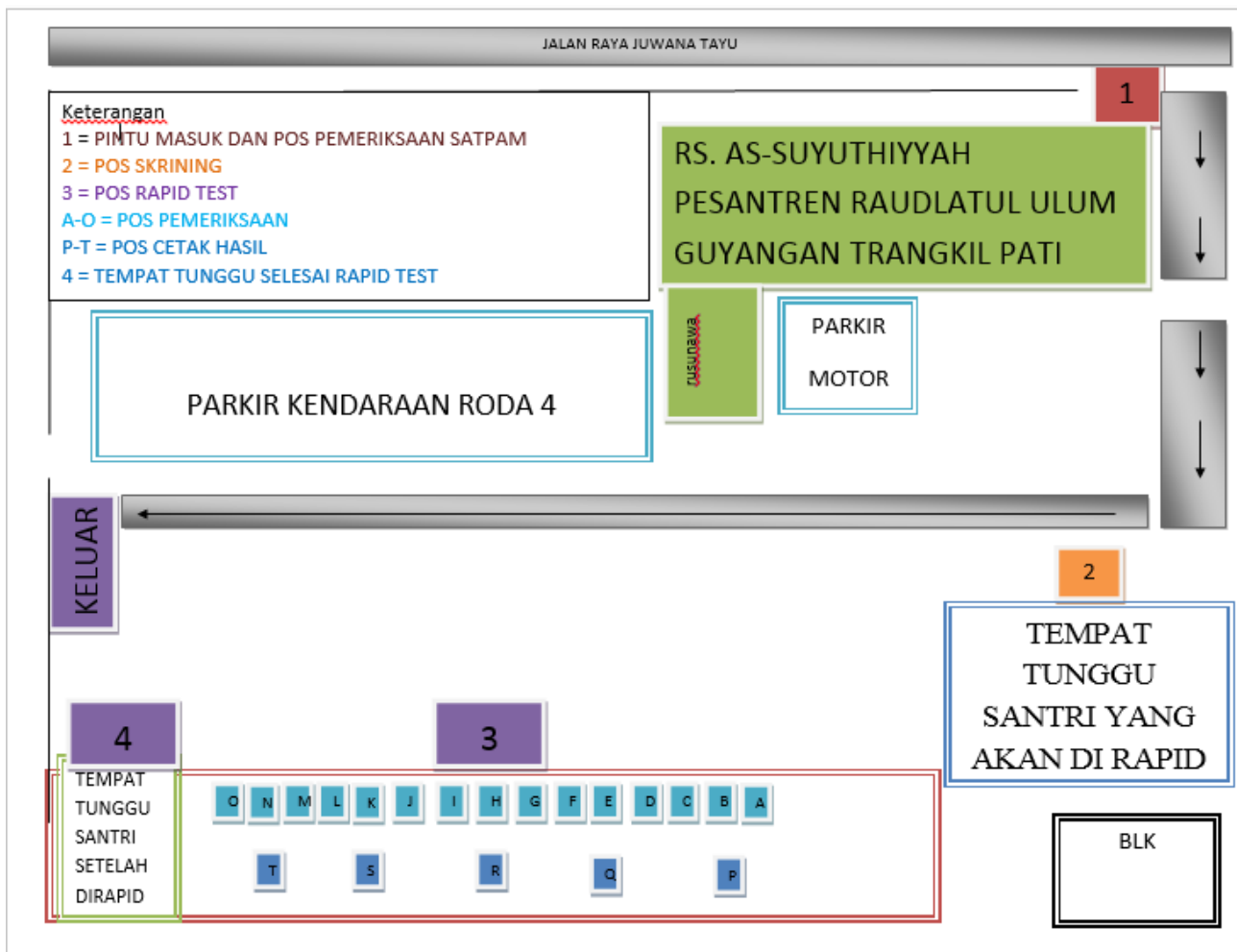


**FORMULIR SKRINING SANTRI KEMBALI KE  
PONDOK PESANTREN RAUDLATUL ULUM GUYANGAN**

**Formulir ini harus diisi dan disiapkan dari rumah untuk mempermudah proses skrining ,  
rapid test, dan tindakan medis lainnya.**



**SURAT PERNYATAAN WALI SANTRI**

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama (orang tua/wali) :

Umur :

Alamat :

Merupakan orang tua/wali dari santri :

Nama (santri) :

Umur :

Kelas :

Menyatakan bahwa

1. Saya memastikan anak / santri tersebut di atas (termasuk dengan keluarga yang tinggal dalam satu rumah) telah melakukan isolasi mandiri selama 14 hari sebelum kembali ke pesantren
2. Saya bersedia menyiapkan kebutuhan pribadi (masker kain 3 lapis minimal 5 buah, sabun cair, peralatan ibadah pribadi, peralatan makan pribadi, vitamin dan obat-obatan)
3. Saya bersedia menyetujui pengembalian anak saya ke Pondok Pesantren Raudlatul Ulum guna mengikuti proses pembelajaran
4. Saya bersedia mengikuti seluruh alur pengembalian santri dan protokol kesehatan yang telah ditetapkan oleh Pesantren dan RS As Suyuthiyyah Pati diantaranya :
  - Datang sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan untuk menghindari kerumunan
  - Membawa form identitas minimal 4 buah (masing-masing diserahkan di pos pemeriksaan) beserta form skrining dari rumah
  - Tidak menggunakan kendaraan umum
  - Menggunakan masker selama dalam perjalanan
  - Tidak turun dari kendaraan pada saat mengantar
  - Melakukan skrining (riwayat kontak, perjalanan, dan pengecekan suhu badan)
  - Melakukan rapid test COVID-19 bagi santri
  - Melakukan tatalaksana sesuai hasil rapid test COVID-19 yang telah diperoleh (jika hasil rapid test reaktif maka santri akan menjalankan isolasi dan mengikuti prosedur penanganan medis yang sesuai)

Demikian surat pernyataan ini kami buat tanpa paksaan dari pihak manapun

.....,..... Juni 2019

walisantri

( )

**SURAT PERNYATAAN TINDAKAN MEDIS**

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Umur :

No. Telp./Hp. :

Menyatakan bahwa saya orang tua / wali dari :

Nama Santri :

Tempat/Tanggal Lahir :

Umur :

Alamat :

Kelas :

Kamar :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

**PERSETUJUAN UNTUK DILAKUKAN  
TINDAKAN MEDIS BERUPA RAPID TEST COVID-19**

Yang tujuan, keperluan, risiko dan konsekuensi akibat tindakan Rapid Test COVID-19 tersebut telah cukup dijelaskan oleh Pesantren Raudalatul Ulum beserta Tenaga Medis RS As Suyuthiyah.

Demikian pernyataan ini saya buat penuh kesadaran dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

....., ..... Juli 2020

Wali Santri

( )

**FORMULIR SKRINING COVID-19**  
**PESANTREN RAUDLATUL ULUM GUYANGAN TRANGKIL PATI**

Nama Santri :  
Kelas :  
Alamat :  
Kamar :  
No.HP orang tua/wali :

Saya akan mengisi formulir ini dengan sejujurnya  
(lingkari jawaban yang diisi)

1. Ya 2. Tidak

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor
1.	Apakah anda memiliki gejala sebagai berikut : a. Batuk b. Pilek c. Sesak nafas d. Anosmia(Penciuman berkurang) e. Diare f. Mual g. Muntah h. Nyeri perut	1. Ya 2. Tidak 1. Ya 2. Tidak 1. Ya 2. Tidak 1. Ya 2. Tidak 1. Ya 2. Tidak 1. Ya 2. Tidak 1. Ya 2. Tidak 1. Ya 2. Tidak	
2.	Apakah dalam 14 hari terakhir anda : a. Tinggal/bepergian ke luar kota (yang melaporkan adanya penularan lokal) <b>Sebutkan kota tersebut</b> b. Kontak dengan orang yang tinggal/pernah bepergian ke luar kota (yang melaporkan adanya penularan lokal) <b>Sebutkan kota tersebut</b> c. Bekerja/menghadiri perkumpulan massal/tempat ibadah/arisan/pesta/pasar atau tempat jasa (bandara, bank,dll) d. Keluarga (satu rumah) bekerja atau bepergian di tempat dengan kasus positif/berisiko e. Di lingkungan sekitar (tempat tinggal) didapatkan kasus positif Covid-19	1. Ya 2. Tidak ..... 1. Ya 2. Tidak ..... 1. Ya 2. Tidak 1. Ya 2. Tidak 1. Ya 2. Tidak	
3.	Apakah anda demam Suhu pada saat pemeriksaan	1. Ya 2. Tidak ..... derajat celcius	
4.	Kontak dengan orang yang sakit saluran pernafasan atau pasien yang diduga menderita COVID-19	1. Ya 2. Tidak (Jika ya, lanjut pertanyaan 5, jika tidak loncat ke no.6)	
5.	Apakah pada saat kontak dengan orang tersebut anda menggunakan alat pelindung diri (minimal masker)	1. Ya 2. Tidak	
6.	Riwayat penyakit a. Asma b. Jantung c. Diabetes d. Hipertensi e. Ginjal f. Autoimun g. Penyakit jantung bawaan h. Lainnya .... Sebutkan	1. Ya 2. Tidak 1. Ya 2. Tidak 1. Ya 2. Tidak 1. Ya 2. Tidak 1. Ya 2. Tidak 1. Ya 2. Tidak 1. Ya 2. Tidak 1. Ya 2. Tidak .....	

**FORM IDENTITAS SANTRI**

**PESANTREN RAUDLATUL ULUM GUYANGAN**

Nama :

Kelas :

Alamat:

Kamar :

No. HP Wali santri/ Pengantar :

(dipotong dan diserahkan di Pos 2/Pemeriksaan/Skrining)

**FORM IDENTITAS SANTRI**

**PESANTREN RAUDLATUL ULUM GUYANGAN**

Nama :

Kelas :

Alamat:

Kamar :

No. HP Wali santri/ Pengantar :

(dipotong dan diserahkan di Pos 3/Rapid Test)

**FORM IDENTITAS SANTRI**

**PESANTREN RAUDLATUL ULUM GUYANGAN**

Nama :

Kelas :

Alamat:

Kamar :

No. HP Wali santri/ Pengantar :

(dipotong dan diserahkan di Pos 4 /Hasil Rapid Test)

*Hasil Skrining Kesehatan dan Rapid Test langsung dicetak 3 lembar untuk, 1)Wali Santri, 2) Santri untuk diserahkan Petugas Pondok, 3)Arsip RSA*