BORANG PEMANTAUAN KESAN SAMPINGAN RINGAN SELEPAS PELALIAN
(Untuk Diisi Oleh Penerima Vaksin/Waris)

Pindaan-3

Pada kebiasaannya suntikan vaksin tidak menyebabkan kesan sampingan. Walaubagaimanapun sekiranya anda atau orang yang berada di bawah jagaan anda mengalami kesan sampingan selepas mendapat suntikan pelalian sila isi borang ini dan kembalikan kepada kakitangan institusi kesihatan tempat vaksin diterima.

Nama klinik/sekolah/lain-lain tempat dimana vaksin diterima: ……

1. Maklumat Penerima Vaksin : -
   a) Nama : ……
   b) Umur : …… c) Jantina : ☐ Lelaki ☐ Perempuan
   e) No. Tel : ……
   f) Bangsa: Melayu ☐ India ☐ Cina ☐ Lain-lain, nyatakan: ……
   d) Alamat rumah : ……
2. Tarikh suntikan diterima : …… 3. Bahagian badan dimana vaksin disuntik : ……
4. Kesan Sampingan yang dialami **:** -

(Tempoh masa diantara vaksin diterima dan kesan sampingan berlaku adalah penting untuk diisi)

Kesan Sampingan	Tandakan √ jika berkaitan	Tempoh masa diantara vaksin diterima dan kesan sampingan berlaku (*potong yang tidak berkaitan)
a. Kesan pada tempat suntikan :		
i) Bengkak	☐	……minit/jam /hari *
ii) Sakit	☐	……minit/jam /hari *
iii) Kegatalan	☐	……minit/jam /hari *
iv) Merah pada tempat suntikan	☐	……minit/jam /hari *
v) Lain-lain(nyatakan)…… ……	☐	……minit/jam /hari *
b. Demam	☐	……minit/jam /hari *
c. Kesan alahan/ruam/gatal*	☐	……minit/jam /hari *
d. Sakit otot/badan*	☐	……minit/jam /hari *
e. Lesu badan	☐	……minit/jam /hari *
f. Sakit kepala	☐	……minit/jam /hari *
g. Pening kepala / loya / muntah*	☐	……minit/jam /hari *
h. Lemah tangan / kaki*	☐	……minit/jam/hari/minggu*
i. Lain-lain(nyatakan)…… ……	☐	……minit/jam /hari *

5. Adakah penerima vaksin menerima sebarang rawatan di klinik/hospital untuk kesan sampingan yang dialami?
   ☐ Ya ☐ Tidak
6. Adakah kesan sampingan tersebut dapat diatasi atau pulih? : ☐ Ya ☐ Tidak

Sekiranya berlaku kesan sampingan yang serius, sila rujuk ke hospital/klinik yang berdekatan dengan segera.
Segala maklumat yang dikemukakan adalah sulit dan hanya akan digunakan untuk tujuan memantau kesan sampingan selepas pelalian sahaja.

Untuk Diisi Kakitangan Kesihatan

i. **Maklumat vaksin digunakan** :

a) Jenis vaksin :
- ☐ Human Papillomavirus (HPV), Dos: pertama/ kedua/ ketiga*
- ☐ Diphtheria/ Tetanus/ Pertussis, Dos : pertama/ kedua/ ketiga/ booster*
- ☐ Diphtheria/ Tetanus/ Pertussis/ Poliomyelitis/ Hib, Dos : pertama / kedua / ketiga / booster*
- ☐ MMR, Dos : pertama/ kedua*
- ☐ Hepatitis B, Dos : pertama/ kedua/ ketiga*
- ☐ Lain-lain vaksin (sila nyatakan : ……)

b) Jenama vaksin : ……
c) No. kelompok : ……
d) Tarikh luput: ……

ii. **Maklumat Kakitangan Kesihatan Yang Memberi Vaksin :-**

a) Nama : ……
b) Cop/Alamat tempat bertugas: ……
c) No. telefon : ……
d) Tarikh laporan : ……

Bagi kesan sampingan yang serius, anggota kesihatan perlu mengisi Borang Pelaporan Kesan Advers Ubat dan merujuk kepada Garispanduan Farmakovigilans Keselamatan Vaksin di Malaysia.

Sila majukan borang yang telah diisi dan sebarang pertanyaan atau aduan ke Biro Pengawalan Farmaseutikal Kebangsaan di talian 03-78835400 atau Faks 03-79567151