



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

**FORMULIR PERSETUJUAN TINDAKAN
 VAKSINASI COVID-19 UNTUK ANAK**

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 >140/100 mmHg pengukuran tekanan darah diulang 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) menit kemudian Jika masih tinggi maka vaksinasi ditunda dan dirujuk
	PERTANYAAN	YA	TIDAK	
1.	Apakah anak mendapat vaksin lain kurang dari 1 bulan sebelumnya?			Jika Ya, vaksinasi ditunda
2.	Apakah anak pernah sakit COVID-19?			Jika Ya, vaksinasi ditunda sampai 3 (tiga) bulan setelah sembuh
3.	Apakah dalam keluarga terdapat kontak dengan pasien COVID-19?			Jika ada kontak, tunda 2 minggu
4.	Apakah dalam 7 hari terakhir anak menderita demam atau batuk pilek atau nyeri menelan atau muntah atau diare?			Jika Ya, vaksinasi ditunda , dianjurkan untuk berobat
5.	Apakah dalam 7 hari terakhir anak perlu perawatan di RS atau menderita ke daruratan medis seperti sesak nafas, kejang, tidak sadar, berdebar-debar, perdarahan, hipertensi, tremor hebat?			Jika Ya, vaksinasi ditunda , dianjurkan untuk berobat
6.	Apakah anak sedang menderita gangguan imunitas (hiperimun: autoimun, alergi berat dan defisiensi imun: gizi buruk, HIV berat, keganasan)?			Jika Ya, vaksinasi ditunda, sampai dinyatakan boleh oleh dokter yang merawat
7.	Apakah saat ini anak sedang menjalani pengobatan immunosupresan jangka panjang (steroid lebih dari 2 minggu, sitostatika)?			Jika Ya, vaksinasi ditunda, sampai dinyatakan boleh oleh dokter yang merawat
8.	Apakah anak mempunyai riwayat alergi berat seperti sesak nafas, bengkak, urtikaria diseluruh tubuh atau gejala syok anafilaksis (tidak sadar) setelah vaksinasi sebelumnya?			Jika Ya, vaksinasi di Rumah Sakit
9.	Apakah anak penyandang penyakit hemophilia/ kelainan pemebejukan darah			Jika Ya, vaksinasi di Rumah Sakit
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