

Hepatitis B

Triage-Fragebogen zur Hepatitis B-Impfung durch Apotheker/innen

Datum:

Dossiernummer (aus Online-Tool)

Informationen zur Hepatitis B-Impfung

Zielgruppe: Für Personen ab 16 Jahren mit erhöhtem Expositions- und/oder Übertragungsrisiko (z. B. Medizinal- und Pflegepersonal sowie alle Personen mit Kontakt zu Risikopersonen) sowie für Personen mit erhöhtem Komplikationsrisiko (Personen mit Lebererkrankung).
Nachholimpfung bei Erwachsenen (ab 16 Jahren), ohne Alterslimit, ausser es liegt kein Expositionsrisiko vor (3 Dosen zum Zeitpunkt 0, 1 und 6 Monate).

A Persönliche Daten Kundin/Kunde

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Kundennummer:

Adresse:

PLZ: Ort:

Telefonnummer (freiwillig): E-Mail (freiwillig):

B Anamnese → beachten Sie bitte die kantonalen Vorschriften

Temporäre Ausschlusskriterien

Wenn «ja» → Verschieben der Impfung

JA

NEIN

Fühlen Sie sich unwohl?

Hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber?

Ausschlusskriterien

Wenn «ja» bei mindestens einer Frage mit «★» → besonderes Impfrisiko
(ärztliche Abklärung empfohlen; **ZH**: Überweisung an den Arzt)

JA

NEIN

Sind Sie allergisch:

- auf Medikamente?
- auf einen der Bestandteile des Impfstoffs?*

Hatten Sie jemals schwere Nebenwirkungen während oder nach einer Impfung?*

Sind Sie schwanger?*

Leiden Sie an einer Immunschwäche oder -krankheit?*

Haben Sie ein bekanntes erhöhtes Blutungsrisiko (z. B. vererbt)?*

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

Nehmen Sie regelmässig:

- einen Blutgerinnungshemmer (ausser Aspirin)?*
- Kortison (≥20mg/d, resp. Prednison oder äquivalent)?*
- ein Medikament, welches die Immunabwehr hemmt?*
- andere Medikamente, welche:

Befinden Sie sich zur Zeit in regelmässiger ärztlicher Kontrolle?

Sind Sie jemals bei einer Impfung oder Blutentnahme in Ohnmacht gefallen
oder ist Ihnen übel geworden?

Ärztliche Verordnung

JA NEIN

Rezept für die Impfung vorhanden?
(z. B. bei besonderem Impfrisiko oder für Kantone, die die Impfung nur auf Rezept bewilligen)

Bestehende Grunderkrankungen

Beachten Sie bitte die kantonalen Vorschriften; Angaben freiwillig

JA NEIN

Leiden Sie an einer Grunderkrankung oder chronischen Krankheit?

Wenn ja, welche?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenfunktionsstörung |
| <input type="checkbox"/> Herz-/ Gefässerkrankung | <input type="checkbox"/> Erkrankung des Magen-Darmtraktes |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung
(z. B. Asthma, COPD) | <input type="checkbox"/> Entzündliche Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung (z. B. Diabetes, erhöhte Blutfette) | <input type="checkbox"/> Erkrankung des Zentralnervensystems |
| <input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen, nämlich: | |



Zur Hepatitis B-Impfung

JA NEIN

Wurden Sie bereits früher gegen Hepatitis B geimpft?
(Impfschema ab 16 Jahren: 3 Dosen zu den Zeitpunkten von 0, 1 und 6 Monaten)

Welche Dosis soll heute verabreicht werden?

- 1. Dosis
- 2. Dosis (mind. 1 Monat nach der 1. Impfung)
- 3. Dosis (mind. 6 Monate nach der 1. Impfung)

Zusätzliche Informationen zur Hepatitis B-Impfung

Angaben freiwillig

Erfolgte die letzte Hepatitis B-Impfung

- in der Apotheke?
- beim Hausarzt?
- im Spital?
- anderes?

Wurden Sie spezifisch durch die Dienstleistung Impfen in der Apotheke zum Impfen motiviert?
Haben sie einen Hausarzt?

Bemerkungen:

.....

.....

.....

D Informationen zu den unerwünschten Wirkungen und Einverständnis des Kunden

Häufig sind lokale Reaktionen (Rötung, Schmerz, Schwellung) an der Einstichstelle. Seltener sind Kopfschmerzen, Müdigkeit oder Fieber. Diese Reaktionen verschwinden nach 1–3 Tagen wieder. Eine schwere allergische Reaktion auf einen Inhaltsstoff der Impfung ist extrem selten (1–2 Fälle/Million Impfdosen).

Sollten Symptome auftreten, die Sie beunruhigen, so informieren Sie bitte unverzüglich uns oder einen Arzt.

- Aufklärung erfolgt, dass bei Personen, die in Kontakt mit Fremdblut kommen können (z. B. Medizinalpersonen), eine Antikörper-Titer-Bestimmung (Hep. B) bei einem Arzt in 4 Wochen empfohlen wird.
- Ich habe obige Informationen zur Kenntnis genommen und bestätige, auch über den Preis der Impfung informiert worden zu sein. Allfällige Fragen konnte ich vorgängig mit der behandelnden Fachperson klären. Ich habe keine weiteren Fragen. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung dieser Impfung einverstanden.**
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu statistischen Zwecken anonymisiert bearbeitet werden.**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass sämtliche im Fragebogen erfassten Daten richtig und vollständig sind.

Ort/Datum: Unterschrift des/r Kunden/in:

E Angaben zum Impfakt

Impfung durchgeführt

- Eintrag ins elektronische Impfdossier, inklusive Chargennummer des Impfstoffs
- Eintrag im Impfausweis, inklusive Chargennummer des Impfstoffs

Name Impfstoff: Lotnummer Impfstoff: Klebeetikette des Impfstoffs

Bemerkungen zur Impfung:

Impfung nicht durchgeführt, weil

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unwohlsein Kunde | <input type="checkbox"/> besonderes Impfrisiko (siehe unter Punkt B) | <input type="checkbox"/> Verzicht Kunde |
| <input type="checkbox"/> Grunderkrankung/Grundmedikation | <input type="checkbox"/> Impfung für Kunden nicht indiziert (Zielgruppe) | |
| <input type="checkbox"/> Impfung verschoben | <input type="checkbox"/> an Arzt weitergeleitet | |

Ungefährer Zeitaufwand zum Ausfüllen des Fragebogens: Minuten

Ort/Datum: Unterschrift des/r zuständigen Apothekers/in:

Unerwünschte Wirkung nach Impfung (Sofortreaktion oder nach Rückmeldung vom Kunden)

- lokale Reaktion
- systemische Reaktion:
 - mit Notfallkontakt
 - Impfzwischenfall gemeldet (Pharmakovigilanz, EIViS)

Beschreibung (inkl. Follow-up):

Rückmelde datum:

Dieses Dokument muss mindestens 10 Jahre oder gemäss kantonalen Vorschriften aufbewahrt werden.