



Meningokokken

Informations- und Triageformular für die Impfung

1. Zielgruppen der Impfung

Die Meningokokken-Impfung wird als **ergänzende Impfung für Säuglinge und Jugendliche empfohlen**, mit der Möglichkeit einer Nachholimpfung bis zum vollendeten 5. bzw. 20. Lebensjahr.

Ausserdem wird die **Impfung für Personen mit einem** aus medizinischen Gründen **erhöhten Risiko für eine invasive Infektion** oder aufgrund einer Exposition (siehe Schweizerischer Impfplan) empfohlen. Für diese Risikogruppen wird bei gleichbleibendem Risiko alle 5 Jahre eine Auffrischimpfung empfohlen.

Um für Personen, die **in der Schweiz** leben, einen guten Schutz gegen die zirkulierenden Serogruppen des Bakteriums *neisseria meningitidis* zu gewährleisten, werden ab 2024 der **Konjugatimpfstoff MCV-ACWY und ein Vakzin gegen die Serogruppe B 4CMenB** empfohlen (*Anzahl Dosen für jede Impfung: siehe detaillierte Informationen im Impfplan*).

In der **Reisemedizin** wird die Meningokokken-Impfung MCV-ACWY für Personen empfohlen, die in Endemie- oder Epidemiegebiete reisen. Im Fall einer Epidemie ist eine Impfung auch für Kurzaufenthalte erforderlich. Die zu impfende Person sollte über die Gesundheitsrisiken im Zielland, sowie über das Verhalten vor/während/nach der Reise beraten werden (siehe detaillierte Informationen auf [healthytravel.ch](https://www.healthysuisse.ch)).

► Die Impfung gegen die Serogruppe B wird für Reisezwecke nicht empfohlen.

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? 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 ($\geq 20\text{mg/d}$, 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. Meningokokken-Impfung

Intramuskulär verabreichen. Weitere Einzelheiten finden Sie im Schweizerischen Impfplan.

Impfschema

- Nachholimpfung bis zum vollendeten 20. Lebensjahr (bzw. ergänzende Impfung für 11- bis 15-Jährige)
- Impfung von Risikogruppen (empfohlenes Schema für Personen ab 2 Jahren)

Vakzin MCV-ACWY

- Einmaldosis

- Auffrischimpfung alle 5 Jahre
Nur für Risikogruppen, wenn das Risiko weiterhin besteht.
Evtl. Datum letzte Dosis: _____

Vakzin 4CMenB

- 1. Dosis
- 2. Dosis nach min. 1 Monat
Risikogruppen: 2 Monate

- Auffrischimpfung alle 5 Jahre
Nur für Risikogruppen, wenn das Risiko weiterhin besteht.
Evtl. Datum letzte Dosis: _____

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

| | |
|---------------------------------|--|
| Sehr häufig ≥1/10 | Reaktionen an der Einstichstelle: Schmerzen, Erythem, Schwellung, Verhärtung. Grippeähnliche Symptome: Kopfschmerzen, Übelkeit, Muskelschmerzen, Gelenkschmerzen, allgemeines Unwohlsein, Appetitlosigkeit, Gereiztheit. |
| Häufig ≥1/100 | Hautausschlag, Fieber ≥38°C, Schüttelfrost. |
| Gelegentlich ≥1/1000 | Andere Allgemeinsymptome: Urtikaria (Nesselsucht), Juckreiz an der Einstichstelle, entzündeter Nasenrachenraum, Schwindel. |
| Selten ≥1/10 000 | Fieberkrämpfe, Kawasaki-Syndrom (diese unerwünschten Wirkungen wurden bei Kindern < 10 Jahren, in Kombination mit anderen pädiatrischen Impfstoffen beobachtet). |

Schwerere allergische (anaphylaktische) nach der Impfung Reaktionen sind äusserst selten.

Das Profil der unerwünschten Wirkungen der quadrivalenten und des monovalenten Impfstoffs sind vergleichbar. Sie sind im Allgemeinen bei Säuglingen und Kleinkindern- und wenn mehrere Impfungen gleichzeitig verabreicht werden- stärker. 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, und 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 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 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: _____