

## KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19

### A. MEJA PRA-REGISTRASI

VERIFIKASI DATA IDENTITAS		Paraf petugas
Nama		
NIK		
Tanggal Lahir		
No. HP		
Alamat		

### B. MEJA 1 (SKRINING DAN VAKSINASI)

SKRINING				
No	Pemeriksaan	Hasil		Tindak Lanjut
1	Suhu			Suhu > 37,5 °C <b>vaksinasi ditunda</b> 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 <b>ditunda</b> sampai terkontrol
	Pertanyaan	Ya	Tidak	
1	<b>Pertanyaan untuk vaksinasi ke-1</b> 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
	<b>Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2</b> Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?			Jika Ya: merupakan kontraindikasi untuk vaksinasi ke-2
2	Apakah Anda sedang hamil			Jika sedang hamil vaksinasi ditunda sampai melahirkan
3	Apakah Anda mengidap penyakit autoimun seperti asma, lupus.			Jika Ya, maka vaksinasi ditunda jika sedang dalam kondisi akut atau belum terkendali
4	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
5	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosupressant seperti kortikosteroid dan kemoterapi?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk

6	Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat dalam keadaan sesak?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
---	--	--	--	--

**Pertanyaan Nomor 7 dilanjutkan apabila terdapat penilaian kelemahan fisik pada sasaran vaksinasi.**

7	<p>Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (≥60 tahun):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga?</li> <li>Apakah Anda sering merasa kelelahan?</li> <li>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)?</li> <li>Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan kira-kira 100 sampai 200 meter?</li> </ol> <p>Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?</p>			Jika terdapat 3 atau lebih jawaban Ya maka vaksin tidak dapat diberikan
---	---	--	--	---

#### HASIL SKRINING :

- LANJUT VAKSIN  
 TUNDA  
 TIDAK DIBERIKAN

Paraf petugas:

#### HASIL VAKSINASI

Jenis Vaksin:		Paraf petugas:
No. Batch:		
Tanggal vaksinasi:		
Jam Vaksinasi:		

### C. MEJA 2: PENCATATAN DAN OBSERVASI

HASIL OBSERVASI		Paraf petugas:
<input type="checkbox"/> Tanpa keluhan  <input type="checkbox"/> Ada keluhan Sebutkan keluhan jika ada,.... .....		