

KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19 DOSIS LANJUTAN/BOOSTER MASYARAKAT USIA 18 TAHUN KE ATAS

A. MEJA PRA-REGISTRASI

VERIFIKASI DATA IDENTITAS		
Nama lengkap		
NIK (No. KTP 16 digit)		
Tanggal lahir		
No. HP (Whatsapp)		
Email aktif		
Alamat		
Vaksin dosis primer yang diberikan		
<i>(Diisi oleh petugas)</i>		
Vaksin dosis lanjutan yang akan diberikan	Jenis/Merk Vaksin	
	Dosis	

B. MEJA 1 (SKRINING DAN VAKSINASI)

SKRINING			
No	Pemeriksaan <i>(diisi oleh petugas)</i>	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.
No	Pertanyaan <i>(ditanyakan dan diisi oleh petugas)</i>	Ya	Tidak
1.	Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat setelah divaksinasi Covid-19 sebelumnya?		Jika Ya: merupakan kontraindikasi untuk vaksinasi ini
2.	Apakah Anda mengidap penyakit autoimun, seperti lupus?		Jika Ya: vaksinasi ditunda jika sedang dalam kondisi akut atau belum terkontrol
3.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun, dan penerima produk darah/transfusi?		Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
4.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunopressant seperti kortikosteroid dan kemoterapi?		Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk

No	Pertanyaan <i>(ditanyakan dan diisi oleh petugas)</i>	Ya	Tidak	
5.	Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat atau asma dalam keadaan sesak?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
6.	Apakah Anda pernah terkonfirmasi menderita Covid-19?			Jika Ya: vaksinasi ditunda sesuai ketentuan
7.	<p>Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (>60 tahun):</p> <ol style="list-style-type: none"> Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga? Apakah Anda sering merasa kelelahan? 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)? Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan kira-kira 100-200 meter? 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 <i>(diisi oleh petugas)</i>: <input type="checkbox"/> LANJUT VAKSIN <input type="checkbox"/> TUNDA <input type="checkbox"/> TIDAK DIBERIKAN				Paraf petugas:
HASIL VAKSINASI <i>(diisi oleh petugas)</i>: Jenis Vaksin: No. Batch: Tanggal Vaksinasi: Jam Vaksinasi:				Paraf petugas:

C. MEJA 2 (PENCATATAN DAN OBSERVASI)

HASIL OBSERVASI <i>(diisi oleh petugas)</i>	
<input type="checkbox"/> Tanpa keluhan <input type="checkbox"/> Ada keluhan Sebutkan keluhan jika ada:	Paraf petugas: