

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 19050294493
 Nama Lengkap : Dwi Ishmi Novanti
 Unit/Divisi/Komite : Farmasi
 No. Telepon/Ext : 1110 / 1107 / 1237
 E-mail : dwiishmi2@gmail.com

Tanggal : 20 Februari 2024

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 007/F/FARMASI/II/2024
 No/Kode RM : - (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : Feb 2024 Revisi ke- : 1

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 dikarenakan ada perubahan Manager Pelayanan

Medis

Komponen Perubahan

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

pan tanda tangan persepuyan Manager pelayanan
 Medis akibat perubahan Manager pelayanan Medis

Tanda Tangan
Pemohon,

[Signature]
Dwi Ishmi Novanti

Tanda Tangan
Penerima,

[Signature]
26/2/24
Ira P. Sari

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
DITETAP SEWA KEDUNHAWA		<i>[Signature]</i>	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Dr. Reynald Fattah Zakaria, MARS		<i>[Signature]</i>	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Keseekretariatan	Tanda Tangan
Perisi nama manager pelayanan medik.	<i>[Signature]</i> 26/2/24	ditandatangani sesuai perubahan formulir	<i>[Signature]</i> 26/2/24 Ira P. Sari
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Revisi nama	<i>[Signature]</i> 26/2/24	ACC	<i>[Signature]</i> 26/2/24 drg. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

FORMULIR USULAN PENCATUMAN NAMA OBAT
DALAM FORMULARIUM

1. Nama Generik :.....
2. Nama Dagang :.....
3. Bentuk Sediaan dan Kekuatan :.....
4. Nama obat yang sudah tercantum dalam formularium sekarang yang dapat dibandingkan dengan obat usulan :

☐ Tidak Ada

☐ Ada

Yaitu :
.....
.....

5. Alasan Pengusulan :
.....
.....

6. Referensi yang mendukung (fotocopi naskah terlampir) :
a.
b.
c.

7. Apakah dengan penambahan obat yang diusulkan maka obat sebanding yang sudah tercantum perlu dihapuskan ?

☐ Tidak Ada

☐ Ada

Alasan :
.....
.....

Garut,20.....

Dokter yang Mengusulkan,

(.....) (.....) (.....)

Mengetahui,

Kepala Unit Farmasi, Ketua Tim Farmasi Terapi, Manajer Pelayanan Medis, Direktur,

(apt. Dwi Ishmi N.,S.Farm) (dr.Johnson Manurung,Sp PD) (dr.Reynaldi Fattah Z.,MARS) (drg. Muhammad Hasan, MARS)



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR USULAN PENCANTUMAN NAMA OBAT DALAM FORMULARIUM
007/F/RM/RSIH/II/2024 (Rev.01)**

1. PENGERTIAN

Formulir Usulan Pencantuman Nama Obat dalam Formularium adalah dokumen yang digunakan untuk mengusulkan penambahan/penggantian obat formularium Rumah Sakit dengan berbagai pertimbangan.

2. TUJUAN

Untuk meningkatkan penggunaan obat secara efektif, aman dan rasional kepada pasien.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan pada saat ada usulan penambahan/penggantian obat baru baik dari prinsipal atau *user*.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Apoteker/KUF
- b. Dokter/User
- c. *Medical Representative* (Medref)
- d. Manager Pelayanan Medis
- e. Direktur Rumah Sakit

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Form usulan pencantuman obat dalam formularium diisi oleh Prinsipal, Apoteker dan User.

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Nama Generik	Diisi dengan nama Zat aktif obat	Medref/User
Nama Dagang	Diisi dengan nama paten obat	Medref/User
Bentuk sediaan/Kekuatan sediaan	Diisi dengan bentuk sediaan dan kekuatan sediaan obat	Medref/User
Nama obat yang sudah tercantum dalam formularium sekarang yang dapat dibandingkan dengan obat usulan	Diceklis "Tidak ada" bila tidak ada obat formularium yang sama jenis dan kandungannya dengan obat tersebut, Diceklis "Ya" apabila terdapat obat formularium yang sama jenis dan kandungannya dengan obat tersebut "Yaitu" isi dengan nama obat formularium yang sama jenis dan kandungannya dengan obat tersebut sertakan kekuatan sediaannya	Apoteker
Alasan Pengusulan	Diisi dengan alasan obat diusulkan	Medref/User
Referensi yang mendukung	Dilampirkan dokumen pendukung tentang izin obat, uji klinis, BA/BE, BPOM dll	Medref/User

Apakah dengan penambahan obat yang diusulkan maka obat sebanding yang sudah tercantum perlu dihapuskan?	Diceklis "Tidak ada" apabila tidak ada sediaan yang sebanding dalam formularium yang perlu diganti Diceklis "Ada" apabila ada obat didalam formularium yang sebanding dan perlu diganti. "Alasan" dijelaskan alasannya	Apoteker/User
Garut.....	Diisi dengan tanggal usulan penambahan obat diajukan	Medref/User
Dokter yang mengusulkan	Diisi dengan TTD dan nama jelas dokter yang mengusulkan (minimal 3 dokter)	User
Kepala Unit Farmasi	Diisi dengan TTD dan nama jelas Apoteker sebagai KUF	Apoteker
Manager Pelayanan Medis	Diisi dengan TTD dan nama jelas Manager Pelayanan Medis	Manager Pelayanan Medis
Direktur	Diisi dengan TTD dan nama jelas Direktur Rumah Sakit	Direktur Rumah Sakit