## LAMPIRAN F

**Jabatan Kesihatan Negeri/Institusi:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tempoh Pelaporan:** Jan - Jun / Jan - Dis **Tahun:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 

**Jabatan Kesihatan Negeri/Institusi:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tempoh Pelaporan:** Jan-Jun / Jan-Dis **Tahun:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 

**BORANG MAKLUMBALAS PENGGUNAAN UBAT MASc DI FASILITI-FASILITI KKM**

**BORANG MAKLUMBALAS PENGGUNAAN UBAT MASc DI FASILITI-FASILITI KKM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MASc yang ditawarkan:** |  |  | **PASc** |  | **PAPSA** |  | **Ubat Sampel** |

  (Tandakan ‘√ ‘ bagi yang berkenaan) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PTJ** | **LOKASI PENYIMPANAN (Farmasi/ Jabatan Klinikal)** | **NAMA UBAT** | **INDIKASI** | **JUMLAH KUANTITI DIGUNAKAN** | **BILANGAN** **PESAKIT** | **BILANGAN PESAKIT YANG MENGALAMI ADR****(jika ada)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 Borang ini perlu dihantar ke Sekretariat MASc di Bahagian Amalan & Perkembangan Farmasi, KKM mengikut ketetapan berikut:

 **Jan – Jun** sebelum atau pada **31 Julai**

 **Jan – Disember** sebelum atau pada **31 Januari tahun berikutnya**

|  |  |
| --- | --- |
| **DISEDIAKAN OLEH:** | **DISEMAK & DISAHKAN OLEH:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Pegawai Farmasi | Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Farmasi)/ Ketua Jabatan Farmasi (Institusi): |
| Bahagian Perkhidmatan Farmasi, Negeri/ Institusi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Negeri/ Institusi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |