

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 19050294443
 Nama Lengkap : DWI ISHMI NOVANTI
 Unit/Divisi/Komite : FARMASI
 No. Telepon/Ext : 0823 1512 7679
 E-mail : dwiishmi2@gmail.com

Tanggal : 19.04.22

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru FORMULIR RACIKAN
 No/Kode Formulir :
 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 MUKEN
Waktu :	-
Paraf y	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

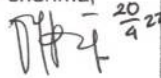
Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,



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 puy 15 x 10 warna putih		y	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Atas .		mm	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesejahteraan	Tanda Tangan
Form tidak pakai Kade RM & tidak masuk Berkas RM	Hm 19/4 22 Atang	NO. FORM 008/F/FAR/RSIH/IV/2022	Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Atas	mm	Ac	drg. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

FORMULIR RACIKAN

No	Nama Obat, Kekuatan, Sediaan Obat	Dosis	Jumlah Racikan	Σ Obat yg disediakan

Reviewer :

Cek:

Racik :