

**BERKAS PERMOHONAN**

**SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

**Berlaku sejak permohonan survei akreditasi**

Tanggal………………bulan……………..tahun…………….

**LEMBAGA AKREDITASI FASILITAS KESEHATAN INDONESIA**

Sekretariat :

Sarana Square Lantai 3A Unit E Timur

Jl. Tebet Barat IV No. 20 RT 8/ RW 2, Tebet Barat, Kec. Tebet

Jakarta Selatan 12810

Provinsi DKI Jakarta

Telp : HP/Wa. 081384658899

1. **DATA RUMAH SAKIT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nama RS**  Digunakan di sertifikat. Maksimum 60 huruf. |  | |
| **Jenis RS** | [ ] RS Umum  [ ] RS Khusus, sebutkan ............... | |
| **Kepemilikan RS**  Beri tanda [ v ] yang sesuai kenyataan | RS Pemerintah   * [ ] Pemerintah Pusat * [ ] Pemerintah Provinsi * [ ] Pemerintah Kabupaten * [ ] Pemerintah Kota * [ ] TNI/Kepolisian   RS Swasta   * [ ] PT (persahaan terbatas) * [ ] Yayasan * [ ] Perkumpulan * [ ] Lain-lain | |
| **Alamat RS** |  | |
| **No telpun** |  | |
| **No faksimil** |  | |
| **E-mail** |  | |
| **Alamat web** |  | |
| **Jumlah TT** |  | |
| **Kelas RS** |  | |
| **Ijin Operasional RS** | Nomor Ijin | |
| Berlaku sampai dengan : | |
| **Ijin IPAL/IPLC** | Nomor ijin | |
| berlaku sampai dengan | |
| **Direktur/Kepala RS** | Nama (lengkap dengan gelar akademik) |  |
| No HP |  |
| Alamat Email |  |
| **Ketua Tim Akreditasi** | Nama (lengkap dengan gelar akademik) |  |
| No HP |  |
| Alamat Email |  |
| **Kontak Person Rumah Sakit dari RS** | Nama orang |  |
| Jabatan |  |
| No HP |  |
| Alamat email |  |

1. **DATA LAYANAN RUMAH SAKIT**

|  |  |
| --- | --- |
| Jumlah kunjungan rata- rata Rawat Jalan dalam sebulan |  |
| Jumlah kunjungan rata- rata Gawat Darurat dalam sebulan |  |
| Jumlah tempat tidur rata- rata terisi dalam sebulan |  |
| BOR |  |
| LOS |  |
| BTO |  |
| TOI |  |

1. **SARANA RUMAH SAKIT**
2. Jenis layanan yang tersedia :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ruang Layanan** | **TT** |  | **JENIS LAYANAN LAIN** |  |
| 1. IGD |  |  | 1. Hemodialisa |  |
| 1. ICU |  |  | 1. Hiperbarik |  |
| 1. ICCU |  |  | 1. MRI |  |
| 1. HCU |  |  | 1. CT Scan |  |
| 1. NICU / PICU |  |  | 1. Katerisasi Jantung |  |
| 1. Kamar bedah |  |  | 1. Katerisasi Otak |  |
| 1. Kamar Bayi |  |  | 1. Radioterapi |  |
|  |  |  | 1. Kemoterapi |  |
|  |  |  | 1. Stroke Center |  |
|  |  |  | 1. Luka bakar center |  |
|  |  |  | 1. Thalasemi center |  |
|  |  |  | 1. Pusat Jantung terpadu |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Penggunaan untuk kegiatan pendidikan; siapkan dokumen perjanjian kerjasamanya :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jenis program studi** | **Jumlah lembaga** | **Peserta per bulan** |
| 1. Pra Sarjana Kedokteran |  |  |
| 1. PPDS I |  |  |
| 1. Program D-3 Keperawatan |  |  |
| 1. Program Ners |  |  |
| 1. Program D-3 Tenaga Kesehatan Lain |  |  |

1. **PENGAJUAN YANG TIDAK DAPAT DITERAPKAN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIUSULKAN OLEH RS** | | | | **PERSETUJUAN LAFKI** | |
| **BAB** | **STANDAR** | **ELEMEN PENILAIAN** | **DASAR PERTIMBANGAN** | **SETUJU/TIDAK SETUJU** | **PENJELASAN** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**V. LOKASI RS DAN HOTEL**

1. **Keterangan pencapaian ke rumah sakit:**

* Bandara terdekat dengan RS :
* Jarak bandara ke rumah sakit .......km, waktu tempuh ± ..... jam

(perjalanan mobil)

* Jarak rumah sakit ke hotel .....km, waktu tempuh ± ..... jam

1. **Informasikan jenis hotel yang disediakan untuk surveior:**