



KLINIK UTAMA CITRA HUSADA

Jln. Dewi Sartika No. 2 Tangerang, Banten 15111

Telp. 021 – 5522501 / 021 – 55722722

TELAAH RESEP

No .

No RM :
Nama :
Tgl Lahir : 01-01-1970 / 9038 hr
No Kartu BPJS :
HP :
Alamat :

Klinik/Bangsai :
SEP :
Alergi :
BB :
Diagnosis :

No	TELAAH RESEP	YA	TDK	KETERANGAN - TINDAK LANJUT
	RESEP			
1	TULISAN RESEP JELAS			
2	TEPAT PASIEN			
3	TEPAT OBAT			
4	TEPAT DOSIS			
5	TEPAT RUTE DAN SEDIAAN			
6	TEPAT WAKTU DAN FREKUENSI			
7	TIDAK DUPLIKASI			
8	TIDAK INTERAKSI OBAT			
9	TIDAK KONTRA INDIKASI			
10	KESESUAIAN FORMULARIUM			
11	KESESUAIAN BPJS			
12	KESESUAIAN ASURANSI			
13	BERAT BADAN			
14	TIDAK ADA ALERGI			

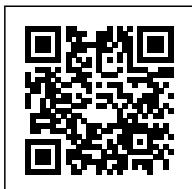
No	Obat	Jml	Aturan Pakai
----	------	-----	--------------

**Mohon periksa ketersediaan stock di Farmasi*

Yang Menerima,

Yang Menyerahkan,

Kota Tangerang, 28 Agustus
2024



Siti Patimah, Amd.Farm