

**BERITA ACARA PEMUSNAHAN OBAT KADALUWARSA/RUSAK**

Pada hari ini ..... tanggal..... bulan..... tahun ..... sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek , kami yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Apoteker Pengelola Apotek : .....  
Nomor SIPA : .....  
Nama Apotek : .....  
Alamat Apotek : .....

Dengan disaksikan oleh :

- 1 Nama : .....  
NIP : .....  
Jabatan : .....
- 2 Nama : .....  
NIP : .....  
Jabatan : .....

Telah melakukan pemusnahan Obat sebagaimana tercantum dalam daftar terlampir.

Tempat dilakukan pemusnahan :.....

Demikianlah berita acara ini kami buat sesungguhnya dengan penuh tanggung jawab.

Berita acara ini dibuat rangkap 4 (empat) dan dikirim kepada :

- 1.Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota
- 2.Kepala Balai Pemeriksaan Obat dan Makanan
- 3.Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
- 4.Arsip di Apotek

.....20.....

Saksi-saksi yang membuat berita acara

1 .....  
NIP. NO. SIPA.

2 .....  
NIP

DAFTAR OBAT YANG DIMUSNAHKAN

No.	Nama Obat	Jumlah	Alasan Pemusnahan

.....20.....

Saksi-saksi

yang membuat berita acara

1

.....  
NIP.

.....  
NO. SIPA.

2

.....  
NIP

**BERITA ACARA PEMUSNAHAN RESEP**

Pada hari ini ..... tanggal..... bulan..... tahun  
..... sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik  
Indonesia Nomor Nomor 35 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan  
Kefarmasian di Apotek , kami yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Apoteker Pengelola Apotek : .....  
Nomor SIPA : .....  
Nama Apotek : .....  
Alamat Apotek : .....

Dengan disaksikan oleh :

- 1 Nama : .....
- NIP : .....
- Jabatan : .....
- 2 Nama : .....
- NIP : .....
- Jabatan : .....

Telah melakukan pemusnahan Resep pada Apotek kami, yang telah melewati batas waktu penyimpanan selama 5 (lima) tahun, yaitu :

Resep dari tanggal.....sampai dengan tanggal .....  
Seberat ..... kg.  
Resep Narkotik..... lembar  
Tempat dilakukan pemusnahan : .....

Demikianlah berita acara ini kami buat sesungguhnya dengan penuh tanggung jawab.

Berita acara ini dibuat rangkap 4 (empat) dan dikirim kepada :

- 1.Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota
- 2.Kepala Balai Pemeriksaan Obat dan Makanan
- 3.Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
- 4.Arsip di Apotek

.....20.....

Saksi-saksi yang membuat berita acara

- 1 .....  
NIP. NO.SIPA.

- 2 .....  
NIP

**FORMULIR PELAPORAN PEMAKAIAN NARKOTIKA**

Nama Narkotika	Satuan	Saldo Awal	Pemasukan Dari	Pemasukan Jumlah	Penggunaan Untuk	Penggunaan Jumlah	Saldo Akhir

.....,.....20....

Apoteker

**FORMULIR PELAPORAN PEMAKAIAN PSIKOTROPIKA**

Nama Psikotropika	Satuan	Saldo Awal	Pemasukan Dari	Pemasukan Jumlah	Penggunaan Untuk	Penggunaan Jumlah	Saldo Akhir

.....,.....20....

Apoteker