

LEMBAR PRA INVESTIGASI KIPI

NEGARA : REGANDA

CATATAN PENTING: formulir ini adalah bagian studi kasus dari WHO, E-learning untuk keamanan vaksin.
Ini adalah konsep sederhana yang harus digunakan untuk tujuan pelatihan studi kasus saja.
Ini tidak mewakili pada formulir resmi yang direkomendasikan oleh WHO

Untuk: Petugas Kesehatan Regional

Dari: Manajer Program Imunisasi

Nama Pasien :	Nomor ID Imunisasi :	Nama Pelapor :
Alamat Lengkap :		Institusi/Bagian/Departemen & Alamat :
Telephone :		Telephone :
Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki <input type="checkbox"/> Perempuan		
Tanggal lahir (DD/MM/YYYY) : ___ / ___ / _____		

Nama Fasilitas kesehatan (Tempat Pelayanan Imunisasi) : Chandra Medical Centre					
Jenis Vaksin dan Pelarut	Tanggal Imunisasi	Waktu Imunisasi	Dosis ke.1, ke.2 dst	Nomor batch / lot	Kadaluarsa

KIPI :	Keterangan KIPI (tanda dan gejala) :
Tanggal dan Waktu KIPI (DD/MM/YYYY) : ___ / ___ / _____ ___ Hr ___ Min	Mengantuk, Demam, Konvulsi / kejang
Apakah pasien dirawat di rumah sakit? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Acara Tanggal pasien diberitahu untuk sistem kesehatan (DD/MM/YYYY) : ___ / ___ / _____	

Keluaran :
<input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Perbaikan <input type="checkbox"/> Sembuh dengan gejala sisa <input type="checkbox"/> Tidak sembuh <input type="checkbox"/> Tidak diketahui
<input type="checkbox"/> Meninggal, Tanggal meninggal (DD/MM/YYYY) ___ / ___ / _____
Apakah di Autopsi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak diketahui

Riwayat kesehatan masa lalu (termasuk riwayat reaksi alergi yang sama atau lainnya), obat bersamaan dan informasi yang relevan lainnya (misalnya kasus lain). Gunakan lembar tambahan jika diperlukan: Tidak ada masalah sebelumnya imunisasi berikut).