



Gürtelrose (Herpes zoster)

Informations- und Triageformular für die Impfung

1. Zielgruppen der Impfung

Die Impfung gegen Gürtelrose (Herpes zoster) wird als **ergänzende Impfung für alle Personen ab 65 Jahren empfohlen**. In dieser Altersgruppe steigt nicht nur die Häufigkeit und Schwere einer Gürtelrose-Erkrankung, sondern auch deren Komplikationen.

Die Impfung ist auch **für Risikogruppen empfohlen**: Personen ab 50 Jahren mit einer Immunschwäche, die mit einem erhöhten Gürtelrose-Risiko verbunden ist, und ab 18 Jahren mit sehr hohem Risiko (z.B. schwere Immundefizienz).

Die Impfung wird **unabhängig** davon empfohlen, ob die Person in der Vergangenheit Windpocken und/oder Gürtelrose hatte oder ob sie bereits mit einem Lebendimpfstoff gegen Herpes Zoster geimpft wurde.

Der **adjuvantierte Subunit-Impfstoff** (Shingrix®) wird für alle Zielgruppen empfohlen. Um eine klinische Wirksamkeit von mehr als 90% zu erreichen, müssen **mindestens 2 Impfdosen im Abstand von 2 Monaten** verabreicht werden. Dieses Impfschema gilt auch, wenn die Person in der Vergangenheit mit einem Lebendimpfstoff gegen Gürtelrose geimpft wurde oder eine frühere Infektion mit dem Herpes- und/oder Varizella-Zoster-Virus hatte.

Gemäss den Daten des Bundesamts für Gesundheit (BAG-Bulletin 47, 22.11.2021) hält der Impfschutz während 10 bis 20 Jahren an. Eine Auffrischimpfung ist derzeit nicht empfohlen.

► Die Impfung gegen Herpes Zoster ist weder zur Prävention von Windpocken noch zur Behandlung von Gürtelrose oder der postherpetischen Neuralgie bestimmt.

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: - 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?		
Leiden Sie im Moment an Symptomen einer Gürtelrose? Die Heilung einer akuten Gürtelrose-Erkrankung muss abgewartet werden, bevor die HZ-Impfung verabreicht wird.		

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. Impfung gegen Gürtelrose (Herpes-Zoster)

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

Impfschema mit adjuvantiertem Subunit-Impfstoff (Shingrix®):

- ☐ 1. Dosis
- ☐ 2. Dosis mind. 2 Monate nach der 1. Dosis*

*Ausnahmen für Personen ≥ 18 Jahre mit schwerer Immunschwäche oder unter immunsuppressiver Behandlung: hier kann der Abstand auf mind. 1 Monat zwischen den 2 Dosen reduziert werden.

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

Sehr häufig $\geq 1/10$	Reaktionen an der Einstichstelle: Schmerzen/Überempfindlichkeit, Rötung, Schwellung und Juckreiz. Grippeähnliche Symptome: Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schüttelfrost, Fieber, Muskelschmerzen. Magen-Darm-Symptome einschliesslich Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und/oder Bauchschmerzen.
Häufig $\geq 1/100$	Hämatom (Bluterguss), Überwärmung, Verhärtung an der Einstichstelle (beschrieben beim Lebendimpfstoff). Andere Allgemeinsymptome: Unwohlsein
Gelegentlich $\geq 1/1000$	Andere Allgemeinsymptome: Schwellung der Lymphknoten, Schwindel, Gelenkschmerzen.
Selten $\geq 1/10\ 000$	Überempfindlichkeitsreaktionen einschliesslich Hautausschlag, Urtikaria (Nesselsucht) und Angioödem (Schwellung der Haut).

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

Die Häufigkeit bestimmter unerwünschter Wirkungen ist bei immungeschwächten Personen höher. Der Impfstoff Shingrix® enthält ein Adjuvans (Hilfsstoff) (AS01B), das sehr sicher ist. Die Reaktogenität (Eigenschaft eines Impfstoffs, unerwünschte Wirkungen hervorzurufen) ist jedoch höher als bei den meisten anderen Impfstoffen. 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
☐ Impfzwischenfall gemeldet (Pharmacovigilanz, EIVIS)

Datum: _____

Beschreibung (inkl. Follow-up):

Rückmeldedatum der geimpften Person:

Apothekerin/Apotheker:
