

FORMAT SKRINING SEBELUM VAKSINASI COVID-19*

Diisi Petugas

DATA & CEK ULANG	KETERANGAN (MOHON DIISI DENGAN BENAR DAN YANG SEBENARNYA)	YA	TIDAK
NIK :	_____		
NAMA :	_____		
NOMOR HP :	_____ <i>(HP aktif dan bisa terima SMS)</i>		
TGL. LAHIR :	_____ <i>(Tgl ini Berusia 12/18 Tahun)*</i>		
VAKSIN DOSIS 1 :	_____ <i>(Sinovac/Astrazenaca/)*</i>		
	_____ <i>Belum Terdaftar Program Vaksin Gotong Royong</i>		
PEKERJAAN/INSTANSI :	_____		
TGL VAKSINASI :	_____		

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 diulang 30 – 60 menit kemudian. Jika masih tinggi maka vaksinasi ditunda sampai terkontrol
	Pertanyaan	Ya	Tidak	
1.	Apakah ada kontak dengan orang yang sedang dalam pemeriksaan/terkonfirmasi/ sedang dalam perawatan karena penyakit COVID-19 dalam waktu 14 hari terakhir?			Jika Ya lihat pertanyaan nomor 2 (dua)
2.	Jika pertanyaan nomor 1 (satu) Ya dan mengalami gejala demam batuk/pilek/sesak napas dalam 7 hari terakhir?			Jika Ya : vaksinasi ditunda sampai 14 hari setelah gejala muncul
3.	Apakah Anda pernah terkonfirmasi menderita COVID-19?			Jika Ya: Vaksinasi ditunda sampai tiga (3) bulan sejak terkonfirmasi COVID-19
4.	Apakah Anda sedang hamil atau menyusui?			Jika sedang hamil vaksinasi ditunda sampai melahirkan Ibu menyusui boleh divaksinasi
5.	Pertanyaan untuk vaksinasi ke-1 Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat seperti sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan atau reaksi berat lainnya karena vaksin? Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2 Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat atau mengalami gejala sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?			Jika Ya : vaksinasi diberikan di Rumah Sakit atau tidak diberikan lagi untuk vaksinasi ke-2
6.	Apakah Anda sedang menderita penyakit jantung, penyakit ginjal kronis/cuci darah dan penyakit hati/liver?			Jika Ya : vaksinasi tidak dapat diberikan
7.	Apakah Anda sedang menderita dan mendapat pengobatan penyakit kanker?			Jika Ya : vaksinasi tidak dapat diberikan Jika sasaran sudah sembuh vaksinasi dapat diberikan
8.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?			Jika Ya : vaksinasi ditunda dan dirujuk
9.	Apakah Anda memiliki riwayat penyakit epilepsi?			Jika Ya : vaksinasi dapat diberikan dalam keadaan terkontrol
10.	Apakah Anda menderita penyakit Diabetes Melitus?			Jika Ya : vaksinasi dapat diberikan dalam keadaan terkontrol atau sedang minum obat diabetes teratur
11.	Apakah Anda menderita HIV?			Jika Ya : vaksinasi dapat diberikan dalam keadaan terkontrol dan minum obat teratur
12.	Apakah Anda memiliki penyakit paru (asma, PPOK)?			Jika Ya : vaksinasi dapat diberikan dalam kondisi terkontrol (tidak sesak)
13.	Apakah Anda mendapatkan vaksinasi lain kurang dari satu bulan ke belakang?			Jika Ya : vaksinasi ditunda sampai satu bulan setelah vaksinasi sebelumnya
14.	Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (≥60 tahun): 1. Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga? 2. Apakah Anda sering merasakelelahan? 3. Apakah Anda memiliki 5 atau lebih dari 11 penyakit berikut (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 200meter? 5. Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?			Jika terdapat 3 atau lebih jawaban Ya maka vaksin tidak dapat diberikan

Yogyakarta,
Mengetahui,

PETUGAS SKRINING :

1. TANDA TANGAN :

2. TANDA TANGAN :

.....