**TATACARA REKOGNISI KOMPETENSI LAMPAU**

**INTERVENSI KARDIOVASKULAR TINGKAT LANJUT**

**Alur**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Calon Peserta** | **Badan Penilai Kompetensi**  | **KIPD** |
| PersyaratanSertifikat Kompetensi Tingkat Lanjut Melengkapi sesuai rekomendasi BPK | Disetujui atau tidakProses PenilaianRekognisi Kompetensi Lampau (RKL)Verifikasi administrasiyatidak | Penerbitan Sertifikat Kompetensi Tingkat Lanjut  |

**Persyaratan :**

1. Form RKL Intervensi Kardiovaskular
2. Surat keterangan sehat fisik dan mental
3. STR SpPD Subsp KV dan Serkom SpPD KV yang berlaku
4. Bukti pelatihan peningkatan kompetensi intervensi kardiovaskular (jika ada)
5. Buku log (daftar tindakan) intervensi tingkat lanjut yang sudah dilakukan selama 5 (lima) tahun ke belakang di semua RS tempat pelayanan intervensi kardiovaskular
6. Bukti bayar resertifikasi sebesar Rp 1.500.000 ke rekening Kolegium Penyakit Dalam Bank Mandiri dengan nomor 122-000-4080-122

**SEMUA BERKAS PERSYARATAN DIKIRIMKAN MELALUI EMAIL** **KOLEGIUMIPD@YAHOO.COM** **DAN DIKIRIM HARDCOPYNYA KE ALAMAT : RUMAH PAPDI JL. SALEMBA 1 NO. 22 C-D JAKARTA PUSAT**

**FORMULIR PENGAJUAN**

**REKOGNISI KOMPETENSI LAMPAU (RKL)**

**INTERVENSI KARDIOVASKULAR TINGKAT LANJUT**

Pasfoto berwarna terbaru

4 x 6 cm

1. **INFORMASI PERSONAL**

Nama di sertifikat :

Tempat/tanggal lahir :

Alamat korespondensi :

Handphone :

Email :

Riwayat Pendidikan (mulai dari dokter umum)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Lulus (tgl/Bln/Thn) | Tempat Pendidikan |
| 1. Dokter Spesialis Penyakit Dalam
2. Dokter Spesialis Konsultan
3. Lainnya, sebutkan!
 |  |  |

Riwayat Pekerjaan (sejak sebagai SpPD)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tahun(xxxx s/d xxxx) | Nama Instansi | Jabatan |
|  |  |  |

Tempat Praktek saat ini (termasuk tempat bekerja)

|  |  |
| --- | --- |
| Nama Instansi | Alamat |
|  |  |

Tempat Praktek (pernah dan sedang), dimana Sejawat melakukan tindakan Intervesi Kardiovaskular

|  |  |
| --- | --- |
| Nama Instansi | Alamat |
|  |  |

1. **REKAPITULASI JENIS & JUMLAH PELAYANAN INTERVENSI KARDIOVASKULAR YANG TELAH DILAKUKAN SELAMA 5 TAHUN TERAKHIR**

*(jumlah data yang dituliskan dalam item ini adalah rekapitulasi dari semua kegiatan yang dilakukan di semua RS tempat praktik dimana Sejawat melakukan tindakan Intervesi Jantung dan Pembuluh Darah)*

| **No** | **Kompetensi**  | **Jumlah Tindakan** |
| --- | --- | --- |
| **Asistensi** | **Mandiri** |
|  | Intervensi koroner perkutan kompleks/ *Complex* Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty |  |  |
|  | Intevensi Jantung struktural, sebutkan jenisnya : |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Angioplasty perifer |  |  |

Data di atas saya isi dengan sejujur-jujurnya dan dapat dipertanggungjawabkan.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20

Materai Rp 6.000,-

( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

*Format Surat Keterangan Jumlah & Jenis Tindakan Intervensi Kardiovaskular Tingkat Lanjut*

KOP SURAT RS

SURAT KETERANGAN

NO.

Yang bertanda-tangan di bawah ini :

Nama :

Jabatan :

dengan ini menerangkan bahwa :

Nama :

Mulai bekerja sejak :

adalah benar bekerja di rumah sakit ...... sebagai Dokter Spesialis Penyakit Dalam Konsultan Kardiovaskular. Yang bersangkutan sejak (tgl/bln/thn) sampai dengan (tgl/bln/thn) telah melakukan tindakan sebagai berikut :

| **No** | **Kompetensi**  | **Jumlah Tindakan** |
| --- | --- | --- |
| **Asistensi** | **Mandiri** |
|  | Intervensi koroner perkutan kompleks/ *Complex* Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty |  |  |
|  | Intevensi Jantung struktural, sebutkan jenisnya : |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Angioplasty perifer |  |  |

Surat keterangan ini dibuat dalam rangka Rekognisi Kompetensi Lampau Intervensi Kardiovaskular Tahap Lanjut yang bersangkutan.

..................................., .......................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nama\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Jabatan

*Format Buku Log Tindakan Intervensi Kardiovaskular untuk RKL Intervensi Kardiovaskular*

**DAFTAR JURNAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Judul Jurnal** | **Tahun** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**DAFTAR TINDAKAN INTERVENSI KARDIOVASKULAR**

\*beri tanda √ pada kolom yg sesuai

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tanggal** | **No. RM** | **Nama Pasien****Tanggal Lahir** | **Diagnosis** | **Tindakan** | **Keterangan\*** |
| **Mandiri** | **Asistensi** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |