

FORMULIR SKRINING COVID-19



A. IDENTITAS PASIEN

NAMA :
 TANGGAL LAHIR :
 ALAMAT :
 NO. TELP :

B. SKRINING

NO.	KELUHAN/GEJALA	YA	TIDAK
1.	DEMAM/ RIWAYAT DEMAM (>37,5°C) DALAM 2 MINGGU TERAKHIR?		
2.	BATUK/PILEK/SESAK NAPAS/ SAKIT TENGGOROKAN/PNEUMONIADALAM 2 MINGGU TERAKHIR?		
3.	APAKAH KONTAK DENGAN PASIEN SUSPEK/TERKONFIRMASI COVID-19 DALAM 2 MINGGU TERAKHIR?		
	RIWAYAT KONTAK YANG DIMAKSUD ANTARA LAIN : A. KONTAK TATAP MUKA/BERDEKATAN DENGAN KASUS PROBABLE/KONFIRMASI DALAM RADIUS 1 METER DAN KURUN WAKTU >15 MENIT B. SENTUHAN FISIK LANGSUNG DENGAN KASUS PROBABLE/KONFIRMASI (SEPERTI BERSALAMAN, BERPEGANGAN TANGAN, DAN LAIN-LAIN) C. ORANG YANG MEMBERIKAN PERAWATAN LANGSUNG PADA KASUS PROBABLE/KONFIRMASI TANPA MENGGUNAKAN APD YANG SESUAI STANDAR?		
4.	APAKAH PERNAH MELAKUKAN SWAB TEST DALAM 2 MINGGU TERAKHIR?		
	JIKA YA, TANGGAL PERIKSA _____ HASIL SWAB NEGATIF POSITIF BELUM ADA HASIL		