



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

**FORMULIR PERSETUJUAN TINDAKAN
 VAKSINASI COVID-19 KHUSUS IBU HAMIL**

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 >140/90 mmHg pengukuran tekanan darah diulang 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) menit kemudian Jika masih tinggi maka vaksinasi ditunda sampai terkontrol (lihat pertanyaan nomor 4)
3.	Berapa usia kehamilan anda? a. Trimester 1 (sd 13 minggu) b. Trimester 2 (14 sd 28 minggu) c. Trimester 3 (29 minggu sd aterm)		Jika kurang dari 13 minggu vaksinasi ditunda
4.	Apakah ibu memiliki keluhan dan tanda preeklamsia - Kaki bengkak - Sakit kepala - Nyeri ulu hati - Pandangan kabur - Tekanan darah >140/90mmHg		Jika ada keluhan tersebut maka vaksinasi ditunda dan dirujuk ke RS
5.	Pertanyaan untuk vaksinasi ke-1 Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat seperti sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan atau reaksi berat lainnya karena vaksin? Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2 Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?		Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk ke RS Jika Ya: merupakan kontraindikasi untuk vaksinasi ke-2
6.	Apakah anda mempunyai penyakit penyerta, seperti a. Jantung b. DM c. Asma d. Penyakit Paru e. HIV f. Hipertiroid/ Hipotiroid g. Penyakit ginjal kronik h. Penyakit hati		Jika dalam kondisi terkontrol dan tidak ada komplikasi akut maka vaksin dapat diberikan
7.	Apakah Anda mengidap penyakit autoimun seperti asma, lupus		Jika dalam kondisi terkontrol dan tidak ada komplikasi akut maka vaksin dapat diberikan
8.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?		Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
9.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosuppressant seperti kortikosteroid dan kemoterapi?		Jika Ya: vaksinasi ditunda dan dirujuk
10.	Apakah Anda pernah terkonfirmasi menderita COVID-19?		Jika Ya: vaksinasi ditunda sampai 3 (tiga) bulan setelah sembuh
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