



Sekiranya anda atau orang yang berada di bawah jagaan anda mengalami kesan advers susulan imunisasi, sila isi borang ini dan kembalikan kepada kakitangan institusi kesihatan tempat vaksin diterima atau yang berdekatan.

Nama klinik/sekolah/lain-lain tempat di mana vaksin diterima:

1. Maklumat penerima vaksin:-

a) Nama:

d) No. telefon:

b) Umur: c) Jantina: Lelaki
 Perempuan

e) Bangsa: Melayu India
 Cina Lain-lain (nyatakan)

2. Tarikh vaksin diterima:

3. Masa vaksin diterima:

4. Kesan advers yang dialami:-

(Tempoh masa berlakunya kesan advers selepas menerima vaksin adalah penting untuk diisi)

Kesan advers (*potong yang tidak berkaitan)	Tandakan v jika berkaitan	Tempoh masa berlakunya kesan advers selepas menerima vaksin (*potong yang tidak berkaitan)
a. Kesan pada tempat suntikan:		
i) Bengkak	<input type="checkbox"/>minit/jam/hari*
ii) Sakit	<input type="checkbox"/>minit/jam/hari*
iii) Kegatalan	<input type="checkbox"/>minit/jam/hari*
iv) Merah pada tempat suntikan	<input type="checkbox"/>minit/jam/hari*
v) Lain-lain (nyatakan)	<input type="checkbox"/>minit/jam/hari*
b. Demam	<input type="checkbox"/>minit/jam/hari*
c. Ruam/gatal*	<input type="checkbox"/>minit/jam/hari*
d. Kerengsaan (irritability)	<input type="checkbox"/>minit/jam/hari*
e. Kurang selera makan	<input type="checkbox"/>minit/jam/hari*
f. Sakit kepala/pening kepala*	<input type="checkbox"/>minit/jam/hari*
g. Loya/muntah*	<input type="checkbox"/>minit/jam/hari*
h. Sakit otot/badan*	<input type="checkbox"/>minit/jam/hari*
i. Lemah tangan/kaki*	<input type="checkbox"/>minit/jam/hari/minggu*
j. Lain-lain (nyatakan)	<input type="checkbox"/>minit/jam/hari*

5. Adakah penerima vaksin menerima sebarang rawatan di klinik/hospital untuk kesan advers yang dialami?

Ya Tidak

6. Adakah kesan advers tersebut dapat diatasi atau pulih? Ya Tidak

7. Maklumat vaksin yang diterima:-

a) Jenis vaksin

- BCG
 Hepatitis B, Dos: pertama/kedua/ketiga*
 DTaP-IPV-HepB-Hib Dos: pertama/kedua/ketiga/booster*
 Pneumokokal, Dos: pertama/kedua/booster*
 Measles
 Japanese encephalitis, Dos: pertama/kedua
 Lain-lain (nyatakan):

- MMR, Dos: pertama/kedua
 Diphtheria & Tetanus
 Measles & Rubella
 Human papillomavirus, Dos: pertama/kedua*
 Tetanus
 Polio, oral/suntikan*

b) Perihal vaksin

Vaksin 1

Jenama vaksin:

No. kelompok:

Tarikh luput:

Bahagian badan yang disuntik: Lengan Paha
(jika berkaitan) Kanan Kiri

Vaksin 2

Jenama vaksin:

No. kelompok:

Tarikh luput:

Bahagian badan yang disuntik: Lengan Paha
(jika berkaitan) Kanan Kiri

9. Maklumat pelapor:- Ibubapa/penjaga Penerima vaksin Anggota kesihatan

a) Nama:

b) No. telefon:

c) Tarikh laporan:

Maklumat tambahan bagi anggota kesihatan

d) Jawatan & tempat bertugas:

e) Jenis imunisasi: Rutin Kempoen