



**KARTU KENDALI
PELAYANAN VAKSINASI COVID-19
DINAS KESEHATAN KOTA BOGOR**

NO	
Tempat	
Tanggal	

PRA REGISTRASI	
NAMA LENGKAP	Teregister di PeduliLindungi / PCare
NIK	<input type="checkbox"/> Ya
TANGGAL LAHIR / / L / P	<input type="checkbox"/> Tidak
NO HP yang dapat dihubungi melalui SMS	Paraf & Nama Petugas
PROFESI	
ALAMAT	KODE PROFESI :
Vaksinasi ke : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Vaksin yang diberikan pada dosis 1 :	

MEJA 1 SKRINING & VAKSINASI			
1. Suhu		<i>Suhu > 37,5 0 C vaksinasi ditunda sampai sasaran sembuh</i>	
2. Tekanan Darah		<i>Jika tekanan darah >180/110 mmHg pengukuran tekanan darah diulang 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) menit kemudian. Jika masih tinggi maka vaksinasi ditunda sampai terkontrol</i>	
1.	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? <i>Jika Ya: vaksinasi diberikan di Rumah Sakit</i> Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2 Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya? <i>Jika Ya: merupakan kontraindikasi untuk vaksinasi ke-2</i>	Ya	Tidak
2	Apakah Anda sedang hamil? <i>Jika "Ya", maka vaksinasi ditunda sampai melahirkan</i>	Ya	Tidak
3.	Apakah Anda mengidap penyakit autoimun seperti asma, lupus? <i>Jika "Ya", maka vaksinasi ditunda jika sedang dalam kondisi akut atau belum terkontrol</i>	Ya	Tidak
4.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi? <i>Jika "Ya", maka vaksinasi ditunda dan dirujuk</i>	Ya	Tidak
5.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosupressant seperti kortikosteroid dan kemoterapi? <i>Jika "Ya", maka vaksinasi ditunda dan dirujuk</i>	Ya	Tidak
6.	Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat dalam keadaan sesak? <i>Jika "Ya", maka vaksinasi ditunda dan dirujuk</i>	Ya	Tidak
7.	<u>Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (≥ 60 tahun)</u>	Ya	Tidak
7.1	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga?	Ya	Tidak
7.2	Apakah Anda sering merasa kelelahan?	Ya	Tidak
7.3	Apakah Anda memiliki paling sedikit 5 dari 11 penyakit (hipertensi, diabetes, kanker, penyakit paru kronis, serangan jantung, gagal jantung kongestif, nyeri dada, asma, nyeri sendi, stroke dan penyakit ginjal)?	Ya	Tidak
7.4	Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan kira-kira 100 sampai 200 meter?	Ya	Tidak
7.5	Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir	Ya	Tidak
	<i>Jika pada pertanyaan no 7 terdapat 3 atau lebih jawaban YA, maka vaksinasi tidak dapat diberikan</i>	Ya	Tidak

HASIL SKRINING	
<input type="checkbox"/> LANJUT VAKSIN	Paraf & Nama Petugas
<input type="checkbox"/> TUNDA	
<input type="checkbox"/> TIDAK DIBERIKAN	
HASIL VAKSINASI	
Jenis Vaksin	Paraf & Nama Petugas
No. Batch	
Tanggal vaksinasi	
Jam Vaksinasi	

MEJA 2: PENCATATAN DAN OBSERVASI	
Input P Care : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak ; masalah :	Paraf & Nama Petugas Input
JAM SELESAI OBSERVASI :	Paraf & Nama Petugas Kepulauan
<input type="checkbox"/> Tanpa Keluhan <input type="checkbox"/> Ada keluhan :	

Catatan :
