

KOP DINAS KESEHATAN KOTA DEPOK

**BERITA ACARA PEMERIKSAAN
PELAYANAN DIALISIS**

Nama sarana :

Alamat :

.....

.....

Telepon :

Tanggal pemeriksaan :

1. persyaratan sarana dan prasarana
 - ruang peralatan mesin hemodialisis : ada / tidak
 - ruang pemeriksaan dokter : ada / tidak
 - ruang tindakan : ada / tidak
 - ruang perawatan : ada / tidak
 - ruang sterilisasi : ada / tidak
 - ruang penyimpanan obat dan ruang penunjang medik : ada / tidak
 - ruang administrasi dan ruang tunggu : ada / tidak

2. peralatan
 - mesin hemodialisis siap pakai : ada / tidak (min.4 buah)
 - peralatan medik : ada / tidak
 - peralatan reuse dialiser manual atau otomatis : ada / tidak
 - peralatan sterilisasi alat medis : ada / tidak
 - peralatan pengolahan air untuk dialisis : ada / tidak

3. persyaratan ketenagaan
 - supervisor :
(konsultan ginjal hipertensi)
 - penanggung jawab :
(Sp.PD KGH atau Sp.PD yang terlatih)
 - perawat mahir : (min.3 orang)
.....
.....
 - teknisi elektromedik :
 - tenaga administrasi :

4. pengelolaan limbah yang baik
 - IPAL : ada / tidak
 - Limbah padat : ada/ tidak, MOU dengan

Kesimpulan

Tidak / memenuhi syarat

Tidak/ dapat diberikan izin penyelenggaraan dialisis

Kewajiban

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

Mengetahui
Pemohon

(.....)

Depok,

Pemeriksa

(.....)

Nip.

(.....)

Nip.