



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

**FORMULIR PERSETUJUAN TINDAKAN
 VAKSINASI COVID-19 BOOSTER
 USIA 18 TAHUN KE ATAS**

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 dosis primer yang diberikan	<input type="checkbox"/> Vaksin I: Tgl <input type="checkbox"/> Vaksin II: Tgl	
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 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 Anda memiliki riwayat alergi berat setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?			Jika Ya: merupakan kontraindikasi untuk vaksinasi ini
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 sesuai ketentuan
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 : <input type="checkbox"/> LANJUT VAKSIN <input type="checkbox"/> TUNDA <input type="checkbox"/> TIDAK DIBERIKAN				Paraf petugas
HASIL VAKSINASI				
Jenis vaksin : No. Batch : Tanggal vaksinasi : Jam vaksinasi :				Paraf petugas

C. MEJA 2 (PENCATATAN DAN OBSERVASI)

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