

Angket Pra Pemeriksaan Vaksinasi untuk [] (balita/anak SD)

		Suhu tubuh sebelum pemeriksaan:		Derajat Celcius	
Alamat					
Nama peserta	<input type="checkbox"/> Laki-laki	Tanggal	/	/	(tgl./bln./thn.)
Nama orang tua/wali	<input type="checkbox"/> Perempuan	lahir:	Umur (tahun	bulan)

Angket untuk Vaksinasi	Jawaban		Catatan dokter
Apakah Anda telah membaca keterangan (yang dikirim terlebih dahulu oleh pemerintah daerah) mengenai vaksinasi yang dilakukan hari ini?	Ya	Tidak	
Harap menjawab pertanyaan-pertanyaan mengenai anak Anda.			
Berat badan pada waktu lahir: () g	Ya	Tidak	
Apakah ada masalah pada saat kelahiran?	Ya	Tidak	
Apakah ada masalah setelah lahir?	Ya	Tidak	
Apakah pernah dikatakan ada masalah pada pemeriksaan kesehatan bayi?	Ya	Tidak	
Apakah merasa sakit hari ini? Jika 'ya', tuliskan gejalanya secara detil. ()	Ya	Tidak	
Apakah pernah menderita sakit selama satu bulan ini? Jik 'ya', tuliskan nama penyakit ()	Ya	Tidak	
Apakah di antara anggota keluarga atau teman ada yang menderita sakit menular seperti campak, rubela, cacar air, penyakit gondok dsb. selama satu bulan ini? Nama penyakit ()	Ya	Tidak	
Apakah ada yang tertular TBC di keluarga atau orang sekitarnya sejak lahir hingga kini?	Ya	Tidak	
Apakah pernah mengikuti vaksinasi dalam satu bulan ini? Nama vaksin ()	Ya	Tidak	
Apakah pernah ada masalah kesehatan seperti cacat bawaan sejak lahir, atau gangguan pada jantung, ginjal, hati (lever), otak/syaraf, penyakit imun (kekebalan) tubuh dsb., dan hingga saat ini diperiksa atau diobati oleh dokter? Nama penyakit ()	Ya	Tidak	
Jika 'ya', apakah dokter yang bersangkutan mengizinkan vaksinasi hari ini?	Ya	Tidak	
Apakah pernah mengalami epilepsi (penyakit sawan)? Jika 'ya', pada umur berapa tahun terjadinya? () tahun	Ya	Tidak	
Apakah ada demam tinggi pada saat terjadinya epilepsi itu?	Ya	Tidak	
Pernahkah timbul bintik-bintik atau gatal-gatal sebagai reaksi tubuh (alergi), atau merasa tidak sehat oleh karena obat atau makanan tertentu?	Ya	Tidak	
Apakah ada anggota keluarga dekat yang didiagnosis (dinyatakan) sebagai penyakit sistem imun (kekebalan) tubuh sejak lahir?	Ya	Tidak	
Apakah pernah mengalami reaksi serius setelah mengikuti vaksinasi? Nama vaksin ()	Ya	Tidak	
Apakah ada anggota keluarga dekat yang mengalami reaksi yang serius setelah mengikuti vaksinasi?	Ya	Tidak	
Apakah pernah mendapat transfusi darah, atau pernah diberi (disuntik) obat yang bernama "gamma globulin" dalam 6 bulan ini?	Ya	Tidak	
Apakah ada pertanyaan mengenai vaksinasi hari ini?	Ya	Tidak	
Pernyataan Dokter: Berdasarkan jawaban-jawaban di atas dan hasil konsultasi, saya menyimpulkan bahwa vaksinasi hari ini (dapat dilaksanakan / lebih baik dibatalkan). Saya telah menerangkan informasi-informasi mengenai efek positif, efek sampingan vaksinasi, dan sistem pertolongan terhadap korban yang menderita sakit akibat vaksinasi. Tanda tangan atau stempel dokter:			

Pernyataan Orang tua / wali
Kami telah mengikuti pemeriksaan anak kami oleh dokter, dan diberi informasi-informasi tentang efek positif, tujuan, dan risiko (termasuk efek sampingan yang serius) untuk vaksinasi hari ini. Juga kami mendapat keterangan tentang sistem pertolongan yang disediakan bila terjadi masalah (gangguan kesehatan) akibat vaksinasi. Kami telah memahami informasi-informasi tersebut.
Kami (menyetujui / tidak menyetujui)* bahwa anak saya mengikuti vaksinasi. *Pilih salah satu dan lingkari.
Kami memaklumi bahwa angket pra pemeriksaan ini digunakan untuk meningkatkan mutu keamanan vaksinasi, dan menyetujui bahwa kartu ini akan diserahkan ke kantor daerah.
Tanda tangan orang tua/wali:

Nama Vaksin	Jumlah Dosis	Tempat / Nama Dokter / Tanggal Pelaksanaan
Nama Vaksin Nomor Lot Perhatian: Harus dipastikan tanggal berlaku.	* Cara menginjektasi mL	Tempat: Nama Dokter: Tanggal Pelaksanaan: / / (tgl./bln./thn)

Catatan) Gamma globulin adalah sejenis obat yang diproduksi dari darah, yang digunakan dalam bentuk suntikan untuk mencegah penyakit menular seperti hepatitis A, atau pengobatan penyakit menular yang berat. Vaksin-vaksin tertentu (seperti vaksin campak) kadang-kadang kurang efektif bagi mereka yang telah menerima suntikan gamma globulin itu selama 3 s/d 6 bulan sebelumnya.

* Harus dicantumkan masing-masing secara terpisah, bahwa untuk vaksinasi BCG "Inokulasi melalui kulit menggunakan jarum suntik khusus BCG dengan jumlah yang telah ditentukan"dll., sedangkan untuk vaksin kombinasi 5 jenis atau Vaksin Pneumokokal 15-valen Konjugat (PVC 15), injeksi harus dilakukan secara "Inokulasi bawah kulit/injektasi intramuskular".

Angket Pra Pemeriksaan Vaksin untuk Infeksi Human Papilloma Virus

		Suhu tubuh sebelum pemeriksaan:		Derajat Celcius	
Alamat					
Nama peserta		<input type="checkbox"/> Laki-laki	Tanggal	/ / (thn/bln/tgl)	
Nama orang tua/wali*		<input type="checkbox"/> Perempuan	lahir:	Umur (tahun bulan)

* Jika peserta berusia 16 tahun atau lebih, bagian ini tidak perlu diisi.

Angket untuk Vaksinasi	Jawaban			Catatan dokter
Apakah Anda telah membaca keterangan (yang dikirim terlebih dahulu oleh pemerintah daerah) mengenai vaksinasi yang dilakukan hari ini?	Ya	Tidak		
Vaksinasi ini dosis seberapa?	Ke-1	Ke-2	Ke-3	
(Untuk dosis kedua dan selanjutnya) Silakan masukkan jenis vaksin yang telah Anda dapat, tanggal vaksin, dan usia saat vaksinasi.	Ke-1	/ / (thn/bln/tgl), usia: tahun		
[Perhatian 1] Untuk jenis vaksin, lingkari salah satu angka sbb: 1) Cervarix (divalen), 2) Gardasil (tetravalen), 3) Silgard 9 (nonavalen), dan 4) Vaksin lain.		1 / 2 / 3 / 4		
[Perhatian 2] Vaksin 3) Silgard 9 (nonavalen) bisa didapat dengan total 2 dosis, di mana dosis ke-1 diberikan hingga usia 14 tahun, dan dosis ke-2 diberikan minimal 5 bulan setelahnya.	Ke-2	/ / (thn/bln/tgl), usia: tahun		
[Perhatian 3] Orang tua/wali atau peserta dan dokter harus mencoba memastikan jenis vaksinnya. Jika catatan tidak bisa didapat atau tidak tahu jenis vaksinnya, dokter diminta untuk menulis "Tidak diketahui".		1 / 2 / 3 / 4		
Jenis vaksin apa yang ingin Anda dapatkan pada hari ini?	1 / 2 / 3			
[Perhatian] Untuk jenis vaksin, lingkari salah satu angka sbb: 1) Cervarix (divalen), 2) Gardasil (tetravalen), dan 3) Silgard 9 (nonavalen).				
Apakah merasa sakit hari ini? Jika 'ya', tuliskan gejalanya secara detil. ()	Ya	Tidak		
Apakah pernah menderita sakit selama satu bulan ini? Jika 'ya', tuliskan nama penyakit. ()	Ya	Tidak		
Apakah pernah mengikuti vaksinasi dalam satu bulan ini? Nama vaksin ()	Ya	Tidak		
Apakah pernah ada masalah kesehatan seperti cacat bawaan sejak lahir, atau gangguan pada jantung, ginjal, hati, otak/syaraf, penyakit imun (kekebalan) tubuh dsb., dan hingga saat ini diperiksa atau diobati oleh dokter? Nama penyakit ()	Ya	Tidak		
Jika 'ya', apakah dokter yang bersangkutan mengizinkan vaksinasi hari ini?	Ya	Tidak		
Apakah pernah mengalami epilepsi (penyakit sawan)? Jika 'ya', pada umur berapa tahun terjadinya? (tahun)	Ya	Tidak		
Jika 'ya', apakah ada demam tinggi pada saat terjadinya epilepsi itu?	Ya	Tidak		
Pernahkah timbul bintik-bintik atau gatal-gatal sebagai reaksi tubuh (alergi), atau merasa tidak sehat oleh karena obat atau makanan tertentu?	Ya	Tidak		
Apakah ada anggota keluarga dekat yang didiagnosis (dinyatakan) sebagai penyakit sistem imun (kekebalan) tubuh sejak lahir?	Ya	Tidak		
Apakah pernah mengalami reaksi serius setelah mengikuti vaksinasi? Nama vaksin ()	Ya	Tidak		
Apakah ada anggota keluarga dekat yang mengalami reaksi yang serius setelah mengikuti vaksinasi?	Ya	Tidak		
Apakah ada kemungkinan sedang hamil (misalnya menstruasi/haid terlambat)? [Perhatian] Perhatian khusus harus diberikan ketika melakukan vaksinasi terhadap ibu hamil.	Ya	Tidak		
Apakah ada pertanyaan mengenai vaksinasi hari ini?	Ya	Tidak		
Pernyataan Dokter: Berdasarkan jawaban-jawaban di atas dan hasil konsultasi, saya menyimpulkan bahwa vaksinasi hari ini (dapat dilaksanakan / lebih baik dibatalkan). Saya telah menerangkan informasi-informasi mengenai efek positif, efek samping vaksinasi, dan sistem pertolongan terhadap korban yang menderita sakit akibat vaksinasi kepada peserta sendiri (atau orang tua/wali bila berusia kurang dari 16 tahun). Tanda tangan atau stempel dokter:				

Pernyataan Orang tua / wali (atau peserta sendiri bila telah menikah)
Kami telah mengikuti pemeriksaan anak kami oleh dokter, dan diberi informasi-informasi tentang efek positif, tujuan, dan risiko (termasuk efek samping yang serius) untuk vaksinasi hari ini. Juga kami mendapat keterangan tentang sistem pertolongan yang disediakan bila terjadi masalah (gangguan kesehatan) akibat vaksinasi. Kami telah memahami informasi-informasi tersebut.
Kami (menyetujui / tidak menyetujui)* bahwa anak saya mengikuti vaksinasi.
Pilih salah satu dan lingkari.
Kami memaklumi bahwa angket pra pemeriksaan ini digunakan untuk meningkatkan mutu keamanan vaksinasi, dan menyetujui bahwa kartu ini akan diserahkan ke kantor daerah.
Tandatangan orang tua/wali atau peserta: _____
(* Atau tanda tangan orang tua/wali, bila peserta berusia kurang dari 16 tahun)

Nama Vaksin	Jumlah Dosis	Tempat / Nama Dokter / Tanggal Pelaksanaan
Nama Vaksin Nomor Lot Perhatian:Harus dipastikan tanggal berlaku	Injeksi intramuskular 0,5 mL	Tempat: Nama Dokter: Tanggal Pelaksanaan: / / (thn/bln/tgl)

Angket Pra Pemeriksaan Vaksin untuk Infeksi Human Papilloma Virus (Untuk peserta yang tidak ditemani orang tua / wali)

Penjelasan sebelum memberikan vaksinasi untuk melawan infeksi human papilloma virus

○ Kepada orang tua/wali: harap membaca secara teliti.

*** [Catatan untuk orang tua/wali dari anak yang seusia dengan murid dari kelas 6 SD sampai kelas 1 SMA (kecuali yang berusia 16 tahun atau lebih) yang akan mengikuti vaksinasi]**

Sebelumnya, anak yang akan mengikuti vaksinasi harus ditemani oleh orang tua/walinya sesuai dengan peraturan; namun, kecuali untuk vaksinasi terhadap pencegahan infeksi human papilloma virus untuk anak berusia 13 tahun atau lebih tua (dari usia kelas 1 SMP sampai kelas 1 SMA (kecuali yang berusia 16 tahun atau lebih)), dapat menerima vaksinasi tanpa kehadiran orang tua/wali, dengan syarat bahwa orang tua/wali telah membaca Surat Keterangan ini dengan baik, lalu memahami dan menyetujui isi surat keterangan ini, sehingga menginginkan anak tersebut divaksinasi, serta menandatangani dokumen ini yang menyatakan bahwa mereka mengizinkan anaknya divaksinasi.

(Surat ini harus dibawa pada hari vaksinasi.)

Sebelum menandatangani angket pra pemeriksaan ini, Anda harus mempunyai pengertian yang cukup tentang efek positif dengan vaksinasi bagi anak Anda. Agar dapat mempunyai pengertian tersebut, sebaiknya Anda bertanya atau berkonsultasi kepada dokter langganan Anda, the healthcare center atau bagian kantor daerah yang menangani vaksinasi jika ada pertanyaan.

1 Gejala-gejala infeksi human papilloma virus (HPV)

Human papilloma virus, adalah virus yang dapat menginfeksi kulit dan mukosa, digolongkan ke dalam lebih dari 100 jenis. Virus-virus yang menginfeksi mukosa biasanya menyerang mukosa genital melalui luka kecil pada membran mukosa yang disebabkan oleh hubungan seksual. Lebih dari 50% perempuan di luar negeri yang mengalami hubungan seksual diperkirakan sedikitnya satu kali dalam hidupnya pernah terinfeksi oleh virus ini.

Dari sekian banyak HPV yang menginfeksi mukosa, sedikitnya 15 jenis diantaranya terdeteksi di dalam kanker serviks dan disebut sebagai "HPV risiko tinggi". Khususnya ada dua jenis HPV risiko tinggi, Tipe 16 dan 18 yang seringkali terdeteksi dan studi menunjukkan bahwa kedua virus tersebut terlibat dalam sekitar 70% kasus kanker serviks di luar negeri. Selain dari kanker serviks, sedikitnya 90% kanker anal dan 40% kanker vaginal, vulva dan penis diduga berkaitan dengan kedua virus tersebut di luar negeri. Virus-virus yang tidak digolongkan ke dalam kategori risiko tinggi, dipastikan akan menyebabkan condyloma acuminatum, kutil genital jinak.

2 Mengenai efek positif dan efek (reaksi) sampingan dari vaksinasi ini

Vaksin mengandung komponen viral dari beberapa jenis human papilloma virus (HPV) dan diberikan kepada anak-anak agar mendapatkan kekebalan terhadap virus-virus ini. Anak yang telah memiliki kekebalan dalam tubuhnya akan terlindungi dari HPV.

Akan tetapi, terdapat juga kemungkinan efek (reaksi) sampingan dari vaksinasi ini. Dan, sebenarnya jarang sekali terjadi, tetapi tetap ada kemungkinan akan terjadinya efek (reaksi) sampingan yang berat. Efek (reaksi) sampingan yang kemungkinan akan terjadi adalah sebagai berikut:

Reaksi merugikan utama dari vaksin HPV

Reaksi merugikan utama termasuk demam dan reaksi lokal (nyeri, eritema (kemerahan pada kulit) dan pembengkakan). Reaksi pingsan karena nyeri dan reaksi psikogenik yang disebabkan oleh penyuntikan terkadang terjadi setelah vaksinasi. Untuk mencegah anak terjatuh karena pingsan, anak yang divaksinasi harus didudukkan di sofa dan diamati selama sekitar 30 menit.

Reaksi merugikan serius yang jarang terjadi yang pernah dilaporkan, termasuk reaksi anafilaktik (bahkan syok, pembengkakan, dan sulit bernapas), sindrom Guillian-Barre, trombositopenia purpura (perdarahan di kulit, dari hidung dan mukosa oral) dan ensefalomyelitis diseminasi akut (ADEM).

* Untuk detailnya, silakan periksa situs web pemerintah daerah dan selebaran informasi yang dikirim secara terpisah.

3 Mengenai santunan untuk korban akibat vaksinasi

○ Jika menderita efek (reaksi) sampingan akibat vaksinasi ini, sehingga memerlukan perawatan medis atau menyandang cacat (tidak dapat melaksanakan kegiatan hariannya secara normal), maka para korban dapat menerima kompensasi berdasarkan Undang-Undang Vaksinasi Preventif.

○ Tersedia berbagai kategori sesuai dengan tingkat penderitaan, seperti biaya pengobatan, subsidi biaya kesehatan, tunjangan perawatan untuk anak cacat, tunjangan untuk penyandang cacat, uang kompensasi bila meninggal dan biaya pemakaman. Uang santunan tersebut akan diberikan sebagaimana ditentukan dalam undang-undang tersebut. Kecuali uang kompensasi bila meninggal dan biaya pemakaman, santunan akan diberikan hinggaperawatan telah selesai atau kecacatan telah sembuh.

○ Kompensasi akan diberikan setelah diputuskan bahwa penyakit atau luka yang bersangkutan itu disebabkan oleh vaksinasi, oleh tim komite ahli-ahli. Tim komite tersebut terdiri dari para ahli dari berbagai bidang seperti ahli vaksinasi, ahli kedokteran penyakit menular, ahli hukum dsb. agar membuktikan masalah bersangkutan diakibatkan dengan vaksinasi atau penyebab yang lain.

* Jika terjadi masalah yang mengakibatkan perlunya mengaplikasikan santunan, harap berkonsultasi dengan dokter yang melakukan vaksinasi, The healthcare center (hokennjo) atau seksi penanggungjawab vaksinasi di kantor daerah.

4 Hal-hal penting dalam pelaksanaan vaksinasi

Vaksinasi sebaiknya diadakan dalam keadaan tubuh yang sehat. Maka, jika kondisi badan anak Anda tidak begitu baik, harap berkonsultasi kepada dokterlangganan terlebih dahulu untuk memutuskan apakah divaksinasi atau tidak.

Jika kondisi badan anak Anda adalah seperti berikut, vaksinasi tidak dianjurkan.

- 1) Dalam keadaan demam (suhu badan setinggi 37,5°C atau lebih);
 - 2) Menderita sakit berat yang mendadak;
 - 3) Pernah mengalami anaphylaxis akibat salah satu unsur yang terkandung dalam cairan vaksin yang akan divaksinasi.
 - 4) Apabila dokter memutuskan bahwa keadaan tidak memungkinkan untuk menerima vaksinasi ini.
- Jika anak Anda sedang hamil, dia tidak boleh diberi vaksin.

○Kepada orang tua/wali: harap membaca dengan baik.

Putuskan apakah anak Anda mengikuti vaksinasi dengan membaca keterangan di atas dan memahami isi keterangannya dengan baik. Bila telah memutuskan bahwa anak Anda bersedia divaksinasi, maka Anda harus menandatangani kolom di bawah ini. **Tanpa adanya tandatangan orang tua/wali, vaksinasi hari ini tidak diperkenankan untuk anak berusia kurang dari 16 tahun.**

Jika tidak ingin anak Anda divaksinasi, Anda tidak perlu menandatangani.

Saya telah membaca penjelasan untuk vaksinasi terhadap infeksi human papilloma virus dan saya memahami efek positif dan risiko reaksi merugikan serius dari vaksin tersebut dan sistem pengobatan yang disediakan bagi orang yang mengalami gangguan kesehatan akibat vaksinasi. Menanggapi masalah ini, saya setuju untuk mengizinkan anak saya divaksinasi.

Saya memahami bahwa keterangan ini dibuat dengan tujuan agar para orang tua/wali mengerti tentang vaksinasi, serta menyetujui bahwa surat ini akan diserahkan kepada pemerintah daerah.

Tandatangan orang tua/wali: _____

Alamat: _____

No. telepon darurat: _____

* Formulir ini diperlukan untuk pelaksanaan vaksinasi untuk mencegah infeksi human papilloma virus ketika anak tidak didampingi oleh orang tua/wali. Bila anak Anda yang berusia kurang dari 16 tahun akan mengikuti vaksinasi tanpa ditemani orang tua/wali, yang bersangkutan harus menyerahkan surat ini.

Tanpa adanya tandatangan orang tua/wali, vaksinasi hari ini tidak diperkenankan untuk anak berusia kurang dari 16 tahun.

Angket Pra Pemeriksaan

		Suhu tubuh sebelum pemeriksaan:		Derajat Celcius	
Alamat					
Nama peserta		<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Tanggal lahir:	/ /	(thn/bln/tgl) Umur (tahun bulan)

Angket untuk Vaksinasi		Jawaban			Catatan dokter
Apakah Anda telah membaca penjelasan yang didistribusikan oleh pemerintah kota terkait vaksinasi yang akan Anda dapat pada hari ini?		Ya	Tidak		
Vaksinasi ini adalah dosis keberapa?		Ke-1	Ke-2	Ke-3	
(Untuk dosis kedua dan selanjutnya) Silakan masukkan jenis vaksin yang telah Anda dapat, tanggal vaksin, dan usia saat vaksinasi. [Perhatian 1] Untuk jenis vaksin, lingkari salah satu angka sbb: 1) Cervarix (divalen), 2) Gardasil (tetravalen), 3) Silgard 9 (nonavalen), dan 4) Vaksin lain. [Perhatian 2] Vaksin 3) Silgard 9 (nonavalen) bisa didapat dengan total 2 dosis, di mana dosis ke-1 diberikan hingga usia 14 tahun, dan dosis ke-2 diberikan minimal 5 bulan setelahnya. [Perhatian 3] Orang tua/wali atau peserta dan dokter harus mencoba memastikan jenis vaksinnya. Jika catatan tidak bisa didapat atau tidak tahu jenis vaksinnya, dokter diminta untuk menulis "Tidak diketahui".	Ke-1	/ / (thn/bln/tgl), usia: tahun			
		1 / 2 / 3 / 4			
	Ke-2	/ / (thn/bln/tgl), usia: tahun			
		1 / 2 / 3 / 4			
Jenis vaksin apa yang ingin Anda dapatkan pada hari ini? [Perhatian] Untuk jenis vaksin, lingkari salah satu angka sbb: 1) Cervarix (divalen), 2) Gardasil (tetravalen), dan 3) Silgard 9 (nonavalen).		1 / 2 / 3			
Apakah merasa sakit hari ini? Jika 'ya', tuliskan gejalanya secara detil. ()		Ya	Tidak		
Pernahkan menderita sakit selama satu bulan ini? Nama penyakit ()		Ya	Tidak		
Apakah pernah mengikuti vaksinasi dalam satu bulan ini? Nama vaksin ()		Ya	Tidak		
Apakah pernah ada masalah seperti cacat bawaan sejak lahir, atau gangguan pada jantung, ginjal, hati, otak/syaraf, penyakit imun (kekebalan) tubuh dsb. dan hingga saat ini diperiksa atau diobati oleh dokter? Nama penyakit ()		Ya	Tidak		
Jika 'ya', apakah dokter yang bersangkutan mengizinkan vaksinasi hari ini?		Ya	Tidak		
Apakah pernah mengalami epilepsi (penyakit sawan)? Jika 'ya', pada umur berapa tahunterjadinya? ()		Ya	Tidak		
Jika 'ya', apakah ada demam tinggi pada saat itu?		Ya	Tidak		
Pernahkan timbul bintik-bintik atau gatal-gatal sebagai reaksi tubuh (alergi), atau merasa tidak sehat oleh karena obat atau makanan tertentu?		Ya	Tidak		
Apakah ada anggota keluarga dekat yang didiagnosis (dinyatakan) sebagai penyakit sistem imun (kekebalan) tubuh sejak lahir?		Ya	Tidak		
Apakah pernah mengalami reaksi serius setelah mengikuti vaksinasi? Nama vaksin ()		Ya	Tidak		
Apakah ada anggota keluarga dekat yang mengalami reaksi yang serius setelah mengikuti vaksinasi?		Ya	Tidak		
Apakah ada kemungkinan sedang hamil (misalnya menstruasi/haid terlambat)? [Perhatian] Perhatian khusus harus diberikan ketika melakukan vaksinasi terhadap ibu hamil.		Ya	Tidak		
Apakah Anda menyetujui vaksinasi anak Anda, dengan mempertimbangkan riwayat kesehatan dan kondisi tubuh pada hari ini? Saya (menyetujui / tidak menyetujui)* bahwa anak saya mengikuti vaksinasi. *Pilih salah satu dan lingkari. Saya memahami bahwa angket pra pemeriksaan ini digunakan untuk meningkatkan mutu keamanan vaksinasi, dan menyetujui bahwa kartu ini akan diserahkan ke kantor daerah.					
Tandatangan orang tua/wali:					

<p>Komentar Dokter</p> <p>Berdasarkan jawaban-jawaban di atas dan hasil konsultasi, saya menyimpulkan bahwa vaksinasi hari ini (dapat dilaksanakan / lebih baik dibatalkan).</p> <p>Saya telah menerangkan informasi-informasi mengenai efek positif, efek (reaksi) sampingan vaksinasi, serta sistem pertolongan terhadap korban yang menderita sakit akibat vaksinasi.</p> <p style="text-align: center;">Tandatangan atau stempel dokter:</p>	
--	--

Nama Vaksin	Jumlah Dosis	Tempat / Nama Dokter / Tanggal Pelaksanaan
Nama Vaksin Nomor Lot Perhatian: Harus dipastikan tanggal berlaku	Injeksi intramuskular 0,5 mL	Tempat: Nama Dokter: Tanggal Pelaksanaan: / / (thn/bln/tgl)

Angket Pra Pemeriksaan Vaksinasi Hepatitis B

		Suhu tubuh sebelum pemeriksaan:		Derajat Celcius	
Alamat					
Nama peserta			<input type="checkbox"/> Laki-laki	Tanggal	/ / (tgl./bln./thn.)
Nama orang tua/wali			<input type="checkbox"/> Perempuan	lahir: Umur (tahun bulan)

Angket untuk Vaksinasi	Jawaban		Catatan dokter
Apakah Anda telah membaca keterangan (yang dikirim terlebih dahulu oleh pemerintah daerah) mengenai vaksinasi yang dilakukan hari ini?	Ya	Tidak	
Harap menjawab pertanyaan-pertanyaan mengenai anak Anda.			
Berat badan pada waktu lahir: () g	Ya	Tidak	
Apakah ada masalah pada saat kelahiran?	Ya	Tidak	
Apakah ada masalah setelah lahir?	Ya	Tidak	
Apakah pernah dikatakan ada masalah pada pemeriksaan kesehatan bayi?	Ya	Tidak	
Apakah merasa sakit hari ini? Jika 'ya', tuliskan gejalanya secara detil. ()	Ya	Tidak	
Apakah pernah menderita sakit selama satu bulan ini? Jik 'ya', tuliskan nama penyakit ()	Ya	Tidak	
Apakah di antara anggota keluarga atau teman ada yang menderita sakit menular seperti campak, rubela, cacar air, penyakit gondok dsb. selama satu bulan ini? Nama penyakit ()	Ya	Tidak	
Apakah pernah mengikuti vaksinasi dalam satu bulan ini? Nama vaksin ()	Ya	Tidak	
Apakah pernah ada masalah kesehatan seperti cacat bawaan sejak lahir, atau gangguan pada jantung, ginjal, hati (lever), otak/syaraf, penyakit imun (kekebalan) tubuh dsb., dan hingga saat ini diperiksa atau diobati oleh dokter? Nama penyakit ()	Ya	Tidak	
Jika 'ya', apakah dokter yang bersangkutan mengizinkan vaksinasi hari ini?	Ya	Tidak	
Apakah pernah mengalami epilepsi (penyakit sawan)? Jika 'ya', pada umur berapa tahun terjadinya? () tahun	Ya	Tidak	
Apakah ada demam tinggi pada saat terjadinya epilepsi itu?	Ya	Tidak	
Pernahkah timbul bintik-bintik atau gatal-gatal sebagai reaksi tubuh (alergi), atau merasa tidak sehat oleh karena obat atau makanan tertentu?	Ya	Tidak	
Apakah ada anggota keluarga dekat yang didiagnosis (dinyatakan) sebagai penyakit sistem imun (kekebalan) tubuh sejak lahir?	Ya	Tidak	
Apakah pernah mengalami reaksi serius setelah mengikuti vaksinasi? Nama vaksin ()	Ya	Tidak	
Apakah ada anggota keluarga dekat yang mengalami reaksi yang serius setelah mengikuti vaksinasi?	Ya	Tidak	
Apakah pernah mendapat transfusi darah, atau pernah diberi (disuntik) obat yang bernama "gamma globulin" dalam 6 bulan ini?	Ya	Tidak	
Apakah pernah mendapat vaksinasi hepatitis B setelah lahir sebagai pencegahan penularan dari ibu ke anak?	Ya	Tidak	
Apakah ada pertanyaan mengenai vaksinasi hari ini?	Ya	Tidak	
Pernyataan Dokter: Berdasarkan jawaban-jawaban di atas dan hasil konsultasi, saya menyimpulkan bahwa vaksinasi hari ini (dapat dilaksanakan / lebih baik dibatalkan). Saya telah menerangkan informasi-informasi mengenai efek positif, efek sampingan vaksinasi, dan sistem pertolongan terhadap korban yang menderita sakit akibat vaksinasi. Tanda tangan atau stempel dokter:			

Pernyataan Orang tua / wali Kami telah mengikuti pemeriksaan anak kami oleh dokter, dan diberi informasi-informasi tentang efek positif, tujuan, dan risiko (termasuk efek sampingan yang serius) untuk vaksinasi hari ini. Juga kami mendapat keterangan tentang sistem pertolongan yang disediakan bila terjadi masalah (gangguan kesehatan) akibat vaksinasi. Kami telah memahami informasi-informasi tersebut. Kami (menyetujui / tidak menyetujui)* bahwa anak saya mengikuti vaksinasi. *Pilih salah satu dan lingkari. Kami memaklumi bahwa angket pra pemeriksaan ini digunakan untuk meningkatkan mutu keamanan vaksinasi, dan menyetujui bahwa kartu ini akan diserahkan ke kantor daerah. Tanda tangan orang tua/wali:

Nama Vaksin	Jumlah Dosis	Tempat / Nama Dokter / Tanggal Pelaksanaan
Nama Vaksin Nomor Lot Perhatian: Harus dipastikan tanggal berlaku.	*(Inokulasi bawah kulit) mL	Tempat: Nama Dokter: Tanggal Pelaksanaan: / / (tgl./bln./thn)

Kartu Pra-pemeriksaan Vaksinasi Rotavirus

*Untuk orang tua wali harap mengisi di dalam kolom garis tebal.

Alamat	〒	Tgl. vaksinasi	Reiwa : Tahun () Bulan () Tgl. ()
			Suhu tubuh sebelum pemeriksaan
Nama yang akan divaksinasi	(Furigana)	No.telp.	() -
			Tgl.Lahir
Nama orang tua wali			

Untuk yang ke-1, apakah telah memastikan bahwa hari ini tidak melebihi 14 minggu dan 6 hari setelah kelahiran?
Kolom isian lembaga medis (Isi dengan ☒)

Pertanyaan	Kolom jawaban			Kolom Isian Dokter
	Ke-1	Ke-2	Ke-3	
Vaksinasi kali ini vaksinasi yang keberapa kali?	Ke-1	Ke-2	Ke-3	
Isilah tanggal vaksinasi selama ini. (hanya jika vaksinasi kali ini telah lebih dari ke-2 kali)	Ke-1	Tgl. / /		
*Memastikan bahwa ada selang waktu 27 hari atau lebih dari vaksinasi rotavirus yang sebelumnya	Ke-2	Tgl. / /		
Apakah anda sudah membaca penjelasan dari pemerintah kota terkait vaksinasi hari ini?	YA	TIDAK		
Apakah Anda telah memahami mengenai efek dan efek samping dari vaksinasi hari ini?	YA	TIDAK		
Apakah Anda telah menerima penjelasan dan memahami mengenai intususepsi?	YA	TIDAK		
Pertanyaan mengenai riwayat pertumbuhan anak Anda.				
Berat saat lahir				g
Apakah ada kelainan saat persalinan?	ADA	TIDAK ADA		
Apakah ada kelainan setelah kelahiran?	ADA	TIDAK ADA		
Pernahkah Anda diberitahu bahwa ada kelainan dengan pemeriksaan bayi anda?	ADA	TIDAK ADA		
Apakah hari ini tubuhnya ada yang sakit? Tuliskanlah gejalanya secara spesifik ()	YA	TIDAK		
Apakah dalam 1 bulan terakhir ini menderita sakit? Nama penyakit ()	YA	TIDAK		
Apakah dalam 1 bulan ini ada anggota keluarga dan teman mainnya yang terkena campak, rubella, cacar air, gondongan? Nama penyakit ()	YA	TIDAK		
Apakah dalam 1 bulan ini divaksinasi? Jenis vaksinasi () Tanggal vaksinasi ()	YA	TIDAK		
Apakah pernah mengalami intususepsi? Atau apakah ada kelainan pencernaan bawaan yang belum diobati? *Jika ada, vaksinasi dengan vaksin rotavirus tidak dapat dilakukan.	YA	TIDAK		
Apakah selama ini pernah didiagnosis menderita defisiensi imun? Atau apakah pernah mengalami infeksi berulang seperti pneumonia atau otitis media, diare, atau penambahan berat badan yang buruk? *Vaksinasi dengan vaksin rotavirus ada kemungkinan tidak dapat dilakukan.	YA	TIDAK		
Selain itu, apakah sampai saat ini memiliki cacat bawaan lahir, sakit jantung, sakit ginjal, sakit liver, saraf kranial, defisiensi imun atau penyakit lainnya, dan diperiksa oleh dokter? (nama penyakit :)	YA	TIDAK		
Apakah dokter yang memeriksa tersebut membolehkan untuk mengikuti vaksinasi hari ini?	YA	TIDAK		
Apakah pernah mengalami kram? Sekitar () bulan	YA	TIDAK		
Apakah pada saat tersebut muncul demam?	YA	TIDAK		
Apakah pernah mengalami ruam atau gatal-gatal di kulit karena obat-obatan atau makanan, dan badan menjadi sakit? Nama obat atau makanan ()	YA	TIDAK		
Apakah dari vaksinasi yang diikuti selama ini pernah menjadi sakit? Jenis vaksinasi ()	YA	TIDAK		
Apakah ibunya menggunakan obat yang menekan kekebalannya selama kehamilan? Nama obat ()	YA	TIDAK		
Adakah kerabat dekat Anda ada yang didiagnosis defisiensi imun bawaan?	YA	TIDAK		
Apakah ada kerabat anda yang menjadi sakit setelah divaksinasi?	YA	TIDAK		
Apakah pernah menerima transfusi darah atau injeksi gamma globulin selama ini?	YA	TIDAK		
Apakah ada pertanyaan mengenai vaksin hari ini?	YA	TIDAK		

Kolom Isian Dokter

Sebagai hasil dari wawancara dan pemeriksaan medis di atas, saya mempertimbangkan bahwa vaksinasi hari ini **(Dapat dilakukan / Sebaiknya ditunda)**. Saya telah menjelaskan kepada orang tua wali mengenai efek vaksinasi, efek sampingnya (khususnya risiko efek samping merugikan) dan sistem bantuan gangguan kesehatan vaksinasi.

Paraf atau stempel dokter

Kolom isian orang tua wali

Saya telah menerima pemeriksaan medis dan penjelasan dari dokter dan telah memahami efek dan tujuan vaksinasi, risiko efek samping merugikan yang serius dan sistem bantuan gangguan kesehatan vaksinasi. Saya **(Setuju / Tidak setuju)** mengikuti vaksinasi ini. *Lingkari salah satunya di dalam tanda kurung. Kartu pra-pemeriksaan ini bertujuan untuk melindungi keamanan vaksinasi. Saya telah memahami isinya, dan setuju bahwa kartu pra-pemeriksaan ini diserahkan ke pemerintah kota.

Paraf orang tua wali

Nama vaksin yang digunakan	Dosis inokulum		Tempat vaksinasi, Nama Dokter, Tgl.Vaksinasi	
Nama vaksin Lot No. (Catatan) Perlu dicek apakah batas kadaluwarsanya belum berakhir	Inokulum oral		Tempat vaksinasi	
	Rota Teq® 2mL	Rotarix® 1.5mL	Nama dokter	Reiwa / /
			Tanggal vaksinasi	Reiwa / /