

Form 2.

FORM PEMANTAUAN MANDIRI

Nama Mahasiswa/Dosen :

Tanggal Pemeriksaan Pertama :

No	Keluhan/Gejala		Hari														
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1	Demam*)	Suhu pagi															
		Suhu sore															
2	Batuk**)																
3	Pilek**)																
4	Nyeri tenggorokan**)																
5	Sesak/sulit bernafas**)																

*) Silakan diisi dengan suhu badan yang diukur dari termometer sendiri di rumah masing – masing

***) Silakan diisi tanda jika memang muncul gejala tersebut