

Formulir II.1

CEKLIS PEMERIKSAAN
IZIN OPERASIONAL FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN
TAHUN 2021

PELAKSANAAN	
1.	Hari/Tanggal Pemeriksaan :
2.	Petugas Pemeriksa
a.	Nama Petugas :
	Jabatan :
	Instansi :
b.	Nama Petugas :
	Jabatan :
	Instansi :
INFORMASI SARANA	
1.	Nama Sarana :
2.	Alamat Sarana (alamat fisik)
	Alamat :
	Kelurahan/Desa :
	Kecamatan :
	Kode Pos :
	Kabupaten/Kota :
	Provinsi :
3.	Izin Sarana
	Nomor Izin Sarana :
	Tanggal Terbit Izin :
	Tanggal Berlaku Izin :
4.	Nama Penanggung Jawab Sarana :
5.	a. Nomor SIPA/SIPTTK :
	b. Tanggal Terbit SIPA/SIPTTK :
	c. Tanggal Berlaku SIPA/SIPTTK :
6.	Nomor STRA/STRTTK :

7. NPWP Fasilitas Pelayanan :
Kefarmasian
8. Nama Pemilik Sarana :
9. Nomor Telepon/Hp. Sarana :
10. Alamat email sarana :

ASPEK PEMERIKSAAN

(Jawablah pertanyaan sesuai dengan hasil observasi!)

PERIZINAN

- | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Apakah izin operasional Fasilitas Pelayanan Kefarmasian masih berlaku?
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| 2. | Apakah Fasilitas Pelayanan Kefarmasian masih beroperasi?
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Jika memilih " Tidak " sebutkan alasannya: |
| 3. | Apakah alamat/lokasi Fasilitas Pelayanan Kefarmasian masih sesuai dengan Surat Izin Operasionalnya?
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Jika memilih " Tidak " sebutkan alasannya: |
| 4. | Apakah SIPA/SIPTTK Penanggungjawab Fasilitas Pelayanan Kefarmasian masih berlaku?
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Jika memilih " Tidak " sebutkan alasannya: |

PERSONALIA

- | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Apakah Penanggungjawab sarana (Apoteker/TTK) masih bekerja di fasilitas pelayanan kefarmasian sesuai dengan SIPA/SIPTTK?
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Jika memilih " Tidak " sebutkan alasannya: |
| 2. | Apakah Apoteker/TTK penanggungjawab juga bekerja di tempat lain?
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Jika memilih " Ya " sebutkan dimana: |
| 3. | Apakah di Apotek juga tersedia sekurang-kurangnya 1 (satu) orang Tenaga Teknis Kefarmasian? |

	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
BANGUNAN DAN SARANA PRASARANA		
1.	Apakah ruang penyimpanan obat cukup memadai serta tersedia lemari dan/atau rak untuk menyimpan obat?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
2.	Apakah tersedia pendingin ruangan dan alat pengukur suhu (termometer) di ruang penyimpanan obat?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
3.	Apakah bangunan fasilitas pelayanan kefarmasian sudah memperhatikan keamanan dalam penyimpanan obat?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
4.	Apakah bangunan fasilitas pelayanan kefarmasian sudah dilengkapi dengan ventilasi dan pencahayaan yang cukup terang sehingga menjamin pelaksanaan tugas dan fungsi praktik kefarmasian?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
5.	Apakah di Apotek tersedia lemari khusus penyimpanan Narkotika dan/atau Psikotropika sesuai dengan ketentuan perundang-undangan (berkunci ganda, kuat dan tidak mudah dipindahkan)?*	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
6.	Apakah di Apotek sudah tersedia blanko etiket untuk penyerahan obat resep?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
7.	Apakah di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian sudah tersedia blanko surat pesanan untuk pengadaan obat, blanko kartu stok/buku pencatatan mutasi obat?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
8.	Apakah penyimpanan obat sudah dilengkapi dengan kartu stok (manual dan/atau elektronik) yang sudah mencantumkan informasi nomor bets dan tanggal kedaluwarsa obat?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
9.	Jika fasilitas pelayanan kefarmasian menyimpan produk rantai dingin (<i>Cold Chain Product / CCP</i>), apakah fasilitas pelayanan kefarmasian sudah	

16.	Apakah fasilitas pelayanan kefarmasian melakukan kegiatan di luar fungsinya, misal melakukan kegiatan produksi dan/atau distribusi/penyaluran obat?
	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
CATATAN PETUGAS <i>(Catatan diisi oleh Petugas Pemeriksa apabila ada hal lain yang perlu dilaporkan)</i>	

Terhadap keseluruhan ketidaksesuaian agar dilakukan perbaikan/pemenuhan kesesuaian paling lambat 1 (satu) bulan sejak tanggal pemeriksaan dan dilaporkan kepada Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota.

Demikian hasil pemeriksaan ini dilaksanakan dengan sebenar-benarnya, diketahui dan disetujui oleh kedua belah pihak.

Batang,

Pihak Sarana

(.....)

Pemeriksa,

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.