**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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |