



FORM TELAAH RESEP

Nama Pasien :  
Tgl Resep :  
No Resep :

NO	TELAAH RESEP	YA	TDK	KETERANGAN/ TINDAK LANJUT
1	Kelengkapan Resep			
2	Kejelasan Tulisan Resep			
3	Tepat Obat			
4	Tepat Dosis			
5	Tepat Rute			
6	Tepat Waktu			
7	Duplikasi			
8	Alergi			
9	Interaksi Obat			
10	Berat Badan ( Pasien Anak )			
11	Kontra Indikasi Lainnya			

Nama & Tanda Tangan Penelaah

(.....)

VERIFIKASI RESEP		
Kegiatan	Jam	Paraf Petugas
Input		
Penyiapan		
Penyerahan		



FORM TELAAH RESEP

Nama Pasien :  
Tgl Resep :  
No Resep :

NO	TELAAH RESEP	YA	TDK	KETERANGAN/ TINDAK LANJUT
1	Kelengkapan Resep			
2	Kejelasan Tulisan Resep			
3	Tepat Obat			
4	Tepat Dosis			
5	Tepat Rute			
6	Tepat Waktu			
7	Duplikasi			
8	Alergi			
9	Interaksi Obat			
10	Berat Badan ( Pasien Anak )			
11	Kontra Indikasi Lainnya			

Nama & Tanda Tangan Penelaah

(.....)

VERIFIKASI RESEP		
Kegiatan	Jam	Paraf Petugas
Input		
Penyiapan		
Penyerahan		

