



# Pneumokokken

## Informations- und Triageformular für die Impfung

### 1. Zielgruppen der Impfung

Die Pneumokokken-Impfung gehört zu den empfohlenen Basisimpfungen für Neugeborene gemäss Impfplan. Im ersten Lebensjahr werden 3 Impfdosen verabreicht (Nachholimpfung bis zum abgeschlossenen 5. Lebensjahr).

Ausserdem wird die Impfung als **ergänzende Impfung empfohlen für alle ab 65 Jahren** sowie für **Personen unter 65 Jahren, die wegen einer Grunderkrankung ein erhöhtes Risiko für invasive Pneumokokken-Erkrankungen (IPE) aufweisen**.

Bei diesen Zielgruppen umfasst die Impfung generell **1 Einmaldosis**. Derzeit ist keine Auffrischimpfung vorgesehen (mit Ausnahme von Sonderfällen, zum Beispiel Transplantationen).

Um einen optimalen Schutz gegen die zirkulierenden Pneumokokken-Serotypen zu gewährleisten, wird die Verabreichung eines **Konjugatimpfstoffs (PCV) empfohlen**. Derzeit sind drei Konjugatimpfstoffe in der Schweiz verfügbar: Prevenar-13® (PCV-13), der gegen 13 Serotypen schützt, Vaxneuvance® (PCV-15), der gegen 15 Serotypen schützt, sowie Prevenar-20® (PCV-20), der gegen 20 Serotypen schützt. Die Konjugatimpfstoffe werden wie folgt empfohlen ([siehe weitere Informationen](#)):

Alter / Zielgruppe	Empfohlener Konjugatimpfstoff (PCV)
0-4 Jahre	Prevenar-13® (PCV-13) oder Vaxneuvance® (PCV-15)
5-17-jährige Risikopersonen	Vaxneuvance® (PCV-15) oder Prevenar-20® (PCV-20)
18-64-jährige Risikopersonen	Vaxneuvance® (PCV-15) oder Prevenar-20® (PCV-20, präferentiell)
<b>Alle Personen ≥ 65 Jahre</b>	Vaxneuvance® (PCV-15) oder <b>Prevenar-20® (PCV-20, präferentiell)</b>

► Personen ≥ 65 Jahren und Risikopersonen im Alter ≥ 5 Jahren, die 1 Dosis Prevenar-13® (PCV-13) oder des 23-valenten Polysaccharid-Impfstoffs Pneumovax® erhalten haben, wird eine einmalige ergänzende Impfdosis mit einem höher valenten Konjugatimpfstoff (PCV) empfohlen - Vaxneuvance® (PCV-15) oder Prevenar-20® (PCV-20, ab Alter ≥ 18 Jahre präferentiell PCV-20).

### 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? <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?		
Haben Sie ein bekanntes erhöhtes Blutungsrisiko (z. B. vererbt)?		
Nehmen Sie regelmässig: <ul style="list-style-type: none"><li>- ein Medikament mit Kortison (<math>\geq 20\text{mg/d}</math>, bzw. Prednison oder -äquivalent)?</li><li>- ein Medikament, welches die Immunabwehr hemmt?</li></ul>		

Wenn «Ja» bei mindestens einer Frage ► Verschieben der Impfung	Ja	Nein
Fühlen Sie sich unwohl?		
Hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber?		
<b>Haben Sie in den letzten 12 Monaten 1 Dosis Prevenar-13® (PCV-13) oder des 23-valenten Polysaccharid-Impfstoffs Pneumovax® erhalten?</b> <small>Prevenar-13® (PCV-13): Grundsätzlich einen Abstand von 12 Monaten einhalten. Mindestabstand 6 Monate für spezielle klinische Situationen (z.B. bevorstehender Beginn einer neuen Immunsuppression, auf Transplantations-Warteliste).</small>		

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

#### Bemerkungen

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



#### 4. Pneumokokken-Impfung

Intramuskulär verabreichen. Weitere Einzelheiten finden Sie im [Schweizerischen Impfplan](#).

##### Impfschema

- 1 Dosis Prevenar-13® (PCV-13) oder des 23-valenten Polysaccharid-Impfstoffs Pneumovax® wurde bereits verabreicht. Ggf. Datum der letzten Dosis: \_\_\_\_\_
- ▶ Intervall von 12 Monaten zum PCV-15- oder PCV-20-Impfstoff einhalten. Prevenar-13® (PCV-13): Mindestabstand 6 Monate zum PCV-15- oder PCV-20-Impfstoff für spezielle klinische Situationen (z.B. bevorstehender Beginn einer neuen Immunsuppression, auf Transplantations-Warteliste).

- Pneumokokken-Impfung < **65 Jahren mit** erhöhtem Risiko für IPE (Vorerkrankung)  
Der Patient/die Patientin wurde über die off-label-Anwendung eines Konjugatimpfstoffs (PCV) ausführlich informiert. (ACHTUNG: Konjugatimpfstoffe (PCV) sind gemäss BAG empfohlen, haben jedoch keine Swissmedic-Zulassung deckend für Personen zwischen 6 und 64 Jahren. Es handelt sich um eine off-label Anwendung.)

##### ODER

- Pneumokokken-Impfung **≥ 65 Jahren**

<b>Einmaldosis</b>	<input type="checkbox"/> Vaxneuvance® (PCV-15)	<input type="checkbox"/> Prevenar-20® (PCV-20, ≥ 18 J. präferentiell)
--------------------	--	---

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

<b>Sehr häufig</b> ≥ 1/10	Reaktionen an der Einstichstelle: Schmerzen, Erythem, Schwellung. Allgemeinsymptome: Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Müdigkeit.
<b>Häufig</b> ≥ 1/100	Juckreiz an der Injektionsstelle. Gelenkschmerz
<b>Gelegentlich</b> ≥ 1/1000	Rötung und Hämatom an der Einstichstelle. Fieber, Schüttelfrost, Schwindelgefühl, Übelkeit, Erbrechen, Hautausschlag.
<b>Selten</b> ≥ 1/10 000	Überempfindlichkeitsreaktionen: Zungenschwellung, Hitzewallungen, Engegefühl im Hals.

Schwere allergische Reaktionen nach der Impfung (Anaphylaxie aufgrund der Impfung) sind äusserst selten.

Die oben beschriebenen unerwünschten Wirkungen wurden bei Personen über 50 Jahren beobachtet. Das Profil der unerwünschten Wirkungen der konjugierten Impfstoffe sind vergleichbar. 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:**

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



### 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:** \_\_\_\_\_

### 6. 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: \_\_\_\_\_

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