

A. PENGENALAN TEMPAT		
01	Nomor Kode Klaster (NKS)	
02	Nomor Responden	
03	Barcode Responden	TEMPEL STIKER DI SINI
04	Nama Pengumpul Data	
05	Tanggal Pengumpulan Data	__ / __ / ____
06	Tanda Tangan Pengumpul Data	
07	Provinsi	
08	Kabupaten/Kota	
09	Kecamatan	
10	Desa/Kelurahan	
11	No. Dukcapil	
B. KETERANGAN RESPONDEN		
01	Nama Lengkap	
02	Nomor ID Khusus	
03	Tanggal Lahir	__ / __ / ____
04	Jenis Kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan

05	Nomor HP	
06	Alamat Tempat Tinggal	
07	RT/RW/Kode Pos	/ /
08	Pendidikan Terakhir	1. Tidak/Belum sekolah 3. SMP/Sederajat 5. PT 2. SD/Sederajat 4. SMA/Sederajat
09	Jenis Kepesertaan BPJS Kesehatan	1. PBI 3. Tidak Punya 2. Non PBI 4. Tidak Tahu
10	Status Pernikahan	1. Belum Menikah 3. Cerai Hidup 2. Menikah 4. Cerai Mati

C. RIWAYAT GEJALA (1 Bulan Terakhir)

Dalam 1 bulan terakhir, pernahkah [NAMA] mengalami gejala berikut? (Isikan kode 1 “Ya”; kode 2 “Tidak” dan kode 3 “Tidak Tahu”)

01	Demam (≥ 38 °C) atau riwayat demam		04	Batuk	
02	Nyeri tenggorokan		05	Sesak napas	
03	Pilek		06	Gejala pernapasan lain	

D. GEJALA PASIEN KOMPLIKASI (1 Bulan Terakhir)

	Ditanyakan jika responden mempunyai gejala yang disebutkan pada Blok C			
01	Apakah gejala yang dialami membuat [NAMA] tidak sekolah/bekerja/beraktivitas?	1. Ya 3. Tidak Tahu 2. Tidak		
02	Apakah gejala yang dialami membuat [NAMA] mencari pertolongan ke Faskes?	1. Ya 3. Tidak Tahu 2. Tidak		
03	Apakah gejala yang dialami membuat [NAMA] dirawat di rumah sakit?	1. Ya 3. Tidak Tahu 2. Tidak		

E. COVID-19

Pertanyaan 1-5 ditanyakan untuk 1 bulan terakhir

01	Apakah [NAMA] pernah kontak dengan suspek atau kasus terkonfirmasi COVID-19?	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Tahu	
02	Apakah [NAMA] pernah melakukan ISOMAN?	1. Ya 2. Tidak	
03	Apa [NAMA] melakukan pemeriksaan swab PCR?	1. Ya 2. Tidak	
04	Apa [NAMA] melakukan pemeriksaan swab rapid antigen?	1. Ya 2. Tidak	
05	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis COVID-19?	1. Ya 3. Tidak Tahu 2. Tidak	
06	Jika Ya, kapan	--	
07	Jika Ya, apakah ada gejala saat sakit COVID-19?	1. Ya 2. Tidak	

F. RIWAYAT PENYAKIT

Apakah [NAMA] pernah mengalami salah satu/lebih dari penyakit berikut (**Isikan kode 1 bila jawaban adalah "Ya", kode 2 "Tidak" dan kode 3 "Tidak Tahu"**)

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