

KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19

A. MEJA PRA-REGISTRASI

VERIFIKASI DATA IDENTITAS		Paraf petugas
Nama		
NIK		
Tanggal Lahir		
No. HP		
Alamat		
Vaksin yang diberikan pada dosis 1		

B. MEJA 1 (SKRINING DAN VAKSINASI)

SKRINING			
No	Pemeriksaan	Hasil	Tindak Lanjut
1	Suhu		Suhu > 37,5 °C 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 terkontrol
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 immunosuppressant 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	<p>Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (≥60 tahun):</p> <ol style="list-style-type: none"> Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga? Apakah Anda sering merasa kelelahan? 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)? Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan kira-kira 100 sampai 200 meter? <p>Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?</p>		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:		Paraf petugas:
No. Batch:		
Tanggal vaksinasi:		
Jam Vaksinasi:		

C. MEJA 2: PENCATATAN DAN OBSERVASI

HASIL OBSERVASI		Paraf petugas:
<input type="checkbox"/> Tanpa keluhan <input type="checkbox"/> Ada keluhan Sebutkan keluhan jika ada,		