

**FORMULIR PELAPORAN KEJADIAN IKUTAN PASCA IMUNISASI (KIFI)**

<p><b>*Nama Lengkap :</b></p> <p><b>*Alamat Lengkap Pasien :</b></p> <p><b>Telephone :</b></p> <p><b>Jenis Kelamin :</b> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p><b>*Tanggal Lahir (DD/MM/YYYY) :</b> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> /<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> /<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ATAU kelompok umur: <input type="checkbox"/> &lt; 1 tahun <input type="checkbox"/> 1 - 5 tahun <input type="checkbox"/> &gt;5 tahun</p>	<p><b>*Nama Pelapor :</b></p> <p><b>Institusi/Bagian/Departemen &amp; Alamat :</b></p> <p><b>Telephone &amp; e-mail :</b></p> <p><b>Tanggal :</b> <span style="float: right;"><b>Tanda tangan :</b></span></p>
--	--

Nama Fasilitas Kesehatan (Lokasi Imunisasi) :					
*Nama Vaksin yang diberikan	*Tanggal imunisasi	*Waktu Imunisasi	Dosis (ke 1, 2 dst)	*Nomor batch/Lot	Kadaluarsa :

<p><b>*Keluaran</b></p> <p><input type="checkbox"/> Reaksi lokal <input type="checkbox"/> &gt; 3 hari <input type="checkbox"/> di luar sendi terdekat</p> <p><input type="checkbox"/> Demam: <math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math></p> <p><input type="checkbox"/> Kejang: <input type="checkbox"/> demam <input type="checkbox"/> tidak demam</p> <p><input type="checkbox"/> Abses</p> <p><input type="checkbox"/> Keracunan darah</p> <p><input type="checkbox"/> Toxic shock syndrome</p> <p><input type="checkbox"/> Trombositopenia</p> <p><input type="checkbox"/> Anafilaksis</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan) .....</p> <p>Tanggal dan Waktu AEFI mulai (DD/MM/YYYY) :  <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> /<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> /<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> jam. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> min.</p> <p>Apakah pasien dirawat di rumah sakit? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Tanggal acara itu diberitahukan kepada sistem kesehatan:  DD/MM/YYYY <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> /<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> /<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p><b>Keterangan KIFI (tanda dan gejala) :</b></p>
--	--

<p><b>Keluaran</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Perbaikan <input type="checkbox"/> Perbaikan dengan gejala sisa <input type="checkbox"/> Tidak Sembuh <input type="checkbox"/> Tidak diketahui</p> <p><input type="checkbox"/> Meninggal Jika Meninggal, Tanggal DD/MM/YYYY <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> /<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> /<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Autopsi <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Diketahui</p> <p><b>Riwayat medis masa lalu</b> (Termasuk riwayat reaksi alergi yang sama atau lainnya), obat bersamaan dan informasi yang relevan (misalnya kasus lain). <i>Gunakan lembar tambahan jika diperlukan.</i></p>
---

*Pertama tingkat Pengambilan keputusan untuk menyelesaikan:*

investigasi dibutuhkan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Jika ya, tanggal investigasi yang direncanakan (DD/MM/YYYY) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--

*Tingkat nasional untuk menyelesaikan:*

Tanggal laporan diterima di tingkat nasional (DD/MM/YYYY) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	KIFI di seluruh dunia yang unik ID:
Komentar:	