

KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19 BANTUL

A. MEJA PRA-REGISTRASI

VERIFIKASI DATA IDENTITAS		Paraf
Nama		Nama :
NIK		
Tanggal Lahir		
No. HP		
Alamat		
Vaksin dosis 1		
KIPI Dosis 1	1. Ya 2. Tidak. Jika Ya sebutkan :	

B. MEJA 1 (SKRINING DAN VAKSINASI)

SKRINING			
No	Pemeriksaan	Hasil	Tindak Lanjut
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	Ya	Tidak
1	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 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 terkontrol
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">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? <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
---	---	--	--	---

<p>HASIL SKRINING :</p> <p><input type="checkbox"/> LANJUT VAKSIN</p> <p><input type="checkbox"/> TUNDA</p> <p><input type="checkbox"/> TIDAK DIBERIKAN</p>	Paraf petugas: Nama :
--	------------------------------

HASIL VAKSINASI

<p>Jenis Vaksin:</p> <p>No. Batch:</p> <p>Tanggal vaksinasi:</p> <p>Jam Vaksinasi:</p>		Paraf petugas: Nama :
--	--	------------------------------

C. MEJA 2: PENCATATAN DAN OBSERVASI

HASIL OBSERVASI

<p><input type="checkbox"/> Tanpa keluhan</p> <p><input type="checkbox"/> Ada keluhan Sebutkan keluhan jika ada,</p>	Paraf petugas: Nama :
---	------------------------------