

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON NIP	19050294443	Tanggal :	17.06.2022
Nama Lengkap :	Dwi Ishmi Novanti		
Unit/Divisi/Komite :	Farmasi	Lo	gistik Formulir
No. Telepon/Ext :	1110 / 1109		leh petugas logistik)
E-mail :	dwiishmi & wgmail. com	Jumlah stok formul	
No/Kode Formulir No/Kode RM Bulan Revisi Terkahir	Revisi Buat Baru 009 / f/ FAR- / PS(H / V c (untuk form re Revisi ke-	Proses PO : S Waktu :	Panaf yeni
Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir (data diisi menggunakan tambahan kertas lain ji Karna Ingun merubah Pelaya		n secukupnya) o a t	
dari ODD W UDD CUNIT D	ore Albeililia)		
Komponen Perubahan		Tanda Tangan Pemohon,	Tanda Tangan Penerima,
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain ji			The - 7 12
Instrucis Obat / Verificari A	tpt, Nama Perawat	, Identitas to ash i	184 6
passen, Terapi Insulin		-timihu	Rani Setia Utami
			NIP. 15070293069
		pmi	
	Masukan/	Saran	
(data diisi menggu		diperlukan, berikan penjelasan secuku	upnya)
	Logistik		Tanda Tangan
DICETAR SESUAN FORMAT			V, you
Atasa	n Langsung/Atasan Tidak Lar	gsung	Tanda Tangan
noi.			Mi-
	Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan
	Onio Divisintoninto		
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Formulir fidely ada cli lambas PM.	Homp Acens	Bitingarlanguti sesuai ben	Ranil Setia Utami
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Arrs	MW ar. lva	Acc	drg. Muhamirad Hasan, MARS
*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft		001/F/SEKRE/RSI	H/XII/2021(Rev.00)

Diagr	RUMAH SAKIT INTAN HUSADA	L	Nar Tar No. Rua DP. Per Dag	nggal Lahi RM angan/Kel JP njamin pat Tempel : Ya / Tidal	r as kan S	<i>tiker k</i>	dentit	: : : : : : : : : : : : : : : : : : :		(L / F	o)*	
				Penyebab Ale								
V : c	BERIAN OBAT OLEH PERAWAT SETIAP HARI. Isi kolom TANDA dengan bat telah diberikan AG : Reaksi Alergi TAP : Tida obat tidak diberikan P : Puasa M : Mur INSTRUKSI OBAT (Diisi oleh Dokter)	: k ada per		an E	ESO :		Efek S	kg/ cm/ amping setelah pem lak	_ m₂ berian	obat		
	Nama Dokter Pemberi Instruksi, Nama Obat, Kekuatan, Bentuk	Tgl Mu	lai &	Verifikasi	Tg	I/ Bln/ T	hn		Tgl/ B	ln/ Thn		
No.	Sediaan, Aturan Pakai & Rute Pemberian (1 kolom diisi 1 nama obat)	Paraf D	okter	Apoteker (Cap & Paraf)	Pukul	Tanda	Stok	Verif Apt.: Nama Perawat	Tanda	Stok	Verif Apt. : Nama Perawat	
	R/	Tgl Stop 8										CATA
	IM IV SC Oral	<u> </u>										IAT
	R/	Tgl Mul Paraf Do Tgl Stop & Dokt	okter & Paraf									CATATAN PENGOBATAN
	IM IV SC Oral)B/
	Nama Dokter :	Tgl Mul Paraf Do										TAN F
	IM IV SC Oral	Tgl Stop 8 Dokt	er									PASIEN
	Nama Dokter : R/	Tgl Mul Paraf Do	okter									
	X	Tgl Stop 8 Dokt										
	Nama Dokter :	Tgl Mui Paraf Do										
	X	Tgl Stop 8 Dokt										
	Nama Dokter :	Tgl Mul Paraf Do										
	X	Tgl Stop 8 Dokt										
	IM IV SC Oral							I			I	

Rekomendasi Waktu Pemberian										
	Obat In	jeksi		Obat Non Injeksi						
1 x Pemberian	: 08		1 x Pemberian	: (Pagi) 08.00 atau (siang) 13.00 atau (ma	alam) 19.00					
2 x Pemberian	: 08 - 2	20 atau 16 - 04 atau 12 - 24	2 x Pemberian	: 08.00 - 19.00						
3 x Pemberian	: 08 - 1	l6 - 24 atau 04 - 12 - 20	3 x Pemberian	: 08.00 - 13.00 - 19.00						
4 x Pemberian	: 08 - 1	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	- 04.00						
: 2 x = tiap 12 jam		: 4 x = tiap 6 jam	Obat AC (sebelum r	ıkan) : 1/2 jam sebelum makan						

PEMBERIAN OBAT OLEH PERAWAT SETIAP HARI

Isi kolom **TANDA** dengan :

A : obat tidak diberikan P : Puasa M : Muntah T : Pasien Menolak

	Tgl/Bln/Thn Tgl/Bln/Thn							in/Thn				in/ Thn				in/Thn			
laliua	¥	Verif Apt.	:	Tanda	Stok	Verif Apt.	<u>:</u>	Tanda	×	Verif Apt.	: <u></u>	Tanda	Stok	Verif Apt.	: <u>.</u>	Tanda	Stok	Verif Apt.	<u>:</u>
5	Stok		a Perawat	Tan	¥		a Perawat	Tan	Stok	Nama	Perawat	Tan	Sto		Perawat	Tan	Stc		Perawat
7			i				Ī								Ī	1			
			<u>!</u>				! !					1			! !	1			1
			•]] 				
7			1				<u> </u>					1			<u> </u>	t			
				-								-				1			
			•				! ! !												
7																1			
+			•	-								1				1			
																1			
7			!							i e		1							
\dashv			<u> </u>	1			<u> </u>					1			<u>i</u> 	1			
4			<u> </u>	!	<u> </u>]] :					1—]] :	1—			
			1				<u>. </u>												
-							<u>!</u>					1			<u>. </u>	1			
4			<u> </u>	-												-			
			1																
			į																
			1																
7			!									1				1			
			<u> </u>	ļ			:					-			<u> </u>	1			
							I I !								0 0 1				
			!																
			<u>.</u> 				<u>. </u>					1			<u>. </u>				
+			<u> </u>				<u>!</u> !					1			<u>!</u>	+			
_																			
															i ! !				
7			<u> </u>				i ! !					1			 	1			
			 									1				1			
4			<u> </u>	-	<u> </u>					ļ		1				1			
												1				<u> </u>			
				1			! !								! !	1			
							i !									ĺ			
1			!				<u>. </u>					1			! !	1			
4				1								1				╀			
_			<u> </u>	<u> </u>								1				1			
			<u> </u>		<u> </u>		! !	L		<u> </u>					<u> </u> 				<u> </u>
1			<u> </u>	1			 			Ì		1			! !	1			
\dashv			 	1								1				1			
_			<u> </u>	<u> </u>								1				1-			
			<u> </u>												i !				
			1				ł					1			!	1			

Rekomendasi Waktu Pemberian										
	Obat In	jeksi		Obat Non Injeksi						
1 x Pemberian	: 08		1 x Pemberian	: (Pagi) 08.00 atau (siang) 13.00 atau (ma	alam) 19.00					
2 x Pemberian	: 08 - 2	20 atau 16 - 04 atau 12 - 24	2 x Pemberian	: 08.00 - 19.00						
3 x Pemberian	: 08 - 1	l6 - 24 atau 04 - 12 - 20	3 x Pemberian	: 08.00 - 13.00 - 19.00						
4 x Pemberian	: 08 - 1	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	- 04.00						
: 2 x = tiap 12 jam		: 4 x = tiap 6 jam	Obat AC (sebelum r	ıkan) : 1/2 jam sebelum makan						

PEMBERIAN OBAT OLEH PERAWAT SETIAP HARI

Isi kolom **TANDA** dengan :

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

													<u> </u>						
Tgl/ Bl	n/ Thn				Bln/ Thn			Tgl/ B	in/Thn				Bin/ Thn				Sin/Thn		
Tanda	Stok	Verif Apt.	:	Tanda	Stok	Verif Apt.		Tanda	Stok	Verif Apt.		Tanda	Stok	Verif Apt.		Tanda	Stok	Verif Apt.	
Tar	ž	Nama	a Perawat	Tar	Şŧ	Nama	Perawat	Tar	Şŧ	Nama	Perawat	Tar	Şŧ	Nama	Perawat	Tar	St	Nama	a Perawat
			i !									1							
			<u>. </u>									1							
								-											
			<u> </u>									1							
			<u> </u>					-				!							
																			
	_																		
																			i
												1							
			<u>;</u> !									1							<u> </u>
			<u> </u>																
_			<u>.</u>									1							
								-				!							<u> </u>
			<u> </u>																
			<u> </u>																
			! !																
			!																
									Ì			Ì					Ì		
			<u> </u>									t							
									 				 				 		
\dashv												1							
									-			1	-				-		İ
_			<u>!</u>									-					<u> </u>		
			<u> </u>																
																			<u> </u>
			<u> </u>																
																			<u> </u>
			į																
												Ī							
			<u>. </u>																
			<u> </u>	1								1			000 /5	/E A I	_ /DC	1 / / / / / / / / / / / / / / / / / / /	22 (Dov 0

009/F/FAR/RSIH/VI/2022 (Rev.01)

Nama Dokter Pemberi Instruksi, Na		ma Obat	, Kekuat	an, Bentı	uk			Verifik	asi	Tgl/	Bln/	Thn			Tgl/ B	ln/ Thn							
No.					, Aturan I						_	/lulai &	Apotek		3	da	¥	Verif Apt.	:	da	¥	Verif Apt.	:
				(1	L kolom d	diisi 1 na	ıma obat	t)			Parat	Dokter	(Cap & Pa	araf)	Pukul	Tanda	Stok		Perawat	Tanda	Stok	Nama	Perawat
	NI													-									
	Nama L	JOKTE	r : .			• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •								ŀ									
	R/																						
		•••••	•••••								Tol	Stop &											
											_	Dokter		Ī									
					X	,								ŀ									
		T			1	T								ŀ									
	IM	I۷		SC	Oral																		
											_	/lulai & Dokter											
	Nama [Dokte	r : .								laiui	DORCCI											
	R/													Ī									
	~													ŀ									
											_	Stop &		ŀ									
											Parat	Dokter		ŀ									
					X									L									
	IM	I۷		SC	Oral																		
											_	/Iulai &											
	Nama [Dokte	r : .								Paraf	Dokter		ľ									
			•		********	*****		*****						ŀ									
	R/													- }						_			
											Tgl S	Stop &		ļ						ļ			
											Paraf	Dokter											
					X																		
	IM	I۷		SC	Oral						1			Ī									
			_								Tgl N	/Iulai &											
	Nama F	Doleto			I						Paraf	Dokter		ŀ									
	INdilla L	JUKLE	٠											-									
	R/													ŀ									
							••••••				Tgl S	Stop &		L									
											Paraf	Dokter											
					X																		
	IM	I۷		SC	Oral						1			Ī									
			_		II.						Tgl N	/Iulai &											
	Nama F	Soleta									Paraf	Dokter		ŀ									
	INdilla L	JUKLE	Γ	•••••		••••••								ŀ									
	R/													ŀ									
		•••••		•••••			••••••		•		Tgl S	Stop &		L									
											Paraf	Dokter											
					X																		
	IM	I۷	T	SC	Oral						1			f									
		<u> </u>									Tgl N	/Iulai &		+						-			
	Na ·· -	S-1:	_								_	Dokter		ŀ						-			
	Nama [Jokte	r : .	•••••										- }									
	R/																						
								•••••			Tgl 9	Stop &											
											_	Dokter		ſ									
					X									Ī									
	IM	١٧		SC	Oral									ŀ									
Tol/	Bln/ Th		_	-	o.u.																		
· 5'/	J.11/ 11	***											1					-	1	Τ-			
TER/	API INS	ULIN				Pukul	Hasil (mg/dL)	Dosis (unit)	Nama	Perav	wat	Pukul	Hasil (mg/dL)	Dosi (unit		lama	Peraw	at Puk	ul Hasil (mg/dL)		osis unit)	Nama	Perawat
							(,D) (IL)	(3()	!				(b/ 3L/	(will)				-	(8/ 01)	+-	,	!	
												!			+					\bot			
-	-																						
												1			1					1			
															\dashv			-		+			
												-			-			-	-	+			
																				\perp			
															\dashv					1			
*\	ret van	- 4: d-	l. no	.d		Ī			<u> </u>										000/5/	E A D	/DCILI	/\ /\ /\ /\ \	2 (Dov 01)

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

	PERMINTAAN ALAT KESEHATAN HABIS											
No	Nama Infus dan Obat Tambahannya (Nama,	Tgl.Mulai	Tgl. Stop				Jumlah I	Permintaar	n Perhari			
	Konsentrasi/Dosis.Volume)	(Paraf)	(Paraf)									
-												
	Serah Terima Depo Farmasi dan Perawat	Nama Petu										
	Seraii reimia sepo raimasi adiri erawat	Nama F										

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

009/F/FAR/RSIH/VII/2022 (Rev.01)