FORMULARIUM OBAT

RSUD Dr. SAIFUL ANWAR

TAHUN 2018

TERAKREDITASI PARIPURNA KARS



SALAM RSSA JAYA
LUAR BIASA
GO INTERNATIONAL
SAYA

FORMULARIUM RUMAH SAKIT



RSUD Dr. SAIFUL ANWAR

MALANG

2018

SAMBUTAN
DIREKTUR RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG

Dengan mengucap syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, kita sambut dengan baik penerbitan Formularium Obat Rumah Sakit RSUD Dr. Saiful Anwar tahun 2017. Buku Formularium Obat ini merupakan pemutakhiran item obat yang akan digunakan untuk pasien di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Penyusunan Formularium Obat ini dilakukan oleh Komite Farmasi dan Terapi berdasarkan perkembangan Formularium Nasional, *E-catalog* dan masukan dari klinisi dan SMF terkait.

Formularium ini dapat digunakan sebagai pedoman bagi para Dokter Penanggung Jawab Pasien serta para peserta didik untuk memenuhi kebutuhan pelayanan obat bagi pasien di RSUD Dr. Saiful Anwar. Dengan demikian, peningkatan mutu pelayanan sesuai dengan visi dan misi yang telah ditetapkan RSUD Dr. Saiful Anwar dapat diwujudkan.

Akhirnya ucapan selamat dan penghargaan ditujukan kepada semua pihak terutama Komite Farmasi dan Terapi yang telah menyelesaikan Formularium Obat Rumah Sakit RSUD Dr. Saiful Anwar tahun 2017 dengan sebaik-baiknya.

Malang, 27 Juli 2018

DIREKTUR RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG

dr. RESTU KURNIA TJAHJANI, M.Kes
Pembina Utama Madya
NIP.19590829 198703 2 002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan nikmat yang tiada putus-putusnya sehingga penyusunan Formularium Obat Rumah Sakit RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Tahun 2018 ini terselesaikan dengan baik dan lancar.

Revisi Formularium Obat merupakan salah satu tugas anggota Komite Farmasi dan Terapi (KFT) untuk membantu Pimpinan Rumah Sakit dalam menentukan kebijakan penggunaan obat dan pengobatan secara rasional. Atas persetujuan Pimpinan Rumah Sakit dan hasil rapat KFT, maka ditetapkan bahwa Formularium Rumah Sakit disusun berdasarkan Daftar Obat Essensial (DOEN), Formularium Nasional (Fornas) beserta perubahannya, *E-catalog* obat dan obat-obat di luar Fornas/Perubahan Fornas yang diusulkan oleh SMF/DPJP untuk dimasukkan ke dalam Formularium Obat Rumah Sakit.

Formularium yang telah disusun ini merupakan perwujudan kesepakatan dalam pilihan obat dan kebutuhan informasi SMF/Instalasi mengenai obat yang digunakan untuk pasien di RSUD Dr. Saiful Anwar. Oleh karena itu, ketaatan dan kedisiplinan penulisan resep obat-obatan yang ada di dalam Formularium Obat Rumah Sakit adalah standar kepatuhan terhadap kesepakatan yang telah dibuat.

Atas kerja sama yang baik selama ini dari seluruh anggota KFT dengan SMF/Instalasi serta semua pihak yang telah memberikan bantuan hingga penerbitan Formularium Obat ini dapat terlaksana, kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya. Dan dengan selalu berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, kami selalu terbuka untuk pengkajian ulang dan revisi demi kesempurnaan Formularium Obat Rumah Sakit. Semoga dengan terbitnya formularium obat ini mutu pelayanan di RSUD Dr. Saiful Anwar akan lebih meningkat.

Malang, 30 Juli 2018
Ketua Komite Farmasi dan Terapi



dr. Atma Gunawan, Sp.PD KGH
NIP. 19651005 199503 1 004

KEPUTUSAN
DIREKTUR RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG
NOMOR : 442 / 30165 / 302 / 2018
TENTANG
FORMULARIUM OBAT RUMAH SAKIT TAHUN 2018
RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG

DIREKTUR RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG

MENIMBANG :

a. Bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan untuk menjamin ketersediaan obat bagi pasien di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, maka perlu dibuat Formularium Obat Rumah Sakit di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang;
b. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, maka perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

MENGINGAT :

1. Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Undang - Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
3. Peraturan Pemerintah RI Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian;
4. Keputusan Bersama Menteri Kesehatan RI dan Menteri Dalam Negeri RI
   Nomor 394 / MENKES / SK / VII / 1981
   tentang Pengadaan Obat untuk Unit Pelayanan

Kesehatan Pemerintah Pusat dan Daerah;

5. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK. 01. 07 / MENKES / 395/ 2017 tentang Daftar Obat Essensial Nasional 2017;
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK. 02.02 / MENKES / 523 / 2015 tentang Formularium Nasional;
7. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK. 02.02 / MENKES / 524 / 2015 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Formularium Nasional;
8. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK. 02.02 / MENKES / 137 / 2016 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK. 02.02 / MENKES / 523 / 2015 tentang Formularium Nasional
9. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI Nomor HK. 00.06.3.3.6275 tentang Pedoman Kerja Untuk Komite Farmasi dan Terapi Rumah Sakit.
10. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 130 Tahun 2016 tentang Pedoman Kerja dan Pelaksanaan Tugas Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Timur Tahun 2017;

MEMUTUSKAN

MENETAPKAN :

PERTAMA : Memberlakukan Formularium Obat Rumah Sakit Tahun 2018 sebagai acuan pelayanan pemberian obat di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang;

KEDUA : Isi Formularium Obat Rumah Sakit akan ditinjau dan disempurnakan terus menerus oleh Komite Farmasi dan Terapi RSUD Dr. Saiful Anwar Malang untuk disesuaikan dengan perkembangan yang ada;

KETIGA : Mewajibkan semua tenaga medis yang menulis resep obat sesuai dengan yang tercantum dalam Formularium Obat Rumah Sakit Tahun 2018;

KEEMPAT : Dengan dikeluarkannya keputusan ini, maka Keputusan Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang No. 442 / 25868 / 302 / 2017, tanggal 3 Oktober 2017, tentang Pemberlakuan Formularium Rumah Sakit Tahun 2017 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang **dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi**;

KELIMA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN DI : MALANG
PADA TANGGAL: 26 JULI 2018

DIREKTUR RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG

dr. RESTU KURNIA TJAHJANI, M.Kes
Pembina Utama Madya
NIP.19590829 198703 2 002

KETENTUAN UMUM

1. Formularium Obat Rumah Sakit
   Formularium Obat Rumah Sakit merupakan daftar obat yang disepakati beserta informasinya yang harus diterapkan di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Formularium Obat Rumah Sakit disusun oleh Komite Farmasi dan Terapi berdasarkan Daftar Obat Essensial Nasional (DOEN), Formularium Nasional beserta perubahannya, *E-Catalog*, dan disempurnakan dengan mempertimbangkan obat lain yang diusulkan oleh SMF/DPJP yang terbukti secara ilmiah dibutuhkan untuk pelayanan di rumah sakit. Penyusunan Formularium Obat Rumah Sakit juga mengacu pada pedoman pengobatan yang berlaku. Penerapan Formularium Obat Rumah Sakit harus selalu dipantau. Hasil pemantauan dipakai untuk pelaksanaan evaluasi dan revisi agar sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.

2. Tata cara penulisan resep
   2.1. Resep yang berlaku di RSUD Dr. Saiful Anwar hanyalah resep dari RSUD Dr. Saiful Anwar;
   2.2. Resep ditulis oleh dokter yang namanya tercantum dalam daftar staf medis yang berhak menulis resep;
   2.3. Resep harus ditulis dengan jelas, dapat terbaca, dan lengkap memuat nama dokter, tanggal penulisan resep, paraf dokter dan informasi spesifik pasien meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, umur, berat badan (pasien anak), nama obat, dosis, rute pemberian, frekuensi/waktu pemberian, dan alergi;
   2.4. Sebelum menuliskan resep, dokter harus memperhatikan tiga kemungkinan : kontraindikasi, interaksi obat, dan reaksi alergi;
   2.5. Menggunakan istilah dan singkatan yang ditetapkan rumah sakit dan tidak boleh menggunakan singkatan yang dilarang (tersedia daftar singkatan yang digunakan dan dilarang di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang);
   2.6. Resep obat narkotika dan psikotropika harus menggunakan resep asli dokter dengan mencantumkan nama lengkap dokter, tanda tangan dokter; nama pasien dan alamat pasien;

2.7. Resep obat sitostatika ditulis oleh dokter disertai protokol resep sitostatika yang telah disetujui oleh konsultan hematologi/onkologi;
2.8. Resep antibiotik sebagai terapi empirik mengacu pada Pedoman Penggunaan Antimikroba RSUD Dr.Saiful Anwar.
2.9. Untuk pasien rawat inap, tiap resep yang diterima hanya mencakup pengobatan maksimum selama 3 (tiga) hari;
2.10. Untuk pasien rawat jalan (kronis), tiap resep yang diterima hanya mencakup pengobatan maksimum selama 30 (tiga puluh) hari.

3. Tata cara pengusulan obat di luar formularium rumah sakit
   3.1. Apabila atas dasar pertimbangan medis untuk seorang pasien ada alasan yang rasional untuk pemakaian obat yang tidak tercantum dalam Formularium Obat Rumah Sakit, dapat dimintakan persetujuan dari Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar, yang dalam hal ini diwakilkan kepada Komite Farmasi dan Terapi, oleh kepala SMF yang bersangkutan, dengan dilengkapi data yang diperlukan untuk pertimbangan.
   3.2. Obat yang tidak tercantum dalam Formularium Rumah Sakit dan di kemudian hari dipandang perlu untuk dicantumkan dalam Formularium Obat Rumah Sakit, dapat diusulkan oleh kepala SMF kepada Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar melalui Komite Farmasi dan Terapi.

4. Pemantauan dan evaluasi
   Pemantauan dan evaluasi dilakukan untuk menunjang keberhasilan penerapan formularium sekaligus dapat mengidentifikasi permasalahan potensial dan strategi penanggulangan yang efektif.
   Hal ini dapat dicapai melalui koordinasi, supervisi, pemantauan dan evaluasi penerapan formularium.

5. Revisi Formularium Obat
   Formularium Obat perlu direvisi dan disempurnakan secara berkala. Revisi tidak hanya untuk menyesuaikan dengan kemajuan ilmu pengetahuan, tetapi juga untuk kepraktisan dalam penggunaan dan penyerapan yang disesuaikan dengan tenaga kesehatan dan sarana

pelayanan kesehatan yang ada. Penyempurnaan Formularium Obat dilakukan secara terus menerus dengan usulan materi dari SMF/DPJP.

Kriteria penambahan dan pengurangan nama generik dalam formularium obat :

a. Memiliki rasio manfaat dan resiko yang paling menguntungkan bagi pasien;
b. Mutu terjamin, termasuk stabilitas dan penyimpanan;
c. Praktis dalam penyimpanan dan pengangkutan;
d. Menguntungkan dalam hal kepatuhan dan penerimaan oleh penderita;
e. Bila terdapat lebih dari satu pilihan, yang memiliki efek terapi yang serupa, pilhan dijatuhkan kepada :
   - Obat yang sifatnya paling diketahui berdasarkan data ilmiah;
   - Obat dengan sifat farmakokinetik yang paling menguntungkan;
   - Obat yang stabilitasnya lebih baik;
   - Mudah diperoleh;
   - Obat yang telah dikenal.
f. Obat yang baru diusulkan harus memiliki bukti ilmiah terkini (*evidence based medicine*), telah jelas efikasi dan keamanan, serta keterjangkauan harganya. Dalam hal ini obat yang telah tersedia dalam nama generik menjadi prioritas pemilihan.

KETENTUAN REDAKSIONAL

1. SUSUNAN
   1.1. Formularium Obat Rumah Sakit disusun berdasarkan ketentuan pada Buku Daftar Obat Essensial Nasional Tahun 2017, Formularium Nasional Tahun 2015 beserta perubahannya, *E-catalog* obat, dan usulan dari SMF/DPJP. Obat dikelompokkan berdasarkan kelas, subkelas farmakoterapi.
   1.2. Bentuk sediaan, kekuatan sediaan yang tercantum dalam Formularium Obat Rumah Sakit adalah mengikat.

2. TATA NAMA

2.1. Nama obat ditulis dengan nama generik sesuai dengan Farmakope Indonesia Edisi IV Tahun 1995.

2.2. Obat yang sudah lazim digunakan dan tidak mempunyai nama generik, ditulis dengan nama lazim. Misalnya : garam oralit.

2.3. Obat kombinasi ditulis dengan nama generiknya masing-masing komponen zat berkhasiatnya disertai kekuatan masing-masing komponen.

2.4. Untuk beberapa hal yang dianggap perlu, nama sinonim ditulis diantara tanda kurung.

3. PENGERTIAN DAN SINGKATAN

A. Pengertian

1. Bentuk sediaan

   Bentuk sediaan adalah bentuk obat sesuai proses pembuatan obat tersebut dalam bentuk seperti yang akan digunakan, misalnya : tablet salut enterik, injeksi intravena.

2. Kekuatan sediaan

   Kekuatan sediaan adalah kadar zat berkhasiat dalam sediaan obat jadi.

   Kekuatan sediaan dalam bentuk garam atau esternya, maka garam atau esternya dicantum,kan dalam tanda kurung, misalnya : amilorid tablet 5 mg (hidroklorida). Sedangkan untuk kekuatan kandungan zat sebagai, misalnya : klorokuin tablet 150 mg (sebagai fosfat).

3. Kemasan

   Kemasan adalah wadah kecil yang berhubungan langsung dengan obat.

B. Singkatan

Amp	: ampul
Btl	: botol
Bls	: blister
ih	: inhalasi
inj	: injeksi
inj dlm minyak	: injeksi dalam minyak
i.a.	: injeksi intraarteri

infiltr	: injeksi infiltrasi
i.k.	: injeksi intrakutan
i.m.	: injeksi intramuskular
i.v.	: injeksi intravena
p.v.	: injeksi paravertebral
s.k.	: injeksi subkutan
kaps	: kapsul
kapl	: kaplet
klg	: kaleng
ktg	: kantong
lar	: larutan
lar rektal	: larutan rektal
lar infus	: larutan infus
serb	: serbuk
serb aktif	: serbuk aktif
serb inj	: serbuk injeksi
serb inj i.v.	: serbuk injeksi intravena
serb kering	: serbuk kering
sir	: sirup
sir kering	: sirup kering
sup	: supositoria
susp	: suspensi
tab	: tablet
tab scored	: tablet dengan tanda belah
tts	: tetes

C. Lain-lain

Penulisan informasi pada kolom keterangan dimaksudkan untuk obat-obat dengan pemakaian sebagai berikut :

1. Diperlukan pemantauan terhadap kemungkinan timbulnya efek samping
2. Pembatasan indikasi
3. Terbatasnya untuk kasus-kasus tertentu
4. Diperlukan monitoring ketat atau pertimbangan medis
5. Diperlukan perhatian terhadap sifat/cara kerja obat
6. Diperlukan cara atau perlakuan khusus
7. Diperlukan fasilitas tertentu

KEBIJAKAN *AUTOMATIC STOP ORDER* (*HARD STOP*)

I. TUJUAN

Untuk memastikan pemberian obat yang aman melalui proses *stop order*, terutama untuk beberapa obat yang harus dievaluasi dan ditinjau secara konsisten, serta pemberitahuan informasi tersebut kepada dokter.

II. DEFINISI

Automatic Stop Order (ASO) adalah penghentian penggunaan obat yang diberikan kepada pasien secara otomatis.Farmasi akan dengan sendirinya menghentikan obat tersebut bila lama terapi yang ditentukan terlewati. Ketentuan ini diterapkan pada obat-obat kategori tertentu yang dianggap sebagai obat yang kuat/potent dan obat-obat yang memerlukan review regular. Misal : antiinfeksi, antiviral, antifungi, narkotik, dan kortikosteroid. Jadi pengobatan atau peresepan yang tidak disebutkan secara khusus tentang jumlah obat atau lama hari pengobatan, maka akan dikenai kebijakan *automatic stop order*.

III. PROSEDUR

A. *Automatic Stop Order* diterapkan sebagai berikut, kecuali terdapat protokol spesifik tentang lama terapi yang dikehendaki oleh dokter. Jika durasi terapi tidak ditentukan, maka berlaku ketentuan berikut :

DAFTAR OBAT *AUTOMATIC STOP ORDER* DAN PERINGATAN ASSESSMENT ULANG PENGOBATAN (*Medication Reassessment Alerts*)

JENIS OBAT	BATASAN WAKTU *STOP ORDER*	KETERANGAN
Vasokonstriktor (nasal)	3 hari	
Pethidin	2 hari	Untuk mencegah akumulasi hasil metabolisme yang toksik.

JENIS OBAT	BATASAN WAKTU *STOP ORDER*	KETERANGAN
Ketorolak (oral dan parenteral)	5 hari	- IV : Maksimal 120 mg/hari - Untuk mencegah *adverse effect* pada ginjal dan saluran gastrointestinal
Antikoagulan (*low molecular weight* heparin, heparin, fondaparinux)	7 hari	Assessment ulang berdasarkan respon klinik pasien.
Antiinfeksi : - oral dan parenteral, kecuali antituberkulosis - antiviral, kecuali amantadin dan oseltamivir diberikan sesuai protokol	7 hari	- Pemberian lanjutan diberikan bila tersedia hasil kultur, respon klinis yang baik, atau ada persetujuan dari KPRA dan KFT. - Bila respon klinik membaik, hendaknya dilakukan *assessment*untuk *switch* dari parenteral ke oral.
Antiinfeksi (topikal/mata/telinga) Antifungi oral, topikal	10 hari	Assessment ulang berdasarkan respon klinik pasien.
Narkotik Kortikosteroid, topikal	10 hari	Assessment ulang berdasarkan respon klinik pasien.
Kortikosteroid (ophthalmic dan oral)	7 hari	Assessment ulang berdasarkan respon klinik pasien.
Obat-obat penyakit kronik (DM, HT, Jantung, Psikiatri, dll)	30 hari	Assessment ulang berdasarkan respon klinik pasien.

B. Pemesanan obat juga akan otomatis dihentikan ketika pasien :
   1. Dipindahkan ke atau dari ruang intensif (ICU, ICCU, HCU)
   2. Dipindahkan ke atau dari pelayanan medis lain (misalkan dari departemen Bedah ke Penyakit Dalam)
   3. Dikirim ke ruang operasi.

C. Apoteker akan mengingatkan dokter dan perawat jika mendapati suatu pengobatan yang hampir mencapai batas pemberian yang aman. Pengobatan akan dilanjutkan setelah dinyatakan secara tertulis oleh dokter yang bersangkutan.

D. Identifikasi dan komunikasi terkait *automatic stop order* akan disampaikan 48 jam sebelum batas waktu pemesanan.
   1. Apoteker akan mengirim peringatan tentang *automatic stop order* yang akan dilakukan.
   2. Peringatan akan ditandai dengan stiker yang akan ditempatkan pada lembar Catatan Perkembangan Pasien Terpadu (CPPT) di rekam medis.

CONTOH STIKER *AUTOMATIC STOP ORDER* :



IV. MONITORING DAN EVALUASI

Instalasi Farmasi dapat memonitor kepatuhan terhadap kebijakan ini dan melaporkan hasilnya ke Komite Farmasi dan Terapi (KFT). KFT bertanggung jawab untuk menjamin bahwa semua tenaga kesehatan patuh terhadap persyaratan kebijakan ini, bahwa prosedur ini diimplementasikan dan diikuti di rumah sakit, dan kejadian ketidakpatuhan pada kebijakan ini akan dilaporkan kepada Direktur rumah sakit.

V. PENEGAKAN

Seluruh staf di rumah sakit dan staf medis yang tanggung jawabnya dipengaruhi oleh kebijakan ini diharapkan mengetahui prosedur dasar dan tanggung jawab yang telah disusun dalam

kebijakan ini. Ketidakpatuhan terhadap kebijakan ini akan menandakan perlunya dicapai kesepakatan/komitmen bersama terhadap manajemen kinerja yang sesuai dengan kebijakan dan prosedur.

PETUNJUK PENGGUNAAN FORMULARIUM OBAT

Buku Formularium Obat edisi tahun 2018 dibagi menjadi 3 bagian:

A. Berisi informasi umum
B. Berisi daftar obat formularium yang terdiri dari:
   - Kolom NO KELAS TERAPI berisi kode kelas terapi yang mengacu pada kode dalam Formularium Nasional (dengan modifikasi).
   - Kolom No Urut Obat, dimaksudkan adalah nomor urut obat dari subkelas terapi.
   - Kolom NAMA GENERIK berisi nama generik obat.
   - Kolom BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN berisi bentuk sediaan dan kekuatan sediaan obat.
   - Kolom F/NF berisi keterangan tentang status obat Fornas atau Non Fornas.
   - Kolom FORMULARIUM NASIONAL (RESTRIKSI DAN PERESEPAN MAKSIMAL) berisi Restriksi (Pembatasan penggunaan hanya untuk indikasi tertentu atau di tempat pelayanan) dan Jumlah Maksimal yang dapat digunakan. Kode (OP) : Obat Pelengkap, adalah obat non fornas/obat fornas dengan penyesuaian restriksi yang dapat digunakan oleh pasien JKN
   - Kolom NAMA GENERIK – E-Catalog - DAGANG berisi nama generik, nama e-*catalog,* dan nama dagang produk obat yang disetujui masuk dalam formularium obat. Dengan ketentuan adalah 1 nama generik dan maksimal 2 (dua) nama dagang. Untuk obat yang belum teregistrasi di BPOM dapat diajukan melalui Jalur *Special Access Scheme* (SAS).
   - Pada kelas terapi 6 (ANTIINFEKSI), pelaksanaannya harus mengacu pada PANDUAN PENGGUNAAN ANTIMIKROBA (PPAM) RSSA.
C. Berisi lampiran-lampiran :
   - Nama generik dan nama dagang baru dalam Formularium Obat Tahun 2018
   - Nama generik dan nama dagang yang dikeluarkan dari Formularium Obat Tahun 2018

DAFTAR ISI

	Hal.
SAMBUTAN DIREKTUR RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG	iii
KATA PENGANTAR	v
KEPUTUSAN DIREKTUR	vii
KETENTUAN UMUM	xi
KEBIJAKAN *AUTOMATIC STOP ORDER*	xvii
PETUNJUK PENGGUNAAN FORMULARIUM OBAT	xxi
DAFTAR ISI	xxii
BAGIAN I	1
1. ANALGESIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NON STEROID, ANTIPIRAI	1
1.1. ANALGESIK NARKOTIK	1
. 1.2. ANALGESIK NON NARKOTIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NON STEROID	2
1.3. ANTIPIRAI	5
1.4. NYERI NEUROPATIK	5
2. ANESTETIK	6
2.1. ANESTETIK LOKAL	6
2.2. ANESTETIK UMUM DAN OKSIGEN	6
2.3. PROSEDUR PERI OPERATIF, OBAT UNTUK	7
3. ANTIALERGI DAN OBAT UNTUK ANAFILAKSIS	8
4. ANTIDOT DAN OBAT LAIN UNTUK KERACUNAN	9
4.1. KHUSUS	9
4.2. UMUM	10
5. ANTIEPILEPSI – ANTIKONVULSI	11
6. ANTIINFEKSI	12
6.1. ANTELMINTIK	12
6.1.1. ANTELMINTIK INTESTINAL	12
6.1.2. ANTIFILARIA	12
6.2. ANTIBAKTERI	13
6.2.1. BETA LAKTAM	13
6.2.2. ANTIBAKTERI LAIN	16
6.2.2.1. TETRACYCLIN	16
6.2.2.2.CHLORAMPHENICOL	17
6.2.2.3. SULFA-TRIMETOPRIM	17
6.2.2.4. MAKROLID	18
6.2.2.5.AMINOGLICOSIDE	19
6.2.2.6. QUINOLON	20
6.2.2.7. PENGGUNAAN KHUSUS	20
6.3. ANTIINFEKSI KHUSUS	23
6.3.1. ANTILEPRA	23
6.3.2. ANTITUBERCULOSIS	23
6.3.3. ANTISEPTIK SALURAN KEMIH	27
6.4. ANTIFUNGI	27

6.5. ANTIPROTOZOA..... 31
6.5.1. ANTIAMUBA DAN ANTIGUARDIASIS..... 31
6.5.2 .ANTIMALARIA..... 31
6.5.2.1. UNTUK PENCEGAHAN..... 31
6.5.2.2.UNTUK PENGOBATAN..... 31
6.6. ANTIVIRUS..... 32
6.6.1. ANTIHERPES..... 32
6.6.2 .ANTICITOMEGALOVIRUS..... 32
6.6.3. ANTIRETROVIRAL..... 32
6.6.3.1. NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCIPTASE INHIBITOR (NRTI).. 32
6.6.3.2.NON NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCIPTASE INHIBITOR (NNRTI)..... 33
6.6.3.3. PROTEASE INHIBITOR..... 33
6.6.4. ANTIHEPATITIS..... 34
7. ANTIMIGRAIN DAN ANTIVERTIGO..... 39
7.1. ANTIMIGRAIN, UNTUK PROFILAKSIS..... 39
7.2. ANTIMIGRAIN, UNTUK SERANGAN AKUT..... 39
7.3. ANTIVERTIGO..... 39
8. ANTINEOPLASTIK, IMUNOSUPRESAN DAN OBAT UNTUK TERAPI PALIATIF..... 40
8.1. HORMON DAN ANTIHORMON..... 40
8.2. IMUNOSUPRESAN..... 44
8.3. SITOTOKSIK..... 46
8.4. LAIN-LAIN..... 60
9. ANTIPARKINSON..... 61
10. DARAH, OBAT YANG MEMPENGARUHI..... 61
10.1. ANTIANEMIA..... 61
10.2. KOAGULASI, OBAT YANG MEMPENGARUHI..... 62
10.3. OBAT UNTUK KELEBIHAN BESI..... 64
10.4. HEMATOPOETIK..... 65
11. PRODUK DARAH DAN PENGGANTI PLASMA..... 67
11.1 PRODUK DARAH..... 67
11.2. PENGGANTI PLASMA DAN PLASMA EKSPANDER..... 68
12. DIAGNOSTIK..... 69
12.1. BAHAN KONTRAS RADIOLOGI..... 69
12.1.1. GASTROINTESTINAL..... 69
12.1.2. INTRAVASKULAR..... 70
12.2. MAGNETIC RESONANCE CONTRAST MEDIA..... 70
12.2.1. INTRATEKAL..... 62
12.2.2. BODY CAVITY..... 63
12.2.3. ULTRASOUND..... 63
12.2.4. LAIN-LAIN..... 63
12.3. TES FUNGSI..... 63
12.3.1 GINJAL..... 63
12.3.2.MATA..... 63
12.3.3.KULIT..... 63

12.4. LAIN-LAIN..... 63
13. ANTISEPTIK DAN DESINFEKTAN..... 63
13.1. ANTISEPTIK..... 63
13.2. DESINFEKTAN..... 65
14. OBAT DAN BAHAN UNTUK GIGI DAN MULUT..... 65
14.1. ANTISEPTIK DAN BAHAN UNTUK PERAWATAN SALURAN GIGI..... 66
14.2. ANTIFUNGI OROFARINGEAL..... 67
14.3. OBAT UNTUK PENCEGAHAN KARIES..... 67
14.4. BAHAN TUMPAT..... 67
14.5.PREPARAT LAINNYA..... 67
15. DIURETIK DAN OBAT UNTUK HIPERTROFI PROSTAT..... 68
15.1. DIURETIK..... 69
15.2. HIPERTROFI PROSTAT, OBAT UNTUK..... 69
16. HORMON, OBAT ENDOKRIN LAIN DAN KONTRASEPTIK..... 79
16.1. HORMON ANTIDIURETIK..... 79
16.2. ANTIDIABETES, OBAT..... 80
16.2.1.ANTIDIABETES ORAL..... 80
16.2.2. ANTIDIABETES PARENTERAL..... 81
16.2.2.1. HUMAN INSULIN..... 81
16.2.2.2. ANALOG INSULIN..... 82
16.3. HORMON KELAMIN DAN OBAT YANG MEMPENGARUHI FERTILITAS..... 82
16.3.1. ANDROGEN..... 82
16.3.2. ESTROGEN..... 82
16.3.3. PROGESTOGEN..... 83
16.3.4. KONTRASEPSI..... 83
16.3.4.1. KONTRASEPSI, ORAL..... 83
16.3.4.2.KONTRASEPSI, PARENTERAL..... 84
16.3.4.3.KONTRASEPSI, AKDR (IUD)L..... 84
16.3.4.4. KONTRASEPSI, IMPLAN..... 75
16.3.5. REGULASI HAID..... 75
16.3.6. LAIN-LAIN..... 75
16.4. HORMON TIROID DAN ANTITIROID..... 76
16.5.KORTIKOSTEROID..... 86
17. KARDIOVASKULER, OBAT UNTUK..... 86
17.1. ANTIANGINA..... 86
17.2. ANTIARITMIA..... 87
17.3. ANTIHIPERTENSI..... 88
17.4. ANTIAGREGASI PLATELET..... 92
17.5. TROMBOLITIK..... 94
17.6. GAGAL JANTUNG, OBAT..... 95
17.7. SYOK KARDIOGENIK DAN SEPSIS, OBAT UNTUK..... 96
17.8. ANTIHIPERLIPIDEMIA..... 97
17.9. LAIN-LAIN..... 100
18. KULIT, OBAT TOPIKAL UNTUK..... 100
18.1. ANTIAKNE..... 100
18.2. ANTIBAKTERI..... 101

18.3. ANTIFUNGI..... 103
18.4. ANTIINFLAMASI DAN ANTIPRURITIK..... 104
18.5. ANTISKABIES DAN ANTIPEDIKULOSIS..... 105
18.6. KAUSTIK..... 105
18.7. KERATOLITIK DAN KERATOPLASTIK..... 106
18.8. ANTIHIPERPIGMENTASI..... 106
18.9. TERAPI HORMONAL..... 107
18.10.IMUNOMODULATOR DAN ANTIOKSIDAN SISTEMIK..... 107
18.11.PELEMBAB DAN VITAMIN TOPIKAL..... 108
18.12. ANTISKAR TOPIKAL..... 109
18.13. SUNSCREEN..... 109
18.14. LAIN-LAIN..... 109
19. LARUTAN DIALISIS PERITONEAL..... 109
20. LARUTAN ELEKTROLIT, NUTRISI DAN LAIN-LAIN..... 110
20.1. ORAL..... 110
20.2. PARENTERAL..... 112
20.2.1. LARUTAN MENGANDUNG ASAM AMINO..... 112
20.2.2. LARUTAN MENGANDUNG ELEKTROLIT..... 112
20.2.3. LARUTAN MENGANDUNG KARBOHIDRAT..... 114
20.2.4. LARUTAN MENGANDUNG LIPID..... 115
20.2.5. LARUTAN MENGANDUNG KARBOHIDRAT DAN ELEKTROLIT..... 115
20.2.6. LARUTAN MENGANDUNG ASAM AMINO, KARBOHIDRAT, ELEKTROLIT DAN VITAMIN..... 117
20.3.LAIN-LAIN..... 122
21. MATA, OBAT UNTUK..... 123
21.1.ANESTETIK LOKAL/TOPIKAL..... 124
21.2.ANTIMIKROBA..... 124
21.3.ANTIINFLAMASI..... 127
21.4.MIDRIATIK..... 128
21.5.MIOTIK DAN ANTIGLAUKOMA..... 128
21.6.LAIN-LAIN..... 129
22. OKSITOSIN DAN RELAKSAN UTERUS, OBAT yang bekerja di..... 132
22.1.OKSITOSIN..... 132
22.2.RELAKSAN UTERUS..... 132
23. PSIKOFARMAKA..... 132
23.1.ANTIANSIETAS DAN ANTIINSOMNIA..... 132
23.2.ANTIDEPRESI DAN ANTIMANIA..... 133
23.3.ANTIOBSESIF KOMPULSIF..... 133
23.4.ANTIPSIKOSIS..... 134
23.5.OBAT UNTUK ADHD (*AttentionDeficit Hyperactivity Disorder).*..... 137
23.6.OBAT UNTUK GANGGUAN BIPOLAR..... 137
23.7.OBAT UNTUK PROGRAM KETERGANTUNGAN..... 139
24. RELAKSAN OTOT PERIFER DAN PENGHAMBAT KOLINESTERASE..... 139
24.1.PENGHAMBAT DAN PEMACU TRANSMISI NEUROMUSKULER..... 139
24.2.OBAT UNTUK MYASTENIA GRAVIS..... 140
24.3.OBAT UNTUK RELAKSAN OTOT..... 140

25. SALURAN CERNA, OBAT UNTUK……..... 140
25.1.ANTASIDA DAN ANTIULKUS……..... 140
25.2.ANTIEMETIK…… 142
25.3.ANTIHEMOROID……..... 143
25.4.ANTISPASMODIK……..... 144
25.5.OBAT UNTUK DIARE……..... 144
25.6.KATARTIK……..... 145
25.7.OBAT UNTUK STERILISASI USUS..... 146
25.8.OBAT UNTUK ANTIINFLAMASI……..... 146
25.9.LAIN-LAIN……..... 146
26. SALURAN NAFAS, OBAT UNTUK……..... 147
26.1.ANTIASMA…….. 147
26.2.ANTITUSIF……..... 153
26.3.EKSPEKTORAN……..... 153
26.4.MUKOLITIK..... 153
26.5.PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS, OBAT UNTUK……..... 154
26.6.LAIN-LAIN……..... 155
27. SISTEM IMUN, OBAT YANG MEMPENGARUHI……..... 155
27.1.SERUM DAN IMUNOGLOBULIN……..... 155
27.2.VAKSIN……..... 156
28. TELINGA, HIDUNG DAN TENGGOROKAN, OBAT UNTUK……..... 157
29. VITAMIN, MINERAL..... 159
30. OBAT yang MEMENGARUHI STRUKTUR dan MINERALISASI TULANG …….. 160
31. LAIN-LAIN……..... 160
NAMA GENERIK DAN NAMA DAGANG BARU DALAM FORMULARIUM OBAT TAHUN 2018…….. 164
NAMA GENERIK DAN NAMA DAGANG YANG KELUAR DARI FORMULARIUM OBAT TAHUN 2018…….. 164

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
1.	**ANALGESIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NON STEROID, ANTIPIRAI**					
1.1.	**ANALGESIK NARKOTIK**					
1.	Codein	Tab. 10 mg, 20 mg	F		20 tab/minggu	(Kodein 10 mg, Kodein 20 mg) Codein
		Tab. 15 mg	NF	(OP)		(Kodein 15 mg) Codein
2.	Fentanyl	Inj. i.m. / i.v. 0,05 mg/ml, amp. 2 mL; amp. 10 mL	F	Hanya untuk nyeri sedang hingga berat dan harus diberikan oleh tim medis yang dapat melakukan resusitasi.	5 amp/kasus	(Fentanil 0,05 mg/ml 2 mL, Fentanil 0,05 mg/ml 10 mL) Fentanyl
		Transdermal Patch 12,5 mcg	F	Untuk nyeri pada pasien kanker yang tidak teratasi dengan analgesik non opioid.	Untuk pasien rawat jalan : 2 patch/kunjungan	(Durogesic 12,5 mcg patch) Durogesic
		Transdermal Patch 25 mcg	F		Untuk pasien rawat jalan : 1 patch/kunjungan	(Durogesic 25 mcg patch) Durogesic
		Transdermal Patch 50 mcg	F		5 patch/bulan	(Durogesic 50 mcg patch) Durogesic
3.	Hydromorphone HCl	Tab. Oros 8 mg, 16 mg	F		30 tab/bulan	(Jurnista 8 mg, Jurnista 16 mg) Jurnista
4.	Morphine	Tab. 10 mg	F	Hanya untuk pemakaian pada tindakan anestesi atau perawatan di RS dan untuk mengatasi nyeri kanker yang tidak respon terhadap analgetik non narkotik atau nyeri pada serangan jantung.	Initial dose 3-4 tab/hari	(Morfin 10 mg) Morphine
		Tab. Lepas lambat 10 mg, 15 mg, 30 mg	F		60 tab/bulan	(MST Continus 10 mg, MST Continus 15 mg) MST Continus
		Inj. i.m. / i.v. / s.k. 10 mg/mL, 20 mg/mL, amp. 1 mL	F		Infus per 24 jam	(-) Morphine

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
5.	Pethidine	Inj. i.m. / i.v. / s.k. 50 mg/mL, amp. 2 mL	F	Hanya untuk nyeri sedang hingga berat pada pasien yang dirawat di RS. Tidak digunakan untuk nyeri kanker.	2 amp/hari	(-) Pethidin
6.	Sufentanil	Inj. i.v. 5 mcg/mL	F	Hanya untuk tindakan anestesi yang diberikan dokter anestesi.	3 vial/kasus	(Sufenta)
1.2.	**ANALGETIK NON NARKOTIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NON STEROID**					
1.	Asam Mefenamat	Cap 250 mg, 500 mg	F		30 cap/bulan	(Asam Mefenamat 500 mg) Asam Mefenamat, Mefinal
2.	Celecoxib	Kap. 100 mg, 200 mg	NF			(-) Celebrex
3.	Dexketoprofen	Tab. Salut 25 mg	NF			(-) Keren, Ketesse
		Inj. 50 mg/2 mL	NF			(-) Keren, Ketesse
4.	Etoricoxib	Cap. 60 mg, 90 mg	NF			(-) Arcoxia
5.	Ibuprofen	Tab. 200 mg, 400 mg	F		30 tab/bulan	(Ibuprofen 200 mg, Ibuprofen 400 mg) Ibuprofen
		Tab. 200 mg, 400 mg	F		1 btl/kasus	(Ibuprofen 100 mg/5 ml, Ibuprofen 200 mg/5 ml) Proris, Proris Forte
		Supp. 125 mg	NF			(-) Proris
6.	Kalium Diclofenac	Tab. 25 mg; 50 mg; Tab. Dispersibel 50 mg; Powder for Oral Solution 50 mg	NF			(-) Cataflam, Cataflam D 50 mg, Cataflam Fast 50 mg
		Oral drops 15 mg/mL	NF			(-) Cataflam Drops
7.	Ketoprofen	Tab. 50 mg, 100 mg, Tab. 200 mg OD	NF			Ketoprofen, Kaltrofen

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Supp. 100 mg	F	Untuk nyeri sedang sampai berat pada pasien yang tidak dapat menggunakan analgetik secara oral.	2 supp/hari, maks. 3 hari.	(Suprafenid) Protofen, Suprafenid
		Inj. 50 mg/mL	F			(-) Kaltrofen
		Gel. 2,5%	NF			Kaltrofen
8.	Ketorolac	Inj. i.v. 10 mg/mL	NF	(OP)		Ketorolac, Rativol
		Inj. i.v. 30 mg/mL	F	Untuk nyeri sedang sampai berat pada pasien yang tidak dapat menggunakan analgetik secara oral.	2-3 amp/hari, maks. 2 hari.	(Ketorolac) Ketorolac, Rativol
		Tab. 10 mg	NF			
9.	Meloxicam	Tab. 7,5 mg, 15 mg	NF		(OP) Maksimal 2 minggu	Meloxicam
		Supp. 7,5 mg, 15 mg	NF			Meloxicam, Mexpharm
10.	Metamizole	Tab. 500 mg	NF			Novalgin
		Syr. 250 mg/5 mL	NF			Novalgin
		Inj. 500 mg/mL	F	Untuk nyeri post operatif dan hanya dalam waktu singkat.	4 amp selama dirawat	(-) Antrain, Santagesik
				(OP) Untuk kondisi hipertermi yang tidak teratasi dengan antipiretik oral.		
11.	Natrium Diclofenac	Tab. Salut enterik 25 mg, 50 mg	F		30 tab/bulan	(Natrium Diklofenak) Na Diclofenac, Voltaren, Flamar
		Tab. 75 mg	NF			Voltaren SR 75 mg
		Inj 75 mg, amp. 3 mL	NF			Voltaren

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Supp. 50 mg, 100 mg	NF			
		Gel, tube 10 g, 20 g, 50 g	NF			Voltaren Emulgel, Flamar Emulgel
12.	Paracetamol	Tab. 500 mg	F		30 tab/bulan	(Paracetamol) Paracetamol, Sanmol, Sumagesic
		Sir. 120 mg/5 mL, btl. 60 mL	F		2 btl/kasus	(Paracetamol) Paracetamol, Sanmol
		Drop 100 mg/mL btl 15 mL	F		1 btl/kasus	Paracetamol, Sanmol
		Infus 1000 mg/100 mL	F	Hanya untuk pasien di ruang perawatan intensif yang memerlukan analgesik berkelanjutan.	3 btl/kasus	(Paracetamol) Paracetamol, Sanmol, Fioramol
				(OP) Untuk pasien di IGD dan OK dengan kondisi hipertermi yang tidak teratasi dengan antipiretik injeksi.		
		Rectal cream 125 mg/2.5 mL, 250 mg/4 mL	NF			(-) Dumin RT
13.	Parecoxib	Inj. 40 mg/vial	NF			(-) Dynastat
14.	Sulfasalazin	Tab. 500 mg	F			(Sulfasalazin) Sulfasalazin, Sulfitis, Lazafin
15.	Tramadol HCl	Kap. 50 mg; Tab. Retard 100 mg	NF			(-) Tramadol, Dolgesik

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Inj. 50 mg/mL	NF	(OP) Hanya untuk nyeri sedang sampai berat pasca operasi yang tidak dapat menggunakan analgesik oral.	5 amp/hari	(Tramadol) Tramadol, Kamadol
		Supp. 100 mg	NF			
16.	Codein/ Paracetamol	Tab. 10 mg/500 mg	NF			Coditam
17.	Diazepam/ Metampiron	Kapl. 2 mg/500 mg	NF			Analsik
18.	Paracetamol/ Tramadol HCl	Tab. 325 mg/37,5 mg	NF			Ultracet, Tramifen
1.3.	**ANTIPIRAI**					
1.	Allopurinol	Tab. 100 mg, 300 mg	F	Tidak untuk nyeri akut.	30 tab/bulan	(Alopurinol) Allopurinol
2.	Colchicine	Tab. 500 mcg	F		30 tab/bulan	(Colcitine) Colcitin, Recolfar
3.	Probenesid	Tab. 500 mg	F		30 tab/bulan	(Probenid) Probenid
1.4.	**NYERI NEUROPATIK**					
1.	Amitriptilin	Tab. Salut selaput 25 mg	F		30 tab/bulan	Amitriptillin
2.	Carbamazepin	Tab. 100 mg	F	Hanya untuk neuralgia trigeminal	60 tab/bulan	(Karbamazepin) Carbamazepin, Bamgetol, Tegretol
3.	Gabapentin	Cap. 100 mg	F	Hanya untuk neuralgia pasca herpes dan nyeri neuropati diabetikum dan tidak untuk restless leg syndrome.	60 cap/bulan	(Alpentin) Gabapentin, Alpentin, Gabexal
		Cap. 300 mg			30 cap/bulan	(Gabapentin) Gabapentin, Alpentin, Epiven
				(OP) Multiple Sclerosis	900 - 1.800 mg/hari	

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
4.	Pregabalin	Cap. 75 mg, 150 mg	NF			Lyrica, Provelyn
2.	**ANESTETIK**					
2.1.	**ANESTETIK LOKAL**					
1.	Bupivacain	Inj. p.v. 0,5% (HCl), vial 20 mL	F			Marcain PDF, Bunascan Plain
		(Heavy) Inj 0,5% (HCl) + glukosa 8%, amp. 4 mL	F	Khusus untuk analgesia spinal.		(Bupivacain Heavy) Bunascan Spinal, Regivell
2.	Ethyl Chlorida	Spray 100 mL	F			(-) Ethyl Chloride
3.	Levobupivacain		NF			Chirocaine
4.	Lidocain HCl 2%	Spray oral 10%, btl. 50 mL	F			(Xylocaine Spray 10%) Xylocaine Spray 10%
		Inj. 2%, amp. @2 mL (infiltr.)	F			(Lidocain) Lidocain
		Inj. 5% + glucosa (dextrose) 5%	F			(-) Lidodex
		Jeli. 2%.	F			(Xylocaine Jelly 2%) Xylocain Jelly 2%
5.	Ropivacain	Inj. 7,5 mg/mL	F			(Naropin) Naropin
6.	Epinephrine/ Lidocain	Inj. 12,5 mcg/20 mg, Amp. 2 mL	F			(Lidokain inj 2% + Ephineprin 1:80.000) Lidocain + Epinefrin, Pehacain
2.2.	**ANESTETIK UMUM DAN OKSIGEN**					
1.	CO_2	25 kg	NF			CO_2

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Dexmedetomidine	Inj. 100 mcg/mL	F	Untuk sedasi pada pasien di ICU, kraniotomi, bedah jantung dan operasi yang memerlukan waktu pembedahan yang lama.		(Precedex) Precedex, Icunes
3.	Enfluran	Cairan ih, btl. 250 mL	NF			Compound 347
4.	Halothane	Cairan ih, btl. 250 mL	F			(-) Halothane
5.	Isoflurane	Lar. ih 100 mL, 250 mL	F			(Terrel 100 mL, Terrel 250 mL) Terrel, Isoflurane, Forane
6.	Ketamine	Inj. i.v. 50 mg/mL (HCl), vial 10 mL	F			(Ketamin Hameln) Ketamin Hameln
		Inj. i.v. 100 mg/mL, vial 10 mL	F			(Ivanes) Ivanes, KTM
7.	Nitrogen Oksida	Ih, gas dalam tabung	F			NO_2
8.	Oksigen	Gas dalam tabung	F			O_2
		Cair	F			O_2
9.	Propofol	Inj. 1% i.v. bolus (20 mL, 50 mL; 20 mg/mL (50 mL)	F			(Fresofol 1% MCT/LCT) Fresofol 1% MCT/LCT
10.	Sevoflurane	Cairan ih, Lar. 250 mL	F			(Sojourn) Sojourn, Sevodex, Sevorane
11.	Succinil Choline	Inj. 200 mg/10 mL/vial	NF			

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
12.	Thiopental Sodium	Serb. Inj i.v. 500 mg, 1000 mg/amp (garam Na)	F			(Thiopental) Thiopental, Tiopol
2.3.	**OBAT untuk PROSEDUR PERI OPERATIF**					
1.	Atropin Sulfat	Inj. 0,25 mg/mL, amp. 1 mL	F			(Atropin) Atropin
2.	Diazepam	Inj. 5 mg/mL, amp. 2 mL	F			(Diazepam) Diazepam, Stesolid, Valdimex
3.	Midazolam	Inj. i.v. amp. 5 mg/5 mL	F	Dapat digunakan untuk pre medikasi sebelum induksi anestesi dan rumatan selama anestesi umum. (Khusus inj 15 mg/3 mL : Dapat digunakan untuk sedasi pada pasien ICU dan HCU.)	Dosis rumatan : 1 mg/jam (24 mg/hari). Dosis pre medikasi : 8 vial/kasus	(Miloz) Miloz, Fortanest, Sedacum
		Inj. i.v. amp. 15 mg/3 mL	F			(Fortanest) Fortanest, Miloz, Sedacum
				(OP) Penggunaan di IGD dan ruang tindakan khusus. Dapat digunakan pada kasus status konvulsi yang tidak membaik dengan fenitoin/diazepam.	Loading : 0,1 mg/kgBB. Maintenance : 0,05 - 0,4 mg/kg/menit	
3.	**ANTIALERGI dan OBAT untuk ANAFILAKSIS**					
1.	Cetirizine	Tab. 10 mg	F		Urtikaria akut : 1 tab/hari, maks. 5 hari. Urtikaria Kronik : maks. 30 tab/bulan.	(Setirizine) Cetirizine
		Sir. 5 mg/5 mL	F		1 btl/kasus	(Setirizine) Cetirizine
		Drops	F			(-) Cetirizine

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Chlorfeniramin Maleat	Tab. 4 mg	F		3 tab/hari, maks. 5 hari	(Klorfeniramin Maleat (CTM)) CTM
3.	Dexamethasone	Inj. 5 mg/mL, amp. 1 mL	F		20 mg/hari	(Deksametason) Dexamethason
4.	Desloratadine	Tab. 5 mg	NF			Aerius, Aerius D-12
5.	Diphenhydramin	Inj. 10 mg/mL (HCl), Amp 1 mL	F		30 mg/hari	(Diphenhydramine) Dipenhydramin
6.	Epinefrin (Adrenalin)	Inj. i.v. 0.1% (sebagai HCl bitartrat), amp. 1 mL	F			(Epinefrine) Epinephrin
7.	Fexofenadine HCl	Tab. 30 mg, 60 mg, 180 mg	NF			Telfast HD, Telfast OD, Telfast BD
		Susp. 6 mg/mL; 30 mL, 300 mL	NF			
8	Hidrocortison	Inj. 100 mg/vial	F			(-) Fartison
9	Hidroxyzin	Tab. 25 mg	NF			Bestalin
10	Loratadine	Tab. 10 mg	F		Urtikaria akut : 1 tab/hari, maks. 5 hari, dilakukan di Faskes Tk. 1. Urtikaria Kronik : maks. 30 tab/bulan, hanya dilakukan di Faskes Tk. 2 dan 3.	(Loratadin) Loratadin

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
11	Pseudoephedrin/ Chloramphenicol	Tab. 15 mg/1 mg	NF			Rhinos Junior
12	Triamcinolone	Tab. 4 mg	NF			Trilac
		Inj. 10 x 5 mL; 40 mg/mL x 1 mL	F			(Trilac) Trilac, Flamicort
13	Loratadine/Pseudo ephedrin	Tab. 5 mg/60 mg	NF			Rhinos SR
		Tab. 5 mg/120 mg	NF			Aldisa SR
14	Pseudoephedrin/ Triprolidine	Tab. 30 mg/2.5 mg	NF			Crofed
		Tab. 60 mg/2.5 mg	NF			Tremenza
		Syr. 30 mg/1,25 mg (per 5 mL)	NF			Crofed, Tremenza
4.	**ANTIDOT dan OBAT LAIN untuk KERACUNAN**					
4.1.	**KHUSUS**					
1.	Atropin Sulfat	Tab. 0,5 mg	F			-
		Inj. 0,25 mg/mL	F			(Atropin) Atropin
2	Calcium Gluconas	Inj. i.v. 100 mg/mL, amp. 10 mL	F			(Calcium gulconas) Calcium Gluconas
3	Ephedrine	Serbuk Inj. 50 mg/mL, amp. 1 mL	F			(Ephedrin) Ephedrin, Vasodrin
4.	Metil tionin klorida (biru metilen)	Inj. i.v. 10 mg/mL (sebagai dihidrat), amp. 10 mL	NF			(-)
5.	Naloxon	Inj. 0,4 mg/mL (HCl), amp. 2 mL	F	Hanya untuk mengatasi depresi pernafasan akibat morfin atau opioid.		(Nokoba) Nokoba

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
6.	Natrium bicarbonat	Tab. 500 mg	F			(Natrium Bicarbonat) Natrium Bicarbonat
		Inj. i.v. 8,4%, vial 50 mL	F			(Meylon) Meylon
7.	Natrium tiosulfat	Inj. i.v. 25%, amp. 5 mL	F			(-)
8.	Neostigmin (Metilsulfat)	Inj. 0,5 mg/mL	F			(Neostigmin Hameln) Neostigmin Hameln, Prostigmin
9.	Protamin sulfat	Inj. i.m. 10 mg/mL, amp. 5 mL	F			**(Jalur SAS)**
4.2.	**UMUM**					
1.	Apomorfin	Inj. s.k 5 mg/mL, amp. 1 mL	NF			(-)
2.	Carbon aktif	Serbuk aktif 0,5 kg/kantong	F			(-)
3.	Ipeka	Syr. 0.14% (dihitung sebagai emetin)	NF			(-)
4.	Magnesium sulfat	Serbuk 30 g/kantong	F			(-) Garam Inggris
5.	**ANTIEPILEPSI - ANTIKONVULSI**					
1.	Carbamazepin	Tab. 200 mg	F		120 tab/bulan	(Karbamazepin) Carbamazepin, Bamgetol, Tegretol
		Sir. 100 mg/5 mL	F		4 btl/bulan	
2.	Clonazepam	Tab. 2 mg	F		30 tab/bulan	(Clonazepam) Clonazepam, Riklona

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
3.	Diazepam	Inj. i.v. 5 mg/mL	F	tidak untuk i.m.	10 amp/kasus, kecuali untuk kasus di ICU.	(Diazepam) Diazepam, Stesolid, Valdimex
		Lar. Rektal 5 mg/tube 2,5 mL; 10 mg/tube 2,5 mL	F		2 tube/hari, bila kejang	(Stesolid Rectal Tube) Stesolid Rectal Tube
4.	Lamotrigin	Tab. Dispersibel 25 mg, Tab. 50 mg	F	Tidak digunakan sebagai lini pertama untuk epilepsi. Dapat digunakan sebagai lini kedua pada ibu hamil dan pasien usia lanjut (> 65 tahun).	30 tab/bulan (hanya untuk titrasi dosis)	(Lamictal) Lamictal
		Tab 100 mg	F		60 tab/bulan	
5.	Levetiracetam	Tab. 250 mg, 500 mg	F	Untuk pasien kejang pada tumor otak yang mendapat kemoterapi.	60 tab/bulan	(Keppra) Keppra, Levitam
6.	Magnesium sulfat	Inj. i.v. 20%, amp. 25 mL; 40%, amp. 25 mL	F	Hanya untuk kejang pada preeklampsia dan eklampsia. Tidak digunakan untuk kejang lainnya. Untuk premedikasi oxaliplatin.		(MgSO4 OTSU) MgSO4
				(OP) Dapat digunakan pada kasus pasien gizi buruk.	10 hari	
7.	Phenobarbital	Tab. 30 mg	F		120 tab/bulan	(-) Fenobarbital
		Tab. 100 mg	F		60 tab/bulan	(-) Fenobarbital
		Inj. 50 mg/mL	F	(OP) pada kasus PJB	40 mg/kgBB	(-) Phenobarbital, Sibital, Phental
8.	Phenytoin	Kaps. 30 mg	F		90 kaps/bulan	(Decatona 30 mg)
		Kaps. 100 mg	F		90 kaps/bulan	(-) Phenytoin, Kutoin
		Inj. i.v. 50 mg/mL	F	Dapat digunakan untuk status konvulsivus.	4 amp/hari	(Phenitoin) Phenytoin, Kutoin

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
9.	Pregabalin	Cap. 75 mg	NF			Lyrica, Provelyn
10	Thiamin	Inj. 25 mg	NF	(OP) Status Konvulsi (penderita alkoholik), ensefalopati	100 mg/kali	
11	Topiramate	Tab. 25 mg, 50 mg	F	Hanya untuk adjunctive terapi pada epilepsi parsial refraktur, bukan untuk monoterapi.		(Topamax) Topamax
		Tab. 100 mg	F		60 tab/bulan	(Topamax) Topamax
12	Valproat	Tab. salut 250 mg	F	Dapat digunakan untuk epilepsi umum (general epilepsy).	90 tab/bulan	(Depakote) Depakote
		Tab. SR 250 mg, 500 mg	F		60 tab/bulan	(Depakote SR) Depakote SR
		Sir. 250 mg/5 mL	F		5 btl/bulan	(Valproic acid) Valproic acid, Ikalep, Depakene
13	Levodopa/Karbidopa/Entekapon	Tab. 100 mg/25 mg/200 mg	NF			(Stalevo) Stalevo
6.	**ANTIINFEKSI**					
	Penggunaan Antiinfeksi mengacu pada Formularium Nasional dan Pedoman Penggunaan Anti Mikroba (PPAM) RSSA					
6.1.	**ANTELMINTIK**					
6.1.1.	**ANTELMINTIK INTESTINAL**					
1.	Albendazol	Tab. 400 mg	F			(Albendazole) Albendazole
		Susp. 200 mg/ 5 mL	F			(Albendazole) Albendazole
2.	Mebendazol	Tab. 100 mg, 500 mg	F			(Vermox) Vermox
		Sir. 100 mg/5 mL	F			(-)
3.	Pirantel Pamoat	Tab. 125 mg, 250 mg	F			(Pirantel pamoat) Pirantel Pamoat
		Sir. 125 mg/5 mL	F			(Pirantel pamoat) Pirantel Pamoat
4.	Prazikuantel	Tab. 600 mg	F			(-) Prazikuantel

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
6.1.2.	**ANTIFILARIA**					
1.	Dietilkarbamazin	Tab. 100 mg	F	Tidak digunakan untuk ibu hamil dan menyusui.		(Dietilkarbamazin) Dietilkarbamazin
6.2.	**ANTIBAKTERI**					
6.2.1.	**BETA LAKTAM**					
1.	Amoxicilin anhidrat	Kapsul 250 mg, 500 mg	F		10 hari	(Amoxicillin) Amoxicillin, Amoxsan
		Drop 100 mg/mL	F		1 btl/kasus	(-)
		Sirup kering 125 mg/5 mL, 250 mg/5 mL	F		1 btl/kasus	(Amoxicillin) Amoxicillin, Amoxsan
2.	Amoxicilin/Asam Clavulanat	Vial Amoksisilin 1 g (+ Asam Klavulanat 200 mg)	NF			(-) Amoxiclav, Claneksi
		Kapl. Amoksisilin 500 mg (+ Asam Klavulanat 125 mg)	NF			Amoxiclav, Claneksi, Clavamox
		Sirup kering 125 mg/5 mL; 250 mg/5 mL	NF			(-) Claneksi, Claneksi Forte
3.	Ampicillin	Serb. Inj. 250 mg/vial; 1 g/vial	F		10 hari	(Viccillin) Ampicillin, Sanpicillin, Viccilin
4.	Ampisillin	Tab. 375 mg	NF			(Pycin)
		Vial 750 mg, 1,5 g	F		10 hari	Viccilin SX, Cinam
5.	Benzathin Benzylpenisillin	Serbuk Inj. i.m. 1.2 juta IU/mL	F		2 vial/bulan	(Benzatin benzylpenisilin) Benzatin Benzil Penicillin
		Serbuk Inj. i.m. 2.4 juta IU/mL	F		1 vial/bulan	(Benzatin benzylpenisilin) Benzatin Benzil Penicillin

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
6.	Cefadroksil	Kaps. 250 mg, 500 mg	F	Hanya untuk pasien rawat inap yang sebelumnya mendapatkan antibiotik parenteral.	30 cap/kasus	(Cefadroxyl) Cefadroxil, Cefat
		Syr. Kering 125 mg/5 mL, 250 mg/5 mL, btl 60 mL			1 btl/kasus	(Cefadroxyl) Cefadroxil, Cefat
7.	Cefazolin	Serb. Inj. 1 g	F	Digunakan pada profilaksis bedah untuk mencegah terjadinya infeksi luka operasi.	Selama 24 jam	(Cefazolin) Cefazolin, Cefazol
8.	Cefepime	Serb. Inj. 1 g	F	Antibiotik lini ketiga. Dapat digunakan untuk demam neutropenia atas persetujuan KFT/PPRA/pimpinan RS.	3 g/hari sampai ANC > 500/$mm^{3.}$	(Cefepime) Cefepime, Zepe
9.	Cephradine	Vial 1 g	NF			(-) Dynacef
10.	Cephalexin	Kaps. 250 mg, 500 mg	F		10 hari	(-) Pralexin, Tepaxin
11.	Cefixim	Kaps. 100 mg, 200 mg	F	Hanya untuk pasien rawat inap yang sebelumnya mendapatkan antibiotik parenteral sefalosporin generasi tiga atau sesuai hasil uji resistensi.	10 hari	(Cefixime) Cefixim, Sporetik, Inbacef
		Sirup kering 100 mg/5 mL	F		1 btl/kasus	(Cefixime) Cefixim, Nucef
12.	Cefoperazon	Serbuk Inj. i.m. /i.v. 1.000 mg/vial	F	Antibiotik lini ketiga dan dapat digunakan untuk mengatasi infeksi pada pasien yang mengalami penurunan fungsi ginjal.	3 g/hari selama 7 hari	(Cefoperazon) Cefoperazon, Stabixin

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
13.	Cefoperazon/ Sulbactam	Serbuk Inj. 500 mg/500 mg/vial	F	Untuk lini ke-3 dan persetujuan KFT/PPRA/pimpinan RS. Untuk infeksi berat yang tidak bisa diatasi dengan antibiotik tunggal.	10 hari	(Cefoperazone-Sulbactam) Cefoperazon-Sulbactam, Stabactam, Fosular
14.	Cefotaxim	Inj. 500 mg/vial; 1.000 mg/vial	F		10 hari	(Cefotaxim) Cefotaxim, Taxegram
15.	Ceftizoxime	Vial 1 g	NF			(-)
16.	Ceftazidim	Serbuk Inj. i.m. /i.v. 1 g/vial	F	Terapi lini ketiga sediaan injeksi/infus. Diberikan kepada pasien dengan infeksi yang disebabkan oleh bakteri yang resisten dengan antibiotika lain (dibuktikan dengan hasil resistensi test).	3 g/hari selama 7 hari	(Ceftazidim) Ceftazidime, Zibac
17.	Ceftriaxon	Serb. Inj. i.v. 1 gr/vial	F		2 g/hari selama 7 hari. Untuk meningitis 4 g/hari selama 14 hari.	(-) Ceftriaxon, Terfacef, Cephaflox
18.	Cefpirome	Inj. i.v. 1 g/vial	F	Antibiotik lini ketiga. Dapat digunakan untuk demam neutropenia atas persetujuan KFT/PPRA/pimpinan RS.	3 g/hari sampai ANC > 500/$mm^{3.}$	(Cefpirome) Nufirom, Bactirom
19.	Cefuroxime	Tab. Salut selaput 250 mg, 500 mg	F		10 tab/kasus	(Zinnat) Sharox

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Serb. Inj. 750 mg	F	Hanya untuk profilaksis bedah abdomen, toraks (cardiac atau non cardiac).	3 g/kasus	(Oxtercide) Oxtercid, Situroxime
20.	Cloxacillin	Tab. 0,5 g	NF			(-)
		Inj. 0,5 g, 1 g	NF			(-) Meixam
21.	Phenoxymethyl Penicillin (Penisilin V)	Tab. 125 mg, 250 mg	F		40 tab/bulan	(Phenocin 125 mg, Phenoxymethyl 250 mg) Fenocin
		Tab. 500 mg	F		20 tab/bulan	(Phenoxymethyl)
22.	Procaine Benzylpenicillin	Serbuk Inj. i.m. 3 juta IU/vial	F		3 vial/kasus	(-) PPC
6.2.2.	**ANTIBAKTERI LAIN**					
6.2.2.1.	**TETRACYCLIN**					
1.	Doxycyclin	Kap. 50 mg	F	Tidak digunakan untuk anak usia < 6 tahun dan ibu hamil dan menyusui. **Hanya untuk penggunaan pada mata dan kulit.**	2 cap/hari selama 10 hari	Interdoxin
		Kap.100 mg	F	Tidak digunakan untuk anak usia < 6 tahun dan ibu hamil dan menyusui.	2 cap/hari selama 10 hari	(Doxycyclin) Doxycyclin
2.	Minocycline	Kap. 50 mg, 100 mg	NF			-
3.	Oxytetracyclin	Inj. i.v. 50 mg/mL	F			-
4.	Tetracycline HCl	Kaps. 250 mg, 500 mg	F	Tidak digunakan untuk anak usia < 6 tahun dan ibu hamil dan menyusui.	4 cap/hari selama 10 hari.	(Tetracyclin) Tetracyclin

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
5.	Tigecycline	Lar. Infus 50 mg/5 ml	NF			(-) Tygacil
6.2.2.2.	**CHLORAMPHENICOL**					
1.	Chloramphenicol	Kaps. 250 mg, 500 mg	F		4 cap/hari selama 10 hari	(Chloramex 500)
		Susp. 125 mg/5 mL (palmitat), btl. 60 Ml	F		1 btl/kasus	(Chloramphenicol) Chloramphenicol, Colsancetine
		Serbuk Inj. i.v. 1000 mg/vial (Na Suksinat)	F		3 g/hari selama 14 hari	(Chloramphenicol) Chloramphenicol,
2.	Tiamphenicol	Kaps. 250 mg; 500 mg	NF			(-) Thiamycin, Biothicol
		Syr. 125 mg/5 mL	NF			(-)
6.2.2.3.	**SULFA-TRIMETOPRIM**					
1.	Cotrimoksazol DOEN I (Dewasa): Sulfametoxazol/Trimetoprim	Tab. 400 mg/80 mg	F		4 tab/hari selama 10 hari kecuali pada imuno-compromised selama 21 hari	(Cotrimoxazole) Cotrimoxazole
2.	Cotrimoksazol DOEN II (Pediatrik) : Sulfametoxazol/Trimetoprim	Tab. 100 mg/20 mg	NF			(Cotrimoxazole) Cotrimoxazole

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
3.	Cotrimoksazol (Forte) : Sulfametoxazol/ Trimetoprim	Tab. 800 mg/160 mg	F		2 tab/hari selama 10 hari kecuali pada imuno-compromised selama 21 hari.	(Cotrimoxazole) Cotrimoxazole
4.	Kotrimoksazol : Sulfametoksazol/ Trimetoprim	Susp. 200 mg/40 mg (per 5 mL)	F		1 btl/kasus	(Cotrimoxazole) Cotrimoxazole
6.2.2.4.	**MAKROLID**					
1.	Azithromycin	Tab. 250 mg, 500 mg	F		3 tab/kasus	(Azithromycin) Azithromycin, Zibramax
		Susp. 200 mg/5 mL	F		1 btl/kasus	(Azithromycin) Azithromycin
		Inj. 500 mg/vial	F		1 vial/hari selama	(-)
2.	Clarithromycin	Tab. 500 mg	F		20 tab/kasus	(Clarithromycin) Clarithromycin, Abbotic
		Syr. Kering 125 mg/5 mL, 250 mg/5 mL, btl 60 mL	F		2 btl/kasus	(Comtro, Abbotic Granule) Comtro 125 mg/5 mL, Abbotic Granule 250 mg/mL
3.	Clindamycin	Kap. 150 mg, 300 mg	F		4 cap/hari selama 5 hari kecuali untuk toksoplasmosis selama 6 minggu	(Clindamycin) Clindamycin
		Susp. 10 mg/30 mL	NF			-
4.	Erythromycin	Tab./Kaps. 250 mg, 500 mg	F		4 cap/hari selama 10 hari	(Erythromycin) Erythromycin, Erysanbe

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Syr. 200 mg/5 mL, btl. 60 mL	F		2 btl/kasus	(Erythromycin) Erythromycin, Erysanbe
5.	Spiramycin	Tab. 500 mg	F	Dapat digunakan untuk toksoplasmosis pada kehamilan.	3 g/hari selama 6 minggu	(-) Spiramycin
		Sirup 125 mg/5 mL	NF			-
6.2.2.5.	**AMINOGLICOSIDE**					
1.	Gentamicin	Inj. 10 mg/mL; 40 mg/mL	F			(Gentamycin) Gentamycin
2.	Amikacin	Inj. i.m. / i.v. 250 mg/vial, 500 mg/vial	F	Hanya digunakan untuk infeksi oleh bakteri gram negatif yang resisten terhadap gentamisin.		(Amikacin) Amikacin
3.	Kanamycin	Kaps. 250 mg	NF			(-) Kanamycin
		Serbuk Inj. i.m. / i.v. 1 g/vial	F			(-) Kanamycin
4.	Netilmicin	Inj. i.m. / i.v. 100 mg/1.5 mL, 300 mg/1.5 mL	NF			Hypobhac
5.	Streptomycin	Serbuk Inj. i.m. 1 g/vial	F			(Streptomycin) Streptomycin
6.2.2.6.	**QUINOLON**					
1.	Ciprofloxacin	Tab. 500 mg	F	Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun dan ibu hamil.		(Ciproflaxin) Ciprofloxacin, Baquinor, Baquinor Forte
		Infus 200 mg/100 mL	F		4 btl/hari	(Ciprofloxacin) Ciprofloxacin, Baquinor
2.	Levofloxacin	Tab. 500 mg	F	Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun dan ibu hamil.	Maks. 10 hari	(Levofloxacin) Levofloxacin, Cravit, Cravox

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Inf. 500 mg/100 mL, 750 mg/150 mL	F		Maks. 10 hari	(Levofloxacin) Levofloxacin, Cravit, Lefos
3.	Moxifloxacin	Tab. 400 mg	F	Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun dan ibu hamil.	10 hari	(Moximed) Moximed
		Inf. 400 mg/250 mL	F		10 hari	(Moxifloxacin) Moxifloxacin, Avelox
4.	Ofloxacin	Tab. 200 mg; 400 mg	F	Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun dan ibu hamil.	10 hari	(Ofloxacin) Ofloxacin
6.2.2.7.	**PENGGUNAAN KHUSUS**					
1.	Colistin	Tab. 1.500.000 IU	NF			-
2.	Doripenem	Inj. 500 mg	NF			Daryaven
3.	Fosfomycin	Sacchet 3 g	NF			Monuril
		Inj. 1 g, 2 g	NF			Fosmycin, Fosmidex
4.	Imipenem/ Cilastatin	Inj. 500 mg/500 mg	NF			-
5.	Lincomycin	Kap. 250 mg, 500 mg	NF			-
6.	Meropenem	Inj. i.v. vial 500 mg; 1 g	F	(a) Hanya untuk terapi lini ketiga untuk infeksi oleh kuman penghasil ESBL. (b) Tidak untuk profilaksis bedah, kecuali bedah jantung.	**Febrile neutropenia** : dosis 1-3 g/hari, sampai ANC diatas 500/mm3. **Sepsis dan infeksi berat lainnya** : dosis 1-3 g/hari, maks. 7 hari.	(Meropenem) Meropenem

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
					Penggunaan maksimal 7 hari/kasus. Setelah hasil kultur diperoleh, maka digantikan dengan antibiotika lini pertama atau spektrum sempit yang masih sensitif.	
					Meropenem dapat dilanjutkan apabila hasil kultur menunjukkan bahwa meropenem adalah satu-satunya antibiotik yang masih sensitif untuk bakteri penyebab infeksi.	
7.	Metronidazol	Tab. 250 mg; 500 mg	F		Untuk infeksi akibat bakteri	(Metronidazole) Metronidazole

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Syr. 125 mg/5 mL	F		anaerob, dapat diberikan	(Metronidazole) Metronidazole, Flagyl
		Infus 500 mg/100 mL	F		3 btl/hari	(Metronidazole) Metronidazole, Diazole
		Supp. 500 mg	F			Flagyl
		Supp. 1000 mg	NF			-
		Ovula. 500 mg	F		Maks. 15 ovula/kasus.	(Vagizol) Metronidazole, Vagizole
8.	Pirimetamin	Tab. 25 mg	F	Untuk toksoplasmosis serebral/retinitis pada *imunocompromised* dalam bentuk kombinasi dengan sulfadiazin atau clindamisin dan leucovorin.		(-) Primet
9.	Sulfadiazin	Tab. 500 mg	F			(Sulfadiazin) Sulfadiazin
10.	Sulfasalazin	Tab. 500 mg	NF			(Sulfasalazine) Sulfasalazine
11.	Vancomycin	Inj. 500 mg	F	Hanya untuk infeksi oleh kuman MRSA/MRSE positif (dibuktikan dengan hasil kultur).	Maks. 10 hari/kasus	(Vancomycin) Vancomycin, Vancep
6.3.	**ANTIINFEKSI KHUSUS**					
6.3.1.	**ANTILEPRA**					
1.	Dapson	Tab. 100 mg	F			-
2.	Clofazimine (micronized)	Cap. dalam minyak 50 mg, Cap. dalam minyak 100 mg	F			-
3.	Rifampicin	Cap. 300 mg; Tab. 450 mg; 600 mg	F			(Rifampicin) Rifampicin

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK -
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	E-CATALOG - DAGANG
I	II	III	IV	V	VI	VII
6.3.2.	**ANTITUBERCULOSIS**					
	Catatan : a). Disediakan oleh Program Kemenkes. B). Penggunaan sesuai dengan Program Nasional Pengendalian TB					
1.	Ethambutol	Tab. 250 mg; Tab. 400 mg; 500 mg (sebagai HCl)	F	(a) Tidak boleh diberikan sebagai single agent untuk TB, (b) digunakan untuk paduan OAT Kategori 2, tahap lanjutan, (c) diberikan atas persetujuan KPRA/KFT, (d) Disertai sistem monitoring penggunaan obat untuk penderita TB.	30 mg/kg BB, maksimal selama 5 bulan tahap lanjutan pemberian 3x seminggu atau 15 mg/kg BB maksimal selama 5 bulan tahap lanjutan, pemberian setiap hari. Dosis untuk TB anak : 20 mg/kgBB,	(Etambutol) Ethambutol
					maksimal selama 2 bulan pertama, pemberian setiap hari. Dosis untuk TB MDR : 15-25 mg/kgBB/hari	
2.	Isoniazid	Tab. 100 mg	F	Dapat digunakan untuk profilaksis TB pada anak.	10 mg/kg BB, maksimal 6 bulan setiap hari.	(Isoniazid) Isoniazid

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Tab. 300 mg	F	Dapat digunakan untuk profilaksis TB pada ODHA dewasa.	1 tab (300 mg)/hari, maksimal 6 bulan.	(Isoniazid) Isoniazid
3.	Pyrazinamid	Tab. 500 mg	F	Diberikan atas persetujuan KPRA dan KFT.	20 - 30 mg/kg BB.	(Pirazinamide) Pyrazinamide
4.	Rifampicin	Tab. Scored 300 mg; 450 mg; 600 mg	F			(Rifampicin) Rifampicin
5.	Streptomycin	Serbuk Inj. i.m. 1 g/vial	F	(a) Digunakan untuk paduan OAT Kategori 2, tahap awal. (b) Untuk kombinasi pengobatan pasien TB Kambuh BTA (+).	15 mg/kg BB maksimal 2 bulan pertama pemberian setiap hari.	(Streptomycin) Streptomycin
6.	Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk Dewasa 4KDT (FDC) : Rifampicin + Isoniazid + Pyrazinamid + Ethambutol	Kapl. 150 mg/75 mg/400 mg/ 275 mg	F		Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. **Kategori 1** : 1 tab/15 kg BB, maks. selama 2 bulan pertama. **Kategori 2** : 1 tab/15 kg BB, maks. selama 3 bulan pertama.	(OAT FDC Dewasa) OAT FDC Dewasa

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK -
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	E-CATALOG - DAGANG
I	II	III	IV	V	VI	VII
7.	Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk Dewasa 2KDT (FDC) : Rifampicin + Isoniazid	Tab. 150 mg/150 mg	F		Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. **Kategori 1** : 1 tab/15 kg BB, maks. selama 4 bulan tahap lanjutan, pemberian 3x seminggu. **Kategori 2** : 1 tab/15 kg BB, maks. selama 5 bulan tahap lanjutan, diberikan bersamaan dengan Etambutol, pemberian 3x seminggu.	(OAT FDC Dewasa) OAT FDC Dewasa

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK -
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	E-CATALOG - DAGANG
I	II	III	IV	V	VI	VII
8.	Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk Anak 3KDT (FDC) : Rifampicin + Isoniazid + Pyrazinamid	Tab. 75 mg/50 mg/150 mg	F		Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. 1 tab/5-8 kgBB, maks. 2 bulan pertama, pemberian setiap hari.	(OAT FDC Anak) OAT FDC Anak
9.	Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk Anak 2KDT (FDC): Rifampicin + Isoniazid	Tab. 75 mg/50 mg	F		Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. 1 tab/5-8 kgBB, maks. 4 bulan lanjutan, pemberian setiap hari.	(OAT FDC Anak) OAT FDC Anak

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
10.	Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk Dewasa. Kombipak II : Rifampicin + Isoniazid + Pyrazinamid + Ethambutol	Tab. 450 mg (1 cap) / 300 mg (1 tab) / 500 mg (3 tab) / 250 mg (3 tab)	F	Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT	Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. **Kategori 1** : Maksimal 448 tab (56 blister) selama 2 bulan pertama, pemberian setiap hari.	
11.	Paduan dalam bentuk Kombipak untuk Dewasa. Kombipak III : Rifampicin + Isoniazid + Ethambutol	Tab. 450 mg (1 cap) / 300 mg (2 tab)	F	Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT	Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. **Kategori 1** : Maksimal 144 tab selama 4 bulan (48 blister kombipak III), pemberian 3x seminggu.	

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
12.	Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk Anak Kombipak A : Rifampicin + Isoniazid + Pyrazinamid	75 mg (2 cap) / 100 mg (1 tab) /200 mg (2 tab)	F	Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT	Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. Maksimal 280 tab (28 sachet Kombipak A) selama 2 bulan pertama, pemberian setiap hari.	
13.	Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk Anak Kombipak B : Rifampicin + Isoniazid	75 mg (2 cap) /100 mg (1 tab)	F	Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT	Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. Maksimal 336 tab selama 4 bulan lanjutan, pemberian setiap hari.	
14.	OAT Kombinasi		NF			Pro TB 4
6.3.3.	**ANTISEPTIK SALURAN KEMIH**					
1.	Asam Pipemidat	Cap. 400 mg	F		28 cap/kasus	(Urinter) Urinter
2.	Metenamin Mandelat	Tab. Sal. Enterik 500 mg	F			-
3.	Nitrofurantoin	Tab. 50 mg	F			**(Jalur SAS)**
6.4.	**ANTIFUNGI**					
1.	Amfotericin B	Inj. i.v. 50 mg/10 mL	F			**(Jalur SAS)**

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Fluconazol	Kaps. 50 mg, 150 mg	F	Hanya digunakan untuk candidiasis sistemik/pada pasien *imunocompromised.*		(Diflucan 50 mg; Fluconazol 150 mg) Diflucan 50 mg; Fluconazol 150 mg
		Inj. 2 mg/mL	F			(Fluconazole) Fluconazole, Diflucan
3.	Griseofulvin (micronized)	Tab. 125 mg, Tab. 250 mg, Tab. 500 mg	F			Griseofulvin
4.	Itraconazol	Kap. 100 mg	F	Hanya untuk histoplasmosis, aspergilosis, onikomikosis, *deep mycosis* yang dibuktikan dengan hasil pemeriksaan kultur. Tidak diberikan bersama dengan obat lain yang terbukti dapat berinteraksi dengan itraconazol		-
5.	Ketoconazol	Tab. 200 mg	F		Maks. 30 tab/kasus	(Ketoconazole) Ketoconazole
6.	Micafungin Na	Serbuk Inj. 50 mg/vial	F	Hanya digunakan untuk candidiasis sistemik yang sudah resisten dengan fluconazol (dibuktikan dengan hasil kultur) dan pasien yang *imunocompromized.*		(Mycamine) Mycamine
7.	Nystatin	Tab. Salut 500.000 IU	F		30 tab/bulan	(Nystatin) Nystatin
		Susp. 100.000 IU/mL	F		2 btl/kasus, untuk 1 minggu	(-) Nystatin, Kandistatin
8.	Terbinafin	Tab. 250 mg	F			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
6.5.	**ANTIPROTOZOA**					
6.5.1.	**ANTIAMUBA DAN ANTIGUARDIASIS**					
1.	Metronidazol	Tab. 250 mg, 500 mg	F			(Metronidazole) Metronidazole
		Syr. 125 mg/5 mL	F			(Metronidazole) Metronidazole, Flagyl
		Infus 500 mg/100 mL	F		3 btl/hari	(Metronidazole) Metronidazole, Farnat, Fortagyl
		Supp. 500 mg; 1000 mg	NF			Metronidazole, Flagyl
6. 5. 2.	**ANTIMALARIA**					
6.5.2.1.	**UNTUK PENCEGAHAN**					
1.	Doxycyclin	Cap. 100 mg	F		10 cap/kasus	(Doxycyclin) Doxycyclin
6.5.2.2.	**UNTUK PENGOBATAN**					
1.	Artesunat	Inj. i.v. / i.m. 60 mg/Ml	F	(a) Diberikan pada malaria berat / dapat diberikan pra rujukan.		(Artesunat) Artesunat
2.	(Kombipak) : Artemether/Lumefantrin	Tab. 20 mg/120 mg	F	Terapi lini pertama untuk malaria falsifarum		-
3.	Kombinasi : Dihidroarte-misinin/Piperakuin (DHP)	Tab. Sal. Selaput 40 mg/320 mg	F			DHP-Frimal
4.	Quinine	Tab. 200 mg	F	Untuk terapi lini kedua pada malaria		(Quinine)

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Inj. i.v. 25 % (sebagai HCl), amp. 2 mL	F	Hanya digunakan untuk malaria dengan komplikasi / malaria berat		
5.	Primaquine	Tab. 15 mg	F			(Primaquine) Primaquine
6.6.	**ANTIVIRUS**					
6.6.1.	**ANTIHERPES**					
1.	Acyclovir	Tab. 200 mg, 400 mg	F			(Asiklovir) Acyclovir
		Serb. Inj. 250 mg	F			-
2.	Valacyclovir	Tab. 500 mg	F			(Valasiklovir) Valacyclovir, Valvir
6.6.2.	**ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)**					
	Hanya untuk pasien immuno-compromised (CD 4 < 100) serta dibuktikan ada kelainan organik (retinitis CMV/CMV serebral). Untuk transplantasi organ dari donor yang menderita CMV.					
1.	Gansiklovir	Serbuk Inj. 500 mg/vial	F	Hanya untuk pasien immuno-compromised (CD 4 < 100) serta dibuktikan ada kelainan organik (retinitis CMV/CMV serebral). Untuk transplantasi organ dari donor yang menderita CMV.		(-) Cymevene
2.	Valgansiklovir	Tab. salut 450 mg	F	(a) Untuk profilaksis pada donor positif - resipien negatif atau donor positif - resipien positif, (b) kadar transaminase serum dalam batas normal		(Valcyte) Valcyte
6.6.3.	**ANTIRETROVIRAL**					
6.6.3.1.	**NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITOR (NRTI)**					

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
1.	Lamivudine (3 TC)	Tab. 150 mg	F	Disediakan oleh program Kemenkes		(Lamivudine) Lamivudine
2.	Stavudine	Tab. 30 mg	F			-
3.	Tenofovir	Tab. 300 mg	F	Disediakan oleh program Kemenkes		(Tenofovir) Tenofovir, Ricovir
4.	Zidovudine	Tab. 100 mg	F	Disediakan oleh program Kemenkes		(Zidovudine) Zidovudine
5.	Kombinasi : Zidovudine/Lamivudine	Tab. 300 mg/150 mg	F	Disediakan oleh program Kemenkes		-
6.	Kombinasi : Tenovir/Emtrisitabi	Tab. 300 mg/200 mg	F	Disediakan oleh program Kemenkes		-
6.6.3.2.	**NON NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITOR (NNRTI)**					
1.	Efavirens	Tab. 200 mg; Tab. salut 600 mg	F	Disediakan oleh program Kemenkes		-
2.	Nevirapin	Tab. 200 mg	F	Disediakan oleh program Kemenkes		-
6.6.3.3.	**NRTI + NNRTI**					
1.	Kombinasi : Tenovofir/Lamivudine/Efavirenz	Tab. 300 mg/300 mg/600mg	F	Disediakan oleh program Kemenkes		-
2.	Kombinasi FDC (anak) : Zidovudin/Lamivudin/Nevirapin	Tab. 60 mg/30 mg/50 mg	F	Disediakan oleh program Kemenkes		-
6.6.3.4.	**PROTEASE INHIBITOR**					

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
1.	Kombinasi Lopinavir + Ritonavir (LPV/r)	Tab. Sal. Selaput 200 mg/50 mg	F	Disediakan oleh program Kemenkes. Hanya digunakan sebagai terapi lini kedua terapi antiretroviral.		Alivia
6.6.4.	**ANTIHEPATITIS**					
1.	Adefovir dipivoksil	Tab. 10 mg	F	# Diberikan pada : (a) Pasien Hepatitis B kronik HBsAg negatif dengan HBV DNA rendah dan ALT tinggi. (b) Pasien dengan riwayat gagal terapi dengan pemberian analog nukleosida.	30 tab/bulan, dievaluasi setiap 6 bulan.	(-) Hepsera
				(c) Dapat diberikan oleh Dokter Spesialis Penyakit Dalam atau KGEH. # **Tidak diberikan pada** : (a) Pasien Hepatitis B kronik dengan gangguan ginjal. (b) Pasien dalam pengobatan adefovir yang tidak menunjukkan respon pada minggu ke 10-20.		

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Entekavir	Tab. Salut selaput 0,5 mg; 1 mg.	F	Hanya boleh diresepkan oleh KGEH dan Sp.A KGEH atau dokter Spesialis Penyakit Dalam dengan melampirkan : (a) Hasil Pemeriksaan HbsAg, (b) Pemeriksaan ALT meningkat 2x diatas batas atas normal dalam 3 bulan, atau (c) Histologi/*Transient elastography* atau AST Platelet Ratio Index (APRI) sesuai minimal dengan F2.		-
3.	Lamivudine	Tab. 100 mg	F	Hanya boleh diresepkan oleh KGEH dan Sp.A KGEH atau dokter Spesialis Penyakit Dalam dengan melampirkan : (a) Hasil Pemeriksaan HbsAg, (b) Pemeriksaan ALT meningkat 2x diatas batas atas normal dalam 3 bulan, atau		(Lamivudin) Lamivudin, Heplav

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
				(c) Histologi/Transient elastography atau AST Platelet Ratio Index (APRI) sesuai minimal dengan F2. (d) Pengobatan dihentikan apabila terjadi serokonversi HBsAg. (e) Apabila HBV DNA setelah 6 bulan masih positif harus ditambahkan/ digantikan obat lain.		
4.	Pegylated Interferon alfa-2a	Inj. 135 mcg/0,5 mL; 180 mcg/0,5 mL	F	(a) Hanya digunakan untuk Hepatitis B dan C. (b) Hanya boleh diresepkan oleh KGEH, © digunakan bersama ribavirin.		(Pegasys) Pegasys
5.	Pegylated interferon alfa-2b	Serbuk Inj. 50 mcg/mL, 80 mcg/mL, 100 mcg/mL, 120 mcg/mL	F	(a) Hanya digunakan untuk Hepatitis B dan C. (b) Hanya boleh diresepkan oleh KGEH, © digunakan bersama ribavirin.		(Pegintron) Pegintron
6.	Ribavirin	Tab. 200 mg	F	(a) Hanya digunakan untuk Hepatitis C genotipe 2 atau 3 bersama dengan peginterferon alfa dan/atau sofosbuvir. (b) Hanya diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam.		(Rebetol) Rebetol, Copegus
7.	Simeprevir	Tab. 150 mg	F	(Catatan : Disediakan oleh Program Kemenkes.)	Genotipe 1 : untuk 12	Olysio

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
				(a) Tidak digunakan sebagai monoterapi.	minggu	
				(b) Diberikan bersama sofosbuvir untuk pasien hepatitis C genotipe 1 yang tidak disertai sirosis. Diagnosis ditegakkan dengan bukti hasil pemeriksaan positif genotipe 1.		
				(c) Tidak digunakan untuk pasien dengan perburukan fungsi hati sedang hingga berat (child pugh kelas B atau C)		
				(c) Tidak dianjurkan untuk pasien yang sebelumnya gagal dengan terapi protease inhibitor.		
				(e) Hanya diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam.		
8.	Sofosbuvir	Tab. Salut selaput 400 mg	F	(Catatan : Disediakan oleh Program Kemenkes.)	Genotipe 2 : untuk 12 minggu	My Hep
				(a) Tidak digunakan sebagai monoterapi.		

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
				(b) Diberikan bersama ribavirin untuk pasien hepatitis C genotipe 2 yang tidak disertai sirosis. Diagnosis ditegakkan dengan bukti hasil pemeriksaan positif genotipe 1.		
				(c) Hanya diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam.		
9.	Telbivudine	Tab. 600 mg	F	(a) Pengobatan dihentikan apabila terjadi serokonversi HBsAg.		(Sebivo) Sebivo
				(b) Apabila HBV-DNA setelah 6 bulan masih positif harus ditambahkan atau digantikan obat lain.		
				(c) Hanya diberikan oleh KGEH dan Spesialis Anak KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam.		
10.	Tenofovir	Tab. Salut selaput 300 mg	F	(a) Hanya untuk pasien hepatitis B.		(Tenofovir) Tenofovir, Ricovir
				(b) Hanya untuk compensated liver disease. Hanya diberikan oleh KGEH.		

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
				(c) Hanya diberikan oleh KGEH dan Spesialis Anak KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam.		
				(d) Tidak diberikan untuk anak < 2 tahun.		
7.	**ANTIMIGRAIN dan ANTIVERTIGO**					
7.1.	**ANTIMIGRAIN, UNTUK PROFILAKSIS**					
7.1.1.	**PROFILAKSIS**					
1.	Dihidroergotamin	Tab. 2,5 mg	NF			-
2.	Propanolol	Tab. 10 mg	F			(Propanolol) Propanolol
		Tab. 40 mg	F			(Propanolol) Propanolol
7.1.2.	**SERANGAN AKUT**					
1.	Ergotamine	Tab. 1 mg (tartrat)	F	Hanya digunakan untuk serangan migren akut.	8 tab/minggu	-
2.	Sumatriptan Suksinat	Kapl. 100 mg	NF			-
3.	Kombinasi : Ergotamine/Cafein	Tab. 1 mg/50 mg	F		8 tab/minggu	(Ergotamine kafein) Ergotamine cafein
7. 2.	**ANTIVERTIGO**					
1.	Betahistine Dihidroklorida	Tab. 8 mg, 24 mg	NF			-
2.	Betahistine Mesilat	Tab. 6 mg	F	Hanya untuk sindrom meniere dan vertigo perifer	20 tab/bulan	(Betahistine) Betahistine, Merislon, Mertigo
		Tab. 24 mg	F	Hanya untuk sindrom meniere	10 tab/bulan	(Betaserc) Betaserc
3.	Flunarizin	Tab. 5 mg, 10 mg	NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
8.	**ANTINEOPLASTIK, IMUNOSUPRESAN dan OBAT untuk TERAPI PALIATIF**					
8. 1.	**HORMON dan ANTIHORMON**					
1.	Anastrozole	Tab. Salut selaput 1 mg	F	Dapat digunakan untuk kanker payudara post menopause dengan pemeriksaan reseptor estrogen/progesteron positif.	30 tab/bulan	(Arimidex) Arimidex, Bracer
2.	Bicalutamide	Tab. 50 mg	F	Untuk kanker prostat, diberikan 5-7 hari sebelum atau bersamaan dengan pemberian goserelin asetat atau leuprorelin asetat. Diberikan maksimal 1 tahun jika *Prostate Spesific Antigen* (PSA) membaik.	30 tab/bulan	(Casodex) Casodex, Bicastra
		Tab. 150 mg	F	Hanya diberikan untuk kanker prostat		(Casodex) Casodex
3.	Dexamethasone	Tab. 0,5 mg	F			(Deksametason 0,5 mg tab) Dexamethasone
		Inj. 5 mg/mL	F			(Deksametason)
4.	Dienogest	Tab. 2 mg	F	Hanya untuk endometriosis	30 tab/bulan, selama maksimal 6 bulan	(Visanne) Visanne
5.	Exemestane	Tab. Salut gula 25 mg	F	Dapat digunakan untuk kanker payudara post menopause, ER dan/atau PR positif.	30 tab/bulan	(Aromasin) Aromasin
6.	Goserelin Acetate (GnRh Agonis)	Inj. 3,6 mg	F	(a) Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor (ER dan/atau PR) positif	1 vial/bulan	(Zoladex) Zoladex

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
				(b) Dapat digunakan untuk endometriosis.	1 vial/bulan, maks. 3 vial/kasus	
				(c) Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bicalutamid tab. 50 mg.		
		Inj. 10,8 mg	F	Dapat digunakan untuk kanker prostat.	1 vial/3 bulan	(Zoladex) Zoladex
7.	Letrozole	Tab. 2,5 mg	F	Untuk kanker payudara pada postmenopause dengan reseptor ER dan/atau PR positif.	30 tab/bulan	(Lezra) Lezra, Lebrest, Letraz
8.	Leuprorelin Acetate	Serbuk Inj. 1,88 mg	F	Untuk endometriosis pada pasien dengan BB < 50 kg, adenomiosis atau mioma uteri.	1 vial/bulan, maks. 6 vial/kasus	(Tapros) Tapros, Endrolin
		Serbuk Inj. 3,75 mg	F	(a) Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor ER dan/atau PR positif premenopause.	1 vial/bulan	(Endrolin) Endrolin, Tapros
				(b) Dapat digunakan untuk endometriosis.	1 vial/bulan, maks. 6 vial/kasus	
				(c) Adenomiosis atau mioma uteri.		
				(d) Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bikalutamid Tab 50 mg.		

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
				(e) Untuk terapi pubertas prekoks disertai pemeriksaan 2 dari 3 tanda-tanda seks sekunder pubertas prekoks.		
				(f) Kadar LH > 0,18 IU/L.		
		Serbuk Inj. 7,5 mg	F	(a) Untuk advancced hormone-dependent prostate cancer.	Tiap 1 bulan	
				(b) Diagnosa ditegakkan dengan pemeriksaan hasil PA		
				(c) Diberikan di Faskes Tingkat 2 atau Tingkat 3 yang dapat melakukan pemeriksaan PA dan testosteron.		
				(d) Dapat diberikan bersama dengan bikalutamid Tab 50 mg.		
		Serbuk Inj. 11,25 mg	F	(a) Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor ER dan/atau PR positif premenopause.		(Tapros) Tapros, Endrolin
				(b) Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bikalutamid tab 50 mg.		
		Serbuk Inj. 22,5 mg	F	(a) Untuk advancced hormone-dependent prostate cancer.		(Tapros) Tapros, Endrolin
				(b) Diagnosa ditegakkan dengan pemeriksaan hasil PA		

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
				(c) Diberikan di Faskes Tingkat 2 atau Tingkat 3 yang dapat melakukan pemeriksaan PA dan testosteron.		
				(d) Dapat diberikan bersama dengan bikalutamid Tab 50 mg.		
9.	Methyl prednisolone	Tab. 4 mg, 8 mg, 16 mg	F			(Metil prednisolon) Metil Prednisolon
10.	Medroxy progesteron asetat	Tab. 100 mg	F			(Provera) Provera
		Inj. 50 mg/mL, 150 mg/mL	F			(Medroxy Progesteron) Medroxy Progesteron
11.	Tamoxifen	Tab. 10 mg	F	Untuk kanker payudara pada premenopause dan postmenopause dengan reseptor ER dan/atau PR positif.	60 tab/bulan	(Tamofen) Tamofen
		Tab. 20 mg	F		30 tab/bulan	
12.	Testosterone	Kaps. Lunak 40 mg	F	Hanya untuk defisiensi hormon.		(Andriol testocaps) Andriol
		Inj. 250 mg/mL	F			(Nebido) Nebido, Sustanon
8. 2.	**IMUNOSUPRESAN**					
1.	Azathioprin	Tab. Sal selaput 50 mg	F			(Imuran) Imuran
2.	Basiliximab	Inj. 20 mg	F	Hanya diberikan 1 kali sebelum dilakukan transplantasi. Diberikan bersama dengan siklosporin dan kortikosteroid.		Simulect

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
3.	Chloroquine	Tab. 250 mg	F	(a) Untuk kasus Systemic Lupus Erythematosus (SLE),(b) Untuk kasus Rheumatoid Arthritis (RA).		(-) Chloroquin
4.	Cyclophosphamide	Tab. Salut 50 mg	F	(a) Untuk kanker payudara, limfoma malignum, leukemia akut dan kronik, kanker ovarium dan sebagai imunosupresan. (b) Diberikan bersama imunosupresan lain untuk indikasi GTN (Gestational	750 mg/m2 LPT setiap 3 minggu.	(-) -
		Serbuk Inj. i.v. 200 mg, 500 mg, 1.000 mg/vial	F			(Cyclophosphamide Dankos, Cyclovid, Endoxan) Cyclophosphamide, Cyclovid, Endoxan
5.	Cyclosporine	Kaps. lunak 25 mg, 50 mg	F	Untuk kasus transplantasi organ dan penyakit autoimun.	5 mg/kgBB/hr	(Sandimmun Neoral) Sandimun Neoral
		Kaps. lunak 100 mg	F	Untuk kasus transplantasi organ dan penyakit autoimun.	90 kaps/bulan	(Sandimmun Neoral) Sandimun Neoral
		Inj. 50 mg/mL; 100 mg/mL	F			(-)
6.	Everolimus	Tab. 0,25 mg, 0,5 mg	F	Hanya untuk pasien yang telah menjalani transplantasi ginjal dan mengalami penurunan fungsi ginjal yang dapat menyebabkan *Chronic Allograft Nephropathy* (CAN).		(Certican) Certican
7.	Hydroxychloroquine	Tab. 200 mg	F	(a) Untuk kasus Systemic Lupus Erythematosus (SLE), (b) Untuk kasus Rheumatoid Arthritis (RA).	60 tab/bulan	-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
8.	Leflunomide	Tab. Salut Selaput 20 mg	F	Untuk penderita *Rheumatoid Arthritis* (RA) yang telah gagal dengan DMARD's. Bukan sebagai *initial treatment.* Hanya boleh diresepkan oleh dokter reumatolog.		(Arava) Arava
9.	Methotrexate	Tab. 2,5 mg	F	(a) Untuk imunosupresi, (b) Untuk pasien dengan luas psoriasis di atas 10%.		(-) Jalur *Special Access Scheme* (SAS)
10.	Mycophenolate Mofetil	Tab. 500 mg	F	Untuk kasus transplantasi organ ginjal, jantung atau hati.		(Cellcept) Cellcept
				(OP) Juga dapat diberikan pada kasus : (a) Sindrom Nefrotik Resisten Steroid, (b) Lupus Nefritis Grade V, (c) *Cutaneous Lupus Discoid,* (d) Psoriasis.		
11.	Mycophenolate Sodium	Tab. Salut 180 mg, 360 mg	F		Untuk dewasa, 60 tab/bulan	(Myfortic) Myfortic
12.	Tacrolimus	Kaps. 0,5 mg, 1 mg	F	(a) Hanya untuk pasien pasca transplantasi yang mengalami rejection.		(Prograf) Prograf
				(b) Hanya untuk pasien pasca transplantasi dengan resiko *intermediate* dan *high risk* .		
8. 3.	**SITOTOKSIK**					

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
1.	Afatinib		F	(a) Untuk NSCLC jenis *non squamous* yang sudah *locally advance* atau metastatik dengan adenokarsinoma yang didominasi oleh EGFR exon 19 delesi atau mutasi subsitusi exon 21 (L858R), *TKI naive adult patients* .	30 tab/bulan	(Giotrif) Giotrif
				(b) Dosis terapi adalah 40 mg, diberikan 1x1 sehari		
				(c) Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, pemetrexed dan afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut.		
		Tab. 20 mg, Tab. 30 mg	F	Dosis 20 mg dan 30 mg bukan dosis terapeutik tetapi digunakan apabila muncul efek samping. Dosis dikembalikan ke 40 mg untuk mendapat efikasi yang diharapkan.		
		Tab. 40 mg	F		30 tab/bulan	
2.	Asparaginase	Inj. 10.000 IU/vial	F	Untuk leukemia limfoblastik akut		(Leunase) Leunase
3.	Bendamustin	Inj. 25 mg	F	Hanya untuk ChronicLymphocytic Leukemia (CLL) / Small Lymphocytic Lymphoma (SLL)	Untuk CLL : 100 mg/m² pada hari 1 dan 2 pada	

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Inj. 100 mg	F	(Stadium B atau C).	siklus 28 hari. Pemberian maks. 6 siklus.	
4.	Bevacizumab	Inj. 25 mg/mL	F	Untuk kanker kolorektal metastatik.	12 x pemberian	(-) Avastin
5.	Bleomycin	Serbuk Inj. 15 mg	F	(a) Untuk *squamous cell carcinoma* pada daerah kepala dan leher, serviks, esofagus, penis, testis, kulit, paru, glioma, Limfoma, pleurodesis.	12 x pemberian	(Bleocin) Bleocin
				(b) Sebagai terapi lini pertama pada Hodgkin dan Non-Hodgkin Disease.		
				(c) Untuk kanker ovarium yang dibuktikan dengan hasil pemeriksaan PA.		
				(d) Untuk *germ cell tumor* dibuktikan dengan hasil pemeriksaan PA.		
				(OP) Juga dapat digunakan sebagai agen antiscleroting agent pada kasus Hemangioma dan Limfangioma.		
6.	Bortezomid	Inf. 3,5 mg	NF			-
7.	Busulfan	Tab. Salut 2 mg	F			-
8.	Capesitabin	Tab. salut 500 mg	F	(a) Untuk kanker kolorektal	2.500 mg/m^2/hari	(Binecap) Binecap

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
				(b) Untuk kanker payudara metastatik setelah gagal dengan terapi lain.	selama 2 minggu diulang tiap 3 minggu.	
9.	Carboplatin	Inj. 10 mg/mL: 150 mg/15 mL, 450 mg/45 mL	F		AUC (*Area Under Curve*) 5-6 setiap 3 minggu.	(Carboplatin Dankos, Carboplatin Ferron, Kemobotin) Carboplatin Dankos, Carboplatin Ferron, Kemobotin
10.	Cetuximab	Inj. 5 mg/mL	F	(a) Kanker kolorektal metastatik dengan hasil pemeriksaan KRAS wild type positif (normal). (b) Sebagai terapi lini kedua kanker kepala dan leher jenis *squamous* yang bukan nasofaring dan dikombinasi dengan kemoterapi atau radiasi.	Pemberian tiap minggu : dosis pertama 400 mg/m^2, dosis selanjutnya 250 mg/m^2 tiap minggu. Maksimal 12 siklus.	(Erbitux) Erbitux
11.	Cisplatin	Serbuk Inj. i.v. 10 mg/mL, 50 mg/mL	F		100 mg/m^2/hari diulang tiap 3 minggu.	(Cisplatin, Cisteen) Cisplatin, Cisteen
12.	Cyclophosphamid	Serbuk Inj. i.v. 200 mg/vial, 500 mg/vial, 1.000 mg/vial	F		750 mg/m^2 LPT setiap 3 minggu.	(Cyclophosphamide Dankos, Cyclovid, Endoxan) Cyclophosphamide, Cyclovid, Endoxan

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
13.	Cytarabin	Serbuk Inj. i.v./i.m./s.k. 50 mg/mL, 100 mg/mL	F	Untuk leukemia akut dan limfoma maligna.	3.000 mg/m^2/hari selama 3 hari berturut-turut.	(DBL Cytarabine) DBL Cytarabine
14.	Dacarbazin	Serbuk Inj. Vial 100 mg, 200 mg	F	Untuk melanoma maligna metastatik, sarkoma dan penyakit Hodgkin.	12 x pemberian	(DBL Dacarbazin, Dacarbazin Medac) DBL Dacarbazin, Dacarbazin Medac
15.	Dactinomycin	Inj. 0,5 mg	F	(a) Untuk tumor wilms, rabdomiosarkoma pada anak, sarkoma ewings, dan kanker testis non seminoma metastatik. (b) Neoplasia trofoblastik gestasional (c) untuk soft tissue sarcoma, kecuali leiomyosarcoma dan angiosarcoma	12 x pemberian	(-) Jalur *Special Access Scheme* (SAS)
16.	Daunorubisin	Serbuk Inj. 20 mg/vial	F	Untuk leukemia akut.		(Daunocin) Daunocin
17.	Docetaxel	Inj. 20 mg/0,5 mL, 80 mg/2 mL	F	Untuk kanker kepala dan leher, paru, payudara, ovarium, prostat dan adenokarsinoma gaster.	Untuk kombinasi : 75 mg/m^2 LPT setiap 3 minggu. Untuk kemoterapi : 100 mg/m^2 LPT setiap 3 minggu.	(Docetaxel Sanbe, Brexel, Docetaxel Actavis) Docetaxel Sanbe, Brexel, Docetaxel Actavis

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
18.	Doxorubisin	Serbuk Inj. i.v. 10 mg/vial, 50 mg/vial	F		Dosis kumulatif maksimum (seumur hidup) : 500 mg/m^2	(Doxorubicin Dankos, Doxorubicin Sanbe, Kemodoxin) Doxorubicin Dankos, Doxorubicin Sanbe, Kemodoxin
19.	Epirubicin	Serbuk Inj. 10 mg/5 mL, 50 mg/25 mL	F		Dosis kumulatif maks. 750 mg/m^2 LPT.	(Epirubicin Dankos, Epeedo, Kemopirin) Epirubicin Dankos, Epeedo, Kemopirin
20.	Eribulin	Inj. 0,44 mg	NF			Halaven
21.	Erlotinib	Tab. Salut selaput 100 mg, 150 mg	F	(a) Hanya untuk adenokarsinoma paru dengan EGFR mutasi positif, (b) Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, pemetreksed, dan afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut.	30 tab/bulan	(Tarceva) Tarceva
22.	Etoposid	Inj. 20 mg/mL, amp. 5 mL, kaps. Lunak 100 mg	F	Untuk kanker testis, *small cell lung cancer* , limfoma maligna.	100 mg/m^2/hari selama 3-5 hari.	(Etopul) Etopul, Posyd
23.	Fludarabin	Tab. salut 10 mg	F	(a) Hanya untuk BCLL, (b) Sebagai alternatif pengganti klorambusil untuk terapi CLL (Chronic Lymphocytic Leukemia).	30 mg/m^2/hari selama 5 hari.	(Fludara) Fludara
		Inj. 50 mg/vial	F			(Fludara) Fludara

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
24.	Fluorourasil	Inj. 25 mg/mL, 50 mg/mL	F	Untuk kanker kepala dan leher, saluran cerna, payudara dan leher rahim.	Untuk nasofaring : 1.000 mg/m^2/hari selama seminggu. Untuk kolorektal : 2.800 mg/m^2/46 jam diulang tiap 2 minggu.	(Fluorouracil Dankos, Curacil) Fluorouracil Dankos, Curacil
25.	Gefitinib	Tab. 250 mg	F	(a) Hanya untuk adenokarsinoma paru dengan EGFR mutasi positif, (b) Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, pemetreksed, dan afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut.	30 tab/bulan	(Iressa) Iressa

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
26.	Gemcitabin	Inj. 200 mg/vial, 1000 mg/vial	F	(a) Untuk NSCLC yang locally advanced (stadium IIIA, IIIB) atau metastatik (stadium IV) (b) Untuk adenokarsinoma pankreas yang locally advanced (non resectable stadium II atau stadium III) atau metastatik (stadium IV). Diberikan pada pasien yang sebelumnya telah mendapat 5-FU (c) Hanya untuk muscle invasif bladder cancer.	1.000 mg/m^2/minggu.	(Gemcikal, Fonkogem, Abingem) Gemcikal, Fonkogem, Abingem
27.	Hidroxy urea	Tab. 500 mg	F	Untuk CML dan polisitemia vera yang high risk (ada riwayat stroke, myocardial infarction/ MCI).	40 mg/kg BB/hari selama 30 hari.	(Hydroxy Urea Medac) Hydroxy Urea Medac,
28.	Idarubisin	Serb. Inj. 20 mg (i.v.)	F		12 mg/m^2 LPT selama 3 hari dikombinasi dengan cytarabin.	-
29.	Ifosfamid	Serbuk Inj. 500 mg/vial, 1.000 mg/vial, 2.000 mg/vial	F	Diberikan bersama mesna.	5.000 mg/m^2/hari setiap 3 minggu bersama mesna.	(Holoxan) Holoxan
30.	Imatinib Mesilat	Tab. 100 mg	F	Diindikasikan pada : (a) LGK/CML	120 tab/bulan	(Glivec) Glivec

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK -
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	E-CATALOG - DAGANG
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Tab. 400 mg	F	dan LLA/ALL dengan pemeriksaan kromosom Philadelphia positif atau BCR-ABL positif. (b) GIST yang *unresectable* dengan hasil pemeriksaan CD 117 positif. (c) Pasien dewasa dengan *unresectable, recurrent* dan atau *metastatic.*	Untuk GIST : 60 tab/bulan	
31.	Irinotecan	Inj. 20 mg/mL; Inf. 20 mg/mL	F	Hanya digunakan untuk kanker kolorektal. Harus diberikan bersama dengan 5-FU dan calcium folinat (Leucovorin Ca).	125 mg/m^2 LPT setiap minggu diulang tiap 3 minggu atau 180 mg/m2 LPT tiap 2 minggu.	(Irinotecan Sanbe, Campto, Actatecan) Irinotecan Sanbe, Campto, Actatecan
32.	Klorambusil	Tab. Salut selaput 5 mg	F			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK -
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	E-CATALOG - DAGANG
I	II	III	IV	V	VI	VII
33.	Lapatinib	Tab. 250 mg	F	(a) Kombinasi dengan capecitabine untuk kanker payudara metastatik dengan hasil pemeriksaan HER2 (ErbB2) positif 3/ISH yang amplifikasi dan telah mendapat terapi sebelumnya termasuk trastuzumab, (b) Kombinasi dengan letrozol untuk kanker payudara metastatik pada post menopause dengan reseptor hormon positif (ER/PR positif) dan memerlukan terapi hormon.	(1) Untuk HER2 positif bersama dengan capecitabine, dosis 1.250 mg/hari (5 tab/hari), (2) Untuk HER2+ positif + hormon ER dan/atau PR positif dan post menopause pemberian bersama letrozol, dosis 1.500 mg (6 tab/hari).	(Tykerb) Tykerb
34.	Levamisol	Serbuk Inj. i.v. 10 mg/vial	NF			-
35.	Melfalan	Tab. 2 mg	F	Untuk multiple myeloma.		(Alkeran) Alkeran
36.	Mercaptopurin	Tab 50 mg	F			**(Jalur SAS)**

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
37.	Metotreksat	Tab. 2,5 mg	F		Untuk maintenance leukemia : 7,5 mg/hari setiap minggu. Untuk trofoblastik ganas : 30 mg/hari selama 5 hari.	**(Jalur SAS)**
		Inj. 2,5 mg/mL, 10 mg/mL, 25 mg/mL	F	Tidak untuk intra tekal. Perlu *rescue* dengan kalsium folinat (leukovorin, Ca)	Untuk trofoblastik ganas : 12.000 mg/mm^2/hari.	(Metrotrexat Dankos, Metotrexat Sanbe) Metrotrexat Dankos, Metotrexat Sanbe
		Inj. i.v./ i.m./ i.t. 5 mg/vial	F		15 mg/minggu	
38.	Mitomisin C	Serb. Inj. 2 mg/vial, 10 mg/vial	F	Hanya digunakan untuk kasus adenokarsinoma gaster dan pankreas yang tidak bisa diatasi dengan obat primer/lini pertama.		-
39.	Nilotinib	Cap. 150 mg	F	Hanya diresepkan oleh konsultan Hematologi dan Onkologi Medik (KHOM). Untuk kasus Leukemia Granulositik Kronik (LGK)/CML dengan hasil *Philadelphia Chromosome* positif atau BCR-Abl positif.	120 cap/bulan/kasus	(Tasigna) Tasigna

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Cap. 200 mg	F	Hanya diresepkan oleh konsultan Hematologi dan Onkologi Medik (KHOM). Untuk kasus Leukemia Granulositik Kronik (LGK)/CML dengan hasil *Philadelphia Chromosome* positif atau BCR-Abl positif yang resisten atau intoleran terhadap imatinib.	120 cap/bulan/kasus	-
40.	Octreotide LAR	Serb. Inj. 20 mg, 30 mg	F	Untuk akromegali dan tumor karsinoid.	Untuk pasien akromegali yang baru pertama mendapat 150 mg/hari selama 2 minggu, 20-30 mg/bulan setiap 4 minggu. Untuk tumor karsinoid 20-30 mg/bulan maksimal 6 bulan.	(Sandostatin LAR) Sandostatin LAR
41.	Oxaliplatin	Serbuk Inj. 50 mg/ vial, 100 mg/vial	F	(a) Untuk terapi ajuvan kanker kolorektal stadium III, (b) Dapat digunakan untuk kanker kolorektal metastase.	12 x pemberian	(Oxaliplatin Medac, Rexta, DBL-Oxaliplatin) Oxaliplatin Medac, Rexta, DBL-Oxaliplatin

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK -
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	E-CATALOG - DAGANG
I	II	III	IV	V	VI	VII
42.	Paclitaxel	Inj. 6 mg/mL	F		Untuk kanker ovarium 175 mg/m^2/kali, setiap 3 minggu dilanjutkan cisplatin 75 mg/m^2.	(Paclitaxel Dankos, Fonkopac, Paclimedac) Paclitaxel Dankos, Fonkopac, Paclimedac
43.	Pemetrexed Disodium	Serbuk Inj. 100 mg/vial; 500 mg/vial	F	(a) Untuk lini pertama pada adenokarsinoma paru dengan EGFR wild type, (b) Untuk lini kedua pada adenokarsinoma paru dengan EGFR mutasi positif, (c) Hanya diberikan bila RS mempunyai Tim Onkologi, Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, pemetreksed, dan afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut.	500 mg/m^2, maksimal 6 siklus	(Alimta) Alimta
44.	Rituximab	Inj. 10 mg/mL	F	(a) Untuk semua jenis Limfoma malignum Non Hodgkins (LNH) dengan hasil pemeriksaan CD20 positif. (b) Untuk terapi Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL) dengan hasil pemeriksaan CD20 positif.	375 mg/m^2 setiap 3 minggu.	(-) Mabthera

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
45.	Temozolamid	Kaps. 20 mg; 100 mg	F	Hanya untuk glioblastoma.	150 - 200 mg/m^2/hari selama 5 hari berturut-turut diulang setiap 4 minggu atau 75 mg/m^2/hari selama 42 hari bersamaan dengan radioterapi.	(Temodal) Temodal
46.	Trastuzumab	Serbuk Inj. 440 mg/vial	F	Untuk kanker payudara metastatik dengan hasil pemeriksaan HER2 positif 3 (+++) atau ISH positif.	8x pemberian	(-) Herceptin
47.	Vinblastin	Serbuk Inj. 10 mg/10 mL	F		6 mg/m^2 setiap 2 minggu.	(-) DBL Vinblastin
48.	Vincristin	Serbuk Inj. i.v. 1 mg/mL	F		1,2 mg/m^2 setiap 5 hari. Kecuali untuk ALL maks. 3 tahun.	(DBL Vincristin, Vincristin Kalbe) DBL Vincristin, Vincristin Kalbe
49	Vinorelbin	Inj. 10 mg/mL	F	(a) Untuk Non Small Cell Lung Cancer (NSCLC). (b) Untuk kanker payudara stadium lanjut	25 mg/m^2 hari 1 dan 8 diulang setiap 3 minggu.	(Vinorelbin Ferron, Navelbine, Vinorelsin) Vinorelbin Ferron, Navelbine, Vinorelsin

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
8.4.	**LAIN-LAIN**					
1.	Asam Ibandronat	Inj. 1 mg/mL	F	(a) Hiperkalsemia akibat keganasan.(b) Metastase tulang.	1 vial/bulan	(Bonevell) Bonevell, Bondronat
2.	Asam Zoledronat	Inj. 4 mg/5 mL, btl. 100 mL	F	(a) Hiperkalsemia akibat keganasan; (b) Metastase tulang	1 vial/bulan	(Zometa) Zometa
				(OP) Juga dapat diberikan pada kasus Osteogenesis Imperfecta.		
3.	Calcium Folinat (Leucovorin, Ca)	Tab. 15 mg	F	Untuk pencegahan efek toksik metotreksat dan memperkuat efek 5-fluorourasil.	Sesuai dengan dosis methotrexate atau 400 mg/m^2 setiap 2 minggu bersama dengan 5-FU.	(Calcium Folinat Dankos) Calcium Folinat Dankos, DBL Leucovurin
		Inj. 3 mg/mL, 5 mg/mL, 10 mg/mL	F			
				(OP) Juga dapat diberikan pada kasus toksoplasma.		
4.	Dinatrium Clodronat	Infus kons. 60 mg/mL	F	(a) Hiperkalsemia akibat keganasan; (b) Metastase tulang	Dosis kumulatif maks. 1.500 mg/hari selama 5 hari.	(Actabone) Actabone, Bonefos
5.	Mesna	Inj. 100 mg/mL	F	Hanya diberikan untuk terapi yang menggunakan ifosfamid dan cyclophosphamid dosis tinggi.	Sesuai dengan dosis ifosfamid atau cyclophosphamid dosis tinggi.	(Uromitexan) Uromitexan

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
9.	**ANTIPARKINSON**					
1.	Antiparkinson DOEN : Benserazid + Levodopa	Tab./Tab. *Dispersible* 25 mg/100 mg	F		120 tab./bulan	Levopar
2.	Levodopa/Karbidopa/ Entekapon	Tab. 100 mg/25 mg/200 mg	F		90 tab/bulan	(Stalevo) Stalevo
3.	Pramipeksol	Tab. 0,125 mg	F	Dosis 0,125 mg dapat juga digunakan untuk *Restless Leg Syndrome (RLS).*	60 tab/bulan	Sifrol
		Tab. ER 0,375 mg, 0,750 mg	F		30 tab/bulan	(Sifrol XR) Sifrol XR
4.	Ropinirol	Tab. Lepas lambat 2 mg	F	Dosis 2 mg dapat juga digunakan untuk *Restless Leg Syndrome* (RLS).	30 tab/bulan	Requid PD
		Tab. Lepas lambat 4 mg, 8 mg	F		30 tab/bulan	
5.	Trihexifenidil	Tab. 2 mg	F	Dapat digunakan pada gangguan ekstrapiramidal karena obat	60 tab/bulan	(Triheksifenidil) Trihexifenidil
10.	**DARAH, OBAT yang MEMPENGARUHI**					
10.1.	**ANTIANEMIA**					
1.	Asam Folat	Tab. 0,4 mg, 1 mg, 5 mg	F			(Asam folat 1 mg) Asam Folat
2.	Besi (II) Sulfat 7.H2O	Tab. Salut 300 mg	F			-
		Sir. 150 mg/5 mL	F			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
3.	Besi (II) + Asam Folat 0,25 mg	Tab. 200 mg/0,25 mg	F			(Tablet tambah darah) Tablet tambah darah
4.	Fe Fumarat	Kaps.				-
5.	*Low Molecular Ferri Sucrose*	Inj. 20 mg/mL	F	Hanya untuk kasus HD dengan defisiensi zat besi dan kadar Hb < 10 g/dL.		(Dialifer) Dialifer, Nefrofer
6.	*Low Molecular Weight Iron Dextran*	Inj. 50 mg/mL	F	Hanya untuk kasus HD dengan defisiensi zat besi dan kadar Hb < 10 g/dL.		-
7.	Vit. B12 (Sianokobalamin)	Tab. 50 mcg	F			(Vit B12) Vit B12
		Inj. 500 mcg/mL	F			(Vit B12) Vit B12
10.2.	**KOAGULASI, OBAT yang MEMPENGARUHI**					
1.	Asam Tranexamat	Tab. 250 mg	NF	**FP**		(-) Asam Tranexamat, Kalnex
		Tab. 500 mg	F	Untuk perdarahan masif atau berpotensi perdarahan > 600 cc.		(-) Asam Tranexamat, Kalnex
		Inj. 50 mg/mL, 100 mg/mL	F			(Asam Tranexamat) Asam Tranexamat
2.	Carbazochrom	Tab. 10 mg; 30 mg	NF			-
3.	Dabigratan Eteksilat	Kaps. 75 mg, 110 mg	F	Untuk pencegahan VTE (*Venous Thrombo Embolism*) pada *hip* dan *knee replacement*.	30 kaps, pasca operasi	(Pradaxa) Pradaxa
4.	Ebtifibated	Inj.	NF			Integrillin
5.	Eltrombopag Olamin	Tab. 25 mg, 50 mg	NF			Rebozet

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
6.	Enoxaparin Sodium	Inj. 20 mg/0.2 mL, 40 mg/0.4 mL, 60 mg/0.6 mL	F	(Bahan dasar terbuat dari babi) Dapat digunakan untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut serta pencegahan *clotting* pada hemodialisis, pada *bedridden post operasi* , *medium* dan *high risk.*	2 vial/hari	(Lovenox 2000, 4000, 6000) Lovenox
7.	Faktor koagulasi II, VII, IX, X	Serbuk Inj. 250 IU/10 mL, 500 IU/10 mL	F	Hanya digunakan untuk perdarahan karena efek yang tidak diharapkan dari pemberian antagonis vitamin K.		(Cofact 250 IU)
8.	Fitomenadion (Vit. K1)	Tab. salut gula 10 mg	F			(Fitomedanion) Phytomenadion (Vit. K1)
		Inj. i.m. 2 mg/mL	F	(a) Dosis untuk bayi baru lahir 1 mg. (b) Dosis untuk bayi prematur 0,5 mg.		(Fitomedanion) Phytomenadion (Vit. K1)
		Inj. i.m. 10 mg/mL	F			-
9.	Fondaparinuks	Inj. 2,5 mg/0,5 mL	F	Untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut.	1 vial/hari	(Arixtra) Arixtra
10.	Heparin, Na	Inj. i.v. / s.k. 5000 IU/mL	F	Non porcine. Dosis sesuai dengan target APTT (maks. 20.000- 40.000 IU/hari.	Dosis sesuai dengan target APTT (maks. 20.000 - 40.000 IU/hari.	(Inviclot) Heparin

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
11.	Nadroparin	Inj. 9.500 Axa/mL syringe 0.3 mL, 0.4 mL, 0.6 mL	F	(Bahan dasar terbuat dari babi) Dapat digunakan untuk trombo-emboli dan sindrom koroner akut.		(Fraxiparine 0,3; 0,4 ; 0,6)
12.	Parnaparin		NF			Fluxum
13.	Protamin Sulfat	Inj. 10 mg/mL	F			**(Jalur SAS)**
14.	Rivaroxaban	Tab. salut 10 mg	F	Untuk pencegahan VTE (Venous Thrombo Embolism) pada pasien dewasa yang menjalani *hip or knee replacement surgery* .	(a) Untuk knee replacement 12 tab/kasus. (b) Untuk hip replacement 35 tab/kasus.	(Xarelto 10 mg) Xarelto
		Tab. salut 15 mg	F	Untuk terapi *Deep Vein Thrombosis* (DVT)	42 tab/kasus	(Xarelto 15 mg) Xarelto
		Tab. salut 20 mg	F		30 tab/bulan, maksimal 3 bulan.	(Xarelto 20 mg) Xarelto
15.	Warfarin	Tab. 1 mg, 2 mg	F	Untuk pencegahan dan terapi tromboembolism. Dosis harian disesuaikan dengan target INR (2-3).	Dosis harian disesuaikan dengan target INR (2 - 3)	(Warfarin 1 mg, Simarc 2 mg) Warfarin, Simarc
10.3.	**OBAT untuk KELEBIHAN BESI**					
1.	Deferasirox	Tab. Disp. 250 mg, 500 mg	F	Untuk terapi kelasi besi. Tidak diberikan untuk anak usia < 2 tahun. Terapi awal harus ditentukan oleh hematolog anak atau hematolog dewasa.		(Exjade) Exjade

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Deferipron	Tab. salut selaput 500 mg	F	Untuk terapi kelasi besi. Terapi awal harus ditentukan oleh hematolog anak atau hematolog dewasa.	50 - 75 mg/kg BB/hari	(Ferriprox Tablet) Ferriprox
		Lar. Oral 100 mg/mL	F	Terapi awal harus ditentukan oleh hematolog anak atau hematolog dewasa.	50 - 75 mg/kg BB/hari, maks. 1 btl/bulan	(Ferriprox Oral Solution) Ferriprox
3.	Deferoxamin Mesilat	Serbuk Inj. 500 mg/vial	F		Dosis anak usia < 3 tahun : 20 - 30 mg/kg BB/hari, maks. 5 - 7 hari. Dosis usia > 3 tahun : 40 - 60 mg/kg BB/hari, maks. 5 - 7 hari.	(Desferal) Desferal
4.	Pentoxifilin	Tab. 400 mg	NF			Trental
10.4.	**HEMATOPOETIK**					
1.	Eritropoetin-alfa	Inj. 2.000 IU/0,5 mL, 3.000 IU/mL, 4.000 IU/0.5mL	F	Hanya untuk penderita CKD dengan kriteria berikut : (a) Kadar Hb < 10 g/dL (terapi awal) dan 10-12 g/dl (terapi rumatan). (b) Kadar besi normal (SI > 60 mcg/dL) dan/atau indeks saturasi besi (SI/TBC x 100%) > 20%.	50 - 100 IU/kgBB diberikan maks. 2 x seminggu.	(Epodion 2000, 3000, Epotrex 2000, Hemapo 3000) Epodion 2.000, Epotrex 2.000, Epodion 3.000, Hemapo 3.000

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		10.000 IU/mL	F	Hanya untuk pasien yang mendapat kemoterapi	51 - 100 IU/kgBB diberikan maks. 2 x seminggu.	
2.	Eritropoetin-beta	Inj. 2000 IU/0,3 mL	F	Hanya untuk penderita CKD dengan kriteria berikut : (a) Kadar Hb < 10 g/dL (terapi awal) dan 10-12 g/dl (terapi rumatan). (b) Kadar besi normal (SI > 60 mcg/dL) dan/atau indeks saturasi besi (SI/TBC x 100%) > 20%.	50 - 100 IU/kgBB diberikan maks. 2 x seminggu.	(Recormon) Recormon
3.	Filgrastim	Inj. 300 mcg/mL	F	(a) Hanya untuk leukopenia berat pra dan pasca kemoterapi (leukosit < 4.000/mm3 dan neutrofil < 1.500/mm3). (b) Pemakaian protokol FLAG dan RICE.	1 vial/hari selama 5 hari	(Neukine) Neukine, Leucogen
4.	Lenograstim	Inj. 263 mcg/vial	F	(a) Hanya untuk leukopenia berat pra dan pasca kemoterapi (leukosit < 4.000/mm3 dan neutrofil < 1.500/mm3). (b) Pemakaian protokol FLAG dan RICE.	1 vial/hari selama 5 hari	(Granocyte) Granocyte
11.	**PRODUK DARAH dan PENGGANTI PLASMA**					

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
11. 1.	**PRODUK DARAH**					
1	Faktor VII a (rekombinan)	Serb. Inj 1 mg/vial	F	Hanya diberikan untuk : (a) penderita hemofilia dengan inhibitor terhadap faktor VIII atau faktor IX. (b) penderita dengan hemofilia kongenital yang memiliki respon anamnestik tinggi terhadap pemberian faktor VIII atau faktor IX. (c) Mencegah episode pendarahan pada penderita dengan defisiensi faktor VII kongenital, penderita hemofilia didapat (acquired) dan penderita glanzmann thrombastenia. (d) Hanya boleh diberikan oleh hematolog dewasa atau hematolog anak.		(Novoseven) Novoseven
			F			(Novoseven) Novoseven
2.	Faktor VIII (konsentrat)	Serbuk Inj. 250 IU/vial + pelarut 10 mL; 500 IU/vial + pelarut 5 mL; 230 - 340 IU; 480 - 600 IU; 1.000 IU	F	Untuk terapi kasus Hemofili A dengan perdarahan. Di bawah pengawasan ahli hematologi dan atau ahli penyakit dalam dan anak.	F VIII (unit) = BB (kg) x % (target plasma - kadar F VIII pasien).	(Koate DVI 480 - 600 IU) Koate DVI 480 - 600 IU)
3.	Faktor IX Kompleks	Serbuk Inj. 50 IU/vial; 500 IU/vial + pelarut 10 mL; 1000 IU/vial + pelarut 10 mL	F	Hanya digunakan untuk penderita dengan defisiensi faktor IX.		(Octanine) Octanine
11. 2.	**PENGGANTI PLASMA dan PLASMA EXPANDER**					

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
1.	Human Albumin 5%	Btl 50 mL; 250 mL	F	(a) Untuk luka bakar tingkat 2 (luas permukaan terbakar lebih dari 30%) dan kadar albumin < 2,5 g/dL. (b) Untuk plasmafaresis.	Diberikan selama 24 jam. Perhitungkan kebutuhan albumin berdasarkan BB.	Plasbumin 50 ml, 250 ml, octalbine 250 ml
2.	Human Albumin 20%	Btl. 50 mL, 100 ml	F	(a) Kadar albumin < 2,5 g/dL, dan/atau untuk kasus perioperatif, dan/atau untuk sindrom nefrotik. (b) Hanya diberikan apabila terdapat kondisi pre syok atau syok, dan/atau untuk kasus ascites yang masif/intens dengan penekanan organ pernafasan atau perut.	100-200 mL/hari, 400 mL/minggu (Tergantung kebutuhan albumin)	(Plasbumin, Biotest Human Albumin, Albapure) Plasbumin, Biotest Human Albumin, Albapure
3.	Human Albumin 25%	Btl. 20 ml	F	(a) Untuk bayi dan anak dengan kadar albumin < 2,5 g/dL, dan/atau untuk kasus perioperatif, dan/atau untuk sindrom nefrotik. (b) Hanya diberikan apabila terdapat kondisi pre syok atau syok, dan/atau untuk kasus ascites yang masif/intens dengan penekanan organ pernafasan atau perut.	100 mL/hari, 300 mL/minggu	(Plasbumin) Plasbumin
		50 mL, 100 ml			Hanya untuk pasien umum atau VVIP	(Plasbumin, Albunorm, Octalbine) Plasbumin, Albunorm, Octalbine

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
5.	Fraksi Protein Plasma	Larutan infus kadar protein 5%, btl. 500 mL	F	Hanya untuk plasmaparesis terapetik.	Maks. 2 L/tindakan	(Plasmanate) Plasmanat
6.	Koloid Hidroksi Etil Starch (HES) BM 200.000	Larutan infus 6%, 10%, Btl. 500 mL	NF	Untuk kekurangan cairan pada kasus hipovolemik.	6 btl/hari, maks. 2 hari	
7.	Koloid HES BM 130.000	Lar. Infus 6%	NF	Untuk kekurangan cairan pada kasus hipovolemik.	6 btl/hari, maks. 2 hari	(Voluven) Voluven
8.	Pengganti plasma golongan gelatine	Lar. Infus.	F	Untuk penatalaksanaan syok hipovolemik.	6 btl/hari, maks. 2 hari	(Gelafusal, Gelofusin) Gelafusal, Gelofusin
12.	**DIAGNOSTIK**					
12.1.	**BAHAN KONTRAS RADIOLOGI**					
12.1.1.	**GASTROINTESTINAL**					
1.	Barium Sulfat	Serbuk 92 g/100 g	F			Barium Sulfat
		Susp. 2,2%, btl. 250/450 mL; susp. 55%, btl. 2 L; susp. 65% btl. 500 mL	F			-
2.	Iopamidol	Inj. 300 - 370 mg Iodium/mL, vial 30 mL, 50 mL, 100 mL	F			(Scanlux) Scanlux, Iopamiro
3.	Iopromide	Inj. 300 - 370 mg Iodium/mL, vial 50 mL, 100 mL	F			Ultravist
12.1.2.	**INTRAVASKULAR**					
1.	Iodixanol	320 mg Iodium/50 mL	F			Metacosfar

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Iohexol	Inj. 140 - 350 mg Iodium/mL; 240 - 350 mg Iodium/mL	F			(Iohexol) Iohexol, Omnipaque
3.	Iopamidol	Inj. 200 - 370 mg Iodium/mL	F			Iopamiro
4.	Iopromide	Inj. 240 - 370 mg Iodium/mL, vial 50 mL, 100 mL	F			Ultravist
12.2.	***MAGNETIC RESONANCE CONTRAST MEDIA***					
1.	Gadobenic	Inj. 334 mg/mL	NF			Multihance
2.	Gadobutrol macrocyclic	Inj. 1 mmol/mL	F			(Gadovist 5 mg; 7,5 mg) Gadovist
3.	Gadodiamid	Inj. 287 mg/mL	NF			Omniscan
4.	Gadoxetat disodium	Inj. 0,25 mmol Gadoxetat Disodium/mL	F			(Primovist) Primovist
5.	Gadopentetat Dimenglumin	Inj. 469 mg/mL	NF			Magnevist
6.	Ethiodized Oil		NF			Lipiodol
12.2.1.	**INTRATEKAL**					
1.	Iohexol	Inj. 180 - 300 mg Iodium/mL	F			Omnipaque
2.	Iopamidol	Inj. 200 - 300 mg Iodium/mL	F			Iopamiro
12.2.2.	**BODY CAVITY**					

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
1.	Kombinasi : Meglumin amidotrizoat/Sodium amidotrizoat	Inj. 76% vial 50 mL	F			-
12.2.3.	**ULTRASOUND**					
1.	Galactose microparticle	200 - 400 mg micropart/mL	F			-
12.3.	**TES FUNGSI**					
12.3.1.	**GINJAL**					
1.	Natrium Aminohipurat	Inj. i.v. 200 mg/mL	F			-
12.3.2.	**MATA**					
1.	Fluoresein	Tetes mata 2,5 mg/mL	F			-
		Inj. 100 mg/mL	F			
12.3.3.	**KULIT**					
1.	Tuberkulin protein purified derivatif	Serb. Inj 2 TU/0,1 mL	F			-
12.4.	**LAIN-LAIN**					

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
1.	Bahan Kontras Media DOEN : kombinasi: Na bikarbonat 1.25 g; simetikon 0.042 g	Granul/kantong, dengan larutan asam sitrat anhidrat	NF			-
2.	Etil ester dari oleum papaveris teriodisasi (oleum iodatum)	Inj. i.v. mengandung 0.96 mL (setara 0.48 g iod, amp. 10 mL	NF			-
3.	Fluoresein	Tetes mata 1%, 2% (garam Na), btl. 5 mL	NF			-
		Inj. 10%, amp. 5 mL; 20%, amp. 5 mL	NF			-
4.	Iofendilat	Inj. Mengandung 30,5% iod, amp.3 ml	NF			-
5.	Ky Jelly	Gel	F			Cathejell, My Jelly
6.	Metiltionin klorida	Inj. i.v. 0.5%, vial 10 mL	NF			-
7.	Natrium Iopodat	Kaps. 500 mg	NF			-
8.	Propiliodon	Inj. Dalam minyak 500 - 600 mg/mL amp. 20 mL	NF			-
9.	Patent blue V	Inj. S.k. 2.5% amp. 2 mL	NF			-
10.	Tiopikamid	Tetes mata 0.5%, btl. 5 mL	NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
13.	**DESINFEKTAN dan ANTISEPTIK**					
13.1.	**ANTISEPTIK**					
1.	Alkohol 96%	Larutan	F			-
2.	Amidopropil Betaine/Polihexanide		NF			-
3.	Brand spiritus	Larutan	NF			-
4.	Chlorhexidin	Larutan 1.5%, 4.0%, 5.0% (dalam glukonat), btl. 2,5 L	F			-
		Larutan 15%	F	Untuk diencerkan bila akan digunakan.		
5.	Creolin		NF			-
6.	Dialdehid	5 L	NF			-
7.	Feracrylum		NF			Hemolok
8.	Hydrogen peroxyde	Cairan konsentrat 6%, btl. 1000 mL	F			-
9.	Kalium permanganat	Serbuk 5 g/btl.	NF			PK
10.	Lactid Acid/ Lactoserum	Larutan 100 mL	NF			Lactacyd
11.	Mercuchrom		NF			-
12.	Povidon iodida	Larutan 10% btl. 30 mL, 60 mL, 300 mL, 1000 mL	F			(Povidone iodine, Stardine sol) Povidone iodine, Stardine sol
13.	Presept		NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
13.2.	**DESINFEKTAN**					
1.	Calcium hipoklorit	Serbuk 20 g/kantong	F			-
2.	Etakridin	Larutan 0.1%, btl. 300 mL	NF			-
3.	Etanol 70%	Larutan btl. 100 mL, 1000 mL	F			(Alkohol) Alkohol
4.	Kresol tersaponifikasi 50% (lisol)	Cairan, btl. 1000 mL	NF			-
5.	Senyawa klor	Serbuk (larutan 0.1%) btl.100 g	NF			-
13.3.	**LAIN-LAIN**					
1.	Paraformaldehid	Tab. 1 g, btl. 100 tab.	F			-
		Larutan buffer 10%, btl.1000 mL	F			
14.	**OBAT dan BAHAN untuk GIGI dan MULUT**					
14.1.	**ANTISEPTIK dan BAHAN untuk PERAWATAN SALURAN AKAR GIGI**					
1.	Calcium hydroxyde	Pasta, tube	F			-
2.	Chlorfenol Kamfer Menthol (CHKM)	Cairan, botol 10 mL	F			-
3.	Chlorhexidin	Lar. 0,2%	F			Minosep Gargle
4.	Eugenol	Cairan, Botol 100 mL	F			-
5.	Formokesol	Cairan	F			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
6.	Gutta percha dan paper points	Batang 15 - 40 mm; 45 - 80 mm	F			-
7.	Natrium Hipoklorit	Cairan konsentrat 5%	F	Untuk diencerkan.		-
8.	Pasta pengisi saluran akar	Pasta, botol	F			-
9.	Policresulen	Larutan konsentrasi 360 mg/g, btl. 5 mL, 10 mL, 30 mL, 100 mL	NF			Albothyl
14.2.	**ANTIFUNGI OROFARINGEAL**					
1.	Nystatin	Susp. 100.000 IU/mL	F			(Nystatin) Nystatin, Kandistatin
14.3.	**OBAT untuk PENCEGAHAN KARIES**					
1.	Fluor	Kapl. 1 mg	F			-
		Sediaan topikal	F			
14.4.	**BAHAN TUMPAT**					
1.	Bahan tumpatan sementara	Lar. Dan serbuk, btl. 100 mg	F			-
2.	Glass ionomer ART (Atraumatic Restorative Treatment)	Serb. Botol 10 g	F			-
		Lar. Botol 6 g (4,8 mL)	F			
		Cocoa butter 5 g	F			
3.	Komposit resin	Set	F			
14.5.	**PREPARAT LAINNYA**					
1.	Air raksa	Cairan, btl. 100 mL	NF			

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Amalgam perak (silver alloy)	Serb. 65-75%, btl. 1 Oz	NF			
3.	Anestetik lokal gigi DOEN : Lidocain/Epinefrin	Inj. 2%/1:80.000; Amp. 2 mL	F			(Lidokain inj 2% + Ephineprin 1:80.000) Lidocain + Epinefrin, Pehacain
4.	Aqua, maltodextrin, propylene glycol, polyvinylpyrrolidone (PVP), aloe vera extr, K sorbate, Na benzoate, hydroxyethylcellulose, PEG 40, hydrogenated castor oil, disodium edetate, benzalkonium Cl, saccharin Na, Na hyaluronate, glycyrrhetic acid	Dental Gel, Oral Rinse	NF			Aloclair
5.	Articulating paper	Kertas warna penanda oklusi	F			
6.	Boraks Gliserin	Cairan 5%, btl. 15 mL	NF			
7.	Ethyl chloride	Semprot 0.05 - 0.2 mL, Btl. 100 mL	F			(-) Ethyl Chloride

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
8.	Feracrylum	Cairan 1%	NF			
9.	Gentian violet	Lar. 1%, btl. 10 mL	NF			
10.	Hidrogen peroksida	Cairan konsentrat 50%	NF			
11.	Lidocain	Inj 2% (HCl), amp. 2 mL	F			(Lidocain) Lidocain
		Salep 5% (HCl), tube 10 g	F			
		Semprot 10% (HCl), btl. 10 mL	F			(Xylocaine Spray 10%) Xylocaine Spray 10%
12.	Pasta devitalisasi (non arsen)	Pasta	F			
13.	Pasta iodoform		NF			
14.	Povidon Iodine	Lar.	F			Betadine Gargle
15.	Semen zink fosfat	Serb. Dan cairan, set 30 g 1 set botol	NF			
16.	Spons gelatin	Cones (jerucut), btl. 100 butir	NF			
17.	Surgical ginggival pack	Pasta	F			
15.	**DIURETIK dan OBAT UNTUK HIPERTROFI PROSTAT**					
15.1.	**DIURETIK**					
1.	Furosemid	Tab. 40 mg	F		30 tab/bulan	(Furosemid) Furosemid, Lasix
		Inj. i.v. / i.m. 10 mg/mL	F			(Furosemid) Furosemid, Farsix, Lasix

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Hidrochlorotiazid (HCT)	Tab. 12,5 mg, 25 mg	F		30 tab/bulan	(HCT) HCT
3.	Manitol	Lar. Infus 20%	F		2 btl/hari	(Manitol) Manitol
4.	Spironolakton	Tab. 25 mg	F		30 tab/bulan	(Spironolacton) Spironolacton
		Tab. 100 mg	F		Untuk penyakit sirosis hepatik 30 tab/bulan	(Spironolacton) Spironolacton
15.2.	**HIPERTROFI PROSTAT, OBAT untuk**					
1.	Doxazosin Mesylate	Tab. 1 mg, 2 mg	F		30 tab/bulan	(Cardura) Cardura
2.	Dutasteride	Kaps. lunak 0,5 mg	F		30 kaps/bulan	(Avodart) Avodart
3.	Finasteride	Tab. 5 mg	F		30 tab/bulan	(Prostacom)
4.	Silodosin	Tab. 4 mg	F	Hanya diberikan pada pasien yang sebelumnya telah mendapat terazosin.	60 tab/bulan	
5.	Solifenacin	Tab. 5 mg, 10 mg	NF			Vesicare
6.	Tamsulosin HCl	Tab. 0,2 mg, SR. 0,4 mg	F		30 tab/bulan	(Harnal D 0,2 mg; Harnal D OCAS 0,4 mg) Harnal OCAS, Harnal D, Prostam
7.	Terazosin HCl	Tab. 1 mg, 2 mg	F		30 tab/bulan	(Hytroz) Hytroz
8.	Dutasteride/Tamsulosin	Tab. 0,5 mg/0,4 mg	NF			Duodart
16.	**HORMON, OBAT ENDOKRIN LAIN dan KONTRASEPSI**					
16.1.	**HORMON ANTIDIURETIK**					

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
1.	Desmopresin	Tab. 0,1 mg; 0,2 mg	F			**(Jalur SAS)**
		Nasal Spray 10 mcg/puff	F		3 btl spray/bulan	**(Jalur SAS)**
2.	Vasopresin	Inj. i.m. / s.k. 20 IU/mL, amp. 1 mL	F			(Farpresin) Farpresin
16.2.	**ANTIDIABETES, OBAT**					
16.2.1	**ANTIDIABETES ORAL**					
1.	Acarbose	Tab. 50 mg, 100 mg	F		90 tab/bulan	(Acarbose) Acarbose, Glucobay
2.	Glibenclamid	Tab. 2,5 mg, 5 mg	F		Dosis maks. 15 mg per hari. Maks. 90 tab/bulan.	(Glibenclamid) Glibenclamid
3.	Gliclazide	Tab. 80 mg	F		60 tab/bulan	(Gored 80 mg) Gored, Glucodex
		Tab. SR 60 mg; MR 30 mg	F		30 tab/bulan	Diamicron MR 60 mg
4.	Gliquidone	Tab. 30 mg	F	Untuk pasien Diabetes Melitus tipe 2 dengan gangguan fungsi ginjal ringan sampai berat.	90 tab/bulan	(Gliquidone) Gliquidone, Glurenorm
5.	Glimepirid	Tab. 1 mg, 2 mg, 3 mg	F		60 tab/bulan	(Glimepirid) Glimepirid, Amaryl
		Tab. 4 mg	F		30 tab/bulan	(Glimepirid) Glimepirid, Amaryl

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
6.	Glipizid	Tab. 5 mg, 10 mg	F		90 tab/bulan	-
7.	Linagliptin		NF			-
8.	Metformin	Tab. 500 mg,	F		90 tab/bulan. Dosis efektif : 1.500 - 2.500	(Metformin) Metformin, Glucophage
		Tab. 850 mg	F		60 tab/bulan	(Metformin) Metformin, Glucophage
9.	Plioglitazone	Tab. 15 mg, 30 mg	F	Tidak diberikan pada pasien dengan gagal jantung dan/atau riwayat keluarga *bladder cancer.*	30 tab/bulan	Pioglitazon, Deculin, Actos
10.	Vildagliptin	Tab. 50 mg	NF			Galvus
16.2.2.	**ANTIDIABETES PARENTERAL**					
16.2.2.1.	**Human Insulin**					
	F : (a) Untuk diabetes melitus tipe 1 harus dimulai dengan human insulin. (b) Wanita hamil yang memerlukan insulin maka harus menggunakan human insulin.					
1.	Short Acting	Inj. 100 IU/mL (kemasan vial 5&10 mL, cartridge dispossible 3 mL, penfill cartridge 3 mL)	F	Pada kondisi khusus (misal : perioperatif) maka diabetes melitus tipe 2 dapat langsung diberikan insulin.		(Humulin R vial 10 mL; Actrapid vial 10 mL/Penfill) Humulin R, Actrapid
2.	Intermediate Acting	Inj. 100 IU/mL, (kemasan vial 5 & 10 mL, cartridge dispossible 3 mL, penfill cartridge 3 mL)	F	Untuk diabetes melitus tipe 1 atau tipe 2 yang tidak terkendali dengan golongan sulfonil urea dan obat diabetes oral.		(Humulin N vial 10 mL; Insulatard cartridge/vial) Humulin N, Insulatard

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
3.	Mix insulin	Inj. 100 IU/mL (kemasan vial 10 mL, cartridge dispossible 3 mL, penfill cartridge 3 mL)	F	Untuk diabetes melitus tipe 1 atau tipe 2 yang tidak terkendali dengan golongan sulfonil urea dan obat diabetes oral.		(Mixtard 30 HM Vial) Mixtard 30 HM Vial
16.2.2.2.	**Analog Insulin**					
1.	Rapid Acting	Inj. 100 IU/mL (kemasan vial 5 & 10 mL, cartridge dispossible 3 mL, penfill cartridge 3 mL)	F	Pada kondisi khusus (misal : perioperatif) maka diabetes melitus tipe 2 dapat langsung diberikan insulin.		(Novorapid Vial/Flexpen, Apidra Solostar Pen, Humalog Flexpen, Humalog Kwikpen) Novorapid, Apidra, Humalog Kwikpen
2.	Mix insulin	Inj. 100 IU/mL, (kemasan vial 5 & 10 mL, cartridge dispossible 3 mL, penfill cartridge 3 mL)	F	Untuk diabetes melitus tipe 1 atau tipe 2 yang tidak terkendali dengan golongan sulfonil urea dan obat diabetes oral.		(Novomix Flexpen; Humalog Mix 25 Kwikpen, Humalog Mix 50 Kwikpen) Novomix, Humalog Mix 25 Kwikpen, Humalog Mix 50 Kwikpen
3.	Long Acting	Inj. 100 IU/mL (kemasan vial 10 mL, cartridge dispossible 3 mL, penfill cartridge 3 mL)	F	Untuk diabetes melitus tipe 1 atau tipe 2 yang tidak terkendali dengan golongan sulfonil urea dan obat diabetes oral.		(Lantus, Levemir, Basaglar) Lantus, Levemir, Basaglar
16.3.	**HORMON KELAMIN dan OBAT yang MEMPENGARUHI FERTILITAS**					
16.3.1.	**ANDROGEN**					
1.	Testosteron	Inj. 250 mg/ml. Dalam minyak 200 mg/mL (enantat), vial @1 mL	F	Hanya untuk defisiensi hormon (dengan kadar testosteron 250 - 300).		(Nebido) Nebido, Sustanon

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
16.3.2.	**ESTROGEN**					
1.	Estrogen terkonjugasi	Tab. Salut gula 0,625 mg	F			-
2.	Etinilestradiol	Tab. 0,05 mg	F		30 tab/bulan	Lynoral
3.	Estradiol valerat	Tab. 1 mg, 2 mg				-
16.3.3.	**PROGESTOGEN**					
1.	Allylestrenol	Tab. 5 mg	NF			-
2.	Dydrogesterone	Tab. 10 mg	NF			Duphaston
3.	Lynestrenol	Tab. 5 mg	F			Endometril
4.	Medroksi Progesteron Asetat	Tab. 5 mg, 10 mg	F	Hanya untuk amenorea sekunder, pendarahan uterus abnormal dan endometriosis.	30 tab/bulan	(Prothyra)
		Inj. 150 mg/mL	F			(Medroxy progesteron acetate) Medroxy progesteron acetate
5.	Nomegestrol Asetat	Cap./Tab. 5 mg	F			-
6.	Noretisteron	Tab. 5 mg	F	Hanya untuk amenorea sekunder, pendarahan uterus abnormal dan endometriosis.	30 tab/bulan	(Norestil) Norestil, Primolut N
16.3.4.	**KONTRASEPSI**					
16.3.4.1.	**KONTRASEPSI, ORAL**					
1.	Desogestrel	Tab. 75 mcg	F			
2.	Desogestrel/Etinilestradiol	Tab. 150 mcg/30 mcg	F			
3.	Pil oral : Levonorgestrel + Etinilestradiol	Tab. 150 mcg/30 mcg	F	(Catatan : Disediakan oleh program BKKBN)		Mycrogynon

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
4.	Levonogestrel	Pil 75 mcg, 150 mcg	NF			Mirena
5.	Lynestrenol	Tab. 5 mg	F			Endometril
16.3.4.2.	**KONTRASEPSI, PARENTERAL**					
1.	Medroksi Progesteron asetat	Inj. Depo 150 mg/3 mL	F	(Catatan : Disediakan oleh program BKKBN)		-
2.	Medroksi Progesteron Asetat + Estradiol Espionate	Inj. Depot (25 mg/5 mg)	F			-
16.3.4.3.	**KONTRASEPSI, AKDR (IUD)**					
1.	*Copper T*	set/buah	F			-
2.	IUD Cu T 308 A	set	F			
3.	IUD Levonorgestrel	set	F			
16.3.4.4.	**KONTRASEPSI, IMPLAN**					
1.	Etonogestrel	Implan 68 mg	F			-
2.	Levonorgestrel	Implan 2 rods, 75 mg (3 - 4 tahun)	F	(Catatan : Disediakan oleh program BKKBN)		Mirena
16.3.5.	**REGULASI HAID**					
1.	Cyproterone Asetat + Etinil Estradiol	Cyproterone Asetat 2 mg + Etinil Estradiol 0,035 mg	NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Estradiol Valerate + Norgestrel	Estradiol Valerate 2 mg, Estradiol Valerate 2 mg + Norgestrel 0,5 mg	NF			-
16.3.6.	**LAIN-LAIN**					
1.	Bromocriptin	Tab. 2,5 mg	F	Untuk hiperprolaktinemia dan hipogonadisme pada pria.		Cripsa
2.	Klomifen Sitrat	Tab. 50 mg	F			(Klomifen sitrat) Klomifen sitrat
16.4.	**HORMON TIROID dan ANTITIROID**					
1.	Carbimazol	Tab. 5 mg	F		Untuk bulan pertama maks. 180 tab/bulan.	(Neo-Merkazol) Neo-Merkazol
2.	Etilester dari oleum papaveris teriodisasi (oleum iodatum)	Inj. i.m. 1 mL mengandung 0.96 mL (sesuai dengan 0.48 g iod) amp. 10 mL	NF			-
3.	Levotiroksin	Tab. 50 mcg	F		Untuk substitusi 150 - 200 mcg/hari. 90 tab/bulan.	(Euthyrox) Euthyrox
		Tab. 100 mcg	F		60 tab/bulan	(Euthyrox) Euthyrox
4.	Lugol	Btl. 30 mL	F			-
5.	Propiltiourasil	Tab. 100 mg	F		Untuk bulan pertama maksimal 180 tab/bulan.	-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
6.	Thiamazole	Tab. 5 mg	F		120 tab/bulan.	(Thyrozol) Thyrozol
		Tab. 10 mg	F		Untuk bulan pertama maks. 90 tab/bulan.	(Thyrozol) Thyrozol
16.5.	**KORTIKOSTEROID**					
1.	Dexametason	Tab. 0,5 mg	F			(Dexamethason) Dexamethason, Kalmethason
		Inj. 5 mg/mL	F			(Dexamethason) Dexamethason, Kalmethason
2.	Hydrocortison	Tab. 20 mg	F			(-) Genison
		Serbuk Inj. 100 mg/vial	F			(-) Fartison
3.	Methyl prednisolon	Tab. 4 mg, 8 mg, 16 mg	F			(Metil Prednisolon) Metil Prednisolon, Medixon, Lameson
		Inj. 125 mg/2 mL, 500 mg/vial 8 ml	F	Hanya digunakan untuk kasus spesialistik, digunakan dalam waktu relatif singkat.		(Metil Prednisolon) Metil Prednisolon
		Inj. 40 mg/mL				Depomedrol
4.	Mometazone	Nasal Spray	NF			Nasonex
5.	Prednison	Tab. 5 mg	F			(Prednison) Prednison
6.	Prednisolon	Tab. 5 mg	NF			(Prednisolon) Lupred
7.	Triamsinolon acetonide	Inj. 10 mg/mL	F			(Trilac) Trilac, Flamicort
17.	**KARDIOVASKULER, OBAT untuk**					

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
17.1.	**ANTIANGINA**					
1.	Amlodipin	Tab. 5 mg	F	Untuk angina dengan bradiaritmia.	30 tab/bulan	(Amlodipin) Norvask, Tensivask
2.	Atenolol	Tab. 50 mg	F		30 tab/bulan	(Beta Blok 50 mg) Beta Blok, Farnormin
3.	Diltiazem HCl	Tab. 30 mg	F		90 tab/bulan	(Diltiazem) Diltiazem
4.	Gliseril Tri Nitrat (Nitrogliserin)	Tab. Sublingual 500 mcg	F			(Nitral 0,5) Nitral
		Kaps. SR 2,5 mg, 5 mg	F		90 cap/bulan	(Nitrokaf Retard 2,5 mg, Nitrokaf Forte 5 mg) Nitrokaf Retard, Nitrokaf Retard
		Inj. 5 mg/mL, 10 mg/mL	F			(DBL Glyseril Trinitrat) DBL Glyseril Trinitrat
5.	Isosorbid dinitrat	Tab. Sublingual 5 mg, 10 mg, 20 mg	F			(ISDN 5 mg, Farsorbid 10 mg) Isosorbid Dinitrat, Farsorbid
		Tab. 5 mg, 10 mg	F		90 tab/bulan	(ISDN 5 mg, Farsorbid 10 mg) Cedocard
		Inj. 1 mg/mL	F	Untuk kasus rawat inap dan IGD.		(Farsorbid) Cedocard, Farsorbid
6.	Trimetazidin HCl	Tab. 35 mg	NF			Angintris, Trizedon MR
17.2.	**ANTIARITMIA**					
1.	Amiodaron	Tab. 200 mg	NF		30 tab/bulan	(Kendaron) Kendaron, Tyarit
		Inj. 150 mg/3 mL	F	Untuk kasus rawat inap.		(Amiodarone) Amiodaron, Tyarit, Kendaron
2.	Digoksin	Tab. 0,25 mg	F		30 tab/bulan	(Digoksin) Digoxin, Fargoxin

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Inj. 0,25 mg/mL	F			(Digoksin) Digoxin, Fargoxin
3.	Diltiazem	Serb. Inj. 50 mg	F			(Farmabes 25 mg/vial, Herbesser 50 mg/vial) Farmabes, Herbesser
4.	Disopiramid	Kaps. 100 mg	NF			-
5.	Epinefrin (Adrenalin)	Inj. 0.1% (HCl), amp. 1 mL	F			(Epinefrin) Epinefrin
6.	Isoprenalin	Inj. 1 mg/mL, amp. 2	NF			-
7.	Kuinidin	Tab. 200 mg	NF			-
8.	Lidocain	Inj. i.v. 100 mg/vial	F			(Lidocain) Lidocain
9.	Procainamida	Inj. 100 mg/mL, vial 10 mL	NF			-
10.	Propanolol	Tab 10 mg	F	Untuk kasus-kasus dengan gangguan tiroid. Untuk tremor essensial, tremor distonia, dan tremor holmes.	90 tab/bulan	(Propanolol) Propanolol
		Tab 40 mg	F			(Propanolol) Propanolol
		Inj. 1 mg/mL	F	Hanya untuk krisis tiroid atau aritmia dengan palpitasi berlebihan.		-
11.	Verapamil	Tab. 80 mg (HCl)	F	Untuk aritmia supraventrikuler.	90 tab/bulan	(Verapamil) Verapamil, Isoptin
		Tab. Lepas lambat 240 mg	F			Isoptin SR

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Inj. 2,5 mg/mL, amp. 2 mL	F	Untuk aritmia supraventrikuler.		-
17.3.	**ANTIHIPERTENSI**					
17.3.1.	**ANTIHIPERTENSI SISTEMIK**					
	Catatan : Pemberian obat antihipertensi harus didasarkan pada prinsip dosis titrasi, mulai dari dosis terkecil hingga tercapai dosis dengan *outcome* tekanan darah terbaik.					
1.	Amlodipin	Tab. 5 mg, 10 mg	F		30 tab/bulan. Dosis maks. 10 mg/hari	(Amlodipin) Amlodipin, Norvask
2.	Atenolol	Tab. 50 mg, 100 mg	F		30 tab/bulan	(Beta Blok 50 mg) Beta Blok, Farnormin
3.	Bisoprolol	Tab. 2,5 mg, 5 mg, 10 mg	F	Hanya untuk kasus hipertensi	30 tab/bulan.	(Concor 2,5 mg, Bisoprolol 5 mg) Bisoprolol, Concor
4.	Candesartan	Tab. 8 mg, 16 mg	F	Untuk pasien yang telah mendapat ACE inhibitor sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE inhibitor yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya.	30 tab/bulan	(Candesartan) Candesartan
5.	Captopril	Tab. 12,5 mg, tab 25 mg, 50 mg	F		90 tab/bulan	(Captopril) Captopril
6.	Clonidin	Tab. 0,15 mg	F		90 tab/bulan	(Clonidin) Clonidin
		Inj. 150 mcg/mL	F			(Catapres) Catapres
7.	Diltiazem	Tab. 30 mg	F		90 tab/bulan	(Diltiazem) Diltiazem

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Kaps. SR 100 mg, 200 mg	F		30 cap/bulan	(Herbesser CD) Herbesser CD
		Kaps. SR 90 mg, 180 mg	NF			-
		Serbuk Inj. 10 mg/10 mL	F	Untuk hipertensi berat		-
		Serbuk Inj. 25 mg/vial, 50 mg/vial	F	Untuk hipertensi berat atau angina pektoris pada kasus rawat inap		(Farmabes 25 mg/vial, Herbesser 50 mg/vial) Farmabes, Herbesser
				(OP) Hipertensi emergensi pada stroke haemorrhagic.		
8.	Doksazosin	Tab. 1 mg, 2 mg	F		30 tab/bulan	(Cardura) Cardura
9.	Hidroklorotiazid	Tab. 25 mg	F		30 tab/bulan	(HCT) HCT
10.	Imidapril	Tab. 5 mg, 10 mg	F		30 tab/bulan	Tanapres
11.	Irbesartan	Tab. 150 mg, 300 mg	F	Untuk pasien yang telah mendapat ACE inhibitor sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE inhibitor yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya.	30 tab/bulan	(Irbesartan) Irbesartan
12.	Klortalidon	Tab. 50 mg	F		30 tab/bulan	-
13.	Lisinopril	Tab. 5 mg, 10 mg, 20 mg	F		30 tab/bulan	(Lisinopril) Lisinopril, Noperten
14.	Metildopa	Tab. 250 mg	F	Untuk hipertensi pada wanita hamil	90 tab/bulan	(Dopamet) Dopamet

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
15.	Metoprolol tartrat	Inj. 1 mg/mL	F	Emergency anestesi, krisis hipertiroid		-
16.	Nicardipin HCl	Inj. 10 mg/10 mL	F	Hanya untuk pasien dengan hipertensi berat dan memerlukan perawatan.		(Nicardipin) Nicardipin, Perdipin, Tensilo
17.	Nifedipine	Tab. 10 mg	F		90 tab/bulan	(Nifedipine) Nifedipine
		Tab. SR 20 mg, 30 mg	F		30 tab/bulan	(Adalat OROS) Adalat OROS
18.	Nimodipin	Tab. Salut selaput 30 mg	F	Untuk perdarahan sub arachnoid	3 tab/hari, maks. 2 minggu	(Nimotop) Nimotop
		Inf. 0,2 mg/mL			Maks. 3 hari	(Nimotop) Nimotop
19.	Perindoprilarginin	Tab. 5 mg	F		60 tab/bulan	Bioprexum
20.	Prostaglandin (PGE 1)	Inj. 500 mcg/mL	F	Untuk bayi dengan kelainan jantung bawaan sianosis yang *ductus dependent* .		-
21.	Ramipril	Tab. 2,5 mg; 5 mg; 10 mg	F		30 tab/bulan	(Cardace 2,5 mg; Ramipril 5 mg) Ramipril, Cardace
22.	Telmisartan	Tab 40 mg, 80 mg	F	Untuk pasien yang telah mendapat ACE inhibitor sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE inhibitor yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya.	30 tab/bulan	(Micardis) Micardis

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
23.	Valsartan	Tab salut selaput 80 mg, Tab. 160 mg	F	Untuk pasien yang telah mendapat ACE inhibitor sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE inhibitor yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya.	30 tab/bulan	(-) Valsartan, Diovan, Valesco
24.	Verapamil	Tab. Salut selaput 80 mg	F		90 tab/bulan	(Verapamil) Verapamil, Isoptin
		Tab. Lepas lambat 240 mg	F		30 tab/bulan	Isoptin SR
25.	Amlodipin/ Valsartan		NF			Exforge
26.	Amlodipin/ Telmisartan		NF			Twynsta
27.	Amlodipin/ Perindopril		NF			Coveram
28.	Indapamide/ Perindopril		NF			Bioprexium Plus
17.3.2.	**ANTIHIPERTENSI PULMONAL**					
1.	Beraprost Sodium	Tab. 20 mcg	F		90 tab/bulan	(Dorner 20 mcg) Dorner
2.	Sildenafil Sitrat	Tab. 50 mg	F		90 tab/bulan	Sildenafil Sitrat, Viagra, V-Joy
3.	Tadalafil	Tab.	NF			-
17.4.	**ANTI AGREGASI PLATELET**					
1.	Asam Asetil Salisilat (Asetosal)	Tab. 80 mg	F		30 tab/bulan	(Miniaspi) Miniaspi, Aspilet, Tromboaspilet

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK -
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	E-CATALOG - DAGANG
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Tab. Salut enterik 100 mg			30 tab/bulan	Acetosal, Cardioaspirin
2.	Cilostazol	Tab. 100 mg	F	Hanya untuk kasus *Peripheral Arterial Disease* (PAD) dan pasien yang tidak dapat diberikan asam asetil salisilat.	60 tab/bulan	(Cilostazol) Cilostazol, Pletaal
		Oral Powder 20%, Sachet 500 mg	NF			Pletaal SR
3.	Clopidogrel	Tab. Salut selaput 75 mg	F	(a) Hanya digunakan untuk pemasangan stent jantung. (b) Saat akan dilakukan tindakan PTCA diberikan 600 mg. Rumatan 75 mg/hari selama 1 tahun. (c) Pasien yang menderita recent myocardial infarction, ischaemic stroke atau established Peripheral Arterial Disease (PAD).	Saat akan dilakukan tindakan PTCA diberikan 4 - 8 tab. Maintenance 1 tab/hari selama 1 tahun.	(Clopidogrel) Clopidogrel, Plavix
				(d) Pasien yang menderita sindrom koroner akut : NON STEMI (unstable angina) dan STEMI. (e) Hati-hati interaksi obat pada pasien yang menggunakan obat-obat golongan Proton Pump Inhibitor (PPI).		

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Tab. Salut selaput 300 mg	F	Hanya untuk *loading dose* pada pasien yang menjalani *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI).		(Plavix) Plavix
4.	Lumbrokinase	Tab. 490 mg	NF			Disolf
5.	Ticagrelor	Tab. 90 mg	F	Untuk pasien kasus PCI dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS)		(Brilinta) Brilinta
17.5.	**TROMBOLITIK**					
1.	Alteplase	Serbuk Inj. 50 mg/vial	F	(a) Kontraindikasi : tidak digunakan untuk stroke iskemik dengan riwayat perdarahan intrakranial dan cedera kepala berat dalam waktu 3 bulan terakhir, operasi mayor dalam waktu 3 bulan terakhir, riwayat gangguan koagulasi, hipertensi yang tidak terkendali, (b) Hanya untuk stroke non haemorrhagic dengan onset < 4,5 jam.		Actilyse

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Streptokinase	Serbuk Inj. 1,5 juta IU/vial	F	Kontraindikasi : tidak boleh diberikan jika ditemukan kontraindikasi fibrinolitik antara lain : riwayat stroke hemoragik atau riwayat stroke iskemik dalam 6 bulan terakhir, AVM, tumor otak, trauma kepala, perdarahan aktif gastrointestinal, pasca operasi besar dalam 3 bulan, dan diseksi aorta.		Fibrion
17.6.	**GAGAL JANTUNG, OBAT**					
1.	Bisoprolol	Tab. 2,5 mg, Salut selaput 5 mg	F	Hanya untuk gagal jantung kronis dengan penurunan fungsi ventrikuler sistolik yang sudah	30 tab/bulan	(Concor 2,5 mg, Bisoprolol 5 mg) Bisoprolol, Concor
2.	Candesartan	Tab. 8 mg, 16 mg	F	Untuk pasien yang telah mendapat ACE inhibitor sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE inhibitor yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya.	30 tab/bulan	(Candesartan) Candesartan
3.	Captopril	Tab. 12,5 mg, 25 mg, 50 mg	F		90 tab/bulan	(Captopril) Captopril
4.	Carvedilol	Kaps. 6,25 mg, Tab. 25 mg	F	Hanya untuk gagal jantung kronik dengan penurunan fungsi ventrikular sistolik yang sudah terkompensasi.	60 cap/bulan, 60 tab/bulan	(V-Bloc) V-Bloc

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
5.	Digoksin	Tab. 0,25 mg	F	F : Hanya untuk gagal jantung dengan atrial fibrilasi atau sinus takikardia.	30 tab/bulan	(Digoksin) Digoxin, Fargoxin
		Inj. 0,25 mg/mL	F			(Digoksin) Digoxin, Fargoxin
6.	Furosemid	Tab. 40 mg	F		120 tab/bulan	(Furosemid) Furosemid, Lasix
		Inj. Amp. 20 mg/2 mL	F			(Furosemid) Furosemide, Lasix, Farsix
7.	Isosorbid dinitrat	Inj. 10 mg/10 mL	F	Untuk gagal jantung akut.		(Farsorbid) Cedocard, Farsorbid
8.	Ivabradine	Tab. 5 mg	F	Hanya dapat digunakan untuk pasien dengan ejection fraction < 35%	60 tab/bulan	Coralan 5 mg
		Tab. 7,5 mg	NF			Coralan 7,5 mg
9.	Milrinone	Inf. 1 mg/ml	NF			Inovad, Primacor
10.	Ramipril	Tab. 2,5 mg	F			(Cardace 2,5 mg) Ramipril, Cardace
		Tab. 5 mg, 10 mg	F		30 tab/bulan	(Ramipril 5 mg) Ramipril, Cardace
11.	Spironolakton	Tab. 25 mg	F		30 tab/bulan	(Spironolacton) Spironolacton
		Tab. 100 mg	F		Untuk penyakit sirosis hepatik 30 tab/bulan	(Spironolacton) Spironolacton
17.7.	**SYOK KARDIOGENIK dan SEPSIS, OBAT untuk**					
1.	Dobutamin	Inj. 12,5 mg/mL, 25 mg/mL, 50 mg/mL	F	Hanya untuk infark miokard akut dan syok cardiogenic.		(Dobutamin) Dobutamin

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Dopamin	Inj. 40 mg/mL	F	Hanya untuk syok cardiogenic, dekompensasi cordis akut dan syok septik. Tidak untuk syok hipovolemik.		(Cetadop) Cetadop
3.	Epinefrin (Adrenalin)	Inj. 1 mg/mL	F			(Epinefrin) Epinefrin
4.	Norepinefrin	Inj. 1 mg/mL	F			Norfion, Raivas
17.8.	**ANTIHIPERLIPIDEMIA**					
1.	Atorvastatin	Tab 10 mg, 20 mg	F	(a) Jika setelah pemberian simvastatin selama 3 bulan berturut-turut pasien tidak mencapai target	30 tab/bulan, maksimal 3 bulan.	(Atorvastatin) Atorvastatin, Lipitor
				(b) Maksimal pemberian adalah selama 3 bulan. Apabila selama 3 bulan pemberian tidak mencapai target, dikembalikan ke pemberian simvastatin, disertai dengan edukasi untuk diet rendah lemak; atau		
				(c) Pasien ASCVD (post PCI, CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pasca infark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah ≤ 70 mg/dL, yang harus diperiksa setiap 3 bulan.		

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Fenofibrate	Kaps. 100 mg, 300 mg	F	(a) Hanya untuk hipertrigliseridemia dengan kadar trigliserida > 250 mg/dL. (b) Pemeriksaan trigliserida dilakukan pada pasien yang telah menjalani puasa.	30 kaps/bulan	(Fenofibrate) Fenofibrate
3.	Gemfibrozil	Kapl. 300 mg, 600 mg	F	Hanya untuk hipertrigliseridemia. Tidak dianjurkan diberikan bersama statin.	30 kapl./bulan	(Gemfibrozil) Gemfibrozil
4.	Cholestiramin	Serbuk 4 g	F		4 sachet	Sequest
5.	Pravastatin	Tab. 10 mg, 20 mg	F	(a) Hanya untuk hiperlipidemia dengan kadar LDL > 160 mg, pada penyakit jantung koroner dan diabetes mellitus disertai makroalbuminuria. (b) Pemberian selama 6 bulan, selanjutnya harus dievaluasi kembali.	30 tab/bulan	Pravastatin novell
6.	Rosuvastatin	Tab. 10 mg	F	Jika dengan pemberian simvastatin, pasien tidak mencapai target penurunan LDL.	30 tab/bulan	(Recansa) Recansa, Crestor
				(b) Maksimal pemberian adalah selama 3 bulan. Apabila selama 3 bulan pemberian tidak mencapai target, dikembalikan ke pemberian simvastatin, disertai dengan edukasi untuk diet rendah lemak; atau		

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
				(c) Pasien ASCVD (post PCI, CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pasca infark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah ≤ 70 mg/dL, yang harus diperiksa setiap 3 bulan.		
		Tab. 5 mg, 20 mg, 40 mg	NF			Recansa, Crestor
7.	Simvastatin	Tab. 10 mg, 20 mg, 40 mg	F	Sebagai terapi tambahan terhadap terapi diet pada pasien hiperlipidemia dengan :	30 tab/bulan	(Simvastatin) Simvastatin
				(a) kadar LDL > 160 mg/dL untuk pasien tanpa komplikasi diabetes melitus/PJK.		
				(b) Pasien ASCVD (post PCI, CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pasca infark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah ≤ 70 mg/dL, yang harus diperiksa setiap 3 bulan.		

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
				(c) Kadar LDL > 130 mg/dL untuk pasien diabetes melitus. Setelah 6 bulan dilakukan evaluasi ketaatan pasien terhadap kontrol diet dan pemeriksaan laboratorium LDL dilampirkan setiap 6 bulan.		
8.	Atorvastatin + Amlodipin		NF			Caduet
17.9.	**LAIN-LAIN**					
1.	Micronized Purified Flavonoid Fraction	Tab 500 mg	NF			Ardium CVD
18.	**KULIT, OBAT TOPIKAL**					
18.1.	**ANTIAKNE**					
1.	Adapalene 0,1%		NF			Evalene
2.	Alkohol, Propilen glikol, ZnO, Sulfur PP, Resersinol, Camphor	Lotion	NF			Manne
3.	Asam Retinoat	Krim 0,05%, 0,1%	F			(melavita cream 0,1 %)
4.	Azelaic Acid 20%	Gel 10 g	NF			-
		Krim 10 g	NF			Zelface
5.	Benzoil	Jeli 2.5%, 5%, tube 30 g	NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
6.	Benzoil peroksida 5% + Clindamisin 1,2%	Krim 10 g	NF	Alkohol, Propilen glikol, ZnO, Sulfur PP, Resersinol, Camphor		-
7.	Glycolic acid	8%, Krim 15 g	NF			Glycore
		10%, Krim 10 g	NF			Glycore
8.	Glycolic acid 8% + SPF 18	Krim 10 g	NF			Glycore
9.	Lotio Kummerfeldi	Cairan, kemasan sesuai kebutuhan	NF			-
10.	Nicotinamide 4%	Gel 15 g	NF			Niacef
11.	Tretinoin	0.025%, Krim 15 g	NF			Vitacid
		0.05%, Krim 20 g, 15 g, 10 g	NF			Vitacid
		0.1%, Krim 20 g, 15 g, 10 g	NF			Reviderm
12.	Tretinoin + Oat B Glucan	0.01%, Krim 20 g	NF			-
		0.02%, Krim 15 g	NF			-
13.	Tretinoin 0,025% + Clindamisin 1,2%	Gel 10 g	NF			-
18.2.	**ANTIMIKROBA**					
1.	Antibakteri DOEN : Bacitracin + Polimiksin B	Salep 500 IU/g + 10.000 IU/g, tube 5 g	F			(Antibakteri DOEN : Bacitracin + Polimiksin B) Antibakteri DOEN
2.	Acyclovir	Krim 5%, Tube 5 g	NF			Acyclovir

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
3.	Bacitracin/Neomycin	5 mg/250 IU, tube 10 g	NF			Nebacetin powder
4.	Chloramfenicol	Salep 2%	F			(Bufacetin) Bufacetin
5.	Clindamisin Phosphate 1,2%	Krim 10 g, Ointment 10 g, Gel	NF			Medi-Klin
6.	Clindamisin Phosphate 1,2%/Tretinoid 0,025%	Gel	NF			Medi-Klin TR
7.	Eritromycin	Gel	NF			Erymed gel
8.	Framycetin Sulfat	Tulle 1%	F			(Daryant Tulle) Daryant Tulle
9.	Gentian violet	Larutan 1%, btl. 10 mL	NF			-
10.	Gentamisin	Ointment 10 g	NF			(Genoint) Genoint, C. Gentamicin, Sagestam
11.	Mupirocin 2%	Krim 5 g, 10 g	F			Bactroban, Bactoderm
12.	Natrium fusidat	Salep 2%, Krim 2%	F			(Acdat) Acdat, Fuladic, Fucilex
13.	Perak sulfadiazin	Krim 1%	F	Hanya untuk luka bakar.		(Perak sulfadiazin) Perak Sulfadiazin, Burnazin, Burnazin Plus
	ANTIBIOTIK + KORTIKOSTEROID					
1.	Desoxymethasone/ Neomycin	Krim 0,05%/0,5%, tube 10 g	NF			Denomix

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Gentamisin Sulfat + Fluocinolone acetonide 0,025%	Gel 15 g	NF			-
3.	Hydroquinone 40 mg, tretinoin 0.5 mg, fluocinolone acetonide 0.1 mg	Krim 15 g	NF			Refaquin
18.3.	**ANTIFUNGI**					
1.	Antifungi DOEN : Asam benzoat 6% + as. salisilat 3%	Salep, pot 30 g	F			(Antifungi DOEN) Antifungi DOEN
2.	Ciclopirox	Btl. 80 mg/g	NF			Loprox Nail Lacquer
3.	Gentian violet	Larutan 1%, btl. 10 mL; 2%, btl. 10 mL	NF			-
4.	Ketoconazole	Krim 2%, 5 g, 10 g, 15 g	F			(Ketoconazole) Ketoconazole, Fungasol
		Scalp sol 2%, btl. 30 mL, 60 mL, 80 mL	F	Pada pitiriasis yang luas.		(Interzol SS) Interzol SS, Zoloral SS, Ketomed
5.	Klotrimazol	Tab. Vaginal 100 mg	F			-
6.	Miconazol	Serbuk 2% (nitrat), 20 g/ kantong	F			(Mikorin powder)
		Krim, salep 2% (nitrat), tube 10 g	F			(Mikonazol) Miconazol
		Oral Gel	NF			Daktarin Oral Gel
7.	Natrium tiosulfat	Cairan 25% btl. 30 mL	NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
8.	Nistatin	Tab. Vaginal 100.000 IU	F			(Nystatin vaginal) Nystatin vaginal
9.	Selenium Sulfat	Lot. 2,5%	NF			Topisel
10.	Terbinafine 5%	Krim 10 g	NF			Lamisil, Interbi
18.4.	**ANTIINFLAMASI dan ANTIPRURITIK**					
1.	Benzoyl Peroxide/ Clindamycin	Tube 10 g	NF			Benzolax CL
2.	Betametason	Krim 0,05%, 0,1% (valerat), tube 5 g	F			(Betametason) Betametason
		Salep 0,1% (valerat), tube 5 g	F			-
3.	Calamin	Lotio	F			-
4.	Clobetasol propionat 0,05%	Krim 5 g, 10 g	NF			Kloderma, Elopro
		Ointment 5 g, 10 g	NF			Kloderma, Elopro
		Gel 10 g	NF			-
5.	Desoxymethasone	Krim 0,25%	F			(Desoksimetason, Dexocort) Desoxymethason, Dexocort
		Salep 0,25%	F			Inerson
		Gel 0,05%	F			-
7.	Diflucortolon Valerat	Salep 0,1%	F			Nerilon cream
8.	Desonide	Krim 10 g	NF			Desolex
		Ointment 10 g	NF			Desolex
9.	Flucinolone acetonide 0,025%	Krim 0,025%, tube 5 g	F			(Synarcus 5 g) Synarcus

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Salep 0,025%, tube 10 g	F			(Dermasolon)
10.	Hydrocortisone	Krim 1%, tube 5 g; 2,5%, tube 5 g	F			(Hidrokortison) Hidrocortisone
11.	Mometasone Furoat 0,1%	Krim 0,1%, tube 5 g; 10 g	F			(Mometason) Mometason, Elocon, Mesone
		Ointment 5 g; 10 g	NF			Mometason, Elocon, Mesone
12.	Neomycin/Placental Extract	Gel, tube 15 g	NF			Bioplacenton
13.	Nystatin/ZnO_2	100.000 IU / 200 mg, salep 10 g	NF			Myco-Z
14.	Triamcinolon acetonide	Krim 5 g, 10 g	NF			Kenacort
		Gel. 5 g	NF			Kenalog in Orabase
18.5.	**ANTISKABIES dan ANTIPEDIKULOSIS**					
1.	Gameksan	Krim 1%, btl. 30 mL	NF			Gamexan
2.	Permetrin	Krim 5%, tube 10 gr	F			(Scabimite) Scabimite
3.	Salep 2 - 4 : Asam Salisilat 2% + Belerang Endap 4%	Ointment, pot 30 g	F			(Salep 2 - 4) Salep 2 - 4
18.6.	**KAUSTIK**					
1.	Fenol cair	Btl. 10 mL	NF			-
2.	Perak nitrat	Lar. 20%, btl 10 mL	F			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
3.	Polikresulen (kondensasi metakresol sulfonat dan metanal)	Cairan, btl. 50 mL	F	Untuk servisitis.		-
4.	Podofilin	Tingtur 25%	F	(a) Tidak boleh diberikan kepada wanita hamil, (b) Hanya diberikan oleh dokter dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan.		-
18.7.	**KERATOLITIK dan KERATOPLASTIK**					
1.	Asam salisilat	Salep 2%, 5%, 10% Pot 30 g	F			-
2.	Liquor carbonis detergens	Lar. 5%	F			-
18.8.	**ANTIHIPERPIGMENTASI**					
1.	Hidroquinon 4% + Tretinoin 0,05%	Krim 15 g	NF			-
2.	Rhumex occidentalis extract + Kojic acid + Lactic acid + Vit E	Krim 15 g	NF			-
3.	Hidroquinon 4% + Glycolic acid 8%	Krim 15 g	NF			-
4.	Hidroquinon 5%	Krim 15 g	NF			-
5.	Thioctic acid + Arbutin + AHA 4%	Krim 10 g	NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
18.9.	**TERAPI HORMONAL**					
1.	Cyproterone Acetate 2 mg + Ethynilestradiol 35 mcg	Tablet	NF			-
18.10.	**IMUNOMODULATOR & ANTIOKSIDAN SISTEMIK**					
1.	Zinc picolinate 50 mg, Zinc gluconate 50 mg, Cuprum gluconate 8mg, Ca ascorbate 100 mg	Kapsul 100 mg	NF			-
2.	Methisoprinol	Tablet 500 mg	NF			-
3.	β-Carotene + Vit C + Vit E +Zn + Se	Kaplet	NF			-
4.	β-Carotene + Vit C + Vit E +Zn + Se + Alpha Lipoic Acid	Kaplet	NF			-
5.	Astaxanthin 4 mg (AstaREAL L10 40 mg), extramel mikrogranules 10 mg	Soft Kapsul	NF			-
6.	Natural Astaxanthin 4 mg (AstaREAL 200 mg),	Kapsul	NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
7.	Natural Astaxanthin 6 mg (AstaREAL 300 mg),	Kapsul	NF			-
8.	C-lipid metabolik	Kaplet	NF			-
9.	Ascorbic Acid 1000 mg	Ampul 5 ml	NF			-
18.11.	**PELEMBAB & VITAMIN TOPIKAL**					
1.	AstaTROL 0,02%, Collagen 0,5%	Gel Tube 30 g	NF			-
2.	Hypoallergenic Ambiphilic Cream Based	Krim Tube 20 g	**NF**			Biocream
3.	Pseudoceramide	Krim 80 ml, Lotion 200 ml	NF			-
4.	Pseudoceramide, Zinc oxide	Krim 60 ml	NF			-
5.	SK-influx, Allantoin, Bisopolol, Vit. E, camphora	Krim 30 g	NF			-
6.	Ascorbyl glucoside + Aloe barbadensis leaf extract	Botol 50 ml	NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
7.	Sodium L-Ascorbyl Phosphate	Botol 10 ml	NF			-
18.12.	**ANTISKAR TOPIKAL**					
1.	Aliumcepa, Allantoin, Aloevera, Centella asiatica, Paper Mulberry Extract	Krim 19 g	NF			-
2.	Aliumcepa, Allantoin, Aloevera, Centella asiatica, Paper Mulberry Extract, Zinc	Krim 19 g	NF	Ethylhexyl-methoxycinnamate, titanium dioxide, oxybenzone		-
3.	Centela asiatica	Krim 10 g	NF			-
18.13.	**SUNSCREEN**					
1.	Ethylhexyl-methoxycinnamate, titanium dioxide, oxybenzone	Krim, Lotion	NF			Parasol cream SPF 33, Parasol Lotion
18.14.	**LAIN-LAIN**					
1.	Asam Salisilat	Lar. 0,1%	F			-
2.	Bedak Salisil	Serbuk 2%, 50 g/dus	F			(Bedak Salisil) Bedak Salisil
3.	Facial Wash	Sol.				Facial Wash AHA, Facial Wash Acne

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
4.	Heparin	Gel 4.000 IU, tube 20 g	NF			Thrombophob Gel
5.	Kombinasi : Difenhidramin/Calamin/Zinc/Gliserin	2% / 5% / 10% / 5%	NF			
6.	Levertran	Salep kulit 5%	NF			Levertran oil, Levertran zalf
7.	Liquor Faberi	Liquor, ditambah mentol 0.5%; 0.1%	NF			-
8.	Menthol 55 mg, eugenol 14 mg, methyl salicylate 102 mg	Krim, tube 15 g, 20 g, 30 g	NF			Counterpain, Lafalos
9.	Piroxicam	Gel 0,5%, tube 25 g	NF			Feldene
10.	Radix scutellariae, Phellodendri chinensis cortex, rhizoma coptidis	Ointment 20 g	NF	(OP) Untuk luka bakar		MEBO
11.	Triamcinolon Asetonid	Inj. 10 mg/mL, 40 mg/mL	F	Hanya untuk *new growth keloid.*		(Trilac) Trilac, Flamicort
12.	Urea	Krim 10%, 20%, tube 40 g	F			Soft U Derm, Carmed
19.	**LARUTAN DIALISIS PERITONEAL**					

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
1.	Dialisa Peritoneal	Larutan intraperitoneal dengan dextrose 1,5%; Larutan intraperitoneal dengan dextrose 2,5%	F			-
2.	Hemodialisa	Larutan konsentrat basis natrium bikarbonat; larutan konsentrat basis asetat.	F			-
20.	**LARUTAN ELEKTROLIT NUTRISI dan LAIN-LAIN**					
20.1.	**ORAL**					
1.	Calcium Polistirena Sulfonat	Serbuk 5 g	F	Khusus pasien dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Maksimal selama 5 hari sampai dengan dialisa dilakukan.	15 - 30 gram/hari dibagi dalam 2 - 3 kali pemberian. Maks. selama 5 hari sampai dengan dialisis dilakukan.	(Kalitake) Kalitake, Kalquest

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Garam Oralit : NaCl 0,52 g, KCl 0,30 g, trinatrium sitrat dihidrat 0,58 g, glukosa anhidrat 2,70 g	Serbuk untuk 200 mL air	F			(Garam oralit) Garam Oralit, Pharolit
3.	Kalium Aspartat	Tab. Salut selaput 300 mg	F		90 tab/bulan	(Kalipar) Kalipar, Aspar K
4.	Kalium Klorida	Tab. Lepas lambat 600 mg	F		90 tab/bulan	(KSR) KSR
5.	Natrium Bicarbonat	Tab. 500 mg	F		90 tab/bulan	-
6.	Zinc	Tab. Dispersible 20 mg	F	Harus diberikan bersama oralit selama 10 hari.		(Zinc Tab) Zinc Tab
		Syr. 20 mg/5 mL, btl 60 mL	F			(Zinc, Zircum Kid) Zinc, Zircum Kid
		Serbuk 10 mg	F			-
		Tetes 10 mg/mL, btl. 15 mL	F	Untuk anak usia < 2 tahun.	2 btl/kasus	(Interzinc) Interzinc, Zinkid
20.2.	**PARENTERAL**					
20.2.1.	**Larutan Mengandung Asam Amino**					
1.	**Sediaan untuk pediatri**		F	Btl. 100 mL		(Aminosteril infant) Aminosteril infant
				Btl. 500 mL		(Aminofusin L-600) Aminofusin L-600
2.	**Sediaan untuk dewasa**		F	Btl. 200 mL, 250 mL		(Kidmin, Nephrosteril) Kidmin, Nephrosteril

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
				Btl. 500 mL		(Aminofluid, Aminosteril N-Hepa, Comafusin Hepar, Valamin) Aminofluid, Aminosteril N-Hepa, Comafusin Hepar, Valamin
20.2.2.	**Larutan Mengandung Elektrolit**					
1.	Kalium Chlorida	Inj. i.v. 7,46%, amp. 25 mL	F			(KCl Otsu) KCl
2.	Calcium Gluconas	Inj. i.v. 10%, amp. 10 mL	F			(Ca Glukonas Otsu) Ca Gluconas
3.	Natrium Chlorida	Larutan infus 0,9%, btl. 100 mL, 500 mL, btl 1.000 mL	F			(NaCl 0,9%) NaCl 0,9%
		Larutan infus 3%, btl. 500 mL	F			(NaCl 3%) NaCl 3%
4.	Ringer Lactat	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(Ringer lactate) Ringer lactate
5.	Larutan Mengandung Elektrolit (Na 130 mEq, Cl 109 mEq, Ca 3 mEq, Asetat 28mEq)	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(Asering) Asering

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
6.	Larutan Mengandung Elektrolit (Na lactate sol ((50%) 113 g/L, KCl 0,3 g/L, CaCl 0,2 g/L, elektrolit)	Larutan infus, btl. 250 mL	F			(Totilac 250 mL)
7.	Larutan Mengandung Elektrolit (Tiap 1.000 mL mengandung : Na 145 mmol/L, K 4,0 mmol/L, Ca 2,5 mmol/L, Mg 1,0 mmol/L, Cl 118 mmol/L,, Asetat 24 mmol/L, Malate 5,0 mmol/L)	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(Ringerfundin) Ringerfundin
20.2.3.	**Larutan Mengandung Karbohidrat**					
1.	Darrow Glukosa Ana (DG Ana)	Larutan infus, btl. 500 mL	F			
2.	Darrow Glukosa Half Strength	Larutan infus, btl.	F			

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
3.	Glukosa	Larutan infus 5% btl. 500 mL; 10% btl. 500 mL; 40% btl 25 mL	F			(Glukosa 5%, 10%)
4.	Larutan Kombinasi : Fruktosa 60 g, Glukosa 33 g, Xylitol 30 g	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(Triofusin 500 mL)
5.	Larutan Kombinasi : Fruktosa 120 g, Glukosa 66 g, Xylitol 60 g	Larutan infus, btl. 1.000 mL	F			(Triofusin 1.000 mL)
6.	Maltose 100 g	Larutan infus, btl. 500 ml	F			
20.2.4.	**Larutan Mengandung Lipid**					
1.	Larutan mengandung Lipid (emulsi lemak 20%)	Larutan infus 20%, btl. 100 mL	F			(Clinoleic, Lipomed, Lipofundin) Clinoleic, Lipomed, Lipofundin
2.	Larutan Nutrisi Lipid MCT/LCT	Larutan infus 1%, btl. 100 ml; 250 mL	F			(Intralipid) Intralipid

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
3.	Larutan mengandung Lipid (Soybean Oil 200 g/L, Egg Lecithins 12 gr/L, Glycerol Ph 25 gr/L, Sodium Oleate 0.3 gr/L)	Larutan infus btl. 100 ml	F			
20.2.5.	**Larutan Mengandung Karbohidrat dan Elektrolit**					
1.	Larutan Nutrisi : Glukosa 5% + NaCl 0,225%	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(WIDA D5-1/4NS)
2.	Larutan Nutrisi : Glukosa 5% + NaCl 0,45%	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(WIDA D5-1/2NS)
3.	Larutan Nutrisi : Glukosa 5% + NaCl 0,9%	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(WIDA D5-NS)
4.	Larutan Nutrisi : Glukosa 10% + NaCl 0,18%	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(WIDA D10-1/5NS)
5.	Larutan Nutrisi : Glukosa 10% + NaCl 0,18%	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(WIDA RD)
6.	Larutan Nutrisi : Glukosa 25 g + NaCl 4,5 g	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(WIDA 2A)

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
7.	Larutan Kombinasi : NaCl 1,125 g, Dekstrosa 18,75 g	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(KA EN 1B)
8.	Larutan Kombinasi : NaCl 2,34 g, KCl 0,75 g, Na Laktat 2,24 g, Dekstrosa anhidrat 27 g	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(KA EN 3A)
9.	Larutan Kombinasi : NaCl 1,75 g, KCl 1,5 g, Na Laktat 2,24 g, Dekstrosa anhidrat 27 g	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(KA EN 3B)
10.	Larutan Kombinasi : NaCl 1,75 g, KCl 1,5 g, Glukosa 100 g.	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(KA EN MG 3)
20.2.6.	**Larutan Mengandung Asam Amino, Karbohidrat, Elektrolit dan Vitamin**					
1.	Larutan Kombinasi : As. Amino, Xylitol, Vitamin, Mineral	Larutan infus, btl. 500 mL	F			

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK -
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	E-CATALOG - DAGANG
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Larutan Kombinasi : As. Amino 50 g/l, D.sorbitol 100 g/l, As. Askorbat 0,4 g/l, Inositol 0,5 g/l, Nikotinamid 0,06 g/l, Piridoksin HCl 0,04 g/l, Riboflavin Na Fostat 2,5 mg/ml, Rutosid 0,4 g/l, Mineral	Larutan infus, btl. 500 mL	F			
3.	Larutan Kombinasi : As. Amino Rantai Cabang Kadar Tinggi, As. Amino Aromatik Kadar Rendah, NaCl	Larutan infus, btl. 500 mL	F			
4.	Larutan Nutrisi Kombinasi : As. Amino 40 g, Glukosa dan elektrolit 80 g	Larutan infus, btl. 500 mL	F			

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
5.	Larutan Kombinasi mengandung Asam Amino (Asam Amino 100 g, Total N 15,7 g, Na+ 2 mEq, Asetat 120 mEq)	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(Amiparen)
6.	Larutan Kombinasi mengandung Asam Amino (Asam Amino 27 g, Sorbitol 50 g, Cl- 52 mEq)	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(Pan Amin G)
7.	Larutan Kombinasi mengandung Asam Amino (Asam Amino 30 g, Glukosa 7,3 % dan elektrolit)	Larutan infus, btl. 500 mL; 1.000 mL	F			(Aminofluid)

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
8.	Larutan Kombinasi mengandung Asam Amino (Asam Amino 5% dengan BCAA 45%, L-Ornithine L Aspartate 8.03 gr/L, Sorbitol 50 gr/L, Xylitol 50 gr/L)	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(Aminofusin Hepar)
9.	Larutan mengandung Asam Amino (Kombinasi Asam aminno 50 g/L, Sorbitol 50 g/L, Xylitol 50 g/L, Asam Askorbat (Vit C) 0.4 g/L, Inositol 0.5 g/L, Nikotinamida (Niasinamida) 0.06 g/L, Piridoksin HCl (Vit B6) 0.04 g/L, Riboflavin Natrium Fosfat 2.5 mg/L, elektrolit)	Inf. 500 ml	F			(Aminofusin L 600)

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
10.	Larutan mengandung Asam Amino (Kombinasi Asam amino 50 g/L, vitamin dan elektrolit)	Inf. 250 mL	F			(Aminofusin Paed) Aminofusin Paed
11.	Larutan mengandung Asam Amino (Asam Amino 79.9 g, Total N 12.2 g, Na+ 14 mEq, Cl 94 mEq)	Inf. 500 mL	F			(Aminoleban)
12.	Larutan mengandung Asam Amino (BCAA 25 gr/L, L-Ornithine L Aspartate 10 gr/L, Xylitol 50 gr/L, Malic Acid 7 gr/L, Piridoxin 0.12 gr/L)	Inf. 500 mL	F			(Comafusin Hepar)

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
13.	Larutan mengandung Asam Amino (Asam Amino esensial 7%+Xylitol 10 g/L)	Inf. 250 mL	F			(Eas Pfrimer)
18.	Larutan mengandung Karbohidrat + Elektrolit (Asam amino 28 gr/L, Glukosa 100 gr/L, elektrolit)		F			(Clinimix N9G20E)
19.	Larutan mengandung Karbohidrat + Elektrolit (Asam amino 28 gr/L, Glukosa 75 gr/L, elektrolit)		F			(Clinimix N9G15E)
23.	Larutan Kombinasi : Na, K, Cl, Ca, Mg, Asetat, Sorbitol 50 g/L	Larutan infus, btl. 500 mL	F			(Tutofusin OPS)

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
20.2.7.	**LAIN-LAIN**					
1.	Larutan mengandung Asam Amino (Kombinasi Asam Amino: 34gr, Glukosa: 97gr, Lipid: 51gr dan Elektrolit (Kalori = 1000 kkal, Akses peripheral))	Inf. 1440 mL	F			(Kabiven 1440 mL)
2.	Larutan mengandung Asam Amino (Kombinasi Asam Amino: 45gr, Glukosa: 130gr, Lipid: 68gr dan Elektrolit (Kalori = 1400 kkal, Akses peripheral))	Inf. 1920 mL	F			(Kabiven 1920 mL)
20.3.	**LAIN-LAIN**					
1.	Air untuk injeksi	Amp. 25 mL	F			OTSU SWI 25 mL
2.	Air untuk Irigasi	Lar. Infus 1000 mL	F			WIDA WI UNICAP
3.	Manitol	Lar. Infus 20%, btl. 500 ml	F			(Manitol) Manitol

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
21.	**MATA, OBAT untuk**					
1.	Manitol	Larutan infus 20%, btl. 500 ml	F	Untuk glaukoma.		(Manitol) Manitol
21.1.	**ANESTETIK LOKAL/TOPIKAL**					
1.	Bupivacain	Inj. 0,5% (HCl), amp. 20 mL	NF			Marcain PDF, Bunascan Plain
2.	Tetracain	Tetes mata 0,5%, 2% (HCl), btl. 5 mL	F		1 btl/kasus	(Pantocain 0,5%) C. Pantocain
3.	Lidocain	Jeli 2%	NF			(Xylocaine Jelly 2%) Xylocain Jelly 2%
21.2.	**ANTIMIKROBA**					
1.	Amfoterisin B	Salep mata 1%; 3%	F			-
2.	Asam Fusidat	Tetes mata 1%	F			-
3.	Benzilpenisilin	Salep mata 1000 IU, tube 5 g	NF			-
4.	Chloramfenicol	Tetes mata 0,5%; 1% (10 mg/ml)	F			(Decacetin) Decacetin
		Salep mata 1%	F			(Kloramfenikol) Chloramfenicol, Erlamycetin
		Salep mata 2%	NF			(Kloramfenikol) Chloramfenicol, Erlamycetin
5.	Ciprofloxacin	Tetes mata 3 mg/mL, 5 mL	F			-
6.	Dibekacin	Tetes mata 5 ml	NF			Dibekacin
7.	Gentamisin	Salep mata 0,3%, tube 3.5 g	F			(Genoint Salep) Gentamisin, C.Gentamisin

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Tetes mata 0,3%, btl. 5 mL	F			(Gentamisin) Gentamisin, C.Gentamisin
8.	Idoksuridin	Salep mata 0,5%, tube 4 g	NF			-
		Tetes mata 0,1%, btl. 5 mL	NF			-
9.	Kloramfenikol/Polimiksin B	tetes mata	NF			-
10.	Polimiksin/Neomisin/Gramisidin	10.000 iu/ml/2,5 mg/mL/0,025 mg/mL	NF			C. Polygran
11.	Levofloxacin	Tetes mata 0,5 % (5 mg/ml)	F	Hanya digunakan untuk operasi intraokular, keratitis, operasi katarak dan infeksi berat.		(-) Levocin
12.	Moxifloxacin	Tetes mata 0,5 %, btl. 3 mL	F			(Vigamox) Vigamox
13.	Natamycin	Tetes mata 50 mg/mL	F	Hanya untuk kasus keratomikosis.		-
		Tetes mata 5%	F	(a) Lini pertama terapi keratomikosis yang pada pemeriksaan KOH ditemukan filamen, (b) Disertai hasil KOH dari *scraping* kornea.		-
14.	Neomycin sulfat 3,5 mg	tetes mata, salep mata	NF			-
15.	Ofloxacin	3 mg/ml	NF			(Tarivid) Tarivid
16.	Oxytetracyclin	Salep mata 1% (HCl), tube 3,5 g	NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
17.	Sulfasetamida	Tetes mata 15% (Natrium), btl. 5 mL	NF			-
18.	Tetracyclin	Salep mata 1% (HCl), tube 3.5 g	F	Hanya untuk Program Bayi Baru Lahir.		-
19.	Tobramycin	Tetes mata 0,3%	F	Pada pasien yang resisten terhadap quinolon dengan kasus ulkus kornea post operasi mata.		C. Tobro
21.2.1.	**ANTIBIOTIK + KORTIKOSTEROID**					
1.	Kombinasi : Tobramisin 3 mg/mL/Deksametason 1 mg/mL	0.10%	NF			C. Tobroson
2.	Fluorometicolon/Neomycin	1 mg/ml / 3,5 mg/mL	NF			-
3.	Kombinasi : Dexamethasone Neomycin Polymixin B	 1 mg/ml 3.5 mg/ml 10.000 iu/ml	NF			C. Xitrol, C. Polydex
4.	Kombinasi : Hidrocortisone Chloramfenicole	 5 mg/ml 10 mg/ml	NF			-
5.	Kombinasi : Prednison Neomycin Polymixin B	 5 mg/ml 5 mg/ml 10.000 iu/ml	NF			-
6.	Kombinasi : Gentamycin	 5 mg/ml	NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
	Dexamethasone	1 mg/ml				
21.2.2.	**ANTIBIOTIK + DEKONGESTAN**					
1.	Polimiksin B Sulfat	16.250 iu/ml	NF			C. Statrol
	Neomycin +	5 mg/ml				
	Fenilephrin	1.2 mg/ml				
21.2.3.	**ANTIVIRAL**					
1.	Acyclovir	salep mata 3%	F	Hanya untuk kasus keratitis herpetiformis.		(Temiral) Temiral
21.2.4.	**ANTIFUNGI**					
1.	Natamycin +	50 mg/ml	NF			-
	Amfoterycin B +	10 mg				
	Fluconazol	20 mg				
21.3.	**ANTIINFLAMASI**					
1.	Betametason	Tetes mata 1 mg/mL, btl 5 mL	F			(Betam Opthal ED) Vosama
2.	Fluorometholon	Tetes mata 0,1% 2,5 mg/mL, btl. 5 mL	F			(Ocuflam ED 5 mL)
3.	Hydrocortisone asetat	Tetes mata 1%, btl. 5 mL	NF			-
4.	Natrium Diclofenac	Tetes mata 1 mg/mL	F			C. Noncort
5.	Olopatadin	Tetes mata 0,1%, btl 5 mL	F	Tidak untuk profilaksis alergi.		-
6.	Prednisolon Asetat	Salep mata 1%, tube 3.5 g	NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Tetes mata 10 mg/mL	F	Hanya untuk kasus transplantasi kornea atau infeksi berat (uveitis atau panuveitis).		
21.4.	**MIDRIATIK**					
1.	Atropin Sulfat	Tetes mata 0,5%, 1% (sulfat), btl. 5 mL	F			-
2.	Homatropin	Tetes mata 2% (HBr), btl. 5 mL	F			-
3.	Tropikamid	Tetes mata 0,5%, btl. 5 mL	F			-
		Tetes mata 1%, btl. 5 mL	NF			
4.	Fenilefrin	100 mg/mL	NF			C. Efrisel
5.	Boric acid	15 mg/mL	NF			-
6.	Siklopentolat	Tetes mata 1%	F	Hanya digunakan sebagai midriatikum untuk diagnostik dan operasi yang memerlukan dilatasi pupil.		-
7.	Scopolamid	2.5mg/mL	NF			-
21.5.	**MIOTIK dan ANTIGLAUKOMA**					
1.	Acetazolamid	Tab. 250 mg	F	Tidak diberikan dalam jangka panjang. Hati-hati pemberian pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal.	50 tab/bulan	-
2.	Betaxolol	Tetes mata 0,025%	NF			-
		Tetes mata 0,5%	F		1 btl/kasus	

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
3.	Brinzolamid	Tetes mata 1%, btl. 5 mL	F		1 btl/kasus	Azopt
4.	Carteolol	Tetes mata	NF			Arteoptic
5.	Gliserin	Lar. 50%, btl. 100 mL	F			-
6.	Latanoprost	Tetes mata 0,005%	F	Hanya untuk pasien glaukoma yang tidak memberikan respon pada timolol.	1 btl/bulan	(Xalatan 0,005%) Xalatan
7.	Pilokarpin HCl	Tetes mata 2% (HCl nitrat), btl. 5 mL	F		2 btl/bulan	-
		Tetes mata 4% (HCl nitrat), btl. 5 mL	NF			
8.	Ranibizumab	Inj. 10 mg/mL	F	Untuk wet AMD (*Age-Related Macular Degeneration*), harus dilakukan oleh subspesialis retina.	6 vial/kasus	
9.	Timolol Maleat	Tetes mata 0,25%, 0,5% (maleat), btl. 5 mL	F		2 btl/bulan	(Isotic Adretor 0,25%, 0,5%) Isotic Adretor, C.Timol
10.	Travoprost	Tetes mata 0,004%, btl 2,5 mL	F	Hanya untuk pasien glaukoma yang tidak memberikan respon dengan timolol.	1 btl/bulan	(Travatan 0,004%) Travatan
21.6.	**LAIN-LAIN**					
1.	Dinatrium Edetat	Tetes mata 0,35%, btl 15 mL)	F			-
2.	Carboxy Methyl Cellulose	Tetes mata	F		1 btl/bulan	C. CMC, C. Cenfresh
3.	NaCl 4,40 mg/KCl 0,80 mg	Tetes mata 2,5 mg/mL, btl. 15 mL	F		1 btl/bulan	(C. Lyteers) C. Lyteers

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
4.	NaCl, KCl, CaCl, MgCl, Na Asetat, Na Citrat	0,25 mg/ml	NF			Miriwash Opth Irrigating Sol
5.	Natrium Fluoresein	Tetes mata 2%	F	Diagnostik trauma kimia.		-
6.	Lubricen	Tetes mata				-
7.	Natrium Hyaluronat	Tetes mata	F			(Hyalop) Hyalop, Hialid
8.	Pemirolast	Tetes mata 0,1%	NF			Alegysal
9	Retinol (vitamin A)	Kaps. Lunak 100.000 IU, 200.000 IU	F	(OP)		(Retinol 100.000 IU)
10	Triamcinolon	Tetes mata	NF			-
11	Xitrol	Tetes mata	NF			-
	MAST CELL STABILIZENS					
1.	Sodium Kromoglikat	20 mg/ml	NF			C. Conver
	DEKONGESTAN DAN/ATAU ASTRINGENT					
1.	Tetrahidrozolin	0,5 mg/ml	NF			-
2.	Nafazolin	1 mg/ml	NF			C. Vasacon
	DEKONGESTAN DAN/ATAU ASTRINGENT + ANTIHISTAMIN					
2.	Nafazolin Antazolin fosfat	1 mg/ml 5 mg/ml	NF			C. Vasacon A -
	ARTIFICIAL TEARS					
1.	HPMC Dekstran	3 mg/ml 1 mg/ml	NF	(OP)		C. Eye Fresh -
2.	Hidroksipropil metillselulose Retinol Palmitate	20 mg/ml 10 mg/ml	NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
3.	Natrium Hyaluronat Polivinil pirolidone Vit A		NF			C. Protagenta
4.	HPMC 2 mg, Na hyaluronat, polyhexametilen biguanid		NF			C. Lubricen, C. Lubricen Ved Gel
	ASTHENOFIA/EYE TONIC					
1.	Vit A Oksimetazoline HPMC	1000 iu/ml 0.25 ml/ml	NF			C. Asthenof
2.	Boric Acid Zinc Sulfat Vit A Fenilefrine	10 mg/ml 0.2 mg/ml 1000 iu/ml 1 mg/ml	NF			-
	ANTIEDEMA					
1.	Glycerin andhydrous		NF			-
2.	Mono tetra methyl phenoxy p glycol Polyethylen glycol Dimethyl poli siloxan	2.5 mg/ml 5 mg/ml 1 mg/ml	NF			-
	REMOVAL OF CALCIUM DEPOSIT					
1.	Ethylen Diamine Tetra Acetate	4 mg/ml	NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
	ANTIKATARAK					
2.	Sodium Iodide Kalium Iodide	10 mg/ml 15 mg/ml	NF			C. Vitrolenta
	DEGENERATION EPITHEL					
1.	Aneurine HCl Calcium Panthothenate Vit A		NF			C. Repithel
22.	**OKSITOSIN dan RELAKSAN UTERUS, OBAT yang bekerja di**					
22.1.	**OKSITOSIN**					
1.	Metilergometrin Maleate	Tab. salut 0.125 mg	F			-
		Inj. 0,2 mg/mL, amp. @1 mL	F			(Metilergometrin) Methyl Ergometrin
2.	Oksitosin	Inj. 10 IU/mL, amp. 1 mL	F			(Oxytocin) Oxytocin
22.2	**RELAKSAN UTERUS**					
1.	Magnesium sulfat	Inj. 20%, 40%, vial 25 mL	F			(MgSO4 otsu) $MgSO_4$
23.	**PSIKOFARMAKA**					
23.1.	**ANTIANSIETAS dan ANTIINSOMNIA**					
1.	Alprazolam	Tab. 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg	F	(a) Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa dan Internist Psikosomatik.	Maks. 2 minggu/kasus, 30 tab/bulan	(Alprazolam) Alprazolam, Alganax

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
				(b) Hanya untuk kasus Panic Attack dan Panic Disorder. (c) Peresepan oleh dokter spesialis penyakit dalam maksimal 5 hari/bulan.		
2.	Bromazepam	Tab. 1,5 mg, 3 mg	NF			-
3.	Clidinium Br	Tab. 2,5 mg	NF			-
4.	Chlordiazepoxide	Tab. 5 mg	NF			-
5.	Clobazam	Tab. 10 mg	F		60 tab/bulan	(Clobazam) Clobazam, Frisium
6.	Diazepam	Tab. 2 mg; 5 mg	F		30 tab/kasus	(Diazepam 5 mg) Diazepam, Valisanbe
		Inj. 5 mg/mL, amp. 2 mL	F			(-) Diazepam, Stesolid, Valdimex
7.	Lorazepam	Tab. 0,5 mg; 1 mg; 2 mg	F		30 tab/bulan	(Lorazepam) Lorazepam, Merlopam, Ativan
23.2.	**ANTIDEPRESI dan ANTIMANIA**					
1.	Aecitalopram	Tab.	NF			Cipralex
2.	Amitriptilin HCl	Tab. Salut 25 mg (HCl)	F		60 tab/bulan	(Amitriptilin) Amitriptilin
3.	Duloxetine	Tab.	NF			Cymbalta
4.	Fluoxetine HCl	Kaps. 10 mg, 20 mg	F		30 kaps./bulan	(Elizac) Antiprestin, Nopres
5.	Litium Karbonat	Tab. 200 mg, 400 mg	NF			(Frimania) Frimania

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
6.	Maprotilin HCl	Tab. salut 25 mg; 50 mg	F		30 tab/bulan	Sandepril, Ludios
7.	Sertralin	Tab. salut 50 mg	F		30 tab/bulan	(Sertalin) Sertralin, Zoloft
8.	Sulpirid	Tab.	NF			-
23.3.	**ANTIOBSESI KOMPULSI**					
1.	Clomipramin	Tab.25 mg	F	Dapat digunakan untuk *cataplexy* yang berhubungan dengan *narcolepsy* .	30 tab/bulan	-
2.	Fluoxetine HCl	Kaps. 10 mg, 20 mg	F		30 kaps./bulan	(Elizac) Antiprestin, Nopres
23.4.	**ANTIPSIKOSIS**					
1.	Aripiprazole	Tab. 10 mg; 15 mg	F	Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa	30 tab/bulan	(Abilify Discmelt) Abilify Discmelt
		Sir. 1 mg/mL	F		5 btl/bulan	(Abilify Oral Solution) Abilify Oral Solution
2.	Chlorpromazine	Tab. Salut 25 mg, 100 mg	F		90 tab/bulan	(Chlorpromazine) Chlorpromazine
		Inj. i.m. 5 mg/mL amp. 2 mL	F			(Chlorpromazine) Chlorpromazine
		Inj. i.m. 25 mg/mL, amp. 2 mL	NF			(Chlorpromazine) Chlorpromazine
		Inj. 10 mg/vial	NF			(Chlorpromazine) Chlorpromazine
3.	Clozapine	Tab. 25 mg	F	Hanya untuk pengobatan psikosis yang sudah resisten terhadap antipsikotik lain.	60 tab/bulan	-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Tab. 100 mg	F	Hanya untuk pengobatan psikosis yang sudah resisten terhadap antipsikotik lain. Hanya untuk schizophrenia yang resisten/intoleran. Lakukan cek leukosit secara berkala (hati-hati agranulositosis).	90 tab/bulan	-
4.	Flufenazin	Tab. 2,5 mg	NF			
		Inj. i.m. 25 mg/mL (dekanoat), vial 1 mL	F	Hanya untuk rumatan pada pasien schizophrenia.	1 amp/2 minggu	Sikzonoate
5.	Haloperidol	Tab. 0,5 mg	F	Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa	90 tab/bulan	Haloperidol 0,5) Haloperidol, Lodomer, Govotil
		Tab. 1,5 mg; 2 mg; 5 mg	F			Haloperidol 1,5 mg, Lodomer 2 mg, haloperidol 5 mg) Haloperidol, Lodomer, Govotil
		Tts. 2 mg/mL, btl. 15 mL	F		2 btl/bulan	(Lodomer Drops) Lodomer Drops
		Inj. i.m. 5 mg/mL (dekanoat), amp. 1 mL	F	Untuk agitasi akut. Untuk kasus kedaruratan psikiatrik (tidak untuk pemakaian jangka panjang)	4 amp/hari, maksimal 3 hari	(Lodomer inj. 5 mg/mL) Lodomer inj
		Inj. 50 mg/mL	F	Hanya untuk monoterapi rumatan pada pasien schizophrenia yang tidak dapat menggunakan terapi oral.	1 amp/2 minggu	(Haldol Decanoas) Haldol Decanoas

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
6.	Olanzapine	Tab. 5 mg; 10 mg	F	Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa (a) Monoterapi schizophrenia. (b) *Adjunctive treatment* pada kasus bipolar yang tidak memberikan respon dengan pemberian litium atau valproat.	60 tab/bulan	Onzapin
		Inj. 10 mg/2 mL	F	Diperlukan hanya untuk serangan schizophrenic acute yang tidak memberikan respon dengan terapi lini pertama. Tidak boleh digunakan untuk pemakaian jangka panjang. Hanya untuk agitasi akut pada penderita schizophrenia.	3 amp/hari, maksimal 3 hari	Zyprexa
7.	Paliperidon Palmita	Inj.50 mg/0,5 mL; 75 mg/0,75 mL; 100 mg/mL; 150 mg/1,5 mL		Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa		
8.	Perfenazin	Tab. 4 mg; 16 mg	NF			-
9.	Quetiapin	Tab. SR 200 mg	F	(a) Untuk Schizofrenia, (b) Untuk pasien bipolar yang tidak memberikan respon terhadap pemberian Lithium atau valproat, (c) Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa	60 tab/bulan	(Seroquel XR) Seroquel XR
		Tab. SR 300 mg; 400 mg	F		30 tab/bulan	(Seroquel XR) Seroquel XR

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
10.	Risperidon	Tab. 1 mg; 2 mg	F	(a) Monoterapi schizophrenia. (b) Adjunctive treatment pada kasus bipolar yang tidak memberikan respon dengan pemberian litium atau valproat.	60 tab/bulan	(Risperidon) Risperidon
		Tab. 3 mg	F	(a) Monoterapi schizophrenia. (b) Adjunctive treatment pada kasus bipolar yang tidak memberikan respon dengan pemberian litium atau valproat. (c) Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa.	60 tab/bulan	
11.	Sulpirid	Kaps. 50 mg; Tab. 200 mg	NF			-
12.	Trifluoperazine	Tab. Salut selaput 5 mg	F	Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa.	90 tab/bulan	(Trifluoperazine) Trifluoperazine, Stelazine
23.5.	**OBAT untuk ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*)**					
1.	Metilphenydat	Tab. 10 mg	F		90 tab/bulan	(Prohiper) Prohiper, Ritalin
23.6.	**OBAT untuk GANGGUAN BIPOLAR**					
1.	Litium Karbonat	Tab. 200 mg	F	Harus dilakukan pemeriksaan fungsi ginjal dan memonitor kadar lithium.	180 tab/bulan	(Frimania) Frimania
		Tab. 400 mg	F		90 tab/bulan	
2.	Valproat	Tab. Salut enterik 250 mg	F		60 tab/bulan	(Depakote) Depakote

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Tab. Lepas lambat 250 mg, 500 mg	F		30 tab/bulan	Depakote SR
23.7.	**PROGRAM KETERGANTUNGAN, OBAT untuk**					
1.	Metadon	Sir. 50 mg/5 mL, btl. 1.000 mL	F	Catatan : *Disediakan oleh program Kemenkes*		-
24.	**RELAKSAN OTOT PERIFER dan PENGHAMBAT KOLINESTERASE**					
24.1.	**PENGHAMBAT dan PEMACU NEUROMUSKULER**					
1.	Atracurium	Inj. 25 mg/ 2,5 mL	F	Hanya untuk tindakan anestesi dan pasien ICU yang memerlukan karena menggunakan ventilator.		(Notrixum) Notrixum, Atracurium-Hameln
2.	Neostigmin	Inj. 0,5 mg/mL	F			-
3.	Pankuronium	Inj. i.v. 2 mg/mL (bromida), amp. 2 mL	F			-
4.	Rokuronium	Inj. i.v. 10 mg/mL	F			
5.	Sugammadex	Inj. 100 mg/mL	F	Hanya untuk pasien yang telah mengalami desaturasi oksigen pada kesulitan penguasaan jalan nafas saat anestesi umum.		-
6.	Suksinilkolin	Inj. 20 mg/mL, 50 mg/ mL, 100 mg/vial	F			-
7.	Vekuronium	Serbuk Inj. 10 mg/mL (bromida)	NF	(OP)		-
24.2.	**OBAT untuk MYASTHENIA GRAVIS**					
1.	Edrofonium	Inj. i.v. 10 mg/mL (klorida), vial 10 mL	NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Neostigmin	Tab. 15 mg (Bromida)	NF			-
		Inj. 0,5 mg/mL (metilsulfat), amp.1 mL	F			-
3.	Piridostigmin	Tab. 60 mg (bromida)	F		120 tab/bulan	Mestinon
		Inj. 1 mg/mL (bromida), amp. 1 mL	NF			
24.3.	**OBAT untuk RELAKSAN OTOT**					
1.	Baclofen	Tab. 10 mg	NF	(OP) *Cerebral Palsy,* Trauma Medulla Spinalis, Multiple Sclerosis	30 - 75 mg/hari	Lioresal
2.	Donepezil	Tab. Salut selaput 5 mg, Tab. Dispersible 10 mg	F	Hanya untuk dementia alzheimer ringan sampai sedang.	30 tab/bulan	(Donepezil 5 mg, Aricept) Donepezil, Aricept
3.	Eperison	Tab. 50 mg	NF			Myonal
4.	Tizanidine	Tab. 2 mg	NF			Sirdalud
25.	**SALURAN CERNA, OBAT untuk**					
25.1.	**ANTASIDA dan ANTIULKUS**					
1.	Antasida DOEN 1 + famotidine		NF			
2.	Antasida DOEN I, kombinasi : Al(OH)3 200 mg + Mg(OH)2 200 mg	Tab. Kunyah	F			(Antasida DOEN) Antasida

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
3.	Antasida DOEN II, kombinasi per 5 ml :Al(OH)3 200 mg + Mg(OH)2 200 mg	Susp. 60 mL/btl. (+ simeticon); 100 ml/btl	F			(Antasida DOEN Susp, btl. 60 mL) Antasida
4.	Esomeprazole (iv)	Inj. 40 mg/vial	F		1 ampul/hari, maks. 3 hari	(Esomeprazole) Esomeprazole
5.	Lanzoprazole (iv)	Kaps. 30 mg	F	Untuk terapi jangka pendek pada kasus tukak lambung, tukak duodenum, dan refluks esofagitis. Diberikan 1 jam sebelum makan.	30 tab/bulan	(Lanzoprazole) Lansoprazole, Prosogan
		Inj. 30 mg/mL	F	Untuk pasien IGD atau rawat inap dengan riwayat perdarahan saluran cerna.	1-3 amp/hari, maks. 3 hari	(Prosogan) Prosogan
6.	Misoprostol	Tab. 200 mcg	NF	(OP) Untuk pematangan cervix dan Haemorrhagic Post Partum (HPP)		Gastrul
7.	Omeprazole	Kaps. 20 mg	F	Untuk terapi jangka pendek pada kasus tukak lambung, tukak duodenum, dan refluks esofagitis. Diberikan 1 jam sebelum makan.	30 kaps./bulan	(Omeprazole 20 mg) Omeprazol, Pumpitor
		Inj. 40 mg/10 mL	F	Untuk pasien IGD atau rawat inap dengan riwayat perdarahan saluran cerna.	1-3 amp/hari, maks. 3 hari	(Omeprazole 20 mg) Omeprazol, Pumpitor
8.	Pantoprazole	Tab. Salut Enterik 20 mg, Tab. Salut Selaput 40 mg	NF			Pantozol
		Inj. 40 mg/10 ml	NF			Pantera, Pantotis, Panloc

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
9.	Ranitidin	Tab. 150 mg	F		30 tab/bulan	(Ranitidin) Ranitidin, Acran
		Inj. i.v. amp. 50 mg/2 mL	F		2 amp/hari	(Ranitidin) Ranitidin, Acran
10.	Simetidin	Tab. 200 mg	NF			-
11.	Sucralfat	Tab. 500 mg	F		60 tab/bulan	(Ulsidex) Ulsidex
		Susp. 500 mg/5 mL, Btl. 100 mL	F			(Sucralfat) Sucralfat
25.2.	**ANTIEMETIK**					
1.	Dexamethasone	Inj. 5 mg/mL	F	Hanya untuk menyertai terapi antineoplastik.		(Dexametason) Dexamethason, Kalmethason
2.	Dimenhidrinat	Tab. 50 mg	F			(Dimenhidrinat) Dimenhidrinat
		Inj. i.m. 25 mg/mL (HCl), amp. 1 mL	NF			-
3.	Domperidon	Tab. 10 mg	F			(Domperidon) Domperidon,
		Tetes 5 mg/mL, btl. 10 mL	F			(Domperidon) Domperidon, Monell, Vometa
		Susp. 5 mg/5 mL, btl. 60 mL	F			(Domperidon) Domperidon, Monell, Vometa
4.	Granicetron	Inj. 1 mg/ml, 3 mg/ml	NF			-
5.	Chlorpromazin	Tab. 25 mg	F			
		Tab. 100 mg	NF			(Chlorpromazin) Chlorpromazin
		Inj. i.m. 5 mg/mL; 25 mg/mL	F			(Chlorpromazin) Chlorpromazin
6.	Metoclopramide	Tab 5 mg; 10 mg	F			(Metoclopramid) Metocloperamid

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Tetes 2 mg/mL, btl. 10 mL	F			(Mepramid)
		Syr. 5 mg/5 mL, btl 60 mL	F			(Lexapram)
		Inj. 5 mg/mL	F			(Metoclopramid) Metocloperamid
7.	Ondansentron	Tab. 4 mg; 8 mg	F	Pencegahan mual dan muntah pada kemoterapi dan radioterapi.	Maks. 3 tab pasca kemoterapi/post radioterapi.	(Ondansetron) Ondansetron
		Syr,	NF			Narfoz
		Inj. 2 mg/mL	F	Untuk mencegah muntah pada pemberian kemoterapi yang *highly emetogenic.*	Inj. diberikan 1 amp. sebelum kemoterapi.	(Ondansetron) Ondansetron
8.	Palononsetron	Inj.	NF			Paloxi
9.	Tropisetron	Inj.	NF			Setrovel
25.3.	**ANTIHEMOROID**					
1.	Antihemorhoid : Bismut Subgalat 150 mg + Heksaklorofen 2,5 mg + Lidocain 10 mg + Seng Oksida 120 mg: supp ad 2 g	Suppositoria	F		5 supp/kasus	(Antihemorhoid supp) Antihemorhoid supp

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Fluocortolone pivalate 1 mg/Lidocain 40 mg	Supp.	NF			Ultraproct N
3.	Flavonoid 500 mg		NF			-
9.	Cinchocain/Policresulen	Supp.	NF			Faktu
25.4.	**ANTISPASMODIK**					
1.	Atropin	Tab. 0,5 mg	F			-
		Inj. i.m./i.v. /s.k. 0,25 mg/mL	F			(Atropin) Atropin
2.	Ekstrak Belladonnae	Tab. 10 mg	NF			-
3.	Hiosin Butilbromid	Tab. 10 mg	F			-
		Inj. 20 mg/mL, amp. 1 mL	F			
4.	Mebeverine (po)	Tab . Salut Selaput 135 mg	NF			-
25.5.	**DIARE, OBAT untuk**					
1.	Attapulgit	Tablet	F			(Pularex 630 mg, Neo Diagon 650 mg, New Antides 600 mg) New Diatab

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	Garam Oralit : NaCl 0,52 g, KCl 0,30 g, trinatrium sitrat dihidrat 0,58 g, glukosa anhidrat 2,70 g	Serbuk untuk 200 mL air	F			(Garam oralit) Garam Oralit, Pharolit
3.	Cholestiramin	Serbuk 4 g	F			Sequest
4.	Kaolin 550 mg + Pektin 20 mg	Tablet	F			-
		Syr.	NF			Neo Kaolana
5.	Loperamid	Tab. Salut selaput 2 mg	F	Tidak digunakan untuk anak.	10 tab/kasus	(Loperamid) Loperamid, Imodium
6.	Probiotic	Sacchet	NF			-
7.	Sinbiotic		NF			-
8.	Zinc	Tab. Dispersible 20 mg	F	Harus diberikan bersama oralit selama 10 hari.		(Zinc Tab) Zinc Tab
		Syr. 20 mg/5 mL, btl 60 mL	F			(Zinc, Zircum Kid) Zinc, Zircum Kid
		Serbuk 10 mg	F			-
		Tetes 10 mg/mL, btl. 15 mL	NF			(Interzinc) Interzinc, Zinkid
25.6.	**KATARTIKA**					
1.	Bisakodil	Tab. Salut 5 mg	F		15 tab/kasus	(Bisakodil) Bisacodil, Dulcolax
		Supp. 5 mg; 10 mg	F		3 sup/kasus	(Dulcolax infant dan adult) Dulcolax infant dan adult
2.	Gliserin	Cairan obat luar 100 mg/mL	F			Gliserin

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
3.	Lactulosa	Syr. 3,335 g/5 mL, btl. 60 mL	F			-
4.	Na Lauril Sulfoasetat ,PEG 400, Sorbitol, Na sitrat, Asam sorbat		NF			Microlax Enema
5.	Natrium Fosfat	Lar. Oral 45 mL	F	Hanya digunakan pada tindakan colonoscopy.		(-) Fleet Enema, Fleet Phosphosoda
		Btl. 133 mL				-
6.	Parafin/gliserin/fenolftalein	Suspensi, btl. 60 mL	F			(Laxadine emulsi) Laxadin
7.	Polietilenglikol	Serb.	F			(Niflec) Niflec
25.7.	**STERILISASI USUS, OBAT untuk**					
1.	Neomisin	Tab. 500 mg	NF			-
25.8.	**ANTIINFLAMASI, OBAT untuk**					
1.	Mesalazin	Tab. salut enterik 250 mg	F	Untuk episode akut colitis ulcerativa dan colitis ulcerativa yang hipersensitif terhadap sulfonamida.		-
2.	Sulfasalazin	Kapl. salut enterik 500 mg	F			-
25.9.	**LAIN-LAIN**					
1.	Asam Ursodeoksikolat	Kaps. 250 mg	F			(Asam ursodeoksikolat) Asam Ursodexycholic, Urdafalk

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
2.	L-Ornithin + L-Aspartat	Serb. Kering (p.o.) 3 g	NF			Livola
		Lar. Infus 5 g/10 ml	NF			Hepa-Merz, Ornispar
3.	Octreotide	Inj. 0,1 mg/mL	NF	Hanya untuk variceal bleeding.	Penggunaan maksimal 2x24 jam kemudian pasien dirujuk.	(Sandostatin) Sandostatin, Octide
4.	Probiotik	Sacchet	NF			Lacto B, L-Bio
5.	Somatostatin	Inj. 3 mg/mL	F	(a) Untuk kasus perdarahan variseal akut, (b) Diberikan intravenous drip 250 mcg/jam	Maksimal 5 hari	Somatostatin, Somanovell
26.	**SALURAN NAFAS, OBAT untuk**					
26.1.	**ANTIASMA**					
1.	Aminofilin	Tab. 150 mg; 200 mg	F			(Aminofilin) Aminophyllin
		Inj. 24 mg/mL, amp. 10 mL	F			(Aminofilin) Aminophyllin
2.	Beclometason	Inhalasi 50 mcg/dosis (dpropionat), 200 dosis/btl.	NF			-
		Aerosol 50 mcg/dosis (Natrium fosfat), amp. 1 mL	NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
3.	Budesonid	Serbuk Inhalasi 100 mcg/dosis	F	Tidak untuk serangan asma akut. Harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri.	Asma Persisten ringan-sedang : 1 tbg/bulan. Asma Persisten berat : 2 tbg/bulan	(Pulmicort Turbuhaler) Pulmicort
		Serbuk Inhalasi 200 mcg/dosis	F	Harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri.	Asma Persisten berat : 2 tbg/bulan.	(Obucort Swinghaler) Obucort
		Cairan Inhalasi 0,25 mg/mL	F	Hanya untuk serangan asma akut. Harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri.	Hari pertama maks. 5 vial/hari, selanjutnya 2 vial/hari paling lama 5 hari.	(Pulmicort Respules) Pulmicort
		Cairan Inhalasi 0,5 mg/mL	F	Hanya untuk serangan asma akut. Harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri.	Hari pertama maks. 5 vial/hari, selanjutnya 2 vial/hari paling lama 5 hari.	(Pulmicort Respules) Pulmicort
4.	Budesonid-formoterol (fixed combination)	Inhalasi 80/4,5 mcg	F	(a) Untuk terapi rumatan pada penderita asma. (b) Tidak diindikasikan untuk bronchospasme akut. Harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri.	Asma Persisten ringan-sedang : 2 tbg/bulan. Asma Persisten berat : 3 tbg/bulan	(Symbicort 80/4,5) Symbicort

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Inhalasi 160/4,5 mcg	F	(a) Untuk terapi rumatan pada penderita asma atau terapi rumatan pada PPOK. (b) Tidak diindikasikan untuk bronchospasme akut.	Asma Persisten berat, PPOK berat : 1 tbg/bulan.	(Symbicort Turbuhaler 160/4,5) Symbicort
5.	Dexamethasone	Tab. 0,5 mg	F			(Dexamethason) Dexamethasone
		Inj. i.v. amp. 5 mg/mL	F			(Dexamethason) Dexamethasone, Kalmethason
6.	Efedrin	Tab. 25 mg (HCl)	NF			Efedrin, Vasodrin
7.	Epinefrin (adrenalin)	Inj. 1 mg/mL	F			(Adrenalin) Adrenalin
8.	Fenoterol HBr	Aerosol 100 mcg/puff, canister 200 dosis)	F	Hanya untuk serangan asma akut.	1 tbg/bulan	(Berotec MDI) Berotec
		Cairan Inhalasi 0.1%, canister 10 mL	NF			(Berotec Solution) Berotec
10.	Fluticasone Propionat	Cairan Inhalasi 0.5 mg/dosis, 2 mL	F	Tidak untuk rumatan terapi asma.	Hari pertama maks. 5 vial/hari, selanjutnya 2 vial/hari.	(Flixotide Nebules) Flixotide Nebules
11.	Ipratropium Bromida	Inhalasi 20 mcg/puff, canister 10 mL	F	Untuk pasien PPOK dengan eksaserbasi akut. Tidak untuk jangka panjang.	1 tbg/bulan	(Atrovent HFA)
		Nebulizer 0,025%, btl. 20 mL	NF			(Atrovent Soln. for inhalation)

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
12.	Methyl prednisolon	Tab. 4 mg	F		Maks. 10 tab/kasus	(Metil prednisolon) Methyl Prednisolon
		Tab. 8 mg, 16 mg	F			(Metil prednisolon) Methyl Prednisolon
		Inj. 40 mg/mL	NF			Depomedrol
		Inj. 125 mg/2 mL	F			(Metil prednisolon) Methyl Prednisolon
		Inj. 500 mg/vial @ 8 ml	F			(Metil prednisolon) Methyl Prednisolon
13.	Procaterol	Tab. 25 mcg, 50 mcg	NF			-
		Sir. 25 mg/5 mL	NF			-
		Serb. ih 10 mcg; cairan ih 30 mcg; cairan ih 50 mcg	F	Hanya untuk nocturnal asma yang tidak respon dengan pemberian salbutamol.		(Meptin inhalation solution) Meptin inhalation solution
14.	Salbutamol	Tab. 2 mg; 4 mg	F			(Salbutamol) Salbutamol
		Sir. 2 mg/5 mL	F			(Salbutamol) Salbutamol
		Serb. Inhalasi 200 mcg/Kaps + rotahaler	F			(Ventolin rotacaps) Ventolin rotacaps
		Nebules vial 2,5 mg	F	(a) Serangan asma akut, (b) bronkospasme yang menyertai PPOK, (c) SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis).		-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Cairan Inhalasi 1 mg/mL	F	Hanya untuk serangan asma akut dan/atau bronkospasme yang menyertai PPOK atau SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis).	Hari pertama maks. 8 vial/hari, selanjutnya maks. 4 vial/hari. Kasus ICU maks. 10 vial/hari.	-
		MDI / Aerosol 100 mcg/dosis, btl. 200 dosis	F	Hanya untuk serangan asma akut dan atau bronkospasme yang menyertai PPOK, SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis).	Asma Persisten ringan-sedang, SOPT : 1 tbg/bulan. Asma Persisten berat, PPOK : 2 tbg/bulan	(Salbulinl) Salbulin, Ventolin inhaler
15.	Teofilin	Tab. 150 mg	F			(Bronsolfan) Bronsolfan
		Tab. Lepas lambat 300 mg	F			(Retaphyl SR) Retaphyl SR
16.	Terbutaline	Tab. 2,5 mg	F			(Neosma) Neosma, Molasma, Bricasma
		Sir. 1,5 mg/5 mL	F		1 btl/kasus	-
		Inj. 0,5 mg/mL	F	Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK.	4 amp/hari	(Bricasma) Bricasma
		Cairan Inhalasi 2,5 mg/mL	F	Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK.	Hari pertama maks. 8 vial/hari, selanjutnya maks. 4 vial/hari. Kasus ICU maks. 10 vial/hari.	(Bricasma respule) Bricasma respule

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Serbuk Inhalasi 0,5 mg/dosis, 200 dosis	F	Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK.	1 tbg/bulan	(Bricasma) Bricasma
17.	Tiotropium	Respimat ih 5 mcg/semprot	F	Tidak diberikan pada pasien PPOK yang memiliki komplikasi kardiovaskuler.	1 canister/bulan	
18.	Fluticasone 50 mcg + Salmeterol 25 mcg	Inhalasi 50 mcg/puff, btl. 120 dosis	F	Tidak diberikan pada kasus asma akut.	1 tbg/bulan	(Seretide Inhaler 50 mcg) Seretide Inhaler
19.	Fluticasone 100 mcg + Salmeterol 50 mcg	Inhalasi 100 mcg/puff, strip 60 dosis	F	Tidak diberikan pada kasus asma akut.	1 tbg/bulan	(Seretide Diskus 100 mcg) Seretide Diskhaler
20.	Fluticasone 250 mcg + Salmeterol 50 mcg	Inhalasi 250 mcg/puff, strip 60 dosis	F	Tidak diberikan pada kasus asma akut.	1 tbg/bulan	(Seretide Diskus 250 mcg) Seretide Diskhaler
21.	Ipratoprium Br 0,02 mg/Fenoterol Hidrobromida 0,05 mg	Cairan inhalasi 0,025%	F	Sesudah rujuk balik, dapat diberikan maksimal hingga 3 bulan di Faskes Tk. 1.		(Combivent UDV) Combivent, Farbivent
22.	Ipratoprium Br 0,5 mg/Salbutamol 2,5 mg	Aerosol	F	Hanya untuk (a) Serangan asma akut. (b) Bronkospasme yang menyertai PPOK. (c) SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis). (d) Sebagai nebulizer di IGD dan ruang perawatan.	Hari pertama maks. 8 vial/hari, selanjutnya maks. 4 vial/hari paling lama 5 hari. Kasus ICU maks. 10 vial/hari.	(Combivent UDV) Combivent, Farbivent

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
26.2.	**ANTITUSIF**					
1.	Codein	Tab. 10 mg; 15 mg; 20 mg	F			(Codein) Codein
2.	Sirup timi majemuk	Cairan, btl. 100 mL	NF			-
26.3.	**EKSPEKTORAN**					
1.	Gliseril Guaiakolat	Tab. 100 mg	NF	(OP)		Glyceril Guaicholat
2.	Obat Batuk Hitam (OBH)	Cairan, btl. 200 mL	NF	(OP)		OBH
26.4.	**MUKOLITIK**					
1.	Ambroxol HCl	Tab. 30 mg, Sir. 15 mg/ml	NF	(OP)		Ambroxol, Epexol, Propect
2.	Bromheksin HCl	Tab. 8 mg	NF			Bisolvon, Mucohexin
		Syr.	NF			Bisolvon Syr, Bisolvon Elixir
		Inj. 4 mg	NF			Bisolvon
3.	Erdostein	Kaps. 300 mg	NF			Edotin, Vostrin
		Sir. 175 mg, btl. 60 mL	NF			Vostrin
4.	Fluticasone 500 mcg + Salmeterol 50 mcg	Inhalasi 500 mcg/puff, strip 60 dosis	F	Untuk batuk pada PPOK		(Seretide Diskus 500 mcg) Seretide Diskhaler
5.	N-asetil sistein	Kaps. 200 mg	F		Maksimal 10 kaps/kasus	Acetylsistein, Fluimucil, Simucil
		Granula 200 mg	F		3 x sehari (600 mg/hari)	Acetylsistein, Fluimucil

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
		Inhalasi 100 mg/mL	F		3 amp/hari, paling lama 10 hari	(Fluimucil nebul) Fluimucil
		Syr.	NF			Nytex
6.	Olodaterol	Cairan ih 2,5 mcg/semprot	F	Tidak untuk mengatasi eksaserbasi akut	1 tbg/bulan	
26.5.	**PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS, OBAT untuk**					
1.	Indacaterol maleat	Serb. ih 150 mcg; 300 mcg	F			(Onbrez Breezhaller) Onbrez Breezhaller
2.	Ipratropium Br	Aerosol 20 mcg/puff	F	Untuk pasien PPOK dengan eksaserbasi akut. Tidak untuk jangka panjang.	1 tbg/bulan	(Atrovent HFA) Atrovent
		Cairan inh 0,025%	F			(Atrovent solution for inhalation 0,025%) Atrovent
3.	Ipratropium Br 0,5 mg/Salbutamol 2,5 mg	Nebules	F	Hanya untuk (a) Serangan asma akut. (b) Bronkospasme yang menyertai PPOK. (c) SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis).		(Combivent UDV) Combivent, Farbivent
4.	Tiotropium	Serb. inh. 18 mcg + handihaler	F		1 x setahun	(Spiriva 10's + Handihaler) Spiriva
		Serb. inh. 18 mcg, refill	F		30 kaps/bulan	(Spiriva powder for inhalation 18 mcg 30s) Spiriva
26.6.	**LAIN-LAIN**					
1.	Beractant (Surfaktan)	Susp. 25 mg/mL (intratekal)	F	Hanya untuk *Idiopathic Respiratory Distress Syndrome* (IRDS) pada neonatus.		(Survanta) Survanta, Alveofact

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
27.	**SISTEM IMUN, OBAT untuk MEMPENGARUHI**					
27.1.	**SERUM**					
1.	Hepatitis B Imunoglobulin (Human)	Inj. 150 IU/1,5 mL; Inj. 220 IU/mL	F	Untuk bayi baru lahir dengan ibu HBsAg positif.	1 syringe/ kasus	(Hyperheb) Hyperheb
2.	Human Tetanus Immunoglobulin	Inj. i.m. 250 IU; 500 IU	F	Untuk (a) luka baru terkontaminassi pada pasien dengan riwayat vaksinasi tetanus yang tidak diketahui/tidak lengkap. (b) Manifestasi tetanus secara klinis.		(Tetagam) Tetagam
3.	Immunoglobulin Intravena	Inj. vial. 50 mg/mL	F	Hanya digunakan bila plasmafaresis tidak memberikan respon pada terapi : (a) *Guillain-Barre Syndrome* (GBS), (b) Krisis Myasthenia.	40 ampul/kasus	(Intratect) Gammaras, Gamunex C
4.	Serum Anti Bisa Ular I (A.B.U. I (khusus ular dari Luar Papua)	Inj. i.m. / i.v. 5 ml/vial	F	Khusus untuk daerah tertentu. Disimpan pada suhu 2-8^{0}C.		(Biosave) Biosave
5.	Serum Anti Difteri (A.D.S.)	Inj. i.m. 10.000 IU; 20.000 IU	F	Disimpan pada suhu 2-8^{0}C.		ADS
6.	Serum Anti Rabies	Inj. i.m. 100 IU/ml, amp. @20 mL; 200 - 400 IU/mL	F	Digunakan untuk pengobatan *post exposure* di daerah rabies. Disimpan pada suhu 2-8^{0}C.		-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
7.	Serum Anti Tetanus (A.T.S.)	Untuk pencegahan: Inj. i.m. 1.500 IU/mL, 5.000 IU/mL.	F	Disimpan pada suhu 2-8^{0}C.		(Biosat) Biosat
		Pengobatan: Inj. i.m./i.v. 10.000 IU/vial, 20.000 IU/vial	F			(Biosat) Biosat
8.	Tetanus Toxoid	Inj.	F			-
27.2.	**VAKSIN**					
	Catatan : (a) Disediakan oleh Program Kemenkes, (b) Disimpan pada suhu 2-8^{0}C.					
1.	Vaksin BCG	Serbuk Inj. 0,75 mg/mL + pelarut	F	Disimpan pada suhu < 5°C		Vaksin BCG kering biofarma
2.	Vaksin Campak	Serbuk Inj. + pelarut	F	Disimpan pada suhu 2 - 8°C		Vaksin campak biofarma
3.	Vaksin kombinasi DPT + HB + HiB	Inj.	F	Disimpan pada suhu 2 - 8°C		-
4.	Vaksin Polio t-OPV	Tetes 10 dosis	F	Disimpan pada suhu - 20°C		Vaksin Polio OPV biofarma
4.	Vaksin Polio IPV	Inj. 0,5 mL	F	Disimpan pada suhu - 20°C		Vaksin Polio IPV biofarma
5.	Vaksin Rabies, untuk manusia	Serb. Inj. + booster (s.k.)	F	Disimpan pada suhu 2 - 8°C. Digunakan untuk post-exposure di daerah rabies.		-
		Serb. Inj 2,5 IU (s.k.)	F			
6.	Vaksin Jerap Difteri Tetanus (DT)	Inj. i.m. 40/15 lf per mL	F	Disimpan pada suhu 2 - 8°C. Untuk anak < 7 tahun.		-
7.	Vaksin Jerap Difteri Tetanus (Td)	Inj. i.m. 15/4 lf per mL	F	Disimpan pada suhu 2 - 8°C. Untuk anak ≥ 7 tahun.		-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
8.	Vaksin Jerap Tetanus (*Tetanus Adsorbed Toxoid*)	Inj. i.m.	F	Disimpan pada suhu 2 - 8°C		-
9.	Vaksin Meningokokus Polisakarida A + C	Serb. Inj. Vial @10 dosis + 10 amp. Pelarut @5 mL	NF			Formening, menifak
10.	PPD S t.u. (vaksin)	Inj.	NF			-
28.	**TELINGA, HIDUNG dan TENGGOROKAN, OBAT untuk**					
1.	Asam asetat	Tetes telinga 2%	F	Catatan : Dibuat baru, recenter paratus (r.p.)		
2.	Benzydamine (obat kumur)	Lar. Dental 7,5 mg/5 ml, 60 ml, 120 ml	NF			Tantum verde
3.	Fluticason Furoat	Susp. 27,5 mcg/spray	F	Pemberian hanya pada pagi hari dengan dosis 1x sehari.	1 btl/bulan	(Avamys) Avamys
4.	Fludrocortison acetate, Polymixin B Sulfat, Neomycin sulfat, Lidocaine HCl		NF			Otopain
5.	Fradiomycin sulfat		NF			-
6.	Framicetin sulfat/ Gramicidin/Dexam ethason		NF			
7.	Gentamisin	Tetes Telinga	NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
8.	Hidrogen Peroksida	Lar. Konsentrat 3%	F	(a) Disimpan dalam botol kedap udara, terlindung dari cahaya. (b) Untuk diencerkan sampai 3%.		Perhidrol
9.	Karbogliserin	Tetes telinga 10%	F			(Karbogliserin) Karbogliserin
10.	Kloral hidrat	Lar.	F			Chloralhydrate
11.	Kloramfenikol	Tetes telinga 3%, btl. 5 mL	F	Untuk infeksi telinga dengan membran timpani yang utuh.		-
12.	Lidocain	Cairan semprot oral 10%	F			(Xylocaine Spray 10%) Xylocaine Spray 10%
13.	Lidocain HCl 2%	Spray oral 10%, btl. 50 mL	F			(Xylocaine Spray 10%) Xylocaine Spray 10%
		Inj. 2%, amp. @2 mL (infiltr.)	F			(Lidocain) Lidocain
		Inj. 5% + glucosa (dextrose) 5%	F			(-) Lidodex
		Jeli. 2%.	F			(Xylocaine Jelly 2%) Xylocain Jelly 2%
14.	Natrium Chloride	Btl. 30 mL	NF			Breathy Nasal Drop
15.	Natrium Docusate	Tetes telinga	NF			Forumen
16.	Ofloxacin	Tetes telinga 3 mg/mL	F			(Tarivid Otic) Tarivid Otic
17.	Oksimetazolin	Tetes Hidung 0,025%; 0,050%, btl. 10 mL	F			(Iliadin Drops 0,025%, Spray 0,050%) Iliadin
18.	Triamcinolon Asetonid	Nasal Spray 55 mcg/puff, btl. 120 dosis	F			(Nasacort AQ) Nasacort AQ

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
29.	**VITAMIN, MINERAL, FOOD SUPLEMEN**					
1.	ACTH 4-10		NF			-
2.	ATP 20 mg, vit B_1 100 mg, vit B_6 200 mg, vit B_{12} 200 mcg, vit E 30 mg					Bio-ATP
3.	Asam Folat	Tab. 0,4 mg; 1 mg, 5 mg	F			(Asam Folat) Asam Folat
4.	Asam Hyaluronat	Inj.	F			Durolane, Hyalgan
5.	Calcitriol / Kolekalsiferol (Vit. D3)	Kaps. Lunak 0,25 mcg, 0,5 mcg	F	Hanya untuk penyakit ginjal kronis grade 5 ke atas dan pasien hipoparatiroid pemeriksaan kadar kalsium ion 1, 1-2,5 mmol.		(Ostovel) Ostovel, Ostriol, Kolkatriol
6.	Calcium Asetat	Tab. 667 mg	NF			-
7.	Calcium Carbonat	Tab. 500 mg	F		90 tab/bulan	(Calprosis D500) Calporosis
8.	Calcium Gluconat	Inj. 100 mg/mL	F			(Calcium Gluconas) Calcium Gluconas
9.	Calcium Lactat (Kalk)	Tab. 500 mg	F	Untuk hipoparatiroidisme.		(Kalk) Calcium Lactate, Licokalk
10.	Citicoline	Inj. 250 mg/2 mL; 500 mg/4 mL	NF	(OP) CVA, Post Operasi Trepanasi, Cedera Otak Berat (COB), Cedera Kepala Sedang rencana operasi		Citicholine, Beclove
		Tab. 500 mg	NF	(OP) CVA		Citicholine, Brainact
11.	Coenzim Q10	Tab. 100 mg	NF			Co-En Q10, Q Ten

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
12.	DHA		NF			-
13.	Ergokalsiferol (Vit. D2)	Kaps. 50.000 IU	F	Hanya untuk penyakit ginjal kronis grade 5 ke atas dan pasien hipoparatiroid pemeriksaan kadar kalsium ion 1, 1-2,5 mmol.		-
		Susp. 10.000 IU/mL	F			-
14.	Ferro Fumarat	Kaps. lunak 300 mg	F			-
15.	Ferro Sulfat/Ferro Fumarat/Ferro glukonat (setara dengan 60 mg Fe elemental) + Asam Folat 0,4 mg	Tab. Sal.	F			(Tablet tambah darah) Tablet tambah darah, Hemafort, Ferofort
16.	Mecobalamin	Kaps. 500 mcg	NF			-
17.	MLC 601	Tab.	NF			Neuroaid
18.	Multivitamin	Drop	NF	(OP) Hanya untuk Bayi Berat Badan Rendah (BBLR)		Sanbe Plex, Apialys
		Sir.	NF			Zamel, Elkana
		Inj.				Cernevit
19.	Ophiocephalus striatus extr.	Sacc./Kaps. 500 mg	NF			VipAlbumin
20.	Piracetam	Inj. 1 gr; 3 gr	NF	(OP) CVA, Post Operasi Trepanasi, Cedera Otak Berat (COB), Cedera Kepala Sedang rencana operasi		Piracetam, Gotropil, Mersitropil
		Tab. 800 mg, 1200 mg	NF			Piracetam, Gotropil, Mersitropil
		Syr.	NF			Mersitropil

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
21.	Vit. A (Retinol)	Tab. 6.000 IU	NF	(OP) untuk pasien dengan kasus gizi buruk		Vit A
		Kaps. Lunak 100.000 IU; 200.000 IU	F			(Retinol 100.000 IU) Retinol
22.	Vit. B1 (Thiamin)	Tab. 50 mg	F		30 tab/bulan	(Vit B1) Vit B1
23.	Vit. B6 (Piridoksin)	Tab. 10 mg; 25 mg	F		30 tab/bulan	(Vit B6) Vit B6
		Inj. 50 mg/mL, amp. 1 mL	F			-
24.	Vit. B12 (Sianokobalamin)	Tab. 50 mcg	F		30 tab/bulan	(Vit B12) Vit B12
25.	Vit. B complex	Tablet	F			(Vit B Complex) Vit B6 Complex
26.	Vit. C (Asam Askorbat)	Tab. 50 mg; 250 mg	F			(Vit C) Vit C
27.	Vit. E	Tab. 100 IU	NF	(OP) untuk pasien dengan kasus gizi buruk; Thalasemia		Santa E
28.	Vitamin Larut Air (Vit B dan Vit C)	Inj.				Soluvit
29.	Vitamin Larut Lemak (Vit. A, Vit. D, Vit. E, dan Vit. K)					Vitalipid-N-Adult, Vitalipid N-Infant
30.	Zinc Sulfat	Tab. Dispersible 20 mg/tab	F			(Zinc) Zinc

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
31.	Calcium Carbonate/ Mineral/Vitamin	Tab.	NF			-
32.	Coenzim Q10/Vit. C/Vit E.Zingiber	Tab.	NF			-
33.	Fursultiamin	Tab.	NF			Alinamin
		Inj. 25 mg/10 ml	NF			Furamin
34.	Glucosamin	Tab. 500 mg	NF			Glucosamin
35.	Glucosamin/Mineral/ Vitamin	Tab. 500 mg	NF			Fitbon, Osteotin
36.	Lesithin/ Ginkobiloba		NF			Neurochol
37.	Paricalcitol		NF			Zemplar
38.	Vit. B1/Vit. B6/Vit. B12	Tab.;	NF			Neurobion, Neurodex
		Inj.	NF			Neurobion, Mersibion, Ikaneuron
39.	Vit. B1/Vit. B6/Vit. B12/Vit. E/As. Folat	Tab.;	NF			Forneuro
40.	Vit. C/Vit. B Complex/Vit. E/ Niacinamid/Folic Acid/Ca/etc.	Tab.	NF			-

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK - E-CATALOG - DAGANG
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	
I	II	III	IV	V	VI	VII
30.	**OBAT YANG MEMENGARUHI STRUKTUR dan MINERALISASI TULANG**					
1.	Alendronat	Tab. 10 mg	F	Pasien dengan osteoporosis, hasil pemeriksaan BMD DXA, T Score < -2,5 (bukan BMD ultrasound) dengan riwayat fraktur dalam 6 bulan terakhir.	1 tab/minggu	(-) Osteofar
2.	Asam Zoledronat	Inf. 5 mg/100 mL	F	Pasien dengan osteoporosis, hasil pemeriksaan BMD DXA, T Score < -2,5 (bukan BMD ultrasound) dengan riwayat fraktur dalam 6 bulan terakhir.	1 tab/minggu	(Zometa) Zometa, Zoffec
3.	Asam Risedronat	Tablet salut selaput 35 mg	F	Pasien dengan osteoporosis, hasil pemeriksaan BMD DXA, T Score < -2,5 (bukan BMD ultrasound) dengan riwayat fraktur dalam 6 bulan terakhir.	1 tab/minggu	Actonel, Osteonat OAW
31.	**LAIN-LAIN**					
1.	Agaropyron Repens (Couch Grass)	Tab.	NF			Renalof
2.	Custodial	Inj.	NF	(OP) Induksi kidney transplant		Custodial
3.	Ekstrak Schizandrae Fructus	Kap.	NF			HP Pro
4.	Isoxuprine	Tab. 20 mg	NF	(OP) Tokolitik		Hystolan
5.	Phenazopiridin	Tab. 100 mg	NF			Urogetix

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	F/ NF	FORMULARIUM NASIONAL		NAMA GENERIK -
				RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL	E-CATALOG - DAGANG
I	II	III	IV	V	VI	VII
6.	Sevelamer carbonat	Tab. 800 mg	F	Hanya untuk pasien CKD stage 5 dialysis dengan kadar fosfat > 5,5 mg/dL dan kadar calcium > 9 mg/dL yang tidak dapat diberikan calcium carbonat.		

A. NAMA GENERIK BARU DALAM FORMULARIUM OBAT RSSA TAHUN 2018

KELAS TERAPI	NAMA GENERIK BARU	BENTUK DAN KEKUATAN SEDIAAN
8.2.	BASILIXIMAB	Inj. 20 mg
8.3.	BENDAMUSTIN	Serb. Inj. 25 mg, 100 mg
15.2.	SILODOSIN	Tab 4 mg
23.4.	PALIPERIDON PALMITAT	Inj 50 mg/0,5 mL, Inj 75 mg/0,75 mL
24.1.	SUGAMMADEKS	Inj 100 mg/mL
26.4.	OLODATEROL	Cairan Inhalasi 2,5 mcg/semprot
31	SEVELAMER KARBONAT	Tab 800 mg

B. NAMA DAGANG BARU DALAM FORMULARIUM OBAT RSSA TAHUN 2018

INJEKSI	INJEKSI	TABLET
BONEVELL (Ibandronic sodium) INJ	SCANLUX (iopamidol) 370 mg/50 ml **(SAS)**	MYFORTIC (Mycophenolate Sodium) tab
BUPIVACAIN HEAVY (inj. 0,05% + glucosa 8%	SCOPAMIN (Hyoscine-N-bromide 20mg/1ml) I	TENSIDOX (Doxazosin) tab
CARBOPLATIN Ferron	TIOPOL (THIOPENTAL) 0,5 MG INJ	**SIRUP**
DOCETAXEL 20mg inj SANBE	WIDA BES (Asetat Ringer) 500 mL Inf	ABILIFY (Aripiprazole) Oral SOL 1 mg/mL 150 mL
KEMOBOTIN (Carboplatin) Inj	WIDA KDN -1 500 mL inf	**OBAT LUAR**
KEMOPIRIN (Epirubicin) Inj	**TABLET**	FUNGASOL- SS (Ketokonazol scalp sol 2%)
KEMOBOTIN (Carboplatin) Inj	BINECAP (Capecitabine) 500 mg tab	HYALOPH (natrium hialuronat) tetes mata
KEMOPIRIN (Epirubicin) Inj	GENISONE (Hydrocortisone) 20 mg tab	MINIRIN (desmopressin) 10 mcg NASAL SPRAY (0.1 mg/mL) **(SAS)**
OCTANATE 500 IU inj	IMUTREX (Methotrexat) 2.5mg) tab **(SAS)**	SALBULIN(salbutamol MD/aerosol 100mg/dosis
PRIMOVIST (Gadoxetat disodium)	MINIRIN (Desmopressin) tab	SCANDONEST 2% SPECIAL 2,2 mL **(SAS)**

NAMA GENERIK DAN DAGANG YANG DIKELUARKAN DARI FORMULARIUM OBAT RSSA TAHUN 2018

A. NAMA GENERIK YANG DIKELUARKAN DARI FORMULARIUM	BENTUK SEDIAAN	ALASAN
INTERFERON ALFA	INJ	KELUAR DARI FORNAS 2018
CYCLOPHOSPHAMID	TAB	KELUAR DARI FORNAS 2018
AMILORID	TAB	KELUAR DARI FORNAS 2018
SPIRONOLAKTON/THIABUTAZID	TAB	KELUAR DARI FORNAS 2018
HIDROKSI PROGESTERON	INJ	KELUAR DARI FORNAS 2018
COAL TAR	LAR	REVISI DI FORNAS 2018
Vaksin Jerap Difteri Tetanus Pertusis (DTP)	INJ	KELUAR DARI FORNAS 2018
NICOTINAMID	TAB	KELUAR DARI FORNAS 2018

B. NAMA DAGANG YANG DIKELUARKAN DARI FORMULARIUM	BENTUK SEDIAAN	ALASAN
SPICA SPINAL Inj	INJ	KELUAR DARI E-CATALOG 2018
OPTIFLOX Tetes Mata	TETES MATA	KELUHAN EFEK SAMPING OBAT
NUTRIFLEX LIPID SPECIAL 1250	INFUS	ADA SEDIAAN KOMBINASI YANG LEBIH LENGKAP
NUTRIFLEX LIPID SPECIAL 625	INFUS	ADA SEDIAAN KOMBINASI YANG LEBIH LENGKAP
NUTRIFLEX LIPID PERI 1250	INFUS	ADA SEDIAAN KOMBINASI YANG LEBIH LENGKAP
COMBIFLEX PLUS	INFUS	ADA SEDIAAN KOMBINASI YANG LEBIH LENGKAP
COMBIFLEX PERI	INFUS	ADA SEDIAAN KOMBINASI YANG LEBIH LENGKAP
DIPSAMOL	INH	KELUAR DARI E-CATALOG 2018

FORMULIR PELAPORAN EFEK SAMPING OBAT | **Kode Sumber Data :**

PENDERITA

Nama (Singkatan) :	**Umur :**	**Suku :**	**Berat Badan :**	**Pekerjaan :**
……	……	……	……	……

Kelamin (beri tanda X) :

Pria..... ☐

Wanita : ☐

Hamil..... ☐

Tidak hamil..... ☐

Tidak tahu..... ☐

Penyakit Utama :

Kesudahan Penyakit Utama (Beri Tanda X) :

☐ Sembuh
☐ Meninggal
☐ Sembuh dengan gejala sisa
☐ Belum sembuh
☐ Tidak Tahu

Penyakit / Kondisi lain yang menyertai (beri tanda X) :

☐ Gangguan Ginjal
☐ Gangguan Hati
☐ Alergi
☐ Kondisi medis lainnya
☐ Faktor Industri, pertanian, kimia.
☐ Lain-lain :

EFEK SAMPING OBAT (ESO)

Bentuk / Manifestasi ESO yang Terjadi / Keluhan Lain Termasuk Mutu :	**Saat/Tanggal Mula Terjadi :**	**Kesudahan ESO (beri tanda X) : Tanggal:……**
		☐ Sembuh ☐ Meninggal ☐ Sembuh dengan gejala sisa ☐ Belum sembuh ☐ Tidak tahu

Riwayat ESO yang Pernah Dialami :

OBAT

Nama (Nama Dagang/Nama Generik/Pabrik/IF)	**Bentuk Sediaan**	**No. Bets**	**Beri tanda X untuk obat yang dicurigai**	**Pemberiaan**				**Indikasi penggunaan**
				Cara	**Dosis/Waktu**	**Tgl. Mula**	**Tgl. akhir**	
1.	.....	.....	.....					
2.	.....	.....	.....					
3.	.....	.....	.....					
4.	.....	.....	.....					
5.	.....	.....	.....					
6.	.....	.....	.....					
7.	.....	.....	.....					
8.	.....	.....	.....					
9.	.....	.....	.....					
10.	.....	.....	.....					

Keterangan Tambahan (misalnya : kecepatan timbulnya Efek Samping Obat, reaksi setelah obat dihentikan, pengobatan yang diberikan untuk mengatasi ESO)

Data Laboratorium (bila ada).

Tgl. Pemeriksaan :

……..…., tgl..……..…..20….
Tanda Tangan Pelapor

(……)

RAHASIA | **MONITORING EFEK SAMPING OBAT NASIONAL**

KIRIMAN BALASAN
IZIN No.04/PRKB/JAT/REGIONAL-IV/2017
No.Izin Berlaku s/d 31 Desember 2017

KIRIM TANPA PERANGKO

KEPADA
PT.POS INDONESIA (PERSERO)
KEPALA KANTOR POS
JAKARTA 13000

Untuk diserahkan kepada:
PUSAT FARMAKOVIGILANS/MESO NASIONAL
Direktorat Pengawasan Distribusi Produk Terapetik & PKRT
Badan Pengawas Obat dan Makanan RI
Jl. Percetakan Negara No. 23, Kotak Pos No. 143 Jakarta 10560
Telp. : (021) 4244755 ext. 111, 4244691 ext 1072
Fax. : (021) 42883485
E-mail : pv-center@pom.go.id
Indonesia-MESO-BadanPOM@hotmail.com
Subsite : http://e-meso.pom.go.id

PENGIRIM

Nama :

Keahlian :

Alamat :

Nomor Telepon :

PENJELASAN :

1. Monitoring Efek Samping Obat (MESO) yang dilakukan di Indonesia bekerja sama dengan WHO-Uppsala Monitoring Center (*Collaborating Center for International Drug Monitoring*) yang dimaksudkan untuk memonitor semua efek samping obat yang dijumpai pada penggunaan obat.
2. Hasil evaluasi dari semua informasi yang terkumpul akan digunakan sebagai bahan untuk melakukan penilaian kembali obat yang beredar serta untuk melakukan tindakan pengamanan atau penyesuaian yang diperlukan.
3. Umpan balik akan dikirim kepada pelapor.

No.	Pertanyaan/ Questions	Scale		
		Ya/Yes	Tidak/No	Tidak Diketahui/ Unknown
1	Apakah ada laporan efek samping obat yang serupa? *(Are there previous conclusive reports on this reaction?)*	1	0	0
2	Apakah efek samping obat terjadi setelah pemberian obat yang dicurigai? *(Did the ADR appear after the suspected drug was administered?*	2	-1	0
3	Apakah efek samping obat membaik setelah obat dihentikan atau obat antagonis khusus diberikan? *(Did the ADR improve when the drug was discontinued or a specific antagonist was administered?)*	1	0	0
4	Apakah Efek Samping Obat terjadi berulang setelah obat diberikan kembali? *(Did the ADR recure when the drug was readministered?)*	2	-1	0
5	Apakah ada alternative penyebab yang dapat menjelaskan kemungkinan terjadinya efek samping obat? *(Are there alternative causes that could on their own have caused the reaction?)*	-1	2	0
6	Apakah efek samping obat muncul kembali ketika plasebo diberikan? *(Did the ADR reappear when a placebo was given?)*	-1	1	0
7	Apakah obat yang dicurigai terdeteksi di dalam darah atau cairan tubuh lainnya dengan konsentrasi yang toksik? *(Was the drug detected in the blood (or other fluids) in concentrations known to be toxic?)*	1	0	0
8	Apakah efek samping obat bertambah parah ketika dosis obat ditingkatkan atau bertambah ringan ketika obat diturunkan dosisnya? *(Was the ADR more severe when the dose was increased or less severe when the dose was decreased?)*	1	0	0
9	Apakah pasien pernah mengalami efek samping obat yang sama atau dengan obat yang mirip sebelumnya? *(Did the patient have a similar ADR to the same or similar drugs in any previous exposure?)*	1	0	0
10	Apakah efek samping obat dapat dikonfirmasi dengan bukti yang obyektif? *(Was the ADR confirmed by objective evidence?)*	1	0	0
	Total Score			

NARANJO PROBABILITY SCALE:

Score	Category
9+	Highly probable
5 - 8	Probable
1 - 4	Possible
0-	Doubtful

FORM PENGAJUAN OBAT BARU
RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG

1. Nama generik : .....
2. Nama dagang : .....
3. Bentuk & kekuatan sediaan : .....
4. Indikasi : .....
5. Fornas : a. Ya b. Tidak
6. E-katalog : a. Ya b. Tidak
7. Kriteria Usulan (Dipilih sesuai kebutuhan) :
   a. Menambah nama generik baru di FORS, karena .....
      (Harap dilampirkan *evidence base/international-national guideline)*
   b. Menambah nama dagang baru di FORS, karena .....
   c. Menambah bentuk/kekuatan sediaan baru, karena .....
   d. Efikasi (dibandingkan dg obat yg sudah tersedia) .....
   e. Safety (dibandingkan dg obat yg sudah tersedia) .....
   f. Harga (dibandingkan dg obat yg sudah tersedia) .....
   g. Lainnya, sebutkan .....
9. Perkiraan kebutuhan/bulan :
   a. Jumlah pasien : .....
   b. Dosis dan lama terapi : .....
10. Tercantum di PPK
    a. Ya b. Tidak
    Judul PPK .....

Mengetahui,
Kepala Instalasi / Ketua SMF

Malang,
DPJP yang mengusulkan