



PEMERINTAH KABUPATEN SERANG
DINAS KESEHATAN

JL KIMAS JONG NO. 11 SERANG ☎ (0254) 200526

SURAT PERSETUJUAN/IZIN TINDAKAN MEDIS

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :
NIK :
Tanggal Lahir :
Alamat Lengkap :

Telah mengerti sepenuhnya atas penjelasan dokter pemeriksa, perihal hasil skrining kesehatan saya, dan menyadari pemberian vaksin Covid-19 sebagai salah satu bentuk upaya pencegahan Covid-19.

Dengan ini saya menyatakan Bersedia / Tidak Bersedia dilakukan vaksinasi Covid-19 yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan.

Pernyataan ini dibuat dengan kesadaran penuh atas segala risiko yang saya ketahui.

Dibuat di Serang, Tgl : Jam :

Tanda Tangan

.....

**LEMBAR OBSERVASI**

Nama :

No. Urut :

Jam mulai pemantauan (diisi petugas) **PUKUL** :

| No | Apakah yang dirasakan atau tanda pada tubuh anda selama masa pemantauan | 5 menit | 10 menit | 20 menit | 30 menit | selasai |
|----|---|--|----------|----------|----------|--|
| 1 | Bengkak pada lokasi penyuntikan | BILA MERASAKAN ADA SALAH SATU GAJALA INI HARAP ANGKAT TANGAN DAN MEMANGGIL PETUGAS KAMI DENGAN SEGERA | | | | BILA TIDAK ADA SATUPUN GEJALA PEMANTAUAN DINYATAKAN SELESAI DAN LEMBAR INI DISERAHKAN PADA PETUGAS KEMBALI |
| 2 | Perdarahan pada lokasi penyuntikan | | | | | |
| 3 | Perdarahan tempat lain | | | | | |
| 4 | Timbul kemerahan di badan | | | | | |
| 5 | Kemerahan menyebar | | | | | |
| 6 | Badan terasagatal | | | | | |
| 7 | Bentol disertai gatal | | | | | |
| 8 | Bengkak pada bibir/ kelopak mata/ kemaluan | | | | | |
| 9 | Ada rasa mual/ pingin muntah | | | | | |
| 10 | Mata berkunang/ makin kabur | | | | | |
| 11 | Kepala terasa berat | | | | | |
| 12 | Terasa sesak nafas | | | | | |
| 13 | Terasa mulai sulit menelan | | | | | |
| 14 | Badan terasa panas | | | | | |
| 15 | Ada rasa lemas pada salah satu dan atau semua anggota gerak | | | | | |

Jam selesai pemantauan : (diisi petugas) **PUKUL** :**Petugas Pengawas**

.....

**LEMBAR OBSERVASI**

Nama :

No. Urut :

Jam mulai pemantauan (diisi petugas) **PUKUL** :

| No | Apakah yang dirasakan atau tanda pada tubuh anda selama masa pemantauan | 5 menit | 10 menit | 20 menit | 30 menit | selasai |
|----|---|--|----------|----------|----------|--|
| 1 | Bengkak pada lokasi penyuntikan | BILA MERASAKAN ADA SALAH SATU GAJALA INI HARAP ANGKAT TANGAN DAN MEMANGGIL PETUGAS KAMI DENGAN SEGERA | | | | BILA TIDAK ADA SATUPUN GEJALA PEMANTAUAN DINYATAKAN SELESAI DAN LEMBAR INI DISERAHKAN PADA PETUGAS KEMBALI |
| 2 | Perdarahan pada lokasi penyuntikan | | | | | |
| 3 | Perdarahan tempat lain | | | | | |
| 4 | Timbul kemerahan di badan | | | | | |
| 5 | Kemerahan menyebar | | | | | |
| 6 | Badan terasagatal | | | | | |
| 7 | Bentol disertai gatal | | | | | |
| 8 | Bengkak pada bibir/ kelopak mata/ kemaluan | | | | | |
| 9 | Ada rasa mual/ pingin muntah | | | | | |
| 10 | Mata berkunang/ makin kabur | | | | | |
| 11 | Kepala terasa berat | | | | | |
| 12 | Terasa sesak nafas | | | | | |
| 13 | Terasa mulai sulit menelan | | | | | |
| 14 | Badan terasa panas | | | | | |
| 15 | Ada rasa lemas pada salah satu dan atau semua anggota gerak | | | | | |

Jam selesai pemantauan : (diisi petugas) **PUKUL** :**Petugas Pengawas**

.....

KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19

A. MEJA PRA-REGISTRASI

| VERIFIKASI DATA IDENTITAS | | Paraf petugas |
|---------------------------|--|---------------|
| Nama | | |
| NIK | | |
| Tanggal Lahir | | |
| No. HP | | |
| Alamat | | |

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 sampai terkontrol |
| | Pertanyaan | Ya | Tidak | |
| 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? | | | Jika Ya: vaksinasi diberikan di Rumah Sakit |
| | Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2 Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya? | | | Jika Ya: merupakan kontraindikasi untuk vaksinasi ke-2 |
| 2 | Apakah Anda sedang hamil | | | Jika sedang hamil vaksinasi ditunda sampai melahirkan |
| 3 | Apakah Anda mengidap penyakit autoimun seperti asma, lupus. | | | Jika Ya, maka vaksinasi ditunda jika sedang dalam kondisi akut atau belum terkendali |
| 4 | Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi? | | | Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk |
| 5 | Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosupressant seperti kortikosteroid dan kemoterapi? | | | Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 6 | Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat dalam keadaan sesak? | | | Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk |
|---|--|--|--|--|

Pertanyaan Nomor 7 dilanjutkan apabila terdapat penilaian kelemahan fisik pada sasaran vaksinasi.

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| 7 | <p>Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (≥60 tahun):</p> <ol style="list-style-type: none"> Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga? Apakah Anda sering merasa kelelahan? 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)? Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan kira-kira 100 sampai 200 meter? <p>Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?</p> | | | Jika terdapat 3 atau lebih jawaban Ya maka vaksin tidak dapat diberikan |
|---|---|--|--|---|

HASIL SKRINING :

- LANJUT VAKSIN
 TUNDA
 TIDAK DIBERIKAN

Paraf petugas:

HASIL VAKSINASI

| | | |
|--------------------|--|----------------|
| Jenis Vaksin: | | Paraf petugas: |
| No. Batch: | | |
| Tanggal vaksinasi: | | |
| Jam Vaksinasi: | | |

C. MEJA 2: PENCATATAN DAN OBSERVASI

| HASIL OBSERVASI | | Paraf petugas: |
|--|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Tanpa keluhan <input type="checkbox"/> Ada keluhan Sebutkan keluhan jika ada,.... | | |

No. registrasi : _____ No. NIK : _____

Nama Lengkap : _____

Alamat : _____

Tanggal Lahir : _____

Jenis Kelamin : L / P _____

No. HP : _____

Lokasi Vaksinasi : _____

(disarankan vaksinasi di lokasi yang sama
pada kunjungan 1 dan 2)

2020

STATUS PEMBERIAN IMUNISASI

| DOSIS | TANGGAL | NOMOR BATCH VAKSIN | NAMA VAKSINATOR | KETERANGAN |
|-------|---------|-----------------------|--------------------|--|
| | | | | Rencana dosis ke-2 Tanggal : Jam : |
| | | | | |

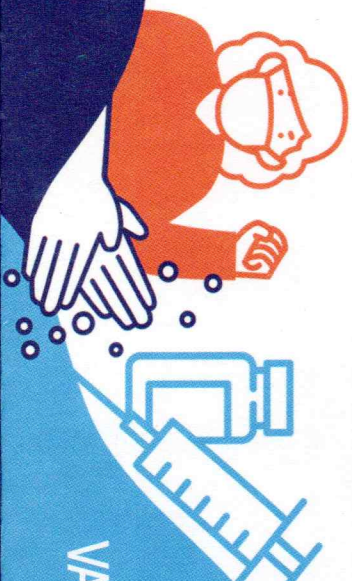
Pastikan anda mendapatkan 2 dosis vaksin COVID-19

untuk memperoleh kekebalan maksimal.

Jika ada keluhan, hubungi Puskesmas/RS.

No. Kontak

KARTU VAKSINASI COVID-19



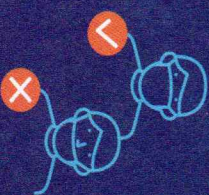
LAWAN
COVID-19
DENGAN 3M DAN
VAKSINASI COVID-19

3M UNTUK MENJAGA DIRI DAN KELUARGA

Kunci utama memutus
rantai penularan COVID-19
di Indonesia adalah dengan
menerapkan 3M

MEMAKAI MASKER

dengan baik dan benar
menutupi hidung dan
mulut



MENCUCI TANGAN

pakai sabun dan bilas
dengan air mengalir



MENJAGA JARAK FISIK

1 - 2 meter dengan
orang sekitar

