

# KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19

## A. MEJA PRA-REGISTRASI

VERIVIKASI DATA IDENTITAS		PARAF PETUGAS
NAMA		
NIK		
TANGGAL LAHIR		
NO HP		
ALAMAT		
VAKSIN YANG DI BERIKAN		

## B. MEJA 1 (SKRINING DAN VAKSINASI)

SKRINING				
NO	PEMERIKSAAN	HASIL		TINDAK LANJUT
1	Suhu			Suhu > 37.5°C <b>vakasinasi ditunda</b> 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 vakasinasi ditunda sampai terkontrol
	Pertanyaan	Ya	Tidak	
1	<b>Pertanyaan untuk vakasinasi ke-1</b>  Apakah anda memiliki Riwayat alergi berat seperti sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan atau reaksi berat lainnya karena vaksin ?			Jika Ya vakasinasi diberikan di rumah sakit
	<b>Pertanyaan untuk vakasinasi ke – 2</b>  Apakah anda memiliki Riwayat alergi berat setelah di vaksinasi COVID 19 Sebelumnya ?			Jika Ya, merupakan kontradiksi untuk vakasinasi ke - 2
2	Apakah anda sedang hamil			Jika sedang hamil vakasinasi di tunda sampai melahirkan
3	Apakah anda mengidap penyakit autoimun seperti asma dan lupus			Jika Ya, maka vakasinasi ditunda jika sedang dalam kondisi akut atau belum terkontrol
4	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk			Jika “Ya”, maka vakasinasi ditunda dan dirujuk

	darah/transfusi?			
5	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosuppressant seperti kortikosteroid dan kemoterapi?			Jika “Ya”, maka vakasinasi ditunda dan dirujuk
6	Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat dalam keadaan sesak?			Jika “Ya”, maka vakasinasi ditunda dan dirujuk
<b>Pertanyaan Nomor 7 dilanjutkan apabila terdapat penilaian kelemahan fisik pada sasaran vakasinasi</b>				
7	Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (≥60 tahun): 1. Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga? 2. Apakah Anda sering merasa kelelahan? 3. 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)? 4. Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan kira-kira 100 sampai 200 meter? Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?			Jika pada pertanyaan no 7 terdapat 3 atau lebih jawaban YA, maka vakasinasi tidak dapat Diberikan
<b>HASIL SKRINING</b> <input type="checkbox"/> LANJUT VAKSIN <input type="checkbox"/> TUNDA <input type="checkbox"/> TIDAK DIBERIKAN				Paraf Petugas
<b>HASIL VAKSINASI</b>				
JENIS VAKSIN :				
NO BATCH:				
TANGGAL VAKSINASI :				
JAM VAKSINASI:				

## C. MEJA 2 : PENCATATAN DAN OBSERVASI

HASIL SKRINING		Paraf petugas
<input type="checkbox"/>	Tanpa keluhan	
<input type="checkbox"/>	Ada keluhan Sebutkan keluhan jika ada ...	