

## KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19 DOSIS LANJUTAN/BOOSTER KHUSUS IBU HAMIL

### A. MEJA PRA-REGISTRASI

VERIFIKASI DATA IDENTITAS		Paraf petugas
Nama		
NIK		
Tanggal Lahir		
No. HP		
Alamat		
Vaksin dosis primer yang diberikan		
Vaksin dosis lanjutan yang akan diberikan	Jenis/ Merk Vaksin	
	Dosis	

### B. MEJA 1 (SKRINING DAN VAKSINASI)

SKRINING			
No	Pemeriksaan	Hasil	Tindak Lanjut
1.	Suhu		Suhu > 37,5 °C <b>vaksinasi ditunda</b> sampai suhu normal
2.	Tekanan Darah		Jika tekanan darah > <b>140/90 mmHg</b> pengukuran tekanan darah diulang 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) menit kemudian  Jika masih tinggi maka vaksinasi <b>ditunda</b> (Lihat pertanyaan nomor 4)
3	Berapa usia kehamilan Anda? a. Trimester 1 (sd 13 minggu) b. Trimester 2 (14 sd 28 minggu) c. Trimester 3 (29 minggu s.d aterm)		Jika kurang dari 13 minggu vaksinasi ditunda
4.	Apakah ibu memiliki keluhan dan tanda preeklampsia  - Kaki bengkak - Sakit kepala - Nyeri ulu hati - Pandangan kabur - Tekanan darah > <b>140/90 mmHg</b>		Jika ada keluhan tersebut maka vaksinasi ditunda dan dirujuk ke RS
5.	Apakah Anda mempunyai penyakit penyerta, seperti a. Jantung b. DM c. Asma		Jika dalam kondisi terkontrol dan tidak ada komplikasi akut maka vaksin dapat diberikan

	d. Penyakit paru e. HIV f. Hipertiroid/Hipotiroid g. Penyakit ginjal kronik h. Penyakit hati			
6.	Apakah Anda mengidap penyakit autoimun seperti lupus			Jika dalam kondisi terkontrol dan tidak ada komplikasi akut maka vaksin dapat diberikan
7	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
8.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosupressant seperti kortikosteroid dan kemoterapi?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
9.	Apakah Anda pernah terkonfirmasi menderita COVID-19?			Jika Ya : vaksinasi ditunda sesuai ketentuan
<b>HASIL SKRINING :</b>				Paraf petugas:
<input type="checkbox"/> LANJUT VAKSIN <input type="checkbox"/> TUNDA <input type="checkbox"/> TIDAK DIBERIKAN				
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: