**FORM REKONSILIASI OBAT**

LABEL IDENTITAS PASIEN

TANGGAL MASUK : …………………………………..

JAM : …………………………………..

BERAT BADAN : …………………………………..

TINGGI BADAN : …………………………………..

ALERGI OBAT : YA/TIDAK…………………..

…………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Penggunaan obat sebelum admisi: Ya, dengan rincian sebagai berikut | | | | | | Tidak menggunakan obat sebelum admisi | | | No | NAMA OBAT | DOSIS | FREKUENSI | RUTE | Lanjut, aturan pakai berubah/sama | | STOP | Membandingkan antara:   * Daftar obat sebelum admisi * Daftar obat dari ruang rawat sebelumnya * Resep/instruksi pengobatan di ruang rawat sekarang |
| “REKONSILIASI OBAT SEBELUM ADMISI (Meliputi: Obat Resep dan Non Resep)” | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |  |
| No | NAMA OBAT | DOSIS | FREKUENSI | RUTE | Lanjut,  aturan pakai sama | Lanjut, aturan pakar berubah (tulis perubahan aturan pakai) | STOP | YANG MELAKUKAN REKONSILIASI OBAT |  |  |  |  |  |  | |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  | TANGGAL/JAM  (…………………………………)  (NAMA JELAS &  TANDA TANGAN)  Membandingkan antara:  Daftar Penggunaan obat sebelum admisi dengan instruksi pengobatan saat admisi |  |  |  |  |  |  | |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| “REKONSILIASI OBAT SAAT ADMISI” | | | | | | | | **“REKONSILIASI OBAT SAAT DICHARGE/PULANG”** | | | | | | | | |
| No | NAMA OBAT | DOSIS | FREKUENSI | RUTE | Lanjut, setelah transfer (aturan pakai sama/berubah) Tulis jika tidak ada perubahan | | STOP SETELAH TRANSFER |
| 1 |  |  |  |  |  | |  | No | NAMA OBAT | DOSIS | FREKUENSI | RUTE | Lanjut, aturan pakai sama | Lanjut, aturan paka berubah | Obat Baru | Yang melakukan rekomendadi obat |
| 2 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TANGGAL/JAM  (…………………………………)  (NAMA JELAS &  TANDA TANGAN)  Membandingkan:   * Daftar obat sebelum admisi * Daftar obat 24 jam terakhir * Resep obat pulang |
| 3 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| “REKONSILIASI OBAT SAAT TRANSFER” | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| No | NAMA OBAT | DOSIS | FREKUENSI | RUTE | Lanjut, aturan pakai sama/berubah  (Tulis jika ada perubahan) | | STOP | YANG MELAKUKAN REKONSILIASI OBAT |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  | |  | TANGGAL/JAM  (…………………………………)  (NAMA JELAS &  TANDA TANGAN) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |