



UPTD PUSKESMAS BABIRIK

SKRINING VAKSINASI COVID-19

Nama : Tekanan Darah :
Nik : Suhu :
Alamat :
No HP : Dosis ke :

1. Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat seperti sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan atau reaksi berat lainnya karena vaksin?

Jika "Ya", maka vaksinasi diberikan di Rumah Sakit

☐ Ya ☐ Tidak

2. Apakah Anda sedang hamil?

Jika "Ya", maka vaksinasi ditunda sampai melahirkan

☐ Ya ☐ Tidak

3. Apakah Anda mengidap penyakit autoimun seperti asma, lupus?

Jika "Ya", maka vaksinasi ditunda jika sedang dalam kondisi akut atau belum terkendali

☐ Ya ☐ Tidak

4. Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?

Jika "Ya", maka vaksinasi ditunda dan dirujuk

☐ Ya ☐ Tidak

5. Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosupressant seperti kortikosteroid dan kemoterapi?

Jika "Ya", maka vaksinasi ditunda dan dirujuk

☐ Ya ☐ Tidak

6. Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat dalam keadaan sesak?

Jika "Ya", maka vaksinasi ditunda dan dirujuk

☐ Ya ☐ Tidak

7. Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (≥ 60 tahun):

- 7.1. Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga?

☐ Ya ☐ Tidak

- 7.2. Apakah Anda sering merasa kelelahan?

☐ Ya ☐ Tidak

- 7.3. Apakah Anda memiliki paling sedikit 5 dari 11 penyakit (hipertensi, diabetes, kanker, penyakit

- 7.4. paru kronis, serangan jantung, gagal jantung kongestif, nyeri dada, asma, nyeri sendi, stroke dan penyakit ginjal)?

☐ Ya ☐ Tidak

- 7.5. Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan kira-kira 100 sampai 200 meter?

☐ Ya ☐ Tidak

- 7.6. Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir

☐ Ya ☐ Tidak