

CATATAN PENGOBATAN PASIEN

Nama Pasien :
 Jenis Kelamin :
 Umur :
 Alamat :
 No. Telepon :

No	Tanggal	Nama Dokter	Nama Obat/Dosis/Cara Pemberian	Catatan Pelayanan Apoteker

DOKUMENTASI PELAYANAN INFORMASI OBAT

No. Tanggal : Waktu : Metode : Lisan/Tertulis/Telepon)*		
1. Identitas Penanya		
Nama No. Telp. Status : Pasien / Keluarga Pasien / Petugas Kesehatan (.....)*		
2. Data Pasien		
Umur :tahun; Tinggi : cm; Berat :kg; Jenis kelamin : Laki-laki/Perempuan)*		
Kehamilan : Ya (.....minggu)/Tidak)*		Menyusui : Ya/Tidak)*
3. Pertanyaan		
Uraian Pertanyaan :		
Jenis Pertanyaan:		
<input type="checkbox"/> Identifikasi Obat	<input type="checkbox"/> Stabilitas	<input type="checkbox"/> Farmakokinetika
<input type="checkbox"/> Interaksi Obat	<input type="checkbox"/> Dosis	<input type="checkbox"/> Farmakodinamika
<input type="checkbox"/> Harga Obat	<input type="checkbox"/> Keracunan	<input type="checkbox"/> Ketersediaan Obat
<input type="checkbox"/> Kontra Indikasi	<input type="checkbox"/> Efek Samping	<input type="checkbox"/> Lain-lain
<input type="checkbox"/> Cara Pemakaian	Obat
	<input type="checkbox"/> Penggunaan Terapeutik	
4. Jawaban		
.....		
5. Referensi		
.....		
6. Penyampaian Jawaban : Segera/Dalam 24 jam/Lebih dari 24 jam)*		
Apoteker yang menjawab : Tanggal : Waktu : Metode Jawaban : Lisan/Tertulis/Telepon)*		

DOKUMENTASI KONSELING

Nama Pasien	:	
Jenis kelamin	:	
Tanggal lahir	:	
Alamat	:	
Tanggal konseling	:	
Nama Dokter	:	
Diagnosa	:	
Nama obat, dosis dan cara pemakaian	:	
Riwayat alergi	:	
Keluhan	:	
Pasien pernah datang konseling sebelumnya:	:	Ya/tidak
Tindak lanjut		
Pasien		Apoteker

**DOKUMENTASI PELAYANAN KEFARMASIAN DI RUMAH
(HOME PHARMACY CARE)**

Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Umur :
Alamat :
No. Telepon :

No	Tanggal Kunjungan	Catatan Pelayanan Apoteker

..... 20....
Apoteker

DOKUMENTASI PEMANTAUAN TERAPI OBAT

Nama Pasien :
 Jenis Kelamin :
 Umur :
 Alamat :
 No. Telepon :

No	Tanggal	Catatan Pengobatan Pasien	Nama Obat, Dosis, Cara Pemberian	Identifikasi Masalah terkait Obat	Rekomendasi/ Tindak Lanjut
		Riwayat penyakit Riwayat penggunaan obat Riwayat alergi			

.....,20....

Apoteker

FORMULIR MONITORING EFEK SAMPING OBAT (MESO)

Nama Apotek :
 Alamat :
 Kabupaten/Kota :
 Provinsi :
 Triwulan/Tahun :

No	Informasi Pasien			Informasi Obat							KTD/ESO					Nama Pelapor
				Nama Obat	Bentuk Sediaan	No Bets	Obat yang digunakan bersamaan	Pemberian								
	Nama/Inisial pasien	Jenis Kelamin	Umur					Cara	Dosis/Waktu	Tanggal Mula	Tanggal Akhir	Deskripsi	Tanggal Mula	Tanggal Akhir	Kesudahan	
1.																
2.																
3.																
4.																

.....,.....20...

Apoteker