

Hepatitis A/B

Informations- und Triageformular für die Impfung

1. Zielgruppen der Impfung

Die **Impfung gegen Hepatitis A** ist ab dem Alter von 1 Jahr in **bestimmten Fällen** empfohlen. Sie umfasst 2 Dosen im Abstand von 6 Monaten (beim Kombinationsimpfstoff sind 3 Dosen ab 16 Jahren erforderlich).

Die **Impfung gegen Hepatitis B** ist als Basisimpfung für alle **Säuglinge** und nicht geimpften Jugendlichen (11-15 Jahre) empfohlen. Sie wird ausserdem **altersunabhängig** allen Personen empfohlen, die ein **Expositionsrisiko** haben. Das Impfschema ab dem 16. Lebensjahr umfasst unabhängig vom eingesetzten Wirkstoff (monovalent oder kombiniert) 3 Dosen in den Monaten 0, 1 und 6.

Situationen mit einem erhöhtem Expositions- und/oder Komplikationsrisiko für Hepatitis A bzw. B überschneiden sich (*siehe Schweizerischer Impfplan*). Deshalb sollte der Kombinationsimpfstoff (Hep A+B) erwogen werden, sobald eine der beiden Impfungen indiziert ist. Der Kombinationsimpfstoff sowie Impfungen zu Reise- oder beruflichen Zwecken werden nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erstattet.

Personen mit erhöhtem Komplikations- oder Expositionsrisiko	Hepatitis A	Hepatitis B
Personen mit einer chronischen Lebererkrankung	✓	✓
Personen mit Immunsuppression/unter Immunsuppressiva	✓	✓
Personen, die in Endemiegebiete reisen	✓	✓
Personen in engem/häufigen Kontakt mit der lokalen Bevölkerung oder Personen aus Ländern mit starkem Krankheitsvorkommen	✓	✓
Hämophilie- oder Dialysepatientinnen und -patienten		✓
Kinder aus Endemieländern, die in der Schweiz leben und vorübergehend in ihr Herkunftsland zurückkehren	✓	✓
Personen, die Drogen konsumieren	✓	✓
Personen in engem/häufigen Kontakt mit Drogenkonsumierenden	✓	✓
Personen, die ihre Sexualpartner/innen häufig wechseln		✓
Männer, die Geschlechtsverkehr mit Männern haben	✓	✓
Personen, die in Kanalisationen oder Kläranlagen arbeiten	✓	
Laborpersonal, das mit Hepatitis-A-Viren in Kontakt kommt.	✓	
Medizinisches und Pflegepersonal sowie Mitarbeitende in medizinischen Laboren		✓
Sozialarbeiter/innen und Personal in Heimen für geistig Behinderte		✓
Gefängnispersonal und Häftlinge.		✓

► Für **Reisezwecke** soll die betroffene Person adäquat über die Risiken und Verhaltensempfehlungen vor/während/nach der Reise informiert werden (*siehe detaillierte Informationen auf [healthysuisse.ch](https://www.healthysuisse.ch)*).

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 Person war vor weniger als einer Woche dem **Hepatitis A-Virus** ausgesetzt.

Betroffene Person an eine Arztpraxis überweisen (eine Impfung zur Sekundärprävention innerhalb von 7 Tagen nach der Exposition ist auf ärztliche Anweisung möglich).

☐ Die Person war einem **Hepatitis B-Risiko** ausgesetzt aufgrund eines versehentlichen Kontakts mit Blut oder Körperflüssigkeiten über die Haut, perkutan oder über die Schleimhaut: **Medizinischer Notfall!**

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. Hepatitis A/B-Impfung

Intramuskulär verabreichen. Weitere Einzelheiten finden Sie im geltenden Schweizerischen Impfplan.

Impfschema (gültig ab dem 16. Lebensjahr)

☐ Hep. A+B kombinierter Impfstoff	☐ Hep. A monovalenter Impfstoff	☐ Hep. B monovalenter Impfstoff
☐ 1. Dosis	☐ 1. Dosis	☐ 1. Dosis
☐ 2. Dosis (1 Monat nach der 1. Dosis)	☐ 2. Dosis (6 Monate nach der 1. Dosis)	☐ 2. Dosis (1 Monat nach der 1. Dosis)
☐ 3. Dosis (5 Monate nach der 2. Dosis)		☐ 3. Dosis (5 Monate nach der 2. Dosis)

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

Sehr häufig ≥ 1/10	Reaktionen an der Einstichstelle: Schmerzen und Rötung. Allgemeinsymptome: Kopfschmerzen, Müdigkeit, Reizbarkeit.
Häufig ≥ 1/100	Reaktionen an der Einstichstelle: Schwellung und Verhärtung. Grippeähnliche Symptome: Tagesschläfrigkeit, Unwohlsein, Fieber, Magen-Darm-Beschwerden (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall), Appetitlosigkeit.
Gelegentlich ≥ 1/1000	Grippeähnliche Symptome: Schwindel, Muskelschmerzen, Steifigkeit des Bewegungsapparats, andere Magen-Darm-Beschwerden (Durchfall, Bauchschmerzen), Infektionen der oberen Atemwege, Schnupfen.
Selten ≥ 1/10 000	Andere grippeähnliche Symptome: Schwellung der Lymphknoten, Gelenkschmerzen, Fieber. Niedriger Blutdruck, Parästhesie (Fehlempfindung). Hautreaktionen, Juckreiz, Urtikaria (Nesselsucht).

Schwere allergische Reaktionen nach der Impfung (Anaphylaxie aufgrund der Impfung) sind äusserst selten.
Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass die Impfung gegen Hepatitis B das Risiko für Autoimmunerkrankungen nicht erhöht.

Die Häufigkeit bestimmter unerwünschter Wirkungen kann abhängig vom verwendeten Impfstoff leicht variieren. 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, ELViS)

Datum: _____

Beschreibung (inkl. Follow-up):

Rückmeldedatum der geimpften Person:

Apothekerin/Apotheker:
