INVESTIGASI KEJADIAN IKUTAN PASCA IMUNISASI

(Otopsi Verbal)

1. PEWAWANCARA

1. Nama		
2. Instansi		
3. Telepon		
4. Tanggal		

2. RESPONDEN

1. Nama		
2. Hubungan dg kasus		

3. IDENTITAS KASUS KIPI :

Gejala awal (dugaan) KIPIdiketahui pertama kali oleh :

a.	Nama	
b.	Jenis kelamin	☐ Lelaki ☐ Perempuan
c.	Tanggal lahir (usia)	/ …. th …. Bl
d.	Nama ayah/ibu	
e.	Alamat	
	• Jalan/RT/RW	
	• Nama Dusun/Kampung	
	• Nama Desa/Kelurahan	
	• Kecamatan	
	• Kabupaten/Kota	
	• Provinsi	
f.	Jumlah Saudara kandung	

4. RIWAYAT IMUNISASI

a. Imunisasi terdahulu (lebih dari 30 hari, dari imunisasi terakhir)

Imunisasi (Vaksin)	Tgl	Jam	No. Batch	Tgl Kadalu warsa	VVM	Cara Pemberian	Jumlah vaksin (ml / tetes)	Lokasi penyuntikan	KIPI* tgl/gejala/ diagnosa

b. Imunisasi sekarang (dalam 30 harl terakhir)

Imunisasi (Vaksin)	Tgl	Jam	No. Batch	Tgl Kadalu warsa	VVM	Cara Pemberian	Jumlah vaksin (ml / tetes)	Lokasi penyuntikan

c. Tempat imunisasi (sekarang)

posyandu	☐	Puskesmas	☐	Praktek swasta	☐
Pos PIN	☐	Balai Pengobatan	☐	RS/RB	☐
Sekolah	☐	Rumah	☐	Lain-lain	☐

d. Pemberi imunisasi (sekarang)

jurim	☐	Perawat	☐	Dokter	☐
kader	☐	Bidan	☐		

5. KONDISI RANTAI DINGIN

	Ya	Tidak
1. Apakah vaksin disimpan pada tempat yang sesuai? (bukan refrigerator rumah tangga dan bukan freezer untuk OPV)		
2. Apakah vaksin disimpan pada suhu yang sesuai? (2 – 80 C)		
3. Apakah dilakukan monitoring suhu dan pencatatan secara berkala? (suhu dicatat dua kali sehari dan terdapat grafik pencatatan suhu)		
4. Apakah terdapat vaksin DPT-HB, DT, TT, HB Uniject yang beku atau diduga beku di dalam tempat penyimpanan vaksin?		
5. Apakah terdapat barang selain vaksin di dalam tempat penyimpanan vaksin?		
6. Apakah vaksin disimpan bersama dengan obat lain dengan pemisahan dan penandaan yang jelas, sehingga menjamin tidak terjadi kontaminasi/kontaminasi silang?		
7. Apakah terdapat vaksin yang kadaluarsa atau mengalami kerusakan fisik di dalam tempat penyimpanan vaksin dan dipisahkan serta diberi penandaan yang jelas?		
8. Apakah terdapat sisa vaksin yang telah dilarutkan di dalam tempat penyimpanan vaksin dan dipisahkan serta diberi penandaan yang jelas?		
9. Apakah terdapat vaksin dengan kondisi VVM C atau D di dalam tempat penyimpanan vaksin dan dipisahkan serta diberi penadaan yang jelas?		
10. Apakah tempat penyimpanan vaksin dilengkapi dengan termometer yang berfungsi dengan baik dan terkalibrasi? (Kalibrasi minimal satu kali/tahun)		
11. Apakah terdapat generator yang berfungsi dengan baik untuk menjamin jika terjadi listrik padam?		

6. KEADAAN BAYI/ANAK/WUS SEBELUM IMUNISASI

a. Gejala Sakit Sebelum Imunisasi

No	Gejala	Ya	Tidak	Jika Ya, kapan mulai timbul gejala ?	
				tanggal	pukul
1.	Demam				
2.	Batuk/pilek				
3.	Mencret/diare				
4.	Muntah				
5.	Sesak nafas				
6.	Kuning/ikterik				
7.					
8.					
9.					

b. Kondisi Kesehatan (Alergi)

No	Bahan Alergen	Ada	Tidak ada	Keterangan
1.	Telur			
2.	Antibiotik neomisin			
3.				
4.				

c. Pengobatan/Penggunaan Obat Saat ini

No	Obat	Ada	Tidak ada	Keterangan
1.	Obat steroid			
2.				
3.				
4.				

d. Riwayat Alergi Pada Keluarga

No	Bahan Alergen	Ada	Tidak ada	Keterangan
1.				
2.				
3.				
4.				

7. PERJALANAN MANIFESTASI KLINIS KASUS KIPI PADA BAYI/ANAK / WUS

No	Gejala	Ya	Tidak	Jika Ya, waktu mulai timbul gejala		Lama Sakit	
				tanggal	pukul	hari	jam
1.	Bengkak di tempat suntikan						
2.	Perdarahan di tempat suntikan						
3.	Ruam lokal, bengkak, merah & gatal						
	a. pada kulit						
	b. pada bibir						
	c. pada mata						
4.	Ruam tersebar						
	a. pada muka						
	b. pada anterior tubuh						
	c. pada posterior tubuh						
	d. pada anggota gerak						
	e. seluruh tubuh						
5.	Demam tinggi >39						
6.	Nyeri kepala						
7.	Nyeri otot						
8.	Lesu						
9.	Batuk/pilek						
10.	Mencret/diare						
11.	Muntah						
12.	Sesak nafas						
13.	Kuning/ikterik						
14.	Perdarahan						
15.	Kejang						
16.	Lemah/lumpuh otot lengan/tungkai						
17.	Pingsan (sinkop)						
18.	Penurunan kesadaran						
19.	Tanda syok anafilaktik						
20.	Sakit kepala						
21.	Menangis menjerit > 3 jam						
22.	Lemas/kebas seluruh tubuh						
23.	Pembengkakan kelj.getah bening (leher/ketiak/lipat paha)						
24.	Sakit disertai kelemahan pada lengan yg disuntik						
25.	Bengkak, kemerahan, nyeri (reaksi Arthus)						
26.							
27.							

8. IDENTITAS PELAPOR KASUS KIPI PERTAMA

Gejala awal (dugaan) KIPIdiketahui pertama kali oleh :

a. Nama
b. Hubungan dengan kasus KIPI
c. Tanggal/jam ditemukan kasus KIPI

9. ALUR PENANGGULANGAN KASUS KIPI

a. Tanggal dan Institusi rujukan :
   1) Tanggal laporan
   2) Nama Institusi penerima laporan
   3) Alamat Institusi penerima laporan
   4) Tindakan penerima laporan

      a) Pengobatan

- Nama Obat, Waktu dan Cara Pemberian

No	Nama Obat	Waktu Pemberian		Dosis	Cara Pemberian
		Tanggal	Jam		

- Hasil Pengobatan
  - Membaik
  - Tidak ada kemajuan
  - Memburuk
  - Sembuh

Ya

Jika sembuh, tuliskan tanggal sembuh

b) Merujuk

Tanggal dan Institusi rujukan :

- Tanggal merujuk

- Nama Institusi tujuan rujukan
- Alamat Institusi tujuan rujukan

Rujukan Pertama Kasus KIPI :

● Tanggal terima rujukan	
● Nama Petugas Penerima	
● Jabatan Petugas Penerima	
● Nama Institusi	
● Alamat Institusi	
● Gejala dan keadaan saat diterima	
● Diagnosa	
● Tindakan	☐ Rawat Jalan ☐ Rawat Inap

- Nama Obat, Waktu dan Cara Pemberian

No	Nama Obat	Waktu Pemberian		Dosis	Cara Pemberian
		Tanggal	Jam		

- Tindakan

No	Jenis Tindakan	Waktu Tindakan		Keterangan
		Tanggal	Jam	

- Hasil Pengobatan/Tindakan
  - Membaik
  - Tidak ada kemajuan
  - Memburuk
  - Sembuh

Ya	
	Jika sembuh, tuliskan tanggal sembuh

Rujukan Kedua Kasus KIPI :

● Tanggal terima rujukan	
● Nama Petugas Penerima	
● Jabatan Petugas Penerima	
● Nama Institusi	
● Alamat Institusi	
● Gejala dan keadaan saat diterima	
● Diagnosa	
● Tindakan	☐ Rawat Jalan ☐ Rawat Inap

- Nama Obat, Waktu dan Cara Pemberian

No	Nama Obat	Waktu Pemberian		Dosis	Cara Pemberian
		Tanggal	Jam		

- Tindakan

No	Jenis Tindakan	Waktu Tindakan		Keterangan
		Tanggal	Jam	

- Hasil Pengobatan/Tindakan
  - Membaik
  - Tidak ada kemajuan
  - Memburuk
  - Sembuh

Ya	
	Jika sembuh, tuliskan tanggal sembuh

Rujukan Ketiga Kasus KIPI :

● Tanggal terima rujukan	
● Nama Petugas Penerima	
● Jabatan Petugas Penerima	
● Nama Institusi	
● Alamat Institusi	
● Gejala dan keadaan saat diterima	
● Diagnosa	
● Tindakan	☐ Rawat Jalan ☐ Rawat Inap

- Nama Obat, Waktu dan Cara Pemberian

No	Nama Obat	Waktu Pemberian		Dosis	Cara Pemberian
		Tanggal	Jam		

- Tindakan

No	Jenis Tindakan	Waktu Tindakan		Keterangan
		Tanggal	Jam	

- Hasil Pengobatan/Tindakan
  - Membaik
  - Tidak ada kemajuan
  - Memburuk
  - Sembuh

Ya	
	Jika sembuh, tuliskan tanggal sembuh

10. HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

11. HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG LAINNYA

12. HASIL AKHIR

	Ya
a. Sembuh Sempurna	
b. Sembuh dengan gejala sisa	
c. Masih sakit	
d. Meninggal	

Jika meninggal, tuliskan tanggal meninggal

13. KESIMPULAN DOKTER YANG MERAWAT PALING AKHIR

a. Diagnosis

b. Sebab Kematian

14. HASIL PEMERIKSAAN UJI VAKSIN

a.	Nama Petugas BPOM	
b.	Institusi Petugas BPOM	
c.	Tanggal/jam pengambilan sampel	/
d.	Jumlah sampel	
e.	Nomor batch sampel	
f..	Hasil tes toksisitas	
	Hasil tes sterilitas	

TANDA TANGAN PENGISI FORMULIR INVESTIGASI

Nama : _____

Jabatan : _____ _____

Nama : _____

Jabatan : _____ _____