

C. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN APOTEKER (Isilah jawaban yang sesuai!)				
NO.	PERTANYAAN	JAWABAN		
		YA	TIDAK	
1.	INFORMASI UMUM			
1.1.	Apakah anda secara periodik memeriksakan kesehatan?			
1.2.	Kapan anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan? Tahun _____			
1.3.	Apakah anda dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?			
2.	RIWAYAT PENYAKIT DAN DISABILITAS			
2.1.	Apakah anda pernah dirawat di rumah sakit?			
2.2.	Jika ya, jelaskan untuk penyakit apa saja Anda dirawat?			
	a. _____ tahun _____			
	b. _____ tahun _____			
	c. _____ tahun _____			
	d. _____ tahun _____			
	e. _____ tahun _____			
2.3.	Apakah saat ini anda mempunyai suatu disabilitas (ketidakmampuan tertentu dalam bekerja)?			
2.4.	Apakah disabilitas tersebut tidak dapat dikoreksi?			
2.5.	Apakah disabilitas tersebut mengganggu pelayanan kefarmasian yang anda lakukan?			
2.6.	Jika ada disabilitas, apakah anda mengalami :			
	a. Gangguan kekuatan fisik			
	b. Gangguan ketrampilan motorik (tremor, kelemahan otot)			
	c. Gangguan pendengaran yang mengganggu komunikasi interpersonal			
	d. Gangguan bicara yang mengganggu komunikasi interpersonal			
	e. Gangguan penglihatan berat (tidak dapat membaca font ukuran 12 tanpa lensa pembesar)			
	f. Gangguan memori			
	g. Gangguan mental			
3.	RIWAYAT PENGOBATAN DAN KEBIASAAN			
3.1.	Apakah anda saat ini sedang menjalani pengobatan?			
3.2.	Jika ya, yaitu pengobatan _____			
3.3.	Apakah pengobatan tersebut dapat mempengaruhi kinerja anda?			
3.4.	Apakah anda suka mengonsumsi alkohol dan/atau obat-obat golongan Psikotropika/Narkotika?			

RESUME

Jika anda sedang dalam pengobatan dan/atau ada disabilitas, mohon beri keterangan singkat mengenai kondisi anda pada kolom di bawah ini :

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan, bahwa semua keterangan yang saya berikan adalah benar, sesuai dengan keadaan saat ini. Jika di kemudian hari ternyata diketahui ada keterangan yang tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi berupa pencabutan STRA (Surat Tanda Registrasi Apoteker) sesuai ketentuan yang berlaku.

MATERAI
Rp. 6.000,-

.....

SURAT KETERANGAN SEHAT FISIK DAN MENTAL

(Untuk Persyaratan Surat Tanda Registrasi Apoteker)

Nomor :

Sesuai dengan keterangan dari pemohon dan hasil pemeriksaan Majelis Penguji Kesehatan (jika ada), maka dengan ini menerangkan bahwa :

N a m a :

Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan

Tempat/Tanggal Lahir :

Alamat :

.....

Kompetensi : 1. Apoteker Pelayanan
2. Apoteker Industri
3. Apoteker Distribusi
4. Lainnya

Pada pemeriksaan hari ini dinyatakan :

- SEHAT secara Fisik dan Mental untuk melaksanakan praktik/pekerjaan kefarmasian.
- Kondisi kesehatan Fisik dan Mental untuk sementara BELUM memenuhi syarat kesehatan dan memerlukan pengobatan/perawatan, dan perlu pemeriksaan kesehatan ulang setelah selesai pengobatan/perawatan.
- Kondisi kesehatan Fisik dan Mental TIDAK memungkinkan untuk melaksanakan praktik/pekerjaan kefarmasian.

.....
SIP No.: