



RSUP PERSAHABATAN
 Jl. Persahabatan Raya No. 1
 Jakarta Timur
 Telp 4891708 /Fax 4711222

**FORMULIR PERSETUJUAN TINDAKAN
 VAKSINASI COVID-19**

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

Nomor Telepon :

Nomor KTP :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan **PERSETUJUAN** untuk diberikan,
 Vaksinasi : SINOVAC / MODERNA/.....

Terhadap diri saya sendiri :

Nama :

Yang tujuan, sifat dan perlunya tindakan vaksinasi tersebut diatas, serta resiko yang dapat ditimbulkan
 (Kejadian Ikutan Pasca Vaksinasi)

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan

Jakarta, Tanggal Pukul

Yang Menyatakan

Dokter

Saksi

(.....)

Tanda tangan dan nama jelas

(.....)

Tanda tangan dan nama jelas

(.....)

Tanda tangan dan nama jelas

A. MEJA PRA-REGISTRASI

| VERIFIKASI DATA IDENTITAS | | Paraf petugas |
|------------------------------------|--|---------------|
| Nama | | |
| 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 >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 mengidap penyakit autoimun seperti lupus | | | Jika Ya, maka vaksinasi ditunda jika sedang dalam kondisi akut atau belum terkontrol |
| 3. | Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi? | | | Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk |
| 4. | Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosuppressant seperti kortikosteroid dan kemoterapi? | | | Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk |
| 5. | Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat atau asma dalam keadaan sesak? | | | Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk |
| 6. | Apakah anda pernah terkonfirmasi menderita COVID-19? | | | Jika Ya: vaksinasi ditunda sampai 3 (tiga) bulan setelah sembuh |
| Pertanyaan Nomor 7 dilanjutkan apabila terdapat penilaian kelemahan fisik pada sasaran vaksinasi. | | | | |
| 7. | 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 |
| HASIL SKRINING : | | | | 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 |