

KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19
UNTUK ANAK

A. MEJA PRA REGISTRASI

VERIFIKASI DATA IDENTIAS		Paraf Petugas
Nama		
NIK		
Tempat, Tgl Lahir		
No. Hp		
Alamat		
Vaksin yang diberikan pada dosis 1		

B. MEJA 1 (SKRENING DAN EVALUASI)

SKRENING				
No	Pemeriksaan	Hasil		Tindak Lanjut
1	Suhu			Suhu >37,5°C Vaksinasi ditunda sampai sasaran sembuh
2	Tekanan Darah			Jika tekanan darah >140/100 mmHg pengukuran tekanan darah diulang 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) menit kemudian. Jika masih tinggi maka vaksinasi ditunda atau dirujuk.
	Pertanyaan	Ya	Tidak	
1	Apakah anak mendapat vaksin lain kurang dari 1 bulan sebelumnya?			Jika Ya, vaksinasi ditunda
2	Apakah anak pernah sakit Covid-19?			Jika Ya, vaksinasi ditunda sampai 3 bulan setelah sembuh
3	Apakah dalam keluarga terdapat kontak dengan pasien Covid-19?			Jika ada kontak tunda 2 minggu
4	Apakah dalam 7 hari terakhir anak menderita demam atau batuk pilek atau nyeri menelan atau muntah atau diare?			Jika Ya, vaksinasi ditunda dianjurkan berobat
5	Apakah dalam 7 hari terakhir anak perlu perawatan di RS atau menderita kedaruratan medis seperti sesak napas, kejang, tidak sadar, berdebar-debar, pendarahan, hipertensi, tremor hebat?			Jika Ya, vaksinasi ditunda dianjurkan berobat

6	Apakah anak sedang menderita gangguan imunitas (hiperimun, autoimun, alergi berat, difisiensi imun, gizi buruk, HIV berat, keganasan)?			Jika Ya, vaksinasi ditunda sampai dinyatakan boleh oleh dokter yang merawat
7	Apakah saat ini anak sedang menjalani pengobatan imunosupresan jangka panjang (steroid lebih dari 2 minggu, sitostatika)?			Jika Ya, vaksinasi ditunda, sampai dinyatakan boleh oleh dokter yang merawat
8	Apakah anak mempunyai riwayat alergi berat seperti sesak napas, bengkak, urtikaria di seluruh tubuh, atau gejala syok anafilaksis (tidak sadar) setelah vaksinasi sebelumnya?			Jika Ya, vaksinasi di rumah sakit
9	Apakah anak menyandang penyakit hemofilia/kelainan pembekuan darah?			Jika Ya, vaksinasi di rumah sakit
HASIL SKRINING <input type="checkbox"/> LANJUT VAKSIN <input type="checkbox"/> TUNDA <input type="checkbox"/> TIDAK DIBERIKA				Paraf Petugas
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 <input type="checkbox"/> Ada keluhan, sebutkan keluhannya jika ada ,	Paraf Petugas