SENARAI SEMAK KEAKURAN DAN KEPATUHAN PENGGUNAAN FASILITI KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (KKM) BAGI TUJUAN LATIHAMAL PELAJAR/PELATIH PEMBERI PENDIDIKAN TINGGI (PPT)

Negeri : _____

Fasiliti : _____

Tarikh dan Masa Lawatan : _____

Nama Penyelaras Kejururawatan : _____

Jawatan : _____

No telefon / e-mel : _____

<table>
<tr><th colspan="2">FASILITI</th></tr>
<tr><th>Hospital</th><th>Kesihatan Awam</th></tr>
<tr><td>Kategori: Negeri / Daerah

Jenis Kepakaran :
<table><tr><td>Pakar Major</td><td></td></tr><tr><td>Pakar Minor</td><td></td></tr><tr><td>Tanpa Pakar</td><td></td></tr></table>
(/)dalam petak</td><td>Kategori : Klinik Kesihatan / Klinik Kesihatan Ibu Anak/ Klinik Desa</td></tr>
<tr><td>Jumlah katil operasi :

Jumlah katil rasmi :</td><td>Jenis klinik : Type 1/ 2/ 3/ 4/ 5/ 6/ 7</td></tr>
<tr><td>Wad digunapakai oleh Pemberi Pendidikan Tinggi (PPT) : Jumlah Wad

Bed Occupancy Rate (BOR) wad yang digunapakai :</td><td>Jumlah kedatangan harian :

Jumlah lawatan ke rumah seminggu :</td></tr>
<tr><td>Catatan :</td><td>Catatan :</td></tr>
</table>

MAKLUMAT PPT			
NAMA PPT	**PROGRAM**	**BIL PELAJAR / PELATIH**	**MoA**

Elemen Pemantauan: Dokumentasi

Bil		Perkara	Ada	Tiada	Catatan
1.	**Pengurusan Perjanjian**				
	1.1	*Memorandum of Agreement* (MoA)/*Supplementary Agreement* (SA)			
	1.2	*Master Plan* penempatan pelajar /pelatih - Tahunan / 6 bulan dari IPT			
		- 6 bulan pangkalan data BKj			
	1.3	Surat makluman penempatan pelajar/pelatih ke fasiliti - Persetujuan penempatan dari fasiliti - Bukti perbincangan penempatan			
2.	**Penempatan Pelajar/ Pelatih**				
	2.1	Objektif pembelajaran			
	2.2	Senarai nama pelajar/pelatih			
	2.3	Suntikan *Hepatitis* B			
	2.4	Skim Insurans/ *Indemnity*			
	2.5	Orientasi			

3.	**Preseptor Tempatan (ILKKM /IPTA/IPTS)**				
	3.1	Senarai nama			
	3.2	Surat Permohonan dari PPT			
	3.3	Surat Kebenaran Ketua Jabatan			
	3.4	Surat Perlantikan & Kadar bayaran			
	3.5	Salinan *Annual Practice Certificate* (APC) tahun semasa			
4.	***Clinical Instructor* (CI)**				
	4.1	Salinan *Annual Practice Certificate* (APC) tahun semasa			
	4.2	Salinan *Temporary Practice Certificate* (TPC) untuk Jururawat Warga Negara Asing			
	4.3	*Sijil Pos Basik/Pengesahan sangkutan klinikal bagi program pos basik			
	4.4	Salinan permit mengajar			
5.	**Resit pembayaran penempatan pelatih/pelajar yang disahkan oleh Bhg. Kewangan KKM**				
6.	**Mekanisma Pemantauan**				
	6.1	Mesyuarat *Joint Management Committee* (JMC) Peringkat Fasiliti/ JKN			
	6.2	Mesyuarat Peringkat Hospital/PKD			
7.	**Penilaian**				
	7.1	Laporan 6 bulan selepas penempatan			

Elemen Pemantauan: Lawatan ke lokasi

Bil	Perkara		Ada	Tiada	Catatan
1.	Buku Kedatangan				
	1.1	Nama Pelajar/ Pelatih			
	1.2	Nama *Clinical Instructor* (CI) yang menjaga			
	1.3	Waktu masuk / keluar			
	1.4	Orientasi			
2.	Jadual Tugas penempatan pelajar/ pelatih				
3.	Objektif pembelajaran				
	3.1	Dokumen/ *Log Book*			
	3.2	Penyelaras Kejururawatan			
	3.3	*Clinical Instructor* (CI) / Pelajar/ Pelatih			
	3.4	Kuota Penempatan pelajar/pelatih			
4.	Prosedur yang diperhatikan di wad				

Ulasan penyelaras:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rumusan pemantau:

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

Tandatangan Penyelaras Kejururawatan:
Nama:
Tarikh:

Tandatangan Penyelia Jururawat:
Nama:
Tarikh:

Tandatangan Pemantau:

Nama:
Tarikh:

Tandatangan Pengesahan:

Nama:
Tarikh:

Nama *Clinical Instructor* (CI) & Pelajar/Pelatih semasa lawatan

Tarikh Lawatan:.....

Lokasi Lawatan:.....

Bil	Nama CI/Pelajar/ Pelatih	PPT	Semester/ Tahun	Tandatangan

Senarai Nama Penyelaras Kejururawatan KKM, Negeri & Fasiliti

Tarikh Lawatan :.....

Lokasi Lawatan :.....

Bil	Nama/No. Tel. Bimbit/emel	Jawatan& Tempat Bertugas/Lokasi	Tandatangan