

FORMULIR PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI SUSPEK NOVEL CORONAVIRUS (COVID-19)

Nama Fasyankes : **RUMAH SAKIT PERTAMINA JAYA** * ISI DENGAN HURUF KAPITAL

Nama Pewawancara : **Tanggal Wawancara** : DD/MM/YYYY

IDENTITAS

Nama Pasien		Kriteria kasus* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kasus Probabel <input type="checkbox"/> Kasus Konfirmasi <input type="checkbox"/> Kontak Erat
No ID		Nama Orang Tua/KK: Tahrim
Tgl Lahir	Jenis kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
		Umur <input type="text"/> Tahun <input type="text"/> Bulan
Alamat	Jalan : RT/RW : Desa/Kelurahan : Kecamatan : Kabupaten/ Kota : No. Telepon/HP :	

INFORMASI KLINIS

Tgl pertama kali timbul gejala (onset)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Lemah (malaise)	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu
Demam / Riwayat Demam	<input type="text"/> . <input type="text"/> °C <input type="checkbox"/> Riwayat Demam	Nyeri otot	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu
Batuk	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	Mual atau muntah	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu
Pilek	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	Nyeri Abdomen	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu
Sakit Tenggorokan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	Diare	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu
Sesak Napas	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	Lainnya, Sebutkan	
Menggigil	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu		
Sakit kepala	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu		
Kondisi Penyerta:			
Hamil	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk	Gangguan imunologi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk	Gagal ginjal Kronis	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk
Penyakit jantung	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk	Gagal Hati Kronis	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk
Hipertensi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk	PPOK	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk
Keganasan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk	Lainnya (sebutkan)

Apakah Pasien dirawat di Rumah sakit	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk Tanggal masuk Nama RS..... Ruang Rawat..... Bila Ya, Apakah dirawat di ICU <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk Intubasi <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk Penggunaan Oksigenasi Membran Ekstrakorporea/ EMCO <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk Status pasien terakhir <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Meninggal
Diagnosis	Pneumonia (Klinis atau Radiologi) <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu Diagnosis Lainnya, sebutkan.....
Form - PPI / 2020	Apakah pasien mempunyai diagnosis atau etiologi lain untuk penyakit pernafasannya? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tdk Tahu Jika Ya, sebutkan ASMA (ALERGI DEBU)

FAKTOR KONTAK/PAPARAN			
Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki riwayat perjalanan? Bila Ya, sebutkan tempat kunjungan? Negara dan Kota _____ Tanggal perjalanan - Tanggal Tiba di Indonesia _____			
Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki kontak erat dengan kasus suspek COVID-19? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu			
Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu			
Dalam 14 hari sebelum sakit, mengunjungi pasar hewan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu Jika ya, sebutkan lokasi/kota/negara.....			
Apakah pasien seorang petugas kesehatan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu Jika ya, APD apa yang dipakai ? <input type="checkbox"/> Gown <input type="checkbox"/> Masker Medis <input type="checkbox"/> Sarung Tangan <input type="checkbox"/> Masker NIOSH-N95 AN EU STANDARD FFP2 <input type="checkbox"/> FFP3 <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Tidak memakai APD Apakah melakukan prosedur yang menimbulkan aerosol? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak; Sebutkan			
Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki riwayat berkunjung ke fasilitas kesehatan(sebagai pasien, pekerja, atau pengunjung) ? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu Jika ya, sebutkan lokasi/kota/negara.....			
Apakah pasien termasuk cluster ISPA berat (demam dan pneumonia membutuhkan perawatan Rumah Sakit) yang tidak diketahui penyebabnya dimana kasus COVID-19 diperiksa? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu			
Lain-lain, sebutkan			

INFORMASI PEMERIKSAAN PENUNJANG				
No.	Jenis Pemeriksaan/ Spesimen	Tanggal Pengambilan Spesimen	Tempat Pemeriksaan	Hasil
Laboratorium konfirmasi				
1.	Nasopharyngeal (NP)/ Oropharyngeal (NP) Swab			
2.	Sputum			
3.	Serum			
Pemeriksaan lain				
1.	Darah			
2.	Serum			
3.	Lain, sebutkan			

DAFTAR KONTAK ERAT KASUS					
Nama	Umur	JK	Hub. dg Kasus	Alamat rumah	No HP/telp yang dapat dihubungi

KETERANGAN :

* Diisi sesuai dengan definisi operasional (lihat pedoman)

INSTRUKSI:

- Semua pertanyaan dalam formulir ini harus diisi, tidak boleh ada pertanyaan apapun yang kosong/tidak terjawab.
- Untuk pertanyaan dengan pilihan jawaban “Ya/Tidak/Tdk Tahu”, pilih salah satu jawaban saja.