

FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 19050294443
Nama Lengkap : DWI ISHMI NOVANTI
Unit/Divisi/Komite : FARMASI
No. Telepon/Ext : 110/1109
E-mail : dwishmi2@gmail.com

Tanggal : 12. Maret 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
No/Kode Formulir : 003/F/FAR/RSIH/III/2022
No/Kode RM : 10.88 (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 menunjang kelengkapan pelayanan informasi
obat pulang pasien Rawat Inap

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

[Signature]

Tanda Tangan
Penerima,

[Signature]
Rani Setia Utami

NIP. 15070293069

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Ditandatangani dan ditandatangani		<i>[Signature]</i>	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC.		<i>[Signature]</i>	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Peromotan sudah disesuaikan dengan RM.	<i>[Signature]</i> 19/3 22	NO. Form Disesuaikan.	<i>[Signature]</i>
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC.	<i>[Signature]</i>	ACC. Sagera	<i>[Signature]</i>

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

dr. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 31110123069

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

[Signature]



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama : _____
 Tanggal Lahir : _____ (L / W)*
 No. RM : _____
 Ruangan/Kelas : _____ / _____
 Dokter yang merawat : _____
 Penjamin : _____

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

INFORMASI OBAT PULANG

Hamil : Ya / Tidak *)

☐ Jumlah Obat > 5 macam

Alergi : Ya / Tidak / Tidak Tahu *)

☐ Aturan Penggunaan Khusus

Obat Penyebab Alergi : _____

Pengawas Minum Obat : _____

**FORMULIR INI HARAP DIBAWA
 JIKA BEROBAT KEMBALI**

PENGobatan YANG DILANJUTKAN

NO	NAMA OBAT	JUMLAH OBAT	DOSIS	ATURAN PAKAI	JADWAL PEMBERIAN OBAT				INSTRUKSI KHUSUS
					Pagi	Siang	Sore	Malam	
1				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
2				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
3				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
4				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
5				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
6				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
7				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
8				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
9				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
10				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
11				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
12				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
13				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
14				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
15				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
16				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
17				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
18				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
19				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					
20				Sebelum/ saat / sesudah makan *)					

Catatan Khusus :

Edukasi Terkait Obat :

- ☐ Penyimpanan obat sesuai dengan stabilitasnya : a. Suhu Ruangan (25 - 30°C) ; b. Suhu Lemari Pendingin (2 - 8°C)
☐ Jika terjadi perubahan fisik pada obat (bau, warna, rasa, bentuk), obat tidak direkomendasikan untuk digunakan.
☐ Jika timbul reaksi yang tidak diinginkan, segera konsultasikan kepada Dokter/Apteker

Informasi & Edukasi	(v)	Saya telah menerima dan mengerti tentang informasi penggunaan obat : Tanggal : _____ Pukul : _____ WIB	
		Pihak Pasien	Petugas Informasi Obat Pulang
Kesesuaian Identitas Pasien		(.....) Nama Jelas dan Tanda Tangan Hubungan dengan Pasien : No. Telp/HP :	(.....) Nama Jelas dan Tanda Tangan Apteker
Nama Obat, Dosis, Jumlah, Bentuk			
Indikasi dan Aturan Pakai			
Cara Penggunaan			
Efek Samping Obat			

Keterangan : ☐ Beri tanda v pada yang sesuai, *) coret tidak perlu

Lembar 1 : Rekam Medis, Lembar 2: Pasien, Lembar 3 : Farmasi

003/F/FAR/RSIH/III/2022 (Rev.00)

INFORMASI OBAT PULANG