

# FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

## DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 19050294443  
 Nama Lengkap : Dwi Ishmi N  
 Unit/Divisi/Komite : FARMASI  
 No. Telepon/Ext : 110 / 1109  
 E-mail : dwishmi22@gmail.com

Tanggal : 08.12.2022

## DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : Form. Daftar Penggunaan obat & BMHP TE  
 No/Kode Formulir : 013 / F / FAR / RSIH / XII / 2022  
 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 : *	
Waktu : *	
Paraf	

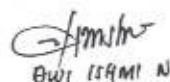
## Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 Untuk mempermudah dalam pencatatan penggunaan obat & BMHP  
 Trolley Emergency

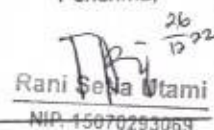
## Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan  
Pemohon,

  
Dwi Ishmi N

Tanda Tangan  
Penerima,

  
Rani Setia Utami  
NIP. 15070293069

## Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Cetak sesuai kebutuhan			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Dilaksanakan			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
form tidak masuk ke map status	 08/11/22	Ditimbak langsung	 26/12/22 Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC		ACC Pintar	 drg. Muhammad Hasan MARS NIP. 211010125633

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medik

001/F/SEKRE/RSIH/IX/2022 (Rev.01)



**Nama Trolley :**

No	NAMA BARANG	JUMLAH	TGL EXP	TANGGAL PENGGUNAAN																													
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
OBAT INJEK																																	
1	Aminophilin	2 ampul																															
2	Farsorbid	1 ampul																															
3	NTG (Nitroglyserin)	1 ampul																															
4	Dexametason	2 ampul																															
5	Furosemid	2 ampul																															
6	Fargoxin	1 ampul																															
7	Dopamin	1 ampul																															
8	Norepinephrine	2 ampul																															
9	Amiodarone	3 ampul																															
10	Epineprine	12 ampul																															
11	Sulfat Atropin	12 ampul																															
12	Dobutamin 250 mg	1 ampul																															
13	Diphenhidramine	1 ampul																															
14	Lidocain 2 %	5 ampul																															
15	Efedrin/ Vasodrin	1 ampul																															
16	Inviclot / Heparin	1 ampul																															
17	Ventolin	2 Respul																															
18	Profopol	1 ampul																															
19	Neostigmin	1 ampul																															
Cairan Infus																																	
1	Nacl 0.9% 100 ml	1																															
2	Nacl 0,9% 25 ml	5																															
3	D40% 25 ml	5																															
4	D10% 500 ml	1																															
5	D5 % 500 ml	1																															
6	RI 500 ml	1																															
7	RA 500 ml	1																															
8	Nacl 0.9 % 500 ml	1																															
9	Gelafusal 500 ml	1																															
BMHP																																	
1	Electroda Bayi	5																															
2	Needle 18	1																															
3	Abbocath no 24	2																															
4	Abbocath no 26	2																															
5	Threeway	5																															
6	Extension Tube	5																															
7	Iv 3000 5x6	2																															
8	Sputit 1 cc	2																															
9	Sputit 3 cc	15																															
10	Sputit 5 cc	5																															
11	Sputit 10 cc	5																															
12	Sputit 20 cc	2																															
13	Sputit 50 cc Syring	5																															
14	Sputit 50 cc Kateterip	1																															

NO	NAMA BARANG	JUMLAH	TGL EXP	TANGGAL PENGGUNAAN																																
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
15	ETT no 2,5	1																																		
16	ETT no 3	1																																		
17	ETT no 3.5	1																																		
18	Suction no 8	2																																		
19	Guedel Hitam	1																																		
20	Guedel Pink	1																																		
21	Handscoon Steril no 6.5	2																																		
22	Handscoon Steril no 7	2																																		
23	Handscoon Steril no 7.5	2																																		
24	Urine Bag	2																																		
25	Cathe gel	1																																		
26	Nasal Canul Neo	1																																		
27	Simple Mask Anak	1																																		
28	NRM Anak	1																																		
29	Conecting Tube Suction	2																																		
30	Bloodset	2																																		
31	Infuset Macro	2																																		
32	Stomach Tube NGT no 5 40cm	1																																		
33	Stomach Tube NGT no 8 40cm	1																																		
34	Nipplenut	1																																		
35	Masker Nebulizer Anak	1																																		
36	Infuset Buret	2																																		
OBAT PSIKOTROPIKA DAN NARKOTIKA																																				
1	Fentanyl	1																																		
Alkes																																				
2	Laringoskop Anak	1																																		
4	BVM Anak	1																																		
5	oksigen portable	1																																		
6	Papan RJP	1																																		
7	Defibrilator	1																																		
No Seri Kunci																																				
Nama Petugas Ruangan																																				
Nama Ptugas Farmasi																																				



**FORMULIR PENGGUNAAN OBAT DAN BMHP *TROLLEY EMERGENCY***  
**013/F/FAR/RSIH/XII/2022 (Rev.00)**

**1. PENGERTIAN**

Formulir Penggunaan obat dan BMHP *Trolley Emergency* adalah dokumen yang digunakan pada saat ada pemakaian obat dan BMHP di *trolley emergency*.

**2. TUJUAN**

Sebagai dokumen untuk memvalidasi pemakaian obat dan BMHP pada *Trolley Emergency*.

**3. KEGUNAAN**

Formulir digunakan untuk pada saat menggunakan obat dan BMHP *Trolley emergency*.

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

- a. Apoteker
- b. Perawat Ruangan
- c. Dokter

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- a. Form Racikan diisi Perawat Ruangan, Apoteker/TTK.

**6. CARA PENGISIAN**

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Nama Trolley	Diisi dengan nama <i>trolley emergency</i>	Apoteker/TTK
Tanggal Exp	Diisi dengan tanggal Exp dari obat atau BMHP <i>trolley emergency</i>	Apoteker/TTK
Tanggal Penggunaan	Diisi dengan jumlah penggunaan obat pada tanggal yang tercantum setiap bulannya dimana kolom disesuaikan dengan nama obat dan BMHP yang digunakan	Perawat Ruangan
No Seri Kunci	Diisi dengan No Seri Kunci yang digunakan atau yang diganti setelah pembukaan <i>trolley emergency</i>	Apoteker/TTK
Nama Petugas Ruangan	Diisi dengan nama jelas petugas yang menggunakan obat dan BMHP <i>trolley emergency</i> .	Perawat Ruangan
Nama Petugas Farmasi	Diisi Nama jelas Apoteker/TTK yang mengetahui dan mengganti obat dan BMHP yang dipakai pada <i>Trolley emergency</i>	Apoteker/TTK