

KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19

Kode Kategori :

A. MEJA PRA-REGISTRASI

VERIFIKASI DATA IDENTITAS		PARAF PETUGAS
NAMA		/
NIK		
TGL LAHIR (UMUR)		
NO. HP		
ALAMAT		
Vaksin yang diberikan pada dosis I		

B. MEJA 1 (SKRINING DAN VAKSINASI)

SKRINING				
NO	PEMERIKSAAN	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 5-10 menit kemudian jika masih tinggi maka ditunda sampai terkontrol
	PERTANYAAN	YA	TIDAK	
1	Pertanyaan untuk vaksinasi ke-1 Apakah Anda memiliki riwayat alergi seperti sesak nafas, bengkak dan urtikaria (gatal) seluruh badan atau lainnya karena vaksin?	/	/	Jika Ya : vaksinasi diberikan di Rumah Sakit
	Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2 Apakah Anda memiliki riwayat alergi 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, defisiensi imun dan 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 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 kesulitan 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 Penvakit Ginial) ? 4. Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan kira-kira 100-200 meter ? Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir	YA	TIDAK	Jika terdapat 3 (tiga) atau lebih jawaban Ya maka vaksin tidak dapat diberikan

HASIL SKRINING :		PARAF PETUGAS
LANJUT VAKSIN	TANDA TANGAN SASARAN VAKSINASI	/
TUNDA		
TIDAK DIBERIKAN		

HASIL VAKSINASI		PARAF PETUGAS
JENIS VAKSIN	1 2	/
No. Batch/Tgl Kadaluarsa	1 2	
Tanggal Vaksinasi	1 2	
Jam Vaksin	1 2	

C. MEJA 2 : PENCATATAN DAN OBSERVASI

HASIL OBSERVASI			PARAF PETUGAS
	Tanpa Keluhan	Sebutkan keluhan jika ada : Vaksin I :	/
	Ada Keluhan	Vaksin II :	

INFORMED CONSENT VAKSINASI COVID-19

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Aalamat :

Setelah mendapat penjelasan dan mengerti sepenuhnya segala hal-hal berkaitan dengan tindakan Vaksinasi Covid-19 , bersama ini secara sadar saya **SETUJU / MENOLAK** pelaksanaan tindakan Vaksinasi Covid-19 tersebut, dan apabila dikemudian hari terjadi sesuatu, saya tidak akan menuntut suatu apapun pada Instansi/siapapun di Klinik PPK 1 Denkesyah Samarinda.

Samarinda,2021

Saksi (Petugas Klinik)

Peserta Vaksin

.....

.....