

Lembar Pengamatan Kesehatan untuk Orang yang Kontak Dekat dengan Pasien yang Terinfeksi Covid-19

Ini adalah kuisioner yang umumnya dilakukan oleh pusat kesehatan masyarakat. Mintalah orang yang memeriksa melakukan pemeriksaan secara teliti, dan jika ada gejala yang dikhawatirkan muncul, pastikan menghubungi pusat kesehatan umum secepatnya. Pengamatan kesehatan HARUS diselesaikan dalam 14 hari mulai dari waktu terakhir kontak dengan pasien.

Nomor kontak:		Nama Pengamat:					Alamat:					TEL: - -			
Nama Pasien:		Tanggal kontak terakhir dengan pasien:					Hubungan dengan Pasien:					Email: @			
	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Hari 4	Hari 5	Hari 6	Hari 7	Hari 8	Hari 9	Hari 10	Hari 11	Hari 12	Hari 13	Hari 14	
Bulan/hari	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Suhu Tubuh Maks.															
Gejala pada sistem pernafasan	Batuk	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	
	Nafasnya pendek	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	
	pilek	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	
	Sakit Tenggorokan	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	
Lainnya	Mual, Muntah	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	
	Mata merah	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	
	Pusing	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	
	Lelah/letih	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	
	Nyeri otot sendi	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	
	Diare	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	
	Gangguan kesadaran	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	
	Kram	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	Tidak · Ada	
Lainnya															
Konfirmasi Pagi.Sore <input checked="" type="checkbox"/> (Metode konfirmasi (Telp · interview dll))	Pagi: () Malam: ()	Pagi: () Malam: ()	Pagi: () Malam: ()	Pagi: () Malam: ()	Pagi: () Malam: ()	Pagi: () Malam: ()	Pagi: () Malam: ()	Pagi: () Malam: ()	Pagi: () Malam: ()	Pagi: () Malam: ()	Pagi: () Malam: ()	Pagi: () Malam: ()	Pagi: () Malam: ()	Pagi: () Malam: ()	
Komentar															
Dikonfirmasi Oleh															

Nama Puskesmas:

Penanggung Jawab:

Lokasi:

TEL:

-

-

FAX: