

SENARAI SEMAK PERMOHONAN PENGIKTIRAFAN CREDENTIALING
FARMASI KLINIKAL

Bil.	Perkara	Ada /Tiada
1	Borang Permohonan <i>Credentialing</i> (BPF/304-L8) – (1 salinan)	
2	Salinan Sijil Pengekalan tahunan	
3	Sijil Latihan Sangkutan ATAU Surat lantikan sebagai Preceptor	
5	Laporan Kemajuan selepas latihan sangkutan/ Sokongan Ketua Jabatan	
6	Tempoh Perkhidmatan bidang pengkhususan (>1 tahun). Nyatakan bila perkhidmatan yang ingin di <i>credential</i> dimulakan/ dijalankan selepas tamat latihan sangkutan.	Perkhidmatan _____ telah dimulakan pada :
7	Lain-lain Sokongan (Contoh : Post –graduate degree)	Sekiranya ada, nyatakan:



BORANG PERMOHONAN *CREDENTIALING*

Bidang Pengiktirafan : Tandakan () pada yang berkenaan

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Farmasi Klinikal | <input type="checkbox"/> Penguatkuasaan Farmasi |
| <input type="checkbox"/> Farmasi Regulatori | <input type="checkbox"/> Lain-lain |

BAHAGIAN A: DIISI OLEH PEMOHON

1. MAKLUMAT PERIBADI

Nama	:	Gambar passport
Nombor KP	:	
Jawatan & Gred	:	
Tarikh Lantikan	:	
Tempoh Perkhidmatan	:	
Alamat Tempat	:	
Bertugas	:	
Alamat Rumah	:	
Alamat Surat-menyurat:	:	
Nombor Telefon	: Pejabat: Telefon bimbit:	
Emel	:	

2. KELAYAKAN (DISUSUN DARI TAHUN YANG TERKINI)

Diploma/Sarjana Muda/ Sarjana/ lain-lain	Institusi	Tahun kelayakan

3. PENGALAMAN BEKERJA (3 TAHUN TERKINI, TIDAK TERMASUK PRP BAGI PEGAWAI FARMASI)			
Tempoh		Butir-butir Pengalaman	
Dari	Hingga	Jab/ Caw/ Unit	Organisasi/ Hospital
Cth : (Rujuk Lampiran A)			
4. PENDAFTARAN PEGAWAI FARMASI		PENDAFTARAN PENOLONG PEGAWAI FARMASI	
<p>* Pendaftaran</p> <p>Nombor Sijil :</p> <p>Tarikh :</p> <p>* Maklumat Sijil Pengkalan Tahunan</p> <p>Tahun semasa :</p> <p>Nombor Sijil :</p> <p>*(sila sertakan lampiran)</p>		<p>* Pendaftaran</p> <p>Nombor Sijil :</p> <p>Tarikh :</p> <p>*(sila sertakan lampiran)</p>	
5. BIDANG PENGIKTIRAFAN			
<p>Pengkhususan:</p> <p>.....</p> <p>(Sila rujuk lampiran A untuk senarai lengkap bidang pengiktirafan)</p> <p><u>Nota:</u> Sila kemukakan dokumen lengkap bagi tujuan penilaian jawatankuasa.</p>			
6. SILA NAMAkan DUA REFEREE YANG BERKAITAN DENGAN BIDANG YANG INGIN DIIKTIRAF			
Nama	Jawatan	Tempat bekerja & No. telefon	
<p>Dengan ini saya mengesahkan bahawa semua maklumat yang dikemukakan adalah benar.</p> <p>Tandatangan Pemohon: Tarikh:.....</p>			

BAHAGIAN B: ULASAN/ SOKONGAN KETUA JABATAN

1. ULASAN/ SOKONGAN KETUA JABATAN

Ulasan :

.....
.....
.....

* Disokong/Tidak Disokong

Tarikh :

Tandatangan :

Nama :

Cop :

2. ULASAN/ SOKONGAN TIMBALAN PENGARAH KESIHATAN NEGERI (F)

Ulasan :

.....
.....
.....

* Disokong/Tidak Disokong

Tarikh :

Tandatangan :

Nama :

Cop :

BAHAGIAN C: UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

3. SEKRETARIAT

No. Mesyuarat *Credentialing* :

Tarikh mesyuarat :

No. Pendaftaran :

Surat Pemberitahuan : No Rujukan Tarikh

1) **Penerangan Bahagian A : Pengalaman bekerja**

Tempoh		Butir-butir Pengalaman	
Dari	Hingga	Jab/ Caw/ Unit	Organisasi/ Hospital
Contoh: Sept 2007	Sept 2008	Farmasi Klinik Pakar/ MTAC Warfarin/ Drug Info Unit	Hospital Tengku Ampuan Rahimah, Klang

2) **Senarai Bidang Pengkhususan untuk Pengiktirafan**

Pegawai Farmasi

1. Perkhidmatan Farmasi Wad
 - i. Penjagaan Rapi (ICU)
 - ii. Pediatrik (Wad)
 - iii. Perubatan
2. MTAC Nefrologi
 - i. Umum
 - ii. Umum & *transplant*
3. MTAC Diabetes
4. MTAC Respiratori
5. MTAC Respiratori
6. MTAC Warfarin
7. MTAC RVD
8. MTAC Hemofilia
9. Farmasi Nuklear
10. Farmakokinetik Klinikal
11. Farmasi Onkologi
12. Farmasi Kardialogi
13. Farmasi Geriatrik (Wad & MTAC)
14. Farmasi Psikiatrik (Wad & MTAC)
15. Farmasi Nutrisi Parenteral

3) **Sila alamatkan permohonan kepada:**

**Sekretariat Aktiviti *Credentialing* Program Farmasi
(u/p: Seksyen Pembangunan Profesion Berterusan)**

Program Perkhidmatan Farmasi
Ibu Pejabat Kementerian Kesihatan Malaysia
Lot 36, Jalan Universiti,
46200 Petaling Jaya, Selangor