



## Kartu Kendali Pelayanan Vaksinasi COVID-19



### Verifikasi Data Identitas

**AQLIKA MANNA NULKAREM** NIK 3204440602990006

Tanggal Lahir  
06/2/1999

No. Telepon  
085263637515

Alamat  
JL. H.ZAINUDDIN NO.4 RT 002 RW 014, KEL. GANDARIA  
UTARA. KEC. KEBAYORAN BARU. KOTA ADM. JAKARTA  
SELATAN.

### Jadwal Vaksinasi Dosis 2

**Kamis, 16 September 2021**

⌚ Waktu Vaksinasi  
10:00 - 11:30 WIB

📍 Lokasi Vaksinasi  
**PUSKESMAS KECAMATAN JAGAKARSA**  
JL. SIRSAK, RT.1/RW.2, JAGAKARSA, KEC. JAGAKARSA,  
KOTA JAKARTA SELATAN, DAERAH KHUSUS IBUKOTA  
JAKARTA 12620

### Pemeriksaan sebelum vaksinasi

No.	Pemeriksaan	Hasil
1.	Suhu	
2.	Tekanan Darah	

### Jawaban Pre-screening

✅ Pre-Screening 13/9/2021 via JAKI

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

\* Petugas dapat memutuskan tidak memberikan vaksinasi jika tidak sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku

No.	Pertanyaan	Kondisi
5.	Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat atau asma dalam keadaan sesak?	Tidak
6.	Apakah Anda pernah terkonfirmasi menderita COVID-19?	Tidak
7.	<b>Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (&gt;60 tahun)</b>	
	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	AstraZeneca	
No Batch		
Tanggal / Jam		

Hasil Observasi	Paraf Petugas
<input type="checkbox"/> Tanpa Keluhan <input type="checkbox"/> Ada Keluhan (sebutkan Jika ada) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>	