

NO	NAMA OBAT	BERKAS LAMPIRAN
1	IVIG / Imunoglobulin Intravena	1. E-Resep 2. DPHO 3. Hasil lab yang menunjang diagnosis penyakit 4. Pengisian Formulir KFT Permintaan Obat Diluar Restriksi FORNAS 5. Jurnal EBM
2.	Mikofenolat Mofetil / Kamyfet / CellCept	1. E-Resep 2. DPHO 3. Protokol Mikofenolat Mofetil 4. Hasil lab yang menunjang diagnosis penyakit
3.	Mikofenolat Sodium / Myfortic	1. E-Resep 2. DPHO 3. Protokol Mikofenolat Sodium 4. Hasil lab yang menunjang diagnosis penyakit
4.	Hidroksiklorokuin	1. E-Resep 2. DPHO 3. Protokol Hidroksiklorokuin 4. Hasil lab yang menunjang diagnosis penyakit
5.	Warfarin	1. E-Resep 2. DPHO 3. Hasil lab INR
6.	Sulfasalazine	1. E-Resep 2. DPHO 3. Hasil lab yang menunjang diagnosis penyakit 4. Hasil Colon In Loop
7.	Mesalazine	1. E-Resep 2. DPHO dengan catatan pasien hipersensitif dengan Sulfasalazine 3. Hasil lab yang menunjang diagnosis penyakit 4. Hasil USG Abdomen
8.	Sildenafil	1. E-Resep 2. DPHO 3. Hasil lab yang menunjang diagnosis penyakit 4. Hasil Echo yang menyatakan Hipertensi Pulmonal
9.	Entekafir	1. E-Resep 2. DPHO 3. Hasil lab HBV-DNA, Hasil HBSAG, 4. Melampirkan perhitungan APRI SCore
10	Enoksaparin	1. E-Resep 2. DPHO dengan diagnose STEMI 3. Hasil Lab INR dan troponin
11	Uperio / Sacubitril dan Valsartan	1. E-Resep 2. DPHO 3. Hasil ECHO Dimana hasil LVEF < 40% 4. Riwayat penggunaan antihipertensi golongan ACEI dan ARB

12	Human Albumin	<ol style="list-style-type: none"> 1. E-Resep 2. DPHO dengan menuliskan : <ul style="list-style-type: none"> - Status Gizi Pasien - Status Klinis Pasien dalam keadaan syok atau tidak serta terdapat edema atau tidak - Tanggal Tindakan 3. Hasil lab Albumin
13.	Filgrastim	<ol style="list-style-type: none"> 1. E-Resep 2. DPHO 3. Protokol Filgrastim 4. Hasil lab leukosit kurang dari 4.000/mm³ dan neutrofil kurang dari 1.500/mm³
14.	Fondaparinux	<ol style="list-style-type: none"> 1. E-Resep 2. DPHO dengan diagnosa DVT 3. Hasil lab INR, Hasil D-Dimer, Hasil CRP, dan Hasil ECHO
15.	Valgansiklovir	<ol style="list-style-type: none"> 1. E-Resep dari Prof Edi 2. DPHO 3. Hasil Lab CMV dan Fungsi Hati
16.	Xarelto / Rivaroksaban	<ol style="list-style-type: none"> 1. E-Resep 2. DPHO dengan diagnosis DVT / Stroke Prevention in Atrial Fibrillation 3. Hasil lab yang menunjang diagnosis
17.	Imuran / Azatioprin	<ol style="list-style-type: none"> 1. E-Resep 2. DPHO 3. Protokol Imuran 4. Hasil Lab yang menunjang diagnosis
18.	Sandimmun / Siklosporin	<ol style="list-style-type: none"> 1. E-Resep 2. DPHO 3. Protokol Sandimun 4. Hasil Lab yang menunjang diagnosis
19.	Hydroxyurea / Hidroksiurea	<ol style="list-style-type: none"> 1. E-Resep 2. DPHO 3. Protokol Hydroxyurea 4. Hasil Lab yang menunjang diagnosis (Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Trombosit)
20.	Venofer	<ol style="list-style-type: none"> 1. E-Resep 2. DPHO 3. Hasil Lab yang menunjang diagnosis (Ferritin)
21.	Redax	<ol style="list-style-type: none"> 1. E-Resep 2. DPHO 3. Surat Masuk 4. Form Permintaan dan Persetujuan dari Dokter Ira 5. Hasil Bacaan CXR (Min. 2 x sebelum dan sesudah pemasangan Chest Tube)
22.	Spiriva / Tiotropium	<ol style="list-style-type: none"> 1. E-Resep 2. DPHO dengan diagnosa PPOK 3. Hasil Spirometri

		4. Riwayat penggunaan Inhaler atau Riwayat Nebulisasi selama Rawat Inap.
23.	Deferiprone	1. E-Resep 2. DPHO dengan diagnosis Thalasemia Mayor 3. Protokol Deferiprone 4. Hasil lab yang menunjang diagnosis (Kadar Zat Besi)
24.	Deferasirox	1. E-Resep 2. DPHO dengan diagnosis Thalasemia Beta 3. Protokol Deferasirox 4. Hasil lab yang menunjang diagnosis (Kadar Zat Besi)
25.	Rebozet / Eltrombopag	1. E-Resep 2. DPHO dengan diagnosis ITP 3. Protokol Rebozet 4. Hasil lab yang menunjang diagnosis (Trombosit dibawah 30.000)
26.	Ocreotide / Oktreotid	1. E-Resep 2. DPHO dengan riwayat Hepatitis B atau Cirrhosis 3. Protokol Ocreotide 4. Hasil USG Abdomen dan Hasil Lab

No	NAMA ANTIMIKROBA	KETENTUAN TAMBAHAN
1.	Amoksisilin	1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Umum 2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari) 3. Lama penggunaan 10 Hari
2.	Ampisilin	1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Umum 2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari) 3. Lama penggunaan 10 Hari
3.	Asiklovir	1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Umum 2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)
4.	Benzatin Benzyl Penisilin	1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Umum 2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)
5.	Doksisiklin	1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Umum 2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari) 3. Lama penggunaan 2 Kaps/ Hari Selama 10 Hari
6.	Eritomisin	1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda

		<p>tangan Dokter Umum</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p> <p>3. Lama penggunaan 10 hari</p>
7.	Gentamisin	<p>1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Umum</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p>
8.	Ketokonazole	<p>1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Umum</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p>
9.	Klindamisin	<p>1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Umum</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p> <p>3. Lama penggunaan 5 hari, kecuali toksoplasmosi selama 6 minggu</p>
10.	Kotrimoksazol	<p>1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Umum</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p> <p>3. Lama penggunaan 10 hari kecuali immunocompromised selama 21 hari</p>
11.	Metronidazole	<p>1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Umum</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p> <p>3. Lama penggunaan maksimal 14 hari</p>
12.	Nistatin	<p>1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Umum</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p>
13.	Sefadroksil	<p>1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Umum</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p> <p>3. Lama penggunaan 10 – 14 hari</p>
14.	Siprofloksasin	<p>1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Umum</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p>
15.	Streptomisin	<p>1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Umum</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p>
16.	Sulfadiazin	<p>1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda</p>

		<p>tangan Dokter Umum</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p>
--	--	---

No.	NAMA ANTIMIKROBA	KETENTUAN TAMBAHAN
1.	Amikasin	<p>1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p> <p>3. Hanya untuk resisten Gentamisin</p>
2.	Ampisilin – Sulbactam	<p>1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p> <p>3. Lama penggunaan 10 Hari</p>
3.	Azithromycin	<p>1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p> <p>3. Lama penggunaan 5 hari</p>
4.	Flukonazol	<p>1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p>
5.	Levofloksasin	<p>1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p> <p>3. Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun dan Ibu Hamil</p>
6.	Ofloksasin	<p>1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p> <p>3. Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun dan Ibu Hamil</p>
7.	Sefazolin	<p>1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)</p> <p>2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)</p> <p>3. Hanya untuk profilaksis Bedah</p>

8.	Sefiksim	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) 2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari) 3. Lama penggunaan 10 hari
9.	Sefoperazon	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) 2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari) 3. Lama penggunaan 7 hari dengan dosis 3gr / hari
10.	Sefotaksim	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) 2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari) 3. Lama penggunaan 10 hari
11.	Seftriakson	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan Tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) 2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari) 3. Lama penggunaan 7 hari

No	NAMA ANTIMIKROBA	KETENTUAN TAMBAHAN
1.	Imipenem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan wajib konfirmasi TIM PPRA 2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)
2.	Meropenem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan wajib konfirmasi TIM PPRA 2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari) 3. Lama penggunaan maksimal 7 hari dengan dosis 1-3g/ hari
3.	Moksifloksasin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan wajib konfirmasi TIM PPRA 2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari) 3. Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun dan Ibu Hamil
4.	Sefepim	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan wajib konfirmasi TIM PPRA 2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah

		3-5 hari) 3. Lama penggunaan sampai ANC > 500mm ³ dengan dosis 3g / hari
5.	Seftazidim	1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan wajib konfirmasi TIM PPRA 2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari) 3.
6.	Tigecicline	1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan wajib konfirmasi TIM PPRA 2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)
7.	Valgansiklovir	1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan wajib konfirmasi TIM PPRA 2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari)
8.	Vancomisin	1. Mengisi Form Permintaan Antimikroba dengan tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan wajib konfirmasi TIM PPRA 2. Mengisi Form Evaluasi Penggunaan Antimikroba (Sesudah 3-5 hari) 3. Lama penggunaan maksimal 10 hari / kasus.