

## FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

### DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 19050294443  
 Nama Lengkap : DWI ISHMI NOVANTI  
 Unit/Divisi/Komite : FARMASI  
 No. Telepon/Ext : 0823 1512 7674  
 E-mail : dwishmi2@gmail.com

Tanggal : 19.04.22

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru  
 No/Kode Formulir : FORMULIR RACIKAN DTD  
 No/Kode RM : - (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : -

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama : -	
Buffer stock : -	
Proses PO : 2 MARE	
Waktu : -	
Paraf	

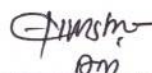
### Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 untuk menghitung jumlah bahan yang dibutuhkan pada  
 racikan dtd

### Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Tanda Tangan  
Pemohon,


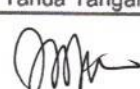
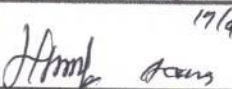
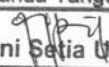
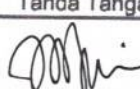


  
Am

Tanda Tangan  
Penerima,

  
Rani Setia Utami  
NIP. 15070293069

### Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik		Tanda Tangan	
1 Pkg Lembar 15x10 warna kuning			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Atas			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
form tidak masuk ke Sektor RM dan tidak pakai kode RM.	 17/4/22	NO. FORM 005/F/PAR/RSIH/IV/2022	 Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Atas			 drg. Muhammad Hasan, MARS NIP. 24110103633

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021(Rev.00)

## FORMULIR RACIKAN DTD

No	Nama Obat, Kekuatan, Sediaan Obat	Dosis	Jumlah Racikan	$\Sigma$ Obat yg disediakan	C	R

Reviewer : .....

Cek: .....

Racik : .....