SENARAI SEMAK PERMOHONAN UBAT PESARA
Jabatan Farmasi, Hospital Rembau

Nama Pakar Perubatan : _____

No Kad Pengenalan Pesakit : _____

SEKIRANYA PERMOHONAN ADALAH MELIBATKAN **UBAT**, MOHON ISI RUANGAN DI BAWAH:

Dose & Frequency : _____

Duration of Treatment :

- ☐ *One- Off Treatment*
- ☐ 3 Bulan
- ☐ 6 Bulan
- ☐ 12 Bulan (Penggunaan Ubat Jangka Masa Panjang)
- ☐ Lain-lain: _____
- ☐ Ubat dalam FUKKM ☐ Ubat Tiada dalam FUKKM

Senarai Semak (Tandakan / pada yang berkaitan)

	Perkara	Tanggungjawab
	Borang Perubatan 1/09 yang lengkap diisi (Bahagian I-III)	Penolong Pegawai Perubatan/ Jururawat
	Pengesahan Pakar Perubatan Kerajaan (Bahagian IV)	Pakar Perubatan Kerajaan
	Preskripsi ubat asal yang sah dari Pegawai Perubatan yang relevan	Pakar Perubatan Kerajaan
	Salinan Kad Pengenalan (IC) Pesara **(Depan Belakang)**	Penolong Pegawai Perubatan/ Jururawat
	Salinan Kad Pesara (Hanya kod pesara **AP, AS, AT, AX, AZ, BP, BS, BT** sahaja yang diterima) **(Depan Belakang)**	Penolong Pegawai Perubatan/ Jururawat
	Sebut Harga Pembekal	Pegawai Farmasi
	Pengesahan dan keputusan Pengarah Hospital	Pengarah Hospital
	Borang BPF/103-KPK01 (Pindaan 4.0) bagi permohonan ubat secara pesakit individu (ubat yang tiada dalam FUKKM) **(Jika berkaitan)**	Pakar Perubatan Kerajaan
	Salinan IC Pasangan (Jika pesakit adalah tanggungan pesara) (Depan Belakang) **(Jika berkaitan)**	Penolong Pegawai Perubatan/ Jururawat

Sila pulangkan senarai semak ini dan Borang 1/09 **(Bahagian I – IV)** yang **lengkap diisi** ke Jabatan Farmasi

UNTUK KEGUNAAN JABATAN FARMASI

Diterima oleh:	CATATAN:
..... Nama : Cop & Jawatan : Tarikh :	

Disahkan oleh:

.....

Ketua Jabatan Farmasi