

## KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

### Slip “Penilaian Kesesuaian Menerima Vaksin COVID-19 Bagi Pesakit Dengan Masalah Kesihatan Tertentu”

Hospital/Institusi/ Klinik: \_\_\_\_\_

Nama Pesakit: \_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan: \_\_\_\_\_

No. Telefon: \_\_\_\_\_

Wad / Klinik Pakar: \_\_\_\_\_

1. Penilaian telah dilakukan kepada pesakit seperti butiran di atas dan mendapati pesakit  
(*sila tandakan √ pada ruang yang berkenaan*):

<input type="checkbox"/>	Boleh menerima vaksin COVID-19 pada masa ini.
<input type="checkbox"/>	Pemberian vaksin COVID-19 perlu ditangguhkan. Namun boleh menerima vaksin COVID-19 pada tarikh akan datang iaitu selepas (masukkan tarikh) _____
<input type="checkbox"/>	Tidak boleh menerima vaksin COVID-19 ( <i>absolute contraindication</i> )

2. Bagi pesakit yang boleh menerima vaksin COVID-19, pesakit ini disarankan untuk menerima vaksin di  
(*sila tandakan √ pada ruang yang berkenaan*):

<input type="checkbox"/>	Hospital / Institusi _____
<input type="checkbox"/>	Fasiliti kesihatan/ pusat imunisasi yang berhampiran dengan tempat tinggal

3. Langkah tambahan (cth: Pesakit perlu pemantauan lebih panjang setelah menerima imunisasi)

\_\_\_\_\_

4. Hasil penilaian ini sah sehingga; \_\_\_\_\_

**Pakar / Pegawai Perubatan yang menjalankan penilaian:**

Tandatangan:

Nama dan Cop:

Tarikh penilaian:

**\*Sila bawa bersama Slip ini ke Pusat Pemberian Vaksin untuk ditunjukkan kepada pegawai bertugas di Stesen 3.**