



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	32dsa	fds
2. Izin Mendirikan RS	443	fsdf
3. Izin Mendirikan Bangunan	ew34	fs
4. Struktur organisasi RS	4324	fds
5. Profil Rumah Sakit terbaru	42	fsdf
6. SK PONEK	453	fsd
7. Surat penugasan klinis staf medis	5646	fsd
8. Sertifikat Akreditasi RS	456	fdsaf
9. SK/Sertifikat Penetapan Kelas RS	654	asdfsfa
10. Test lagi	354	erw

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	543555	erewr
2. Asuhan Kebidanan	5433	rasdf
Nilai	Jumlah nilai/ 2 x 100	
PELAYANAN PENUNJANG KLINIK		Keterangan
1. BDRS	rwr	dsfa
2. Perawatan Intensif	rwe	fsa
3. Gizi	rwr	dsefs
4. Sterilisasi Instrumen	tre	rewr
5. Rekam Medik	etrterettrerre	rewr
Nilai	Jumlah nilai/ 5 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.