

Appendix 4 : AEFI Investigation Form Borang Penyiasatan Kejadian AEFI

1. Maklumat Tempat Suntikan Diberi

Nama Klinik/ Hospital :

Alamat:

.....

Tarikh terima notifikasi :

Tarikh siasatan dilakukan:

2. Maklumat Penerima Vaksin

Nama :

Umur : Jantina : Lelaki/Perempuan

Tarikh lahir: - - (hari/bulan/tahun)

No.Pendaftaran : Berat : kg

Alamat :

.....

No. Tel :

3. Maklumat Kesihatan Penerima Vaksin sebelum suntikan diberi (sila tandakan di ruang yang berkenaan)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Demam >38.5°C | <input type="checkbox"/> Menjalani rawatan kortikosteroid berdos tinggi | <input type="checkbox"/> Hipersensitiviti /alahan terhadap vaksin atau lain-lain |
| <input type="checkbox"/> <i>Malignancy</i> yang sedang menjalani rawatan anti neoplastik /radiasi/kemoterapi/ immunosuppresi | <input type="checkbox"/> Mengalami cirit-birit / muntah | <input type="checkbox"/> Imunodefisiensi (contoh: penyakit imunodefisiensi keturunan, <i>leukaemia</i> , <i>lymphoma</i> , penyakit Hodgkin's, HIV dengan immunosuppresi yang teruk, Hipogammaglobulinaemia, pemindahan sum-sum tulang) |
| <input type="checkbox"/> Masalah pendarahan (eg: hemofilia) | <input type="checkbox"/> TB aktif yang tidak dirawat | <input type="checkbox"/> Lain-lain masalah (nyatakan) |
| <input type="checkbox"/> Mendapat <i>pneumonia/rash</i> dalam tempoh seminggu sebelum vaksinasi | <input type="checkbox"/> Pernah mendapat sawan (epilepsi) sebelum vaksinansi | |

4. Perihal reaksi yang dialami

Bil	Jenis Reaksi	Tarikh dan Masa	Keadaan reaksi (sedikit/ sederhana/ teruk)	Tempoh diantara reaksi dan suntikan diberi (jam/minit)	Rawatan di beri (ubat/dos/tarikh /regim)	Nama Pegawai yang memberi rawatan	Kes dirujuk (nama hospital)

5. Keadaan kes semasa siasatan dilakukan

.....

6. Diagnosa akhir

.....

7. Kes kematian

Tarikh	Tempat	Post mortem (Ya/Tidak)	Sebab kematian

8. Keputusan dan tarikh ujian makmal/radiologi yang berkaitan:

Tarikh	Ujian makmal	Keputusan

9. Maklumat Vaksin Yang Disyaki

Jenis vaksin dan jenama	Nama pengeluar	No. Batch	No. Lot Pengeluar	Tarikh luput	Kuantiti dos yang diberi (ml)	Tempat (site) dan cara (route) suntikan	Dos yang ke berapa?	Tarikh dan masa suntikan diberi

10. Maklumat Vaksin Yang Disyaki

Nama vaksin	Keadaan vaksin	Bil. kanak-kanak yang telah diberi batch vaksin yang sama	Bil. aduan AEFI daripada batch vaksin yang sama

11. Maklumat Pengendalian Vaksin (sila tandakan di ruang yang berkenaan)

Ya	Tidak	Tidak	Ya	Tidak	Ya
i.Tempat vaksin disimpan:					
a. Pembeku/freezer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ii.Vaksin bertukar warna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	vi.Terdapat keladak (sediment) di dalam vial vaksin sebelum digunakan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Am/general compartment	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	iii.Suhu peti sejuk kekal di antara 2oC-8oC dalam tempoh sebulan sebelum kejadian	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Jika ya, Adakah ia hilang apabila digoncang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Bercampur dengan ubat-ubat cecair yang lain	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	iv.Peti sejuk diselenggara secara berkala	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Keldak itu mendap dalam tempoh 30 minit dengan cecair jernih di atasnya selepas digoncang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		v.Tarikh penyelenggaraan peti sejuk kali terakhir/...../.....		

12. Maklumat Pengendalian Dan Pemberian Suntikan (sila tandakan di ruang yang berkenaan)

	Ya	Tidak		Ya	Tidak
Teknik/bahagian badan yang betul diberi suntikan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menggunakan pencair (diluent) yang betul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cara pengendalian (rekonstitusi) vaksin yang Betul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cara pengendalian vaksin yang betul semasa sesi vaksinasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menggunakan teknik aseptik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menyemak senarai semak kontraindikasi sebelum vaksinasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menggunakan peralatan yang steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adakah kanak-kanak yang tidak diberi pelalian mengalami kejadian yang serupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Tindakan yang telah diambil	14. Ulasan
15. Cadangan untuk tindakan lanjut	16. Ketua Penyiasat:
	Tandatangan
	Nama & cop
	Tarikh

Soalan tambahan bagi borang penyiasatan kejadian AEFI

A. Maklumat kesihatan pesakit sebelum menerima vaksin

Maklumat kesihatan pesakit sebelum menerima vaksin	
1.	Sejarah kejadian sama yang pernah berlaku
2.	Sejarah kejadian kesan advers dengan imunisasi terdahulu
3.	Sejarah alergi
4.	Sejarah perubatan keluarga
5.	Sejarah kemasukan ke hospital (dalam tempoh sebulan yang lalu)

B. Maklumat perubatan pesakit semasa di klinik/hospital

Maklumat perubatan pesakit semasa di klinik/hospital	
1.	Kronologi kejadian kesan advers
2.	Keputusan ujian darah/prosedur
3.	Rawatan yang diberi
4.	Diagnosis akhir

(sila lampirkan kertas bagi maklumat tambahan jika perlu)