

No	Nama BMHP (Disi 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 :		A	R	G
Diperiksa oleh Inisial TTK 1 :		In	Ned	In
Paraf :		R	A	R
Diperiksa oleh Inisial TTK 2 :		An	An	Ned
Paraf :		G	A	A
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	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		B	B	B

TELAAH KIO