

Borang Penyiasatan AEFI Vaksin COVID-19

1. Maklumat Tempat Suntikan Diberi

Nama Klinik/ Hospital :

Alamat:.....

.....

Tarikh terima notifikasi :

Tarikh siasatan dilakukan:

2. Maklumat Penerima Vaksin

Nama :

Umur : Jantina : Lelaki/Perempuan

Tarikh lahir:

No.Pendaftaran Hospital :

3. Perihal kesan adwers yang dialami

Bil	Kesan adwers	Tarikh dan Masa Adwers Berlaku	Keadaan reaksi (sedikit/ sederhana / teruk)	Tempoh diantara reaksi dan suntikan diberi (jam/minit)	Rawatan di beri (ubat/dos/tarikh/regim)	Nama Pegawai yang memberi rawatan	Kes dirujuk (nama hospital)

4. Kes Kematian

- Tarikh kematian :
- Post mortem dijalankan : Ya / Tidak
- Sebab kematian :

5. Maklumat Vaksin Yang Disyaki

- Nama Vaksin :
- No. MAL :
- No. kelompok dan Tarikh luput :
- Kuantiti dos (ml):
- Tempat(site) dan cara suntikan :
- Dos : 1 / 2 / lain-lain
- Bil. penerima yang telah diberi vaksin dengan no. kelompok yang sama :
- Bil. laporan AEFI daripada no. kelompok vaksin yang sama :

6. Maklumat Diluen

- Nama Diluen :
- No MAL :
- No. Kelompok:

7. Maklumat Pengendalian Vaksin (sila tandakan ✓ di ruang yang berkenaan)

	Ya	Tidak
Pusat Simpanan Vaksin		
Suhu peti sejuk kekal pada julat penyimpanan yang ditetapkan		
Peti sejuk diselenggara secara berkala		
Tarikh penyelenggaraan kali terakhir:		
Pusat Pemberian Vaksin		
Suhu peti sejuk kekal pada julat penyimpanan yang ditetapkan		
Peti sejuk diselenggara secara berkala		
Tarikh penyelenggaraan kali terakhir:		
Kedaaan fizikal vaksin		
Vaksin bertukar warna		
Terdapat keladak (sediment) di dalam vial vaksin sebelum digunakan		
Jika "ya" nyatakan tindakan yang diambil		
.....		

8. Maklumat Pengendalian Dan Pemberian Suntikan (sila tandakan ✓ di ruang yang berkenaan)

	Ya	Tidak
Teknik/bahagian badan yang betul diberi suntikan		
Cara pengendalian (rekonstitusi) vaksin yang betul		
Menggunakan teknik aseptik		
Menggunakan peralatan yang steril		
Menggunakan pencair (diluen) yang betul		
Cara pengendalian vaksin yang betul semasa sesi vaksinasi		
Menyemak senarai semak kontraindikasi sebelum vaksinasi		

9. Maklumat kesihatan pesakit sebelum menerima vaksin

a) Kejadian sama yang pernah berlaku

.....

b) Sejarah kejadian kesan advers dengan imunisasi (imunisasi dewasa) terdahulu (contoh : Vaksin Influenza, Meningococcal, Typhoid, Hepatitis B dan Tetanus) – nyatakan tarikh dan vaksin yang diterima.

.....

c) Sejarah alergi/hypersensitivity/anafilaksis (vaksin lain, makanan atau ubat-ubatan)

.....
.....
.....
.....
.....

d) Sejarah perubatan

Penyakit kronik :

.....
.....
.....

Sejarah jangkitan COVID-19 :

.....

Sejarah kontak rapat dengan pesakit COVID-19 :

.....

Lain-lain

.....
.....
.....
.....

10. Maklumat perubatan pesakit semasa di klinik/hospital

(boleh dilaporkan melalui lampiran sekiranya ruang tidak mencukupi)

a) Kronologi kejadian kesan advers

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

b) Keputusan ujian darah/prosedur

.....
.....
.....
.....

c) Rawatan yang diberi

.....
.....
.....
.....
.....

d) Diagnosis akhir

.....
.....
.....
.....
.....

11. Tindakan yang telah diambil

.....
.....
.....
.....
.....

12. Ulasan

.....
.....
.....
.....
.....

13. Maklumat Ketua Penyiasat

Tandatangan :

Nama dan cop

Tarikh :

14. Pegawai untuk dihubungi (sekiranya perlu)

Nama :

Jawatan :

Email :

No telefon :