



Masern, Mumps, Röteln (, Varizellen) - MMR(V)

Informations- und Triageformular für die Impfung

1. Zielgruppen der Impfung

Die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln ist allen Säuglingen mit 9 (ggf. ab 6 Monaten) und 12 Monaten sowie nicht geimpften älteren Kindern und Erwachsenen, die nach 1963 geboren sind, dringendst empfohlen. Dies im Hinblick auf das Ziel der Masern- und Rötelnelimination in der Schweiz und weltweit (Ziel der WHO). Die Impfung erfolgt bei Säuglingen vorzugsweise mit dem kombinierten Impfstoff MMRV, der gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen wirkt.

Die Impfung bietet einen zuverlässigen Schutz gegen das Auftreten von Masern, Mumps und Röteln. Für eine volle Immunisierung und einen Impfschutz von mindestens 97% sind im Alter ab 9 Monaten **2 Impfdosen** im Abstand von mindestens 1 Monat erforderlich. Impfstoffe gegen Masern, Mumps und Röteln enthalten abgeschwächte lebende Viren (attenuierter Lebendimpfstoff).

► Der **ideale Zeitpunkt** für die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln ist im Säuglingsalter (vorzugsweise als kombinierter Impfstoff MMRV). Sie kann jedoch jederzeit nachgeholt werden. Der MMR-Impfstoff kann gleichzeitig mit anderen Impfstoffen verabreicht werden. Sollte nebst der MMR-Impfung eine Varizellen-Impfung nötig sein, sollte bevorzugt der kombinierte Impfstoff (MMRV) verwendet werden. Falls die gleichzeitige Gabe nicht möglich ist, sollte ein Abstand von mindestens einem Monat eingehalten werden. Es gibt Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für einen Varizellen-Durchbruch bei Kindern, welche die Varizellen-Impfung innert 30 Tagen nach der MMR-Impfung erhielten, im Vergleich zu Kindern, die vor, gleichzeitig oder mehr als 30 Tage nach der MMR-Impfung gegen Varizellen geimpft wurden.

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): _____



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? <small>Ärztliche Konsultation nur erforderlich, wenn der Impfstoff Spuren von Hühnerei enthält (Beispiel: Ovalbumin)</small>		
Hatten Sie jemals eine schwere Reaktion während oder nach einer Impfung?		
Sind Sie schwanger oder ist es wahrscheinlich, dass Sie es sind? <small>Die Verabreichung eines Lebendimpfstoffs an schwangere Frauen ist kontraindiziert</small>		
Leiden Sie an einer Immunschwäche oder -krankheit? Bei bestimmten Fällen von Immunschwäche oder Immunsuppression ist die Verabreichung eines abgeschwächten Lebendimpfstoffs kontraindiziert		
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)? <small>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.</small>		
Leiden Sie an einer Grunderkrankung oder chronischen Krankheit?		
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?		
Haben Sie eine oder mehrere Allergien? <small>Bei schwerer Allergie gegen einen Bestandteil/Trägerstoff des Impfstoffs ist die Impfung kontraindiziert.</small>		

***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 MMR(V)

Subkutan verabreichen. Weitere Einzelheiten finden sich im aktuell gültigen [Schweizerischen Impfplan](#).

Impfschema

- 1. Dosis (ggf. Datum, falls Impfung bereits vorher erfolgt: _____)
- 2. Dosis mind. 1 Monat nach der 1. Dosis

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

Sehr häufig ≥ 1/10	Reaktionen an der Einstichstelle: Schmerzen, Rötung, Schwellung Grippeähnliche Symptome: Fieber, Schweissausbrüche, Schüttelfrost
Häufig ≥ 1/100	Reaktionen an der Einstichstelle: Hämatom Andere Symptome: Hautausschlag
Gelegentlich ≥ 1/1000	Reaktionen an der Einstichstelle: Hautausschlag Andere Symptome: Juckreiz, Durchfall, Erbrechen
Selten ≥ 1/10 000	Andere Symptome: allergische Reaktionen

Schwere allergische (anaphylaktische) Reaktionen 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 Impfakt

- Impfung durchgeführt

Name Impfstoff: _____ Ch.-Nr.: _____

- Subkutane 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, ELViS)

Datum: _____

Beschreibung (inkl. Follow-up):

Rückmeldedatum der geimpften Person: _____

Apothekerin/Apotheker: _____