

Penyelidikan Epidemiologi Avian Influenza H5N1

Form PE-AI

I. Identitas Pelapor

1. Nama : _____
2. Nama Kantor & Jabatan : _____
3. Kabupaten/Kota : _____ 4. Provinsi : _____
5. Tanggal Laporan : ____/____/200__

II. Identitas Penderita

| | | | | | | | | |

No. Epid :

Nama : _____ Nama Orang Tua/KK : _____

Jenis Kelamin : [1] Laki-laki [2]. Peremp, Tgl. Lahir : __/__/__, Umur : __ th, __ bl

Tempat Tinggal Saat ini :

Alamat (Jalan, RT/RW, Blok, Pemukiman) : _____

Desa/Kelurahan : _____, Kecamatan : _____

Kabupaten/Kota : _____, Provinsi : _____, Tel/HP : _____

Pekerjaan : [1] RS/Klinik [3] Veterinarian [5] Peternak babi
 [2] Laboratorium [4] Peternak unggas [6] Pasar unggas/babi
 [7] Lain : _____

Alamat Tempat Kerja : _____

Saudara dekat yang dapat dihubungi : _____

Alamat (Jalan, RT/RW, Blok, Pemukiman) : _____

Desa/Kelurahan : _____, Kecamatan : _____

Kabupaten/Kota : _____, Provinsi : _____, Tel/HP : _____

III. Riwayat Sakit

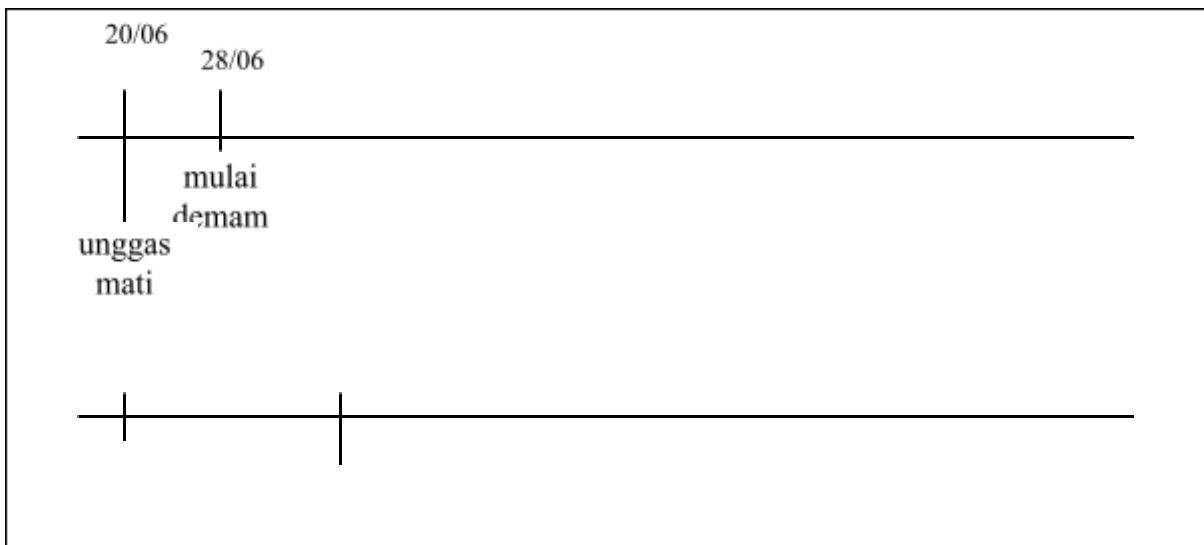
Tanggal mulai sakit (demam) : ___/___/200__

Gejala dan Tanda Sakit serta Hasil Pemeriksaan Lain

Demam	_____	Lekosit darah terendah	_____
Batuk	_____	Trombosit terendah	_____
Pilek	_____	Limfosit terendah	_____
Sakit tenggorok	_____	SGOT/SGPT tertinggi	_____
Nafas pendek/sesak	_____	Foto paru	_____

Perjalanan Penyakit

(waktu timbulnya gejala dan tanda sakit, pemeriksaan pendukung dan pengobatan ke RS/Klinik)



Bagaimana keadaan penderita saat ini ?

- [1] Sembuh [3] Sakit dirawat klinik [5] Meninggal, tanggal :
 [2] Sakit dirawat RS [4] Sakit dirawat dirumah ___/___/_____

Nama Klinik atau RS yang pernah memeriksa atau merawat :

Nama Klinis/RS	Alamat	Tgl Masuk Klinik/RS

IV. Riwayat Kontak

1. Dalam 7 hari terakhir sebelum sakit, apakah penderita pernah kontak dengan binatang

Kontak Tidak Erat

		Ayam	Bebek	Puyuh	Burung	Babi	___	___
Sehat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sakit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Kontak Erat

		Ayam	Bebek	Puyuh	Burung	Babi	___	___
Sehat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sakit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Kontak Sehari-hari

		Ayam	Bebek	Puyuh	Burung	Babi	___	___
Peternakan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Peternakan rakyat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pasar unggas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pemotongan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Proses memasak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lain-lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Veteriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Dalam 14 hari terakhir sebelum sakit pernah mengunjungi atau tinggal di daerah tempat terjadinya banyak kematian unggas (wabah) :

[1] Pernah [2] Tidak pernah [3] Tidak jelas

Jika pernah, jelaskan kapan, lama dan sifat kunjungan tersebut :

Form PE AI : 3

3. Dalam 7 hari terakhir sebelum sakit apakah penderita pernah kontak erat dengan seseorang atau penderita yang dirawat dengan pnemonia ? (kontak erat adalah merawat, menunggui, serumah)

[1] Pernah [2] Tidak pernah [3] Tidak jelas

Jika Pernah, lengkapi keterangan kontak dimaksud sebagai berikut :

Nama dan Kepala Keluarga	U m u r	Alamat		Hub dg penderita	Tanggal kontak		Flu Burung *)
		Jalan, RT/RW, Pemukiman	Kec, Kab/Kota dan Provinsi		awal	akhir	

*) td (tidak), suspek, probable, konfirmasi atau tt (tidak tahu)

4. Apakah ada penderita dengan gejala yang sama di rumah, tetangga atau anggota keluarga yang lain ?

[1] Ada [2] Tidak ada [3] Tidak jelas

Jika Ada, lengkapi keterangan penderita dimaksud sebagai berikut :

Nama dan Kepala Keluarga	U m u r	Alamat		Hub dg penderita	Tanggal kontak		Flu Burung
		Jalan, RT/RW, Pemukiman	Kec, Kab/Kota dan Provinsi		awal	akhir	

*) td (tidak), suspek, probable, konfirmasi atau tt (tidak tahu)

5. Anggota serumah

Jumlah anggota keluarga serumah : ___ orang

Apakah ada anggota keluarga yang bekerja pada tempat kerja dibawah ini ?

RS/Klinik	___	Peternakan unggas	___
Laboratorium	___	Peternakan babi	___
Veterinarian	___	Pasar unggas/babi	___

Nama	Tempat Kerja

6. Pemeriksaan Lingkungan Rumah Tinggal

		Ayam	Bebek	Puyuh	Burung	Babi	___	___
Piaraan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peternakan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasar unggas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tambahan informasi lingkungan rumah tinggal, tempat kerja atau tempat bermain yang diduga merupakan sumber penularan

IV. Pengambilan Spesimen

Nama Spesimen	Nomor	Ambil		Pemeriksaan		
		Laboratorium	Tgl	Laboratorium	Tgl	Hasil
Usap nasofaring						
Usap tenggorok						
Serum darah						

V. Kontak Penyelidikan (pejabat, petugas, dokter sbg sumber informasi)

:

Nama	Jabatan/Kantor/Alamat	Tel

VI. Tim Penyelidikan Epidemiologi

1. _____, Kantor : _____ tel _____
2. _____, Kantor : _____ tel _____
3. _____, Kantor : _____ tel _____
4. _____, Kantor : _____ tel _____
5. _____, Kantor : _____ tel _____