**KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19**

NAMA INSTANSI:

1. **MEJA PRA-REGISTRASI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VERIFIKASI DATA IDENTITAS** | | Tanda tangan orang tua |
| Nama |  |  |
| NIK |  |
| Tanggal Lahir |  |
| No. HP |  |
| Alamat DOMISILI |  |
| Jenis Vaksin ke-1 |  |  |

1. **MEJA 1 (SKRINING DAN VAKSINASI)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SKRINING** | | | | | |
| No | Pemeriksaan | | Hasil | | Tindak Lanjut |
| 1 | Suhu | |  |  | Suhu > 37,5 0C **vaksinasi** **ditunda** 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 vaksinasi **ditunda** sampai terkontrol |
|  | Pertanyaan | | Ya | Tidak |  |
| 1 | **Pertanyaan untuk vaksinasi ke-1**  Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat seperti sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan atau reaksi berat lainnya karena vaksin? | |  |  | Jika Ya: vaksinasi diberikan di Rumah Sakit |
|  | **Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2**  Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya? | |  |  | Jika Ya: merupakan kontraindikasi untuk vaksinasi ke-2 |
| 2 | Apakah Anda sedang hamil | |  |  | Jika sedang hamil vaksinasi ditunda sampai melahirkan |
| 3 | Apakah Anda mengidap penyakit autoimun seperti asma, lupus. | |  |  | Jika Ya, maka vaksinasi ditunda jika sedang dalam kondisi akut atau belum terkendali |
| 4 | Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi? | |  |  | Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk |
| 5 | Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosupressant seperti kortikosteroid dan kemoterapi? | |  |  | Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk |
| 6 | Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat dalam keadaan sesak? | |  |  | Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk |
| ***Pertanyaan Nomor 7 dilanjutkan apabila terdapat penilaian kelemahan fisik pada sasaran vaksinasi.*** | | | | | |
| 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 terdapat 3 atau lebih jawaban Ya maka vaksin tidak dapat diberikan |
| **HASIL SKRINING :**  **LANJUT VAKSIN**  **TUNDA**  **TIDAK DIBERIKAN** | | | | | Paraf petugas: |
| **HASIL VAKSINASI** | | | | | |
| Jenis Vaksin:  No. Batch:  Tanggal vaksinasi:  Jam Vaksinasi: | |  | | | Paraf petugas: |

1. **MEJA 2: PENCATATAN DAN OBSERVASI**

|  |  |
| --- | --- |
| **HASIL OBSERVASI** | |
| Tanpa keluhan  Ada keluhan  Sebutkan keluhan jika ada,… …….. | Paraf petugas: |