

KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19

A. MEJA PRA-REGISTRASI

VERIFIKASI DATA IDENTITAS		Paraf Petugas
Nama		(bisa terima SMS)
NIK		
Tgl. Lahir		
Nomor Hp		
Alamat		
Vaksin yang diberikan pada dosis 1	(Belum Terdaftar Program Vaksin Gotong Royong)	
Vaksin yang diberikan pada dosis 1		

B. MEJA 1 (SKRINING DAN VAKSINASI)

SKRINING				
No	Pemeriksaan	Hasil		Tindak Lanjut
1.	Suhu			Suhu > 37,5 °C vakasinasi 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 vakasinasi ditunda sampai terkontrol
	Pertanyaan	Ya	Tidak	
1.	Pertanyaan untuk vakasinasi ke-1 Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat seperti sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan atau reaksi berat lainnya karena vaksin?			Jika Ya: vakasinasi diberikan di Rumah Sakit
	Pertanyaan untuk vakasinasi ke-2 Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?			Jika Ya: merupakan kontraindikasi vakasinasi ke-2
2.	Apakah Anda mengidap penyakit autoimun seperti lupus.			Jika Ya: Vakasinasi ditunda jika sedang dalam kondisi akut atau belum terkontrol
3.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?			Jika Ya: vakasinasi ditunda dan dirujuk
4.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosupresant seperti kortikosteroid dan kemoterapi?			Jika Ya: vakasinasi ditunda dan dirujuk
5.	Apakah Anda sedang menderita penyakit jantung berat atau asma dalam keadaan sesak?			Jika Ya : vakasinasi diberikan di Rumah Sakit atau tidak diberikan lagi untuk vakasinasi ke-2

6.	Apakah Anda pernah terkonfirmasi menderita COVID-19?			Jika Ya: vakasinasi ditunda sampai 3 (tiga) bulan setelah sembuh
----	--	--	--	--

Pertanyaan Nomor 7 dilanjutkan apabila terdapat penilaian kelemahan fisik pada sasaran vakasinasi

7.	Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (≥60 tahun): 1. Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga? 2. Apakah Anda sering merasakelelahan? 3. Apakah Anda memiliki 5 atau lebih dari 11 penyakit berikut (Hipertensi, diabetes, kanker, penyakit paru kronis, serangan jantung, gagal jantung kongestif, nyeri dada, asma, nyeri sendi, stroke dan penyakitginjal)? 4. Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan kira-kira 100 sampai 200meter? 5. Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?			Jika terdapat 3 atau lebih jawaban Ya maka vaksin tidak dapat diberikan
----	---	--	--	---

HASIL SKRINING <input type="checkbox"/> LANJUT VAKSIN <input type="checkbox"/> TUNDA <input type="checkbox"/> TIDAK DAPAT DIBERIKAN	Paraf Petugas
---	---------------

HASIL VAKSINASI		Paraf Petugas
Jenis Vaksin		
No. Batch		
Tanggal vakasinasi		
Jam vakasinasi		

C. MEJA 2: PENCATATAN DAN OBSERVASI

HASIL OBSERVASI		Paraf Petugas
	<input type="checkbox"/> Tanpa Keluhan <input type="checkbox"/> Ada keluhan Sebutkan keluhan jika ada	