



NIK : 1609030805960003
 Nama : DIKI SAPUTRA
 Umur : 24 tahun 8 bulan 13 hari
 No Hp : 082186099606
 Tanggal Vaksinasi 1 : 29 Maret 2021, Pukul 11.00 - 11.30 WIB
 Lokasi Vaksinasi 1 : Istora Senayan, Jakarta Pusat

Penyakit Bawaan : -

Keterangan :

1. Harap Membawa KTP dan ballpoint
2. Wajib hadir 15 menit sebelum waktu vaksinasi
3. Tetap menjaga protokol kesehatan
4. Mencetak Formulir untuk dibawa saat vaksinasi
5. Membawa air minum & perlengkapan ibadah sendiri
6. Istirahat yang cukup sebelum vaksinasi

KARTU VERIFIKASI PESERTA VAKSINASI COVID-19
 Sentra Vaksinasi Bersama

**BAGIAN INI DIISI
OLEH PETUGAS**

Lokasi :

Tanggal Pelaksanaan :

Waktu :

LOKASI	KEGIATAN		ALASAN (TUNDA/ TIDAK DIBERIKAN)	NAMA & PARAF PETUGAS
Registrasi	Verifikasi Data Identitas			
Meja Nomor 				
Asesmen	Asesmen			
Meja Nomor 	<input type="checkbox"/> Lanjut	Suhu : °C		
	<input type="checkbox"/> Tunda	Tekanan Darah		
	<input type="checkbox"/> Tidak Diberikan		
Vaksinasi	Sudah Vaksin			
Meja Nomor 	<input type="checkbox"/> No. _____ Jam Penyuntikkan : _____			
Observasi				
Meja Nomor 	<input type="checkbox"/> Observasi 30 Menit			

Ket : ☐ Beri tanda Checklist (V)

FORMULIR PENGECEKAN VAKSINASI COVID-19

No	Pertanyaan	Kondisi
1	Apakah ada kontak dengan orang yang sedang dalam pemeriksaan/terkonfirmasi/sedang dalam perawatan karena penyakit COVID-19 dalam waktu 14 hari terakhir?	-
2	Jika pertanyaan nomor 1 (satu) Ya, apakah mengalami gejala demam batuk/pilek/sesak napas dalam 7 hari terakhir?	-
3	Apakah Anda pernah terkonfirmasi menderita COVID-19?	-
4	Apakah Anda sedang hamil?	-
5	Apakah anda sedang menyusui?	-
6	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?	-
7	Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2 Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat atau mengalami gejala sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?	-
8	Apakah Anda mengidap penyakit kronik (seperti penyakit paru obstruktif kronis dan asma, penyakit jantung, gangguan ginjal, dan penyakit hati/liver)?	-
9	Apakah Anda dalam pengobatan TBC lebih dari dua minggu?	-
10	Apakah Anda menyandang dan sedang mendapat pengobatan penyakit kanker?	-
11	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?	-
12	Apakah Anda sedang mengidap penyakit autoimun sistemik?	-
13	Apakah Anda memiliki riwayat penyakit epilepsi?	-
14	Apakah Anda penyandang penyakit Diabetes Melitus yang minum obat teratur?	-
15	Apakah Anda Orang dengan HIV yang minum obat teratur?	-
16	Apakah Anda mendapatkan vaksinasi lain selain vaksin Covid-19 kurang dari satu bulan terakhir?	-

No	Pertanyaan	Kondisi
17	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 dari 11 penyakit (Hipertensi, diabetes, kanker, penyakit paru kronis, 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?	-

Tanda Tangan Calon
Penerima Vaksin COVID-19

.....

**INFORMASI DAN PERSETUJUAN VAKSINASI COVID-19
(INFORMED CONSENT)**

DPJP Pelayanan		:	
Penerima Informasi		:	
No	Jenis Informasi	Isi Informasi (Mohon diisi dengan informasi yang sesuai, dan tuliskan "TIDAK ADA" apabila tidak diperlukan, beri tanda "√" pada <input type="checkbox"/> dengan keterangan yang sesuai, dan tanda "x" pada <input type="checkbox"/> dengan keterangan yang tidak sesuai)	Beri tanda "√" bila pasien sudah mengerti
1	Tindakan Kedokteran	Vaksinasi Sinovac	
2	Diagnosis Kerja dan Diagnosis Banding	Sehat pro vaksinasi	
3	Dasar Diagnosis	Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik	
4	Indikasi Tindakan	Preventif	
5	Tata Cara	Penyuntikan intra muscular deltoid	
6	Tujuan	Pembentukan imunitas tubuh	
7	Risiko	Alergi	
8	Komplikasi	Syok Anafilaktik	
9	Prognosis	Dubia ad bonam	
10	Kebutuhan darah / produk darah, serta risikonya	Tidak ada	
11	Alternatif dan Risiko	Tidak ada	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			Tanda tangan dan nama jelas
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas dan memahaminya *) Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat.			Tanda tangan dan nama jelas

**IDENTITAS PASIEN/
BARCODE**

Nama Pasien :
Tgl/ Bln/ Thn Lahir :

**INFORMASI DAN PERSETUJUAN VAKSINASI COVID-19
(INFORMED CONSENT)**

**) Lingkari (○) yang dipilih, *) Coret (—) yang tidak dipilih

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:		
Nama Lengkap		
Tanggal Lahir		
Jenis Kelamin	Laki – Laki / Perempuan *)	
Menyatakan dengan sesungguhnya telah menyetujui untuk dilakukannya tindakan penyuntikan Vaksin Sinovac terhadap diri saya sendiri / anak / suami / istri / ayah / ibu / *) yaitu:		
Nama Lengkap		
Tanggal Lahir		
Jenis Kelamin	Laki – Laki / Perempuan *)	
Nomor Rekam Medis		
<p>Saya telah mengerti sepenuhnya tindakan, diagnosis kerja dan diagnosis banding, dasar diagnosis, indikasi tindakan, tata cara, tujuan, resiko, komplikasi, prognosis perlunya tindakan medis tersebut di atas, termasuk risiko yang dapat ditimbulkannya dan upaya mengatasinya telah cukup dijelaskan oleh dokter.</p> <p>Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan medis bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.</p> <p>Jakarta, tanggal....., jam</p>		
Yang Menyatakan,	Saksi Pihak Pasien,	Saksi Pihak Rumah Sakit
(.....)	(.....)	(.....)
Tanda tangan dan nama lengkap	Tanda tangan dan nama lengkap	Tanda tangan dan nama lengkap

Pesan: Isilah dengan lengkap sesuai standar prosedur dan tidak meninggalkan satu pun kolom kosong