



# Kartu Kendali Vaksinasi COVID-19 (Umum)

REV 2 AGUSTUS 2021 SESUAI SE DIRJEN P2P KEMENKES NO HK.02.01/II/2007/2021

NAMA	NO TELPON	TANGGAL LAHIR	UMUR	SUHU
ALAMAT		NIK	TEKANAN DARAH	

Vaksinasi ditunda apabila Suhu > 37,5°C

Jika TD > 180/110 pengukuran TD diulang 5-10 menit kemudian, jika masih tinggi vaksinasi **DITUNDA**

SKRINING SEBELUM VAKSINASI				
1	Pertanyaan utk Vaksin Pertama: Apakah memiliki riwayat alergi berat seperti sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan atau reaksi karena Vaksin?	YA	TIDAK	Jika YA: Vaksinasi diberikan di Rumah Sakit atau tidak diberikan lagi untuk vaksin selanjutnya
	Pertanyaan utk Vaksin Kedua: Apakah memiliki riwayat alergi berat atau mengalami gejala sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?	Jenis Vaksin Pertama:		
		YA	TIDAK	Jika YA: merupakan kontraindikasi untuk vaksinasi ke-2
2	Apakah sedang mengidap penyakit autoimun seperti lupus?	YA	TIDAK	Jika YA: Vaksinasi ditunda jika dalam kondisi akut atau belum terkendali *)
3	Apakah sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?	YA	TIDAK	Jika YA: Vaksinasi ditunda dan dirujuk
4	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan imunosupresant seperti kortikosteroid dan kemoterapi?	YA	TIDAK	Jika YA: Vaksinasi ditunda dan dirujuk
5	Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat dan dalam keadaan sesak?	YA	TIDAK	Jika YA: Vaksinasi ditunda dan dirujuk.
6	Apakah pernah terkonfirmasi COVID-19?	YA	TIDAK	jika YA, maka vaksin dapat ditunda sampai 3 bulan dinyatakan sembuh.
7	Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (>60 tahun) atau apabila terdapat kelemahan fisik pd sasaran vaksinasi			
	Apakah mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga?	YA	TIDAK	Penurunan BB bermakna: 5% dari BB tahun lalu.  Jika terdapat 3 atau lebih jawaban YA maka vaksin tidak dapat diberikan.
	Apakah sering merasa kelelahan?	YA	TIDAK	
	Apakah memiliki 5 atau lebih dari 11 penyakit berikut (Hipertensi, DM, Kanker, Penyakit Paru Kronis, Serangan Jantung, Gagal Jantung Kongestif, Nyeri Dada, Asma, Nyeri sendi, Stroke, Peny. Ginjal)?	YA	TIDAK	
	Apakah mengalami kesulitan berjalan kira-kira 100-200 meter?	YA	TIDAK	
	Apakah mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?	YA	TIDAK	

**HASIL SKRINING**

- ☐ Dilakukan vaksinasi  
☐ Vaksinasi Ditunda  
☐ Tidak Dilakukan Vaksinasi  
☐ Sasaran dirujuk ke: RS \_\_\_\_\_

Paraf Petugas Skrining,

( \_\_\_\_\_ )

**PERSETUJUAN UNTUK DILAKUKAN VAKSINASI**

Saya telah membahas setiap pertanyaan diatas dengan petugas \_\_\_\_\_ yang melakukan pelayanan Vaksinasi Covid-19 di Lokasi hari ini.

Jika saya mengalami efek samping setelah saya meninggalkan tempat vaksinasi, saya akan menghubungi **Dokter, Keluarga, Fasilitas Pelayanan Kesehatan** ( Praktek Dokter / Klinik / Puskesmas / Rumah Sakit ) **terdekat**.

Saya telah mengerti manfaat dan resiko Vaksinasi COVID-19, dan saya **SETUJU** untuk dilakukan Vaksinasi kepada saya pada hari ini, hari \_\_\_\_\_, tanggal \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - 2021,

( \_\_\_\_\_ )

**HASIL VAKSINASI (Vaksinator)**

Jenis Vaksin	No. Batch	Tanggal Vaksinasi	Jam Vaksinasi	Paraf Petugas

**PENCATATAN DAN OBSERVASI**

- ☐ Tidak ada keluhan  
☐ Ada keluhan (sebutkan):  
\_\_\_\_\_

Paraf Petugas,

( \_\_\_\_\_ )



## KARTU VAKSINASI COVID-19



No. Registrasi : \_\_\_\_\_ No. NIK : \_\_\_\_\_  
Nama Lengkap : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_  
Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_  
No. HP : \_\_\_\_\_  
Lokasi Menerima : \_\_\_\_\_

(disarankan menerima vaksinasi di lokasi yang sama pada kunjungan 1 dan 2)

2020

### STATUS PEMBERIAN VAKSINASI

DOSIS	TANGGAL	NOMOR BATCH VAKSIN	KETERANGAN
			Rencana dosis ke-2 Tanggal : Jam :

Pastikan Anda mendapatkan 2 dosis vaksin COVID-19 untuk memperoleh kekebalan maksimal.

Call Center:  
119 ext 9

Apabila ada keluhan atau gejala yang timbul setelah vaksinasi, maka dapat menghubungi faskes \_\_\_\_\_ dengan nomor telepon \_\_\_\_\_.