

Information und Impfaufklärung zur Impfung gegen: **Influenza (Grippe)**

Influenza („echte“ Grippe) ist eine akute Erkrankung der Atemwege durch Influenza-Viren, die meist mit hohem Fieber, Abgeschlagenheit sowie Kopf- und Muskelschmerzen einhergeht und nicht immer von anderen „Erkältungen“ zu unterscheiden ist. Die Übertragung erfolgt von Mensch zu Mensch durch Tröpfchen- und Kontaktinfektion (Husten, Niesen, verunreinigte Hände).

Bei gesunden Kindern und Erwachsenen unter 60 Jahren verläuft die Influenza in der Regel ohne schwerwiegende Komplikationen. Bei älteren Menschen und chronisch Kranken werden jedoch häufig schwere Verläufe beobachtet, welche jährlich weltweit tausende Todesopfer fordern.

Schutzimpfung: Da die Influenza gehäuft während der kalten Jahreszeiten (November bis April) auftritt, erfolgt die Schutzimpfung für gewöhnlich in den Herbstmonaten. Da sich die Influenza-Viren ständig verändern, sollte die Impfung jährlich mit einem aktuellen Impfstoff wiederholt werden.

Impfstoffe: Wir verwenden **Vaxigrip Tetra® (Fa. Sanofi Pasteur)** Saison 2024/ 2025 und **Efluelda® (Fa. Sanofi Pasteur)** Saison 2024/ 2025 für Personen > 60 Jahren.

Der konventionelle tetravalente Impfstoff **Vaxigrip Tetra**, berücksichtigt die vier aktuell bedeutsamen Influenza-Virustypen. Es handelt sich hierbei um einen sog. Totimpfstoff, welcher abgetötete Bestandteile des Virus enthält. Ferner können im Impfstoff Spuren von Hühnerei (Ovalbumin, Hühnerproteine), Formaldehyd, Neomycin und Octoxinol 9 enthalten sein.

Der Impfschutz beginnt etwa zwei bis drei Wochen nach der Impfung. Es wird üblicherweise in den Deltamuskel (Schulter) geimpft. Zeitabstände zu anderen Impfungen brauchen bei dieser Impfung nicht eingehalten werden. (Bei Notwendigkeit können auch andere Impfstoffe gleichzeitig verabreicht werden).

Für alle Personen ab 60 Jahren empfiehlt die STIKO eine Impfung mit dem Hochdosis-Impfstoff Efluelda. Er enthält die vierfache Antigenmenge und wurde speziell entwickelt, um älteren Menschen einen besseren Impfschutz zu bieten.

Wer sollte geimpft werden? Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Influenzaimpfung u.a. allen Personen ab 60 Jahren, Schwangeren ab dem 2. Trimenon, Personen mit bestimmten chronischen Erkrankungen (z.B. der Atmungsorgane, des Herz- oder Kreislaufsystems, der Leber oder der Nieren, bei Diabetes mellitus oder andere Stoffwechselkrankheiten sowie bei neurologischen Grunderkrankungen wie z.B. Multiple Sklerose, angeborene oder erworbene immunologische Erkrankungen) sowie Bewohnern von Alters- oder Pflegeheimen. Zudem sollten Personen mit erhöhter beruflicher Gefährdung geimpft werden (**z.B. medizinisches Personal**).

Reaktion auf die Impfung: An der Injektionsstelle kann eine schmerzhaft Rötung oder Schwellung mit Überwärmung auftreten. In einigen Fällen kommt es zu Abgeschlagenheit, Schüttelfrost, Fieber, Kopf- oder Gliederschmerzen.

Impfkomplikationen: Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen werden in diesem Zusammenhang als Impfkomplikation bezeichnet. Hierzu gehören u.a. Kreislaufschwäche sowie sehr selten allergische Reaktionen mit Hautausschlag und/oder Luftnot bis hin zum allergischen Schock.

Kontraindikationen (Gegenanzeigen): Es sollte nicht geimpft werden bei bekannter Überempfindlichkeit gegenüber einen der Inhaltsstoffe und/oder bei vorhergehenden schweren allergischen Reaktionen auf diesen Impfstoff. Bei Vorliegen eines akuten fieberhaften Infektes sollte die Impfung verschoben werden. Eine leichte Infektion (z.B. der oberen Atemwege) ist indes keine Kontraindikation.

Impfaufklärung

zur Impfung gegen: **Influenza (Grippe)**

Name, Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Krankenkasse: _____

Zugehörigkeit: UMR (inkl. Studenten) Hochschule _____

Fragen vor der Impfung

1. Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung ? Beschwerden: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2. Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung ? (z.B. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Blutgerinnungsstörung, rheumatologische Erkrankungen, Krampfleiden, Erkrankungen des Immunsystems, andere...) Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3. Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? (z.B. blutverdünnende Medikamente, Antibiotika, Immunsuppressiva wie z.B. Cortison, Chemotherapeutika, andere...) Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4. Ist bei ihnen eine Allergie bekannt? (z.B. gegen Hühnereiweiß, Medikamente, Konservierungsstoffe, andere ...) Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5. Traten bei Ihnen nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder sonstige besondere Beschwerden auf? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6. Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten ? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft oder Stillen Sie ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Einwilligung zur Impfung

1. Das **Informations- und Aufklärungsblatt** des Betriebsärztlichen Dienstes der Universitätsmedizin Rostock zur vorgesehenen Schutzimpfung habe ich **erhalten, gelesen und verstanden**.
2. Meine Fragen wurden beantwortet, ich habe **keine weiteren Fragen**.
3. Ich **willige** in die Impfung **ein** und wünsche **keine weitere Bedenkzeit**.

Rostock, den _____

Unterschrift

Ch.-B.:

Injektionsort (i.m.): li. OA re. OA **Unterschrift Arzt:**

Impfdokumentation: Vertinex LAGuS