

Blangko 9
(Form 9)

Lampiran Investigasi Kasus
(Case Investigation Report)

Tanggal Investigasi (Date of investigation)	____/____/____(Thn/Bln/Tgl) (____/____/____(YYYY/MM/DD)) Waktu: (Time:)	Nama organisasi investigasi (Name of investigation organization)	
Nama Penyidik (Name of investigator)		Nomor Kontak Penyidik (Contact number of Investigator)	
Institusi Medis Pelaporan (Reporting medical institution)		Tanggal Laporan (Date of report)	____/____/____(Thn/Bln/Tgl) (____/____/____(YYYY/MM/DD))
		Nomor Kontak Institusi Medis Pelaporan (Contact number of reporting medical institution)	

1. Informasi Pribadi
(1. Personal Information)

Masukkan informasi pribadi subjek kasus untuk investigasi kasus dan tandai atau tulis di bagian yang kosong.

(Enter the personal information of the case subject to this case investigation and fill in the blank.)

1.1 Nama (1.1 Name)		1.2 Kewarganegaraan (Berdasarkan Paspor) (1.2 Nationality) (based on the passport)	
1.3 Tanggal Lahir (1.3 Date of birth)	(Untuk warga negara asing, masukkan nomor paspor) (For foreign nationals, enter	1.4 Jenis Kelamin dan Umur (1.4 Gender and age)	<input type="radio"/> Pria <input type="radio"/> Wanita(Umur) (<input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female (Age))

	passport number)		
1.5 Pekerjaan 1.5 Occupation		1.6 Nomor Kontak (1.6 Contact number)	
1.7 Nama Tempat Pekerjaan (Sekolah) (1.7 Name of workplace(School))		1.8 Nomor Kontak (Wali) (1.8 Contact number (guardian))	
1.9 Alamat (1.9 Address)	Alamat (sesuai dengan yang tertera pada Kartu Tanda Penduduk): (Address (as shown on the resident registration card):)		
	Alamat saat ini: (Current address:)		

2. Penyakit Saat Ini (2. Current illness)		☞Tandai atau tulis✓pada gejala-gejala klinis terkait yang terwujud dari awal gejala hingga saat investigasi (☞Choose any relevant clinical signs and symptoms manifested from the initial onset until the time of investigation)	
2.1 Gejala-gejala awal dan tanggal kejadiannya (2.1 Initial symptoms and date of onset)	Tanggal kejadian dari gejala-gejala awal: ____/____/____(Thn/Bln/Tgl)/ Gejala-gejala: (Onset Date of initial symptoms: ____/____/____(YYYY/MM/DD) / symptoms:)		
2.2 Tanda dan gejala-gejala saat ini (Pilih semua kondisi terkait) (2.2 Current signs and symptoms) (Choose all relevant condition)	<input type="checkbox"/> Gejala-gejala Umum <input type="checkbox"/> General symptoms)	<input type="checkbox"/> Demam(°C) <input type="checkbox"/> Menggigil <input type="checkbox"/> Berkeringat <input type="checkbox"/> Sakit Tenggorokan <input type="checkbox"/> BatuK <input type="checkbox"/> Limfadenopati (<input type="checkbox"/> Leher <input type="checkbox"/> Ketiak <input type="checkbox"/> Selangkangan <input type="checkbox"/> Lainnya) <input type="checkbox"/> Sakit Kepala <input type="checkbox"/> Nyeri Otot(Mialgia) <input type="checkbox"/> Nyeri Punggung <input type="checkbox"/> Asthenia (kelemahan) <input type="checkbox"/> Kelelahan/malaise <input type="checkbox"/> Gatal <input type="checkbox"/> Keratitis/Konjungtivitis <input type="checkbox"/> Muntah/Mual <input type="checkbox"/> Lainnya () <input type="checkbox"/> Fever(°C) <input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Sweats <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Lymphadenopathy (<input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Axillary <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> Other) <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Muscle pain(Myalgia) <input type="checkbox"/> Back pain <input type="checkbox"/> Asthenia(weakness) <input type="checkbox"/> Fatigue/Malaise <input type="checkbox"/> Itchiness <input type="checkbox"/> Keratitis/Conjunctivitis <input type="checkbox"/> Nausea and Vomiting <input type="checkbox"/> Other ()	
	<input type="checkbox"/> Luka <input type="checkbox"/> kulit	Tanggal (Date)	Muncul Gejala: Tanggal kejadian dari gejala-gejala awal: ____/____/____(Thn/Bln/Tgl) Waktu

	(Ruam)	Jenis (Stage)	Onset of symptom: __/__/__(YYYY/MM/DD) Time:
	<input type="checkbox"/> Skin Lesions (rashes)		<input type="checkbox"/> Bintik-bintik <input type="checkbox"/> Tonjolan Lesi <input type="checkbox"/> Gelembung Air <input type="checkbox"/> Gelembung nanah <input type="checkbox"/> Koreng <input type="checkbox"/> Macules <input type="checkbox"/> Papules <input type="checkbox"/> Vesicles <input type="checkbox"/> Pustules <input type="checkbox"/> Scabs
		Bagian (Area)	<input type="checkbox"/> Wajah <input type="checkbox"/> Batang Tubuh <input type="checkbox"/> Bagian Tubuh <input type="checkbox"/> Telapak Tangan <input type="checkbox"/> Telapak Kaki <input type="checkbox"/> Area organ kelamin <input type="checkbox"/> Area Anus <input type="checkbox"/> Lainnya ()
			<input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Trunk <input type="checkbox"/> Limbs <input type="checkbox"/> Palms of hands <input type="checkbox"/> Soles of the feet <input type="checkbox"/> genitals <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> Other ()
			Luka Bagian Pertama: (), Bagian Penyebaran () first area of lesion: (), area spread ()
	Ciri-ciri (Characteristic)	<input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Gatal <input type="checkbox"/> Luka berada dalam kondisi perkembangan yang sama pada tubuh. <input type="checkbox"/> Semua Luka berukuran sama. <input type="checkbox"/> Lukanya dalam dan menonjol. <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Itchiness <input type="checkbox"/> The lesions are in the same state of development on the body. <input type="checkbox"/> All of the lesions are the same size. <input type="checkbox"/> The lesions are deep and profound.	
2.3 Deskripsi gejala-gejala secara berurutan 2.3 Description of symptoms in order	① Gejala(), Tanggal Kejadian () ① Symptom (), Date of onset () ② Gejala(), Tanggal Kejadian () ③ Gejala(), Tanggal Kejadian ()		
2.4 Riwayat pengobatan (dalam 6 bulan terakhir)	<input type="radio"/> Ya (Nama Pengobatan: Tanggal Mulai/Akhir:) <input type="radio"/> Tidak (Alasan Meminum Obat:)		

(2.4 Medication history (within the past 6 months))	<input type="radio"/> Yes (☞ Name of medication: _____ Start/End Date: _____ (Reasons for taking the medication: _____) <input type="radio"/> No				
2.5 Status Pasien/Catatan Kunjungan ke Institusi Medis (dalam 3 minggu terakhir) 2.5 Case status/ Record of visit to medical institution (within the past 3 weeks)	2.5.1 Status Pasien (2.5.1 Case status)	<input type="radio"/> Hidup <input type="radio"/> Meninggal ☞ pertanyaan berikut hanya ditanyakan jika kasus dilaporkan 'Meninggal'. <input type="radio"/> Alive <input type="radio"/> Died ☞ the following questions should only be asked if the case reports 'Died'.			
	Tanggal Kematian: ____/____/____(Thn/Bln/Tgl) Date of death: ____/____/____(YYYY/MM/DD)		Tempat Kematian: <input type="radio"/> Institusi Medis <input type="radio"/> Tempat Tinggal <input type="checkbox"/> Lainnya (_____) Place of Death: <input type="radio"/> Medical institution <input type="radio"/> Place of residence <input type="radio"/> Other(_____)		
	2.5.2 Kunjungan ke institusi medis	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak ☞ pertanyaan berikut hanya ditanyakan jika kasus dilaporkan 'ya'			
	2.5.2 Visit to medical institution	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No ☞ the following questions should only be asked if the case reports 'yes'			
	Jenis Kunjungan(+) (Type of visit(+))	Nama dari institusi medis (Name of medical institution)	Tanggal/Periode (Date/Period)	Perawatan ICU (ICU Admission)	
<input type="radio"/> Rawat Jalan <input type="radio"/> Ruang Gawat Darurat <input type="radio"/> Rawat Inap <input type="radio"/> Outpatient service <input type="radio"/> Emergency room <input type="radio"/> Inpatient			~	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

	<input type="radio"/> Rawat Jalan <input type="radio"/> Ruang Gawat Darurat <input type="radio"/> Rawat Inap <input type="radio"/> Outpatient service <input type="radio"/> Emergency room <input type="radio"/> Inpatient		~	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
2.6 Riwayat vaksinasi cacar	<input type="radio"/> Ya (👉 Tanggal vaksinasi: _____) <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak Diketahui			
2.6 History of smallpox vaccination	<input type="radio"/> Yes (👉 Date of vaccination: _____) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown			
2.7 Penyakit Bawaan	<input type="radio"/> Ya (👉 Nama Penyakit: _____) <input type="radio"/> Tidak			
2.7 Underlying disease	<input type="radio"/> Yes (👉 Specify: _____) <input type="radio"/> No			
2.8 Kondisi Pengurangan Tingkat Kekebalan (bawaan atau didapat)	<input type="radio"/> Ya (Tanggal diagnosis awal: ____/____/____(Thn/Bln/Tgl), Nama kelainan: _____) <input type="radio"/> Tidak ada <input type="radio"/> Tidak Diketahui			
2.8 Immunocompromising condition (innate or acquired)	<input type="radio"/> Yes (Date of initial diagnosis: ____/____/____(YYYY/MM/DD), name of disorder: _____) <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Unknown			
2.9 Status Kehamilan	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak (Jika Ya, usia kehamilan: ____minggu / Perkiraan tanggal persalinan: ____/____/____(Thn/Bln/Tgl)			
2.9 Pregnancy status	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No (If yes, gestational age: ____weeks / Estimated date of delivery: ____/____/____(YYYY/MM/DD)			
2.10 Diagnosis Lainnya	Jika ada diagnosis lainnya yang dibuat atau tes yang dilakukan, sebutkan: _____ (misalnya cacar air, herpes zoster, campak, kudis, sifilis, malaria, dan sebagainya)			
2.10 Differential diagnosis	If any differential diagnosis was made or tests undergone, specify: _____ (e.g. chickenpox, shingles, measles, scabies, syphilis, malaria, and so on)			

3. Riwayat Perjalanan

👉Pilih atau isi riwayat perjalanan yang terkait dalam 21 hari sebelum muncul gejala

3. Travel history

👉Choose or fill out any relevant travel history within 21 days prior to symptom onset

3.1 Riwayat Perjalanan (dalam 21 hari)	<input type="checkbox"/> Ya (Jika ya, silakan ikuti semua pertanyaan di bawah ini di Bagian 3. Riwayat perjalanan)				
	<input type="checkbox"/> Tidak Ada (Pindah ke Bagian 4. Paparan Risiko)				
	<input type="checkbox"/> Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 3. Travel history)				
3.1 Travel history (within the past 21 days)	<input type="checkbox"/> None (Move to Section 4. Risk Exposure)				
3.2 Informasi imigrasi (ke dan dari Korea Selatan) 3.2 Immigration information (to and from South Korea)	Tanggal keberangkatan (dari Korea Selatan) (Date of Departure (from South Korea))		Tanggal kejadian dari gejala-gejala awal: ____/____/____(Thn/Bln/Tgl) ____/____/____(YYYY/MM/DD)		
	Tanggal kedatangan (Ke Korea Selatan) (Date of Arrival (To South Korea))		Tanggal kejadian dari gejala-gejala awal: ____/____/____(Thn/Bln/Tgl) Waktu ____/____/____(YYYY/MM/DD) Time		
	Jenis Transportasi (Modes of transportation)		<input type="checkbox"/> Pesawat (Nomor Penerbangan: _____ Nama Maskapai: _____ Nomor kursi: _____) <input type="checkbox"/> Kapal (Nomor penerbangan kapal: _____ Nama kapal: _____ Lokasi di mana sebagian besar waktu Anda tinggal: _____) <input type="checkbox"/> Air (Flight number: _____ Airline: _____ Seat number: _____) <input type="checkbox"/> Vessel/ship (Ship number: _____ Name of company: _____ Location where most time you remained: _____)		
3.3 Negara atau kota yang dikunjungi/periode kunjungan (3.3 Visited Countries or cities /period of visit)	Negara (Countries)	Kota (Cities)	Tanggal (Date)	Melalui bandara (Airport transit)	Apakah itu daerah endemik cacar monyet atau non-endemik? (Was it monkeypox endemic or non-endemic county?)
			~	<input type="radio"/> Ya	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak

				<input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
			~	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
			~	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
			~	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
			~	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
3.4 Orang yang menemani (3.4 Accompanying persons)	<input type="radio"/> Perjalanan/kunjungan sendiri <input type="radio"/> Didampingi dua orang atau lebih (anggota keluarga, rekan kerja, dan sebagainya; jumlah orang yang menemani::) <input type="radio"/> Solo travel/visit <input type="radio"/> Accompanying two or more persons (family members, co-workers, and so on; the number of accompanying persons:)				
3.5 Tujuan Kunjungan (3.5 Purpose of Visit)	<input type="radio"/> Perkumpulan/sosial/hobi <input type="radio"/> Perjalanan/pariwisata <input type="radio"/> Bisnis <input type="radio"/> Kegiatan misionaris <input type="radio"/> Kegiatan sukarela dan bantuan medis <input type="radio"/> Pekerjaan/Tempat Tinggal <input type="checkbox"/> Lainnya ()				

	<div><div><input type="radio"/> Fellowship/social/hobbies</div><div><input type="radio"/> Travel/tourism</div><div><input type="radio"/> Business</div><div><input type="radio"/> Missionary activities</div><div><input type="radio"/> Medical volunteering and relief activities</div><div><input type="radio"/> Work/Residence</div><div><input type="radio"/> Other ()</div></div>
--	---

4. Paparan Resiko

(4. Risk Exposure)

Pilih riwayat paparan resiko yang terkait dalam 21 hari sebelum muncul gejala

Choose any relevant history of risk exposure within 21 days prior to symptom onset

4.1 Riwayat kontak dengan pasien yang diduga atau dikonfirmasi cacar monyet	Apakah Anda memiliki kontak dengan orang yang <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak Diketahui		
(4.1 History of contact to suspected or confirmed monkeypox case)	dikonfirmasi atau diduga merupakan pasien cacar monyet?		
	Do you have any known contact with suspected or confirmed monkeypox case? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown		
	<div><div> Jika Ya,</div><div> If yes,</div></div>	<div>Hubungan: Tanggal dan Waktu Kontak:</div> <div>Lokasi Kontak:</div> <div>Bentuk Paparan:</div> <div><input type="radio"/> Kontak dalam rumah <input type="radio"/> Tinggal di tempat sama <input type="radio"/> Kontak Fisik <input type="checkbox"/> Lainnya ()</div> <div>Relationship: Date and time of contact:</div> <div>Location of contact:</div> <div>Exposure setting:</div> <div><input type="radio"/> household contact <input type="radio"/> a stay in the same place <input type="radio"/> physical contact <input type="radio"/> Other ()</div>	
4.2 Pengalaman apa pun yang diketahui tentang lingkungan risiko	Specify below		
(4.2 Any known experience of risk environment)	<div>Rincian Paparan</div> <div>(Details of exposure)</div>	<div>Tempat</div> <div>/Da</div> <div>era</div> <div>h</div> <div>(Place/</div> <div>area</div> <div>)</div>	<div>Tanggal dan Waktu</div> <div>(Date and time)</div>
	<div><input type="checkbox"/> Berpartisipasi dalam acara besar</div>		

	<input type="checkbox"/> Participation in large events		
	<input type="checkbox"/> Pekerjaan Laboratorium yang terkait (Kerja atau Kunjungan Sementara) <input type="checkbox"/> Laboratory exposures (work or temporary visit)		
	<input type="checkbox"/> Penanganan sampel yang terkait(termasuk pengumpulan, pengangkutan) <input type="checkbox"/> Specimens handling(incl. collection, transport)		
	<input type="radio"/> Lainnya (<input type="checkbox"/> Other ()		
4.3 Paparan Hewan (4.3 Animal exposure)	Apakah Anda pernah melakukan kontak dengan hewan ternak atau hewan liar? Have you ever had a contact with livestock or wild animals? <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak Diketahui		
	<div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/>Jika Ya, <input checked="" type="checkbox"/>If yes, </div>	Hewan (Jenis): Tanggal Kontak: Tempat Kontak: Sumber Kontak: <input type="checkbox"/> Hewan Peliharaan (Hewan Pengerat, dll.) <input type="checkbox"/> Bangkai Hewan Liar <input type="checkbox"/> Hewan Liar <input type="checkbox"/> Lainnya () Animal (specific): Date of contact: Place of contact: Source of contact: <input type="checkbox"/> Pet (rodents, etc.) <input type="checkbox"/> Wild animal carcass <input type="checkbox"/> Wild animal <input type="checkbox"/> Other ()	
4.4 Kontak seksual (dalam 3 minggu terakhir) (4.4 Sexual contact (within the last 3 weeks))	Apakah Anda pernah melakukan kontak seksual dalam 21 hari sebelum muncul gejala? (Have you had a sexual contact within 21 days prior to symptom onset?)	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Tidak Diketahui <input type="radio"/> Menolak untuk menanggapi <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> Refuse to respond	

	<p>☞ Jika Ya,</p> <p>☞ If yes,</p>	<p>Jumlah Partner: <input type="radio"/>1 <input type="radio"/>2 atau lebih <input type="radio"/>Menolak untuk menanggapi</p> <p>Hubungan dengan partner: <input type="radio"/>Pasangan <input type="radio"/>Kenalan <input type="radio"/>Secara Kebetulan</p> <p><input type="radio"/>Menolak untuk menanggapi</p> <p>Number of partners: <input type="radio"/>1 <input type="radio"/>2 or more <input type="radio"/>Refuse to respond</p> <p>Relationship with partner(s): <input type="radio"/>Spouse <input type="radio"/>Acquaintances <input type="radio"/>by chance</p> <p><input type="radio"/>Refuse to respond</p>
4.5 Riwayat donor transfusi darah (4.5 Blood transfusion donation history)	<p>Apakah Anda pernah mendonorkan darah atau menerima transfusi darah dalam waktu 21 hari sebelum timbulnya gejala?</p> <p><input type="radio"/>Ya <input type="radio"/>Tidak</p> <p>Have you ever donated blood or received blood transfusion within 21 days prior symptom onset?</p> <p><input type="radio"/>Yes <input type="radio"/>No</p>	
	<p>☞ Jika Ya,</p> <p>☞ If yes,</p>	<p><input type="checkbox"/>Mendonorkan Tempat: Tanggal: ____/____/____(Thn/Bln/Tgl)</p> <p><input type="checkbox"/>Menerima Tempat: Tanggal: ____/____/____(Thn/Bln/Tgl)</p> <p><input type="checkbox"/>Donated Place: Date: ____/____/____(YYYY/MM/DD)</p> <p><input type="checkbox"/>Received Place: Date: ____/____/____(YYYY/MM/DD)</p>
4.6 Paparan lain yang dicurigai (4.6 Other suspected exposures)	<p>Jelaskan (Specify)</p>	

<p>(5. Klasifikasi dan Pengelolaan Kasus)</p> <p>(5. Case classification and Management)</p>	<p>☞Pilih atau isilah apa pun item yang terkait</p> <p>☞Choose or fill out any relevant items</p>
5.1 Tanggal Penerimaan Laporan (5.1 Date of notification received)	<p>____/____/____(Thn/Bln/Tgl) Waktu</p> <p>____/____/____(YYYY/MM/DD) Time:</p>

5.2 Hasil klasifikasi kasus (5.2 Outcome of case classification)	Hubungan Epidemiologi (Epidemiological links)	<input type="radio"/> Ya (kunjungan ke negara wabah atau paparan risiko yang terkonfirmasi) <input type="radio"/> Tidak (tidak ada riwayat kunjungan ke negara wabah) <input type="radio"/> Yes (visits to outbreak countries or confirmation of risks exposure) <input type="radio"/> No (no history of visit to an outbreak country)
	Tanda-tanda Klinis dan Gejala-gejala (Clinical signs and symptoms)	<input type="radio"/> Menemukan perasaan kasus yang dicurigai atau dikonfirmasi <input type="radio"/> Gagal menemukan perasaan kasus yang dicurigai atau dikonfirmasi <input type="radio"/> Meet the suspected or confirmed case definition <input type="radio"/> Fail to meet the suspected or confirmed case definitions
	Hasil klasifikasi kasus (Outcome of case classification)	<input type="radio"/> Pasien yang dicurigai <input type="radio"/> Bukan Kasus <input type="radio"/> Suspected case <input type="radio"/> Not a case

<Catatan tentang klasifikasi kasus> <Note on case classification> <div> ★Sebagai subjek di bangsal terisolasi dan tunduk pada pengujian (★ Admitted in the isolated ward and subject to testing) </div>	Tanda-tanda dan Gejala-gejala Klinis Cacar Monyet (Monkeypox clinical signs and symptoms)		
	Klasifikasi (Classification)		Gagal Memenuhi Kriteria Klinis (Gejala non spesifik) (Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms))
	Hubungan Epidemiologi (Level Resiko) (Epidemiological links (Risk level))	Ada (Presence) Tidak Ada (Absence)	Pasien yang dicurigai (Suspected case) Tidak Diterapkan (Not applicable) Not applicable Not applicable

)		
	<p>※ Kasus ini mungkin dianggap sudah didiagnosiskan oleh profesional medis di bidang penyakit menular, proktologi, urologi dan dermatologi, meskipun kasus cacar monyet tidak memiliki hubungan epidemiologis. Namun, kasus tersebut harus dikonfirmasi ulang oleh petugas investigasi epidemiologi dari pemerintah daerah dan Badan Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Menular Daerah Pusat untuk mengidentifikasi apakah kasus tersebut memenuhi kriteria investigasi kasus yang termasuk dalam hubungan epidemiologis dan diagnosis eksklusif.</p> <p>(※ The case is considered probable upon diagnosis by medical professionals in infectious disease, proctology, urology and dermatology, even though a monkeypox case doesn't have any epidemiological link. However, the case should be reconfirmed by epidemiological investigation officers from regional governments and regional Centers for Disease Control and prevention Agency to identify whether the case meets the case investigation criteria including epidemiological links and exclusive diagnosis.)</p>			
5.3 Pemindahan Pasien (5.3 Patient transfer)	Pemindahan Pasien (Patient transfer)	<input type="radio"/> Pemindahan <input type="radio"/> TIDAK Dibutuhkan (karena institusi medis memiliki unit tempat tidur isolasi)) <input type="radio"/> TIDAK memenuhi syarat (bukan kasus)		
	Sarana transportasi (Means of transport)	<input type="radio"/> Puskesmas <input type="radio"/> Stasiun Karantina <input type="radio"/> Ambulans 119 <input type="radio"/> Lainnya (<input type="radio"/> Public Health Center <input type="radio"/> Quarantine Station <input type="radio"/> 119 Ambulance <input type="radio"/> Other: _____		
5.4 Karantina (5.4 Quarantine)	Lokasi Isolasi (Location of isolation)	<input type="radio"/> Tempat tidur perawatan rawat inap yang ditunjuk Pemerintah <input type="radio"/> Tempat tidur isolasi tekanan negatif di rumah sakit umum <input type="radio"/> Lainnya (Jelaskan: _____) <input type="radio"/> Government-designated inpatient treatment beds <input type="radio"/> Negative pressure isolation beds in general hospitals		

				<input type="radio"/> Other ()
	<input type="radio"/> Jaringan Luka Kulit <input type="radio"/> Skin lesion tissue <input type="radio"/> Tidak Dilaksanakan <input type="radio"/> Not performed	Tanggal: ____/____/____ __(Thn/Bln/Tgl) ____/____/____ (YYYY/MM/DD)	<input type="radio"/> Badan Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Korea <input type="radio"/> Lembaga Penelitian Kesehatan Masyarakat dan Lingkungan Hidup <input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute	<input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Negatif <input type="radio"/> Tertunda <input type="radio"/> Sedang Diproses <input type="radio"/> Lainnya () <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ()
	<input type="radio"/> Koreng <input type="radio"/> Scab <input type="radio"/> Tidak Dilaksanakan <input type="radio"/> Not performed	Tanggal: ____/____/____ __(Thn/Bln/Tgl) ____/____/____ (YYYY/MM/DD)	<input type="radio"/> Badan Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Korea <input type="radio"/> Lembaga Penelitian Kesehatan Masyarakat dan Lingkungan Hidup <input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute	<input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Negatif <input type="radio"/> Tertunda <input type="radio"/> Sedang Diproses <input type="radio"/> Lainnya () <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ()
<input type="radio"/> Noda orofaringeal <input type="radio"/> Oropharyngeal smear <input type="radio"/> Tidak Dilaksanakan <input type="radio"/> Not performed	Tanggal: ____/____/____ __(Thn/Bln/Tgl) ____/____/____ (YYYY/MM/DD)	<input type="radio"/> Badan Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Korea <input type="radio"/> Lembaga Penelitian Kesehatan Masyarakat dan Lingkungan Hidup <input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute	<input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Negatif <input type="radio"/> Tertunda <input type="radio"/> Sedang Diproses <input type="radio"/> Lainnya () <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ()	

	<input type="radio"/> Darah <input type="radio"/> Blood <input type="radio"/> Tidak Dilaksanakan <input type="radio"/> Not performed	Tanggal: ____/____/____ __ (Thn/Bln/Tgl) ____/____/____ (YYYY/MM/DD)	<input type="radio"/> Badan Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Korea <input type="radio"/> Lembaga Penelitian Kesehatan Masyarakat dan Lingkungan Hidup <input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute	<input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Negatif <input type="radio"/> Tertunda <input type="radio"/> Sedang Diproses <input type="radio"/> Lainnya () <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ()
	<input type="radio"/> Lainnya () Other () <input type="radio"/> Tidak Dilaksanakan <input type="radio"/> Not performed	Tanggal: ____/____/____ __ (Thn/Bln/Tgl) ____/____/____ (YYYY/MM/DD)	<input type="radio"/> Badan Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Korea <input type="radio"/> Lembaga Penelitian Kesehatan Masyarakat dan Lingkungan Hidup <input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute	<input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Negatif <input type="radio"/> Tertunda <input type="radio"/> Sedang Diproses <input type="radio"/> Lainnya () <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ()

7. Status Kontak (7. Contact Status)		🗨️ Pilih atau isilah item-item yang terkait di bawah ini 🗨️ Choose or fill out any relevant items below	
7.1 Kontak (Apakah Anda pernah melakukan kontak dengan siapa pun setelah muncul gejala?) (7.1 Contacts (Have you had contact with anyone after the onset of symptoms?))	<input type="radio"/> Ya (Jika ya, silakan ikuti semua pertanyaan di bawah ini di Bagian 7. Status Kontak) <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 7. Contacts Status) <input type="radio"/> No		
	Berapa banyak yang terkontak yang dimiliki kasus ini sejak muncul gejala? (How many contacts the case has had since the onset of symptoms?)	🗨️ Jumlah (🗨️ Total	Orang person(s))
	• Anggota keluarga dan orang yang tinggal di bersama (• Family members and live-in person(s))		Orang (person(s))

	<p>•Mereka yang terkontak di Institusi medis</p> <p>(Nama Institusi:)</p> <p>Orang person(s)</p> <p>(•Those from medical institution(s))</p> <p>(Institution(s) Name:)</p>
	<p>•Orang-orang yang bepergian dengan sarana transportasi yang sama</p> <p>(Jelaskan:)</p> <p>Orang person(s)</p> <p>(•People commuted/traveled via the same transport)</p> <p>(Specify:)</p>
	<p>Lainnya ()</p> <p>Orang person(s)</p> <p>•Other ()</p>
	<p>*Untuk penyelidikan yang terkontak dan rincian yang terkait, gunakan 'Formulir Survei Kontak dan Paparan' yang terpisah</p> <p>(*For contacts investigation and relevant details, use a separate 'Contact and Exposure Survey Form')</p> <p>*Silakan merujuk ke 'Panduan Respons Cacar Monyet' untuk mendaftarkan yang terkontak di sistem web</p> <p>(*Please refer to the 'monkeypox response guideline' for registering contacts on the web system)</p>

<p>8. Keputusan Terakhir</p> <p>(8. Final decision)</p>	<p>☞Pilih atau isilah item-item yang terkait di bawah ini</p> <p>☞Choose or fill out any relevant items below</p>
<p>8.1 Hasil Pengelolaan Kasus</p> <p>(8.1 case management result)</p>	<p><input type="radio"/> Dalam Perawatan <input type="radio"/> Dipulangkan setelah pemulihan (__/__/__(Thn/Bln/Tgl) <input type="radio"/> Meninggal __/__/__(Thn/Bln/Tgl)</p> <p><input type="radio"/> Under treatment <input type="radio"/> Discharged after recovery (__/__/__(YYYY/MM/DD) <input type="radio"/> Died __/__/__(YYYY/MM/DD)</p>
<p>8.2 Hasil Terakhir</p> <p>(8.2 Final result)</p>	<p><input type="radio"/> Pasien Terkonfirmasi <input type="radio"/> Pasien yang diduga <input type="radio"/> Bukan pasien (Diagnosa:)</p> <p><input type="radio"/> Confirmed case <input type="radio"/> Suspected case <input type="radio"/> Not a patient (Diagnosis:)</p>
	<p>☞Jika pasien dikonfirmasi sebagai 'Pasien Cacar Monyet', tunjukkan karakteristik klinis:</p> <p>(☞If case is confirmed as 'monkeypox patient', indicate clinical characteristics:)</p>

9. Pelacakan Kontak (9. Contact tracing)

Pilih atau isilah item-item yang terkait di bawah ini

Choose or fill out any relevant items below

9.1 Hasil-hasil pelacakan kontak (9.1 Contact tracing results)	<input type="radio"/> Sedang Berlangsung <input type="radio"/> Selesai <input type="radio"/> Ongoing <input type="radio"/> Finished				
	Jumlah yang terkontak: Jumlah Orang Pasien: Orang (Nama:) (Number of Contacts: Total person/s) Patient: person (name:)				
	<table> <tr> <td> Jumlah yang terkontak dalam keluarga yang tinggal bersama (Number of contacts in the live-in family) </td> <td> <input type="radio"/> Ya (Orang) <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No </td> <td> Jumlah yang terkontak selain keluarga yang tinggal bersama (termasuk petugas kesehatan) (Number of contacts other than live-in family (incl. health care workers)) </td> <td> <input type="radio"/> Ya (Orang) <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes (person/s) <input type="radio"/> No </td> </tr> </table>	Jumlah yang terkontak dalam keluarga yang tinggal bersama (Number of contacts in the live-in family)	<input type="radio"/> Ya (Orang) <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Jumlah yang terkontak selain keluarga yang tinggal bersama (termasuk petugas kesehatan) (Number of contacts other than live-in family (incl. health care workers))	<input type="radio"/> Ya (Orang) <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes (person/s) <input type="radio"/> No
Jumlah yang terkontak dalam keluarga yang tinggal bersama (Number of contacts in the live-in family)	<input type="radio"/> Ya (Orang) <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Jumlah yang terkontak selain keluarga yang tinggal bersama (termasuk petugas kesehatan) (Number of contacts other than live-in family (incl. health care workers))	<input type="radio"/> Ya (Orang) <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Yes (person/s) <input type="radio"/> No		

9.2 Daftar yang terkontak

(9.2 List of contacts)

Nama (+) (Name) (+)	Tanggal Lahir (Day of Birth)	Jenis Kelamin (Gender)	Hubungan (Relationship)	Tanggal Kontak Terakhir (Date of the latest contact)	Alamat (Kota, Kabupaten, Gu (Address (city, county, gu))	Nomor Ponsel (Mobile number)	Kewarganegaraan (Nationality)	Pekerjaan (Occupation)	Nama tempat kerja (Name of work place)	Gejala-gejala (Symptoms)	Level Paparan Resiko (Risk exposure level)	Status Karantina (Quarantine status)	Vaksinasi Cacar (Smallpox vaccination)
---------------------------	------------------------------------	---------------------------	----------------------------	---	--	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------	---	-----------------------------	---	---	--

[illegible]