

**BORANG ADUAN PUSAT KAUNSELING DAN  
PUSAT LAPORAN UNTUK COVID-19 DAN  
KESAN SAMPINGAN VAKSIN**

Sila pastikan borang diisi dengan lengkap supaya siasatan lanjut dapat dijalankan. Butiran bertanda \* adalah **WAJIB DIISI**. Hanya borang yang lengkap sahaja akan diproses.

Sila isikan semua butiran :

Nama Penuh mengikut IC/Passport\* \_\_\_\_\_

Nombor IC / Passport\* \_\_\_\_\_

Umur\* \_\_\_\_\_ Nombor Telefon\* \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Alamat terkini\* \_\_\_\_\_

Tarikh Vaksinasi\*  \_\_\_\_\_

**Jenis Vaksinasi Diterima\***

- ☐ Oxford - Astra Zanecca
- ☐ Pfizer Comminiraty
- ☐ Sinovac
- ☐ Moderna
- ☐ Lain-lain :

**Penerimaan Vaksinasi\***

- ☐ Vaksinasi pertama
- ☐ Vaksinasi kedua
- ☐ Penggalak pertama
- ☐ Penggalak kedua
- ☐ Lain-lain :

**Tarikh Terkesan Vaksin\***



**Sila pilih kesan buruk yang anda alami selepas vaksinasi anda**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gangguan umum (Demam, selesema)                  | <input type="checkbox"/> Gangguan reproduktif & payudara                       |
| <input type="checkbox"/> Gangguan sistem saraf                            | <input type="checkbox"/> Gangguan hepatic/Endokrin (termasuk trombosis)        |
| <input type="checkbox"/> Gangguan jantung (henti jantung, miokarditis)    | <input type="checkbox"/> Gangguan buah pinggang & kencing                      |
| <input type="checkbox"/> Gangguan pernafasan                              | <input type="checkbox"/> Gangguan metabolik                                    |
| <input type="checkbox"/> Jangkitan (termasuk nasofaringitis)              | <input type="checkbox"/> Gangguan psikiatri                                    |
| <input type="checkbox"/> Gangguan vaskular                                | <input type="checkbox"/> Gangguan sistem imun (termasuk anaphylactic)          |
| <input type="checkbox"/> Gangguan gastrousus                              | <input type="checkbox"/> Penyiasatan/Peranti                                   |
| <input type="checkbox"/> Gangguan darah (gumpalan darah, platelet rendah) | <input type="checkbox"/> Gangguan mata (termasuk buta)                         |
| <input type="checkbox"/> Gangguan tisu otot / Neoplasma                   | <input type="checkbox"/> Gangguan telinga (termasuk pekak)                     |
| <input type="checkbox"/> Gangguan Kulit (termasuk ruam)                   | <input type="checkbox"/> Kecederaan/Prosedur pembedahan dan perubatan          |
| <input type="checkbox"/> Kehamilan/Gangguan kongenital                    | <input type="checkbox"/> Lain-lain: <input style="width: 130px;" type="text"/> |