



HPV

Informations- und Triageformular für die Impfung

1. Zielgruppen der Impfung

Die Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) ist im Alter von **11-14 Jahren für Mädchen und Jungen als Basisimpfung** empfohlen.

Wenn die Impfung im Alter von 11-14 Jahren nicht verabreicht wurde, ist sie als **Nachholimpfung im Alter von 15-19 Jahren** und als **ergänzenden Impfung im Alter von 20-26 Jahren** empfohlen.

Im Alter von 11–14 Jahren gilt ein 2-Dosenschema und mit 15–26 Jahren ein 3-Dosenschema innerhalb von 6 Monaten. Wenn die 1. Dosis vor dem 15. Lebensjahr verabreicht wurde, kann das 2-Dosenschema angewendet werden. Basierend auf aktuellen Daten kann im Alter von 15 bis 26 Jahren auch ein 2-Dosenschema mit einem minimalen Intervall von 6 Monaten angewendet werden (off-label-Anwendung). Detailliertere Informationen sind im [Schweizerischen Impfplan](#) oder in der [Stellungnahme von der Eidgenössische Kommission für Impffragen \(EKIF\) und dem Bundesamt für Gesundheit \(BAG\)](#) ersichtlich.

Der Impfschutz ist am grössten, wenn die Impfung vor einer allfälligen HPV-Infektion gemacht wird, d.h. vor ersten sexuellen Kontakten. Deshalb wird die HPV-Impfung allen Jugendlichen vor dem 15. Geburtstag empfohlen. Die HPV-Impfung nach sexuellem Kontakt schützt vor den HP-Viren, mit denen sich die Person nicht infiziert hat, und vor dem Risiko einer erneuten Infektion.

In der Schweiz ist der **nonavalente HPV-Impfstoff (Gardasil 9®) der derzeit empfohlene Impfstoff für junge Frauen und Männer**. Der Impfstoff ist für Frauen bis 45 Jahren zugelassen. Für Personen ab 27 Jahren gibt es jedoch keine Impfeempfehlung seitens EKIF und dem BAG. Die Wirksamkeit der Impfung kann mit zunehmendem Alter reduziert sein, da die Prävalenz von bereits erfolgten HPV-Infektionen mit der Anzahl Sexualkontakten steigt. Der Impfstoff schützt vor neun HPV-Typen, wovon sieben krebsauslösend und zwei hauptsächlich Genitalwarzen verursachen. Der Impfstoff weist eine sehr hohe spezifische Wirksamkeit je nach HPV-Typ von bis zu 90% auf.

► Die Impfung kann zeitgleich mit anderen Impfungen durchgeführt werden.

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: <ul style="list-style-type: none">- 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»: Langsames 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 Humanes Papillomavirus (HPV)

Intramuskulär verabreichen. Weitere Einzelheiten finden Sie im aktuell gültigen Schweizerischen Impfplan.

Impfschema mit einem nonavalenten Impfstoff (Gardasil 9®) ab 16 Jahren

2-Dosenschema (1. Dosis im Alter < 15 Jahren)	3-Dosenschema (1. Dosis im Alter ≥ 15 Jahren)
<input type="checkbox"/> 2. Dosis (6 Monate nach der 1. Dosis)	<input type="checkbox"/> 1. Dosis
	<input type="checkbox"/> 2. Dosis (2 Monate nach der 1. Dosis)
	<input type="checkbox"/> 3. Dosis (4 Monate nach der 2. Dosis)

ODER: Off-label-Anwendung bei 15- bis 26-Jährigen*

- 1. Dosis im Alter ≥ 15 Jahre
- 2. Dosis (6 Monate nach der 1. Dosis)

* Die Patientin/der Patient wurde über die off-label-Anwendung des Impfstoffes ausführlich informiert. (HINWEIS: Das 2-Dosenschema kann gemäss EKIF/BAG für 15- bis 26-Jährige angewendet werden. Es gibt jedoch keinen Impfstoff mit entsprechender Swissmedic Zulassung. Es handelt sich um eine off-label Anwendung.)

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

Sehr häufig ≥ 1/10	Reaktionen an der Einstichstelle: Schmerzen, Schwellung, Rötungen. Grippeähnliche Symptome: Kopfschmerzen
Häufig ≥ 1/100	Reaktionen an der Einstichstelle: Juckreiz, Bluterguss. Grippeähnliche Symptome: Übelkeit, Müdigkeit, Fieber, Schwindel.
Gelegentlich ≥ 1/1000	Keine Meldungen
Selten ≥ 1/10 000	Keine Meldungen

Schwere allergische (anaphylaktische) Reaktionen nach der Impfung sind äusserst selten.
Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass die Impfung gegen HPV das Risiko für Autoimmunerkrankungen nicht erhöht.

Laut Informationen von Inovac ist die HPV-Impfung sehr gut verträglich. Generell sind die Symptome leicht und **lingen 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:

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



6. Angaben zum Impfakt

- 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: _____