**Formulir Kewaspadaan COVID-19**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Identitas Diri** |  |
| Nama | : |
| Nomor Tanda Pengenal | : |
| Departemen | : |
| Bagian | : |
| Tanggal Lahir/Umur | : |
| Jenis Kelamin | : Pria / Wanita. Bila wanita, apakah sedang hamil atau  pasca melahirkan ? Ya / Tidak |
| Alamat | : |
| Nama Kepala Keluarga | : |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Tanda dan Gejala** |  |
| Panas ≥ 37,3 0 C | : Ya / Tidak. Bila Ya sejak kapan : (dd/mm/yy) |
| Batuk | : Ya / Tidak. Bila Ya sejak kapan : (dd/mm/yy) |
| Pilek | : Ya / Tidak. Bila Ya sejak kapan : (dd/mm/yy) |
| Sakit Tenggorokan | : Ya / Tidak. Bila Ya sejak kapan : (dd/mm/yy) |
| Sesak Nafas | : Ya / Tidak. Bila Ya sejak kapan : (dd/mm/yy) |
| Diare | : Ya / Tidak. Bila Ya sejak kapan : (dd/mm/yy) |
| Mual | : Ya / Tidak. Bila Ya sejak kapan : (dd/mm/yy) |
| Muntah | : Ya / Tidak. Bila Ya sejak kapan : (dd/mm/yy) |

1. **Riwayat Kontak**
2. Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah anda memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah yang melaporkan transmisi lokal? Ya / Tidak

Jika Ya, Sebutkan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tanggal | Negara | Kota |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah ada kontak dengan orang yang sakit saluran pernapasan (seperti demam, batuk, sesak nafas) ? Ya / Tidak

Jika Ya, Sebutkan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nama | Alamat | Hubungan | Tanggal Kontak Pertama | Tanggal Kontak Terakhir |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Apakah ada anggota keluarga yang memiliki tanda dan gejala ( pada poin 2) ? Ya/ Tidak

Jika Ya, Sebutkan

1. **Apakah anda menderita penyakit seperti di bawah ini**:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Penyakit Kardiovaskular | : Ya / Tidak |
| Hipertensi | : Ya / Tidak |
| Diabetes Mellitus | : Ya / Tidak |
| Penyakit Liver | : Ya / Tidak |
| Penyakit Ginjal | : Ya / Tidak |
| Penyakit Paru Kronik | : Ya / Tidak |
| Immunodefisiensi/HIV | : Ya / Tidak |
| Penyakit Neurologi/ Neuromuskular | : Ya / Tidak |

**Formulir Pemeriksaan Suhu, Tanda dan Gejala Selama 14 Hari Mandiri**

Nama : …………………

* 1. Lingkari keluhan yang dialami dan tuliskan obat yang dikonsu**msi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tanggal** | **Suhu**  **(0C)** | **Batuk** | **Pilek** | **Sakit Tenggorokan** | **Sesak Nafas** | **Diare** | **Mual** | **Muntah** | **Obat Yang Dikonsumsi** |
| 1 |  |  | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk |  |
| 2 |  |  | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk |  |
| 3 |  |  | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk |  |
| 4 |  |  | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk |  |
| 5 |  |  | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk |  |
| 6 |  |  | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk |  |
| 7 |  |  | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk |  |
| 8 |  |  | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk |  |
| 9 |  |  | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk |  |
| 10 |  |  | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk |  |
| 11 |  |  | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk |  |
| 12 |  |  | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk |  |
| 13 |  |  | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk |  |
| 14 |  |  | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk | Ya/Tdk |  |

* 1. Apakah anda telah melakukan pemeriksaan screening COVID-19 sebelumnya ? Ya/Tidak

Jika Ya Sebutkan

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tanggal** | **Rapid Test** | **Swab PCR** | **Hasil** | **Keterangan** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

Saya memahami jika saya memberikan data yang tidak benar atau tidak lengkap, maka hal tersebut dapat berakibat dikenakannya sanksi oleh perusahaan (PT.PHE dan/AP PHE)

Tanggal Pernyataan

Petugas

Nama