

KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19 UNTUK ANAK

A. MEJA PRA-REGISTRASI

VERIFIKASI DATA IDENTITAS		Paraf petugas
Nama		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: auto;"></div>
NIK		
Tanggal Lahir		
No. HP		
Alamat		
Vaksin yang diberikan pada dosis 1		

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 >140/100 mmHg pengukuran tekanan darah diulang 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) menit kemudian Jika masih tinggi maka vaksinasi ditunda dan dirujuk
	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?			Jlka Ya, vaksinasi ditunda, dianjurkan untuk berobat.
5	Apakah dalam 7 hari terakhir anak perlu perawatan di RS atau menderita kedaruratan medis seperti sesak napas,			Jika Ya, vaksinasi ditunda, dianjurkan untuk berobat

	kejang, tidak sadar, berdebar-debar, perdarahan, hipertensi, tremor hebat?			
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 menjalani pengobatan immunosupresan 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?			Jlka Ya, vaksinasi di rumah sakit
HASIL SKRINING : <input type="checkbox"/> LANJUT VAKSIN <input type="checkbox"/> TUNDA <input type="checkbox"/> TIDAK DIBERIKAN				Paraf petugas:
HASIL VAKSINASI				
Jenis Vaksin:		Paraf petugas:		
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: