



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR


DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP :
Nama Lengkap : DWI ISHMI ALOVANTI
Unit/Divisi/Komite : FARMASI
No. Telepon/Ext : 117 0 / 1109
E-mail : dwiishmi2@gmail.com

Tanggal : 27.01.2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
No/Kode Formulir : 001/F/FAR/RSIH/11/2022
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	

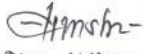
Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
untuk menggantikan salinan resep, agar pasien tidak beli
obat keluar dari Rumah Sakit

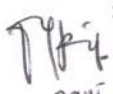
Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,


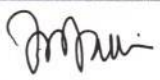
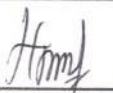
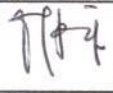

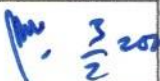

DWI ISHMI A

Tanda Tangan
Penerima,


Rani


Masukan/Saran


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


Logistik		Tanda Tangan	
Alasan Ditepat Sesuai Format Ukuran 1/3 Fu 2 ply ncr			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Atc.			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
tidak masuk ke penomoran Rekam Medis	 3/2 22 Acus	No. Form	 3/2 22 Rani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Atc.		5 po agar terdapat	 3/2 22

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

	FORMULIR TEBUS OBAT
Nama Pasien : No RM : Tanggal Lahir : Dokter : Tanggal tebus resep pertama : Tanggal tebus resep selanjutnya :	
Apoteker (.....)	Pasien (.....)
001/F/FAR/RSIH/II/2022 (Rev.00)	

	FORMULIR TEBUS OBAT
Nama Pasien : No RM : Tanggal Lahir : Dokter : Tanggal tebus resep pertama : Tanggal tebus resep selanjutnya :	
Apoteker (.....)	Pasien (.....)
001/F/FAR/RSIH/II/2022 (Rev.00)	

	FORMULIR TEBUS OBAT
Nama Pasien : No RM : Tanggal Lahir : Dokter : Tanggal tebus resep pertama : Tanggal tebus resep selanjutnya :	
Apoteker (.....)	Pasien (.....)
001/F/FAR/RSIH/II/2022 (Rev.00)	



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR TEBUS RESEP
001/F/FAR/RSIH/II/2022 (Rev.00)**

1. PENGERTIAN

Formulir Tebus Resep adalah berkas berisikan informasi mengenai tanggal resep pertama ditebus dan tanggal resep selanjutnya untuk menebus obat yang dibeli setengahnya, obat dengan iter (keterulangan) dan obat yang tidak ditebus oleh pasien.

2. TUJUAN

Untuk menghilangkan salinan resep dan kemungkinan obat ditebus di luar Rumah Sakit Intan Husada.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk menginformasikan kepada pasien terkait tanggal untuk pasien dapat menebus resep kembali.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Apoteker Penanggung Jawab
- b. Apoteker Koordinator Depo
- c. Tenaga Teknis Kefarmasian

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Form Tebus Resep diisi oleh Apoteker/TTK

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien		
Nama Pasien	Diisi nama Lengkap Pasien	Apoteker/TTK
Tgl Lahir L/P	Diisi tanggal lahir, diisi dengan memilih salah satu Laki'/Perempuan	Apoteker/TTK
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Apoteker/TTK
Nama Dokter	Diisi dengan nama Dokter penulis resep	Apoteker/TTK
Informasi Tebus Resep		
Tanggal tebus resep pertama	Diisi dengan tanggal awal pasien menebus resep	Apoteker/TTK
Tanggal tebus resep selanjutnya	Diisi dengan range tanggal untuk pasien dapat menebus resep setengahnya/iter dan obat yang tidak ditebus	Apoteker/TTK
Tanda tangan	Diisi nama jelas dan tanda tangan Apoteker/TTK	Apoteker/TTK
	Diisi nama jelas dan tanda tangan pasien/keluarga pasien	Pasien/Keluarga Pasien