eine Operation geplant?		
Nehmen Sie regelmässig Blutverdünner ein (ausser Aspirin/Acetylsalicylsäure)? Wenn «ja»: Langsam i.m. injizieren mit einer dünnen, langen Kanüle (25G), vor der Injektion nicht aspirieren, Kompression während mindestens 2 Minuten, ohne zu reiben. Geimpfte Person informieren, dass möglicherweise ein Hämatom auftritt.		
Leiden Sie an einer Grunderkrankung oder chronischen Krankheit?		
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?		
Haben Sie eine oder mehrere Allergien? Bei schwerer Allergie gegen einen Bestandteil/Trägerstoff des Impfstoffs ist die Impfung kontraindiziert.		

***Wenn eine oder mehrere dieser Antworten mit «Ja» beantwortet wurden, bitte in den Bemerkungen ausführen und angeben, ob eine ärztliche Verordnung vorhanden ist.**

Bemerkungen



4. Impfung gegen die saisonale Grippe

Intramuskulär verabreichen. Weitere Einzelheiten finden sich im aktuell gültigen **Schweizerischen Impfplan**.

Impfschema

- ☐ 1 Dosis quadrivalent Impfstoff
- ☐ 1 Dosis quadrivalent Impfstoff hochdosis (Efluelda®)

5. Informationen zu unerwünschten Wirkungen und Einverständnis der Patientin/des Patienten

Sehr häufig ≥ 1/10	Reaktionen an der Einstichstelle: Schmerzen und Überempfindlichkeit. Andere Symptome: Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, allgemeines Unwohlsein.
Häufig ≥ 1/100	Reaktionen an der Einstichstelle: Rötung, Schwellung, Verhärtung. Andere Symptome: Übelkeit, Durchfall, Müdigkeit, Schwitzen, Schüttelfrost, Fieber
Gelegentlich ≥ 1/1000	Blutung an der Injektionsstelle, Hautausschlag, Juckreiz Andere Symptome: Schwindel, Erbrechen
Selten ≥ 1/10 000	Reaktionen an der Einstichstelle: Empfindungsstörung und Wärmegefühl.

Schwere allergische (anaphylaktische) Reaktionen und schwere Nebenwirkungen (z.B. Guillain-Barré-Syndrom) nach der Impfung sind äusserst selten.

Die Häufigkeit bestimmter unerwünschter Wirkungen kann abhängig vom verwendeten Impfstoff leicht variieren. Generell sind die Symptome leicht bis mittelschwer und **klingen spontan nach 1 bis 3 Tagen ab**.

► **Wenn Sie unter besorgniserregenden Symptomen leiden, informieren Sie bitte sofort Ihre Apotheke oder Ihre Ärztin/Ihren Arzt.**

Von der Patientin/dem Patienten auszufüllender Bereich:

- ☐ Ich habe obige Informationen zur Kenntnis genommen und bestätige, ausreichend informiert worden zu sein. Allfällige Fragen konnte ich vorgängig mit der behandelnden Fachperson klären. Ich habe keine weiteren Fragen.
- ☐ Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass sämtliche im Fragebogen erfassten Daten richtig und vollständig sind. Ich bin damit einverstanden, geimpft zu werden.

Ort/Datum:

Unterschrift:



6. Angaben zum Impfstoff

- ☐ Impfung durchgeführt

Name Impfstoff: _____ Ch.-Nr.: _____

- ☐ Intramuskuläre Verabreichung in den Deltamuskel (Oberarm)

► Andere, bitte angeben: _____

- ☐ Eintrag im Impfausweis

Datum der Injektion, Krankheit die verhütet werden soll, Name und Ch.-Nr. des Impfstoffs, Apothekenstempel und Unterschrift.

Datum der Verabreichung der nächsten Impfdosis (sofern erforderlich): _____

- ☐ Impfung nicht durchgeführt, bitte begründen:

Ort/Datum:

Unterschrift Apothekerin/Apotheker:

Apothekenstempel:

7. Unerwünschte Wirkung nach Impfung (Sofortreaktion oder nach Rückmeldung der geimpften Person)

- ☐ lokale Reaktion
☐ systemische Reaktion
☐ Konsultation Notaufnahme erforderlich
☐ Impfzwischenfall gemeldet (Pharmacovigilanz, EIViS) Datum: _____

Beschreibung (inkl. Follow-up):

Rückmeldedatum der geimpften Person: _____

Apothekerin/Apotheker: _____