



**BADAN NARKOTIKA NASIONAL REPUBLIK INDONESIA**  
**( NATIONAL NARCOTICS BOARD REPUBLIK OF INDONESIA )**

Jl. MT. Haryono No. 11 Cawang Jakarta Timur  
Telepon : ( 62-21 ) 80871566, 80871567,  
Faksimili : ( 62-21 ) 80885225, 80871591, 80871592, 80871593  
Email : [info@bnn.go.id](mailto:info@bnn.go.id) Website : [www.bnn.go.id](http://www.bnn.go.id)

**FORMULIR ASESMEN WAJIB LAPOR DAN REHABILITASI MEDIS**

Tanggal Asesmen :  
Nomor rekam medik :  
Nama :

<b>Data Demografis</b>	<p>1. Alamat tempat tinggal :</p> <p>2. Telp / HP :</p> <p>3. Status perkawinan :</p> <p>4. Riwayat pendidikan :</p>																								
<b>Informasi Medis</b>	<p>1. Riwayat rawat inap non Napza:</p> <p>2. Riwayat penyakit kronis:</p> <p>3. Saat ini sedang menjalani terapi medis? Jenis .....</p> <p>4. Pernah menjalani tes HIV?</p> <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Ya</th><th>Tidak</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. HIV (+)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2. HCV (+)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3. TB (+)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4. IMS (+)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>5. Kandidiasis mulut (+)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>6. Diare kronis (+)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>7. Kelainan kulit (+)</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		Ya	Tidak	1. HIV (+)			2. HCV (+)			3. TB (+)			4. IMS (+)			5. Kandidiasis mulut (+)			6. Diare kronis (+)			7. Kelainan kulit (+)		
	Ya	Tidak																							
1. HIV (+)																									
2. HCV (+)																									
3. TB (+)																									
4. IMS (+)																									
5. Kandidiasis mulut (+)																									
6. Diare kronis (+)																									
7. Kelainan kulit (+)																									
<b>Status Pekerjaan/ Dukungan Hidup</b>	<p>1. Status pekerjaan: Tidak bekerja/Bekerja</p> <p>2. Pola pekerjaan: purna waktu/paruh waktu/tidak tentu (coret salah satu)</p>																								

	<p>3. Jenis pekerjaan (lingkari yang paling sesuai):</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>(1) Eksekutif lebih tinggi, profesional utama, pemilik perusahaan besar.</p> <p>(2) Manajer bisnis jika bisnis ukuran menengah, profesi: misalnya, dokter, perawat, ahli kaca mata, ahli farmasi, pekerja sosial, guru, psikolog.</p> <p>(3) Tenaga administratif, manajer, profesional minor, pemilik perusahaan kecil, misalnya, roti, penjualan mobil, bisnis barang ukiran, dekorator, aktor, reporter, agen perjalanan.</p> <p>(4) Klerk dan sales, tekhnisi, bisnis kecil (kasir bank/ teller, petugas pembukuan, klerk, juru gambar, pencatat waktu, sekretaris).</p> <p>(5) Manual terlatih - biasanya mempunyai pelatihan (tukang roti, tukang cukur, montir, kepala juru masak/koki, montir listrik, anggota pemadam kebakaran, tukang kawat, masinis, tukang cat, tukang reparasi, penjahit, tukang las, polisi, tukang patri).</p> <p>(6) Semi-terlatih (pembantu rumah sakit, tukang cat, pelayan, pengemudi bus, tukang potong, koki, <i>drill press</i>, penjaga garasi, pemeriksa, pelayan, tukang las, operator mesin).</p> <p>(7) Tidak terlatih (pembantu/pelayan, penjaga, konstruksi, penolong, tenaga kerja/buruh, pengantar barang/penjaga pintu, termasuk penganggur).</p> <p>(8) Ibu rumah tangga.</p> <p>(9) Mahasiswa, cacat, tidak ada pekerjaan.</p> </div> <p>4. Keterampilan teknis yang dimiliki:</p> <p>5. Adakah yang memberi dukungan hidup bagi anda? Siapakah? Dalam bentuk apakah? (finansial, tempat tinggal, makan, pengobatan / perawatan?)</p>
--	--

Riwayat penggunaan Narkotika	<p>Jenis Cara Penggunaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oral</li> <li>2. Nasal/Sublingual/Suppositoria</li> <li>3. Merokok</li> <li>4. Injeksi Non-IV</li> <li>5. IV</li> </ol> <p><i>*Catat cara penggunaan yang biasa atau paling akhir. Kalau lebih dari satu cara, pilihlah yang paling parah. Cara penggunaan ditulis dari kurang parah ke paling parah.</i></p>
------------------------------	---

		30 Hari Terakhir	Sepanjang Hidup (tahun)	Cara Pakai
	D1 Alkohol (penggunaan bbg bentuk)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	D2 Alkohol (sampai intoksikasi)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	D3 Heroin	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	D4 Metadon / Subutex	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	D5 Opiat lain/analgesik	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	D6 Barbiturat	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	D7 Sedatif/Hipnotik/	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	D8 Kokain	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	D9 Amfetamin	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	D10 Kanabis	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	D11 Halusinogen	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	D12 Inhalan	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	D13 Lebih dari 1 zat per hari (termasuk alkohol)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	<p>1. Jenis zat utama yang disalahgunakan:</p> <p>2. Pernahkah menjalani terapi rehabilitasi?</p> <p>3. Jenis terapi rehabilitasi yang dijalani..... kapan..... berapa lama.....</p> <p>4. Pernahkah mengalami overdosis? Kapan....            Penanggulangan OD:            Rumah Sakit/Puskesmas/Sendiri</p>			
Status Legal	<p>1. Pernahkah anda terlibat pada urusan pengadilan terkait narkoba?</p> <p>2. Berapa kali anda ditahan terkait poin 1 di atas?</p> <p>3. Berapa lama vonis pengadilan terlama terkait poin 1 di atas?</p>			

	<p>4. Berapa kalikah dalam hidup anda ditangkap dan dituntut dengan hal berikut:</p>																											
	<table border="1"> <tr> <td>1. Mencuri di toko/vandalisme</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Bebas bersyarat/Masa percobaan</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Masalah zat</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Pemalsuan</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Penyerangan bersenjata</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Pembobolan dan Pencurian</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Perampokkan</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Penyerangan</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9. Pembakaran rumah</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>10. Perkosaan</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11. Pembunuhan</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>12. Pelacuran</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>13. Melecehkan pengadilan</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>14. Lain: .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>* Masukkan jumlah total pengadilan, tidak hanya vonis hukuman.          Jangan masukkan kejahatan anak-anak (sebelum usia 18), kecuali kalau mereka dituntut sebagai orang dewasa.</p> <p>* termasuk tuntutan formal.</p> <p>5 Berapa kali tuntutan diatas berakibat vonis hukuman? <input type="checkbox"/></p>	1. Mencuri di toko/vandalisme	<input type="checkbox"/>	2. Bebas bersyarat/Masa percobaan	<input type="checkbox"/>	3. Masalah zat	<input type="checkbox"/>	4. Pemalsuan	<input type="checkbox"/>	5. Penyerangan bersenjata	<input type="checkbox"/>	6. Pembobolan dan Pencurian	<input type="checkbox"/>	7. Perampokkan	<input type="checkbox"/>	8. Penyerangan	<input type="checkbox"/>	9. Pembakaran rumah	<input type="checkbox"/>	10. Perkosaan	<input type="checkbox"/>	11. Pembunuhan	<input type="checkbox"/>	12. Pelacuran	<input type="checkbox"/>	13. Melecehkan pengadilan	<input type="checkbox"/>	14. Lain: .....
1. Mencuri di toko/vandalisme	<input type="checkbox"/>																											
2. Bebas bersyarat/Masa percobaan	<input type="checkbox"/>																											
3. Masalah zat	<input type="checkbox"/>																											
4. Pemalsuan	<input type="checkbox"/>																											
5. Penyerangan bersenjata	<input type="checkbox"/>																											
6. Pembobolan dan Pencurian	<input type="checkbox"/>																											
7. Perampokkan	<input type="checkbox"/>																											
8. Penyerangan	<input type="checkbox"/>																											
9. Pembakaran rumah	<input type="checkbox"/>																											
10. Perkosaan	<input type="checkbox"/>																											
11. Pembunuhan	<input type="checkbox"/>																											
12. Pelacuran	<input type="checkbox"/>																											
13. Melecehkan pengadilan	<input type="checkbox"/>																											
14. Lain: .....	<input type="checkbox"/>																											

<p>Riwayat Keluarga</p>	<p>1. Dalam situasi seperti apakah anda tinggal 3 tahun belakangan ini?:</p> <table border="1"> <tr> <td>1. Dg pasangan &amp; anak</td> <td>6. Dg teman</td> </tr> <tr> <td>2. Dg pasangan saja</td> <td>7. Sendiri</td> </tr> <tr> <td>3. Dg anak saja</td> <td>8. Lingkungan terkontrol</td> </tr> <tr> <td>4. Dg orangtua</td> <td>9. Kondisi yg tidak stabil</td> </tr> <tr> <td>5. Dg keluarga</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>* Pilihlah situasi yang paling menggambarkan 3 tahun terakhir. Jika terdapat situasi yang berganti-ganti maka pilihlah situasi yang paling terakhir.</p>	1. Dg pasangan & anak	6. Dg teman	2. Dg pasangan saja	7. Sendiri	3. Dg anak saja	8. Lingkungan terkontrol	4. Dg orangtua	9. Kondisi yg tidak stabil	5. Dg keluarga	<input type="checkbox"/>
	1. Dg pasangan & anak	6. Dg teman									
2. Dg pasangan saja	7. Sendiri										
3. Dg anak saja	8. Lingkungan terkontrol										
4. Dg orangtua	9. Kondisi yg tidak stabil										
5. Dg keluarga	<input type="checkbox"/>										
<p>2. Apakah anda hidup dengan seseorang yang mempunyai masalah penyalahgunaan zat sekarang ini?:</p> <p>0-Tidak 1-Ya <input type="checkbox"/></p>											

	<p>3. Jika jawaban nomor 2 iya, Siapakah orang tersebut?</p> <p>a. Saudara kandung / tiri <input type="checkbox"/></p> <p>b. Ayah / ibu <input type="checkbox"/></p> <p>c. Pasangan <input type="checkbox"/></p> <p>d. Oom / tante <input type="checkbox"/></p> <p>e. Teman <input type="checkbox"/></p> <p>f. Lainnya <input type="checkbox"/></p> <p>4. Apakah anda memiliki konflik serius dalam berhubungan dengan:</p> <table border="1" data-bbox="406 645 1295 1545"> <thead> <tr> <th></th><th>30 Hari Terakhir</th><th>Sepanjang Hidup</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Ibu</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>2. Ayah</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>3. Adik/Kakak</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>4. Pasangan</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>5. Anak-anak</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>6. anggota Keluarga yang lain (jelaskan .....)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>7. Teman akrab</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>8. Tetangga</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>9. Teman sekerja</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p>Ket: 0 - Tidak      1 - Ya</p>		30 Hari Terakhir	Sepanjang Hidup	1. Ibu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Ayah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Adik/Kakak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Pasangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Anak-anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. anggota Keluarga yang lain (jelaskan .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Teman akrab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Tetangga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Teman sekerja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30 Hari Terakhir	Sepanjang Hidup																													
1. Ibu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
2. Ayah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
3. Adik/Kakak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
4. Pasangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
5. Anak-anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
6. anggota Keluarga yang lain (jelaskan .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
7. Teman akrab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
8. Tetangga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
9. Teman sekerja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
<p>Status Psikiatris</p>	<p>1. Apakah anda pernah mengalami hal-hal berikut ini (yang tidak merupakan akibat langsung dari penggunaan zat):</p> <p>0</p> <p>0 -Tidak      1-Ya</p> <table border="1" data-bbox="406 1736 1295 2031"> <thead> <tr> <th></th><th>3 Hari Terakhir</th><th>Sepanjang hidup</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Mengalami depresi serius (kesedihan, putus asa, kehilangan minat, kesukaran konsentrasi sehari-hari?)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>2. Mengalami rasa cemas serius / ketegangan, gelisah, merasa khawatir berlebihan?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>3. Mengalami halusinasi (melihat atau mendengar sesuatu yang tidak ada obyeknya)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		3 Hari Terakhir	Sepanjang hidup	1. Mengalami depresi serius (kesedihan, putus asa, kehilangan minat, kesukaran konsentrasi sehari-hari?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Mengalami rasa cemas serius / ketegangan, gelisah, merasa khawatir berlebihan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Mengalami halusinasi (melihat atau mendengar sesuatu yang tidak ada obyeknya)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	3 Hari Terakhir	Sepanjang hidup																													
1. Mengalami depresi serius (kesedihan, putus asa, kehilangan minat, kesukaran konsentrasi sehari-hari?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
2. Mengalami rasa cemas serius / ketegangan, gelisah, merasa khawatir berlebihan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
3. Mengalami halusinasi (melihat atau mendengar sesuatu yang tidak ada obyeknya)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													

	4. Mengalami kesulitan berkonsentrasi atau mengingat? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. Mengalami kesukaran mengontrol perilaku kasar, termasuk kemarahan atau kekerasan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. Mengalami pikiran serius utk bunuh diri? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. Berusaha utk bunuh diri? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. Menerima pengobatan dari psikiater? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--

Pemeriksaan Fisik	1. Tanda Vital: TD :...../..... Nadi :...../menit RR :...../menit Suhu :.....Celsius													
	2. Pemeriksaan Sistemik:													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sistem Pencernaan</th> <th>Sistem jantung dan pembuluh darah</th> <th>Sistem pernapasan</th> <th>Sistem Saraf Pusat</th> <th>THT dan Kulit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> </tr> </tbody> </table>	Sistem Pencernaan	Sistem jantung dan pembuluh darah	Sistem pernapasan	Sistem Saraf Pusat	THT dan Kulit	     	     	     	     	     			
Sistem Pencernaan	Sistem jantung dan pembuluh darah	Sistem pernapasan	Sistem Saraf Pusat	THT dan Kulit										

Diagnosa kerja	Klien memenuhi kriteria diagnosis: F 10 : Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan alkohol F 11 : Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan opioid F 12 : Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan kanabis F 13 : Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan Sedatif Hipnotik F 14 : Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan kokain F 15 : Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan stimulansia lainnya F 16 : Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan Halosinogenik F 17 : Gangguan mental dan perilaku akibat
----------------	--

	<p>penggunaan tembakau</p> <p><b>F 18, F 19 : Gangguan mental dan perilaku akibat zat pelarut yang mudah menguap, atau zat multipel dan zat psiko aktif lainnya</b></p>	
<b>Rencana Rehabilitasi</b>	<p>1. Asesmen lanjutan / mendalam</p> <p>2. Evaluasi Psikologis</p> <p>3. Program detoksifikasi</p> <p>4. Wawancara Motivasional</p> <p>5. Intervensi Singkat</p> <p>6. Terapi rumatan _____</p> <p>7. Rehabilitasi rawat inap _____</p>	
<b>Mengetahui dokter</b>	Tanda tangan / Nama jelas	
<b>Menyetujui pasien</b>	Tanda tangan / Nama jelas	

Ditetapkan di J a k a r t a  
Pada tanggal 18 Mei 2011

**KEPALA BADAN NARKOTIKA NASIONAL,**



**GORIES MERE**



**BADAN NARKOTIKA NASIONAL REPUBLIK INDONESIA  
(NATIONAL NARCOTICS BOARD REPUBLIC OF INDONESIA)**

Jl. MT. Haryono No. 11 Cawang Jakarta Timur

Telepon : (62-21) 80871566, 80871567

Faksimili : (62-21) 80885225, 80871591, 80871592, 80871593

e-mail : [info@bnn.go.id](mailto:info@bnn.go.id) website : [www.bnn.go.id](http://www.bnn.go.id)

---

---

Nomor : ..... Jakarta, 20.....  
Sifat : .....  
Lampiran : .....  
Hal : Permohonan Rehabilitasi Penyalah Guna  
Narkotika a.n .....  
\_\_\_\_\_

Kepada :

Yth. ....

di

.....

1. Rujukan:
  - a. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika.
  - b. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Laport Pecandu Narkotika.
  - c. Surat Edaran Mahkamah Agung RI Nomor 4 Tahun 2010 tentang Penempatan Penyalahguna, Korban Penyalahgunaan Dan Pecandu Narkotika Ke Dalam Lembaga Rehabilitasi Medis Dan Rehabilitasi Sosial.
  - d. Surat Kapolda/Kapolres/Kapolsek/Pengadilan Negeri ..... Nomor ..... tanggal ..... Bulan .....Tahun.... perihal Pemeriksaan Terhadap Tersangka a.n .....
  - e. Hasil Asesmen Tim Dokter, Tim Intelijen/Jaringan dan Tim Kajian Hukum yang dilakukan oleh Tim Pemberian Bantuan Hukum Bagi Pecandu, Korban Penyalahguna dan Penyalahgunaan Narkotika.
2. Sehubungan dengan hal tersebut di atas, bersama ini disampaikan kepada ....., bahwa penanganan tersangka penyalahguna Narkotika jenis ..... yang dilakukan oleh Sdr. ...., saat ini perkaranya sudah masuk proses penuntutan/penyidikan di .....



3. Dari hasil asesmen yang berupa Laporan Pemeriksaan Psikiatri, Kajian Intelijen/Jaringan dan Kajian Hukum yang dilakukan oleh Tim Pemberian Bantuan Hukum Bagi Pecandu, Korban Penyalahgunaan Narkotika, Tim menyimpulkan bahwa Tersangka a.n ..... dapat menjalani Rehabilitasi medis di UPT Lido, BNN atau Lembaga Pemasyarakatan Narkotika, apabila tersangka terbukti sebagai pecandu (sindroma ketergantungan) Narkotika dan tidak terdapat cukup barang bukti yang bersangkutan terlibat dalam peredaran gelap Narkotika, kiranya tersangka dapat dilakukan pengobatan atau perawatan melalui rehabilitasi medis atau rehabilitasi sosial pada tingkat penyidikan dan penuntutan, namun proses hukum sebagai tersangka penyalahguna Narkotika tetap berjalan.
4. Demikian untuk menjadi maklum dan terima kasih atas kerjasamanya.

**a.n. Kepala Badan Narkotika Nasional  
Deputi Hukum dan Kerjasama,**

Tembusan :

.....

1. Kepala BNN
  2. Sekretaris Utama BNN
  3. Inspektur Utama BNN
  4. Deputi Hukker BNN
  5. Deputi Rehabilitasi BNN
  6. Direktorat Intelijen BNN
  7. Ketua Pengadilan Negeri .....
  8. Kapolda/Kapolres/Kapolsek .....
- 

Ditetapkan di : J a k a r t a

Pada tanggal : 18 Mei 2011

**KEPALA BADAN NARKOTIKA NASIONAL**



**GORIES MERE**