**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 : |