



KARTU KENDALI PELAYANAN VAKSINASI COVID-19
ANAK USIA 6 (ENAM) SAMPAI DENGAN 11 (SEBELAS) TAHUN
PUSKESMAS KECAMATAN JAGAKARSA

A. MEJA PRA-REGISTRASI TANGGAL PELAKSANAAN :

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 $\geq 140/90$ mmHg pengukuran tekanan darah diulang 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) menit kemudian Jika masih tinggi maka vaksinasi ditunda dan dirujuk	
	Pertanyaan Skrining	Ya	Tidak	
1	Pertanyaan untuk vaksinasi ke-1 Apakah Anak memiliki riwayat alergi berat seperti sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan atau gejala syok anafilaksis (tidak sadar) setelah vaksin sebelumnya?			Jika Ya : vaksinasi diberikan di Rumah Sakit
	Pertanyaan untuk vaksinasi ke-2 Apakah Anak memiliki riwayat alergi berat setelah divaksinasi COVID-19 sebelumnya?			Jika Ya : merupakan kontraindikasi untuk vaksinasi ke-2
2	Apakah Anak mendapatkan vaksin lain (vaksin rutin) kurang dari 2 minggu sebelumnya?			Jika Ya, Vaksinasi ditunda
3	Apakah Anak pernah sakit COVID-19?.			Jika Ya. Untuk derajat ringan/sedang ditunda 1 bulan setelah sembuh Untuk derajat berat ditunda 3 bulan setelah sembuh
4	Apakah dalam keluarga terdapat kontak dengan pasien COVID-19?			Jika ada kontak, Vaksinasi ditunda 2 minggu
5	Apakah saat ini anak menderita demam atau batuk pilek atau nyeri menelan atau muntah atau diare?			Jika Ya, vaksinasi ditunda , anjurkan untuk berobat

6	Apakah dalam 7 hari terakhir anak pernah mendapat perawatan di RS atau menderita kedaruratan medis seperti sesak napas, kejang, tidak sadar, berdebar-debar, perdarahan, hioertensi, tremor hebat?		Jika Ya, Vaksinasi ditunda sampai dinyatakan sembuh
7	Apakah Anak sedang menderita gangguan imunitas (hiperimun : autoimun, alergi berat dan defisiensi imun : gizi buruk, HIV berat, keganasan)?		Jika Ya, vaksinasi ditunda sampai mendapat rekomendasi dokter yang merawat
8	Apakah Anak sedang menjalani pengobatan imunosupresan jangka panjang (steroid lebih dari 2 minggu, sitostatika)?		Jika Ya, vaksinasi ditunda sampai mendapat rekomendasi dokter yang merawat
9	Apakah anak penyandang penyakit hemophilia/kelainan pembekuan darah?		Jika Ya: vaksinasi diberikan di Rumah Sakit

HASIL SKRINING :

- ☐ LANJUT VAKSIN
☐ TUNDA
☐ TIDAK DIBERIKAN

Paraf petugas:

INFORMED CONSENT

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

- Informasi yang saya berikan tentang kesehatan Anak saya adalah benar dan bahwa isian diatas sesuai dengan pernyataan saya.
- Saya menyatakan bahwa saya menerima Anak saya untuk divaksin.

Jakarta,
 Peserta/
 Keluarga Peserta Vaksinasi
 (.....)

HASIL VAKSINASI

Jenis>Nama Vaksin:		Paraf petugas:
No. Batch:		
Jam Vaksinasi :		
Jam Selesai observasi :		

C. MEJA 2 : PENCATATAN DAN OBSERVASI

HASIL OBSERVASI (15 – 30 MENIT)	
☐ Tanpa keluhan ☐ Ada keluhan Sebutkan keluhan jika ada ,.....	Paraf petugas:

KET : ☐ beri tanda centang (✓) pada kotak yang sesuai.