

Antigen-Schnelltests COVID-19

Triage-Fragebogen zum Antigen-Schnelltest SARS-CoV-2 in der Apotheke

Stand: 16.11.2020

1. Einschluss- und Ausschlusskriterien

Leiden Sie aktuell unter Symptomen¹?

NEIN → Bitte folgende 2 Fragen beantworten:

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie eine Meldung einer Begegnung durch die SwissCovid App erhalten? ² | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wurde der Test durch eine Ärztin/einen Arzt im Rahmen einer Ausbruchsuntersuchung angeordnet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Falls Frage Nr. 1 und 2 mit **NEIN** beantwortet ist, ist **kein Test** angezeigt.

JA → Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- Symptome einer akuten Atemwegserkrankung (z. B. Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit, Brustschmerzen)
- Fieber
- Plötzlich Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns
- Akute Verwirrtheit oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes bei älteren Menschen
- Andere Symptome³, nämlich: _____

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3. Die Symptome haben vor weniger als 4 Tagen begonnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Falls Frage Nr. 3 mit **NEIN** beantwortet ist, ist **kein Test** angezeigt.

Treffen diese Kriterien auf Sie zu?

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4. Sie gehören zu einer Gruppe von besonders gefährdeten Personen ⁴ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sie arbeiten im Gesundheitswesen mit direktem Patientenkontakt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sie sind in stationärer Behandlung (d.h. betreute Übernachtung in einer Einrichtung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sie haben kürzlich stattgefundene Nasentraumen oder operativen Eingriffe an der Nase oder den Nasennebenhöhlen gehabt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sie haben gravierende Nasenscheidewandverkrümmung oder chronisch enge Nasengänge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Sie haben Gerinnungsleiden (z.B. Mangel an Gerinnungsfaktoren, Bluterkrankheit) ⁵ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Der Test **kann durchgeführt werden**, wenn die Fragen Nr. 4 bis 9 alle mit **NEIN** beantwortet sind.

A 2. Angaben zur getesteten Person (evtl. Etikette aufkleben)

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Telefonnummer:

Geschlecht: Männlich Weiblich Andere

Strasse: PLZ / Ort:

Wohnsitzland: E-Mail:

Krankenkasse: Versicherungsnr.:

¹ Gemäss den Verdachts-, Beprobungs- und Meldekriterien des BAG vom 28. Oktober 2020.

² Die Meldung der SwissCovid-App zeigt das Datum des Kontakts an. Nach einer Meldung sollte der Test frühestens ab dem 5. Tag nach Kontakt erfolgen.

³ Zum Beispiel: Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, allgemeine Schwäche, Schnupfen, Magen-Darm-Symptome (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen), Hautausschläge.

⁴ Personen über 65 Jahre; Schwangere; Vorerkrankungen wie Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Chronische Atemwegserkrankungen, Krebs, Erkrankungen/Therapien, die das Immunsystem schwächen, Adipositas.

⁵ Die Einnahme von Antikoagulantien ist kein Ausschlusskriterium für den Nasenrachenabstrich.

B 3. Aufklärung und Einwilligung:

Ich habe Informationen zum durchzuführenden Test, den Kosten und der Bedeutung der möglichen Ergebnisse erhalten. Allfällige Fragen konnte ich vorgängig mit einer Fachperson klären. Ich habe keine weiteren Fragen. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Probennahme mittels Nasenrachenabstrich, der Datenbearbeitung, der anschliessenden Meldung an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und im Falle eines Arztkontaktes der vertraulichen Weiterleitung der Patientendaten an den Arzt einverstanden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass sämtliche im Fragebogen angegebenen Daten richtig und vollständig sind.

 Ort/Datum: Unterschrift der getesteten Person:

C 4. Angaben zum Test / Durchführung Probeentnahme

- Test Hersteller: Roche Diagnostics Abbott Rapid Diagnostics Andere:
- Interne Test-ID (int. Testnummer):
- Hygienemassnahmen eingehalten

Entnahmedatum: Uhrzeit:

Probennahme abgebrochen, weil:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unwohlsein Kunde | <input type="checkbox"/> Verzicht Kunde |
| <input type="checkbox"/> Test für Kunden nicht indiziert (Ausschlusskriterien) | <input type="checkbox"/> Weiterleitung an Arzt |
| <input type="checkbox"/> Andere: | |

D 5. Evaluation und Ergebniskommunikation

Testresultat: **positiv** **negativ**

Information der getesteten Person über Isolation/Quarantäne erfolgt (Ausbruchs-/Kontaktmanagement)

Testresultat an getestete Person gemeldet am: Datum: Uhrzeit:

per Telefon per E-Mail per SMS persönliche Abgabe

Testresultat an BAG gemeldet am: Datum: Uhrzeit:

(Meldefrist: innerhalb von 2 Std. bei positiven / innerhalb von 24 Std. bei negativen Resultaten)

Bemerkungen:

 Ort/Datum: Unterschrift des/r zuständigen Apothekers/in: