



# Respiratorisches-Synzytial- Virus (RSV)

## Informations- und Triageformular für die Impfung

### 1. Zielgruppen der Impfung

Die Impfung gegen das Respiratorische-Synzytial-Virus (RSV) wird schwangeren Frauen ab 18 Jahren zum Schutz ihrer neugeborenen Kinder, sowie allen Personen ab 75 Jahren und Personen mit erhöhtem Komplikationsrisiko ab 60 Jahren empfohlen. Darüber hinaus kann die Impfung gegen RSV für Patientinnen und Patienten im Alter von 18 bis 59 Jahren mit einer schweren Immunschwäche (aufgrund einer Erkrankung oder einer immunsuppressiven Behandlung) oder für Personen mit anderen Grunderkrankungen in Betracht gezogen werden, bei denen eine behandelnde Ärztin oder ein behandelnder Arzt ein sehr hohes Risiko für eine schwere RSV-Erkrankung feststellt (Off-label-Anwendung).

Die Impfung bietet einen zuverlässigen Schutz gegen RSV.

► Der **ideale Zeitpunkt** für eine RSV-Impfung ist für nicht-schwangere, empfohlene Personengruppen zwischen Mitte Oktober und Mitte November. Die Impfung kann auch später verabreicht werden, wenn möglich vor Beginn der saisonalen RSV-Epidemie. Für einen zuverlässigen Schutz wird 1 Impfdosis empfohlen. Die nächste Impfdosis wird frühestens alle zwei Jahre empfohlen. Schwangeren soll eine Impfdosis in jeder Schwangerschaft zwischen der 32. und 36. Schwangerschaftswoche von Oktober bis Februar verabreicht werden, wenn der Geburtstermin vor Ende März liegt. Die Impfung sollte mindestens 14 Tage vor der Geburt verabreicht werden. Die RSV-Impfung kann gleichzeitig mit, vor oder nach einer Grippe- und/oder Covid-19-Impfung erfolgen (*nähere Informationen finden sich im Schweizerischen Impfplan*).

### 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 ► <b>ärztliche Konsultation erforderlich</b>	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: - ein Medikament mit Kortison ( $\geq 20$ mg/d, bzw. Prednison oder -äquivalent)? - ein Medikament, welches die Immunabwehr hemmt?		

Wenn «Ja» bei mindestens einer Frage ► <b>Verschieben der Impfung</b>	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 ► <b>ggf. ärztlichen Rat einholen *</b>	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. Impfung gegen Respiratorisches-Synzytial-Virus (RSV)

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

##### Impfschema

- 1 Dosis (ggf. Datum, falls Impfung bereits vorher erfolgt: \_\_\_\_\_)

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

<b>Sehr häufig</b> ≥ 1/10	Reaktionen an der Einstichstelle: Schmerzen und Überempfindlichkeit. Grippeähnliche Symptome: Kopfschmerzen, Muskelschmerzen
<b>Häufig</b> ≥ 1/100	Reaktionen an der Einstichstelle: Rötung, Schwellung. Grippeähnliche Symptome: Fieber, Schüttelfrost
<b>Gelegentlich</b> ≥ 1/1000	Juckreiz an der Injektionsstelle. Andere Allgemeinsymptome: Schmerzen, Unwohlsein, Übelkeit, Überempfindlichkeitsreaktionen (wie Hautausschlag).
<b>Selten</b> ≥ 1/10 000	Guillain-Barré-Syndrom

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:**

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 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  
 Impfwischenfall gemeldet (Pharmacovigilanz, EIViS) Datum: \_\_\_\_\_

**Beschreibung (inkl. Follow-up):**

Rückmeldedatum der geimpften Person: \_\_\_\_\_

Apothekerin/Apotheker: \_\_\_\_\_