

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 19050294443
 Nama Lengkap : Dwi Ishmi Novanti
 Unit/Divisi/Komite : Farmasi
 No. Telepon/Ext : 1110 / 1109
 E-mail : dwiishmi2@gmail.com

Tanggal : 17.06.2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 009 / F / FAR / RSIH / VI / 2022
 No/Kode RM : - (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 1

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama :
 Buffer stock : 2 Rim
 Proses PO : 2 minggu
 Waktu :

Paraf

[Signature]
Yeni

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Karena ingin merubah pelayanan permintaan obat dari ODD ke UDD (Unit Dose Dispensing)

Komponen Perubahan

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

Instruksi Obat / Verifikasi Apt, Nama perawat, Identitas pasien, Terapi Insulin

Tanda Tangan
Pemohon,

[Signature]
Dwi

Tanda Tangan
Penerima,

[Signature]
Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
DITETAP SESUAI FORMAT		<i>[Signature]</i> Yeni	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Ada		<i>[Signature]</i> dr. Iva	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Formulir tidak ada di Rekam Medik.	<i>[Signature]</i> 17/6/22 Accus	Ditandatangani sesuai perubahan Form	<i>[Signature]</i> 27/6/22 Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc	<i>[Signature]</i> dr. Iva	Acc	<i>[Signature]</i> dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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


Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama : _____
 Tanggal Lahir : _____ (L / P)*
 No. RM : _____
 Ruangan/Kelas : _____ / _____
 DPJP : _____
 Penjamin : _____
 Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

Diagnosa : _____

Alergi : Ya / Tidak / Tidak Tahu * Hamil : Ya / Tidak *

Obat Penyebab Alergi : _____

 BB/TB/Luas Permukaan Tubuh* : _____ kg/ _____ cm/ _____ m²
PEMBERIAN OBAT OLEH PERAWAT SETIAP HARI. Isi kolom TANDA dengan :

V : obat telah diberikan AG : Reaksi Alergi TAP : Tidak ada persediaan ESO : Reaksi Efek Samping setelah pemberian obat
 A : obat tidak diberikan P : Puasa M : Muntah T : Pasien Menolak

INSTRUKSI OBAT (Diisi oleh Dokter)

No.	Nama Dokter Pemberi Instruksi, Nama Obat, Kekuatan, Bentuk Sediaan, Aturan Pakai & Rute Pemberian (1 kolom diisi 1 nama obat)	Tgl Mulai & Paraf Dokter	Verifikasi Apoteker (Cap & Paraf)	Tgl/ Bln/ Thn			Tgl/ Bln/ Thn			
				Pukul	Tanda	Stok	Verif Apt. :	Tanda	Stok	Verif Apt. :
							Nama Perawat			Nama Perawat
	Nama Dokter : R/ X IM IV SC Oral 	Tgl Mulai & Paraf Dokter								
	Nama Dokter : R/ X IM IV SC Oral 	Tgl Mulai & Paraf Dokter								
	Nama Dokter : R/ X IM IV SC Oral 	Tgl Mulai & Paraf Dokter								
	Nama Dokter : R/ X IM IV SC Oral 	Tgl Mulai & Paraf Dokter								
	Nama Dokter : R/ X IM IV SC Oral 	Tgl Mulai & Paraf Dokter								
	Nama Dokter : R/ X IM IV SC Oral 	Tgl Mulai & Paraf Dokter								
	Nama Dokter : R/ X IM IV SC Oral 	Tgl Mulai & Paraf Dokter								

CATATAN PENGOBATAN PASIEN

*coret yang tidak perlu

Rekomendasi Waktu Pemberian

Obat Injeksi		Obat Non Injeksi	
1 x Pemberian	: 08	1 x Pemberian	: (Pagi) 08.00 atau (siang) 13.00 atau (malam) 19.00
2 x Pemberian	: 08 - 20 atau 16 - 04 atau 12 - 24	2 x Pemberian	: 08.00 - 19.00
3 x Pemberian	: 08 - 16 - 24 atau 04 - 12 - 20	3 x Pemberian	: 08.00 - 13.00 - 19.00
4 x Pemberian	: 08 - 12 - 18 - 24	4 x Pemberian	: 08.00 - 12.00 - 18.00 - 22.00
Antibiotika oral/injeksi		5 x Pemberian	: 08.00 - 12.00 - 16.00 - 20.00 - 24.00
: 1 x = tiap 24 jam	: 3 x = tiap 8 jam	6 x Pemberian	: 08.00 - 12.00 - 16.00 - 20.00 - 24.00 - 04.00
: 2 x = tiap 12 jam	: 4 x = tiap 6 jam	Obat AC (sebelum makan)	: 1/2 jam sebelum makan

PEMBERIAN OBAT OLEH PERAWAT SETIAP HARI

Isi kolom **TANDA** dengan :

V : obat telah diberikan	AG : Reaksi Alergi	TAP : Tidak ada persediaan	ESO : Reaksi Efek Samping setelah pemberian obat
A : obat tidak diberikan	P : Puasa	M : Muntah	T : Pasien Menolak

[illegible]

Rekomendasi Waktu Pemberian

Obat Injeksi		Obat Non Injeksi	
1 x Pemberian	: 08	1 x Pemberian	: (Pagi) 08.00 atau (siang) 13.00 atau (malam) 19.00
2 x Pemberian	: 08 - 20 atau 16 - 04 atau 12 - 24	2 x Pemberian	: 08.00 - 19.00
3 x Pemberian	: 08 - 16 - 24 atau 04 - 12 - 20	3 x Pemberian	: 08.00 - 13.00 - 19.00
4 x Pemberian	: 08 - 12 - 18 - 24	4 x Pemberian	: 08.00 - 12.00 - 18.00 - 22.00
Antibiotika oral/injeksi		5 x Pemberian	: 08.00 - 12.00 - 16.00 - 20.00 - 24.00
: 1 x = tiap 24 jam	: 3 x = tiap 8 jam	6 x Pemberian	: 08.00 - 12.00 - 16.00 - 20.00 - 24.00 - 04.00
: 2 x = tiap 12 jam	: 4 x = tiap 6 jam	Obat AC (sebelum makan)	: 1/2 jam sebelum makan

PEMBERIAN OBAT OLEH PERAWAT SETIAP HARI

Isi kolom **TANDA** dengan :

V : obat telah diberikan	AG : Reaksi Alergi	TAP : Tidak ada persediaan	ESO : Reaksi Efek Samping setelah pemberian obat
A : obat tidak diberikan	P : Puasa	M : Muntah	T : Pasien Menolak

[illegible]

No.	Nama Dokter Pemberi Instruksi, Nama Obat, Kekuatan, Bentuk Sediaan, Aturan Pakai & Rute Pemberian (1 kolom diisi 1 nama obat)					Tgl Mulai & Paraf Dokter	Verifikasi Apoteker (Cap & Paraf)	Tgl/ Bln/ Thn					Tgl/ Bln/ Thn			
								Pukul	Tanda	Stok	Verif Apt. :	Tanda	Stok	Verif Apt. :		
											Nama Perawat			Nama Perawat		
	Nama Dokter : <i>R/</i> X					Tgl Mulai & Paraf Dokter										
	IM	IV	SC	Oral											
		Nama Dokter : <i>R/</i> X					Tgl Mulai & Paraf Dokter									
		IM	IV	SC	Oral										
			Nama Dokter : <i>R/</i> X					Tgl Mulai & Paraf Dokter								
IM			IV	SC	Oral										
			Nama Dokter : <i>R/</i> X					Tgl Mulai & Paraf Dokter								
	IM		IV	SC	Oral										
			Nama Dokter : <i>R/</i> X					Tgl Mulai & Paraf Dokter								
		IM	IV	SC	Oral										
			Nama Dokter : <i>R/</i> X					Tgl Mulai & Paraf Dokter								
IM			IV	SC	Oral										
			Nama Dokter : <i>R/</i> X					Tgl Mulai & Paraf Dokter								
	IM		IV	SC	Oral										

Tgl/ Bln/ Thn													
TERAPI INSULIN		Pukul	Hasil (mg/dL)	Dosis (unit)	Nama Perawat	Pukul	Hasil (mg/dL)	Dosis (unit)	Nama Perawat	Pukul	Hasil (mg/dL)	Dosis (unit)	Nama Perawat

*) coret yang tidak perlu

PERMINTAAN CAIRAN INFUS DAN INSIDENTIL												
No	Nama Infus dan Obat Tambahannya (Nama, Konsentrasi/Dosis.Volume)	Tgl.Mulai (Paraf)	Tgl. Stop (Paraf)	Jumlah Permintaan Perhari								
Serah Terima Depo Farmasi dan Perawat		Nama Petugas Farmasi										
		Nama Perawat										

PERMINTAAN ALAT KESEHATAN HABIS												
No	Nama Infus dan Obat Tambahannya (Nama, Konsentrasi/Dosis.Volume)	Tgl.Mulai (Paraf)	Tgl. Stop (Paraf)	Jumlah Permintaan Perhari								
Serah Terima Depo Farmasi dan Perawat		Nama Petugas Farmasi										
		Nama Perawat										

INSTRUKSI OBAT PULANG PASIEN				
No	Nama Obat	Aturan Pakai	Rute Pemberian	Jumlah
TTD & Nama Dokter			TTD Penerima Obat	
TTD & Nama Apoteker			Informasi Khusus	