



RSUD A. WAHAB SHAHRANIE
Jl. Dr. Soetomo Samarinda
Telp. (0541) 738118

HADIJAH
H.ANDI ABDUL FATAH (AYAH)
DOB: 05 April 1958
01.06.24.43



Alamat Pasien

Ruangan/ Poliklinik : *poli saku 14*

Tanggal : *7/3/24*

Nama & Paraf Dokter

TELAAH RESEP

NO	TELAAH ADMINISTRASI	LENGKAP	
		YA	TIDAK
1	Tanggal Resep		
2	Identitas Dokter (Nama & Paraf)		
3	Identitas Pasien (No RM, Nama, Tgl Lahir, BB/TB, Riwayat Alergi)		

Inisial Petugas *

NO	TELAAH FARMASETIK	LENGKAP	
		YA	TIDAK
1	Nama, Bentuk & Kekuatan Obat		
2	Dosis & Jumlah Obat		
3	Aturan & Cara Penggunaan Obat		

Inisial Apoteker *

NO	TELAAH KLINIS **	
1	Ketepatan Dosis	
2	Tidak Ada Duplikasi	
3	Tidak Ada Alergi	
4	Tidak Ada Kontra Indikasi	
5	Tidak Ada Interaksi Obat	

Inisial Apoteker *

NO	TELAAH OBAT **	
1	Benar Pasien	
2	Benar Obat	
3	Benar Dosis Obat	
4	Benar Rute Pemberian	
5	Benar Waktu Pemberian	

Inisial Apoteker *

Pengisian Obat *

Peracikan Obat *

Pelabelan Obat *

Pengemasan dan Pengecekan Obat *

Nama & Paraf
Petugas Penyerahan & Pemberian Informasi Obat

Nama & Paraf
Penerima Obat & Informasi Obat

*) Diisi Inisial Petugas **) (✓) bila iya, (-) Bila tidak

"Hanya berlaku dilingkungan RSUD A. Wahab Sjahranie"



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
RSUD. A. WAHAB SJAHRANIE
Jl. Palang Merah Indonesia Telp. 742055, 742066, 742695
SAMARINDA

SALINAN RESEP

Dari Dokter : dr. M. Furgun, Sp. JP
Nama Pasien : Haidjati
Ditulis Tgl. : 7/3/14
Diserahkan Tgl. :

R/ Monuril ett w. x
J. Iddi

Redet

Pcc :