

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. Patiententetikette 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? <small>Ärztliche Konsultation nur erforderlich, wenn der Impfstoff Spuren von Hühnerei enthält (Beispiel: Ovalbumin)</small> | | |
| Hatten Sie jemals eine schwere Reaktion während oder nach einer Impfung? | | |
| Sind Sie schwanger oder ist es wahrscheinlich, dass Sie es sind? <small>Die Verabreichung eines Lebendimpfstoffs an schwangere Frauen ist kontraindiziert.</small> | | |
| Leiden Sie an einer Immunschwäche oder -krankheit? | | |
| Haben Sie ein bekanntes erhöhtes Blutungsrisiko (z. B. vererbt)? | | |
| Nehmen Sie regelmässig: <ul style="list-style-type: none">- ein Medikament mit Kortison (≥ 20mg/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)? <small>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.</small> | | |
| Leiden Sie an einer Grunderkrankung oder chronischen Krankheit? | | |
| Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? | | |
| Haben Sie eine oder mehrere Allergien? <small>Bei schwerer Allergie gegen einen Bestandteil/Trägerstoff des Impfstoffs ist die Impfung kontraindiziert.</small> | | |

***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

| <input type="checkbox"/> | <p>Basisimpfung (DTP_a-IPV) vollständig</p> <p>Alter letzte Dosis: _____</p> <p>Zeitabstand seit letzter Dosis: _____</p> <p>Art des Impfstoffs: _____</p> <p>Auffrischimpfung</p> <p> <input type="checkbox"/> dT <input type="checkbox"/> dT_a <input type="checkbox"/> dT – IPV <input type="checkbox"/> dT_a – IPV </p> <p>Evtl. Indikation genauer angeben:</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------------------------|--|--|--|--|-----------------------------|--|-----------------------------------|--|--|-----------------------------|--|-----------------------------------|--|--|-----------------------------|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <p>Basisimpfung (DTP_a-IPV) unvollständig ▶ Schema gemäss Schweizerischem Impfplan*</p> <p>Alter bei 1. Impfung: _____</p> <p>Anz. Dosen bereits erhalten: _____</p> <p>Zeitabstand seit letzter Dosis (dT-Impfung): _____</p> <p>Kombinierter Impfstoff</p> <p> <input type="checkbox"/> dT <input type="checkbox"/> dT_a <input type="checkbox"/> dT – IPV <input type="checkbox"/> dT_a – IPV </p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <p>Basisimpfung (DTP_a-IPV) nicht begonnen ▶ Schema gemäss Schweizerischem Impfplan*</p> <p>Nachholimpfung für Erwachsene mit unvollständiger oder ohne Impfung (min. Intervalle. 0-2-8 Monate):</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nr. Dosis</th> <th colspan="4" style="text-align: left;">Kombinierter Impfstoff</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Dosis (0 Monate)</td> <td><input type="checkbox"/> dT</td> <td><input type="checkbox"/> dT_a</td> <td><input type="checkbox"/> dT – IPV</td> <td><input type="checkbox"/> dT_a – IPV</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Dosis (2 Monate)</td> <td><input type="checkbox"/> dT</td> <td><input type="checkbox"/> dT_a</td> <td><input type="checkbox"/> dT – IPV</td> <td><input type="checkbox"/> dT_a – IPV</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Dosis (8 Monate)</td> <td><input type="checkbox"/> dT</td> <td><input type="checkbox"/> dT_a</td> <td><input type="checkbox"/> dT – IPV</td> <td><input type="checkbox"/> dT_a – IPV</td> </tr> </tbody> </table> | Nr. Dosis | Kombinierter Impfstoff | | | | <input type="checkbox"/> 1. Dosis (0 Monate) | <input type="checkbox"/> dT | <input type="checkbox"/> dT _a | <input type="checkbox"/> dT – IPV | <input type="checkbox"/> dT _a – IPV | <input type="checkbox"/> 2. Dosis (2 Monate) | <input type="checkbox"/> dT | <input type="checkbox"/> dT _a | <input type="checkbox"/> dT – IPV | <input type="checkbox"/> dT _a – IPV | <input type="checkbox"/> 3. Dosis (8 Monate) | <input type="checkbox"/> dT | <input type="checkbox"/> dT _a | <input type="checkbox"/> dT – IPV | <input type="checkbox"/> dT _a – IPV |
| Nr. Dosis | Kombinierter Impfstoff | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Dosis (0 Monate) | <input type="checkbox"/> dT | <input type="checkbox"/> dT _a | <input type="checkbox"/> dT – IPV | <input type="checkbox"/> dT _a – IPV | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. Dosis (2 Monate) | <input type="checkbox"/> dT | <input type="checkbox"/> dT _a | <input type="checkbox"/> dT – IPV | <input type="checkbox"/> dT _a – IPV | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. Dosis (8 Monate) | <input type="checkbox"/> dT | <input type="checkbox"/> dT _a | <input type="checkbox"/> dT – IPV | <input type="checkbox"/> 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»).

Dieses Dokument muss mindestens **20 Jahre** oder gemäss kantonalen Vorschriften aufbewahrt werden.



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
 Impfwischenfall gemeldet (Pharmacovigilanz, EIViS)

Datum: _____

Beschreibung (inkl. Follow-up):

Rückmeldedatum der geimpften Person: _____

Apothekerin/Apotheker: _____

Dieses Dokument muss mindestens **20 Jahre** oder gemäss kantonalen Vorschriften aufbewahrt werden.