

SURAT PERSETUJUAN / PENOLAKAN MEDIS KHUSUS (INFORM CONCERN)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

NIK : Umur : (L / P)
Nama :
Alamat :
Telp :

Dengan ini menyatakan *SETUJU / *MENOLAK untuk dilakukan Tindakan Medis berupa Penyuntikan Vaksin Covid-19 dengan 2x pemberian sesuai interval.

Alasan Menolak : Surabaya, 2021
Yang membuat pernyataan,

(.....)

KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19

KITIR VAKSINASI

SKRINING				
No	Pemeriksaan	Hasil		Tindak Lanjut
1	Suhu			Suhu > 37,5 °C vak sas ditunda sampai sasaran sembuh
2	Tekanan Darah			Jika >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?			Jika Ya: vaksinasi diberikan di Rumah Sakit
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 terkontrol
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	Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (≥60 tahun): 1. Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga?			Jika terdapat 3 atau lebih jawaban Ya maka vaksin tidak dapat diberikan
	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 m?			
	5. Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?			

No. Etiket :
.....
Hasil Skrining : (centang)
a. Divaksin ()
b. Ditunda ()

Nama Petugas Meja 2 :
.....
TTD Petugas Meja 2 :
.....

Nama Vaksin :
No. Batch :

Nama Vaksinasi :
.....

TTD Vaksinasi:
.....