

6. FORMULIR PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI CORONAVIRUS DISEASE (COVID-19)

Nama Fasyankes	:	Tgl Wawancara :
Tempat Tugas	:	HP Pewawancara :
Nama Pewawancara	:	

**A. IDENTITAS PASIEN**

Nama pasien	:	...	Kriteria* : <input type="checkbox"/> Suspek <input type="checkbox"/> Kasus probabel <input type="checkbox"/> Kasus konfirmasi <input type="checkbox"/> Kontak erat									
NIK	:	...										
Nama orang tua/ KK	:	.....										
Tgl Lahir : .....	/	.....	/	.....	Umur : ... tahun, .... bulan	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Pekerjaan :					
Alamat (domisili)	Jalan/Blok RT/RW Desa/Kelurahan	:	...	Kecamatan	:	...	Kabupaten/Kota	:	...	Telepon/HP	:	...
Longitude:							Latitude :					

**B. INFORMASI KLINIS**

Tanggal pertama kali timbul gejala	:	...	Lemah (malaise)	:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu
Demam _____, _____ °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	:	
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)	:	...

**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? Jika Ya, sebutkan : .....	:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu

Apakah pasien dirawat di rumah sakit	:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk	
Bila Ya, Nama RS terakhir	:	...	
Tanggal masuk RS terakhir	:	...	
Ruang rawat	- dirawat di ICU	:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk
Tindakan perawatan	- Intubasi	:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk
	- penggunaan EMCO **)	:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk

Jika ada, nama-nama RS sebelumnya : ...

Status pasien terakhir :  selesai isolasi/Sembuh  Masih Sakit  Meninggal, tanggal : .....

**C. INFORMASI PEMERIKSAAN PENUNJANG**

No.	Jenis Pemeriksaan/ Spesimen	Pengambilan Spesimen I			Pengambilan Spesimen II		
		Tanggal pengambilan	Tempat Pemeriksaan	Hasil	Tanggal pengambilan	Tempat Pemeriksaan	Hasil
<b>Laboratorium konfirmasi</b>							
1.	Nasopharyngeal (NP) Swab						
2.	Oropharyngeal (NP) Swab						
3.	Sputum						
4.	Serum						
<b>Pemeriksaan Lain</b>							
1.	Darah						
2.	Serum						
3.	Lain, sebutkan						

**D. FAKTOR RIWAYAT PERJALANAN**

Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki riwayat perjalanan dari luar negeri ? :  Ya  Tdk  Tdk Tahu

Negara	Kota	Tgl Perjalanan	Tgl tiba di Indonesia

Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki riwayat perjalanan dari area transmisi lokal ? :  Ya  Tdk  Tdk Tahu

Provinsi	Kota	Tanggal perjalanan	Tgl tiba di tempat

Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki riwayat tinggal ke area transmisi lokal ? :  Ya  Tdk  Tdk Tahu

Provinsi	Kota

Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki kontak dengan kasus suspek/probable COVID-19 :  Ya  Tdk  Tdk Tahu

Nama	Alamat	Hubungan	Tgl Kontak Pertama	Tgl Kontak Terakhir

D. FAKTOR KONTAK/PAPARAN (lanjutan)				
Dalam 14 hari sebelum sakit, apakah memiliki kontak erat dengan kasus konfirmasi dan probable COVID-19 : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu				
Nama	Alamat	Hubungan	Tgl Kontak Pertama	Tgl Kontak Terakhir
Apakah pasien termasuk cluster ISPA berat (demam dan pneumonia membutuhkan perawatan Rumah Sakit) yang tidak diketahui penyebabnya? : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu				
Apakah pasien memiliki hewan peliharaan ? : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu Jika Ya sebutkan: <input type="checkbox"/> anjing <input type="checkbox"/> kucing <input type="checkbox"/> hewan lain, sebutkan...				
Apakah pasien seorang petugas kesehatan? : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk <input type="checkbox"/> Tdk Tahu				
Jika Ya, alat pelindung diri (APD) apa yang dipakai saat melakukan perawatan pada pasien suspek/probabel/konfirmasi? <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 ....				
Lain-lain, sebutkan				

E. DAFTAR KONTAK ERAT KASUS**						
Nama	Umur	Jenis Kelamin	Hub. dg Kasus	Alamat rumah	No HP/telp yang dapat dihubungi	Aktifitas kontak yang dilakukan

**KETERANGAN:**

\*) Diisi sesuai dengan definisi operasional (lihat pedoman)

\*\*\*) oksigenasi membran ekstrakorporea

\*\*\*\*) diisi jika kriteria suspek, konfirmasi dan probabel.

**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