******PEMERINTAH KOTA BLITAR**

**DINAS PENDIDIKAN**

**“PUSAT LAYANAN AUTIS”**

**Jalan Kapuas KecamatanKepanjenkidulKodepos66117 Kota Blitar**

***e-mail:plakotablitar@yahoo.com, Pla-kota-blitar.blogspot.com*,** *No.Telp (0342) 4551162*

Screnning Covid-19 di PLA Kota Blitar

|  |  |
| --- | --- |
| Peserta didik (suhu saat ini………C) | Keluarga/pendamping (suhu saat ini………C) |
| Nama : Tgl Lahir :Alamat Lengkap :Kontak serumah :1.
2.
3.
4.
 | Nama : Tgl Lahir :Alamat Lengkap :Hubungan dgn peserta didik :No. Hp : |
| A. Gejala | Peserta didik | Keluarga/pendamping |
| YA | TIDAK | YA | TIDAK |
| 1. | Demam/riwayat demam |  |  |  |  |
| 2. | Batuk  |  |  |  |  |
| 3. | Pilek  |  |  |  |  |
| 4. | Nyeri tenggorokan |  |  |  |  |
| 5. | Sesak  |  |  |  |  |
| B. Faktor Resiko |
| 1. | 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memilki riwayat perjalanan atau tinggal di Negara/wilayah yang melaporkan transmisi localSebutkan………………………… |  |  |  |  |
| 2. | 1. 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi COVID-19
 |  |  |  |  |
|  | 1. 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan
 |  |  |  |  |
|  | 1. Bekerja/ mengunjungi fasilitas yang berhubungan dengan COVID-19
 |  |  |  |  |

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya memberikan informasi keluhan masalah kesehatan peserta didik dan pendamping dengan jujur, lengkap dan sebenar-benarnya tidak ada yang ditutup-tutupi, terutama hal-hal yang berkaitan dengan COVID-19

 Keluarga/pendamping

(…………………………………)