

VON DER PATIENTIN AUSZUFÜLLEN UND DEM PRÜFARZT ZU ÜBERGEBEN

covipreg@chuv.ch

Prof. D. BAUD - Maternité du CHUV, Av. Pierre Decker 2, 1011 Lausanne

Der Geburtstermin :		
VOR DER INJEKTION N°3			
Wurden Sie positiv auf SARS-CoV-2 getestet?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT
Wenn ja, welcher Test?	<input type="checkbox"/> PCR nasopharyngeal	<input type="checkbox"/> Antigen Test	<input type="checkbox"/> Serologie <input type="checkbox"/> WEISS NICHT
Datum des Tests : (Tag/Monat/Jahr)		
Welche Symptome haben Sie festgestellt ?	<input type="checkbox"/> KEINE	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	
	<input type="checkbox"/> Fieber : <38 / 38-39 / >39 °C	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	
	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen	
	<input type="checkbox"/> Dyspnoe / Kurzer Atem	<input type="checkbox"/> Schleim mit Husten	
	<input type="checkbox"/> Halsweh	<input type="checkbox"/> Geschmackverlust /Geruch	
	<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> Andere :	
Wurden Sie infolge COVID-19 ins Krankenhaus eingeliefert?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	In welches Krankenhaus ?	Haben Sie Sauerstoff bekommen ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

IMPfung – INJEKTION N°1	Datum :	(Tag/Monat/Jahr)
IMPfung – INJEKTION N°2	Datum :	(Tag/Monat/Jahr)

IMPfung - INJEKTION N°3			
Datum der dritten Impfung			
(Tag/Monat/Jahr)			
Welche Sorte von Impfung ?	<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Comirnaty (Pfizer/BioNTech)	<input type="checkbox"/> Andere:
• Körperteil der Impfung	<input type="checkbox"/> Rechter Arm	<input type="checkbox"/> Linker Arm	<input type="checkbox"/> Andere :
• Ort der Impfung	<input type="checkbox"/> Gynäkologe/Hebamme (Privatpraxis)	<input type="checkbox"/> Impfzentrum	
	<input type="checkbox"/> Gynäkologe/Hebamme (Krankenhaus)	<input type="checkbox"/> Hausarzt	
	<input type="checkbox"/> Impfprogramm auf dem Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Apotheke	
• Haben Sie am Tag der Impfung Fiebermittel eingenommen? (Dafalgan, Ibuprofen...)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT
Lokale Reaktion nach der dritten Injektion ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT
• Wenn ja, lokale Reaktion ?	<input type="checkbox"/> Schwellungen/Ödeme	<input type="checkbox"/> Rötung	<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Verhärtung
	<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Hämatome	<input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Andere
• Wann ?	<input type="checkbox"/> die ersten 7 Tage nach der dritten Injektion?		<input type="checkbox"/> > 1 Monat nach der dritten Injek.
	<input type="checkbox"/> 8 bis 14 Tage nach der dritten Injektion		<input type="checkbox"/> Weiss nicht
	<input type="checkbox"/> 15 Tage bis 1 Monat nach der dritten Injektion		
Systemische Reaktion nach der dritten Injektion?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT
• Wenn ja, welche systemische Reaktion?	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Fieber (>= 38°C)	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen
	<input type="checkbox"/> Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen
	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen	
	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Unbehagen	<input type="checkbox"/> Andere :
• Wann ?	<input type="checkbox"/> die ersten 7 Tage nach der dritten Injektion?		<input type="checkbox"/> > 1 Monat nach der dritten Injek.
	<input type="checkbox"/> 8 bis 14 Tage nach der dritten Injektion		<input type="checkbox"/> Weiss nicht
	<input type="checkbox"/> 15 Tage bis 1 Monat nach der dritten Injektion		

Schwere Nebenwirkungen nach der dritten Injektion?				<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT
• Wenn ja, welche ?	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt infolge COVID-19 Impfung					
	<input type="checkbox"/> Aufnahme von Müttern auf der Intensivstation					
	<input type="checkbox"/> Anaphylaktischer Schock					
	<input type="checkbox"/> Andere :					
• Wann ?	<input type="checkbox"/> die ersten 7 Tage nach der dritten Injektion?			<input type="checkbox"/> > 1 Monat nach der dritten Injek.		
	<input type="checkbox"/> 8 bis 14 Tage nach der dritten Injektion			<input type="checkbox"/> Weiss nicht		
	<input type="checkbox"/> 15 Tage bis 1 Monat nach der dritten Injektion					

EVENTUELLER COVID-19 TEST NACH DER INJEKTION N°3

<ul style="list-style-type: none"> • Trotz der Impfung haben Sie vielleicht Symptome von COVID-19 gehabt • In diesem Fall, ein COVID Test ist empfohlen 	Datum des Auftretens der Symptome Datum des Tests :	Welcher Test ? <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Antigen Test <input type="checkbox"/> Weiss nicht	Resultat : <input type="checkbox"/> POSITIV <input type="checkbox"/> NEGATIV <input type="checkbox"/> Weiss nicht
	Welche Symptome haben Sie festgestellt ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> KEINE <input type="checkbox"/> Fieber : <38 / 38-39 / >39 °C <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Dyspnoe / Kurzen Atem <input type="checkbox"/> Halsweh <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen <input type="checkbox"/> Schleim mit Husten <input type="checkbox"/> Geschmackverlust /Geruch <input type="checkbox"/> Andere : 	

PATIENTIN Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten, sowohl die über den Ausgang meiner Schwangerschaft als auch die über eine mögliche Infektion, zu Forschungszwecken verwendet werden können, um die Versorgung schwangerer Patientinnen zu verbessern.

NAME : _____ **VORNAME :** _____

Geburtsdatum : _____ **Unterschrift :** _____