

DAFTAR KAUNSELING PESAKIT INDIVIDU

Jabatan Farmasi _____

NO RUJUKAN	TARIKH	NAMA PESAKIT	RN/ NOMBOR IC	TOPIK KAUNSELING	NAMA PEGAWAI FARMASI	CATATAN

DAFTAR KAUNSELING PESAKIT BERKUMPULAN

Jabatan Farmasi _____

BIL	NO. RUJUKAN BORANG	TARIKH	TOPIK KAUNSELING	BILANGAN PESAKIT DIKAUNSEL	NAMA PEGAWAI FARMASI

DAFTAR KAUNSELING PESAKIT INDIVIDU SUSULAN

Jabatan Farmasi _____

NO RUJUKAN SUSULAN	TARIKH	NAMA PESAKIT	RN/ NOMBOR IC	TOPIK KAUNSELING	NO RUJUKAN BORANG LAMA	NAMA PEGAWAI FARMASI



BORANG KAUNSELING PESAKIT INDIVIDU

Jabatan Farmasi _____

Individu Bedside No Rujukan _____
 Susulan Discaj Tarikh _____

Nama _____ IC/RN _____
 Jantina Lelaki Perempuan
 Bangsa Melayu Cina India Lain-lain
 Alamat _____

Tinggi _____ Berat _____ BMI _____

Tujuan Kaunseling:

Kaunseling Ubat-ubatan Kaunseling Alat Ubatan
 Kaunseling Penyakit Penilaian Komplians
 Lain-lain

Diagnosis _____

Sejarah Penyakit _____

Alergi ubat	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Nyatakan: _____
Kad Alegi	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	No. Kad: _____
Merokok	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Nyatakan: _____
Alkohol	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Nyatakan: _____
Mengandung	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Trimester: _____
Menyusu	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	
OTC	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Nyatakan: _____

Sejarah Pengubatan (jika ada)	Senarai Ubat Terkini
Nama ubat, Dos & Frekuensi	Nama ubat, Dos & Frekuensi
1)	1)
2)	2)
3)	3)
4)	4)
5)	5)
6)	6)
7)	7)
8)	8)
9)	9)
10)	10)

PENILAIAN TAHAP KEFAHAMAN PESAKIT

	Tahap Kefahaman		
	Baik	Sederhana	Lemah
Komplians			
Ubat-ubat/alat ubatan			

ULASAN PEGAWAI FARMASI

Kaunseling Susulan Tidak Ya Tarikh Temujanji _____
 MTAC Tidak Ya Jenis MTAC & Tarikh _____

Tandatangan _____ Tarikh _____
 (Nama & Cop Pegawai Farmasi)

No Rujukan: _____

BORANG KAUNSELING PESAKIT BERKUMPULAN

Jabatan Farmasi _____

Tajuk Kaunseling : _____

Tarikh : _____

Tempat : _____

Nama Pegawai Farmasi : _____

Bil.	Nama Pesakit	RN / Nombor IC
Ulasan Pegawai Farmasi	Tandatangan (Nama & Cop Pegawai Farmasi)	

DAFTAR KEHADIRAN SESI VALIDASI / PEER REVIEW KEMAHIRAN KAUNSELING PEGAWAI FARMASI

Jabatan Farmasi _____

Tarikh : _____

Tempat : _____

Nama *Reviewer* : _____

Topik : _____

BIL	NAMA PEGAWAI FARMASI	GRED	TEMPAT BERTUGAS	CATATAN

Tandatangan Penyelaras
(Nama & Cop Pegawai Farmasi)

Tarikh