



A. Formulir Pelacakan Kasus AFP

Kabupaten/kota:	Propinsi:	Nomor EPID:	
Laporan dari : 1. RS:		3. Dokter praktek :	
2. Puskesmas:		4. Lainnya :	
Tanggal laporan diterima:		Tanggal pelacakan:	
I. Identitas Penderita			
Nama penderita:		Jenis kelamin: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P	
Tanggal lahir:		Umur:tahun;bulan;hari	
Alamat:		RT:	RW:
Kelurahan/desa:		Kecamatan:	
Nama orang tua:			
II. Riwayat Sakit			
Tanggal mulai sakit:		Tanggal mulai lumpuh:	
Tanggal meninggal (bila penderita meninggal):			
Sebelum dilaporkan Apakah penderita berobat ke unit pelayanan lain ?	<input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak
	Nama unit pelayanan :		
	Tanggal berobat :		
Diagnosis :		No. rekam medik:	
Apakah kelumpuhan sifatnya akut (1-14 hari)?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak Jelas
Apakah kelumpuhan sifatnya layuh (<i>flaccid</i>)?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak Jelas
			Stop pelacakan
Apakah kelumpuhan disebabkan ruda	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak Jelas
Bila kelumpuhan akut, layuh, tidak disebabkan ruda paksa, lanjutkan pelacakan, beri nomor EPID			
III. Gejala/Tanda			
Apakah penderita demam sebelum lumpuh?	<input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak
Anggota gerak	Kelumpuhan		Gangguan rasa raba
• Tungkai kanan	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
• Tungkai kiri	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
• Lengan kanan	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
• Lengan kiri	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
• Lain-lain, sebutkan: Muka, leher,			

IV. Riwayat Kontak		NO. EPID :	
Dalam satu bulan terakhir sebelum sakit, apakah penderita pernah bepergian?	<input type="checkbox"/> Ya	Lokasi :	
	<input type="checkbox"/> Tidak	Tanggal pergi :	
	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak tahu	
Dalam satu bulan terakhir sebelum sakit, apakah penderita pernah berkunjung ke rumah anak yang baru mendapat imunisasi polio?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak tahu
V. Status Imunisasi polio			
Imunisasi rutin	Jumlah dosis	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> Belum pernah <input type="checkbox"/> Tak Tahu	
	Sumber informasi	<input type="checkbox"/> KMS/catatan Jurim <input type="checkbox"/> Ingatan responden	
PIN, Mop-up, ORI, BIAS Polio	Jumlah dosis	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> 5x <input type="checkbox"/> 6x <input type="checkbox"/> Belum pernah <input type="checkbox"/> Tak Tahu	
	Sumber informasi	<input type="checkbox"/> Catatan <input type="checkbox"/> Ingatan responden	
Tanggal imunisasi polio yang paling akhir:			<input type="checkbox"/> Tidak tahu
VI. Pengumpulan spesimen			
		Kabupaten/kota	Propinsi
<input type="checkbox"/> Spesimen I	Tanggal ambil:	Tanggal kirim:	Tanggal kirim:
<input type="checkbox"/> Spesimen II	Tanggal ambil:	Tanggal kirim:	Tanggal kirim:
<input type="checkbox"/> Tak diambil spesimen, alasan:			
Petugas pelacak:		Hasil Pemeriksaan:	
Nama:		Diagnosis:	
Tanda tangan:		Nama DSA /DSS/DRM/ Dr /Pemeriksa lain:	
		No. Telp./ HP:	
		Tanda tangan:	

B. Kunjungan Ulang 60 Hari

Kabupaten/kota:	Propinsi:	Nomor EPID:	
Tanggal kunjungan ulang seharusnya:			
Apakah kunjungan ulang dilaksanakan?*			
<input type="checkbox"/> Ya	Tanggal kunjungan:		
<input type="checkbox"/> Tidak	Alasan tidak dilakukan kunjungan ulang:		
	<input type="checkbox"/> Meninggal tanggal:		
	<input type="checkbox"/> Pindah, alamat tak jelas		
	<input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan:		
Nama penderita		Jenis kelamin: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P	
Tanggal lahir:	Umur:	tahun;	bulan
Alamat: Jl.	RT:	RW:	
Kelurahan/desa:	Kecamatan:		
Apakah sudah ada diagnosis dari rumah sakit atau dokter yang merawat:	<input type="checkbox"/> Ya	Diagnosis:	
	<input type="checkbox"/> Tidak		
Apakah masih ada paralisis residual?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Bila ya, apakah sifatnya layuh (flaccid)?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Lokasi kelumpuhan dan gangguan rasa raba:			
Anggota gerak	Paralisis residual		Gangguan rasa raba
Tungkai kanan	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Tungkai kiri	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Lengan kanan	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Lengan kiri	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Lain-lain, sebutkan:			

Petugas pelacak:		Hasil Pemeriksaan:	
Nama:		Diagnosis akhir:	
Tanda tangan:		Nama DSA /DSS/DRM/ Dr /Pemeriksa lain:	
		No. Telp./HP:	
		Tanda tangan:	

- *) Apabila pada saat kunjungan ulang ternyata penderita tidak dapat ditemukan karena meninggal, pindah dll, maka isilah "kolom Tidak".
Bila penderita meninggal sebelum kunjungan ulang 60 hari, maka perlu dibuat resume medik.

Hasil Klasifikasi Final oleh Kelompok Kerja Ahli Surveilans AFP

NO. EPID :
Nama :

Klasifikasi final? (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Bukan kasus polio	Diagnosis:
	<input type="checkbox"/> Polio kompatibel	
	<input type="checkbox"/> Vaccine Associated Polio Paralytic (VAPP)	
Kriteria untuk menentukan klasifikasi final (Pilih yang sesuai, pilihan dapat lebih dari satu)	<input type="checkbox"/> Isolasi virus-polio vaksin dari spesimen	
	<input type="checkbox"/> Ada demam	
	<input type="checkbox"/> Sifat kelumpuhan simetris / tidak simetris	
	<input type="checkbox"/> Ada gangguan rasa raba	
	<input type="checkbox"/> Paralisis residual pada kunjungan ulang 60 hari	
	<input type="checkbox"/> Meninggal	
	<input type="checkbox"/> Mendapat imunisasi poliodosis	
	<input type="checkbox"/> Tanggal imunisasi polio terakhir 4 – 35 hari / 4 – 75 hari sebelum Lumpuh	
	<input type="checkbox"/> Tak dapat di- <i>follow up</i>	
	<input type="checkbox"/> Daerah KLB Polio	
	<input type="checkbox"/> Ada hubungan epidemiologi dengan kasus polio di daerah KLB	
	<input type="checkbox"/> <i>Clustering</i> kasus AFP	
	Lain-lain: <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • 	
Tanggal:		
Nama dan tanda tangan ketua komisi:		

Penjelasan Pengisian Formulir Pelacakan (FP1)

A. Isilah formulir pelacakan dengan lengkap dan jelas. Jangan ada kolom yang dibiarkan kosong!

- Formulir pelacakan ini terdiri dari tiga bagian, yaitu bagian yang memuat data tentang:
 - ◆ Demografis, epidemiologis dan klinis penderita & kontak
 - ◆ Kunjungan ulang 60 hari
 - ◆ Hasil klasifikasi final
- Isilah setiap variabel dengan lengkap dan tulisan yang jelas serta terbaca.
- Pada variabel dengan jawaban pilihan, berilah tanda “x” pada kotak didepan jawaban yang sesuai

B. Tanggal lahir: Apabila orang tua penderita/responden mengetahui tanggal lahir, isilah tanggal lahir dengan lengkap.

C. Umur: Contoh:

Penderita berumur 5 tahun: Umur: 5 tahun; bulan; hari

Penderita berumur 7 bulan: Umur:tahun; 7 bulan; hari

Penderita berumur 26 hari: Umur:tahun; bulan; 26 hari

D. Diagnosis: Bila penderita pernah didiagnosis oleh dokter—baik di rumah sakit, praktek swasta, puskesmas, atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya:

- isikanlah nama rumah sakit, tanggal berobat,
- carilah diagnosis dan nomor rekam medik/nomor register penderita tersebut dari rumah sakit, puskesmas, pelayanan kesehatan ybs serta isikan diagnosis dan nomor tersebut pada tempat yang telah disediakan .

E. Status imunisasi polio:

Status imunisasi merupakan informasi yang penting ! Upayakan sedapat mungkin mendapatkan informasi yang benar.

Status imunisasi diisi dengan jumlah dosis imunisasi polio yang pernah didapat dari imunisasi rutin maupun imunisasi tambahan (PIN, Sub PIN, Mopping up, ORI, BIAS polio).

Jumlah dosis imunisasi rutin: Pilih salah satu jawaban yang sesuai dan berilah tanda “x” pada kotak didepannya dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1x mendapatkan satu dosis imunisasi rutin.
- 2x mendapatkan dua dosis imunisasi rutin.
- 3x mendapatkan tiga dosis imunisasi rutin, dst.

- F. Jumlah dosis imunisasi yang didapat melalui PIN:** Pilih salah satu jawaban yang sesuai dan berilah tanda “x” pada boks didepannya dengan ketentuan sebagai berikut:
- 1x mendapat satu dosis imunisasi tambahan.
 - 2x mendapat dua dosis imunisasi tambahan.
 - 3x mendapat tiga dosis imunisasi tambahan.
 - 4x mendapat empat dosis imunisasi tambahan.
- G. Kunjungan Ulang 60 hari**
Tanggal kunjungan ulang seharusnya: Isi dengan tanggal kunjungan ulang 60 hari yang seharusnya dilakukan dihitung sejak tanggal terjadinya kelumpuhan.
- H. Tanggal kunjungan:** Isi dengan tanggal saat dilakukan kunjungan ulang pada kasus AFP yang bersangkutan.
- I. Diagnosis dari dokter:**
- Diagnosis ditegakkan berdasarkan riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya sejak awal sakit.
 - Isikan diagnosis tersebut pada tempat yang telah disediakan. Upayakan dokter yang memberikan diagnosis adalah dokter yang melakukan pemeriksaan awal.
- J. Paralisis residual (sisa kelumpuhan):** adalah kelumpuhan yang masih ada setelah 60 hari sejak tanggal mulai lumpuh. “Kelumpuhan” pada paralisis residual dapat berupa:
- Kelumpuhan total (plegia), dimana tidak dapat digerakkan sama sekali (kekuatan otot “nol”).
 - Paresis, dimana anggota gerak yang mengalami kelumpuhan masih dapat digerakkan, meskipun tidak berfungsi normal (penurunan kekuatan otot) .

Formulir Permintaan Pemeriksaan Spesimen

FP-S1

Kepada

Yth. Laboratorium.....

.....

Bersama ini kami kirimkan spesimen tinja kasus AFP dari kabupaten/kota, propinsi

Nama penderita:

Nomor EPID:

A. Diisi oleh Kabupaten/kota/Kota (tanggal pengiriman spesimen ke laboratorium atau ke propinsi):

Tanggal pengiriman spesimen:	
-------------------------------------	--

B. Diisi oleh Propinsi (bila spesimen dari Kabupaten/kota/Kota tidak dikirim langsung ke laboratorium, tetapi dikirim ke propinsi):

Tanggal pengiriman spesimen ke lab:					
Kondisi spesimen waktu di terima di propinsi:	<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Volume kurang	<input type="checkbox"/> Tidak dingin	<input type="checkbox"/> Kering	<input type="checkbox"/> Pot bocor
Bila kondisi spesimen tidak baik, apakah dilakukan pengambilan ulang spesimen?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, alasan:.....				

Catatan: Formulir FP1 terlampir

Tembusan:

- Kasubdit. Surveilans Epidemiologi

-

-

....., tanggal

^aKepala

(.....)

Penjelasan Pengisian Formulir Permintaan Pemeriksaan Spesimen (FP-S1)

Permintaan pemeriksaan spesimen tinja harus disertai dengan: Formulir FP-S1 dan formulir FP1.

- a.** Pejabat dari instansi yang mengirim spesimen ke laboratorium, misalnya:
 - Kepala Dinas Kesehatan Propinsi.
 - Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten.
- b.** Tembusan dikirim ke Subdit Surveilans Epidemiologi dan instansi lain yang dianggap perlu.

Tanggal pengiriman spesimen:

- a.** Isi dengan tanggal pengiriman spesimen ke laboratorium atau ke propinsi (bagi Kabupaten/kota yang tidak mengirim langsung spesimennya ke laboratorium),
- b.** Bagi propinsi dimana spesimen dikirim melalui propinsi:
 - Petugas propinsi harus memeriksa kondisi spesimen dan mengisikan hasilnya pada tempat yang sesuai. Apabila kondisi spesimen tidak baik, maka diupayakan pengumpulan spesimen ulang meskipun sudah lebih dari 14 hari kelumpuhan.
 - Isikan tanggal pengiriman spesimen dari propinsi ke laboratorium.

Formulir Jawaban Laboratorium

Format 11
FP-S2

Kepada
Yth. Kepala
.....

Bersama ini kami kirimkan hasil pemeriksaan spesimen AFP yang saudara kirimkan kepada kami dengan rincian sebagai berikut:

Nomor EPID	Nama	No. spesimen	Umur		Tanggal terima spesimen	Kondisi spesimen	Tanggal kirim hasil	Hasil isolasi		Keterangan
			L	P				Virus polio	Non-polio Enterovirus	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Tembusan:

- Kasubdit. Surveilans Epidemiologi
-

....., tanggal
Kepala Laboratorium.....

(.....)

Penjelasan Formulir Jawaban Laboratorium

Kolom 1: Isi dengan nomor epid kasus yang diperiksa. Nomor EPID merupakan nomor identitas yang *unik* bagi setiap kasus AFP.

Kolom 2: Isikan nama kasus.

Kolom 3: Isikan nomor spesimen yang ditetapkan laboratorium pemeriksa.

Kolom 4: Isikan umur penderita bila penderita laki-laki.

Kolom 5: Isikan umur penderita bila penderita wanita.

Kolom 6: Isi dengan tanggal penerimaan spesimen yang bersangkutan.

Kolom 7: Keadaan spesimen waktu diterima laboratorium, isi dengan:

- Baik: bila spesimen diterima dalam keadaan memenuhi syarat.
- Jelek: bila spesimen diterima dalam keadaan tidak memenuhi syarat.

Kolom 8: Isi dengan tanggal hasil pemeriksaan dikirim ke Kabupaten/kota.

Kolom 9: Isi dengan hasil pemeriksaan terhadap virus polio:

- Bila positif: isikan tipe virus polio
- Bila negative: isi dengan : **negatif**

Kolom 10: Isi dengan jenis Enterovirus non-polio yang berhasil diisolasikan:

- Bila positif: isikan jenis enterovirus yang berhasil diisolasikan
- Bila negatif: isi dengan : **negatif**