



PEMERINTAH KOTA TANGERANG
DINAS KESEHATAN

Jl. Daan Mogot No. 69 Telp. (021) 5523676 Tangerang

Website : dinkes.tangerangkota.go.id / Email: dinkes@tangerangkota.go.id

FORMULIR MONITORING DAN EVALUASI APOTEK

I. Data Dasar Apotek

Nama Apotek : Apotek adn 2
Alamat : Tangerang
Kecamatan : BENDA
Kelurahan : BENDA
NIB : 432342
No SIA : 43242erw Berlaku : 08-Apr-2020

II. Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Kefarmasian

ASPEK LEGALITAS		
ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN		Keterangan
1. Izin Operasional / Penetapan Kelas		
2. Izin Mendirikan RS		
3. Izin Mendirikan Bangunan		
4. Struktur organisasi RS		
5. Profil Rumah Sakit terbaru		
6. SK PONEK		
7. Surat penugasan klinis staf medis		
8. Sertifikat Akreditasi RS		
9. SK/Sertifikat Penetapan Kelas RS		
10. tset lagi		

Nilai	Jumlah nilai/ 10 x 100	
Dokter Umum		Keterangan
Nilai	Jumlah nilai/ 0 x 100	
Dokter Umum		Keterangan
Nilai	Jumlah nilai/ 0 x 100	
Dokter Umum		Keterangan
Nilai	Jumlah nilai/ 0 x 100	
SDM		
PELAYANAN KEPERAWATAN & KBIDANAN		Keterangan
1. Asuhan Keperawatan Generalis & Spesialis		
2. Asuhan Kebidanan		
Nilai	Jumlah nilai/ 2 x 100	
PELAYANAN PENUNJANG KLINIK		Keterangan
1. BDRS		
2. Perawatan Intensif		
3. Gizi		
4. Sterilisasi Instrumen		
5. Rekam Medik		

Nilai	Jumlah nilai/ 5 x 100	
TESTING		
1. BAP testing adn	testing	Keterangan
a. adsf		
2. fdsf		
Nilai	Jumlah nilai/ 2 x 100	

III. Hasil Penilaian

Nilai Legalitas Apotek :
 Nilai SDM Apotek :
 Nilai Sarana dan Prasarana :
 Nilai Pengelolaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai :
 Nilai Pelayanan Farmasi Klinik :
 Nilai Rata-rata :
 Kategori Tingkat Kepatuhan :

*) Catatan :
Kategori tingkat kepatuhan apotek
 Baik : 76-100
 Cukup Baik : 61-75
 Kurang : 0-60

Mengetahui,
 Penanggung Jawab

Tangerang,.....
 Petugas

.....
 1.....
 2.....
 3.....

PERINTAH PERBAIKAN SARANA APOTEK

Kepada Yth.

NAMA APOTEKER PENANGGUNG JAWAB :

NAMA APOTEK :

NOMOR SURAT IZIN SARANA (APOTEK) :

ALAMAT :

Berdasarkan hasil pemeriksaan yang telah dilaksanakan pada tanggal : Ternyata disarana apotek saudara ditemukan adanya kekurangan dari persyaratan yang perlu segera diperbaiki, berikut ini :

[illegible]

Kekurangan tersebut harus diperbaiki dalam waktu : dari tanggal pemeriksaan.
Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Mengetahui,
Setuju diperbaiki
Apoteker Penanggung Jawab

Tangerang,.....
Petugas

1.....

2.....

3.....

No.SIPA.