FORM SKRINING SEBELUM IMUNISASI ANAK SEKOLAH

NAMA LENGKAP	:	KELAS	JENIS VAKSIN
TANGGAL LAHIR	:	**5**	**Td**
ALAMAT DOMISILI	:	PUTRA & PUTRI	NOVEMBER
SEKOLAH	:		
NIK / NO BPJS	:		

CEKLIST PELAYANAN (*)

SKRINING		**VAKSINASI**	
BOLEH VASINASI		SUDAH SUNTIK	
TUNDA VAKSINASI		BELUM SUNTIK	
OBERSVASI		**KETERANGAN VAKSIN :**	
TANPA KELUHAN		JAM VAKSINASI (*)	
ADA KELUHAN		JENIS VAKSIN (*)	DT
SEBUTKAN :		NO BATCH	

DIISI OLEH PETUGAS (*)

No	Pemeriksaan	Hasil		Tindak Lanjut
1.	Suhu			Suhu > 37,5°C vaksinasi ditunda sampai sasaran sembuh
	Pertanyaan	**Ya**	**Tidak**	
1.	Apakah anak menderita penyakit kronis : leukemia, anemia berat dan kelainan darah?			
2.	Apakah anak punya riwayat sakit: jantung, ginjal, epilepsi, atau penyakit kronis lainnya? (pasien kronik boleh divaksinasi setelah konsul DPJP)			
3.	Apakah anak sedang dalam terapi/pengobatan? Sebutkan penyakitnya.....			
4.	Apakah anak mengalami alergi obat? bila ya sebutkan			
5.	Apakah anak mendapatkan imunisasi dalam waktu satu bulan ini? Jika ya Kapan			
6.	Apakah anak mengalami demam dalam beberapa hari ini? Hasil pengukuran suhu saat ini : C			
7.	Apakah anak batuk pilek?			
8.	Apakah anak sedang diare?			
9.	Apakah anak pernah sakit covid-19? Kapan			

Sleman,

Persetujuan Penerima Vaksin / Wali

Petugas Pemeriksa

....

LIVEWORKSHEETS