

dTp_a(-IPV)

Diphtherie-Tetanus-Pertussis (Poliomyelitis)

Informations- und Triageformular für die Impfung

1. Zielgruppen der Impfung

Die Impfung gegen Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Poliomyelitis (DTP_a-IPV) gehört zu den äusserst wichtigen Basisimpfungen für Neugeborene gemäss Impfplan. Im Alter bis zu 12 Monaten ist der Einsatz des hexavalenten Impfstoffs DTP_a-IPV-Hib-HBV im Umfang von 3 Dosen empfohlen. Der Schweizerische Impfplan empfiehlt eine Auffrischimpfung während der Kindheit und eine weitere im Jugendalter.

Im Erwachsenenalter sind mehrere Auffrischimpfungen dT(p_a) empfohlen (siehe Übersichtstabelle unten). Nachholimpfungen für im Erwachsenenalter nicht erfolgte Auffrischimpfungen sind nicht erforderlich.

Lebensabschnitt	Alter	Auffrischimpfung
Kindheit	4-7 Jahre	1x DTP _a -IPV
Jugendalter	11-15 Jahre	1x DTP _a (-IPV)
Erwachsenenalter	25 Jahre	1x dTp _a
	26 bis 65 Jahre	1x dT* alle 20 Jahre
	>65 Jahre	1x dT* alle 10 Jahre

*Bei möglichem beruflichem oder familiärem Kontakt mit Säuglingen < 6 Monaten eher eine dTp_a-Impfung verabreichen. Für schwangere Frauen wird in jeder Schwangerschaft (2. Trimester) eine Pertussis-Impfung (Impfstoff dTp_a) empfohlen.

*Bei Exposition gegenüber zirkulierenden Polioviren während einer Reise, IPV-Auffrischimpfung auch für Erwachsene empfohlen.

Bei Verletzungen kann eine Tetanus-Auffrischimpfung ebenfalls indiziert sein (nach Evaluierung des Schutzes gegen Tetanus gemäss Schweizerischem Impfplan).

Für **Kinder und Jugendliche**, die **unvollständig oder nicht geimpft** sind, wird eine Nachholimpfung DTP_a-IPV (-Hib-HBV) / bzw. dTp_a-(IPV) empfohlen. Typ und Anzahl der Impfdosen hängen vom Alter und der Impfanamnese ab (siehe [Schweizerischer Impfplan](#)).

► Bei aktuellem Impfstatus bieten die kombinierten Impfstoffe einen Schutz von 90% gegen Diphtherie, 98% gegen Tetanus, 95% gegen Poliomyelitis und 90% gegen die schweren Formen von Pertussis.

► dT-Impfung nicht verfügbar: einen Impfstoff dTp_a, dT-IPV oder dTp_a-IPV einsetzen. Empfehlungen für den Ersatz der dT-Impfung werden vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) herausgegeben. Diese sind auf der entsprechenden Website verfügbar ([«Impfung von Jugendlichen und Erwachsenen gegen Diphtherie und Tetanus \(dT\) bei Nichtverfügbarkeit eines dT-Impfstoffes»](#)).

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

- ☐ Die zu impfende Person hat eine Verletzung **mit geringem Tetanus-Risiko**.
▶ Gegen Tetanus impfen, wenn letzte Impfung ≥ 10 Jahre zurückliegt bei 16- bis 25-Jährigen oder ≥ 20 Jahre bei 26- bis 64-Jährigen.
- ☐ Die zu impfende Person hat eine Verletzung **mit hohem* Tetanus-Risiko**.
*Definition im Schweizerischen Impfplan (z.B.: tiefe und/oder mit Staub, Erde, Speichel oder Stuhl verschmutzte Wunden).
▶ Gegen Tetanus impfen, wenn letzte Impfung ≥ 5 Jahre zurückliegt bei 16- bis 25-Jährigen und 65-Jährigen oder ≥ 10 Jahre bei 26- bis 64-Jährigen.
▶ **Es ist sehr empfohlen, die Person an einen Arzt zu verweisen.**

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?		

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 dT_a(-IPV)

Impfschema

☐ **Basisimpfung (DTP_a-IPV) vollständig**

Alter letzte Dosis: _____

Zeitabstand seit letzter Dosis: _____

Art des Impfstoffs: _____

Auffrischimpfung

☐ dT

☐ dT_a

☐ dT – IPV

☐ dT_a – IPV

Evtl. Indikation genauer angeben:

☐ **Basisimpfung (DTP_a-IPV) unvollständig** ▶ Schema gemäss Schweizerischem Impfplan*

Alter bei 1. Impfung: _____

Anz. Dosen bereits erhalten: _____

Zeitabstand seit letzter Dosis (dT-Impfung): _____

Kombinierter Impfstoff

☐ dT

☐ dT_a

☐ dT – IPV

☐ dT_a – IPV

☐ **Basisimpfung (DTP_a-IPV) nicht begonnen** ▶ Schema gemäss Schweizerischem Impfplan*

Nachholimpfung für Erwachsene mit unvollständiger oder ohne Impfung (min. Intervalle. 0-2-8 Monate):

Nr. Dosis

Kombinierter Impfstoff

☐ 1. Dosis (0 Monate)

☐ dT

☐ dT_a

☐ dT – IPV

☐ dT_a – IPV

☐ 2. Dosis (2 Monate)

☐ dT

☐ dT_a

☐ dT – IPV

☐ dT_a – IPV

☐ 3. Dosis (8 Monate)

☐ dT

☐ dT_a

☐ dT – IPV

☐ dT_a – IPV

*Das Impfschema hängt ab von der Anamnese, dem Alter, der Anzahl bereits erhaltener Dosen und dem Alter bei der ersten Impfung (siehe Schweizerischer Impfplan, Tabelle 2 «Nachholimpfschemata für **ungeimpfte** Kinder und Erwachsene» / Tabelle 4 «dT(p_a)-IPV-Nachholimpfschemata für **unvollständig geimpfte** Erwachsene oder bei unbekanntem Impfstatus»).



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

Sehr häufig ≥ 1/10	Reaktionen an der Einstichstelle: Schmerzen, Rötung, Schwellung, Verhärtung. Grippeähnliche Symptome: Kopfschmerzen, leichtes Fieber, Müdigkeit, Unwohlsein.
Häufig ≥ 1/100	Magen-Darm-Symptome und Übelkeit. Schwindel.
Gelegentlich ≥ 1/1000	Entzündungen der oberen Atemwege, Rachenentzündung, Husten, Schwellung der Lymphknoten, Fieber > 39°C, schwitzende Füsse, Erbrechen, Durchfall. Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen, Steifigkeit des Bewegungsapparats. Hautreaktionen, Juckreiz
Selten ≥ 1/10 000	Urtikaria (Nesselsucht), Angioödem (Schwellung des subkutanen Gewebes)

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

Die unerwünschten Wirkungen aller kombinierten Impfstoffe (dTpa-IPV) sind vergleichbar mit denen anderer Impfstoffe. Sie treten wenige Stunden nach der Impfung auf und klingen im Allgemeinen 2-3 Tage später 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, ELViS)

Datum: _____

Beschreibung (inkl. Follow-up):

Rückmeldedatum der geimpften Person: _____

Apothekerin/Apotheker: _____