

Format Skrining Sebelum Vaksinasi COVID-19*

Nama

Umur

NIK

No	Pemeriksaan	Hasil		Tindak Lanjut
		Ya	Tidak	
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 sampai terkontrol
	Pertanyaan	Ya	Tidak	
1.	Apakah ada kontak dengan orang yang sedang dalam pemeriksaan/terkonfirmasi/sedang dalam perawatan karena penyakit COVID-19 dalam waktu 14 hari terakhir?			Jika Ya lihat pertanyaan nomor 2 (dua)
2.	Jika pertanyaan nomor 1 (satu) Ya, apakah mengalami gejala demam batuk/pilek/sesak napas dalam 7 hari terakhir?			Jika Ya: vaksinasi ditunda sampai 14 hari setelah gejala muncul
3.	Apakah Anda pernah terkonfirmasi menderita COVID-19?			Jika Ya: Vaksinasi ditunda sampai tiga (3) bulan sejak terkonfirmasi COVID-19 dapat diberikan vaksinasi.
4.	Apakah Anda sedang hamil			Jika sedang hamil vaksinasi ditunda sampai melahirkan
5.	Apakah anda sedang menyusui?			Ibu menyusui boleh divaksinasi
6.	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 atau mengalami gejala sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?			Jika Ya: tidak diberikan lagi untuk vaksinasi ke-2
7.	Apakah Anda mengidap penyakit kronik (seperti penyakit paru obstruktif kronis dan asma, penyakit jantung, gangguan ginjal, dan penyakit hati/liver) yang sedang dalam kondisi akut atau yang belum terkontrol?			Jika Ya, maka vaksinasi tidak dapat diberikan
	Apakah Anda dalam pengobatan TBC lebih dari dua minggu?			Jika Ya: vaksinasi dapat diberikan
8.	Apakah Anda menyandang dan sedang mendapat pengobatan penyakit kanker?			Jika Ya: vaksinasi tidak dapat diberikan, kecuali ada surat rekomendasi dari dokter yang merawat
9.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?			Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
10.	Apakah Anda memiliki riwayat penyakit epilepsi?			Jika Ya: vaksinasi dapat

				diberikan jika dalam keadaan terkontrol
11.	Apakah Anda sedang mengidap penyakit autoimun sistemik?			Jika Ya vaksinasi ditunda dan dikonsultasikan kepada Dokter yang merawat
12.	Apakah Anda penyandang penyakit Diabetes Melitus yang minum obat teratur?			Jika Ya: vaksinasi dapat diberikan
13.	Apakah Anda Orang dengan HIV yang minum obat teratur?			Jika Ya: vaksinasi dapat diberikan
14.	Apakah Anda mendapatkan vaksinasi lain selain vaksin Covid-19 kurang dari satu bulan terakhir?			Jika Ya: vaksinasi ditunda sampai satu bulan setelah vaksinasi sebelumnya
15.	Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (≥60 tahun): 1. Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga? 2. Apakah Anda sering merasa kelelahan? 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)? 4. Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan kira-kira 100 sampai 200 meter? 5. Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?			Jika terdapat 3 atau lebih jawaban Ya maka vaksin tidak dapat diberikan

Dengan ini kaml menyatakan dengan sesungguhnya bahwa semua informasi yang disampaikan adalah benar

Yogyakarta,

Yang mengisi pertanyaan

(.....)