

FORMULIR PENILAIAN MANDIRI PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN COVID-19

Nama	:				
Institusi	:				
Waktu Kunjungan	:	Tanggal :		Pukul :	
Nama yang akan dikunjungi	:				
Keperluan	:				

BERIKAN TANDA CHECKLIST (V) SESUAI KONDISI ANDA

NO	KEGIATAN	YA	TIDAK
1.	Apakah anda sering berpergian ke tempat ramai		
2.	Apakah anda menggunakan transportasi public seperti ojol, taxi online, angkot, bus, kereta api		
3.	Apakah anda mengalami gejala gangguan di bawah ini dalam 3 hari terakhir		
	a. Demam 37.5°C		
	b. Batuk kering terus menerus		
	c. Nyeri Menelan		
	d. Gangguan Pemasapan		
4.	Apakah anda keluar tidak menggunakan masker ?		
5.	Apakah anda tetap melakukan jabat tangan ?		
6.	Apakah anda tidak sering mencuci tangan di perjalanan		
7.	Apakah anda tidak menjaga jarak dengan lainnya ketika kegiatan keluar, selama kerja, ibadah, belanja		
8.	Apakah anda bepergian ke wilayah/negara tertular covid-19 dalam 14 hari terakhir		
9.	Apakah anda berinteraksi/kontak langsung dengan orang positif covid-19 dalam 14 hari terakhir		
10	Apakah usia anda di atas 45 tahun		
11.	Apakah anda mempunyai penyakit jantung, kencing manis, gangguan pernapasan kronis		
12	Apakah anda sudah pernah mengalami penyakit covid-19? Kapan.....		
13	Apakah anda pernah mengalami mati rasa untuk indera penciuman dan atau perasa? Kapan		
14	Apakah pernah berhubungan langsung dengan sanak keluarga, teman kantor, tetangga yang pernah terkena Covid-19? Kapan		
15	Kapan terakhir kali anda datang / berkunjung ke fasilitas kesehatan (Rumah Sakit)? Keperluan apa		

Catatan Lain:

--