

No	Nama BMHP (Disi Oleh Perawat)	Tanggal Permintaan		
		18/11	19/11	20/11
1R/	sp4th 50 cc	✓		
2R/	W cep 20	✓		
3R/	W cep	✓		
4R/	extension	✓		
5R/	three way	✓		
6R/	vasocath		✓	
7R/	apocath no 20		✓	
8R/	W chesting		✓	
9R/	naudes		✓	
10R/				
11R/				
12R/				
13R/				
14R/				
15R/				
16R/				
17R/				
18R/				
Disetujui oleh Inisial Dokter :				
Paraf :				
Disiapkan oleh Inisial TTK :		In		
Paraf :		In		
Diperiksa oleh Inisial TTK :		Angh		
Paraf :		An		
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	✓	✓	✓
Disiapkan 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	An	N
Diterima oleh Inisial Perawat :				
Paraf :				

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

No	Telaah Resep	Tanggal		
		18/11	19/11	20/11
1	Identitas Pasien	✓	✓	✓
2	Nama Obat	✓	✓	✓
3	Dosis	✓	✓	✓
4	Frekuensi	✓	✓	✓
5	Arahan Pakai Obat	✓	✓	✓
6	Waktu Pemberian	✓	✓	✓
7	Duplikasi Pengobatan	✓	✓	✓
8	Interaksi Obat	✓	✓	✓
9	Alergi Obat	X	X	X
10	Kontra Indikasi	✓	✓	✓
11	Berat/Tinggi Badan	X	X	X
Inisial Petugas		C1	G1	G1
Paraf Petugas		G	G	G