

KARTU KENDALI VAKSINASI COVID-19 PMI

Nama	
Tempat/Tgl lahir	
No KTP	
Alamat	
No Hp	

NO ANTRIAN			
MEJA TENSI	MEJA DOKTER	MEJA VAKSIN	MEJA OBSERVASI
ttd	ttd	Jam: ttd	ttd

NO	PEMERIKSAAN	HASIL
1	SUHU	
2	TEKANAN DARAH	

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1	Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?		
2	Apakah Anda sedang hamil?		
3	Apakah Anda mengidap penyakit autoimun seperti asma, lupus?		
4	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?		
5	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosupresant seperti kortikosteroid dan kemoterapi?		
6	Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat dalam keadaan sesak?		
7	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? 5. Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?		

DIISI OLEH PETUGAS:

HASIL SCREENING:	VAKSIN	NO BATCH
<input type="checkbox"/> DAPAT DIBERIKAN VAKSIN	<input type="checkbox"/> DOSIS 1	
<input type="checkbox"/> TUNDA	<input type="checkbox"/> DOSIS 2	TANGGAL
<input type="checkbox"/> TIDAK DIBERIKAN VAKSIN		

HASIL OBSERVASI:
<input type="checkbox"/> PULANG SEHAT (TANPA KELUHAN)
<input type="checkbox"/> KUPI (ADA KELUHAN)