



Kartu Kendali Pelayanan Vaksinasi COVID-19

jaki

Verifikasi Data Identitas

CICI KHARISMA ROZIE

NIK 1209296509970001

Tanggal Lahir
25/9/1997

No. Telepon
082276467097

Alamat
TB SIMATUPANG 03 01 KEL. CILANDAK BARAT. KEC.
CILANDAK. KOTA ADM. JAKARTA SELATAN

Jadwal Vaksinasi Dosis 2

Senin, 02 Agustus 2021

Waktu Vaksinasi

-

Lokasi Vaksinasi
RSUD JAGAKARSA

Jl. Moh. Kahfi 1 No.27 A, RT.1/RW.6, Jagakarsa, Kec. Jagakarsa,
Kota Jakarta Selatan, Daerah Khusus Ibukota Jakarta

Pemeriksaan sebelum vaksinasi

No.	Pemeriksaan	Hasil
1.	Suhu	
2.	Tekanan Darah	

Jawaban Pre-screening

Pre-Screening 02/7/2021 via JAKI

No.	Pertanyaan	Kondisi
1.	Pertanyaan untuk vaksinasi ke-1 Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat seperti sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan atau reaksi berat lainnya karena vaksin?	-
	Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2 Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat atau mengalami gejala sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?	-
2.	Apakah Anda sedang hamil?	Tidak
3.	Apakah Anda mengidap penyakit autoimun seperti asma, lupus?	Tidak
4.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?	Tidak
5.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosuppressant seperti kortikosteroid dan kemoterapi?	Tidak

No.	Pertanyaan	Kondisi
6.	Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat dalam keadaan sesak?	Tidak
7.	Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (>60 tahun)	
	1. Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga?	-
	2. Apakah Anda sering merasa kelelahan?	-
	3. Apakah Anda memiliki 5 atau lebih dari 11 penyakit berikut (Hipertensi, diabetes, kanker, penyakit paru kronis, serangan jantung, gagal jantung kongestif, nyeri dada, asma, nyeri sendi, stroke dan penyakit ginjal)?	-
	4. Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan kira-kira 100 sampai 200 meter?	-
	5. Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?	-

Hasil Screening	Paraf Petugas
<input type="checkbox"/> Lanjut Vaksin <input type="checkbox"/> Tunda <input type="checkbox"/> Tidak Diberikan	

Hasil Vaksinasi	Paraf Petugas
Jenis Vaksinasi	
No Batch	
Tanggal / Jam	

Hasil Observasi	Paraf Petugas
<input type="checkbox"/> Tanpa Keluhan <input type="checkbox"/> Ada Keluhan (sebutkan jika ada) <div></div>	