LIST SCREENING DOKTER/MEJA 2

Nama : No Hp :
Umur/tgl lahir : NIK :

No	Pertanyaan	Ya	Tidak	Jika Ya
1.	Apakah anda memiliki Riwayat alergi berat seperti sesak napas, bengkak, dan urtikaria seluruh badan atau reaksi berat lainnya karena vaksinasi?			Vaksinasi dilakukan di RS
2.	Apakah sedang hamil?			tunda vaksin sampai melahirkan
3.	Apakah anda pengidap penyakit autoimun seperti Asthma/Lupus			Tunda vaksin jika sedanng dalam kondisi akut atau belum terkendali
4.	Apakah anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/tranfusi			Tunda vaksin
5.	Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat dalam keadaan sesak?			Tunda vaksin
6.	**Pertanyaan untuk Lansia** Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga?			
7.	Apakah Anda sering merasa kelelahan?			
8.	Apakah Anda memiliki paling sedikit 5 dari 11 penyakit berikut : (Hipertensi, DM, Kanker, Peny. Paru Khronis, serangan jantung, gagal jantung kongestif,nyeri dada, asma, nyeri sendi, stroke, dan penyakit ginjal)			
9.	Apakah Anda kesulitan berjalan 100 – 200 m			
10.	Apakah Anda mengalami penurunan berat badan secara bermakna dalam setahun terakhir?			

Yogyakarta, 26 Juli 2021

.....

Nama terang dan Tandatangan