PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20003 Faks (0755) 20002
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

DAFTAR PEMBERIAN OBAT

No Rekam Medis [redacted]
Nama Pasien
Tanggal Lahir
(Mohon diisi atau [redacted])

L/P

Nama DPJP :
Ruangan :
ALERGI OBAT : [ ] Tidak [ ] Ya.......

PERHATIKAN 6 BENAR SEBELUM PEMBERIAN OAT: 1)IDENTITAS PASIEN 2) NAMA OBAT 3) DOSIS 4) WAKTU 5) CARA PEMBERIAN 6) DOKUMENTASI

TANGGAL DAN WAKTU PEMBERIAN OBAT (Tuliskan jam dan paraf perawat yang memberikan obat)

NO	NAMA OBAT INJEKSI		9/11	10/11	11	12/11-22	13	14/11
1	R/ CPG; DOSIS 75; FREKUENSI 1x; MULAI TGL; NAMA &PARAF DOKTER	jam			08	06	06	
		paraf Prwt/Bdn 1				Deby	[illegible]	
		paraf Prwt/Bdn 2						
2	R/ Curcuma; DOSIS; FREKUENSI 3x1; MULAI TGL; NAMA &PARAF DOKTER	jam		21	06 21	06 8 - 21	06 14 21	14 21
		paraf Prwt/Bdn 1		04	07	Deby 04	[illegible] Fani	05
		paraf Prwt/Bdn 2						
3	R/ Oct [illegible]; DOSIS; FREKUENSI E/P; MULAI TGL; NAMA &PARAF DOKTER	jam			21	21		
		paraf Prwt/Bdn 1			05	0		
		paraf Prwt/Bdn 2		21	06 21	06 21	14 21	14 21
4	R/ Curcuma; DOSIS; FREKUENSI 3x1; MULAI TGL; NAMA &PARAF DOKTER	jam		05	07	Deby 9	06 Fani	05
		paraf Prwt/Bdn 1					[illegible]	
		paraf Prwt/Bdn 2						
5	R/ Levofloxacin; DOSIS 500; FREKUENSI 1x; MULAI TGL; NAMA &PARAF DOKTER	jam			06	06	06	
		paraf Prwt/Bdn 1				Deby	[illegible]	
		paraf Prwt/Bdn 2		•				
6	R/ [illegible]; DOSIS 2; FREKUENSI 1x; MULAI TGL; NAMA &PARAF DOKTER	jam		10	06	06	06	
		paraf Prwt/Bdn 1		04		Deby	[illegible]	
		paraf Prwt/Bdn 2						
7	R/ [illegible]; DOSIS; FREKUENSI 1x1; MULAI TGL; NAMA &PARAF DOKTER	jam		6				
		paraf Prwt/Bdn 1		05				
		paraf Prwt/Bdn 2						
8	R/ Allupurinol; DOSIS; FREKUENSI 2x100; MULAI TGL; NAMA &PARAF DOKTER	jam					06 21	06 21
		paraf Prwt/Bdn 1					[illegible]	
		paraf Prwt/Bdn 2						
9	R/; DOSIS; FREKUENSI; MULAI TGL; NAMA &PARAF DOKTER	jam						
		paraf Prwt/Bdn 1						
		paraf Prwt/Bdn 2						
10	R/; DOSIS; FREKUENSI; MULAI TGL; NAMA &PARAF DOKTER	jam						
		paraf Prwt/Bdn 1						
		paraf Prwt/Bdn 2						
	Paraf Pasien/Keluarga Pasien							

Keterangan:
1. (P) : Profilaksis (E) : Emperik (D) : Defenitif
2. Tuliskan P/E/D dalam kurung setelah nama obat antibiotik
3. Tuliskan (T) : Pasien menolak makan obat dan atau (K) : ditunda karena perubahan kondisi pasien di kolom waktu pemberian
4. Tanda STOP pemberian tanda // pada kolom tanggal, dan tuliskan nama dan paraf dakter
5. Untuk obat *High Alert* dilakukan *double ch*

STANDARISASI WAKTU PEMBERIAN OBAT
1X1 06-07 (PAGI)
1X1 16-17 (SORE)
2X1 : 06-07 / 10-11 18-19 / 22-23
3X1 : 06-07 14-15 22-23
4X1 : 06-07 12-13 18-19 23-24
5X1 : 06-07 10-11 14-15 19-20 23-24
6X1 : 05-06 09-10 13-14 17-18 21-22 01-02
Jadwal ini tidak berlaku untuk Antibiotik injeksi obat dengan program pengobatan khusus