

 RSJS RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang Jl. A. Yani 169 Magelang Telp. (0293) 363601	No. RM :
	Nama :
	Tgl lahir :

DAFTAR TILIK PENAPISAN KONTRA INDIKASI VAKSINASI

No	Pertanyaan	Ya	Tdk	Keterangan
	Apakah anda sedang sakit hari ini ?			
1	Pernah suntik vaksin meningitis sebelumnya ? Bila YA apakah timbul reaksi yang berat ?			
2	Apakah alergi terhadap obat / makanan / zat tertentu lainnya ? Bila YA apakah timbul reaksi yang berat (sesak nafas / pingsan)			
3	Apakah pernah mengalami luka disertai pendarahan yang sulit berhenti ?			
4	Apakah sedang menjalani terapi kanker atau penyakit gangguan imun ?			
5	Apakah mengkonsumsi obat-obatan rutin setiap hari selama 3 bulan terakhir ?			
6	Apakah saudara menderita penyakit otak seperti epilepsi / encephalopathy / histeria / gejala sisa encephalitis / perdarahan otak / infark otak / infeksi / keracunan / kejang / gangguan sistem syaraf lainnya ?			
7	Apakah saudara menderita penyakit kronis terkait jantung, paru-paru, asma, ginjal, penyakit metabolik (diabetes), kelainan darah, kanker, leukemia atau gangguan sistem daya tahan tubuh ?			
8	Apakah saudara menderita TBC aktif / infeksi HIV ?			
9	Apakah saudara menerima transfusi darah atau produk darah atau obat anti viral dalam satu tahun terakhir ?			
10	Apakah saudara sedang hamil atau merencanakan untuk hamil dalam satu bulan kedepan ?			
11	Apakah saudara akan / sudah mendapatkan vaksinasi jenis lain pada hari ini ?			

Diisi oleh (Petugas) : _____ Tanggal : _____
 Diverifikasi oleh (Dokter) : _____ Tanggal : _____

PEMERIKSAAN FISIK

Nama : _____ L / P
 Tanggal lahir : _____

Subjektif	:	
Objektif	:	Tekanan darah : / mmHg Nadi : x / menit Suhu : °C PP Test : POSITIF / NEGATIF Lain lain :
Assessment	:	LAYAK / TIDAK LAYAK *)
Planning	:	Dilakukan Vaksinasi : Meningitis : menivax / formening Influenza / / No Batch : _____ Expired date : _____ Petugas : _____

Magelang, 20....

Dokter,

(.....)

INFORMASI VAKSINASI DEWASA

Vaksinasi adalah pemberian vaksin yang khusus diberikan dalam rangka menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan dan tidak menjadi sumber penularan.¹

Setiap orang yang akan melakukan perjalanan internasional dari dan ke negara terjangkit dan/atau endemis penyakit menular tertentu dan/atau atas permintaan negara tujuan wajib diberikan Vaksinasi tertentu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Vaksinasi sebagaimana dimaksud dilakukan oleh Klinik KKP, Klinik, atau Rumah Sakit yang memenuhi persyaratan.²

Syarat Dilakukan Vaksinasi :

- 1) Kondisi fisik sehat.
- 2) Terbebas dari hal-hal yang menimbulkan kontraindikasi.
- 3) Telah melampaui masa berlakunya atau masa aktif vaksin. Contoh : vaksin meningitis berlaku 2 tahun, sehingga setelah 2 tahun perlu divaksin kembali.
- 4) Untuk jenis vaksin tertentu, tidak boleh diberikan pada kondisi hamil.

Kontra Indikasi dan Perhatian

- 1) Alergi terhadap komponen vaksin.
- 2) Menderita penyakit otak seperti epilepsi, encephalopathy, histeria, sequelae encephalitis, kejang, trauma otak, tumor otak, pendarahan otak, infark otak, infeksi dan keracunan kimiawi.
- 3) Penyakit ginjal akut dan kronis, penyakit jantung bawaan, TBC aktif dan infeksi HIV.
- 4) Sedang menderita infeksi akut dan demam (kecuali infeksi ringan).
- 5) Tidak diberikan pada wanita hamil dan anak dibawah usia 2 tahun.
- 6) Individu dengan defisiensi imun akibat obat dan penyakit perlu konsultasi dokter.

Efek Samping yang Tidak Diinginkan

Terdapat efek samping yang ditimbulkan tetapi biasanya ringan dan hilang dengan sendirinya.

- 1) Umumnya ringan, berupa nyeri, kemerahan, dan bengkak pada tempat suntikan.
- 2) Keluhan lain pernah dilaporkan antara lain : demam, sakit kepala, muntah.

Sumber :

- 1) Permenkes RI Nomor 13 Tahun 2016 tentang Pemberian Sertifikat Vaksinasi Internasional.
- 2) Permenkes RI Nomor 23 Tahun 2018 tentang Pelayanan dan Penerbitan Sertifikat Vaksinasi Internasional



RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang
Jl. A. Yani 169 Magelang
Telp. (0293) 363601

No. RM :
Nama :
Tgl lahir :

FORMULIR PERMOHONAN VAKSINASI

Saya yang bertandatangan dibawah ini,

Nama :
Nomor Pasport :
Tempat / Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan *)
Alamat :
No Telp :
Negara Tujuan :
Tanggal Berangkat :
Jenis Vaksinasi : meningitis / influenza / *)
Nama Travel/ Agen :
Alamat Travel/ Agen :

Memohon kepada RSJ Prof. Dr. SOEROJO Magelang agar dapat memberikan vaksinasi meningitis / influenza / *) kepada saya. Dengan ini saya juga menyatakan bahwa semua informasi yang berhubungan dengan vaksinasi ini telah saya ketahui, termasuk efek sampingnya atau Kejadian Ikutan Pasca Vaksinasi.

Demikianlah permohonan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Magelang, 20....

Pemohon

Foto 3 x 4

(.....)

*) coret yang tidak perlu