



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/FAR/BR222

BORANG PERMOHONAN UBAT KUOTA

JENIS PERMOHONAN

Nama Ubat Kuota : _____

Preskriber kategori : _____

MAKLUMAT PESAKIT YANG MENDAPAT UBAT KUOTA

Nama Pesakit : _____

Klinik : _____

No. IC /MRN : _____

Nama & Dos Ubat : _____

Tarikh mula : _____

Diagnosis : _____

Durasi : _____

Tandatangan Ketua Jabatan/ Pakar Klinik

Cap :

Tarikh :

UNTUK KEGUNAAN JABATAN FARMASI

LULUS

TIDAK LULUS

Ulasan

: _____

Tandatangan Pegawai Farmasi

Cap :

Tarikh :