



FSME

Informations- und Triageformular für die Impfung

1. Zielgruppen der Impfung

Die Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) wird allen Personen (ab 3 Jahren) empfohlen, die in einem FSME-Risikogebiet wohnen oder sich zeitweise dort aufhalten. Als Risikogebiet gilt die ganze Schweiz mit Ausnahme des Kantons Tessin.

Die Impfung bietet einen zuverlässigen Schutz gegen das Auftreten von FSME nach einem Zeckenstich. Für eine volle Immunisierung und einen Impfschutz von mindestens 95% sind **3 Impfdosen** erforderlich. Die ersten beiden Impfdosen gewährleisten bereits einen kurzfristigen Schutz. Die dritte Dosis bietet einen Langzeitschutz über mindestens 10 Jahre.

Das BAG empfiehlt eine Auffrischimpfung alle 10 Jahre für Personen, die in einem Risikogebiet wohnen, oder sich zeitweise dort aufhalten (*nähere Informationen finden Sie auf zecken-stich.ch*).

► Der **ideale Zeitpunkt** für eine FSME-Impfung ist der **Winter**, da das Infektionsrisiko im Frühjahr steigt und im Sommer seinen Höhepunkt erreicht. Die Impfung ist aber während allen Jahreszeiten möglich. Wird ein rascherer Schutz benötigt, kann ein beschleunigtes Impfschema angewendet werden (*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):



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 (≥ 20 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 Zeckenenzephalitis (FSME)

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

Impfschema (abhängig vom gewählten Impfstoff)

Das normale Schema soll bevorzugt werden. Ist eine rasche Grundimmunisierung erforderlich, kann das Schnellimpfschema angewendet werden. Die Impfstoffe sind jederzeit austauschbar. Dabei sind die jeweiligen Impfabstände zu beachten.

FSME-Immun CC®	Encepur®
☐ Normales Impfschema ☐ 1. Dosis ☐ 2. Dosis (mind. 1 Monat nach der 1. Dosis) ☐ 3. Dosis (mind. 5 Monate nach der 2. Dosis)	☐ Normales Impfschema ☐ 1. Dosis ☐ 2. Dosis (mind. 1 Monat nach der 1. Dosis) ☐ 3. Dosis (mind. 9 Monate nach der 2. Dosis)
☐ Beschleunigtes Impfschema ☐ 1. Dosis ☐ 2. Dosis (mind. 14 Tage nach der 1. Dosis) ☐ 3. Dosis (mind. 5 Monate nach der 2. Dosis)	☐ Beschleunigtes Impfschema ☐ 1. Dosis ☐ 2. Dosis (mind. 14 Tage nach der 1. Dosis) ☐ 3. Dosis (mind. 9 Monate nach der 2. Dosis)
☐ Auffrischimpfung alle 10 Jahre (ggf. Datum der letzten Dosis: _____)	

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

Sehr häufig ≥ 1/10	Reaktionen an der Einstichstelle: Schmerzen und Überempfindlichkeit. Grippeähnliche Symptome: Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, allgemeines Unwohlsein.
Häufig ≥ 1/100	Reaktionen an der Einstichstelle: Rötung, Schwellung. Grippeähnliche Symptome: Übelkeit, Gelenkschmerzen, Müdigkeit.
Gelegentlich ≥ 1/1000	Blutung an der Injektionsstelle. Andere Allgemeinsymptome: Schwellung der Lymphknoten, Erbrechen, Fieber.
Selten ≥ 1/10 000	Überempfindlichkeit, Tagesschläfrigkeit, Schwindel, Durchfall, Bauchschmerzen. An der Einstichstelle: Rötung, Verhärtung, Juckreiz, Empfindungsstörung und Wärmegefühl.

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

Die Häufigkeit bestimmter unerwünschter Wirkungen kann abhängig vom verwendeten Impfstoff leicht variieren. Fieber, Müdigkeit und Muskelschmerzen treten bei Kindern und Jugendlichen häufiger auf. 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:
