

Kuesioner Informasi Dasar dan Klinis infeksi Covid-19 (termasuk pasien dengan gejala semu)

Informasi Dasar

ID _____

| | | |
|----|--|---|
| 1 | Nama Puskesmas yang menyelidiki : | Nama Surveyor : |
| | Waktu Survey: tgl bulan tahun jam | Metode survey: Interview Telepon Lainnya() |
| 2 | Responden : Pasien Keluarga Pasien Nama () | relasi dengan Pasien () |
| | Kontak Responden : Telepon rumah : - - | Ponsel : - - |
| 3 | Klasifikasi diagnostik : Pasien Covid-19 (Terkonfirmasi • Pembawa pathogen tanpa gejala • Gejala semu) | |
| 4 | ID registrasi NESID : | 5 Puskesmas tempat tinggal pasien : |
| 6 | Nama institusi medis yang dilapori : | 7 Nama Dokter : |
| 8 | Alamat institusi medis : | 9 No. telepon institusi medis : - - |
| 10 | Waktu diterimanya laporan : tahun bulan hari | 11 Pemerintah daerah yang dilapori : |
| 12 | Puskesmas yang dilapori : | 13 Orang yang bertanggungjawab menerima laporan : |
| 14 | Waktu kunjungan pertama : tahun bulan hari | 15 Waktu diagnosis : tahun bulan hari |
| 16 | Estimasi waktu terinfeksi : tahun bulan hari | 17 Waktu onset : tahun bulan hari |

Poin 3~17 diisi berdasarkan formulir pemberitahuan outbreak (Poin 4 diisi setelah mendaftar menggunakan NESID)

| | | | | | |
|----|--|-------------|----------------------------------|----|---|
| 18 | Nama Pasien: | 19 | Jenis Kelamin: L/P | 20 | Tanggal Lahir : tahun bulan hari (usia bulan) |
| 21 | Kewarganegaraan: | 22 | Alamat Pasien : | | |
| 23 | Nomor Telepon : Rumah - - | Ponsel - - | | - | |
| | Email : @ | | | | |
| 24 | Lokasi utama pasien saat disurvei : Institusi Kesehatan Rumah Tempat Kerja • Sekolah Lainnya () Tidak diketahui | | | | |
| | Alamat Kontak : Nomor Telepon : - - | | | | |
| 25 | Pekerjaan, industri, sekolah (termasuk taman kanak-kanak, penitipan anak, dll.) Terakhir Kerja • Kehadiran (Kerja) hari (tanggal bulan Tahun) (Untuk anak-anak/pelajar, isi detail seperti kelas/klub tempat asalnya) | | | | |
| | Nama Tempat kerja/sekolah: Lokasi Tempat kerja/sekolah: Nomor telepon Tempat kerja/sekolah: - - | | | | |
| 26 | Kontak informasi selain pasien (wali, dll) Nama : Hubungan dengan orang yang disurvei : Alamat : Nomor Telepon Rumah : - - Ponsel : - - | | | | |
| | Kehamilan | Tidak • Ada | (Kehamilan minggu) | | |
| | Merokok | Tidak • Ada | (Mulai usia: tahun batang /hari) | | |
| | Diabetes | Tidak • Ada | | | |
| | Penyakit pernafasan (Asma • PPOK • Lainnya) | Tidak • Ada | (Perinciannya) | | |
| | Penyakit Ginjal | Tidak • Ada | (Bila Ada, Dialisis Ya • Tidak) | | |
| | Penyakit Hati | Tidak • Ada | (Perinciannya) | | |
| | Penyakit Jantung | Tidak • Ada | (Perinciannya) | | |
| | Gangguan neuromuskular | Tidak • Ada | (Perinciannya) | | |
| | Gangguan darah (anemia, dll) | Tidak • Ada | (Perinciannya) | | |
| | Immunodeficiency (HIV, immunosuppresant) | Tidak • Ada | (Perinciannya) | | |
| | Tumor Ganas (kanker) | Tidak • Ada | (Perinciannya) | | |
| | Lainnya | | | | |

| Gejala | Bila diperlukan, Masukkan informasi seperti ada atau tidaknya gejala, suhu tubuh, waktu dll | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|------|-------|-------|-------|-------------|-------|-------|
| | waktu | Bulan | Hari | Bulan | Hari | Bulan | Hari | Bulan | Hari |
| Gejala, dll | | | | | | | | | |
| Suhu Tubuh maks () | | | | | | | | | |
| Gejala pada sistem pernafasan | Batuk | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Nafasnya pendek | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Pilek | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Sakit Tenggorokan | Tidak • Ada | | | | | | | |
| Lainnya | Mual, Muntah | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Mata merah | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Pusing | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Lelah/Letih | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Nyeri Otot Sendi | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Diare | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Gangguan Kesadaran | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Kram | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Lainnya () | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Gejala, dll | | | | | | | | |
| Suhu Tubuh maks () | | | | | | | | | |
| Gejala pada sistem pernafasan | Batuk | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Nafasnya pendek | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Pilek | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Sakit Tenggorokan | Tidak • Ada | | | | | | | |
| Lainnya | Mual, Muntah | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Mata merah | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Pusing | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Lelah/Letih | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Nyeri Otot Sendi | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Diare | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Gangguan Kesadaran | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Kram | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | Lainnya () | Tidak • Ada | | | | | | | |
| | 29 | Waktu Onset (berdasarkan survei wawancara) | | Tahun | Bulan | Hari | Pagi • Sore | jam | menit |
| 30 | Penyebab: Kasus yang dilaporkan sebagai infeksi Covid-19 (Jenis: Pasien (kasus terkonfirmasi), tanpa gejala pembawa pathogen, Gejala semu, dll) Orang yang menjadi target pengamatan kesehatan (Contoh ID terkonfirmasi : Nama :) Lainnya () | | | | | | | | |
| 31 | Progress klinis sebelum diagnosis • detail perawatan • Catatan khusus lainnya, dll : | | | | | | | | |

| | | | | |
|----|--|----------------------|--|--|
| 32 | Rawat Inap : Tidak Ya (Jika Ya Periode Rawat inap Bulan Hari - Bulan Hari) | | | |
| | Nama Institusi medis rawat inap : _____ | | Nama Departemen : _____ Nama Dokter yang merawat : _____ | |
| | Institusi medis yang ditunjuk menangani pasien dengan gejala semu Ya • Tidak | | | |
| | Lokasi institusi medis rawat inap : _____ | | Kontak : _____ | |
| 33 | Rontgen Dada Tidak Ada • Ada (Temuan _____) | | | |
| 34 | CT Dada Tidak Ada • Ada (Temuan _____) | | | |
| 35 | Apakah menggunakan respirator atau tidak Tidak • Ada | | | |
| 36 | Tindakan medis setelah kunjungan pasien : | | | |
| | Waktu | Nama institusi medis | Tindakan Medis | Keterangan (Hasil Pemeriksaan • Tindakan medis, dll) |
| | / | | | |
| | / | | | |
| 37 | Hasil Dipulangkan (Tanggal Keluar Tahun Bulan Hari) Meninggal (Waktu kematian Tahun Bulan Tanggal) | | | |
| 38 | Progress Lainnya | | | |

Hasil Tes

| | | | | | | |
|---------------------------------|--|------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|---------------------|
| 39 | Pengujian Covid-19 | | | | | |
| | Bahan Spesimen | Waktu penampulan | Hasil | Metode pengujian | Fasilitas pengujian | |
| | | | Negatif • Positif • Lainnya (_____) | | | |
| | | | Negatif • Positif • Lainnya (_____) | | | |
| | | | Negatif • Positif • Lainnya (_____) | | | |
| | | | Negatif • Positif • Lainnya (_____) | | | |
| 40 | Pengujian selain Covid-19 | | | | | |
| | Pathogen | Bahan Spesimen | Waktu penampulan | Hasil | Metode pengujian | Fasilitas pengujian |
| | Uji kultur Tidak ada • Ada • Tidak diketahui | | | | | |
| | Bila Ada | | | Negatif • Positif • (Namanya: _____) | | |
| | | | | Negatif • Positif • (Namanya: _____) | | |
| | | | | Negatif • Positif • (Namanya: _____) | | |
| | | | | Negatif • Positif • (Namanya: _____) | | |
| | Uji Antigen Tidak ada • Ada • Tidak diketahui | | | | | |
| | Virus influenza | | | Negatif • Positif | | |
| | Virus -RS | | | Negatif • Positif | | |
| | Adenovirus | | | Negatif • Positif | | |
| | Streptococcus pneumoniae | | | Negatif • Positif | | |
| Legionella | | | Negatif • Positif | | | |
| Metode pengujian lainnya | | | | | | |
| Nama Pathogen(_____) | | | Negatif • Positif • Lainnya (_____) | | | |
| Nama Pathogen(_____) | | | Negatif • Positif • Lainnya (_____) | | | |
| Nama Pathogen(_____) | | | Negatif • Positif • Lainnya (_____) | | | |
| Kolom deskripsi bebas | | | | | | |