



# INSTRUMEN SELF ASSESSMENT UNTUK PENGUNJUNG Gd. RADIANT GROUP

SELF ASSESSMENT INSTRUMENT FOR VISITORS TO RADIANT GROUP BUILDING

Nama/ Name : \_\_\_\_\_

Suhu Tubuh

Body temperature

NIK (No KTP)/ID Card No : \_\_\_\_\_

0°C

Perusahaan/ Company : \_\_\_\_\_

Tanggal/ Date : \_\_\_\_\_

Tujuan / Purpose : \_\_\_\_\_

Demi kesehatan dan keselamatan bersama di tempat kerja, anda harus **JUJUR** dalam menjawab pertanyaan dibawah ini.

For the sake of health and safety at work, you must be **HONEST** in answering the questions below.

No.	PERTANYAAN <b>QUESTION</b>	YA <b>YES</b>	TIDAK <b>NO</b>	KETERANGAN <b>REMARK</b>
1.	Apakah Anda sudah mendapatkan vaksinasi minimal dosis kedua Covid-19 dan terdaftar di aplikasi elektronik "Peduli Lindungi" sesuai dengan ketentuan yang berlaku?  <i>Have you received of the minimum second dose of Covid-19 vaccination and registered in the "Peduli Lindungi" electronic application in accordance with applicable regulations?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* Jika tidak terdaftar di aplikasi elektronik "Peduli Lindungi" maka dibuktikan dengan sertifikat vaksin Covid 19 secara hardcopy atau softcopy <i>If it is not registered in the "Peduli Lindungi" application, should be proven by a hardcopy or softcopy Covid 19 vaccine certificate</i>

Dalam 14 hari terakhir, apakah anda pernah mengalami hal-hal berikut :

*During the last 14 days, have you experienced any of the following:*

2.	Apakah pernah keluar rumah/ tempat umum (pasar, fasyankes, kerumunan orang dan lain-lain)?  <i>Have you ever left your house/public place (markets, health facilities, crowds of people) and others)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Apakah pernah menggunakan transportasi umum ?  <i>Have you ever used public transportation?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Apakah anda mengikuti kegiatan yang melibatkan orang banyak ?  <i>Do you participate in activities that involve a lot of people</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

No.	PERTANYAAN <i>QUESTION</i>	YA <i>YES</i>	TIDAK <i>NO</i>	KETERANGAN <i>REMARK</i>
5.	Apakah pernah melakukan perjalanan ke luar kota/ internasional ? (wilayah yang terjangkit/ zona merah) ?  <i>Have you ever traveled out of town/internationally? (infectious area/red zone)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nama lokasi : <i>Name of location</i>
6.	Apakah memiliki riwayat kontak erat dengan orang yang dinyatakan ODP, PDP atau konfirm COVID-19 (berjabat tangan, berbicara, berada dalam satu ruangan/ satu rumah) ?  <i>Do you have a history of close contact with people who are declared ODP, PDP or confirmed COVID-19 (shake hands, talk, are in the same room/ one house) ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Apakah Anda saat ini mengalami gejala sebagai berikut, mohon isi pertanyaan di bawah ini: <i>Are you currently experiencing below symptoms, please fill below:?</i>  1. Demam dengan suhu diatas 37,3 C / Fever with temperature above 37.3 C 2. Batuk / Cough 3. Sesak Napas / Shortness of Breath 4. Sakit Kepala / Headache 5. Diare / Diarrhea 6. Tidak ada keluhan diatas / None of above	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Jakarta, .....

---

