**KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19**

1. **MEJA PRA-REGISTRASI *(WAJIB DIISI LENGKAP)***

|  |  |
| --- | --- |
| **VERIKASI DATA IDENTITAS** | Paraf petugas |
| **Nama**  |  |   |
| **NIK** |  |
| **Tanggal Lahir** |  |
| **No. HP** |  |
| **Alamat**  |  |

1. **MEJA 1 (SKRINING DAN VAKSINASI)**

|  |
| --- |
| **SKRINING** |
| No | Pemeriksaan | Hasil | Tindak Lanjut |
| 1 | Suhu  |  |  | Suhu > 37,5 C vaksinasi ditunda s/d sasaran sembuh  |
| 2 | Tekanan darah  |  |  | Jika TD > 180/110 mmHg, diulang 5 (-10 menit. Jika masih tinggi maka vaksinasi ditunda sampai terkontrol |
|  | Pertanyaan  | Ya | Tidak |  |
| 1 | Pertanyaan untuk vaksin ke-1 Apakah anda memiliki riwayat alergi berat seperti sesak nafas, bengkak, dan urtikaria seluruh badan atau reaksi berat lainnya karna vaksin ? |  |  | Jika Ya : Vaksin di berikan di rumah sakit |
|  | Pertanyaan untuk vaksin ke-2 Apakah anda memiliki riwayat aergi berat setelah vaksin COVID-19 Sebelumnya ?  |  |  | Jika Ya : merupakan kontraindikasi untuk vaksin ke-2 |
| 2 | Apakah anda sedang hamil  |  |  | Jika hamil vaksin ditunda setelah melahirkan |
| 3 | Apakah anda mengidap penyakit autoimun seperti asma, lupus |  |  | Jika Ya : Vaksinasi ditunda jika sedang dalam kondisi akut atau belum terkendali  |
|  | Pertanyaan  | Ya | Tidak |  |
| 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 immunosuppressant seperti kortikosteroid dan kemoterapi  |  |  | Jika Ya : Vaksinasi di tunda dan di rujuk  |
| 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 | 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 paing 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 setaun terakhir ?
 |  |  | Jika terdapat 3 atau lebih jawaban Ya maka vaksin tidak dapat diberikan |
| **HASIL SKRINING :**  **LANJUT VAKSIN**  **TUNDA**  **TIDAK DIBERIKAN**  | Paraf Petugas :  |
| **HASIL VAKSINASI** |
| Jenis Vaksin  |  | Paraf petugas :  |
| No. Batch  |  |
| Tanggal Vaksinasi  |  |
| Jam Vaksinasi  |  |

1. **MEJA 2 : PENCATATAN DAN OBSERVASI**

|  |
| --- |
| **HASIL OBSERVASI** |
| Tanpa keluhan  Ada keluhan  Sebutkan keluhan jika ada ... | Paraf petugas :  |