

Hari/Tanggal

Tanggal Lahir

yang wajar namun tetap perludimonitor. TELAH DIBERIKAN KIE IMUNISASI COVID 19

Nama

**Alamat** 

## KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL PROF. Dr. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA Jl. M.T. Haryono Kav.11 Cawang, Jakarta Timur 13630 Telp. (021) 2937 3377 (Hunting), Fax. (021) 2937 3445, 2937 3385



TEKANAN DARAH

(MmHg)

Website: rspon.co.id; <a href="mailto:linfo@rspon.co.id"><u>Email: info@rspon.co.id</u>; <a href="mailto:rspotakn@gmail.com">rspotakn@gmail.com</a>

## FORMULIR SKRINING SEBELUM VAKSINASI COVID -19

SUHU (°C)

| Jenis      | s Kelamin :   |                    | □ Nakes                      |    |       |  |
|------------|---|--------------------|------------------------------|----|-------|--|
| Nomor HP : |   |                    | ☐ Pra Lansia (50 – 59 tahun) |    |       |  |
| Nom        | or HP :   | Kriteria           |                              |    |       |  |
| NIK        | :   | □ Guru             |                              |    |       |  |
|            | □ Masyaraka   |                    |                              |    |       |  |
|            |   |                    |                              |    |       |  |
| No.        | Pertanyaan  |                    |                              | Ya | Tidak |  |
| 1.         | Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat karena vaksin COVID-1   | 9 sebelumi         | nya?                         |    |       |  |
| 2.         | Apakah Anda sedang hamil?   |                    |                              |    |       |  |
| 3.         | Apakah Anda mengidap penyakit autoimun seperti asma, lupus?   |                    |                              |    |       |  |
| 4.         | Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pem<br>kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/ transf  | nbekuan da<br>usi? | rah,                         |    |       |  |
| 5.         | Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosuppressant dan kemoterapi?  | seperti kort       | ikosteroid                   |    |       |  |
| 6.         | Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat dalam keadaan sesa  | ık?                |                              |    |       |  |
| 7.         | Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (≥60 tahun)   |                    |                              |    |       |  |
|            | 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?   |                    |                              |    |       |  |
|            | Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?   |                    |                              |    |       |  |
|            | diabetes, kanker, penyakit paru kronis, serangan jantung, gagal<br>kongestif, nyeri dada,<br>asma, nyeri sendi, stroke dan penyakit ginjal?  4. Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan kira-kira 100 sampa  5. Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakn | jantung            | ·?                           |    |       |  |

| MEJA 1                | MEJA 2             |                      |                    | MEJA 3                        |                        | MEJA 4     |                |                |           |
|-----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|-------------------------------|------------------------|------------|----------------|----------------|-----------|
| VALIDASI E-<br>TICKET | DAPAT<br>DIBERIKAN | VAKSINASI<br>DITUNDA | TIDAK<br>DIBERIKAN | NAMA &<br>BACTH. NO<br>VAKSIN | EXPIRED DATE<br>VAKSIN | JAM SUNTIK | ENTRY<br>PCARE | PRINT<br>KARTU | OBSERVASI |
|                       |                    |                      |                    |                               |                        |            |                |                |           |

Secara umum, efek simpang yang timbul dapat beragam, pada umumnya ringan dan bersifat sementara, dan tidak selalu ada, serta bergantung pada kondisi tubuh. Efek simpang ringan seperti demam dan nyeri otot atau ruam-ruam pada bekas suntikan adalah hal