

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	