

**KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19
UNTUK REMAJA**

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		
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)
	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah anak mendapat vaksin lain kurang dari 1 bulan sebelumnya?		Jika Ya: vaksinasi ditunda
2.	Apakah anak pernah sakit COVID-19?		Jika Ya: vaksinasi ditunda sampai 3 bulan setelah sembuh
3.	Apakah dalam keluarga terdapat kontak dengan pasien COVID-19?		Jika ada kontak tunda 2 minggu
4.	Apakah dalam 7 hari terakhir anak menderita demam atau batuk pilek atau nyeri menelan atau muntah atau diare?		Jika Ya: vaksinasi ditunda, dianjurkan untuk berobat
5.	Apakah dalam 7 hari terakhir anak perlu perawatan di RS atau menderita ke daruratan medis seperti sesak napas, kejang, tidak sadar, berdebar-debar, perdarahan, hipertensi, tremor hebat?		Jika Ya: vaksinasi ditunda dianjurkan untuk berobat

6.	Apakah anak sedang menderita gangguan imunitas (hiperimun: auto imun, alergi berat dan defisiensi imun: gizi buruk, HIV berat, keganasan)		Jika Ya: vaksinasi ditunda sampai dinyatakan boleh oleh dokter yang merawat
7.	Apakah saat ini anak sedang mendapat pengobatan immunosupresant jangka panjang (steroid lebih dari 2 minggu, sitostatika)?		Jika Ya: vaksinasi ditunda sampai dinyatakan boleh oleh dokter yang merawat
8.	Apakah anak mempunyai riwayat alergi berat seperti sesak napas, bengkak, urtikaria di seluruh tubuh atau gejala syok anafilaksis (tidak sadar) setelah vaksinasi sebelumnya?		Jika Ya: vaksinasi di rumah sakit
9.	Apakah anak penyandang penyakit hemofilia/kelainan pembekuan darah?		Jika Ya: vaksinasi di rumah sakit

HASIL SKRINING <input type="checkbox"/> LANJUT VAKSIN <input type="checkbox"/> TUNDA <input type="checkbox"/> TIDAK DAPAT DIBERIKAN	Paraf Petugas
---	---------------

HASIL VAKSINASI		Paraf Petugas
Jenis Vaksin		
No. Batch		
Tanggal vaksinasi		
Jam vaksinasi		

C. MEJA 2: PENCATATAN DAN OBSERVASI

HASIL OBSERVASI <input type="checkbox"/> Tanpa Keluhan <input type="checkbox"/> Ada keluhan Sebutkan keluhan jika ada	Paraf Petugas
---	---------------