

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*):

	Boleh menerima vaksin COVID-19 pada masa ini.
	Pemberian vaksin COVID-19 perlu ditangguhkan. Namun boleh menerima vaksin COVID-19 pada tarikh akan datang iaitu selepas (masukkan tarikh) _____
	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*):

	Hospital / Institusi _____
	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 Stesyen 3.**