

UNTUK DIPERHATIKAN !!!

BBTKLPP Surabaya hanya menerima spesimen COVID-19 dari Rumah Sakit Rujukan yang telah ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, (Diutamakan kriteria Pasien Dengan Pengawasan/PDP) BBTKLPP Surabaya tidak menerima spesimen COVID-19 dari perorangan/individu

SAMPEL COVID -19 harus dilengkapi Form 5,6 dan Surat Pengantar Dinas Kesehatan.



NB : Spesimen tidak akan di periksa jika tidak dilengkapi form 5,6 dan Surat Pengantar Dinas Kesehatan.

CONTOH FORM NO. 5

LAMPIRAN 5.

FORMULIR PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI CORONAVIRUS DISEASE (COVID-19)

Nama Fasyankes : Tanggal Wawancara :
Nama Pewawancara :

IDENTITAS			
Nama pasien	Kriteria* <input type="checkbox"/> Pasien dalam pengawasan <input type="checkbox"/> Orang dalam pemantauan <input type="checkbox"/> Kasus probabel <input type="checkbox"/> Kasus konfirmasi <input type="checkbox"/> Kontak erat		
No ID	Nama Orang Tua/KK.		
Tgl Lahir	Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Umur <input type="checkbox"/> Tahun <input type="checkbox"/> Bulan
Alamat	Jalan : RT/RW : Desa/Kelurahan : Kecamatan : Kabupaten/ Kota : No. Telepon/HP :		
INFORMASI KLINIS			
Tgl pertama kali timbul gejala (onset)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lemah (malaise)	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu
Demam / Riwayat Demam	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> °C <input type="checkbox"/> Riwayat Demam	Nyeri otot	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu
Batuk	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	Mual atau muntah	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu
Pilek	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	Nyeri Abdomen	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu
Sakit Tenggorokan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	Diare	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu
Sesak Napas	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	Lainnya, Sebutkan	
Menggigil	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu		
Sakit kepala	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu		
Kondisi Penyerta			
Hamil	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk	Gangguan imunologi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk	Gagal ginjal Kronis	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk
Penyakit jantung	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk	Gagal Hati Kronis	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk
Hipertensi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk	PPOK	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk
Keganasan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk	Lainnya (sebutkan)	
Apakah Pasien dirawat di Rumah sakit	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk		
	Tanggal masuk Nama RS Ruang rawat		
	Bila Ya, Apakah dirawat di ICU <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk		
	Intubasi <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk		
	Penggunaan oksigenasi membran ekstrakorporea/ EMCO <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk		
	Status pasien terakhir <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Meninggal		
Diagnosis	Pneumonia (Klinis atau Radiologi) <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu		
	ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu		
	Diagnosis Lainnya, sebutkan		
	Apakah pasien mempunyai diagnosis atau etiologi lain untuk penyakit pernafasannya?		
	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tdk Tahu		
	Jika Ya, sebutkan		

FAKTOR KONTAK/PAPARAN	
Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki riwayat perjalanan? Bila Ya, sebutkan tempat kunjungan? Negara dan Kota Tanggal perjalanan - Tanggal Tiba di Indonesia	
Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki kontak erat dengan kasus suspek COVID-19? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	
Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	
Dalam 14 hari sebelum sakit, mengunjungi pasar hewan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	
Jika ya, sebutkan lokasi/kota/negara	
Apakah seorang petugas kesehatan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	
Jika ya, Alat Pelindung Diri apa yang dipakai? <input type="checkbox"/> Gown <input type="checkbox"/> Masker medis <input type="checkbox"/> Sarung tangan <input type="checkbox"/> Masker NIOSH- N95, AN EU STANDARD FFP2 <input type="checkbox"/> FFP3 <input type="checkbox"/> Kacamata pelindung (goggle) <input type="checkbox"/> Tidak memakai APD	
Apakah melakukan prosedur yang menimbulkan aerosol? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk ; Sebutkan	
Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki riwayat berkunjung ke fasilitas kesehatan (sebagai pasien, pekerja, atau pengunjung) ? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	
Jika ya, sebutkan lokasi/kota/negara	
Apakah pasien termasuk cluster ISPA berat (demam dan pneumonia membutuhkan perawatan Rumah Sakit) yang tidak diketahui penyebabnya dimana kasus COVID-19 dipenksa? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu	
Lain-lain, sebutkan	

INFORMASI PEMERIKSAAN PENUNJANG				
No.	Jenis Pemeriksaan/ Spesimen	Tanggal Pengambilan Spesimen	Tempat Pemeriksaan	Hasil
Laboratorium konfirmasi				
1.	Nasopharyngeal (NP)/ Oropharyngeal (OP) Swab			
2.	Sputum			
3.	Serum			
Pemeriksaan lain				
1.	Darah			
2.	Serum			
3.	Lain, sebutkan			


DAFTAR KONTAK ERAT KASUS						
Nama	Umur	JK	Hub. dg Kasus	Alamat rumah	No HP/teip yang dapat dihubungi	Aktifitas kontak yang dilakukan

KETERANGAN:
* Diisi sesuai dengan definisi operasional (lihat pedoman)

INSTRUKSI:
• Semua pertanyaan dalam formulir ini harus diisi, tidak boleh ada pertanyaan apapun yang kosong/tidak terjawab.
• Untuk pertanyaan dengan pilihan jawaban "Ya/Tidak/Tdk Tahu", pilih salah satu jawaban saja.

CONTOH FORM NO. 6

LAMPIRAN 6.

 <p>KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</p>	FORMULIR PASIEN DALAM PENGAWASAN COVID-19 ORANG DALAM PEMANTAUAN COVID-19 PUSLITBANG BIOMEDIS DAN TEKNOLOGI DASAR KESEHATAN BADAN LITBANG KESEHATAN	
	FORM COVID-19 Hal 1 dari 2 hal	
A. IDENTITAS PENGIRIM SPESIMEN		
Pengirim Spesimen <input type="checkbox"/> Rumah Sakit <input type="checkbox"/> Dinas Kesehatan Dinas Kesehatan Kab/Kota <input type="text"/> Provinsi <input type="text"/> Rumah Sakit <input type="text"/> Kab/Kota <input type="text"/> Nama Dokter Penanggungjawab <input type="text"/> Nomor Telp./Hp <input type="text"/>		
B. IDENTITAS PASIEN		
Nama Pasien <input type="text"/> No Rekam Medis <input type="text"/> Tanggal lahir / Usia (DDMMYY) <input type="text"/> / <input type="text"/> Usia <input type="text"/> Th <input type="text"/> Bln <input type="text"/> Jenis Kelamin * <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan Bila wanita, apakah sedang hamil atau pasca melahirkan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Alamat <input type="text"/> Nomor Telepon : <input type="text"/> Nama Kepala keluarga : <input type="text"/>		
C. RIWAYAT PERAWATAN PASIEN DALAM PENGAWASAN COVID-19		
Kunjungan Pertama Tanggal dirawat <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Rumah Sakit <input type="text"/> Kunjungan Kedua <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Rumah Sakit <input type="text"/> Kunjungan Ketiga <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Rumah Sakit <input type="text"/>		
D. TANDA & GEJALA		E. PEMERIKSAAN PENUNJANG
Tanggal onset gejala (Panas) DDMMYYYY <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Gejala Klinis saat spesimen diambil Panas atau Riwayat Panas > = 38°C <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Batuk <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Sakit Tengorokan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Sesak Napas <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Pilek <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Lesu <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Sakit kepala <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Diare <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Mual Muntah <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		X Ray Paru <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Hasil <input type="text"/> Hitung Sel Darah Putih : Lekosit <input type="text"/> /ul Limposit <input type="text"/> /ul Trombosit <input type="text"/> /ul Menggunakan Ventilator <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Status kesehatan pasien saat pengambilan Spesimen <input type="checkbox"/> Pulang <input type="checkbox"/> Dirawat <input type="checkbox"/> Meninggal

FORM COVID-19 Hal 2 dari 2 hal

F. PENGAMBILAN SPESIMEN				
	Ya	Tidak	Tanggal Ambil DDMMYYYY	Pukul
Usap Nasofaring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Usap Orofaring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sputum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Serum / Serologis Sputum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lainnya <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lainnya <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
G. RIWAYAT KONTAK / PAPARAN				
1. Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah pasien melakukan perjalanan ke luar negeri? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika iya, urutkan berdasarkan Tanggal kunjungan terakhir				
No	Negara	Kota	Tanggal Kunjungan	
1				
2				
2. Dalam 14 hari sebelum sakit apakah pasien kontak dengan orang yang sakit saluran pernapasan seperti (demam, batuk atau pneumonia) <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika iya, Isi tabel berikut :				
Nama	Alamat	Hubungan	Tanggal Kontak Pertama	Tanggal Kontak Terakhir
3. Apa orang tsb tersangka / terinfeksi COVID-19 (pneumonia berat) ? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak 4. Apakah ada anggota keluarga pasien yg sakitnya sama ? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak				
PENYAKIT KOMORBID			KETERANGAN LAINNYA	
	Ya	Tidak	Sebutkan Informasi yang dianggap Penting terkait Riwayat Perjalanan Penyakit	
Penyakit kardiovaskular / Hypertensi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Liver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kronik Neurologi atau Neuromuskular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Imunodefisiensi / HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Penyakit Paru Kronik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Penyakit Ginjal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		