

## KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19

### A. MEJA PRA-REGISTRASI

VERIFIKASI DATA IDENTITAS		Paraf petugas
Nama		
NIK		
Tanggal Lahir		
No. HP		
Alamat		
Vaksin yang diberikan pada dosis 1		

### 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 mengidap penyakit autoimun seperti lupus.			Jika Ya, maka 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 immunosupresant seperti kortikosteroid dan kemoterapi?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
5	Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat atau asma dalam keadaan sesak?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
6	Apakah Anda pernah terkonfirmasi			Jika Ya : vaksinasi ditunda sampai 3

	menderita COVID-19?			(tiga) bulan setelah sembuh
<b>Pertanyaan Nomor 7 dilanjutkan apabila terdapat penilaian kelemahan fisik pada sasaran vaksinasi.</b>				
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?  Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?			Jika terdapat 3 atau lebih jawaban Ya maka vaksin tidak dapat diberikan
<b>HASIL SKRINING :</b> <input type="checkbox"/> LANJUT VAKSIN <input type="checkbox"/> TUNDA <input type="checkbox"/> TIDAK DIBERIKAN				Paraf petugas:
<b>HASIL VAKSINASI</b>				
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,.... ..		