

KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19

A. MEJA PRA REGISTRASI

VERIFIKASI DATA IDENTITAS		Paraf Petugas
Viva ID	67151743155	
Nama	Andhina Hayuningtyas	
NIK	3301236307010002	
Tanggal Lahir	23 Juli 2001	
No. HP	089648331525	
Alamat	GUMILIR RT: 006 RW: 003 CILACAP UTARA	
Jenis Vaksin		
Lokasi Vaksin	RSI FATIMAH CILACAP	
Tanggal Dosis 1	09 September 2021	
Tanggal Dosis 2		

B. MEJA 1(SKRINING DAN VAKSINASI)

SKRINING				
No	Pemeriksaan	Hasil		Tindak Lanjut
1	Suhu			Suhu > 37,5 °C vaksinasi ditunda sampai sasaran sembuh
2	Tekanan Darah			Jika tekanan darah > 180/110 mmHg pengukuran tekanan darah diulang 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) menit kemudian jika masih tinggi maka vaksinasi ditunda sampai terkontrol
	Pertanyaan	Ya	Tidak	
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?			Jika Ya: vaksinasi diberikan di Rumah Sakit
2	Apakah Anda sedang hamil?			Jika sedang hamil vaksinasi ditunda sampai melahirkan
3	Apakah Anda mengidap penyakit autoimun seperti asma, lupus.			Jika Ya, maka vaksinasi ditunda jika sedang dalam kondisi akut atau belum terkendali
4	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
5	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosupressant seperti kortikosteroid dan kemoterapi?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk

6	Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat dalam keadaan sesak?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
Pertanyaan Nomor 7 dilanjutkan apabila terdapat penilaian kelemahan fisik pada sasaran vaksinasi.				
7	Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (≥60 tahun): <ul style="list-style-type: none">Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga?Apakah Anda sering merasa kelelahan?*Apakah Anda memiliki paling sedikit 5 dari 11 penyakit (Hipertensi, diabetes, kanker, penyakit paru kronis, serangan jantung, gagal jantung kongestif, nyeri dada, asma, nyeri sendi, stroke dan penyakit ginjal)?Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan kira-kira 100 sampai 200 meter? Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?			Jika terdapat 3 atau lebih jawaban Ya maka vaksin tidak dapat diberikan

HASIL SKRINING:		Paraf petugas:
<input type="checkbox"/>	LANJUT VAKSIN	
<input type="checkbox"/>	TUNDA	
<input type="checkbox"/>	TIDAK DIBERIKAN	

HASIL VAKSINASI		
Jenis Vaksin:		Paraf Petugas:
No. Batch:		
Tanggal Vaksinasi:		
Jam Vaksinasi:		

C. MEJA 2: PENCATATAN DAN OBSERVASI

HASIL OBSERVASI	
<input type="checkbox"/> Tanpa Keluhan	Paraf Petugas:
<input type="checkbox"/> Ada keluhan Sebutkan keluhan jika ada,... ..	