

# Catatan Pemberian Vaksin untuk Dewasa

Nama pasien: \_\_\_\_\_

Tanggal lahir: \_\_\_\_\_ Nomor bagan: \_\_\_\_\_

Nama dan alamat klinik

Sebelum memberikan vaksin apa pun, berikan salinan semua Pernyataan Informasi Vaksin (Vaccine Information Statement/VIS) yang relevan kepada pasien dan pastikan pasien memahami risiko dan manfaat vaksin. Selalu sediakan atau perbarui kartu catatan pribadi pasien.

Vaksin	Jenis Vaksin <sup>1</sup>	Tanggal diberikan (bln/hari/tahun)	Pendanaan sumber (F,S,P) <sup>2</sup>	Rute <sup>3</sup> & Lokasi <sup>3</sup>	Vaksin		Informasi Vaksin Pernyataan (VIS)		Pencacar <sup>5</sup> (tanda tangan atau inisial & gelar)
					Banyak #	Mfr.	Tanggal di VIS <sup>4</sup>	Tanggal diberikan <sup>4</sup>	
<b>Tetanus, Difteri, Pertusis</b> (misalnya, Td, Tdap) Berikan IM. <sup>3</sup>									
<b>Hepatitis A<sub>6</sub></b> (misal HepA, HepA-HepB) Berikan IM. <sup>3</sup>									
<b>Hepatitis B<sub>6</sub></b> (misal HepB, HepA-HepB) Berikan IM. <sup>3</sup>									
<b>Virus papiloma manusia</b> (HPV2, HPV4) Berikan IM. <sup>3</sup>									
<b>Campak, Gondongan, Rubella</b> (MMR) Berikan SC. <sup>3</sup>									
<b>Varisela</b> (VAR) Berikan SC. <sup>3</sup>									
<b>Pneumokokus</b> (misalnya, PCV13, konjugasi; PPSV23, polisakarida) Berikan PCV13 IM. <sup>3</sup> Berikan PPSV23 IM atau SC. <sup>3</sup>									
<b>Meningokokus</b> (misalnya, MenACWY, konjugasi; MPSV4, polisakarida) Berikan MenACWY IM. <sup>3</sup> Berikan MPSV4 SC. <sup>3</sup>									

Lihat halaman 2 untuk mencatat influenza, Hib, zoster, dan vaksin lainnya (misalnya vaksin perjalanan).

## Cara Menyelesaikan Catatan Ini

1. Catat singkatan generiknya (misalnya Tdap) atau nama dagang setiap vaksin (lihat tabel di sebelah kanan).
2. Catat sumber pendanaan vaksin yang diberikan sebagai F (federal), S (negara bagian), atau P (swasta).
3. Catat rute pemberian vaksin baik secara intramuskular (IM), subkutan (SC), intradermal (ID), intranasal (IN), atau oral (PO) dan juga tempat pemberian vaksin sebagai RA (lengan kanan), LA (lengan kiri), RT (paha kanan), atau LT (paha kiri).
4. Catat tanggal penerbitan setiap VIS serta tanggal pemberian VIS kepada pasien.
5. Untuk memenuhi keterbatasan ruang pada formulir ini dan persyaratan federal untuk dokumentasi, pusat layanan kesehatan mungkin ingin menyimpan daftar referensi pemberi vaksin yang mencantumkan inisial dan gelar mereka.
6. Untuk vaksin kombinasi, isikan satu baris untuk setiap antigen dalam kombinasi tersebut.

Singkatan	Nama Dagang dan Produsen
Tdap	Adacel (sanofi pasteur); Boostrix (GlaxoSmithKline [GSK])
Td	Decavac (sanofi pasteur); Td generik (Laboratorium Biologi MA)
HepA	Havrix (GSK); Vaqta (Merck)
HepB	Engerix-B (GSK); Rekombivax HB (Merck)
HepA-HepB	Twinrix (GSK)
HPV2	Cervarix (GSK)
HPV4	Gardasil (Merck)
MMR	MMRII (Merck)
VAR	Varivax (Merck)
PCV13, PPSV23	Sebelumnya 13 (Pfizer); Pneumovax 23 (Merck)
MenACWY	Menaktra (sanofi pasteur); Menveo (Novartis)
MPSV4	Menomune (sanofi pasteur)

# Catatan Pemberian Vaksin untuk Dewasa

Nama pasien: \_\_\_\_\_

Tanggal lahir: \_\_\_\_\_ Nomor bagan: \_\_\_\_\_

Nama dan alamat klinik

Sebelum memberikan vaksin apa pun, berikan salinan semua Pernyataan Informasi Vaksin (Vaccine Information Statement/VIS) yang relevan kepada pasien dan pastikan pasien memahami risiko dan manfaat vaksin. Selalu sediakan atau perbarui kartu catatan pribadi pasien.

Vaksin	Jenis Vaksin <sup>1</sup>	Tanggal diberikan (bln/hari/tahun)	Pendanaan Sumber (F,S,P) <sup>2</sup>	Rute <sup>3</sup> & Lokasi <sup>3</sup>	Vaksin		Informasi Vaksin Pernyataan (VIS)		Pencacar <sup>5</sup> (tanda tangan atau inisial & gelar)
					Banyak #	Mfr.	Tanggal di VIS <sup>4</sup>	Tanggal diberikan <sup>4</sup>	
<b>Influenza</b> (misalnya, IIV3, trivalen dinonaktifkan; IIV4, kuadriavalen dinonaktifkan; RIV, inac- rekombinan diaktifkan; LAIV4, hidup kuadriavalen dilemahkan) Berikan IIV dan RIV IM. <sup>3</sup> Berikan LAIV DI. <sup>3</sup>									
<b>Hib</b> Berikan IM. <sup>3</sup>									
<b>Zoster</b> (Zos)Berikan SC. <sup>3</sup>									
<b>Lainnya</b>									

Lihat halaman 1 untuk mencatat vaksin Tdap/Td, hepatitis A, hepatitis B, HPV, MMR, varicella, pneumokokus, dan meningokokus.

## Cara Menyelesaikan Catatan Ini

1. Catat singkatan generiknya (misalnya Tdap) atau nama dagang setiap vaksin (lihat tabel di sebelah kanan).
2. Catat sumber pendanaan vaksin yang diberikan sebagai F (federal), S (negara bagian), atau P (swasta).
3. Catat rute pemberian vaksin baik secara intramuskular (IM), subkutan (SC), intradermal (ID), intranasal (IN), atau oral (PO) dan juga tempat pemberian vaksin sebagai RA (lengan kanan), LA (lengan kiri), RT (paha kanan), atau LT (paha kiri).
4. Catat tanggal penerbitan setiap VIS serta tanggal pemberian VIS kepada pasien.
5. Untuk memenuhi keterbatasan ruang pada formulir ini dan persyaratan federal untuk dokumentasi, pusat layanan kesehatan mungkin ingin menyimpan daftar referensi pemberi vaksin yang mencantumkan inisial dan gelar mereka.

Singkatan	Nama Dagang dan Produsen
LAIV (Hidup dilemahkan vaksin flu)	FluMist (MedImmune)
IIV (Vaksin influenza yang dilemahkan), RIV (influenza rekombinan vaksin)	Afluria (Bioterapi CSL); Agriflu (Novartis); Fluarix (GSK); Flublok (Protein Sciences Corp.); Flucelvax (Novartis); FluLaval (GSK); Fluvirin (Novartis); Fluzone, Fluzone Intradermal, Fluzone Dosis Tinggi (sanofi pasteur)
Hib	ActHIB (sanofi pasteur); Hibberix (GSK); PedvaxHib (Merck)
ZOS (sirap)	Zostavax (Merck)

Nama pasien: Muhammad Sharik

Tanggal lahir: 14/04/1981

Nomor bagan: \_\_\_\_\_

# Catatan Pemberian Vaksin untuk Dewasa

Nama dan alamat klinik Klinik Kota Kecil  
Jalan Pertama dan Utama  
Di Mana Saja, AB 12345

Sebelum memberikan vaksin apa pun, berikan salinan semua Pernyataan Informasi Vaksin (Vaccine Information Statement/VIS) yang relevan kepada pasien dan pastikan pasien memahami risiko dan manfaat vaksin. Selalu sediakan atau perbarui kartu catatan pribadi pasien.

Vaksin	Jenis Vaksin <sup>1</sup>	Tanggal diberikan (bln/hari/tahun)	Pendanaan sumber (F,S,P) <sup>2</sup>	Rute <sup>3</sup> & Lokasi <sup>3</sup>	Vaksin		Informasi Vaksin Pernyataan (VIS)		Pencacar <sup>5</sup> (tanda tangan atau inisial & gelar)
					Banyak #	Mfr.	Tanggal di VIS <sup>4</sup>	Tanggal diberikan <sup>4</sup>	
<b>Tetanus, Difteri, Pertusis</b> (misalnya, Td, Tdap) Berikan IM. <sup>3</sup>	Td	8/1/2002	P	IM/LA	U0376AA	AVP	6/10/94	8/1/02	JTA
	Td	1/9/2002	P	IM/LA	U0376AA	AVP	6/10/04	1/9/02	PWS
	Td	1/3/2003	P	IM/LA	U0376AA	AVP	6/10/94	1/3/03	TAA
	Tdap	14/6/2010	P	IM/LA	AC52B030AA	GSK	14/6/10	14/6/10	JTA
<b>Hepatitis A<sup>6</sup></b> (misal HepA, HepA-HepB) Berikan IM. <sup>3</sup>	HepA-HepB	8/1/2002	P	IM/RA	HAB239A4	GSK	25/8/98	8/1/02	JTA
	HepA-HepB	1/9/2002	P	IM/RA	HAB239A4	GSK	25/8/98	1/9/02	PWS
	HepA-HepB	1/3/2003	P	IM/RA	HAB239A4	GSK	25/8/98	1/3/03	TAA
<b>Hepatitis B<sup>6</sup></b> (misal HepB, HepA-HepB) Berikan IM. <sup>3</sup>	HepA-HepB	8/1/2002	P	IM/RA	HAB239A4	GSK	7/11/01	8/1/02	JTA
	HepA-HepB	1/9/2002	P	IM/RA	HAB239A4	GSK	7/11/01	1/9/02	PWS
	HepA-HepB	1/3/2003	P	IM/RA	HAB239A4	GSK	7/11/01	1/3/03	TAA
<b>Virus papiloma manusia</b> (HPV2, HPV4) Berikan IM. <sup>3</sup>									
<b>Campak, Gondongan, Rubella</b> (MMR) Berikan SC. <sup>3</sup>	MMR	8/1/2002	P	SC/RA	025L	MRK	13/6/02	8/1/02	JTA
	MMR	11/1/2002	P	SC/RA	0001	MRK	13/6/02	11/1/02	TAA
<b>Varisela</b> (VAR) Berikan SC. <sup>3</sup>	VAR	8/1/2002	P	SC/RA	0799M	MRK	16/12/98	8/1/02	JTA
	VAR	11/1/2002	P	SC/RA	0389M	MRK	16/12/98	11/1/02	TAA
<b>Pneumokokus</b> (misalnya, PCV13, konjugasi; PPSV23, polisakarida) Berikan PCV13 IM. <sup>3</sup> Berikan PPSV23 IM atau SC. <sup>3</sup>									
<b>Meningokokus</b> (misalnya, MenACWY, konjugasi; MPSV4, polisakarida) Berikan MenACWY IM. <sup>3</sup> Berikan MPSV4 SC. <sup>3</sup>	Menveo	12/2010	P	IM/RA	28011	November	1/2/8/08	7/12/10	JTA

Lihat halaman 2 untuk mencatat influenza, Hib, zoster, dan vaksin lainnya (misalnya vaksin perjalanan).

## Cara Menyelesaikan Catatan Ini

1. Catat singkatan generiknya (misalnya Tdap) atau nama dagang setiap vaksin (lihat tabel di sebelah kanan).
2. Catat sumber pendanaan vaksin yang diberikan sebagai F (federal), S (negara bagian), atau P (swasta).
3. Catat rute pemberian vaksin baik secara intramuskular (IM), subkutan (SC), intradermal (ID), intranasal (IN), atau oral (PO) dan juga tempat pemberian vaksin sebagai RA (lengan kanan), LA (lengan kiri), RT (paha kanan), atau LT (paha kiri).
4. Catat tanggal penerbitan setiap VIS serta tanggal pemberian VIS kepada pasien.
5. Untuk memenuhi keterbatasan ruang pada formulir ini dan persyaratan federal untuk dokumentasi, pusat layanan kesehatan mungkin ingin menyimpan daftar referensi pemberi vaksin yang mencantumkan inisial dan gelar mereka.
6. Untuk vaksin kombinasi, isikan satu baris untuk setiap antigen dalam kombinasi tersebut.

Singkatan	Nama Dagang dan Produsen
Tdap	Adacel (sanofi pasteur); Boostrix (GlaxoSmithKline [GSK])
Td	Decavac (sanofi pasteur); Td generik (Laboratorium Biologi MA)
HepA	Havrix (GSK); Vagta (Merck)
HepB	Engerix-B (GSK); Rekombivax HB (Merck)
HepA-HepB	Twinrix (GSK)
HPV2	Cervarix (GSK)
HPV4	Gardasil (Merck)
MMR	MMRII (Merck)
VAR	Varivax (Merck)
PCV13, PPSV23	Sebelumnya 13 (Pfizer); Pneumovax 23 (Merck)
MenACWY	Menaktra (sanofi pasteur); Menveo (Novartis)
MPSV4	Menomune (sanofi pasteur)

Nama pasien: Muhammad Sharik

Tanggal lahir: 14/04/1981

Nomor bagan: \_\_\_\_\_

# Catatan Pemberian Vaksin untuk Dewasa

Nama dan alamat klinik  
Klinik Kota Kecil  
Jalan Pertama dan Utama  
Di Mana Saja, AB 12345

Sebelum memberikan vaksin apa pun, berikan salinan semua Pernyataan Informasi Vaksin (Vaccine Information Statement/VIS) yang relevan kepada pasien dan pastikan pasien memahami risiko dan manfaat vaksin. Selalu sediakan atau perbarui kartu catatan pribadi pasien.

Vaksin	Jenis Vaksin <sup>1</sup>	Tanggal diberikan (bln/hari/tahun)	Pendanaan Sumber (F,S,P) <sup>2</sup>	Rute: & Lokasi <sup>3</sup>	Vaksin		Informasi Vaksin Pernyataan (VIS)		Pencacar: (tanda tangan atau inisial & gelar)
					Banyak #	Mfr.	Tanggal di VIS <sup>4</sup>	Tanggal diberikan <sup>4</sup>	
<b>Influenza</b> (misalnya, IIV3, trivalen dinonaktifkan; IIV4, kuadrivalen dinonaktifkan; RIV, inac- rekombinan diaktifkan; LAIV4, hidup kuadrivalen dilemahkan) Berikan IIV dan RIV IM. <sup>3</sup> Berikan LAIV DI. <sup>3</sup>	TIV	11/1/2002	P	IM/RA	U088211	AVP	26/6/02	11/1/02	PWS
	TIV	10/10/2003	P	IM/LA	U091145	AVP	5/6/03	10/10/03	DLW
	zona flu	10/8/2004	P	IM/RA	U100461	AVP	24/05/04	10/8/04	TAA
	TIV	12/12/2005	P	IM/LA	U2169MA	SPI	18/7/05	12/12/05	JTA
	Fluvirin	10/9/2006	P	IM/LA	878771P	November	30/6/06	10/9/06	KKC
	FluMist	15/11/07	P	DI DALAM	500337P	MED	7/6/07	15/11/07	DCP
	Afuria	10/12/2008	P	IM/RA	06949111A	CSL	24/07/08	10/12/08	JTA
	Flulaval	10/12/2009	P	IM/LA	2F600411	GSK	8/11/09	10/2/09	DCP
	H1N1	12/7/2009	P	IM/RA	1009224P	November	10/2/09	12/7/09	DLW
	Fluarix	9/9/2010	P	IM/LA	J5G53	GSK	8/10/10	9/9/10	JRM
	ID Fluzon	10/10/2011	P	ID/LA	UT4720BA	PMC	26/7/11	10/10/11	CJP
	TIV	9/5/2012	P	IM/RA	M50907	CSL	7/2/12	9/5/12	DLW
	SUNGAI	12/12/2013	P	IM/RA	350603F	PSC	26/7/13	12/12/13	JRM
<b>Hib</b> Berikan IM. <sup>3</sup>									
<b>Zoster</b> (Zos)Berikan SC. <sup>3</sup>									
<b>Lainnya</b>	Tifus mulut	7/12/12x4	P	PO	TXE355	BER	29/5/12	7/12/12	TIKAR

Lihat halaman 1 untuk mencatat vaksin Tdap/Td, hepatitis A, hepatitis B, HPV, MMR, varicella, pneumokokus, dan meningokokus.

## Cara Menyelesaikan Catatan Ini

1. Catat singkatan generiknya (misalnya Tdap) atau nama dagang setiap vaksin (lihat tabel di sebelah kanan).
2. Catat sumber pendanaan vaksin yang diberikan sebagai F (federal), S (negara bagian), atau P (swasta).
3. Catat rute pemberian vaksin baik secara intramuskular (IM), subkutan (SC), intradermal (ID), intranasal (IN), atau oral (PO) dan juga tempat pemberian vaksin sebagai RA (lengan kanan), LA (lengan kiri), RT (paha kanan), atau LT (paha kiri).
4. Catat tanggal penerbitan setiap VIS serta tanggal pemberian VIS kepada pasien.
5. Untuk memenuhi keterbatasan ruang pada formulir ini dan persyaratan federal untuk dokumentasi, pusat layanan kesehatan mungkin ingin menyimpan daftar referensi pemberi vaksin yang mencantumkan inisial dan gelar mereka.

Singkatan	Nama Dagang dan Produsen
LAIV (Hidup dilemahkan vaksin flu)	FluMist (MedImmune)
IIV (Vaksin influenza yang dilemahkan), RIV (influenza rekombinan vaksin)	Afluria (Bioterapi CSL); Agrifu (Novartis); Fluarix (GSK); Flublok (Protein Sciences Corp.); Flucelvax (Novartis); Flulaval (GSK); Fluvirin (Novartis); Fluzone, Fluzone Intradermal, Fluzone Dosis Tinggi (sanofi pasteur)
Hib	ActHIB (sanofi pasteur); Hibberix (GSK); PedvaxHib (Merck)
ZOS (sirap)	Zostavax (Merck)