|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **FAKULTAS FARMASI**  **UNIVERSITAS SANATA DHARMA** | | | | Nama NIM/NPP/NIK  Alamat  No. Hp | | :  :  :  : | …………………………………………………….  …………………………………………………….  …………………………………………………….  ……………………………………………………. | | |
| **SKRINING COVID-19** | | | |
| Skrining tanggal: …………-……………-……………… pukul WIB | | | | | | | | | | |  |
| **GEJALA** | | | | | | | | | | |  |
| 1. | Demam/riwayat deman | | | Ya | Tidak | | | | | Mulai keluhan tanggal: |  |
| 2. | Batuk/pilek/nyeri tenggorokan | | | Ya | Tidak | | | | |  |
| 3. | Sesak nafas | | | Ya | Tidak | | | | |  |
| **FAKTOR RISIKO (RIWAYAT DALAM 14 HARI)** | | | | | | | | | | | |
| 1. | Riwayat perjalanan dari luar  negeri | | | Ya, negara: ………. ,tgl s.d. tgl ……….. | | | | | | | Tidak |
|  | Riwayat perjalanan ke kota/provinsi di Indonesia yang terjangkit | | | | | | | | | * Ya   Tgl s.d.  Tgl ……….. | Tidak |
|  | * Depok | | * Jakarta | * Bandung | | | * Tangerang | | |
|  | * Bogor | | * Solo | * Surabaya | | | * Denpasar | | |
|  | * Manado | | * Pontianak | * Semarang | | | * …………………… | | |
| 2. | Riwayat Paparan (salah satu/lebih) | | | | | | | | | | |
|  | a. Kontak erat dengan **kasus konfirmasi COVID-19, ATAU** | | | | | | | | | Ya,  kapan ……….. | Tidak |
|  | b. Bekerja/mengunjungi fasilitas kesehatan yang berhubungan  dengan pasien konfirmasi COVID-19, **ATAU** | | | | | | | | | Ya,  kapan ……….. | Tidak |
|  | c. Memiliki demam (≥38oC) atau ada riwayat demam, dan memiliki **riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah yang melaporkan transmisi lokal, atau kotak dengan orang yang memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah yang**  **melaporkan transmisi lokal**. | | | | | | | | | Ya,  kapan ……….. | Tidak |
| **RIWAYAT PENYAKIT YANG DIMILIKI:** | | | | | | | | | | | |
| * **Keterangan/Informasi ini saya buat secara jujur, lengkap dan akurat sesuai dengan keadaan yang sesungguhnya.** * **Saya bertanggung jawab penuh dan bersedia menerima risiko termasuk risiko hukum, bila dikemudian hari terbukti keterangan/informasi yang saya berikan tidak benar dan atau berakibat merugikan atau membahayakan keselamatan fisik atau jiwa orang lain.** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Yang menyatakan, | | | | | | | | | | Dosen Pembimbing Skripsi (diisi khusus untuk lembar skrining mahasiswa) | |
| ………………………………………….. | | | | | | | | | | ……………………………… | |

**Keterangan: lembar skrining ini disusun berdasarkan lembar skrining RS. Panti Rapih Yogyakarta**