



**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  
 DTaP-IPV-Hib-Hep B, Dos: pertama/kedua/ketiga/booster\*  
 Pneumokokal, Dos: pertama/kedua/booster\*  
 Measles  
 Tdap  
 Lain-lain (nyatakan): .....

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

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

8. Maklumat pelapor:-  Ibumbapa/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  Kempen