



Kartu Kendali Pelayanan Vaksinasi COVID-19



Verifikasi Data Identitas

**CHRISTOPHORUS DANANG
A P**

NIK 3174041505840014

Tanggal Lahir
15/5/1984

No. Telepon
08119108497

Alamat
JERUK PURUT RT 5 RW 3, KEL. CILANDAK TIMUR. KEC.
PASAR MINGGU. JAKARTA SELATAN.

Dosis 1 & 2
AstraZeneca

Kode Tiket
Z-0000VTA8

Tanggal Vaksinasi Dosis 2
Kamis, 16 September 2021

Jadwal Vaksinasi Dosis 3

Jumat, 11 Maret 2022

⌚ Waktu Vaksinasi
09:00 - 10:00 WIB

📍 Lokasi Vaksinasi
PURI INDAH MALL-DOSIS 3
JL. PURI AGUNG NO.1, KEMBANGAN SEL., KEC.
KEMBANGAN, KOTA JAKARTA BARAT, DAERAH KHUSUS
IBUKOTA JAKARTA 11610

Pemeriksaan sebelum vaksinasi

No.	Pemeriksaan	Hasil
1.	Suhu	
2.	Tekanan Darah	

Jawaban Pre-screening

✅ Pre-Screening 01/3/2022 via JAKI

No.	Pertanyaan	Kondisi
1.	Apakah Anda memiliki riwayat alergi berat seperti sesak napas, bengkak dan urtikaria seluruh badan atau reaksi berat lainnya karena vaksin?	Tidak
2.	Apakah Anda mengidap penyakit autoimun seperti lupus?	Tidak
3.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, kelainan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?	Tidak
4.	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan immunosuppressant seperti kortikosteroid dan kemoterapi?	Tidak

* Petugas dapat memutuskan tidak memberikan vaksinasi jika tidak sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku

No.	Pertanyaan	Kondisi
5.	Apakah Anda memiliki penyakit jantung berat atau asma dalam keadaan sesak?	Tidak
6.	Apakah Anda pernah terkonfirmasi menderita COVID-19?	Tidak
7.	Pertanyaan tambahan bagi sasaran lansia (>60 tahun)	
	1. Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga?	-
	2. Apakah Anda sering merasa kelelahan?	-
	3. Apakah Anda memiliki 5 atau lebih dari 11 penyakit berikut (Hipertensi, diabetes, kanker, penyakit paru kronis, serangan jantung, gagal jantung kongestif, nyeri dada, asma, nyeri sendi, stroke dan penyakit ginjal)?	-
	4. Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan kira-kira 100 sampai 200 meter?	-
	5. Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?	-

Hasil Screening	Paraf Petugas
☐ Lanjut Vaksin ☐ Tunda ☐ Tidak Diberikan	

Hasil Vaksinasi		Paraf Petugas
Jenis Vaksinasi		
No Batch		
Tanggal / Jam		

Hasil Observasi	Paraf Petugas
☐ Tanpa Keluhan ☐ Ada Keluhan (sebutkan jika ada) 	