

FORMULIR REKONSILIASI OBAT DAN DAFTAR OBAT YANG DIBAWA DARI RUMAH

Nama Pasien : *Zainal Abidin*
 Tanggal Lahir : *01/03/1975*
 Jenis Kelamin : *Laki-laki*

No. RM : *117332*
 Alamat : *Pengudang*

I. Rekonsiliasi Obat Daftar Obat dari Rumah

Tanggal	Daftar Obat Yang Menimbulkan Alergi	Seberapa Berat Alerginya	Reaksi Alergi

II. Semua Jenis Obat : Obat Resep, Bebas, Herbal, atau TCM yang dibawa

Tanggal	Nama Obat	Dosis/ Frekuensi	Berapa Lama	Alasan Makan Obat	Berlanjut	
					Ya	Tidak
<i>19/04/24</i>	<i>Glibenclamid 5mg</i>	<i>1 x 1</i>	<i>30 hari</i>	<i>DM</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>19/04/24</i>	<i>Asam mefenamat</i>	<i>3 x 1</i>	<i>3 hari</i>	<i>Keluhan nyeri</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>19/04/24</i>	<i>Lanzoprazole</i>	<i>1 x 1</i>	<i>10</i>	<i>Keluhan nyeri lambung</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Berakit,
Yang Melakukan Interview



.....
 apt. And Mulpratama, S.Farm
 NIP. 19891012 202203 1 001
 (Nama Terang dan Tanda Tangan)