PUSAT BIOMEDIS DAN TEKNOLOGI DASAR KESEHATAN

BADAN PENELITAIN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 23 Jakarta 10560

###### No. questioner : *(sesuai dengan No serum)*

###### Alamat :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Desa/Kel. :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kecamatan :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kab/Kota :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Provinsi :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**No. medical record : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

QUESTIONER JAPANESE ENCEPHALITIS

**CLINICAL INFORMATION**

[1] Tanggal Masuk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[2] Nama Rumah sakit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[3] Tanggal pemeriksaan (HH/BB/TT): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**SCREENING GEJALA KLINIS**

Kasus suspect JE adalah pasien yang dirawat di Rumah sakit dengan kriteria:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Kriteria** | Ya | **Tidak** |
| [4] | Usia ≤ 15 tahun **dan** |  |  |
| [5] | Demam akut DAN |  |  |
| [6] | * Perubahan mental status (seperti kebingungan, disorientasi, ketidak mampuan untuk bicara, koma) ATAU |  |  |
| * Kejang, tidak termasuk kejang demam sederhana (ditandai dengan kejang sederhana berlangsung < 15 menit dan sadar kembali dalam waktu 60 menit, pada anak usia 6 bulan sampai 5 tahun) ATAU |  |  |
| [7] | * Menunjukkan gejala kelumpuhan yang akut (AFP) |  |  |

**DATA DEMOGRAPI**

[8] Nama responden \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[9] Nama Ayah: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nama Ibu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[10] Jenis kelamin: Laki-laki  Perempuan

[11] Usia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**GEJALA KLINIK PADA SAAT PASIEN MASUK RUMAH SAKIT**

[12] Tanggal Gejala Timbul pertama sekali (HH/BB/TT): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

[13] Tanggal mulai demam sebelum masuk RS (HH/BB/TT): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**KELUHAN PENYAKIT SEBELUM/PADA SAAT MASUK RUMAH SAKIT**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ya** | **Tidak** |  | |
| [14] Demam |  |  |  |
| [15] Mual/Muntah |  |  |  |
| [16] Kejang |  |  |  |
| [17] Sakit Kepala |  |  | tidak diketahui | | |
| [18] Mental Status↓ |  |  |  | | |
| [19] Ubun-ubun Tidak menonjol |  |  | tidak dapat dinilai | | |
| [20] Kaku Kuduk |  |  |  |
| [21] Spasticity / Rigidity |  |  |  |
| [22] Acuteflaccidparalysis (AFP) |  |  |  |

[23] Gejala lainnya:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMASI PASIEN RAWAT**

[24] Apakah pasien dirujuk oleh dokter dari fasilitas kesehatan? Ya  Tidak

[25] Jika Ya, Fasilitas kesehatan apa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[26] Tanggal dirawat (HH/BB/TT): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

[27] Diagnose kerja (oleh spesialis anak):

Encephalitis Virus  Bacterial Meningitis

Acute Flaccid Paralysis  TB Meningitis

Kejang Demam  Demam tidak diketahui penyebabnya

Lainnya (sebutkan): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DIAGNOSTICS | Ya | Tidak | Date spec 1 was collected (HH/BB/TT) | Date spec 2 was collected (HH/BB/TT) |
| [28] Apakah darah Vena diambil untuk pemeriksaan JE? |  |  | \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ |
| [29] Was a CSF specimen collected? |  |  | \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ |  |

[30] Jika cairan lumbal (CSF) diambil, bagaimana warnanya? a. Jernih  b. Keruh

[31] Leucocyte count: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

[32] Apakah diperiksa malaria? Positive  Negative  Tidakt diperiksa

[33] Jika positive, Apakah? Falciparum  Vivax  atau Mix

# RIWAYAT PENULARAN

[34] Apakah ada anggota keluarga lain yang mempunyai gejala sama dalam 1bln terakhir?

a. Ya  b.Tidak

[35] Jika ada berapa orang?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[36] Apakah tempat tinggal pasien berdekatan dengan: Persawahan  Rawa-rawa

[37] Jika Ya, berapa jaraknya dari rumah: <15-min jln kaki 15-60 min  >1 Jam

[38] Apakah ada hewan ternak Babi dengan jarak 1 jam perjalanan dari rumah (<5 km)?

Ya  Tidak

**GEJALA TIMBUL SETELAH DIRAWAT DI RS:**

[39] Aphasia Ya  Tidak

[40] Tanda kelainan Neurologi Ya  Tidak

[41] Seizure Ya  Tidak

[42] Spasticity Ya  Tidak

[43] Coma Ya  Tidak

[44] Penurunan score Glasgow Coma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[45] Other sign or symptom including other neurological changes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFEKSI SEKUNDER/KOMPLIKASI:**

[46] Pneumonia Ya  Tidak

[47] Infeksi Saluran Kemih Ya  Tidak

[48] Dekubitus Ya  Tidak

[49] Ulkus Cornea Ya  Tidak

[50] Infeksi sekunder /komplikasi lainnya:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PENGOBATAN:**

[51] Steroid Ya  Tidak

[52] Mannitol Ya  Tidak

[55] Antibiotics Ya  Tidak

[56] Lainnya: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMASI PADA SAAT KELUAR RUMAH SAKIT:**

[57] Tanggal keluar RS(HH/BB/TT): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

[58] Alasan meninggalkan RS?

Pulang atas permintaan sendiri  Pulang sembuh  Meninggal  Dirujuk

[59] Jika Pasien di rujuk ke RS lain, RS apa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[60] Status pasien pada saat keluar RS?

Hidup, Sehat  Hidup, Cacad  Hidup, masih sakit  Meninggal

[61] Jika pasien meninggal, penyebab kematian? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[62] Diagnose klinis pada saat keluar RS ? (Bisa lebih dari satu diagnose):

a. Viral Encephalitis  b. Bacterial Meningitis

c. Acute Flaccid Paralysis  d. Aseptic Meningitis

e. Febrile Seizure  f. Gastroenteritis

g. Epilepsy  h. Dengue Fever

i. TB Encephalitis/Meningitis  j. Cerebral Malaria

k. Others (list): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tanggal ………../………/2015

Nama pewawancara: Supervisor:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_