

Tabel 9. Format Skrining Sebelum Vaksinasi COVID-19*

Nama :
 Umur :
 NIK :

No	Pemeriksaan	Hasil		Tindak Lanjut
		Ya	Tidak	
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			
1.	Apakah ada kontak dengan orang yang sedang dalam pemeriksaan/terkonfirmasi/sedang dalam perawatan karena penyakit COVID-19 dalam waktu 14 hari terakhir?			Jika Ya lihat pertanyaan nomor 2 (dua)
2.	Jika pertanyaan nomor 1 (satu) Ya, apakah mengalami gejala demam batuk/pilek/sesak napas dalam 7 hari terakhir?			Jika Ya: vaksinasi ditunda sampai 14 hari setelah gejala muncul
3.	Apakah Anda pernah terkonfirmasi menderita COVID-19?			Jika Ya: Vaksinasi ditunda sampai tiga (3) bulan sejak terkonfirmasi COVID-19 dapat diberikan vaksinasi.
4.	Apakah Anda sedang hamil			Jika sedang hamil vaksinasi ditunda sampai melahirkan
5.	Apakah anda sedang menyusui?			Ibu menyusui boleh divaksinasi
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?			Jika Ya: vaksinasi diberikan di Rumah Sakit
	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?			Jika Ya: tidak diberikan lagi untuk vaksinasi ke-2
7.	Apakah Anda mengidap penyakit kronik (seperti penyakit paru obstruktif kronis dan asma, penyakit jantung, gangguan ginjal, dan penyakit hati/liver) yang sedang dalam kondisi akut atau yang belum terkontrol? Apakah Anda dalam pengobatan TBC lebih dari dua minggu?			Jika Ya, maka vaksinasi tidak dapat diberikan Jika Ya: vaksinasi dapat diberikan
8.	Apakah Anda menyandang dan sedang mendapat pengobatan penyakit kanker?			Jika Ya: vaksinasi tidak dapat diberikan, kecuali ada surat rekomendasi dari dokter yang merawat
9.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
10.	Apakah Anda memiliki riwayat penyakit epilepsi?			Jika Ya: vaksinasi dapat diberikan jika dalam keadaan terkontrol
11.	Apakah Anda sedang mengidap penyakit autoimun sistemik?			Jika Ya : vaksinasi ditunda dan dikonsultasikan kepada Dokter yang merawat
12.	Apakah Anda penyandang penyakit Diabetes Melitus yang minum obat teratur?			Jika Ya: vaksinasi dapat diberikan
13.	Apakah Anda Orang dengan HIV yang minum obat teratur?			Jika Ya: vaksinasi dapat diberikan
14.	Apakah Anda mendapatkan vaksinasi lain selain vaksin Covid-19 kurang dari satu bulan terakhir?			Jika Ya: vaksinasi ditunda sampai satu bulan setelah vaksinasi sebelumnya
15.	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?			Jika terdapat 3 atau lebih jawaban Ya maka vaksin tidak dapat diberikan

	5. Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?			
--	--	--	--	--