

**KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19
KHUSUS IBU HAMIL**

A. MEJA PRA-REGISTRASI

VERIFIKASI DATA IDENTITAS		Paraf Petugas
Nama		
NIK		
Tgl. Lahir		
Nomor Hp		<i>(bisa terima SMS)</i>
Alamat		
Vaksin yang diberikan pada dosis 1	<i>(Belum Terdaftar Program Vaksin Gotong Royong)</i>	
Vaksin yang diberikan pada dosis 2		

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 diulang 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) menit kemudian. Jika masih tinggi maka vaksinasi ditunda (lihat pertanyaan nomor 4)
3.	Berapa usia kehamilan Anda? a. Trimester 1 (s.d. 13 minggu) b. Trimester 2 (14 s.d. 28 minggu) c. Trimester 3 (29 minggu s.d. aterm)		Jika kurang dari 13 minggu vaksinasi ditunda
4.	Apakah ibu memiliki keluhan dan tanda pre eklampsia - Kaki bengkak - Sakit kepala - Nyeri ulu hati - Pandangan kabur - Tekanan darah >140/90 mmHg		Jika ada keluhan tersebut maka vaksinasi ditunda dan dirujuk ke RS
	Pertanyaan	Ya	Tidak
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?		Jika Ya: vaksinasi diberikan di Rumah Sakit
	Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2 Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?		Jika Ya: merupakan kontraindikasi vaksinasi ke-2

6.	Apakah Anda mempunyai penyakit penyerta seperti: a. Jantung b. DM c. Asma d. Penyakit paru e. HIV f. Hipertiroid/Hipotiroid g. Penyakit ginjal kronik h. Penyakit hati		Jika dalam kondisi terkontrol dan tidak ada komplikasi akut maka vaksin dapat diberikan
7.	Apakah Anda mengidap penyakit autoimun seperti lupus.		Jika dalam kondisi terkontrol dan tidak ada komplikasi akut maka vaksin 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 sedang mendapat pengobatan immunosuppressant seperti kortikosteroid dan kemoterapi?		Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
10	Apakah Anda pernah terkonfirmasi menderita COVID-19?		Jika Ya: vaksinasi ditunda sampai 3 (tiga) bulan setelah sembuh

HASIL SKRINING

- LANJUT VAKSIN
 TUNDA
 TIDAK DAPAT DIBERIKAN

Paraf Petugas

HASIL VAKSINASI

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	Sebutkan keluhan jika ada	
<input type="checkbox"/> Ada keluhan		