

HARI / TANGGAL :
NAMA :
UMUR :
TEMPAT TUGAS :
NOMOR HP :
NIK :

PCARE	MANUAL	DOSIS

NO	PEMERIKSAAN	HASIL		TINDAK LANJUT
1	Suhu			Suhu > 37,5 OC vaksinasi ditunda sampai sasaran sembuh
2	Tekanan Darah			Jik tekanan darah>180/110 mmHg pengukuran tekanan darah diulang5 (lima) sampai10 (sepuluh) menit kemudian Jika masih tinggi maka vaksinasi ditunda sampai terkontrol
NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK	TINDAK LANJUT
1	Apakah ada kontak dengan orang yang sedang dalam pemeriksaan/terkonfirmasi/sedang dalam perawatan karena penyakit COVID-19 dalam waktu 14 hari terakhir?			Jika Ya lihat pertanyaan nomor2 (dua)
2	Jika pertanyaan nomor1 (satu) Ya, apakah mengalami gejala demam batuk/pilek/sesak napas dalam7 hari terakhir?			Jika Ya : Vaksinasi ditunda sampai 14 hari setelah gejala muncul.
3	Apakah Anda pernah terkonfirmasi menderita COVID-19 ?			Jika Ya: Vaksinasi ditunda sampai tiga(3) bulan sejak terkonfirmasi COVID-19 dapat diberikan vaksinasi
4	Apakah Anda sedang hamil ?			Jika sedang hamil vaksinasi ditunda sampai melahirkan
5	Apakah anda sedang menyusui?			Ibu menyusui boleh divaksinasi
6	Pertanyaanuntukvaksinasi 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 atau mengalami gejala sesaknapas,bengkakdanurtikariaseluruhbadan setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?			Jika Ya: tidak diberikan lagi untuk vaksinasi ke-2
7	Apakah Anda mengidap penyakit kronik (seperti penyakit paru obstruktif kronis dan asma, penyakit jantung, gangguan ginjal, dan penyakit hati/liver) yang sedang dalam kondisi akut atau yang belum terkontrol?			Jika Ya, maka vaksinasi tidak dapat diberikan
	Apakah Anda dalam pengobatan TBC lebih dari dua minggu?			Jika Ya : vaksinasi dapat diberikan
8	Apakah Anda menyandang dan sedang mendapat pengobatan penyakit kanker ?			Jika Ya: vaksinasi tidak dapat diberikan, kecuali ada surat rekomendasi dari dokter yang merawat
9	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi ?			Jika Ya : vaksinasi ditunda dan dirujuk
10	Apakah Anda sedang mengidap penyakit auto imun sistemik?			Jika Ya : vaksinasi ditunda dan dikonsultasikan kepada Dokter yang merawat
11	Apakah Anda memiliki riwayat penyakit epilepsi ?			Jika Ya: vaksinasi dapat diberikan jika dalam keadaan terkontrol
12	Apakah Anda penyandang penyakit Diabetes Melitus yang minum obat teratur?			Jika Ya: vaksinasi dapat diberikan
13	Apakah Anda Orang dengan HIV yang minum obat teratur?			Jika Ya: vaksinasi dapat diberikan
14	Apakah Anda mendapatkan vaksinasi lain selain vaksin Covid-19 kurang dari satu bulan terakhir ?			Jika Ya: vaksinasi ditunda sampai satu bulan setelah vaksinasi sebelumnya
15	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 dari11 penyakit (Hipertensi, diabetes, kanker, penyakitparukronis, 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? 5. Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir ?			Jika terdapat 3 atau lebih jawaban Ya maka vaksin tidak dapat diberikan

Bila ada penyakit yang diderita tetapi tidak ada dalam pertanyaan ini mohon informasikan ke petugas. 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 yang wajar namun tetap perlu dimonitor.

<p>TELAH DIBERIKAN KIE IMUNISASI COVID 19</p>

[illegible]