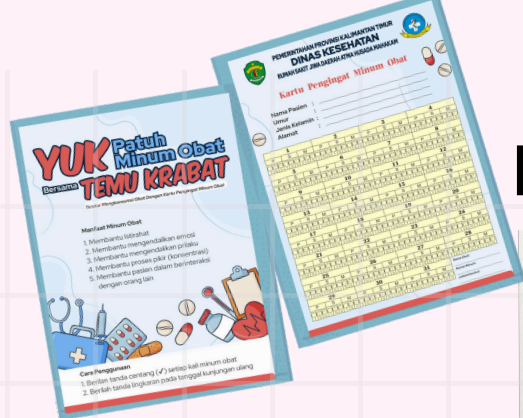


TATA CARA PENGISIAN KARTU PENGINGAT MINUM OBAT



Kartu Pengingat Minum Obat

Nama Pasien : _____
 No. RM : _____
 Umur : _____
 Jenis Kelamin : _____
 Alamat : _____

MENGISI IDENTITAS PASIEN

NAMA PASIEN, NO REKAM MEDIS,
UMUR, JENIS KELAMIN & ALAMAT

1

MEMBERI TANDA AWAL MINUM OBAT

TANGGAL PASIEN MENDAPAT OBAT
DI BULAN TERSEBUT

5			
P	S	M	
1	2	3	4
5	6	7	8
9			
P	S	M	
1	2	3	4
5	6	7	8

MEMBERI TANDA WAKTU MINUM OBAT

PAGI - SIANG - MALAM

3

5			
P	S	M	
1	2	3	4
5	6	7	8

MEMBERI TANDA BANYAKNYA OBAT YANG DIMINUM

1 TAB - 1/2 TAB - 1/4 TAB

5			
P	S	M	
1	2	3	4
5	6	7	8

MENGISI IDENTITAS OBAT

NAMA OBAT, ATURAN MINUM,
JADWAL KONTROL.

5

Nama Obat: _____
 Aturan Minum: _____
 Jadwal Kontrol: _____