



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 immuno-supressant 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