

Grippe

Triage-Fragebogen zur Grippeimpfung

Durch den Kunden auszufüllen.

A Persönliche Daten Kundin/Kunde

Name: Vorname:
 Geburtsdatum: Adresse:
 PLZ: Ort:
 Telefonnummer; E-Mail:

B Anamnese

Temporäre Ausschlusskriterien

Hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber oder sonstiges Krankheitsgefühl? JA NEIN

Ausschlusskriterien

Sind Sie allergisch: JA NEIN

→ auf Hühnereiweiss oder andere Bestandteile des Impfstoffes?

→ auf Medikamente?

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?

→ einen Blutgerinnungshemmer (ausser Aspirin)?

→ Kortison (≥20mg/d, resp. Prednison oder äquivalent)?

→ ein Medikament, welches die Immunabwehr hemmt?

→ andere Medikamente, welche:

Zusatzinformationen

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

C Informationen zu den unerwünschten Wirkungen und Einverständnis des Kunden

- Reaktionen an der Injektionsstelle (Schmerz, Rötung, Juckreiz) kommen häufig vor und verschwinden meistens innert 2 Tagen.
- Reaktionen, die den ganzen Körper betreffen (Fieber, Muskelschmerzen, Unwohlsein) treten bei ca. 5 % der Geimpften auf; sie halten selten länger als 2 Tage an.
- Schwere Nebenwirkungen (Nesselfieber, Schwellungen, Asthma, Schock) treten äusserst selten auf.

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

- 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. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung dieser Impfung einverstanden.**

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

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

D Angaben zum Impfstoff

Impfung durchgeführt

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"/> Grunderkrankung/Grundmedikation | <input type="checkbox"/> Impfung für Kunden nicht indiziert (Zielgruppe) |
| <input type="checkbox"/> Verzicht Kunde | |
| <input type="checkbox"/> Impfung verschoben | <input type="checkbox"/> an Arzt weitergeleitet |

Ungefährer Zeitaufwand zum Ausfüllen des Fragebogens: Minuten

Wieviel verlangen Sie für eine Grippeimpfung?

- ≤30 CHF 39.20

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

Unerwünschte Wirkung nach Impfung (Sofortreaktion oder nach Rückmeldung vom

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> lokale Reaktion | <input type="checkbox"/> systemische Reaktion: |
| | <input type="checkbox"/> mit Notfallkontakt |
| | <input type="checkbox"/> Impfzwischenfall gemeldet (Pharmakovigilanz, EIViS) |

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

Rückmeldedatum:

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