



**Bericht über Verdachtsfälle einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion
hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung (Verdacht auf Impfkomplikation) nach IfSG**
(Die Meldeverpflichtung an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft bleibt unberührt)

Definition des Verdachts einer über das übliche Ausmass einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung (§6 Abs. 1, Nr. 3 IfSG):

Eine **namentliche Meldepflicht** an das Gesundheitsamt besteht nach §6 Abs. 1, Nr. 3 IfSG dann, wenn nach einer Impfung auftretende Krankheitserscheinungen in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Impfung stehen könnten und über die nachfolgenden Impfreaktionen hinausgehen.

Nicht meldepflichtig sind das übliche Ausmaß nicht überschreitende, kurzzeitig vorübergehende Lokal- und Allgemeinreaktionen, die als Ausdruck der Auseinandersetzung des Organismus mit dem Impfstoff anzusehen sind: z.B.

- für die Dauer von 1-3 Tagen (gelegentlich länger) anhaltende Rötung, Schwellung oder Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle
- Fieber unter 39.5°C (bei rektaler Messung), Kopf- und Gliederschmerzen, Mattigkeit, Unwohlsein, Uebelkeit, Unruhe, Schwellung der regionären Lymphknoten
- oder im gleichen Sinne zu deutende Symptome einer ‚Impfkrankheit‘ (1-3 Wochen nach der Impfung), z.B. leichte Parotisschwellung oder ein Masern- bzw Varizellen ähnliches Exanthem oder kurzzeitige Arthralgien nach der Verabreichung von auf der Basis abgeschwächter Lebendviren hergestellten Impfstoffen gegen Mumps, Masern, Röteln oder Varizellen.

Ausgenommen von der Meldepflicht sind auch Krankheitserscheinungen, denen offensichtlich eine andere Ursache als die Impfung zugrunde liegt.

Meldedaten:

1. Patient: Nachname°: _____ Vorname°: _____
(Ersten Buchstaben des Nachnamens und des Vornamens bitte in die Kästchen eintragen)

Geburtsdatum: m w
Tag Monat Jahr Geschlecht

Adresse°: Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

2. Impfung

	1	2	3
Impfdatum			
Impfstoff			
Pharm. Unternehmer			
Chargenbez.			
Applikationsart- und Ort			

Impfanamnese*: Wurde/n die/ der o.g. Impfstoff/e i.d. Vorgeschichte bereits angewendet:

ja wann: _____ nein

3. Verdacht auf Impfkomplikation:

Diagnosen* bzw. Verdachtsdiagnosen :	Beginn	Dauer
1.		
2.		
3.		

3.1 Die Diagnose/ Verdachtsdiagnose wurde gestützt durch folgende abklärende Untersuchungen*:
(z. B. Liquor-Untersuchung, Serologie, EEG, EKG etc.; ggf. Angabe der beauftragten Untersuchungsstelle)

Dabei wurden folgende Differentialdiagnosen ausgeschlossen*:
(insbesondere auch unter Berücksichtigung einer eventuell gleichzeitig erfolgten Medikamentengabe)

Trat bei früheren Impfungen der Verdacht einer Impfkomplication auf?*

Symptome: _____

Impfung: _____

Datum der Impfung: _____

Wurden die unter 2. genannten Impfstoffe nach Abklingen der Symptome nochmals angewendet?*

nein ja wenn ja, trat nochmals der Verdacht einer Impfkomplication auf? _____

Traten die Symptome des o.g. Verdachtes einer Impfkomplication beim Patienten ohne zeitlichen Zusammenhang zu der o.g. Impfung nochmals auf?*

nein ja wenn ja, wie oft und wodurch wahrscheinlich ausgelöst? _____

3.2 Verlauf und Therapie der Impfreaktion :

War eine ambulante Behandlung erforderlich ? ja nein

War eine stationäre Behandlung im Krankenhaus erforderlich ? ja nein

War die Impfreaktion lebensbedrohlich ? ja nein

3.3 Ausgang der Impfreaktion :

wiederhergestellt bleibender Schaden noch nicht wiederhergestellt

unbekannt Tod (Sektion ? Todesursache ?*)

4. Adresse und Telefonnummer des Meldenden:°

Name: _____ Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Telefon: _____/_____

5. Adresse des impfenden Arztes (sofern nicht mit dem Meldenden identisch):°

Name: _____ Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Datum : _____

Unterschrift : _____

* Für eine ausführliche Beschreibung bitten wir Sie, ein separates Blatt zu benutzen oder Kopien beizufügen. Möglichst genaue Zeitangaben und die Beschreibung der differentialdiagnostischen Untersuchungen ist für die Bewertung des kausalen Zusammenhanges von Impfung und beobachtetem Verdacht der Impfkomplication von größter Wichtigkeit ! ° Die Angaben zu diesen (zusätzlich kursiv bzw. blau gekennzeichneten) Punkten dürfen vom Gesundheitsamt – bis auf den jeweils ersten Buchstaben des Nachnamens und des Vornamens – nicht weitergeleitet werden!

Patient (Name, Vorname, Adresse)

Telefon:.....

Geb. am:

Geschlecht: weibl. männl.

Meldeformular – vertraulich –

Neue Influenza A/H1N1

hervorgerufen durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus

Gemäß Verordnung über die Meldepflicht bei neuer Influenza (NIMPV) i.V.m. § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG

- Verdacht Tod
 Erkrankung Todesdatum:

Angaben zu den einzelnen Symptomen:

- Fieber $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Husten
 Andere, und zwar
- Symptombeginn:

Vorliegen einer Pneumonie (Lungenentzündung):

- Ja Nein Unbekannt

Risikofaktoren:

- Keine Diabetes mellitus Herz-Kreislaferkrankung
 chron. Atemwegserkr. Schwangerschaft Behandlungsbedürftige Adipositas oder
 Immunsuppression Andere, und zwar Body Mass Index (BMI) > 30

Angaben zur Therapie:

- Tamiflu® (Oseltamivir) Relenza® (Zanamivir) Keine
Therapiebeginn (Datum):

Infektionsquelle bekannt oder vermutet:

- Nein Ja
- Infektionsquelle bekannt:
 Kontakt zu an Influenza A/H1N1-erkrankten Personen.
 Patient/in war innerhalb von 7 Tagen vor Erkrankungsbeginn im Ausland von: bis:
Land/Länder:
- Arbeit in einem Labor, in dem Proben auf Neue Influenza (Influenza A/H1N1) getestet werden.

Epidemiologische Situation:

- Nein Ja
- Patient/in hat beruflichen Kontakt mit vulnerablen Gruppen (u.a. Schwangere, Personen mit chronischen Grunderkrankungen, Immunsupprimierte, Kleinkinder bis 24 Monate).
 Enger Kontakt des Patienten (z.B. Familie) hat beruflichen Kontakt mit vulnerablen Gruppen.
 Patient/in ist in Krankenhaus / stationärer Pflegeeinrichtung seit:
Name/Ort der Einrichtung:.....
Grund der Krankenhauseinweisung:
 Influenzaerkrankung (schwerer Verlauf und/oder Risiko von Komplikationen)
 anderer Grund, und zwar.....
- Patient/in ist Teil einer Erkrankungshäufung (z.B. Reisegruppe):.....

Veranlasste Diagnostik:

- Erregerspezifische PCR auf Neue Influenza A/H1N1 durchgeführt¹⁾:
 nein ja, Ergebnis ausstehend ja, Ergebnis positiv ja, Ergebnis negativ

Unverzüglich melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes 	Erkrankungsdatum²⁾: Diagnosedatum²⁾: Datum der Meldung:	Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnr.)
--	---	---

¹⁾ Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§6 und 7 IfSG).
²⁾ Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.

