

No	Nama BMHP (Dgsl Oleh Perawat)	Tanggal Permintaan
1R/	split 50 cc	18/11
2R/	10 cc	18/11
3R/	10 cc	18/11
4R/	extension	18/11
5R/	three way	18/11
6R/	vasocath	18/11
7R/	apocath no 20	18/11
8R/	10 dressing	18/11
9R/	naudes	18/11
10R/		
11R/		
12R/		
13R/		
14R/		
15R/		
16R/		
17R/		
18R/		
Disetujui oleh Inisial Dokter :		
Paraf :		
Ditanyakan oleh Inisial TTK :		
Paraf :		
Diperiksa oleh Inisial TTK :		
Paraf :		
Diterima oleh Inisial Perawat :		
Paraf :		

TELAAH OBAT		18/11	19/11	20/11
1	Telaah Obat	✓	✓	✓
2	Benar Identitas Pasien	✓	✓	✓
3	Benar Nama Obat	✓	✓	✓
4	Benar Dosis	✓	✓	✓
5	Benar Rute Pemberian	✓	✓	✓
6	Benar Waktu Pemberian	✓	✓	✓
Ditanyakan oleh Inisial TTK :		Ned	In	An
Paraf :		N	R	G
Diperiksa oleh Inisial TTK 1 :		In	Ned	In
Paraf :		R	N	R
Diperiksa oleh Inisial TTK 2 :		An	An	Ned
Paraf :		G	G	N
Diterima oleh Inisial Perawat :				
Paraf :				

- KETERANGAN:
 1. Beri tanda checklist (✓) pada kolom tanggal telaah resep dan telaah obat jika kelengkapan resep ada/benar
 2. Beri tanda silang (X) pada kolom tanggal telaah resep dan telaah obat jika kelengkapan resep tidak ada
 3. Telaah resep dilakukan saat pertama pasien dapat terapi obat dan perubahan terapi
 4. Untuk obat HAM dilakukan double check

TELAAH RESEP

No	Telaah Resep	Tanggal		
		18/11	19/11	20/11
1	Identitas Pasien	✓	✓	✓
2	Nama Obat	✓	✓	✓
3	Dosis	✓	✓	✓
4	Frekkuensi	✓	✓	✓
5	Aturan Pakai Obat	✓	✓	✓
6	Waktu Pemberian	✓	✓	✓
7	Duplikasi Pengobatan	✓	✓	✓
8	Interaksi Obat	✓	✓	✓
9	Alergi Obat	X	X	X
10	Kontra Indikasi	✓	✓	✓
11	Berus/Tinggi Batas	X	X	X
	Inisial Petugas	C	G	G
	Paraf Petugas	G	G	G

TELAAH OBAT