

A. PENGENALAN TEMPAT				
01	Nomor Kode Klaster (NKS)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	Nomor Responden		<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	Barcode Responden	TEMPEL STIKER DI SINI		
04	Nama Pengumpul Data			
05	Tanggal Pengumpulan Data	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	Tanda Tangan Pengumpul Data			
07	Provinsi		<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	Kabupaten/Kota		<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	Kecamatan		<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	Desa/Kelurahan		<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	No. Dukcapil (kolom B)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. KETERANGAN RESPONDEN				
01	Nama lengkap			
02	Nomor di Kolom A			
03	Tanggal lahir	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	Jenis kelamin	1. Laki-laki	2. Perempuan	<input type="text"/>
05	Nomor HP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	Alamat tempat tinggal			
07	RT/RW/Kode Pos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	Pendidikan terakhir	1. Tidak/Belum sekolah	3. SMP/ sederajat	5. PT
09	Jenis kepesertaan BPJS Kes	2. SD/ sederajat	4. SMA/ sederajat	<input type="text"/>
11	Status pernikahan	1. PBI	3. Tidak Punya	<input type="text"/>
		2. Non PBI	4. Tidak Tau	<input type="text"/>
		1. Belum menikah	3. Cerai hidup	<input type="text"/>
		2. Menikah	4. Cerai Mati	<input type="text"/>
C. RIWAYAT GEJALA				
	Dalam 1 bulan terakhir, pernahkah [NAMA] mengalami gejala berikut? (Isikan kode 1 "Ya"; kode 2 "Tidak" dan kode 3 "Tidak Tahu")			
01	Demam ($\geq 38C$) atau riwayat demam	<input type="text"/>	04	Batuk
02	Nyeri tenggorokan	<input type="text"/>	05	Sesak napas
03	Pilek	<input type="text"/>	06	Gejala pernapasan lain
D. GEJALA PASIEN KOMPLIKASI				

	Ditanyakan jika responden mempunyai gejala yang disebutkan pada blok D				
01	Apakah gejala yang dialami, membuat [NAMA] tidak sekolah/bekerja/beraktivitas?	1. Ya 3. Tidak Tahu 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	
02	Apakah gejala yang dialami, membuat [NAMA] mencari pertolongan ke Faskes?	1. Ya 3. Tidak Tahu 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	
03	Apakah gejala yang dialami, membuat [NAMA] dirawat di rumah sakit?	1. Ya 3. Tidak Tahu 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	
E. COVID-19					
01	APAKAH [NAMA] pernah kontak dengan suspek atau kasus terkonfirmasi COVID-19?	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Tahu		<input type="checkbox"/>	
02	Apakah [NAMA] perlu melakukan ISOMAN?	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	
03	Apa [NAMA] melakukan pemeriksaan PCR?	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	
04	Apa [NAMA] melakukan pemeriksaan rapid antigen?	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	
05	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis COVID-19?	1. Ya 2. Tidak → E08 3. Tidak Tahu → E08		<input type="checkbox"/>	
06	Jika Ya, kapan	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
07	Jika Ya, apakah ada gejala saat sakit COVID-19?	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	
08	Apakah [NAMA] telah mendapatkan vaksinasi dosis 1?	1. Ya 2. Tidak → Blok F		<input type="checkbox"/>	
09	Kapan [NAMA] mendapatkan vaksinasi dosis 1? (hh/bb/tttt)	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
10	Apa merek vaksin yang diberikan kepada [NAMA]?	1. Sinovac 4. Sinopharm 2. Astra Zaneca 5. Pfizer 3. Moderna 6. Lainnya, sebutkan.....		<input type="checkbox"/>	
11	Apakah [NAMA] dapat menunjukkan kartu vaksinasi?	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	
12	Apakah [NAMA] telah mendapatkan vaksinasi dosis 2?	1. Ya 2. Tidak → Blok F		<input type="checkbox"/>	
13	Kapan [NAMA] mendapatkan vaksinasi dosis 2? (hh/bb/tttt)	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
14	Apa merek vaksin yang diberikan kepada [NAMA]?	1. Sinovac 4. Sinopharm 2. Astra Zaneca 5. Pfizer 3. Moderna 6. Lainnya, sebutkan.....		<input type="checkbox"/>	
15	Apakah [NAMA] telah mendapatkan vaksinasi dosis 3 / booster?	1. Ya 2. Tidak → Blok F		<input type="checkbox"/>	
16	Kapan [NAMA] mendapatkan vaksinasi dosis 2? (hh/bb/tttt)	<input type="text"/>			
17	Apa merek vaksin yang diberikan kepada [NAMA]?	1. Sinovac 4. Pfizer 2. Astra Zaneca 5. Lainnya 3. Moderna		<input type="checkbox"/>	
18	Apakah [NAMA] dapat menunjukkan kartu vaksinasi?	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	
F. FAKTOR RISIKO DAN PENCEGAHAN COVID-19					
01	Apakah [NAMA] tahu cara pencegahan tertular COVID-19?	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>	
Jika F01 menjawab Ya : Cara pencegahan COVID-19 yang dilakukan [NAMA]? (Isikan kode 1 "Ya"; dan kode 2 "Tidak")					
2	Mencuci tangan dengan air mengalir & sabun	<input type="checkbox"/>	7	Desinfeksi rutin	<input type="checkbox"/>
3	Menggunakan masker	<input type="checkbox"/>	8	Konsumsi vitamin	<input type="checkbox"/>

4	Menjaga jarak	<input type="checkbox"/>	9	Konsumsi obat dan jamu	<input type="checkbox"/>
5	Menghindari kerumunan	<input type="checkbox"/>	10	Vaksinasi	<input type="checkbox"/>
6	Mengurangi mobilitasi	<input type="checkbox"/>	11	Lainnya.....	<input type="checkbox"/>
12	Apakah [NAMA] tahu aplikasi PeduliLindungi atau aplikasi lain yang terhubung dengan data PeduliLindungi yang digunakan untuk bisa masuk (skrining) tempat umum?			1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
13	Jika ya, apakah [NAMA] pernah menggunakan aplikasi tersebut?			1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

G. RIWAYAT PENYAKIT

Apakah [NAMA] pernah mengalami salah satu/lebih dari penyakit berikut (**Isikan kode 1 “Ya”; kode 2 “Tidak” dan kode 8 “Tidak Tahu”**)

1	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	6	Asma bronkial	<input type="checkbox"/>
2	Hipertensi/tekanan darah tinggi	<input type="checkbox"/>	7	Defisiensi/gangguan fungsi imun	<input type="checkbox"/>
3	Penyakit jantung koroner (PJK)	<input type="checkbox"/>	8	Gangguan fungsi liver kronis	<input type="checkbox"/>
4	Gagal jantung	<input type="checkbox"/>	9	Gangguan fungsi ginjal kronis	<input type="checkbox"/>
5	Gangguan kelenjar tiroid	<input type="checkbox"/>	10	Tuberkulosis	<input type="checkbox"/>