## Formulir Rekonsiliasi Obat

Nama : Tgl. Lahir : No. RM :

Tgl			Daftar obat yang rebabkan alergi		Keparahan reaksi alergi (✓)						
				Bera	t Sedang	Ringan	Tidak Tahu		Bentı	ık Reak	si
	-			+	-						
	-			1		7					
Tidak tahu ada alergi  Tidak ada alergi											
B. Daftar Obat (Obat yang dikonsumsi di rumah, termasuk yang diresepkan, vitamin, herbal, dll)											
No		Obat	-obatan		Waktu Pembe rian	Alasaı Indika Obat	asi	saat raw	at inap ?	saat	ıtkan pada pulang ?
	_						-	⊣Ya I	<u></u> Tidak	<b>└</b> Ya	H Tidak
-	_			-			- 1	⊒Ya i	→ → Fidak	☐ Ya	Tidal
					_	-		∃ <sub>Ya</sub>	→ Tidak → Tidak		Tidak
							I	∃ <sub>Ya</sub> I	Tidak		Tidak
							Ī	∃ <sub>Ya</sub> I	☐ Tidak	7	☐ Tidak
								∃Ya	Tidak	□Ya	☐ Tidak
						,	- 1	- Ya I	<u>Tidak</u>	-	Tidak
	_						-	⊣Ya I	→ Tidak	-	— Tidak
-								⊒ <sub>Ya</sub> I ⊒ <sub>Ya</sub> I	<u> </u>		☐ Tidak☐ ☐ Tidak
							Ē	∃Ya I	→ Tidak		Tidak
							T L	J <sub>Ya</sub> I	☐ Tidak		☐ Tidak
								⊐Ya L	☐ Tidak	□Ya	☐ Tidak
								⊒Ya [	Tidak	□Ya	Tidak
	-						L	J L	<u> </u> → Tidak		
, j	П	Saat ini tidak r	manakansumsi ahat					⊒¥a i	□ tidak	□ ¥a	_ III Tidak
☐ Saat ini tidak mengkonsumsi obat ☐ Membawa obat dari rumah Fisik obat sudah diserahkan ke perawat pada tanggal											
			C. Da	ftar oba	t yang d	ibawa c	olehpas	sien			
		Tanda tangan	pada saat pasien n	nasuk ra	wat inap						
			Jam :								
Pasien / Keluarga Nama : Tanda Tangan : _						:			_		
Petugas Nama :Tanda Tangan :											
Tanda tangan pada saat pasien pulang											
Ţ	Tgl. : Jam :										
	Pasien / Keluarga Nama : Tanda Tangan : Petugas Nama : Tanda Tangan :							-			