

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 21070207626
Nama Lengkap : IKEU NURJANAH
Unit/Divisi/Komite : FARMASI
No. Telepon/Ext : 110, 1109
E-mail : keunurjanah@gmail.com

Tanggal : _____

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Rekonsiliasi Obat
No/Kode Formulir : 010/F/FAR/RSIH/IX/2022
No/Kode RM** : - (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 00

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	-
Buffer stock :	-
Proses PO :	-
Waktu :	-
Paraf a.1	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Formulir Baru belum pernah membuat

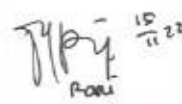
Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,



Tanda Tangan
Penerima,



Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
FY Bolak balik			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
disesuaikan dgn akreditasi		Disesuaikan	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc Dilaksanakan		M	

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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



FORMULIR REKONSILIASI OBAT

Identitas Pasien (Diisi oleh Apoteker/TTK)

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

UNIT GAWAT DARURAT

RAWAT INAP

No	Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Cara Pemberian	Tindak lanjut oleh DPJP	Perubahan Aturan Pakai	No	Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Cara Pemberian	Tindak lanjut oleh DPJP	Perubahan Aturan Pakai		
1					<input type="radio"/> Lanjut aturan pakai sama <input type="radio"/> Lanjut aturan pakai berubah <input type="radio"/> Stop		1					<input type="radio"/> Lanjut aturan pakai sama <input type="radio"/> Lanjut aturan pakai berubah <input type="radio"/> Stop			
2					<input type="radio"/> Lanjut aturan pakai sama <input type="radio"/> Lanjut aturan pakai berubah <input type="radio"/> Stop		2					<input type="radio"/> Lanjut aturan pakai sama <input type="radio"/> Lanjut aturan pakai berubah <input type="radio"/> Stop			
3					<input type="radio"/> Lanjut aturan pakai sama <input type="radio"/> Lanjut aturan pakai berubah <input type="radio"/> Stop		3					<input type="radio"/> Lanjut aturan pakai sama <input type="radio"/> Lanjut aturan pakai berubah <input type="radio"/> Stop			
4					<input type="radio"/> Lanjut aturan pakai sama <input type="radio"/> Lanjut aturan pakai berubah <input type="radio"/> Stop		4					<input type="radio"/> Lanjut aturan pakai sama <input type="radio"/> Lanjut aturan pakai berubah <input type="radio"/> Stop			
5					<input type="radio"/> Lanjut aturan pakai sama <input type="radio"/> Lanjut aturan pakai berubah <input type="radio"/> Stop		5					<input type="radio"/> Lanjut aturan pakai sama <input type="radio"/> Lanjut aturan pakai berubah <input type="radio"/> Stop			
Tanggal/Jam : Apoteker		Tanggal/Jam : Dokter		Tanggal/Jam : Perawat		Tanggal/Jam : Keluarga Pasien		Tanggal/Jam : Apoteker		Tanggal/Jam : Dokter		Tanggal/Jam : Perawat		Tanggal/Jam : Keluarga Pasien	
(_____)		(_____)		(_____)		(_____)		(_____)		(_____)		(_____)		(_____)	

FORMULIR REKONSILIASI OBAT

TRANSFER							PULANG								
No	Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Cara Pemberian	Tindak lanjut oleh DPJP	Perubahan Aturan Pakai	No	Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Cara Pemberian	Tindak lanjut oleh DPJP	Perubahan Aturan Pakai		
1					o Lanjut aturan pakai sama o Lanjut aturan pakai berubah o Stop		1					o Lanjut aturan pakai sama o Lanjut aturan pakai berubah o Stop			
2					o Lanjut aturan pakai sama o Lanjut aturan pakai berubah o Stop		2					o Lanjut aturan pakai sama o Lanjut aturan pakai berubah o Stop			
3					o Lanjut aturan pakai sama o Lanjut aturan pakai berubah o Stop		3					o Lanjut aturan pakai sama o Lanjut aturan pakai berubah o Stop			
4					o Lanjut aturan pakai sama o Lanjut aturan pakai berubah o Stop		4					o Lanjut aturan pakai sama o Lanjut aturan pakai berubah o Stop			
5					o Lanjut aturan pakai sama o Lanjut aturan pakai berubah o Stop		5					o Lanjut aturan pakai sama o Lanjut aturan pakai berubah o Stop			
Tanggal/Jam : Apoteker		Tanggal/Jam : Dokter		Tanggal/Jam : Perawat		Tanggal/Jam : Keluarga Pasien		Tanggal/Jam : Apoteker		Tanggal/Jam : Dokter		Tanggal/Jam : Perawat		Tanggal/Jam : Keluarga Pasien	
(_____)		(_____)		(_____)		(_____)		(_____)		(_____)		(_____)		(_____)	



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR REKONSILIASI OBAT
010/F/FAR/RSIH/XI/2022 (Rev.00)**

1. PENGERTIAN

Formulir Rekonsiliasi Obat adalah dokumen yang digunakan untuk membandingkan instruksi pengobatan dengan Obat yang telah didapat pasien.

2. TUJUAN

Untuk membandingkan terapi obat yang diterima pasien sebelum dirawat, saat dirawat, ketika proses transfer dan sebelum pulang.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan pada saat Rekonsiliasi Obat pasien sebelum dirawat, saat dirawat, ketika proses transfer dan sebelum pulang.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Apoteker
- b. Dokter
- c. Perawat
- d. Manager Keperawatan
- e. Manager Pelayanan Medis
- f. Direktur Rumah Sakit

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Formulir Rekonsiliasi obat

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien	Diisi dengan nama pasien, tanggal lahir dan nomer rekam medis.	Apoteker
Nama Obat	Diisi dengan nama obat yang di bawa pasien atau yang di gunakan di ruangan sebelumnya	Apoteker
Dosis	Diisi dengan Dosis Obat	Apoteker
Frekuensi	Diisi dengan Frekuensi pemberian Obat	Apoteker
Cara Pemberian	Diisi dengan Cara pemberian Obat diantaranya melalui : (per oral, Sublingual, bucal,topical, Rectal) dan lain-lain.	Apoteker
Tindak lanjut oleh DPJP	Diceklis "Lanjut aturan pakai sama" apabila obat dilanjutkan dengan aturan pakai yang sama Diceklis "Lanjut aturan pakai berubah" apabila obat dilanjutkan dengan aturan pakai yang berbeda Diceklis "Stop" apabila obat tidak dilanjutkan	Apoteker

Perubahan Aturan Pakai	Diisi apabila ada perubahan aturan pakai obat	Apoteker
Apoteker	Diisi dengan tanggal, jam , TTD dan nama jelas Apoteker yang melakukan Rekonsiliasi Obat	Apoteker
Dokter	Diisi dengan tanggal, jam , TTD dan nama jelas Dokter	Dokter
Perawat	Diisi dengan tanggal, jam , TTD dan nama jelas Perawat	Perawat
Keluarga pasien	Diisi dengan tanggal, jam , TTD dan nama jelas Keluarga Pasien	Keluarga Pasien