****

**KLINIK PRATAMA TINSPARDI MEDIKA**

**Jl. Raya Bendorejo RT. 06 RW. 03 Bendorejo, Pogalan Trenggalek**

**Telepon/Fax : 082 330 997 155**

**Email : tp.medika09@gmail.com**

**FORMULIR**

**PERSETUJUAN /IZIN\* TINDAKAN VAKSINASI**

Saya yang bertanda tangan di bawalı ini,

Nama : {nama}

Alamat : {alamat}

No. Telp :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan,

**PERSETUJUAN/IZIN\***

untuk diberîkan vaksinasi : MENINGITIS

Terhadap diri saya sendiri /suami/istri/mak/ayah/ibu\* saya :

Nama : {nama}

Umur : {umur}

Nomor Pasport :

Tempat Tanggal Lahir : {kotaKelahiran}, {tanggalLahir}

Jenis Kelamin : {jenisKelamin}

Pekerjaan :

Alamat : {alamat}

No Telp :

Yang tujuan, sifat dan perlunya tindakan vaksinasi tersebut di atas, serta risiko yang dapat ditimbulkan {Kejadian Ikutan Pasca Irrıunisasi} telah cukup dijelaskan dan telah saya mengerti semua.

Demikian pernyataan persetujuan/izin\* ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

………… , ………….. 20….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Saksi Pihak pasien  (…………………………..) | Dokter/Operator  (…………………………..) | Yang membuat  Keterangan  ({nama}) |

Saksi Pihak Klinik

Tanda Tangan

(…………………..)

\*) ket : “Persetujuan" buat orang dewasa, kata” izin” dicoret

“Izin" buat anak-anak , kata “persetujuan" dicoret

**DAFTAR TILIK PENAPISAN KONTRAINDIKASI UNTUK VAKSINASI DEWASA**

Nama Pelaku Perjalanan :........................ Tgl Lahir : ......./......./........

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan** | **Ya** | **Tidak** | **Tidak**  **Tahu** | **Keterangan** |
| 1 | Apakah anda sedang sakit hari ini |  |  |  |  |
| 2 | Apakah anda memiliki alergi terhadap obat-  obatan, makanan, komponen vaksin atan lateks \* |  |  |  |  |
| 3 | Apakah anda pemah mengalami reaksi  alergi berat setelah menerima vaksinasi? |  |  |  |  |
| 4 | Apakah anda memiliki penyakit kronis  terkait jantung, paru-pam, asma, ginjal, penyakit metabolik (diabetes, anemia atan  penyakit kelainan darah? |  |  |  |  |
| 5 | Apakah anda menderita kanker, leukimia, HiV/AIDS atan gangguan sistem daya tahan  tubuh\* |  |  |  |  |
| 6 | Dalam 3 bulan terakhir, apakah anda  mendapatkan pengobatan yang melemahkan daya tahan tubuh, seperti kortison,  prednison, steroid lainnya atau obat anti kanker, atan dalam terapi radiasi? |  |  |  |  |
| 7 | Apakah anda pernah mengalami kejang atau  gangguan sistem syaraf lainnya? |  |  |  |  |
| 8 | Apakah anda menerima transfusi darah atan produk darah, atan mendapat terapi Imun (gamma, globuün, atau obat antiviral  dalam satu tahun terakhir? |  |  |  |  |
| 9 | Apakah anda sedang hamil atan berencana  untuk hamil dalam 1 bulan ke depan? |  |  |  |  |
| 10 | Apakah anda mendapatkan vaksinasi dalam  4 minggu terakhir? |  |  |  |  |
| 11 | Apakah anda membawa kartu vaksinasi? |  |  |  |  |

Diisi oleh (Petugas) : Tanggal :

Diverifikasi oleh (Dokter) : Tanggal :

****

**KLINIK PRATAMA TINSPARDI MEDIKA**

**Jl. Raya Bendorejo RT. 06 RW. 03 Bendorejo, Pogalan Trenggalek**

**Telepon/Fax : 082 330 997 155**

**Email : tp.medika09@gmail.com**

**FORMULIR**

**PERMOHONAN VAKSINASI**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : {nama}

Nomor Pasport :

Tempat Tanggal Lahir : {kotaKelahiran}, {tanggalLahir}

Jenis Kelamin : {jenisKelamin}

Pekerjaan :

Alamat/No. Telp : {alamat}

Negara Tujuan : Arab Saudi

Tanggal Berangkat : {tanggalKeberangkatan}

Jenis Vaksinasi : Meningitis

Nama Travel/Agen : {namaTravel}

Alamat Travel/Agen : {asalTravel}

Dengan ini memohon kepada Klinik Tinspardi Medika agar dapat memberikan vaksinasi Meningitis Kepada saya Dengan ini saya juga menyatakan bahwa semua informasi yang berhubungan dengan vaksinasi ini telah saya ketahui, termasuk efek sampingnya atau Kejadian Ikutan Pasca Vaksinasi.

Demikianlah permohonan ini dibuat agar dapat dipergunakan mestinya.

………., …………. 20……

Pemohon

({nama})