



FORMULARIUM

RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

EDISI TAHUN 2022





FORMULARIUM
RS. UNIVERSITAS HASANUDDIN

EDISI TAHUN 2022

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	ii
Sambutan Direktur Utama	iii
Kata Pengantar.....	iv
Surat Keputusan Komite Farmasi & Terapi Rasional.....	v
Surat Keputusan Penetapan Formularium 2022	ix
Prinsip Penggunaan Obat Secara Rasional.....	xii
Daftar Pustaka	xiv
Petunjuk Penggunaan.....	xv
Daftar Obat Formularium RSUH Berdasarkan Kelas Terapi	1-163
Lampiran	
Contoh Formulir Pengusulan Obat Baru.....	164
Contoh Formulir Laporan efek Samping Obat	166
SOP Alur Permintaan Obat Khusus (POK).....	167
Tabel Interaksi Obat	170

SAMBUTAN
DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang senantiasa memberikan kesihatan dan keselamatan sehingga dapat diterbitkannya "FORMULARIUM RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN Edisi Tahun 2022". Bersama ini pula saya menyatakan bahwa buku formularium ini resmi dipergunakan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar.

Dengan terbitnya buku formularium ini, kami berharap dapat menjadi pedoman dalam melakukan perencanaan, pemesanan serta penggunaan obat untuk keperluan Pasien oleh Bagian Unit Layanan Pengadaan, Apoteker, Dokter dan perawat sehingga secara bertahap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin mampu meningkatkan pelayanan dan penggunaan obat secara tepat dan rasional.

Tidak lupa pula apresiasi yang setinggi-tingginya kami tujukan kepada Tim Komite Farmasi dan Terapi Rasional dan semua pihak yang telah menyelesaikan tugas ini. Semoga Allah SWT senantiasa meridhoi kita semua.



dr. Andi Muhammad Ichsan, Ph.D., Sp.M (K)

NIP 197002122008011013

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa sehingga Buku Formularium Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Edisi Tahun 2022 dapat diterbitkan.

Semoga buku formularium ini dapat menjadi pedoman dalam penggunaan obat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin. Apabila terdapat perubahan atau revisi kebijakan berdasarkan evaluasi berjalan, maka akan ditambahkan kedalam adendum Formularium Rumah Sakit sebelum penerbitan Buku Formularium berikutnya. Segala kritik dan saran mengenai kekurangan maupun kesalahan cetak dalam buku akan kami terima untuk menjadi landasan perbaikan kedepan.

Akhir kata kami ucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah banyak membantu dan bekerjasama, dalam penyusunan buku formularium ini.

Komite Farmasi dan Terapi Rasional
Ketua,



dr. Lia Hafiyani, M. Pharm., Sc., Ph.D
NIP 198704032012122001



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

**KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS
NOMOR 5902/UN4.24/KEP/2022**

TENTANG

**PENGANGKATAN KOMITE FARMASI DAN TERAPI RASIONAL
RUMAH SAKIT UNHAS**

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS,

- Menimbang : a. bahwa sehubungan dengan adanya pergantian Ketua Komite Farmasi dan Terapi Rasional berdasarkan Surat Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 3893/UN4.1/KEP/2022 tanggal 24 Juni 2022, maka dipandang perlu merevisi Keputusan Direktur Utama mengenai Pengangkatan Komite Farmasi dan Terapi Rasional;
- b. bahwa mereka yang namanya tersebut pada lampiran keputusan ini, dipandang cakap dan mampu untuk diangkat sebagai Komite Farmasi dan Terapi Rasional;
- c. bahwa untuk kepentingan huruf a dan b di atas, perlu diterbitkan dengan Surat Keputusan.

- Mengingat : 1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5053);
3. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 158);
5. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2014, Tanggal 17 Oktober 2014 tentang Penetapan Universitas Hasanuddin sebagai Perguruan Tinggi Negeri Badan Hukum (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 303);
7. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2015, tanggal 22 Juli 2015 tentang Statuta Universitas Hasanuddin (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 5722);



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;
9. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor : 6/UN4.1/2022 Tanggal 22 April 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin;
10. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor: 6553/UN4.1/KEP/2021 tanggal 28 Oktober 2021 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS TENTANG PENGANGKATAN KOMITE FARMASI DAN TERAPI RASIONAL RUMAH SAKIT UNHAS.

KESATU : Segala biaya yang dikeluarkan sehubungan dengan pelaksanaan keputusan ini, dibebankan pada DPAU PTNBH Universitas Hasanuddin, alokasi Rumah Sakit Unhas;

KEDUA : Dengan berlakunya keputusan ini, maka Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas Nomor 10/UN4.24/KEP/2022 tanggal 3 Januari 2022, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

KETIGA : Surat Keputusan ini berlaku sampai dengan ketentuan bahwa apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan didalamnya, maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Makassar
Pada tanggal 1 Juli 2022
DIREKTUR UTAMA,

SITI MAISURI TADJUDDIN CHALID[®]
NIP 196704091996012001

Tembusan :

1. Para Direksi;
2. Ketua Satuan Pemeriksa Internal;
3. Ketua Satuan Penjaminan Mutu;
4. Para Ketua Komite;
5. Yang bersangkutan;
6. Arsip.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

LAMPIRAN I
SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UNHAS
NOMOR 5902/UN4.24/KEP/2022
TANGGAL 1 JULI 2022
TENTANG PENGANGKATAN KOMITE FARMASI DAN TERAPI
RASIONAL RUMAH SAKIT UNHAS

- Ketua : dr. Lia Hafiyani, M.Pharm., Sc
Sekretaris : apt. Faried Ma'ruf, S.Si
Anggota :
1. Prof. Dr. dr. A. Makbul Aman, Sp.PD., KEMD
 2. Dr. dr. Warsinggih, Sp.B-KBD
 3. Prof. Dr. dr. Syahrul Rauf, Sp.OG (K)
 4. dr. A. Dwi Bahagia Febriani, Ph.D., Sp.A (K)
 5. Prof. Dr. dr. Nurpudji A. Taslim, MPH., Sp.GK (K)
 6. dr. Haizah Nurdin, M.Kes, Sp.An-KIC
 7. dr. Citra Rosyidah, M.Kes, Sp.S
 8. Dr. dr. Muzakkir Amir, Sp.JP
 9. dr. Ririn Nislawati, Sp.M., M.Kes
 10. dr. Azmi Mir'ah Zakiah, M.Kes., Sp.THT-KL (K)
 11. dr. Airin R.N. Mappewali, Sp.KK., M.Kes
 12. dr. M. Asykar A. P, Sp.U
 13. dr. Arif Santoso, Sp.P., Ph.D., FAPSR
 14. apt. Abd. Rakhmat Muzakkir, S.Si
 15. apt. Muchtasyam Zuchrullah, S.Si., M.Si
 16. Riska Ropika Hasibuan, S.Farm

Ditetapkan di Makassar
DIREKTUR UTAMA


SITI MAISURI TADJUDDIN CHALID



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

LAMPIRAN II

**SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UNHAS**

NOMOR 5902/UN4.24/KEP/2022

TANGGAL 1 JULI 2022

**TENTANG PENGANGKATAN KOMITE FARMASI DAN TERAPI
RASIONAL RUMAH SAKIT UNHAS**

Uraian Tugas dan Wewenang :

1. Mengembangkan kebijakan tentang penggunaan obat di Rumah Sakit;
2. Melakukan seleksi dan evaluasi obat yang akan masuk dalam formularium Rumah Sakit;
3. Mengembangkan standar terapi;
4. Mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan obat;
5. Melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan obat yang rasional;
6. Mengkoordinir penatalaksanaan reaksi obat yang Tidak Dikehendaki;
7. Mengkoordinir penatalaksanaan medication error;
8. Menyebarkan informasi terkait kebijakan penggunaan obat di Rumah Sakit.

Ditetapkan di Makassar
DIREKTUR UTAMA,

SITI MAISURI TADJUDDIN CHALID



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

**KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS
NOMOR 345/UN4.24.0/KEP/2022**

TENTANG

PENETAPAN FORMULARIUM RUMAH SAKIT UNHAS

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS,

- Menimbang** : a. bahwa dalam rangka penerbitan Buku Formularium Rumah Sakit Unhas sebagai pedoman dalam melakukan perencanaan, pemesanan, serta penggunaan obat di lingkungan Rumah Sakit Unhas yang dapat meningkatkan pelayanan dan penggunaan obat secara tepat dan rasional, maka dipandang perlu menetapkan Formularium Rumah Sakit Unhas;
- b. bahwa untuk kepentingan huruf a di atas, perlu menerbitkan Surat Keputusannya.
- Mengingat** : 1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 158);
5. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penetapan Universitas Hasanuddin sebagai Perguruan Tinggi Negeri Badan Hukum (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 303);
7. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2015 tentang Statuta Universitas Hasanuddin (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 5722);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/200/2020 tentang Pedoman Penyusunan Formularium Rumah Sakit;
10. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor : 24/UN4.1/2022 tanggal 17 Oktober 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin;
11. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor: 7071/UN4.1/KEP/2021 tanggal 18 Oktober 2022 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Direktur Utama Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.

Mempertimbangkan : Surat dari Ketua Komite Farmasi dan Terapi Rasional Nomor 11332/UN4.24.10/KP.02.00/2022 tanggal 28 November 2022 perihal Permohonan Penetapan Formularium Rumah Sakit Tahun 2022.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS TENTANG PENETAPAN FORMULARIUM RUMAH SAKIT UNHAS.



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

KESATU

: Keputusan ini berlaku mulai tanggal ditetapkan, dengan ketentuan bahwa apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam surat keputusan ini, maka akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Makassar

Pada tanggal 5 Desember 2022

DIREKTUR UTAMA, *Aj*

ANDI MUHAMMAD ICHSAN *f*

NIP 197002122008011013

Tembusan :

1. Para Direksi;
2. Ketua SPI;
3. Para Kepala Pusat;
4. Para Ketua Komite;
5. Para Manajer;
6. Para Kepala Seksi;
7. Para Kepala Instalasi;
8. Arsip.

PRINSIP PENGGUNAAN OBAT SECARA RASIONAL

Pada dasarnya obat akan diresepkan bila memang diperlukan dan dalam setiap kasus, pemberian obat harus dipertimbangkan berdasarkan manfaat dan resikonya (*cost benefit ratio*). Kebiasaan peresepan obat yang tidak rasional akan berdampak buruk bagi pasien seperti kurangnya efektivitas obat, kurang aman, pengobatan biaya tinggi dan sebagainya.

Dalam buku *Guide to Good Prescribing* yang diterbitkan oleh WHO tahun 1994 telah dibuat pedoman penggunaan obat secara rasional. Langkah-langkah pengobatan rasional tersebut disusun sebagai berikut:

Langkah 1 : Tetapkan masalah pasien

Sedapat mungkin diupayakan menegakkan diagnosis secara akurat berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisis yang seksama, pemeriksaan penunjang yang tepat. Diagnosis yang akurat serta identifikasi masalah yang jelas akan mempermudah rencana penanganan.

Langkah 2 : Tentukan tujuan terapi

Tujuan terapi disesuaikan untuk setiap masalah atau diagnosis yang telah dibangun berdasarkan patofisiologi penyakit yang mendasarinya.

Langkah 3 : Strategi pemilihan obat

Setiap pemilihan jenis penanganan ataupun pemilihan obat harus sepengatutan dan kesepakatan dengan pasien. Pilihan penanganan dapat berupa penanganan non farmakologik maupun farmakologik. Pertimbangan biaya pengobatan pun harus dibicarakan bersama-sama dengan pasien atau keluarga pasien.

a. Penanganan non farmakologik

Perlu dihayati bahwa tidak semua pasien membutuhkan penanganan berupa obat. Sering pasien hanya membutuhkan nasehata berupa perubahan gaya hidup, diet tertentu, sekedar fisioterapi atau psikoterapi. Semua instruksi tersebut perlu dijelaskan secara rinci dan dengan dokumen tertulis.

b. Penanganan farmakologik

Berdasarkan pemahaman patofisiologi penyakit serta farmakodinamik obat dilakukan pemilihan jenis obat dengan mempertimbangkan efektifitas, keamanan, kenyamanan dan harga obat.

Langkah 4 : Penulisan resep obat

Sebuah resep obat berisi perintah dari penulisnya kepada apoteker sebagai pihak yang menyerahkan obat kepada pasien. Resep harus ditulis dengan jelas, mudah dibaca dan memuat informasi nama dan alamat penulis resep, tanggal peresepan, nama dan kekuatan obat, dengan singkatan dan satuan yang baku, bentuk sediaan dan jumlahnya, cara pemakaian dan peringatan. Nama, umur pasien serta alamat juga dicantumkan, kemudian dibubuhi paraf atau tanda tangan dokter.

Langkah 5 : Penjelasan tentang atauran pakai dan kewaspadaan

Pasien memerlukan informasi, instruksi dan peringatan yang akan memberinya pemahaman sehingga ia mampu menerima dan mematuhi pengobatan dan mempelajari cara minum obat yang benar. Informasi yang jelas akan meningkatkan kepatuhan pasien.

Langkah 6 : Pemantauan pengobatan

Pemantuan bertujuan untuk menilai hasil pengobatan dan sekaligus menilai apakah diperlukan tambahan upaya lain. Pemantauan dapat dilakukan secara pasif maupun aktif. Pemantaun pasif artinya dokter menjelaskan kepada pasien tetang apa yang harus dilakukan bila pengobatan tidak manjur. Pemantauan aktif berarti pasien diminta datang kembali pada waktu yang ditentukan untuk dinilai hasil pengobatan terhadap penyakitnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. *Guide to good prescribing*. World Health Organization. Action Programme on essential drugs. Geneva, 1994.
2. Metha DK, Ryan RSM, Hogerzeil HV (penyunting). *WHO Model Formulary*, WHO, 2004.
3. KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR HK.01.07/MENKES/6485/2021 Tentang FORMULARIUM NASIONAL
4. Ikatan Apoteker Indonesia. 2019. ISO Informasi Spesialite Obat Indonesia, Volume 52. Jakarta: PT. ISFI Penerbitan.
5. MIMS Pte Ltd. 2021. MIMS Drug Reference Concise Prescribing Information. Jakarta: PT Medidata Indonesia

PETUNJUK PENGGUNAAN BUKU FORMULARIUM RSUH

Buku Formularium RSUH edisi tahun 2021 dibagi menjadi 4 bagian :

- A. Bagian pertama : Berisi informasi umum.
- B. Bagian kedua : Berisi daftar obat formularium yang disusun berdasarkan kelas terapi mengikuti ketentuan pada Formularium Nasional (Fornas).
- C. Bagian ketiga : berisi lampiran-lampiran :
 1. Peraturan Menteri Kesehatan RI Tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah.
 2. Contoh formulir penyusunan obat baru. Formulir ini digunakan oleh staf medis untuk mengajukan usulan obat yang akan dimasukkan dalam formularium. Formulir ini dapat diminta pada Sekretaris Komite Farmasi dan Terapi Rasional, Ruang Komite Farmasi dan Terapi Lt.3 Ged. E-F RS. UNHAS.
 3. Contoh formulir permintaan Obat non formularium. Formulir ini digunakan oleh staf medis untuk mengajukan permintaan khusus obat yang tidak tercantum di formularium. Formulir ini dapat diminta di setiap satelit farmasi terdekat.
 4. Contoh formulir laporan efek samping obat. Formulir ini dapat digunakan oleh dokter/ apoteker/ perawat untuk melaporkan adanya efek samping obat. Formulir ini tersedia di setiap nurse station, atau dapat diminta kepada satelit farmasi terdekat.
 5. Tabel interaksi obat.
- D. Bagian keempat berisi indeks kelas terapi, indeks obat berdasarkan nama generik, indeks obat berdasarkan nama dagang.

Kolom kelas terapi berisi :

Kode kelas terapi yang mengacu pada Formularium Nasional (Fornas).

Kolom No Urut Obat, dimaksudkan adalah nomor urut obat dari subkelas terapi.

Nama dagang produk obat yang disetujui masuk dalam formularium adalah maksimal: 1 (satu) *original product* (nama dagang yang memegang hak paten obat), 2 (dua) copy drugs dan 1 (satu) sediaan generik.

Untuk obat yang tersedia produk generiknya, maka pada Kolom nama dagang, sediaan generik ditandai dengan tulisan GENERIK diikuti dengan nama generiknya.

**DAFTAR OBAT FORMULARIUM
BERDASARKAN KELAS TERAPI**

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1. ANALGESIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NON STEROID, ANTIPIRAI							
1.1 ANALGESIK NARKOTIK							
1.	Fentanil	Inj 0,05 mg/mL (i.m/i.v)	GENERIK Fentanil 2 mL, GENERIK Fentanil 10 mL	ETANYL	Inj: Hanya untuk nyeri sedang hingga berat dan harus diberikan oleh tim medis yang dapat melakukan resusitasi.	5 amp/kasus	F
		Patch 12,5 mcg/jam	DUROGESIC 12	FENTANYL	Patch: Untuk nyeri pada pasien kanker yang tidak teratasi dengan analgesik non opioid.	10 patch/bulan	F
		Patch 25 mcg/jam	DUROGESIC 25	FENTANYL		10 patch/bulan	F
		Patch 50 mcg/jam	DUROGESIC 50	FENTANYL		5 patch/bulan	F
2.	Hidromorfon	Tab lepas lambat 8 mg	JURNISTA 8	HIDROMORPHONE HYDROCHLORIDE		30 tab/bulan	F
		Tab lepas lambat 16 mg	JURNISTA 16	HIDROMORPHONE HYDROCHLORIDE		30 tab/bulan	F
3.	Kodein	Tab 10 mg	GENERIK Kodein		Hanya untuk pemakaian pada tindakan anestesi atau perawatan di rumah sakit dan untuk mengatasi nyeri kanker yang tidak respons terhadap analgesik non narkotik atau nyeri pada serangan jantung.	20 tab/minggu	F
		Tab 20 mg				20 tab/minggu	F
4.	Morfin	Tab 10 mg	GENERIK Morfin			Initial dosis 3-4 tab/hari	F
		Tab lepas lambat 10 mg	MST CONTINUS 10			60 tab/bulan	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Tab lepas lambat 15 mg	MST CONTINUS 15			60 tab/bulan	F
		Tab lepas lambat 30 mg	-	MST Continus 30 (FOI)		60 tab/bulan	F
		Inj 10 mg/mL (i.m./s.k./i.v.)	-	Morfina (FOI)		Infus per 24 jam	F
5.	Oksikodon	Kapsul 10 mg	-	Oxyneo	- Untuk nyeri berat yang memerlukan terapi opioid jangka panjang, <i>around-the-clock</i>. - Tidak untuk terapi <i>as needed</i> (prn). - Pasien tidak memiliki gangguan respirasi. - Harus dimulai dengan dosis paling rendah.	60 tab/bulan.	F
		Kapsul 20 mg	-			60 tab/bulan.	F
		Tab lepas lambat 10 mg	-			60 tab/bulan.	F
		Tab lepas lambat 15 mg	-			60 tab/bulan.	F
		Tab lepas lambat 20 mg	-			60 tab/bulan.	F
		inj 10 mg/mL	-	Oxynorm	Hanya untuk nyeri akut.	2 amp/hari.	F
6.	Petidin	Inj 50 mg/mL (i.m./s.k./i.v.)	-	Clopedin (FOI)	Hanya untuk nyeri sedang hingga berat pada pasien yang dirawat di Rumah Sakit. Tidak digunakan untuk nyeri kanker.	2 amp/hari	F
7.	Sufentanil	Inj 5 mcg/mL (i.v.)	SUFENTA		Hanya untuk tindakan anestesi yang diberikan dokter anestesi.	3 vial/kasus	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
8.	Tramadol HCl, Parasetamol	Tab 37,5 mg, 325 mg		Trampara, Trapasin (FOI)			NF
9.	Parasetamol + Kodein						NF
10.	Remifentanil HCl	Inj 1 mg, 2 mg, 5 mg		Remikaf			NF
1.2 ANALGESIK NON NARKOTIK							
1.	Asam Mefenamat	Kaps 250 mg	GENERIK Asam Mefenamat	Molasic, Mefentan (FOI)		30 kaps/bulan	F
		Kaps 500 mg				30 kaps/bulan	F
		Tab 100 mg		Proris			NF
2.	Ibuprofen	Tab 200 mg	GENERIK Ibuprofen	Farsifen 200, Lexaprofen 200, Mofen (FOI)		30 tab/bulan	F
		Tab 400 mg		Lexaprofen 400, Ribunal, Ifen 400 (FOI)		30 tab/bulan	F
		Susp 100 mg/5 mL		Farsifen (FOI)		1 btl/kasus	F
		Susp 200 mg/5 mL		Farsifen Forte (FOI)		1 btl/kasus	F
		Tab 50 mg		Pronalges			NF
		Inj 400 mg / 4 ml; 800 mg / 8 ml	Generik Ibuprofen	PEINLOSS			
3.	Ketoprofen	Supp 100 mg	SUPRAFENID	Protofen, Kaltrofen, Profenid (FOI)	Untuk nyeri sedang sampai berat pada pasien yang tidak dapat menggunakan analgesik secara oral.	2 supp/hari, maks 3 hari	F
		Inj 25 mg/mL	-			-	F
		Tab 10 mg		Farpain			NF
4.	Ketorolak	Inj 30 mg/mL	GENERIK Ketorolak		Untuk nyeri sedang sampai berat pada pasien yang	2 - 3 amp/hari, maks 5 hari.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					tidak dapat menggunakan analgesik secara oral.		
		Tab 50 mg		Flamar			NF
5.	Metamizol	Inj 500 mg/mL	GENERIK Metamizol / Antalgin	NORAGES	Untuk nyeri post operatif dan hanya dalam waktu singkat.	2 - 3 amp/hari, maks 5 hari.	F
6.	Natrium Diklofenak	Tab sal enterik 25 mg	GENERIK Natrium Diklofenak			30 tab/bulan	F
		Tab sal enterik 50 mg		Flamigra, Erphaflam, Kaditic (FOI)		30 tab/bulan	F
		Inj 30 mg		Farpain			NF
7.	Parasetamol	Tab 500 mg	GENERIK Parasetamol	Erlamol, Fasgo, Dapyrin(FOI)		30 tab/bulan	F
		Sir 120 mg/5 mL	-	Alphamol, Dapyrin(FOI)		2 btl / kasus	F
		Drops 100 mg/mL	GENERIK Parasetamol	Alphamol, Grafadon, Fasidol (FOI)		1 btl / kasus	F
		Inf 10 mg/mL	GENERIK Parasetamol	Tamoliv, Farmadol 50, Sanmol (FOI), PYREXIN	- Untuk pasien di ruang perawatan intensif yang memerlukan analgesik berkelanjutan. - Untuk pasien demam dengan suhu > 38,5 °C	3 btl / kasus	F
		Tab 90 mg		Etoricoxib			NF
8.	Tramadol (FOI)	Inj 100 mg/2mL (FOI)		Forgesic, Trasik (FOI)		4 amp/hari. (FOI)	NF
		Kaps 500 mg (FOI)		Centrasic(FOI)		3 kaps/hari, maks 5 hari. (FOI)	NF

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
9.	Asetosal	Tab 500 mg		Metinal			NF
10.	Indometasin						NF
11.	Kalium Diklofenak						NF
12.	Meloksikam						NF
13.	Metampiron + Diazepam						NF
14..	Metampiron + Eks. beladona + Papaverin HCl						NF
15.	Metampiron + Tiamin HCl + Piridoksin HCl						NF
16.	Metampiron + Vit B1 Disulfida + Vit B6 + Vit B10 + Kafein						NF
17.	Natrium Metamazol						NF
18.	Parekoksib						NF
19.	Phaleria Makrokarpa						NF
20.	Piroksikam						NF
21.	Selekoksib			CELEBREX			NF
22.	Tenoksikam						NF
23.	Tinoridin						NF
1.3 ANTIPIRAI							
1.	Allopurinol	Tab 100 mg*	GENERIK Allopurinol	Pritanol 100, Alodan (FOI)		30 tab/bulan	F
		Tab 300 mg		Alodan 300, Sinoric 300(FOI)		30 tab/bulan	F
2.	Kolkisin	Tab 500 mcg	COLCITINE	Recolfar(FOI)		30 tab/bulan	F
3.	Probenesid	Tab 500 mg	PROBENID			30 tab/bulan	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1.4 NYERI NEUROPATIKF							
1.	Amitriptilin	Tab sal selaput 25 mg	GENERIK Amitriptilin			30 tab/bulan	F
2.	Gabapentin	Kaps 100 mg	ALPENTIN		Hanya untuk neuralgia pasca herpes dan nyeri neuropati diabetikum, dan tidak untuk <i>restless leg syndrome</i> .	60 kaps/bulan	F
		Kaps 300 mg	GENERIK Gabapentin			30 kaps/bulan	F
3.	Karbamazepin	Tab 100 mg	-		Hanya untuk neuralgia trigeminal.	60 tab/bulan	F
2. ANESTETIK							
2.1 ANESTETIK LOKAL							
1.	Bupivakain	Inj 0,5% (p.v.)	-	BUCAIN SPINAL			F
2.	Bupivakain heavy	Inj 0,5% + Glukosa 8%	GENERIK Bupivakain heavy		Khusus untuk analgesia spinal.		F
3.	Etil Klorida	Spray 100 mL	-				F
4.	Lidokain	Inj 2% (infiltr/p.v.)	GENERIK Lidokain				F
		Inj 5% + Glukosa (Dekstrosa) 5%	-				F
		Gel 2%	XYLOCAINE JELLY 2%				F
		Spray Oral 10%	XYLOCAINE SPRAY				F
5.	Ropivakain	Inj 7,5 mg/mL	NAROPIN				F
7.	Lidokain + Epinefrin						NF
8.	Vekuronium Br						NF
2.2 ANESTETIK UMUM DAN OKSIGEN							

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1.	Deksmedetomidin	Inj 100 mcg/mL	PRECEDEX INJ 2 mL		Untuk sedasi pada pasien di ICU, kraniotomi, bedah jantung dan operasi yang memerlukan waktu pembedahan yang lama.		F
2.	Desfluran	Cairan ih	-				
3.	Halotan	Cairan ih	-				F
4.	Isofluran	Cairan ih	TERRELL 100 mL, TERRELL 250 mL				F
5.	Ketamin	Inj 50 mg/mL (i.v.)	KETAMINE-HAMELN				F
		Inj 100 mg/mL (i.v.)	IVANES				F
6.	Nitrogen Oksida	Ih, gas dalam tabung	-				F
7.	Oksigen	Ih, gas dalam tabung	-				F
8.	Propofol	Inj 1% (i.v. bolus)	FRESOFOL 1% MCT/LCT				F
9.	Sevofluran	Cairan ih	SOJOURN				F
10.	Tiopental	Serb Inj 500 mg (i.v. bolus)	-	TIOPOL			F
		Serb Inj 1000 mg (i.v. bolus)	-	Tiopental Berno			F
11.	Neostigmin						NF
2.3 OBAT untuk PROSEDUR PRE OPERATIF							
1.	Atropin	Inj 0,25 mg/mL (i.v./i.m./s.k.)	GENERIK Atropin				F
2.	Diazepam	Inj 5 mg/mL (i.v./i.m.)	GENERIK Diazepam				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
3.	Midazolam	Inj 1 mg/mL (i.v.)	MILOZ	Fortanest (FOI)	Dapat digunakan untuk premedikasi sebelum induksi anestesi dan rumatan selama anestesi umum.	- Dosis rumatan : 1 mg/jam (24 mg/hari) - Dosis premedikasi: 8 vial/kasus.	F
		Inj 5 mg/mL (i.v.)	MIDAZOLAM-HAMELN	Fortanest (FOI)	Dapat digunakan untuk sedasi pada pasien ICU dan HCU.		F
3.	ANTIALERGI dan OBAT untuk ANAFILAKSIS						
1.	Deksametason	Inj 5 mg/mL (i.v./i.m.)	GENERIK Deksametason			20 mg/hari.	F
2.	Difenhidramin	Inj 10 mg/mL (i.v./i.m.)	GENERIK Difenhidramin			30 mg/hari.	F
3.	Epinefrin (Adrenalin)	Inj 0,1% (i.v./s.k./i.m.)	GENERIK Epinefrin				F
4.	Hidrokortison	Serb Inj 100 mg	-				F
5.	Klorfeniramin	Tab 4 mg	GENERIK Klorfeniramin			3 tab/hari, maks 5 hari.	F
6.	Loratadin	Tab 10 mg	GENERIK Loratadin	Clatatin, Lorihis (FOI)		- 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	F
7.	Setirizin	Tab 10 mg	GENERIK Setirizin	Trisela(FOI)		- Urtikaria akut: 1 tab/hari, maks 5 hari.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Sir 5 mg/5 mL	GENERIK Setirizin	Trisela, Lerzin(FOI)		- Urtikaria kronik: maks 30 tab/bulan. 1 btl/kasus.	F
4.	ANTIDOT dan OBAT LAIN untuk KERACUNAN						
4.1	KHUSUS						
1.	Atropin	Tab 0,5 mg	-				F
		Inj 0,25 mg/mL	GENERIK Atropin				F
2.	Efedrin	Inj 50 mg/mL	GENERIK Efedrin				F
3.	Kalsium Glukonat	Inj 10%	CALCIUM GLUCONATE				F
4.	Nalokson	Inj 0,4 mg/mL	NOKOBA		Hanya untuk mengatasi depresi pernapasan akibat morfin atau opioid.		F
5.	Natrium Bikarbonat	Tab 500 mg	-				F
		Inj 8,4% (i.v.)	MEYLON 84		Highalertmedicine.		F
6.	Natrium Tiosulfat	Inj 25% (i.v.)	-				F
7.	Neostigmin	Inj 0,5 mg/mL	PROSTIGMIN	Neostigmin Hameln(FOI)			F
8.	Protamin Sulfat	Inj 10 mg/mL (i.m.)	-				F
4.2	UMUM						
1.	Karbon Aktif	Tab 0,5 g	-				F
2.	Magnesium Sulfat	Serb	-				F
5.	ANTIEPILEPSI – ANTIKONVULSI						
1.	Diazepam	Inj 5 mg/mL (i.v.)	GENERIK Diazepam	Valdimex (FOI)	Tidak untuk i.m.	10 amp/kasus, kecuali untuk kasus di ICU.	F
		Enema 5 mg/2,5 mL	STESOLID			2 tube/hari, bila kejang.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Enema 10 mg/2,5 mL	STESOLID			2 tube/hari, bila kejang	F
2.	Fenitoin	Kaps 30 mg*	-			90 kaps/bulan	F
		Kaps 100 mg*	-	Kutoin 100, Curelepsz (FOI)		120 kaps/bulan	F
		Inj 50 mg/mL	GENERIK Fenitoin		Dapat digunakan untuk status konvulsivus.	Untuk statusepileptikus, dapat diberikan hingga dosis 15 -30 mg/kgBB diFaskes Tk. 2 dan 3.	F
3.	Fenobarbital	Tab 30 mg*	GENERIK Fenobarbital			120 tab/bulan	F
		Tab 100 mg*	-			60 tab/bulan	F
		Inj 50 mg/mL	GENERIK Fenobarbital			40 mg/kgBB	F
4.	Karbamazepin*	Tab 200 mg	-	Bamgetol 200(FOI)		120 tab/bulan	F
		Sir 100 mg/5 mL	-			4 btl/bulan	F
5.	Klonazepam	Tab sal selaput 2 mg	CLONAZEPAM 2 mg			30 tab/bulan	F
6.	Lamotrigin	Tab <i>dispersible</i> 25 mg	LAMICTAL 25		- 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)	F
		Tab 50 mg	LAMICTAL 50			30 tab/bulan (hanya untuk titrasi dosis)	F
		Tab 100 mg	-	Lamictal 100(FOI)		120 tab/bulan	F
7.	Levetirasetam	Tab 250 mg	-	Kepra (FOI)		60 tab/bulan	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Tab 500 mg	-	Eterlox, Keppra (FOI)	Sebagai terapi tambahan pada pasien epilepsi onset parsial. Untuk pasien kejang pada tumor otak yang mendapat kemoterapi.	90 tab/bulan	F
8.	Magnesium Sulfat	Inj 20% (i.v.)	OTSU - MGSO4 20		- Hanya untuk kejang pada preeklampsia dan eklampsia. Tidak digunakan untuk kejang lainnya. - Untuk premedikasi oksaliplatin.		F
		Inj 40% (i.v.)	OTSU - MGSO4 40				F
9.	Topiramate	Tab 25 mg	-	Topamax 25, MIGRATOP	Hanya untuk <i>adjunctive</i> terapi pada epilepsi parsial refraktur, bukan untuk monoterapi.	60 tab/bulan	F
		Tab 50 mg	TOPAMAX				F
		Tab 100 mg		MIGRAT OP			F
10.	Valproat*	Tab sal enterik 250 mg	DEPAKOTE	Ikalep (FOI)	Dapat digunakan untuk epilepsy umum (<i>generalepilepsy</i>).	90 tab/bulan	F
		Tab lepas lambat 250 mg	-	Depakote ER 250 (FOI)		120 tab/bulan	F
		Tab lepas lambat 500 mg	-	Depakote ER 500 (FOI)		60 tab/bulan	F
		Sir 250 mg/5 mL	GENERIK Valproat	Ikalep Depakene (FOI)		5 btl/bulan	F
11.	Oksarbazepin	Tab 300 mg		Prolepsi			NF

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
12.	Pregabalin	Kaps 75 mg		Provelyn 75, Leptica 75, Lyrica (FOI). Pregabalin			NF
		Kaps 150 mg		Provelyn 150, Leptica 150, Lyrica (FOI). Pregabalin			NF
13.	Gabapentin						NF
14.	Kombinasi : Levodopa + Karbidopa + Entekapon						NF
15.	Natrium Fenobarbital						NF
6. ANTIINFEKSI							
6.1 ANTELMINTIK							
6.1.1 Antelmintik Intestinal							
1.	Albendazol	Tab 400 mg	GENERIK Albendazol	Vermic(FOI)			F
		Susp 200 mg/5 mL					F
2.	Mebendazol	Tab 100 mg	-				F
		Tab 500 mg	VERMOX				F
		Sir 100 mg/5 mL	-				F
3.	Pirantel Pamoat	Tab 125 mg	GENERIK Pirantel pamoat				F
		Tab 250 mg	PANTRIN				F
		Susp 125 mg/5 mL	GENERIK Pirantel pamoat				F
4.	Prazikuantel	Tab 600 mg	-				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
6.1. 2	Antifilaria						
1.	Dietilkarbamazin	Tab 100 mg	GENERIK Dietilkarbamazin		Tidak digunakan untuk ibu hamil dan menyusui.		F
6.1. 3	Antisistosoma						
1.	Prazikuantel	Tab 600 mg	-		Hanya untuk daerah Sulawesi Tengah. Khusus di Kalimantan Selatan untuk pengobatan <i>Fasciolopsis buski</i> .		F
6.2	ANTIBAKTERI						
6.2. 1.	Beta laktam						
1.	Amoksisilin	Tab 250 mg	GENERIK Amoksisilin			10 hari	F
		Tab 500 mg		Bintamox 500, Moxigra 500, Pritamox 500 (FOI)		10 hari	F
		Drops 100 mg/mL	-			1 btl/kasus	F
		Sir kering 125 mg/5 mL	GENERIK Amoksisilin	Bintamo, Pritamox (FOI)		1 btl/kasus	F
		Sir kering 250 mg/5 mL		Topcillin, Yusimox Forte (FOI)		1 btl/kasus	F
2.	Ampisilin	Serb inj 250 mg (i.m./i.v.)	VICCILLIN			10 hari	F
		Serb inj 1.000 mg (i.v.)	-			10 hari	F
3.	Benzatin Benzil Penisilin	Inj 1,2 juta IU/mL (i.m.)	-			2 vial/bulan	F
		Inj 2,4 juta IU/mL (i.m.)	-			1 vial/bulan	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
4.	Fenoksimetil Penisilin (Penisilin V)	Tab 125 mg	-			40 tab/bulan	F
		Tab 250 mg	-			40 tab/bulan	F
		Tab 500 mg	GENERIK Fenoksimeti I penisilin			20 tab/bulan	F
5.	Kombinasi: Ampisilin 500 mg Sulbaktam 250 mg		BACTESYN, PICYN				F
		Serb inj 750 mg				10 hari	
6.	Kombinasi: Ampisilin 1.000 mg Sulbaktam 500 mg		VICCILLIN SX	Bactesyn, Cinam (FOI)			F
		Serb inj 1.500 mg				10 hari	
7.	Kombinasi: Sefoperazon 500 mg Sulbaktam 500 mg		GENERIK Sefoperazon + Sulbaktam		Untuk lini ketiga dan persetujuan KFT/PPRA/ pimpinan RS. Untuk infeksi berat yang tidak bisa diatasi dengan antibiotik tunggal.		F
		Serb inj 1.000 mg				10 hari	
8.	Prokain Benzilpenisilin	Serb inj 3 juta IU (i.m.)	-			3 vial/kasus	F
9.	Sefadroksil	Kaps 250 mg	GENERIK Sefadroksil		Hanya untuk pasien rawat inap yang sebelumnya mendapatkan antibiotik parenteral.	30 kaps/kasus	F
		Kaps 500 mg	GENERIK Sefadroksil	Dexadrox 500, Librocef(FOI)		30 kaps/kasus	F
		Sir kering 125 mg/5 mL	GENERIK Sefadroksil			1 btl/kasus	F
		Sir kering 250 mg/5 mL		Cefadroxil DS, Lostacef (FOI)		1 btl/kasus	F
10.	Sefaleksin	Kaps 250 mg	-			10 hari	F
		Kaps 500 mg	-	Lexipron (FOI)		10 hari	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
11.	Sefazolin	Serb inj 1.000 mg	GENERIK Sefazolin	Cefazol(FOI)	Digunakan pada profilaksis bedah untuk mencegah terjadinya infeksi luka operasi.	Selama 24 jam	F
12.	Sefepim	Serb inj 1.000 mg	GENERIK Sefepim		Antibiotik lini ketiga. Dapat digunakan untuk demam neutropenia atas persetujuan KFT/PPRA/pimpinan RS.	3 g/hari sampai $ANC > 500/mm^3$	F
13.	Sefiksim	Tab sal selaput 100 mg	-		Hanya untuk pasien rawat inap yang sebelumnya mendapatkan antibiotik parenteral sefalosporin generasi tiga atau sesuai hasil uji resistensi.	10 hari	F
		Tab sal selaput 200 mg				10 hari	F
		Sir 100 mg/5 mL		Helixim (FOI)		1 btl/kasus	F
		Kaps 100 mg (FIO)		Befixim 100, Helixim(FOI)			NF
		Kap 200 mg (FIO)		Befixim 200			NF
14.	Sefoperazon	Serb inj 1.000 mg	GENERIK Sefoperazon		Dapat digunakan untuk mengatasi infeksi pada pasien yang mengalami penurunan fungsi ginjal.	3 g/hari selama 7 hari	F
15.	Sefotaksim	Serb inj 500 mg	GENERIK Sefotaksim			10 hari	F
		Serb inj 1.000 mg				10 hari	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
16.	Sefpirom	Serb inj 1.000 mg	-		Antibiotik lini ketiga. Dapat digunakan untuk demam neutropenia atas persetujuan KFT/PPRA/pimpinan RS.	3 g/hari sampai ANC > 500/mm ³	F
17.	Sefpodoksim Proksetil	Tab sal selaput 100 mg	-			2 tab/hari selama 7 hari.	F
18.	Seftazidim	Serb inj 1.000 mg	GENERIK Seftazidim		Terapi lini ketiga sediaan injeksi/infus. Diberikan kepada pasien dengan infeksi yang disebabkan oleh bakteri yang resisten dengan antibiotik lain (dibuktikan dengan hasil tes resistensi).	3 g/hari selama 7 hari.	F
19.	Seftriakson	Serb inj 1.000 mg	GENERIK Seftriakson			2 g/hari selama 7 hari. Untuk meningitis 4 g/hari selama 14 hari.	F
20.	Seftazidim	Serb Inj 1000 mg			Hanya untuk infeksi yang terbukti disebabkan oleh <i>Pseudomonas aeruginosa</i> .	3 g/hari selama 7 hari.	F
21.	Sefuroksim	Tab sal selaput 250 mg	ZINNAT 250			10 tab/kasus.	F
		Tab sal selaput 500 mg	ZINNAT 500	Anbacim(FOI)		10 tab/kasus.	F
		Serb inj 750 mg	CEFUROXIME SODIUM		Hanya untuk profilaksis bedah abdomen, toraks	3 g/kasus.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					(cardiacatau non cardiac).		
22.	Aztreonam						NF
6.2. 2	Antibakteri Lain						
6.2. 2.1	Tetrasiklin						
1.	Doksisiklin	Kaps 50 mg	-		Tidak digunakan untuk anak usia < 6 tahun dan ibu hamil dan menyusui.	2 kaps/hari selama 10 hari.	F
		Kaps 100 mg	GENERIK Doksisiklin		Hanya untuk penggunaan pada mata dan kulit.	2 kaps/hari selama 10 hari.	F
2.	Oksitetrasiklin	Inj 50 mg/mL (i.m.)	-	Terramycin (FOI)			F
3.	Tetrasiklin	Kaps 250 mg	GENERIK Tetrasiklin		Tidak digunakan untuk anak usia< 6 tahun dan ibu hamil dan menyusui.	4 kaps/hari selama 10 hari.	F
		Kaps 500 mg					F
6.2. 2.2	Kloramfenikol						
1.	Kloramfenikol	Kaps 250 mg	GENERIK Kloramfenikol	Grafacetin, Kalmicetine (FOI)		4 kaps/hari selama 10 hari.	F
		Kaps 500 mg	CHLORAMEX			4 kaps/hari selama 10 hari.	F
		Susp 125 mg/5 mL	GENERIK Kloramfenikol	Chlorexol, Kalmicetine (FOI)		1 btl/kasus.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Serb inj 1.000 mg	-	Chlorbiotic Colsancetine(FOI)		3 g/hari selama 14 hari.	F
6.2. 2.3	Sulfametoksazol-Trimetoprim						
1.	Kotrimoksazol (dewasa) Kombinasi: Sulfametoksazol 400mg Trimetoprim 80 mg	Tab 480 mg	GENERIK Kotrimoksazol	Graprima Adult, Infatrim (FOI)		4 tab/hari selama 10 hari kecuali pada immunocompromised selama 21 hari.	F
2.	Kotrimoksazol Fotre (dewasa) Kombinasi: Sulfametoksazol 800mg Trimetoprim 160 mg	Tab 960 mg	GENERIK Kotrimoksazol Fotre	Fasiprim Forte, Infatrim Forte, Sultrimmix DS (FOI)		2 tab/hari selama 10 hari kecuali pada immunocompromisedsel ama 21 hari.	F
3.	Kotrimoksazol Kombinasi tiap 5 mL: Sulfametoksazol 200mg Trimetoprim 40 mg	Susp 240 mg	GENERIK Kotrimoksazol	Graprima(FOI)		1 btl/kasus.	F
6.2. 2.4	Makrolid						
1.	Azitromisin	Tab 250 mg	-	Mezatrín(FOI)		3 tab/kasus.	F
		Tab sal selaput 500 mg	GENERIK Azitromisin			3 tab/kasus.	F
		Sir kering 200 mg/5 mL		Iztron DS, rozin DS(FOI)		1 btl/kasus.	F
		Serb inj 500 mg	GENERIK Azitromisin			1 vial/hari selama 3 hari.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
2.	Eritromisin	Kaps 250 mg	GENERIK Eritromisin			4 kaps/hari selama 10 hari.	F
		Tab 500 mg	GENERIK Eritromisin			4 tab/hari selama 10 hari.	F
		Sir kering 200 mg/5 mL		Trovilon (FOI)		2 btl/kasus.	F
3.	Klaritromisin	Tab sal selaput 500 mg	CLARITHROMYCIN	Orixal (FOI)		20 tab/kasus.	F
		Sir kering 125 mg/5 mL	-			2 btl/kasus.	F
		Sir kering 250 mg/5 mL	ABBOTIC GRANULE 250 MG			2 btl/kasus.	F
4.	Klindamisin	Kaps 150 mg	GENERIK Klindamisin	Dacin 150 (FOI)		4 kaps/hari selama 5 hari kecuali untuk toksoplasmosis selama 6 minggu.	F
		Kaps 300 mg	-	Dacin 300 (FOI)		4 kaps/hari selama 5 hari kecuali untuk toksoplasmosis selama 6 minggu.	F
5.	Spiramisin	Tab sal selaput 500 mg	GENERIK Spiramisin		Dapat digunakan untuk toksoplasmosis pada kehamilan.	3 g/hari selama 6 minggu.	F
6.2. 2.5	Aminoglikosida						
1.	Amikasin	Inj 250 mg/mL	GENERIK Amikasin	Glybotic 250, Mikaject 250, Mikasin (FOI)	Hanya digunakan untuk infeksi oleh bakteri gram negatif yang resisten terhadap gentamisin.		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Inj 500 mg/mL (FOI)		Glybotic 500, Mikasin (FOI)			NF
2.	Gentamisin	Inj 10 mg/mL	-				F
		Inj 40 mg/mL	GENERIK Gentamisin	Sagestam, Salticyn (FOI)			F
3.	Kanamisin	Serb inj 1.000 mg	GENERIK Kanamisin	Kanabiotic(FOI)			F
4.	Streptomisin	Serb inj 1.000 mg	GENERIK Streptomisin				F
6.2. 2.6	Kuinolon						
1.	Levofloksasin	Tab sal selaput 500 mg	GENERIK Levofloksasin		Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun dan ibu hamil.	Maks 10 hari.	F
		Inf 5 mg/mL				Maks 10 hari.	F
2.	Moksifloksasin	Tab sal selaput 400 mg	AVELOX		Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun dan ibu hamil.	10 hari.	F
		Inf 1,6 mg/mL	GENERIK Moksifloksasin			10 hari.	F
3.	Ofloksasin	Tab sal selaput 200 mg	GENERIK Ofloksasin		Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun dan ibu hamil.	10 hari.	F
		Tab sal selaput 400 mg		Grafloxin 400(FOI)		10 hari.	F
4.	Siprofloksasin	Tab sal selaput 500 mg	-	Floxigra 500, Siflox 500 (FOI)	Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun dan ibu hamil.		F
		Inf 2 mg/mL	GENERIK Siprofloksasin			4 btl/hari.	F
6.2. 2.7	Lain-Lain						
1.	Fosfomisin Trometamol	Granula 3 g	-	FOSMICIN	Hanya untuk wanita hamildengan infeksi		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					saluran kemih(ISK) tanpa komplikasi dandibuktikan dengan hasil kultur.		
2.	Meropenem	Serb inj 500 mg Serb inj 1.000 mg	GENERIK Meropenem GENERIK Meropenem		- Hanya untuk terapi lini ketiga untuk infeksi oleh kuman penghasil ESBL. - Tidak untuk profilaksis bedah, kecuali bedah jantung.	- <i>Febrile neutropenia</i>: dosis 1-3 g/hari, sampai ANC > 500/mm³. - Sepsis dan infeksi berat lainnya: dosis 1-3 g/hari maks 7 hari. - Penggunaan maksima 17 hari/kasus. - Setelah hasil kultur diperoleh, maka digantikan dengan antibiotika lini pertama atau spektrum sempit yang masih sensitif. - Meropenem dapat dilanjutkan apabila hasil kultur menunjukan bahwa meropenem adalah satu-satunya antibiotik yang masih sensitif untuk	F F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
						bakteri penyebab infeksi.	
2.	Metronidazol	Tab 250 mg	GENERIK Metronidazol			Untuk infeksi akibat bakteri anaerob dapat diberikan, maksimum 2 minggu/kasus.	F
		Tab 500 mg					F
		Susp 125 mg/5 mL					F
		Inf 5 mg/mL	GENERIK Metronidazol			3 btl/hari.	F
		Sup 500 mg	-				F
		Ovula 500 mg	VAGIZOL OVULA			Maks 15 ovula/kasus.	F
3.	Pirimetamin	Tab 25 mg	-		Dalam bentuk kombinasi dengan sulfadiazin atau klindamisin dan leukovorin untuk toksoplasmosis serebral / retinitis pada <i>immunocompromised</i> .		F
4.	Sulfadiazin	Tab 500 mg	GENERIK Sulfadiazin				F
5.	Vankomisin	Serb inj 500 mg	GENERIK Vankomicin	Vancep (FOI)	Hanya untuk infeksi oleh kuman MRSA atau MRSE positif (dibuktikan dengan hasil kultur).	Maks 10 hari/kasus.	F
6.	Impenem + Cilastatin						NF
7.	Metronidazole + Nistatin						NF
8.	Netilmisin Sulfat (Neuro + Ortho)	Inj 25mg/ml, 100mg/ml dan 200 mg/ml		Hypobhac 25, 100, 200			F
9.	Sefditeron Pivoksil						NF
10.	Seftizoksim						NF
6.3 ANTIINFEKSI KHUSUS							

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
6.3. 1	Antilepra						
1.	Dapson	Tab 100 mg	-				F
2.	Klofazimin, Micronized	Kaps dalam minyak 50 mg	-				F
		Kaps dalam minyak 100 mg	-				F
3.	Rifampisin	Kaps 300 mg	GENERIK Rifampisin				F
		Tab 450 mg					F
		Tab 600 mg					F
6.3. 2	Antituberkulosis						
					Disediakan oleh Program Kemenkes. Penggunaan sesuai dengan Program Nasional Pengendalian TB.		
1.	Etambutol	Tab 250 mg	GENERIK Etambutol		Tidak boleh diberikan sebagai single agent untuk TB. Digunakan untuk panduan OAT kategori 2 tahap lanjutan. Di berikan atas persetujuan tim PPRA/PFT. Di sertai sistem monitoring penggunaan obat penderita TB.	30 mg/kgBB, maks selama 5 bulan tahap lanjutan pemberian 3x seminggu atau 15 mg/kgBB, maks selama 5 bulan tahap lanjutan, pemberian setiap hari. Dosis untuk TB Anak: 20 mg/kgBB, maks selama 2 bulan pertama, pemberian setiap hari. Dosis untuk TB MDR: 15-25 mg/kgBB/hari.	F
		Tab 400 mg	-				F
		Tab 500 mg	-	Tibigon (FOI)			F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
2.	Isoniazid	Tab 100 mg	GENERIK Isoniazid		Dapat digunakan untuk profilaksis TB pada anak.	10 mg/kgBB, maks 6 bulan setiap hari.	F
		Tab 300 mg	GENERIK Isoniazid		Dapat digunakan untuk profilaksis TB pada ODHA dewasa.	1 tab (300 mg)/hari, maks 6 bulan.	F
3	Kombinasi: Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk dewasa 4KDT (FDC) mengandung:					Digunakan pada pengobatan TB pada tahap awal. Kategori 1: 1 tab / 15 kgBB, maks selama 2 bulan pertama. Kategori 2: 1 tab/15 kgBB, maks selama 3 bulan pertama	
	Etambutol	Tab 275 mg	GENERIK Obat Anti Tuberculosis	PRO TB4, Rifastar (FOI)			F
	Isoniazid	Tab 75 mg					
	Pirazinamid	Tab 400 mg					
	Rifampisin	Tab					
4.	Kombinasi: Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk dewasa 2KDT (FDC) mengandung:					Digunakan pada pengobatan TB pada tahap lanjutan Kategori 1: 1 tab 15 kgBB, maks selama 4 bulan tahap lanjutan, pemberian 3 kali seminggu. Kategori 2: 1 tab/15, maks selama 5 bulan tahap lanjutan, diberikan bersamaan dengan Etambutol, pemberian 3 kali seminggu.	
	Rifampisin	Tab 150 mg	GENERIK Obat Anti Tuberculosis	PRO TB2, RifaNH (FOI)			F
	Isoniazid	Tab 150 mg					

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
5.	Kombinasi: Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk anak 3KDT (FDC) mengandung:					Digunakan pada pengobatan TB pada tahap awal. 1 tab / 5-8 kgBB, maks 2 bulan pertama, pemberian setiap hari.	F
	Rifampisin	Tab 75 mg	GENERIK Obat Anti Tuberculosis FDC Kategori Anak	Pro TB 3 Kid			
	Isoniazid	Tab 50 mg					
	Pirazinamid	Tab 150 mg					
6.	Kombinasi: Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk anak 2KDT (FDC) mengandung:		GENERIK Obat Anti Tuberculosis FDC Kategori Anak	Pro TB 2 Kid		Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. 1 tab/5-8 kgBB, maks 4 bulan tahap lanjutan, pemberian setiap hari.	F
	Rifampisin	Tab 75 mg					
	Isoniazid	Tab 50 mg					
7.	Kombinasi: Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk Dewasa. Kombipak II terdiri dari:				Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT.	Digunakan pada pengobatan TB pada tahap lanjutan. Kategori 1: maks 448 tab (56 blister) selama 2 bulan pertama, pemberian setiap hari.	F
	Rifampisin	Kapl 450 mg (1 kapl)					
	Isoniazid	Tab 300 mg (1 tab)					
	Pirazinamid	Tab 500 mg (3 tab)					
	Etambutol	Tab 250 mg (3 tab)					

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
8.	Kombinasi: Paduan dalam bentuk Kombipak untuk dewasa. Kombipak III terdiri dari:				Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT.	Digunakan pada pengobatan TB pada tahap lanjutan. Kategori 1: maks 144 tab selama 4 bulan (48 blister kombipak III), pemberian 3x seminggu.	F
	Rifampisin	450 mg(1 kapl)					
	Isoniazid	300 mg(2 tab)					
9.	Kombinasi: Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk anak. Kombipak A terdiri dari:				Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT.	Digunakan pada pengobatan TB pada tahap awal. Maks 280 tab (28 sachet kombipak A), selama 2 bulan pertama, pemberian setiap hari.	F
	Rifampisin	Kaps 75 mg (2 kaps)					
	Isoniazid	Tab 100 mg(1 tab)					
	Pirazinamid	Tab 200 mg (2 tab)					
10.	Kombinasi: Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk anak. Kombipak B terdiri dari:				Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT.	Digunakan pada pengobatan TB pada tahap lanjutan. Maks 336 tab selama 4 bulan lanjutan pemberian setiap hari.	F
	Rifampisin	Kaps 75 mg (2 kaps)					
	Isoniazid	Tab 100 mg (1 tab)					
11.	Pirazinamid	Tab 500 mg	GENERIK Pirazinamid	Pyratibi, Siramid 500 (FOI)	Diberikan atas persetujuan tim PPRA/PFT.	20-30 mg/kgBB.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
12.	Streptomisin	Serb inj 1.000 mg	GENERIK Streptomisin		Digunakan untuk paduan OAT kategori 2, tahap awal. Untuk kombinasi pengobatan pasien TB Kambuh BTA (+).	15 mg/kgBB maks 2 bulan pertama pemberian setiap hari.	F
6.3. 3	Antiseptik Saluran kemih						
1.	Asam Pipemidat	Kaps 400 mg	URINTER			28 kaps/kasus.	F
2.	Metenamin Mandelat (Heksamin Mandelat)	Tab sal enterik 500 mg	-				F
3.	Nitrofurantoin	Tab 50 mg	-				F
4.	Monuril (Obsgyn)	Sachet		Monur			NF
6.4	ANTIFUNGI						
6.4. 1	Antifungi Sistemik						
1.	Amfoterisin B	Inj 5 mg/mL (i.v.)	-				F
2.	Flukonazol	Kaps 50 mg	-		Hanya digunakan untuk kandidiasis sistemik/pada pasien <i>immunocompromised</i> .		F
		Kaps 150 mg	GENERIK Flukonazol	Flucoral, Kifluzol (FOI)			F
		Inj 2 mg/mL	-	Diflucan (FOI)			F
3.	Griseofulvin (<i>micronized</i>)	Tab 125 mg	GENERIK Griseofulvin				F
		Tab 250 mg	MYCOSTOP 250				F
		Tab 500 mg	GENERIK Griseofulvin	Rexavin 500 (FOI)			F
4.	Itrakonazol	Kaps 100 mg	-		- Hanya untuk histoplasmosis, aspergilosis, onikomikosis, <i>deep</i>		

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					<i>mycosis</i> yang dibuktikan dengan hasil pemeriksaan kultur. - Tidak diberikan bersama dengan dapat berinteraksi dengan obat lain yang terbukti itrakonazol.		
5.	Ketokonazol	Tab 200 mg	GENERIK Ketokonazol	Dexazol, Mycazol, Tokasid (FOI)		Maks 30 tab/kasus.	F
6.	Mikafungin	Serb inj 50 mg	MYCAMINE	c	Hanya digunakan untuk kandidiasis sistemik yang sudah resisten dengan flukonazol (dibuktikan dengan hasil kultur) dan pasien yang <i>immunocompromised</i> .		F
7.	Nistatin	Tab sal gula 500.000 IU	GENERIK Nistatin			30 tab/bulan.	F
		Susp 100.000 IU/mL	-	Enystin, Fungatin, Nymiko (FOI)		2 btl/kasus untuk 1 minggu.	F
8.	Terbinafin	Tab 250 mg	-	Interbi (FOI)			F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
9.	Vorikonazol (FOI)	Serb inj 200 mg (FOI)		Vfend (FOI)	Hanya untuk : - Penggunaan di ICU. - Kasus Aspergilosis yang invasif (dibuktikan dengan hasil kultur). - Digunakan atas rekomendasi 2 dokter spesialis. - Hanya boleh digunakan jika pemberian antifungi lain tidak menunjukkan perbaikan dalam waktu 7 hari pemberian. (FOI)	4 vial/hari (FOI)	NF
6.5 ANTIPROTOZOA							
6.5.1	Antiamubiasis dan Antigiardiasis						
1.	Metronidazol	Tab 250 mg	GENERIK Metronidazol				F
		Tab 500 mg		Erbifin, Grafazol, Molazol (FOI)			F
		Susp 125 mg/5 mL		Farizol (FOI)			F
		Inf 5 mg/mL	GENERIK Metronidazol			3 btl/hari.	F
		Ovula 500 mg (FOI)		Vagizol (FOI)			

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
2.	Kombinasi : (FOI)	Ovula (FOI)		Flagystatin,Neo Gynoxa, Trichodazol plus,Vagistin (FOI)			NF
	Metronidazol 500 mg						
	Nistatin 100.000 IU						
6.5. 2	Antimalaria						
6.5. 2.1	Untuk Pencegahan						
1.	Doksisiklin	Kaps 100 mg	GENERIK Doksisiklin			10 kaps/kasus.	NF
6.5. 2.2	Untuk Pengobatan						
1.	Artesunat	Inj 60 mg/mL (i.v./i.m.)	-		- Diberikan pada malaria berat/dapat diberikan pra rujukan. - Hanya dapat diberikan di puskesmas perawatan atau untuk 1 kali pemberian pada malaria berat yang segera dirujuk ke Faskes Tk. 2.		F
2.	Kombinasi:				Terapi lini pertama untuk malaria falsiparum.		F
	Artemether	Tab 20 mg	-				
	Lumefantrin	Tab 120 mg	-				
3.	Kombinasi (DHP):		DHP FRIMAL				F
	Dihidroartemisin	Tab Sal Selaput 40 mg					
	Piperakuin	Tab sal selaput 320 mg					

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
4.	Kuinin	Tab 200 mg	GENERIK Kuinin		Untuk terapi lini kedua pada malaria.		F
		Inj 25% (i.v.)	-		Hanya digunakan untuk malaria dengan komplikasi/malaria berat.		F
5.	Primakuin	Tab 15 mg	-				F
6.	Artemether (FOI)	Inj 80 mg/mL (FOI)					NF
7.	Kombinasi : (FOI)	Tab (FOI)		Sulfadoksin- Pirimetamin(FOI)			NF
	Sulfadoksin 500 mg						
	Pirimetamin 25 mg						
6.6	ANTIVIRUS						
6.6.1	Antiherpes						
1.	Asiklovir	Tab 200 mg	GENERIK Asiklovir				F
		Tab 400 mg		Lovires,Poviral (FOI)			F
		Serb inj 250 mg	-				F
2.	Valasiklovir	Tab 500 mg	-	Inclovir 500, Norus, Valvir (FOI)			F
6.6.2	Anti Sitomegalovirus (CMV)						
					- Hanya untuk pasien <i>immunocompromised</i> (CD4 <100) serta dibuktikan ada kelainan organik(retinitis CMV/CMV serebral).		

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					- Untuk transplantasi organ dari donor yang menderita CMV.		
1.	Gansiklovir	Serb inj 500 mg	CYMEVEN				F
2.	Valgansiklovir	Tab sal 450 mg	VALCYTE		- Untuk profilaksis pada donor positif - resipien negatif atau donor positif - resipien positif. - Kadar transaminase serum dalam batas normal.		F
6.6. 3	Antiretroviral						
6.6. 3.1	Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)				<i>Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>		
1.	Kombinasi: Zidovudin	Tab 300 mg	GENERIK Kombinasi Zidovudin Lamivudin		Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat.		F
	Lamivudin	Tab 150 mg					
2.	Kombinasi : Tenofovir	Tab 300 mg	-		Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak		F
	Emtricitabin	Tab 200 mg	-				

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					memberikan obat ARV dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan Setempat.		
3.	Lamivudin	Tab 150 mg	GENERIK Lamivudin		Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit yang berhak memberikan obat ARV pelayanan dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat.		F
4.	Stavudin	Tab 30 mg	-				F
5.	Tenofovir	Tab sal selaput 300 mg	GENERIK Tenofovir		Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit yang berhak memberikan obat ARV pelayanan dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat.		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
6.	Zidovudin	Kaps 100 mg	GENERIK Zidovudin		Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit yang berhak memberikan obat ARV pelayanan dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat.		F
6.6. 3.2	Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI)						
1.	Efavirens	Tab 200 mg	-		Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit yang berhak memberikan obat ARV pelayanan dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat.		F
		Tab sal selaput 600 mg	GENERIK Efavirens				F
2.	Nevirapin	Kaps/tab 200 mg	GENERIK Nevirapin		Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit yang berhak memberikan obat ARV pelayanan dari Kementerian Kesehatan		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					atau Dinas Kesehatan setempat.		
6.6. 3.3	Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI) + Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI)						
1.	Kombinasi: Tenofovir	Tab 300 mg	-		Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit yang berhak memberikan obat ARV pelayanan dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat.		F
	Lamivudin	Tab 300 mg	-				
	Efavirenz	Tab 600 mg	-				
2.	Kombinasi FDC: Zidovudin	Tab dispersible 60 mg	-		Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit yang berhak memberikan obat ARV pelayanan dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat.		F
	Lamivudin	Tab dispersible 30 mg	-				
	Nevirapin	Tab dispersible 50 mg	-				
6.6. 3.4	Protease Inhibitor						
1.	Kombinasi (LPV/r) Lopinavir	Tab sal selaput 200 mg	ALUVIA		- Hanya digunakan sebagai lini kedua terapi antiretroviral. - Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan		F
	Ritonavir	Tab sal selaput 50 mg					

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit yang berhak memberikan obat ARV pelayanan dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat.		
6.6.	Antihepatitis						
4							
1.	Adefovir Dipivoksil	Tab 10 mg	HEPSERA		Diberikan pada : - Pasien Hepatitis B kronik HBeAg negatif dengan HBV DNA rendah dan ALT tinggi. - Pasien dengan riwayat gagal terapi dengan pemberian analog nukleosida. - Hanya diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam. Tidak diberikan pada: - Pasien Hepatitis B kronik dengan gangguan ginjal.	30 tab/bulan dievaluasi setiap 6 bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					- Pasien dalam pengobatan adefovir yang tidak menunjukkan respons pada minggu ke 10-20.		
2.	Daklatasvir	Tab salut selaput 30 mg	-	MyDekla (FOI)	Hanya diberikan bersama dengan sofosbuvir dan/atau rivanir untuk pasien Hepatitis C genotip 1,3 dan 4.		F
		Tab salut selaput 60 mg	-				F
3.	Entekavir	Tab sal selaput 0,5 mg	-	Atevir (FOI)	Hanya diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam dengan melampirkan : - Hasil pemeriksaan HBeAg. - Pemeriksaan ALT meningkat 2x di atas batas atas normal dalam 3 bulan, atau - Histologi/transient elastography atau AST Platelet Ratio Index (APRI) sesuai minimal dengan F2.		F
		Tab sal selaput 1 mg	-				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
4.	Lamivudin	Tab 100 mg	-	Heplav (FOI)	Hanya diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam dengan melampirkan : - Hasil pemeriksaan HBeAg. - Pemeriksaan ALT meningkat 2x di atas batas atas normal dalam 3 bulan, atau - Histologi/transient elastography atau AST Platelet Ratio Index (APRI) sesuai minimal dengan F2. - Pengobatan dihentikan apabila terjadi serokonversi HBsAg. - Apabila HBV DNA setelah 6 bulan masih positif harus ditambahkan atau digantikan obat lain.		F
5.	Pegylated Interferon alfa-2a	Inj 135 mcg/0,5 mL	PEGASYS		- Digunakan bersama dengan ribavirin pada pasien dengan hepatitis C genotipe 2 dan 3. - Hanya untuk penderita		F
		Inj 180 mcg/0,5 mL	PEGASYS				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					hepatitis B dengan HBeAg-positif dan HBeAg-negatif. - Hanya boleh diresepkan oleh KGEH.		
6.	Pegylated Interferon alfa- 2b	Serb inj 50 mcg	-		- Digunakan bersama dengan ribavirin pada pasien dengan hepatitis C genotipe 1 yang compensated. - Hanya boleh diresepkan oleh KGEH.		F
		Serb inj 80 mcg	-				F
		Serb inj 100 mcg	-				F
		Serb inj 120 mcg	-				F
7.	Ribavirin	Tab sal selaput 200 mg	-		(Catatan: Disediakan oleh Pro gram Kemenkes). - Digunakan bersama pegylated interferon alfa-2a untuk hepatitis C genotipe 2 atau 3. - Digunakan bersama pegylated interferon alfa-2b untuk hepatitis C genotipe 1. - Digunakan bersama dengan daklatasvir untuk hepatitis C genotipe 1, 3, atau 4. - Digunakan bersama dengan sofosbuvir		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					untuk hepatitis Cgenotipe 2. - Tidak untuk hepatitis C yang disertai sirosis. - Hanya diberikan olehKGEH dan spesialis anakKGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam. - Dapat diberikan sesuaidengan SK Penetapan RumahSakit Layanan Hepatitis C dari Kementean Kesehatan.		
8.	Simeprevir	Tab 150 mg	OLYSIO		(Catatan:DisediakanolehPro gramKemenkes). - Tidak digunakan sebagaimonoterapi. - Diberikan bersama sofosbuvir untuk Hepatitis C genotipe 1 yang tidak disertai sirosis.Diagnosis ditegakkan dengan bukti hasil pemeriksaan positif genotipe 1. - Tidak digunakan untuk pasien dengan	Genotipe 1: untuk12 minggu.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					perburukan fungsi hati sedang hingga berat (<i>child pugh</i> kelas B atau C). - Tidak dianjurkan untuk pasien yang sebelumnya gagal dengan terapi protease inhibitor. - Hanya diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam. - Dapat diberikan sesuai dengan SK Penetapan Rumah Sakit Layanan Hepatitis C dari Kementerian Kesehatan.		
9.	Sofosbuvir	Tab sal selaput 400 mg	-	Myhep (FOI)	(Catatan: Disediakan oleh Progam Kemenkes). - Tidak digunakan sebagai monoterapi. - Diberikan bersama sofosbuvir untuk Hepatitis C genotipe 2 yang tidak disertai sirosis. Diagnosis ditegakkan dengan	Untuk genotipe 2: 12 minggu.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					bukti hasil pemeriksaan positif genotipe 2. - Diberikan bersama dengandaklatasvir untuk hepatitis Cgenotipe 1, 3, atau 4. - Diberikan bersama dengansimeprevir untuk hepatitis Cgenotipe 1 yang tidak disertaisirosis. - Hanya diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam. - Dapat diberikan sesuai dengan SK Penetapan Rumah Sakit Layanan Hepatitis C dari Kementerian Kesehatan.		
10.	Telbivudin	Tab 600 mg	SEBIVO		- Hanya untuk pasien Hepatitis B kronik. Diagnosis ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan HBV- DNA. - Pengobatan dihentikan apabilaterjadi serokonversi HBsAg.		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					- Apabila HBV DNA setelah 6bulan masih positif harus ditambahkan atau digantikan obat lain. - Hanya diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam.		
11.	Tenofovir	Tab sal selaput 300 mg	GENERIK Tenofovir	Ricovir (FOI)	- Hanya untuk pasien Hepatitis B. - Hanya untuk <i>compensated liverdisease</i>. - Hanya diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam. - Tidak diberikan untuk anak < 2 tahun.		F
6.6. 5	ANTIVIRUS COVID-19						
1.	Remdesivir	Infus Btl 100 ml		COVIFOR			NF
7.	ANTIMIGREN dan ANTIVERTIGO						
7.1	ANTIMIGREN						
7.1. 1	Profilaksis						
1.	Propranolol	Tab 10 mg	GENERIK Propranolol				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Tab 40 mg	GENERIK Propranolol				F
7.1. 2	Serangan Akut						
1.	Ergotamin	Tab 1 mg	-		Hanya digunakan untuk serangan migren akut.	8 tab/minggu.	F
2.	Kombinasi :		GENERIK kombinasi Ergotamin + Kafein				
	Ergotamin	Tab 1 mg				8 tab/minggu.	F
	Kafein	Tab 50 mg					
3.	Kombinasi : (FOI) Ergotamin	Tab 1 mg (FOI)		Ericaf (FOI)		10 tab/7 hari. (FOI)	F
	Kafein	Tab 100 mg (FOI)					
7.2	ANTIVERTIGO						
1.	Betahistin	Tab 6 mg	GENERIK Betahistin	Betahistine 6, Lexigo, Kurtigo, Vastigo 6 (FOI)	Hanya untuk sindrom meniere dan vertigo perifer.	20 tab/bulan.	F
		Tab 24 mg	BETASERC		Hanya untuk sindrom meniere.	10 tab/bulan.	F
2.	Dimenhidrinat						NF
3.	Flunarizin						NF
4.	Nikergolin						NF
8.	ANTINEOPLASTIK, IMUNOSUPRESAN dan OBAT untuk TERAPI PALIATIF						
8.1	HORMON dan ANTIHORMON						
1.	Anastrozol	Tab sal selaput 1 mg	ARIMIDEX	Anamidex, Bracer (FOI), ANASTROZOL	Dapat digunakan untuk kanker payudara post menopause dengan pemeriksaan reseptor		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					estrogen/progesteron positif.		
2.	Bikalutamid	Tab sal 50 mg	CASODEX		Untuk kanker prostat, diberikan 5 - 7 hari sebelum atau bersamaan dengan pemberian goserelin asetat atau leuprorelin asetat. Diberikan maksimal 1 tahun jika PSA (<i>Prostate Spesific Antigen</i>) membaik.	30 tab/bulan.	F
		Tab sal 150 mg	CASODEX 150MG		Hanya diberikan untuk kanker prostat.		F
3.	Deksametason	Tab 0,5 mg	GENERIK Deksametason				F
		Inj 5 mg/mL					F
4.	Dienogest	Tab 2 mg	VISANNE		Hanya untuk endometriosis.		F
5.	Eksemestan	Tab Sal Gula 25 mg	AROMASIN	NATERAN	Dapat digunakan untuk kankerpayudara post menopause, ERdan/atau PR positif.	30 tab/bulan selama maks 6 bulan.	F
6.	Goserelin Asetat	Serb Inj 3,6 mg	ZOLADEX	GOSERELIN	Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor ERdan/atau PR positifpremenopause.	1 vial/bulan.	F
					Dapat digunakan untuk endometriosis.	1 vial/bulan; maks 3 vial/kasus.	
					Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh		

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					diberikan bersama dengan bicalutamid tab50 mg.		
		Serb Inj 10,8 mg	ZOLADEX LA		Dapat digunakan untuk kanker prostat.	1 vial/3 bulan.	F
7.	Letrozol	Tab 2,5 mg	LEZRA	Aromara, Femaplex, Femara, Lebrest, Letraz (FOI)	Untuk kanker payudara pada post menopause dengan reseptor ER dan/atau PR positif.	30 tab/bulan	F
8.	Leuprorelin Asetat	Serb Inj 1,88 mg	TAPROS 1,88		Untuk endometriosis pada pasien dengan BB < 50 kg, adenomiosis atau mioma uteri.	- 1 vial/bulan; maks 6 vial/kasus. - Untuk endometriosis: 1 vial/bulan; maks 3 vial/kasus.	F
		Serb Inj 3,75 mg	ENDROLIN, TAPROS 3,75		Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor ER dan/atau PR positif premenopause.	(1 vial/bulan).	F
					Dapat digunakan untuk endometriosis.	1 vial/bulan; maks 6 vial/kasus.	
					Adenomiosis atau mioma uteri.		
					Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bicalutamid tab50 mg.		
					Untuk terapi pubertas prekoks disertai dengan pemeriksaan 2 dari 3		

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					tanda-tanda seks sekunder pubertas prekoks.		
					Kadar LH > 0,8 IU/L.		
		Serb Inj 7,5 mg	-	Eligard (FOI)	- Untuk <i>advanced hormone- dependent prostate cancer</i>. - Diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan hasil PA. - Diberikan di Faskes Tk. 2 atau Faskes Tk 3 yang dapat melakukan pemeriksaan PSA dan testosteron. - Dapat diberikan bersama dengan bikalutamid tab50 mg.	Tiap 1 bulan.	F
		Serb Inj 11,25 mg	TAPROS		- Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor ER dan/atau PR positif premenopause. - Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bikalutamid tab50 mg.		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Serb Inj 22,5 mg	-	Eligard (FOI)	- Untuk <i>advanced hormone- dependent prostate cancer</i>. - Diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan hasil PA. - Diberikan di Faskes Tk. 2 atau Faskes Tk 3 yang dapat melakukan pemeriksaan PSA dan testosteron. - Dapat diberikan bersama dengan bikalutamid tab50 mg.	Tiap 3 bulan.	F
9.	Medroksi Progesteron Asetat	Tab 100 mg	PROVERA				F
		Inj 50 mg/mL	-				F
		Inj 150 mg/mL	GENERIK Medroksi Progesteron Asetat				F
10.	Metilprednisolon	Tab 4 mg	GENERIK Metilprednisolon				F
		Tab 16 mg					F
		Inj 125 mg		PHADILON			
11.	Tamoksifen	Tab 10 mg	TAMOFEN	TAMOXIFEN	Untuk kanker payudara pada premenopause dan post menopause dengan reseptor ER dan/atau PR positif.	60 tab/bulan.	F
		Tab 20 mg	-			30 tab/bulan.	F
12.	Testosteron	Kaps lunak 40 mg	ANDRIOL TESTOCAPS		Hanya untuk defisiensi hormon.		
		Inj 250 mg/mL	-				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
8.2 IMUNOSUPRESAN							
1.	Azatioprin	Tab sal selaput 50 mg	IMURAN				F
2.	Basiliksimab	Inj 20 mg	-	Simulect (FOI)	- Hanya diberikan 1 kali sebelum dilakukan transplantasi. - Diberikan bersama dengansiklosporin dan kortikosteroid.		F
3.	Everolimus	Tab 0,25 mg	CERTICAN		Hanya untuk pasien yang telah menjalani transplantasi ginjal dan mengalami penurunan fungsi ginjal yang dapat menyebabkan Chronic Allograft Nephropathy (CAN).		F
		Tab 0,5 mg	CERTICAN				F
4.	Hidroksi Klorokuin	Tab 200 mg*	-		- Untuk kasus SLE (<i>Systemic Lupus Erythematosus</i>). - Untuk kasus RA (<i>Rheumatoid Arthritis</i>).		F
5.	Klorokuin	Tab 250 mg	-		- Untuk kasus SLE (<i>Systemic Lupus Erythematosus</i>). - Untuk kasus RA (<i>Rheumatoid Arthritis</i>).	60 tab/bulan.	F
6.	Leflunomid	Tab sal selaput 20 mg	ARAVA		- Untuk penderita RA(<i>Rheumatoid</i>		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					<i>Arthritis</i> yang telah gagal dengan DMARDs. Bukan sebagai <i>initial treatment</i>. Hanya boleh diresepkan oleh dokter reumatolog.		
7.	Metotreksat	Tab 2,5 mg	-		- Untuk imunosupresi. - Untuk pasien dengan luas <i>psoriasis</i> di atas 10%.		F
8.	Mikofenolat Mofetil	Tab 500 mg	CELLCEPT		Untuk kasus transplantasi organ ginjal, jantung, atau hati.		F
9.	Mikofenolat Sodium	Tab sal 180 mg	MYFORTIC			Untuk dewasa: 60 tab/bulan.	F
		Tab sal 360 mg	MYFORTIC			Untuk dewasa: 60 tab/bulan.	F
10.	Secukinumab	Serb inj 150 mg			- Hanya untuk pasien <i>psoriasis</i> berat. - Telah terbukti gagal dengan dua (2) terapi sistemik (metotreksat, siklosporin atau narrowband ultraviolet B).	6x pemberian/ kasus.	
11.	Siklosporin	Kaps lunak 25 mg	SANDIMMUN			5 mg/kgBB/hari.	F
		Kaps lunak 50 mg	NEORAL			5 mg/kgBB/hari.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Kaps lunak 100 mg			Untuk kasus transplantasi organ dan penyakit autoimun.	90 kaps/bulan.	F
		Inj 50 mg/mL	-				F
		Inj 100 mg/mL	-				F
11.	Takrolimus	Kaps 0,5 mg	PROGRAF		- Hanya untuk pasien pasca transplantasi yang mengalami <i>rejection</i>. - Hanya untuk pasien pasca transplantasi dengan risiko <i>intermediate</i> dan <i>high risk</i>.		F
		Kaps 1 mg	PROGRAF				F
		Kaps lepas lambat 0,5 mg	PROGRAF XL			- Transplantasi Ginjal: 0,2-0,3mg/kg/hari. - Transplantasi Jantung: 0,15mg/kg/hari. - Transplantasi Paru: 0,10-0,15mg/kg/hari. - Transplantasi Pankreas: 0,2mg/kg/hari. - Transplantasi Usus: 0,3mg/kg/hari.	F
		Kaps lepas lambat 1 mg					
12.	Human Gammaglobulin	Vial 2,5 g/50 mL		Gamaraas			NF
		Vial 5 g/50 mL		Gamunex			NF
		Vial 1 g/10 mL					NF
8.3	SITOTOKSIK						
1.	Afatinib				- Untuk NSCLC jenis <i>nonsquamous</i> yang <i>locally advance</i> atau metastatik dengan adenokarsinoma yang didominasi oleh <i>EGFR exon 19</i> delesi		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					atau mutasi substitusi exon 21 (L858R), <i>TKI naiveadult patients</i> . - Dosis terapi adalah 40 mg, diberikan 1x1 sehari. - Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, pemetreksed dan afatinib), maka tidak dapat digantidengan obat-obat tersebut.		
		Tab sal selaput 20 mg	-		Dosis 20 mg bukan dosis terapeutik tetapi digunakan apabila muncul efek samping. Dosis dikembalikan ke 40 mg untuk mendapat efikasi yang diharapkan.		F
		Tab sal selaput 30 mg	-		Dosis 30 mg bukan dosis terapeutik tetapi digunakan apabila muncul efeksamping. Dosis dikembalikan ke 40 mg untuk mendapat efikasi yang diharapkan.		F
		Tab sal selaput 40 mg	GIOTRIF			30 tab/bulan.	F
2.	Asparaginase	Serb inj 10.000 IU	LEUNASE		Untuk leukemia limfoblastik akut.		F
3.	Bendamustin	Serb inj 25 mg	-	Fonkomustin (FOI)		Untuk CLL: 100	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Serb inj 100 mg	-	Fonkomustin, Ribomustin (FOI)	Hanya untuk <i>Chronic Lymphocytic Leukemia</i> (CLL)/ <i>Small Lymphocytic Lymphoma</i> (SLL) (stadium B atau C).	mg/m ² pada hari 1 dan 2 pada siklus 28 hari. Pemberian maks 6 siklus.	F
4.	Bevacizumab	Inj 25 mg/mL		AVASTIN	Untuk kanker kolorektal metastatik; Anti-VEGF /Anti-Angiogenik	12 x pemberian.	NF
		Inj 100 mg/mL		AVAMAB			
5.	Bleomisin	Serb inj 15 mg	BLEOCIN	-	- Untuk <i>squamous cell carcinoma</i> pada daerah kepala dan leher, serviks, esofagus, penis, testis, kulit, paru, glioma, limfoma, plerodesis. - Sebagai terapi lini pertama pada Hodgkin dan Non Hodgkin disease. - Untuk kanker ovarium dibuktikan dengan hasil pemeriksaan PA. - Untuk <i>germ cell tumor</i> dibuktikan dengan hasil pemeriksaan PA.	12 x pemberian.	F
6.	Busulfan	Tab 2 mg	-				F
7.	Dakarbazin	Serb inj 100 mg	-		Untuk melanoma malignan metastatik, sarkoma dan penyakit Hodgkin.	12 x pemberian.	F
		Serb inj 200 mg	DACARBAZINE MEDAC, DBL DACARBAZINE				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
8	Daktinomisin	Inj 0,5 mg (i.v.)	-		- Untuk tumor Wilms, rabdomiosarkom pada anak, sarkoma Ewings, dan kanker testis non seminoma metastatik. - Neoplasia trofoblastik gestasional. - Untuk <i>soft tissue sarcoma</i>, kecuali <i>leiomyosarcoma</i> dan <i>angiosarcoma</i>	12 x pemberian.	F
9.	Daunorubisin	Serb inj 20 mg	DAUNOCIN-NPL		Untuk leukemia akut.		F
10.	Doksorubisin	Serb inj 10 mg (i.v.)	-			Dosis kumulatif maks (seumur hidup): 500 mg/m ² LPT.	F
		Serb inj 50 mg (i.v.)	DOXORUBICIN HCL (50 MG), DOXOTIL, KEMODOXIN, NAPRODOX, SINDROXOCIN, GENERIK Doksorubisin				F
11.	Dosetaxel	Inj 20 mg	BREXEL, DOCETAXELSANBE	Belotaxel, Docetaxel Ferron	Untuk kanker kepala dan leher, paru, payudara, ovarium, prostat dan adenokarsinoma gaster.	- Untuk kombinasi: 75 mg/m² LPT setiap 3 minggu. - Untuk kemoterapi: 100 mg/m² LPT setiap 3 minggu.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
12.	Epirubisin	Inj 80 mg					F
		Inj 2 mg/mL	CIAZIL, EPEEDO, EPIROL, EPIRUBICIN (10MG), EPISINDAN, GENERIK Epirubisin,			Dosis kumulatif maks 750 mg/m ² LPT.	F
		Serb inj 50 mg	CIAZIL, EPEEDO, EPIROL,EPIRUBICIN (50MG), EPISINDAN,GENERIK Epirubisin, KEMOPIRIN				F
13.	Erlotinib	Tab sal selaput 100 mg	TARCEVA 100		- Hanya untuk adenokarsinoma paru dengan EGFR mutasi positif. - Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, pemetreksed dan afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut.	30 tab/bulan.	F
		Tab sal selaput 150 mg	TARCEVA 150				F
14.	Etoposid	Kaps lunak 100 mg	-		Untuk kanker testis, <i>Small Cell Lung Cancer</i> , limfoma maligna.	100 mg/m ² /hari, selama 3-5 hari.	F
		Inj 20 mg/mL	ETOPUL				F
15.	Fludarabin	Tab sal 10 mg	FLUDARA		- Hanya untuk BCLL. - Sebagai alternatif pengganti klorambusil untuk terapi CLL (<i>Chronic Lymphocytic Leukemia</i>).	30 mg/m ² /hari selama 5 hari.	F
		Serb inj 50 mg					F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
16.	Fluorourasil	Inj 25 mg/mL	-		Untuk kanker kepala dan leher, saluran cerna, payudara, dan leher rahim.	- Untuk nasofaring: 1.000 mg/m²/hari selama seminggu. - Untuk kolorektal: 2.800 mg/m²/46 jam diulang tiap 2 minggu.	F
		Inj 50 mg/mL (i.v.)	CURACIL, GENERIK Fluorourasil				F
17.	Gefitinib	Tab 250 mg	IRESSA		- Hanya untuk adenokarsinoma paru dengan EGFR mutasi positif. - Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, pemetreksed dan afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut.	30 tab/bulan.	F
18.	Gemsitabin	Serb inj 200 mg	ABINGEM,CITABOL, FONKOGEM, GEMCIKALGEMCITA BIN, GEMEDAC,GEMFIX - 200, GEMTAN,GEMTAVIS		- Untuk NSCLC yang <i>locally advanced</i> (stadium IIIA, IIIB) atau metastatik (stadium IV). - Untuk adenokarsinoma pankreas yang <i>locally advanced</i>(<i>non resectable</i> stadium II atau stadium III) atau metastatic(stadium IV). Diberikan pada pasien yang sebelumnya telah mendapat 5-FU.	1.000mg/m ² /minggu.	F
		Serb inj 1000 mg	ABINGEM,CITABOL,D BL GEMCITABINE,FONK OGEM,GEMCIKAL, GEMCITABIN,GEMED AC,GEMFIX -1000, GEMTAN,GEMTAVIS				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					- Hanya untuk <i>muscle invasif bladder cancer.</i>		
19.	Hidroksiurea	Kaps 500 mg	-	Hydroxyurea Medac (FOI)	Untuk CML dan polisitemia verayang <i>high risk</i> (ada riwayat stroke, <i>myocardial infarction/MCI</i>).	40 mg/kgBB/hari selama 30 hari.	F
20.	Idarubisin	Serb inj 20 mg (i.v.)	-			12 mg/m ² LPTselama 3 hari dikombinasi dengan sitarabin.	F
21.	Ifosfamid	Serb inj 500 mg	HOLOXAN 500		Diberikan bersama mesna.	5.000 mg/m ² /harisetiap 3 minggu bersama mesna.	F
		Serb inj 1.000 mg	HOLOXAN 1000				F
		Serb inj 2.000 mg	HOLOXAN 2000				F
22.	Imatinib Mesilat	Tab 100 mg	GLIVEC	IMATINIB MESILAT	Diindikasikan pada: - LGK/CML dan LLA/ALL dengan pemeriksaan kromosom <i>philadelphia</i> positifatau BCR-ABL positif. - GIST yang <i>unresectable</i> dengan hasil pemeriksaan CD 117 positif. - Pasien dewasa dengan <i>unresectable</i> , <i>recurrent</i> dan / atau <i>metastatic</i> .	120 tab/bulan.	F
		Tab 400 mg				Untuk GIST: 60 tab/bulan. Untuk CML: 30tab/bulan.	F
23.	Irinotekan	Inj 20 mg/mL	CAMPTO				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Inf 20 mg/mL	ACTATECAN, CAMPTO		Hanya digunakan untuk kanker kolorektal. Harus diberikan bersama dengan 5-FU dan kalsium folinat (leukovorin, Ca).	125 mg/m ² LPT setiap minggudiulang tiap 3 minggu atau 180 mg/m ² LPT tiap 2 minggu.	F
24.	Kapesitabin	Tab sal 500 mg	-	Binecap, Taceral (FOI)	- Untuk kanker kolorektal. - Untuk kanker payudara metastatik setelah gagal dengan terapi lain.	2.500 mg/m ² /hari selama 2 minggu diulang tiap 3 minggu.	F
25.	Karboplatin	Inj 10 mg/mL	GENERIK Karboplatin, KEMOBOTIN, KEMOCARB			AUC (Area Under the Curve) 5-6 setiap 3 minggu.	F
26.	Klorambusil	Tab sal selaput 5 mg	-				F
27.	Lapatinib	Tab 250 mg	TYKERB	LAPATINIB	- Kombinasi dengan kapesitabin untuk kanker payudara metastatik dengan hasil pemeriksaan HER2 (ErbB2) positif 3/ISH yang amplifikasi dan telah mendapat terapi sebelumnya termasuk trastuzumab. - Kombinasi dengan letrozol untuk kanker payudara metastatik pada post menopause dengan reseptor	- Untuk HER2 positif bersama dengan kapesitabin, dosis 1.250 mg/hari (5 tab/hari). - Untuk HER2 positif + hormon ER dan/atau PR positif dan post menopause pemberian bersama letrozol, dosis 1.500 mg/hari (6 tab/hari).	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					hormon positif (ER/PR positif) dan memerlukan terapi hormon.		
28.	Melfalan	Tab 2 mg	ALKERAN		Untuk multipel mieloma.		F
29.	Merkaptopurin	Tab 50 mg	-				F
30.	Metotreksat	Tab 2,5 mg	-			- Untuk <i>maintenance</i> leukemia: 7,5 mg/hari setiap minggu. - Untuk trofoblastik ganas: 30 mg/hari selama 5 hari.	F
		Inj 2,5 mg/mL	-		Tidak untuk intra tekal. Perlu <i>rescue</i> dengan kalsium folinat(leukovorin, Ca).	Untuk trofoblastik ganas: 12.000 mg/m ² /hari.	F
		Inj 5 mg (i.v./i.m./i.t.)	-			15 mg/minggu.	F
		Inj 10 mg/mL	-		Tidak untuk intra tekal. Perlu <i>rescue</i> dengan kalsium folinat(leukovorin, Ca).	Untuk trofoblastikganas: 12.000 mg/m ² /hari.	F
		Inj 25 mg/mL	GENERIK Metotreksat, KEMOTREXATE, METHOTREXATE (50 MG)		Tidak untuk intra tekal. Perlu <i>rescue</i> dengan kalsium folinat(leukovorin, Ca).		F
31.	Mitomisin	Serb inj 2 mg	-		Hanya digunakan untuk kasus adenokarsinoma		F
		Serb inj 10 mg	-				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					gaster dan pankreas yang tidak bisa diatasi dengan obat primer/lini pertama.		
32.	Nilotinib	Kaps 150 mg	TASIGNA	NILOTINIB	Hanya diresepkan oleh konsultan hematologi dan onkologi medik(KHOM).		
		Kaps 200 mg	TASIGNA	NILOTINIB	Untuk kasus LGK (Leukemia Granulositik Kronik)/CML dengan hasil <i>philadelphia chromosome</i> positif atau BCR-ABL positif.	120/kaps/bulan/ kasus	F
		Kaps 200 mg	TASIGNA		Untuk kasus LGK (Leukemia Granulositik Kronik)/CML dengan hasil <i>philadelphia chromosome</i> positif atau BCR-ABL positif yang resisten atau intorelan terhadap imatinib.	120/kaps/bulan/ kasus	F
33.	Oksaliplatin	Serb inj 50 mg	BELLOXA, DBL OXALIPLATIN, OXALIPLATIN (50 MG), OXALIPLATIN MEDAC,OXITAN, PLAXAT, REXTA		- Untuk terapi ajuvan kanker kolorektal stadium III. - Dapat digunakan untuk kanker kolorektal metastatik.	12x pemberian.	F
		Serb inj 100 mg	BELLOXA, DBL OXALIPLATIN, OXALIPLATIN MEDAC, PLAXAT			12x pemberian.	F
34.	Oktreotid LAR	Serb inj 10 mg	SANDOSTATIN LAR	OCREOTIDE			F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Serb inj 20 mg Serb inj 30 mg			Untuk akromegali dan tumor karsinoid.	- Untuk pasien akromegali yang baru pertama mendapat 150 mg/hari selama 2 minggu, 20-30mg/bulan setiap 4 minggu. - Untuk tumor karsinoid 20-30 mg/bulan, maks 6 bulan.	F
35.	Paklitaksel	Inj 6 mg/mL	ANZATAX, FONKOPAC, GENERIK Paclitaxel, NAPROTAX, PACLIMEDAC, PACLITAXEL (30 MG), PACLITAXEL (100 MG), PACLON 30, PACLON 100, PAXOMED, SINDAXEL 30 MG/5 ML, SINDAXEL 100 MG/16,67 ML			Untuk kanker ovarium 175 mg/m ² /kali, setiap 3 minggu dilanjutkan sisplatin 75 mg/m ² .	F
36.	Pemetreksed	Serb inj 500 mg	ALIMTA		- Untuk lini pertama pada adenokarsinoma paru dengan EGFR <i>wild type</i> .	500 mg/m ² , maks 6siklus.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					- Untuk lini kedua pada adenokarsinoma paru dengan EGFR mutasi positif. - Hanya diberikan bila RS mempunyai tim onkologi. - Jika terjadi progresi pada salahsatu (gefitinib, erlotinib, pemetreksed dan afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut.		
37.	Rituksimab	Inj 10 mg/ML, 100 mg, 500 mg	MABTHERA	RITUXIMAB	- Untuk semua jenis Limfoma malignum Non Hodgkin (LNH) dengan hasil pemeriksaan CD20 positif. - Untuk terapi <i>Chronic lymphocytic leukemia</i> (CLL) dengan hasil pemeriksaan CD20 positif.	375 mg/m ² setiap 3 minggu.	F
38.	Setuksimab	Inj 5 mg/mL	ERBITUX		- Sebagai terapi lini kedua kanker kepala dan leher jenis <i>squamous</i> dan dikombinasikan dengan	- Pemberian tiap minggu: Dosis pertama 400 mg/m², dosis selanjutnya	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					kemoterapi atau radiasi. - Tidak digunakan untuk kanker nasofaring.	250 mg/m ² tiap minggu. - Maks 12 siklus atau sampai terjadi progress atau timbul efek samping yang tidak dapat ditoleransi, mana yang terjadi lebih dulu.	
39.	Siklofosfamid	Serb inj 200 mg (i.v.)	CYCLOVID, ENDOXAN, GENERIK Siklofosfamid			750 mg/m ² LPT setiap 3 minggu.	F
		Serb inj 500 mg (i.v.)	CYCLOVID				F
		Serb inj 1.000 mg (i.v.)	CYCLOVID, ENDOXAN, GENERIK Siklofosfamid				F
40.	Sisplatin	Inj 10 mg/10 mL	CISTEEN, GENERIK Sisplatin	Cisplatin Kalbe		100 mg/m ² /hari diulang tiap 3 minggu.	F
		Inj 50 mg/ 50 mL					F
41.	Sitarabin	Inj 50 mg/mL	-		- Untuk leukemia akut. - Untuk limfomamalignum.	3.000 mg/m ² /hari selama 3 hari berturut-turut.	F
		Inj 100 mg/mL (i.m./i.v./s.k.)	DBL CYTARABINE INJECTION, KABITARIN				F
42.	Temozolamid	Kaps 20 mg	TEMODAL		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	F
		Kaps 100 mg					F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
						hari bersama dengan radioterapi.	
43.	Trastuzumab	Serb inj 440 mg	-	TRASTUZUMAB	Untuk kanker payudara metastatik dengan hasil pemeriksaan HER2 positif 3 (+++) atau ISH positif.	8 siklus atau hingga terjadi progress diseases, mana yang lebih dahulu dicapai.	F
44.	Vinblastin	Inj 1 mg/mL	-			6 mg/m ² setiap 2 minggu	F
45.	Vinkristin	Serb inj 1 mg/mL (i.v.)	VINCRIKSTINE (1 MG), VINCRIKSTINE (2 MG), VINCRIKSTINE KALBE			1, 2 mg/m ² setiap 5 hari. Kecuali untuk ALL maks 3 tahun.	F
46.	Vinorelbin	Inj 10 mg/mL	GENERIK Vinorelbin, NAVELBINE INJ 10 MG / 1 ML, NAVELBINE INJ 50 MG / 5 ML, VINOELRSIN		- Untuk <i>Non Small Cell Lung Cancer</i> (NSCLC). - Untuk kanker payudara stadium lanjut.	25 mg/m ² hari 1 dan 8 diulang setiap 3 minggu.	F
47.	Anagrelide HCl	Kaps 0,5 mg		Thromboreductin			NF
48.	Kalsium Folinat	Inj 50 mg		Leucovorin Calcium			NF
8.4 LAIN- LAIN							
1.	Asam Ibandronat	Inj 1 mg/mL	BONEVELL		- Hiperkalsemia akibat keganasan. - Metastatik tulang.	1 vial/bulan.	F
2.	Asam Zoledronat	Inf 4 mg/100 mL	ZOMETA	ZOLEDRONIC ACID	- Hiperkalsemia akibat keganasan. - Metastatik tulang.	1 vial/bulan.	F
3.	Dinatrium Klodronat	Inj 60 mg/mL	ACTABONE		- Hiperkalsemia akibat keganasan. - Metastatik tulang.	Dosis kumulatif maks 1.500 mg/hari selama 5 hari.	F
4.		Tab 15 mg	-			Sesuai dengan dosis	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
	Kalsium Folinat (Leukovorin, Ca)	Inj 3 mg/mL	-		Untuk pencegahan efek toksik metotreksat dan memperkuat efek 5-fluorourasil.	metotreksat atau 400 mg/m ² setiap 2 minggu bersama dengan 5-FU.	F
		Inj 5 mg/mL	-				F
		Inj 10 mg/mL	GENERIK Kalsium folinat				F
5.	Mesna	Inj 100 mg/mL	UROMITEXAN 400 MG		Hanya diberikan untuk terapi yang menggunakan ifosfamid dan siklofosfamid dosis tinggi.	Sesuai dengan dosis ifosfamid atau siklofosfamid dosis tinggi.	F
9. ANTIPARKINSON							
1.	Kombinasi:		MADOPAR	Leparson, Levoben (FOI)		120 tab/bulan.	F
	Benserazid	Tab/Tab <i>dispersible</i> 25 mg					
	Levodopa	Tab/Tab <i>dispersible</i> 100 mg					
2.	Kombinasi:		STALEVO			90 tab/bulan.	F
	Levodopa	Tab 100 mg					
	Karbidopa	Tab 25 mg					
	Entekapon	Tab 200 mg					
3.	Pramipeksol	Tab 0,125 mg	-	Pramivex 0,125, Sifrol 0,125 (FOI)	Dosis 0,125 mg dapat juga digunakan untuk <i>Restless Leg Syndrome</i> (RLS).	60 tab/bulan.	F
		Tab lepas lambat 0,375 mg	SIFROL ER			30 tab/bulan.	F
		Tab lepas lambat 0,750 mg	SIFROL ER			30 tab/bulan.	F
4.	Ropinirol	Tab lepas lambat 2 mg	REQUIP PD 24 HOUR		Dosis 2 mg dapat juga digunakan untuk <i>Restless Leg Syndrome</i> (RLS).	30 tab/bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Tab lepas lambat 4 mg				30 tab/bulan	F
		Tab lepas lambat 8 mg	REQUIP PD 24 HOUR			30 tab/bulan	F
5.	Triheksifenidil	Tab 2 mg	GENERIK Triheksifenidil	Hexymer 2 (FOI)	Dapat digunakan pada gangguan ekstrapiramidal karena obat.	60 tab/bulan.	F
6.	Rivastigmin (FOI)	Patch 9 mg/5 cm (FOI)		Exelon Patch (FOI)	Demensia ringan hingga sedang pada penyakit Alzheimer atau Parkinson. (FOI)	1 patch/hari (FOI)	NF
		Patch 18 mg/10 cm (FOI)				1 patch/hari (FOI)	NF
10.	OBAT YANG MEMENGARUHI DARAH						
10.1	ANTIANEMI						
1.	Asam Folat	Tab 0,4 mg	PROFOLAT	Starfolat (FOI)			F
		Tab 1 mg	GENERIK Asam folat				F
		Tab 5 mg	-				F
		Kapl 1 mg (FOI)		Anelat (FOI)			NF
2.	Ferro Sulfat	Tab sal selaput 300 mg	-				F
		Sir 150 mg/5 mL	-				F
3.	Kombinasi:						
	Ferro Sulfat	Tab sal 200 mg	-				F
	Asam Folat	Tab sal 0,25 mg	-				
4.	Low molecule ferri sucrose	Inj 20 mg/mL	DIALIFER		Hanya untuk kasus HD dengan defisiensi zat besi dan kadar Hb< 10 g/dL.		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
5.	Low Molecular weight iron dextran	Inj 50 mg/mL	-		Hanya untuk kasus HD dengan defisiensi zat besi dan kadar Hb< 10 g/dL.		F
6.	Sianokobalamin (Vitamin B12)	Tab 50 mcg	GENERIK Sianokobalamin				F
		Inj 500 mcg/mL					
10. 2	OBAT yang MEMENGARUHI KOAGULASI						
1.	Asam Traneksamat	Tab sal selaput 500 mg	GENERIK Asam traneksamat	Lexatrans 500, Nexa 500, Nexitra, Kalnex(FOI)	Untuk perdarahan masif atau berpotensi perdarahan > 600 cc.		F
		Inj 50 mg/mL	GENERIK Asam traneksamat				F
		Inj 100 mg/mL					F
2.	Dabigatran Eteksilat	Kaps 75 mg	PRADAXA		Untuk pencegahan VTE (<i>Venous Thrombo Embolism</i>) pada <i>hip</i> dan <i>knee replacement</i> .	30 kaps, pasca operasi.	F
		Kaps 110 mg					F
3.	Enoksaparin Sodium	Prefilled syringe Inj 20 mg/0,2 mL	LOVENOX		- "Bahan dasar terbuat dari babi" - Dapat digunakan untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut serta pencegahan <i>clotting</i> pada hemodialisis, pada <i>bedridden post</i> operasi, <i>medium</i> dan <i>high risk</i> .	2 vial/hari. Obat Import.	F
		Pref. Syrg. Inj 40 mg/0,4 mL					F
		Pref. Syrg. Inj 0,6 mg/0,6 mL					F
		Prefilled syringe Inj 40 mg/0,4 mL; 60		ANTITEN-A		"Bahan dasar tidak mengandung DNA babi (<i>Non-Porcine</i>)"	NF

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		mg/0,6 mL; 100 mg/1 mL					
4.	Faktor Koagulasi II, Faktor Koagulasi VII, Faktor Koagulasi IX, Faktor Koagulasi X	Pref. Syrg. Inj 60 mg/0,6 mL	-		Terapi pendarahan dan pencegahan pendarahan pada pasien yang mengalami defisiensi faktor protrombin kompleks dapatan atau turunan.		F
		Pref. Syrg. Inj 100 mg/1 mL	OCTAPLEX				F
5.	Fitomenadion (Vitamin K1)	Tab sal gula 10 mg	GENERIK Fitomenadion		- Dosis untuk bayi baru lahir 1 mg. - Dosis untuk bayiprematur 0,5 mg.		F
		Inj 2 mg/mL (i.m.)	GENERIK Fitomenadion				F
		Inj 10 mg/mL (i.m.)	-				F
6.	Fondaparinux	Inj 2,5 mg/0,5 mL	ARIXTRA		Untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut.	1 vial/hari.	F
7.	Heparin, Na	Inj 5.000 IU/mL (i.v./s.k.)	INVICLOT		- 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).	F
8	Nadroparin	Inj 9.500 AXa/mL syringe 0,3 mL	-		"Bahan dasar terbuat dari babi." Untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut.		F
		Inj 9.500 AXa/mL, syringe 0,4 mL	-				F
		Inj 9.500 AXa/mL, syringe 0,6 mL	-				F
9.	Protamin Sulfat	Inj 10 mg/mL	-				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
10.	Rivaroksaban	Tab sal 10 mg	XARELTO		Untuk pencegahan VTE(<i>Venous Thrombo Embolism</i>) pada pasien dewasa yang menjalani <i>hip or knee replacement surgery</i> .	- Untuk <i>knee replacement</i> 12 tab/kasus. - Untuk <i>hip replacement</i> 35 tab/kasus.	F
		Tab sal 15 mg	XARELTO		Untuk terapi DVT (<i>Deep Vein Thrombosis</i>).	42 tab/kasus.	F
		Tab sal 20 mg	XARELTO		Untuk terapi DVT (<i>Deep Vein Thrombosis</i>).	30 tab/bulan, maks3 bulan.	F
11.	Warfarin	Tab 1 mg	WARFARIN		Untuk pencegahan dan terapi <i>thromboembolism</i> . Dosis harian disesuaikan dengan target INR (2-3).	Dosis harian disesuaikan dengan target INR(2-3).	F
		Tab2 mg	NOTISIL 2				F
12.	Etamsilat						NF
13.	Karbazokrom Na. Sulfonat	Inj amp 50 mg/10 ml		ADONA		Maksimal 3 hari	NF
10. 3	OBAT untuk KELEBIHAN BESI						
1.	Deferasiroks	Tab <i>dispersible</i> 250 mg	EXJADE	DEFERASIROKS	- Untuk terapi kelasi besi. - Tidak diberikan untuk anak usia < 2 tahun. - Terapi awal harus ditentukan oleh hematolog anak atau hematolog dewasa.		F
		Tab <i>dispersible</i> 500 mg					F
2.	Deferipron	Tab sal selaput 500 mg	FERRIPROX		Untuk terapi kelasi besi. Terapi awal harus	50-75 mg/kgBB/hari.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					ditentukan oleh hematolog anak atau hematolog dewasa.		
		Sir 100 mg/mL	FERRIPROX		Terapi awal harus ditentukan oleh hematolog anak atau hematolog dewasa.	50-75 mg/kgBB/hari, maks 1 btl/bulan.	F
3	Deferoksamin Mesilat	Serb inj 500 mg	DESFERAL	DEFEROKSAMIN		- Dosis anak usia < 3 thn: 20-30 mg/kgBB/hari, maks 5-7 hari. - Dosis usia > 3 thn: 40-60 mg/kgBB/hari, maks 5-7 hari.	F
10. 4	HEMATOPOETIK						
1.	Eltrombopag	Tab sal selaput 25 mg			- Untuk trombositopenia padapasien <i>IdiopathicThrombocyto penic Purpura</i>(ITP) kronik yang tidakrespons terhadap terapikortikosteroid, imunoglobulinatau splenektomi. - Hanya digunakan untukpasien ITP yang memilikirisiko tinggi	- Platelet telahmencapai> 30.000/mm3tanpa disertaiperdarahan maks pemberian 2minggu.	F
		Tab sal selaput 50 mg					F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					untuk terjadinyaperdarahan (trombosit <30.000/mm3). - Obat diberikan dengan targettrombosit > 30.000/mm3.		
2.	Eritropoetin-alfa	Inj 2.000 IU/0,5 mL	EPODION 2000 IU,EPORON, EPOTREX-NP, EPREX 2000, HEMAPO, RENOGEN		Hanya untuk penderita CKD dengan kriteria berikut: - Kadar Hb < 10 g/dL (terapi awal) dan 10-12 g/dL (terapi rumatan). - Kadar besi normal (SI > 60 mcg/dL) dan/atau indeks saturasi besi (SI/TIBC x 100%)> 20%.	50-100 IU/kgBB diberikan maks 2x seminggu.	F
		Inj 3.000 IU/mL	EPODION 3000 IU,EPORON,HEMAPO ,RENOGEN			50-100 IU/kgBB diberikan maks 2x seminggu.	F
		Inj 4.000 IU/0.5 mL	-				F
		Inj 10.000 IU/mL	EPOTREX-NP				F
3.	Eritropoetin-beta	Inj 2.000 IU/0,3 mL	RECORMON 2000		Hanya untuk penderita CKD dengan kriteria berikut: - Kadar Hb < 10 g/dL (terapi awal) dan 10-12 g/dL (terapi rumatan). - Kadar besi normal (SI > 60 mcg/dL) dan/atau indeks saturasi besi (SI/TIBC x 100%)> 20%.	50-100 IU/kgBB diberikan maks 2x seminggu.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
3.	Filgrastim	Inj 300 mcg/mL	NEUKINE	FILGRASIM	- Hanya untuk leukopenia berat pra dan pasca kemoterapi(leukosit kurang dari 4.000/mm³ dan neutrofil kurang dari 1.500/mm³). - Pemakaian protocol FLAG dan RICE.	1 vial/hari selama 5 hari	F
4.	Lenograstim	Serb inj 263 mcg	GRANOCYTE		- Hanya untuk leukopenia berat pra dan pasca kemoterapi(leukosit kurang dari 4.000/mm³ dan neutrofil kurang dari 1.500/mm³). - Pemakaian protocol FLAG dan RICE.	1 vial/hari selama 5 hari	F
11.	PRODUK DARAH dan PENGANTI PLASMA						
11.1	PRODUK DARAH						
1.	Faktor VIIa (Rekombinan)	Serb inj 1 mg/vial + pelarut untuk injeksi	NOVOSEVEN RT		Hanya diberikan untuk: - Penderita hemofilia dengan inhibitor terhadap faktor VIII atau faktor IX. - Penderita dengan hemofilia kongenital yang memiliki respons		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					anamnestik tinggi terhadap pemberian faktor VIII atau faktor IX. - Mencegah episode pendarahan pada penderita dengan defisiensi faktor VII kongenital, penderita hemofilia didapat(<i>acquired</i>) dan penderita <i>glanzmann thrombastenia</i> . - Hanya boleh diberikan oleh hematolog dewasa atau hematolog anak.		
2.	Faktor VIII				FVIII (unit) = BB (kg) x % (targetkadar plasma - kadar FVIII pasien).	FVIII (unit) = BB (kg) x % (targetkadar plasma - kadar FVIII pasien).	
		Serb inj 250 IU			- Untuk terapi kasus hemofilia A dengan perdarahan - Dibawah pengawasan ahli hematologi dan atau ahli penyakit dalam dan anak.		F
		Serb inj 500 IU	AAFACT, KOATE DVI, OCTANATE 500 IU		- Untuk terapi kasus hemofilia A dengan perdarahan.		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					- Dibawah pengawasan ahli hematologi dan atau ahli penyakit dalam dan anak.		
		Serb inj 230 - 340 IU	HAEMOCTIN 250, KOATE DVI, OCTANATE 250 IU				F
		Serb inj 480 - 600 IU	HAEMOCTIN 500, KOATE DVI,OCTANATE 500 IU				F
		Serb inj 1.000 IU	HAEMOCTIN 1000, KOATE DVI,OCTANATE 1000 IU				F
3.	Faktor IX Kompleks	Serb inj 500 IU+ pelarut 5 mL	OCTANINE F		Hanya digunakan untuk penderita dengan defisiensi faktor IX.		F
		Serb inj 1.000 IU + pelarut 10 mL	OCTANINE F				F
		Inj 50 IU/mL					F
11. 2	PENGGANTI PLSAMA dan PLASMA EKSPANDER						
1.	Albumin Serum Normal (HumanAlbumin)	Inj 5%	PLASBUMIN-5		- Untuk luka bakar tingkat2 (luas permukaan terbakar lebih dari30%) dan kadar albumin < 2,5 g/dL. - Untuk plasmaferesis	Diberikan selama 24jam. Perhitungkan kebutuhan albumin berdasarkan BB.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Inj20%	ALBAPURE 20,HUMAN ALBUMIN 20% BEHRING,HUMAN ALBUMIN 20% BIOTEST, PLASBUMIN-20		- Kadar albumin < 2,5 g/dl, dan/atau untuk kasus perioperatif, dan/atau untuk sindrom nefrotik. - Hanya untuk diberikan apabila terdapat kondisi pre syok atau syok, dan/atau untuk kasus asites yang masif/intens dengan penekanan organ pernafasan atau perut.	100 mL/hari, 300 mL/minggu.	F
		Inj 25%	ALBUMINAR 25%,OCTALBIN 25%,OCTALBIN 5%, PLASBUMIN 25		- Untuk bayi dan anak dengan kadar albumin <2,5 g/dL, dan/atau untuk kasus perioperatif, dan/atau untuk sindrom nefrotik. - Hanya diberikan apabila terdapat kondisi pre syok atau syok, dan/atau untuk kasus asites yang masif/intens dengan penekanan organ pernafasan atau perut.	100 mL/hari, 300 mL/minggu.	F
2.	Fraksi Protein Plasma	Inf 5%	PLASMANATE				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
3.	Pengganti Plasma Golongan Gelatin	Inf	GELAFUSAL, GELOF USINE		Untuk penatalaksanaan syok hipovolemik	6 btl/hari, maks 2 hari.	F
12.	DIAGNOSTIK						
12. 1	BAHAN KONTRAS RADIOLOGI						
12. 1.1	Gastrointestinal						
1.	Barium Sulfat	Serb 92 g/100 g	-				F
		Susp 2,2%	-				F
		Susp 55%	-				F
		Susp 65%	-				F
2.	Iopamidol	300-370 mg Iodium/mL	SCANLUX 370				F
3.	Iopromid	300-370 mg Iodium/mL	ULTRAVIST 370				F
12. 1.2	Intravaskular						
1.	Iodixanol	320 mg Iodium/50 mL	-				F
2.	Iohexsol	Inj 140-350 mg Iodium/mL	GENERIK Iohexsol				F
		240-350 mg Iodium/mL	-				F
3.	Iopamidol	Inj 200-370 mg Iodium/mL	SCANLUX 370				F
4.	Iopromid	240-370 mg Iodium/mL	ULTRAVIST 300, ULTRAVIST 370				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
12. 2	MAGNETIC RESONANCE CONTRAST MEDIA						
1.	Gadobutrol	Inj 1 mmol/mL	GADOVIST				F
2.	Gadoksetat Disodium	0,25 mmol gadoksetat disodium/mL	PRIMOVIIST				F
12. 2.1	Intratekal						
1.	loheksol	180-300 mg Iodium/mL	GENERIK loheksol, IOHEXOL				F
2.	lopamidol	200-300 mg Iodium/mL	SCANLUX 300				F
12. 2.2	Body Cavity						
1.	Kombinasi :	Cairan inj 76 %	-				
	Meglumin Amidotrizoat						F
	Sodium Amidotrizoat						
12. 2.3	Ultrasound						
1.	Galactose Microparticle	200-400 mg micropart/mL			Dapat diberikan di Faskes Tk. 1 yang memiliki fasilitas USG.		F
12. 3	RADIOFARMAKA KEDOKTERAN NUKLIR						
12. 3.1	Radiofarmaka Kedokteran Nuklir Diagnostik						

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1.	Iodium 131	Lar oral	-				F
2.	FDG (<i>fluoro deoxy glucose</i>)	Sesuai kebutuhan	-				F
3.	Technetium 99m	740 MBq - 3,7 GBq (20 to 100 millicuries)/mL	-				F
4.	Thallous Chloride Tl-201	37 MBq Tl 201/mL	-				F
12. 3.2	Farmaka Kedokteran Nuklir						
1.	MDP (<i>methylene diphosphonate</i>)	1 mg <i>methylene diphosphonic acid</i> /mL	BONESCAN KAEF MDP				F
2.	DTPA (<i>diethylenetriamine pentaacetic acid</i>)	2,06-2,5 mg <i>pentetate calcium trisodium</i> /mL	RENALSCAN KAEF DTPA				F
3.	Iodohippurate sodium I 131	37-74 MBq/multiple-dose vial	-				F
4.	DMSA (<i>dimercaptosuccinic acid</i>)	1,1 mg meso-2, 3- <i>dimercaptosuccinic acid</i> /vial	-				F
5.	MAG3 (<i>mercaptoacetyl triglycine</i>)	1 mg betiatide/vial	-				F
6.	MAA (<i>macro aggregate albumin</i>)	0,11-2,5 mg albumin <i>aggregated/reaction</i> vial	-				F
7.	MIBG (<i>meta-iodobenzylguanidine</i>)	Sesuai kebutuhan	-				F
8.	Oktreotid Asetat	0,05 - 6 mg/mL	SANDOSTATIN				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
9.	MIBI (<i>methoxyisobutyl isonitrile</i>)	5-mL <i>reaction vial</i>	CARDIOSCAN KAEF MIBI				F
10.	Sulfur Colloid	4,5 mg gelatin/ <i>reaction vial</i>	-				F
11.	Stannous Pyrophosphate	27,6 mg <i>sodium pyrophosphate</i> /vial	-				F
12. 3.3	Radiofarmaka Kedokteran Nuklir untuk Terapi						
1.	Iodium 131	Lar oral	-				F
2.	153-Sm-EDTMP (Ethylenediamine tetramethylene phosphonic acid)	44 mg Ca/Na EDTMP, 5-46 µg samarium, dan 1850 ± 185 MBq samarium 153 per mL	-				F
12. 4	TES FUNGSI						
12. 4.1	Ginjal						
1.	Natrium Aminohipurat	Inj 200 mg/mL (i.v.)	-				F
12. 4.2	Mata						
1.	Fluorescein	Tts mata 2,5 mg/mL	-				F
		Inj 100 mg/mL	-				F
12. 4.3	Tes Kulit						
1.	Tuberkulin Protein Purified Derivative	Serb inj 2 TU/0,1 mL	-				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
12. 5	LAIN - LAIN						
1.	K.Y Jelly	Gel	-				F
13.	ANTISEPTIK dan DISINFECTAN						
13. 1	ANTISEPTIK						
1.	Hidrogen Peroksida	Cairan 3%	-				F
2.	Klorheksidin	Lar 15%	-		Untuk diencerkan bila akan digunakan.		F
3.	Povidon Iodin	Lar 100 mg/mL	-				F
13. 2	DISINFECTAN						
1.	Etanol 70%	Cairan 70%	-				F
2.	Kalsium Hipoklorit	Serb	-				F
13. 3	LAIN - LAIN						
1.	Paraformaldehid	Lar Buffer 10%	-				F
		Tab 1 g	-				F
14.	OBAT dan BAHAN untuk GIGI						
14. 1	ANTISEPTIK dan BAHAN untuk PERAWATAN SALURAN AKAR GIGI						
1.	Eugenol	Cairan	GENERIK Eugenol				F
2.	Formokresol	Cairan	-				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
3.	Gutta Percha dan Paper Points	15 - 40 mm	-				F
		45 - 80 mm	-				F
4.	Kalsium Hidroksida	Bubuk, Pasta	-				F
5.	Klorfenol Kamfer Mentol (CHKM)	Cairan	-				F
6.	Klorheksidin	Lar 0,2%	PERIO KIN SPRAY CHLORHEXIDINE GLUCONATE				F
7.	Kombinasi :						
	Deksametason Asetat 0,1 %	Cairan	-				F
	Thymol 5%		-				
	Paraklorphenol 30%		-				
	Campor 64%		-				
8.	Kombinasi :						
	Lidokain	Cairan	-				F
	Medisinal Creosote Phenol						
	Eugenol						
	Benzil Alkohol						
9.	Natrium Hipoklorit	Cairan Konsentrat 5%	-		Untuk diencerkan.		F
10.	Pasta pengisi saluran akar	Pasta	-				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
14. 2	ANTIFUNGI OROFARINGEAL						
1.	Nistatin	Susp 100.000 IU/mL	GENERIK Nistatin				F
14. 3	Untuk PENCEGAHAN KARIES						
1.	Fluor	Kapl 1 mg	-				F
		Sediaan Topikal	-				F
14. 4	BAHAN TUMPAT						
1.	Bahan Tumpatan Sementara	Lar, Serb	-				F
2.	Glass ionomer ART (<i>Atraumatic Restorative Treatment</i>)	Serb	-				F
		Lar	-				F
		Cocoa Butter 5 g	-				F
3.	Komposit Resin	Set	-				F
14. 5	PREPARAT LAINNYA						
1.	Anestetik lokal gigi kombinasi: Lidokain 2% + Pinefrin 1 : 80.000	Inj 2 mL	GENERIK Lidokain injeksi 2% + Epinefrin 1: 80.000				F
2.	Aquadest	Cairan 500 mL	-				F
3.	Articulating Paper	Kertas warna penanda oklusi	-				F
4.	Etil Klorida	Spray 100 mL	-				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
5.	Ferrakrilum	Cairan 1%	-				F
6.	Kombinasi:						
	Triamsinolon Asetonid	Pasta	-				F
	Dementilkortetrasiklin						
7.	Lidokain	Inj 2%	GENERIK Lidokain				F
		Salep 5%	-				F
		Spray oral 10%	XYLOCAINE SPRAY				F
8.	Pasta Devitalisasi (Non Arsen)	Pasta	-				F
9.	Surgical Gingival Pack	Pasta					F
15. DIURETIK dan OBAT untuk HIPERTROFI PROSTAT							
15.1	DIURETIK						
1.	Furosemid	Tab40 mg	GENERIK Furosemid	Gralixa (FOI)	30 tab/bulan.		F
		Inj 10 mg/mL (i.v./i.m.)		Edemin(FOI)			F
2.	Hidroklorotiazid	Tab 12,5 mg	-		30 tab/bulan.		F
		Tab25 mg	-		30 tab/bulan.		F
3.	Manitol	Inf 20%	GENERIK Manitol, OTSU - MANITOL 20		2 bt/hari.		F
4.	Spironolakton	Tab 25 mg*	GENERIK Spironolakton		30 tab/bulan.		F
		Tab100 mg			Untuk penyakit sirosis hepatic 30 tab/bulan.		F
5.	Asetazolamid						NF

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
15. 2	OBAT untuk HIPERTROFI PROSTAT						
1.	Doksazosin	Tab1 mg	-	)		30 tab/bulan.	F
		Tab2 mg	-				F
2.	Dutasterid	Kaps Lunak 0,5 mg	AVODART	Terod(FOI)		30 kaps/bulan.	F
3.	Finasteride	Tab5 mg	-	Prostacom (FOI)		30 tab/bulan.	F
4.	Silodosin	Tab 4 mg		Urief (FOI)	Hanya diberikan pada pasien yang sebelumnya telah mendapat terazosin.	60 tab/bulan.	F
5.	Tamsulosin	Tab 0,2 mg	HARNAL D			30 tab/bulan.	F
		Tab Lepas Lambat 0,4 mg	HARNAL OCAS				F
6.	Terazosin	Tab 1 mg	HYTROZ			30 tab/bulan.	F
		Tab 2 mg	HYTROZ 2				F
16.	HORMON, OBAT ENDOKRIN LAIN dan KONTRASEPSI						
16. 1	HORMON ANTIDIURETIK						
1.	Desmopressin	Tab 0,1 mg	-	Minirin 0,1 (FOI)			F
		Tab 0,2 mg	-	Minirin 0,2 (FOI)			F
		Nasal Spray 10 mcg/puff	-			3 btl spray/bulan.	F
2.	Vasopressin	Inj 20 IU/mL (i.m./s.k.)	FARPRESIN				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
16. 2	ANTIDIABETES						
16. 2.1	Antidiabetes Oral						
1.	Akarbose*	Tab 50 mg	GENERIK Akarbose	Glucose, Glucobay (FOI)		90 tab/bulan.	F
		Tab100 mg		Glucose (FOI)		90 tab/bulan.	F
2.	Glibenklamid*	Tab 2,5 mg	HARMIDA 2,5			Dosis maks 15 mg per hari. Maks 90 tab/bulan	F
		Tab 5 mg	GENERIK Glibenklamid				F
3.	Gliklazid*	Tab Lepas Lambat 30 mg	-			30 tab/bulan.	F
		Tab Lepas Lambat60 mg	DIAMICRON MR 60			30 tab/bulan.	F
		Tab 80 mg	GLICLAZIDE	Glucodex (FOI)		60 tab/bulan.	F
4.	Glikuidon*	Tab 30 mg	GENERIK Gliukidon	Glurenorm, Lodem (FOI)		90 tab/bulan.	F
5.	Glimepirid*	Tab 1 mg	GENERIK Glimepirid	Diaversa 1 (FOI)		60 tab/bulan.	F
		Tab2 mg		Diaversa 2 (FOI)			F
		Tab3 mg		Diaversa 3 (FOI)			F
		Tab 4 mg		Diaversa 4 (FOI)		30 tab/bulan.	F
6.	Glipizid*	Tab 5 mg	GLUCOTROL XL			90 tab/bulan.	F
		Tab 10 mg					F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
7.	Metformin*	Tab 500 mg	GENERIK Metformin	Diaversa 1 (FOI)		90 tab/bulan. Dosis efektif: 1.500-2.500 mg/hari.	F
		Tab 850 mg		Diaversa 2 (FOI)		60 tab/bulan.	F
8.	Pioglitazon	Tab 15 mg	GENERIK Pioglitazon	Diaversa 3 (FOI)	Tidak diberikan pada pasien dengan gagal jantung dan/atau riwayat keluarga <i>bladder cancer</i> .	30 tab/bulan.	F
		Tab 30 mg		Diaversa 4 (FOI)			F
9.	Vildagliptin	Tab 50 mg	-		- Tidak digunakan sebagai lini pertama/terapi inisial. - Sebagai terapi tambahan pada metformin dengan dosis optimal yang masih dapat ditoleransi oleh pasien.	60 tab/bulan.	F
16.2.2	Antidiabetes Parenteral						
1.	Human Insulin* :				- Untuk diabetes melitus tipe 1 harus dimulai dengan <i>human</i> insulin. - Wanita hamil yang memerlukan insulin maka harus menggunakan <i>human</i> insulin.		

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					- Tidak untuk <i>initial treatment</i> pada pasien diabetes melitus tipe 2.		
	Short Acting	Inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable</i> , <i>penfill cartridge</i>)	ACTRAPID HM, ACTRAPID HM PENFILL, HUMULIN R, HUMULIN R KWIKPEN		Pada kondisi khusus (misal: perioperatif) maka diabetes melitus tipe 2 dapat langsung diberikan insulin.	Dalam kondisi tertentu, Dokter diFaskes Tk. 1 dapat melakukan penyesuaian dosis insulin hingga 20 IU/hari.	F
	Intermediate Acting	Inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable</i> , <i>penfill cartridge</i>)	INSULATARD HM		Untuk diabetes melitus tipe 2 yang tidak terkendali dengan pemberian kombinasi metformin dosis optimal dan obat diabetes oral lainnya, yang kadar HbA1C nya > 9%.		F
	Mix Insulin	Inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable</i> , <i>penfill cartridge</i>)	MIXTARD 30 HM		Untuk diabetes melitus tipe 2 yang tidak terkendali dengan pemberian kombinasi metformin dosis optimal dan obat diabetes oral lainnya, yang kadar HbA1C nya > 9%.		F
2.	Analog Insulin*:						
	Rapid Acting	Inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable</i> , <i>penfill cartridge</i>)	APIDRA, HUMALOG KWIKPEN, NOVORAPID		Pada kondisi khusus (misal: perioperatif) maka diabetes melitus tipe 2 dapat langsung diberikan insulin.	Dalam kondisi tertentu, Dokter diFaskes Tk. 1 dapat melakukan penyesuaian dosis insulin hingga 20 IU/hari.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
	Mix Insulin	Inj 100 IU/mL (kemasan vial, cartridge disposable, penfill cartridge)	HUMALOG MIX 25 KWIKPEN, HUMALOG MIX 50 KWIKPEN, NOVOMIX 30		Untuk diabetes melitus tipe 2 yang tidak terkontrol dengan pemberian kombinasi metformin dosis optimal dan obat diabetes oral lainnya, yang kadar HbA1C nya > 9%.		F
	Long Acting	Inj 100 IU/mL (kemasan vial, cartridge disposable, penfill cartridge)	BASAGLAR, EZELIN, LANTUS, LEVEMIR FLEXPEN, SANSULIN LOG-G		Untuk diabetes melitus tipe 2 yang tidak terkontrol dengan pemberian kombinasi metformin dosis optimal dan obat diabetes oral lainnya, yang kadar HbA1C nya > 9%.		F
16. 3	HORMON KELAMIN dan OBAT yang MEMENGARUHI FERTILITAS						
16. 3.1	Androgen						
1.	Testosteron	Inj 250 mg/mL	NEBIDO		Hanya untuk defisiensi hormon (dengan kadar testosteron 250-300).		F
2.	Danazol	Tab 200 mg		Danocrine			NF
16. 3.2	Estrogen						
1.	Estrogen Terkonjugasi	Tab Sal Gula 0,625 mg	-				F
2.	Ethinilestradiol	Tab 0,05 mg					F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
16. 3.3	Progestogen						
1.	Linestrenol	Tab 5 mg	-				F
2.	Medroksi Progesteron Asetat	Tab 5 mg	-		Hanya untuk amenorea sekunder, perdarahan uterus abnormal dan endometriosis.	30 tab/bulan.	F
		Tab 10 mg	PROVERA				F
		Inj 150 mg/mL	GENERIK Medroksi Progesteron Asetat				F
3.	Nomegestrol Asetat	Kaps/tab 5 mg	LUTENYL				F
4.	Noretisteron	Tab 5 mg	-	Norelut 5, Regumen, Primolut N (FOI)	Hanya untuk amenorea sekunder, perdarahan uterus abnormal dan endometriosis.	30 tab/bulan.	F
5.	Didrogesteron	Tab 10 mg		Duphaston			F
6.	Progesteron	Pessary 400 mg		Cygest			F
7.	Micronized Progesteron	Tab 100 mg		Utrogestan (Obsgyn)			NF
		Tab 200 mg				NF	
16. 3.4	Kontrasepsi						
16. 3.4. 1	Kontrasepsi Oral						
1.	Desogestrel	Tab 75 mcg	-				F
2.	Kombinasi :						
	Desogestrel150 mcg	Tab	-	Mikrodiol(FOI)			F
	Etinilestradiol 30 mcg						

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
3.	Kombinasi:				Catatan: Disediakan oleh program BKKBN.		
	Levonorgestrel 150 mcg	Tab sal gula	GENERIK Kombinasi: Levonorgestrel + Etinilestradiol				F
	Etinilestradiol 30 mcg						F
4.	Linestrenol	Tab 0,5 mg	-				F
5.	Siproteron Asetat, EthinilEstradiol	Tab 2 mg, 0,035 mg		Diane-35			NF
16. 3.4. 2	Kontrasepsi Parenteral						
1.	Kombinasi :						
	Medroksi Progesteron Asetat	Inj depot 25 mg + 5 mg	GENERIK Kombinasi injeksi depot (G)				F
	Estradiol Sipionat						
2.	Medroksi Progesteron Asetat	Inj 150 mg/3 mL	GENERIK Medroksi Progesteron Asetat		Catatan: Disediakan oleh program BKKBN.		F
16. 3.4. 3	Kontrasepsi AKDR (IUD)				Catatan: Disediakan oleh program BKKBN.		
1.	Copper T	Set	-				F
2.	IUD Cu T 380 A	Set	-				F
3.	IUD Levonorgestrel	Set	-				F
16. 3.4. 4	Kontrasepsi Implan						

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1.	Etonogestrel	Implan 68 mg	IMPLANON NXT		Catatan: Disediakan oleh program BKKBN.		F
2.	Levonorgestrel	Implan 2 rods, 75 mg (3-4 tahun)					F
16. 3.5. 5	Lain - Lain						
1.	Klomifen Sitrat	Tab 50 mg	GENERIK Klomifen Sitrat				F
2.	Bromokriptin	Tab 2,5 mg	-		Untuk hiperprolaktinemia dan hipogonadisme pada pria.		F
16. 4	HORMON TIROID dan ANTITIROID						
1.	Karbimazol	Tab 5 mg	-			Untuk bulan pertama maks180 tab/bulan.	F
2.	Levotiroksin	Tab 50 mcg	EUTHYROX 50			Untuk substitusi150-200 mcg/hari90 tab/bulan.	F
		Tab 100 mcg	EUTHYROX 100			60 tab/bulan.	F
3.	Lugol	Lar	-				F
4.	Propiltiourasil	Tab 100 mg	-			Untuk bulan pertama maks180 tab/bulan.	F
5.	Tiamazol	Tab sal selaput 5 mg	THYROZOL 5			120 tab/bulan.	F
		Tab sal selaput 10 mg	THYROZOL 10			Untuk bulan pertama maks 90 tab/bulan.	F
16. 5	KORTIKOSTEROID						

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1.	Deksametason	Tab 0,5 mg	-	Danasone, Molacort 0,5 (FOI)			F
		Inj 5 mg/mL	GENERIK Deksametason				F
2.	Hidrokortison	Tab 20 mg	-				F
		Serb inj 100 mg	-				F
3.	Metilprednisolon	Tab 4 mg*	-	Grasolon 4(FOI)			F
		Tab 8 mg*	-	Grasolon 8 (FOI)			F
		Tab 16 mg*	-				F
		Serb inj 125 mg	-		Hanya digunakan untuk kasus spesialisik, digunakan dalam waktu relatif singkat.		F
		Serb inj 500 mg	-		Hanya digunakan untuk kasus spesialisik, digunakan dalam waktu relatif singkat.		F
4.	Prednison*	Tab 5 mg	GENERIK Prednison	Lexacort (FOI)			F
5.	Triamsinolon Asetonid	Inj 10 mg/mL	TRILAC				F
6.	Betametason	Tab 0,5 mg		Benoson			NF
7.	Flusinolol Asetonid						NF
8.	Metilprednisolon + Na Suksilat						NF
17.	OBAT KARDIOVASKULAR						

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
17. 1	ANTIANGINA						
1.	Amlodipin*	Tab5 mg	GENERIK Amlodipin		Untuk angina dengan bradikardia.	30 tab/bulan.	F
2.	Atenolol*	Tab50 mg	FARNORMIN 50			30 tab/bulan.	F
3.	Diltiazem*	Tab30 mg	GENERIK Diltiazem			90 tab/bulan.	F
4.	Gliseril Trinitrat	Tab0,5 mg*	NITRAL				F
		Kaps lepas lambat 2,5 mg*	NITROKAF RETARD			90 kaps/bulan	F
		Kaps lepas lambat 5 mg*	NITROKAF FORTE			90 kaps/bulan	F
		Inj 5 mg/mL	DBL GLYCERYL TRINITRATE CONCENTRATE				F
		Inj 10 mg/mL	-	NTG (FOI)			F
5.	Isosorbid Dinitrat	Tab 5 mg*	-	Farsorbid 5 (FOI)		90 tab/bulan.	F
		Tab 10 mg*	-	Cedocard 10,Farsorbid 10,Isonat (FOI)		90 tab/bulan.	F
		Inj 1 mg/mL (i.v.)	ISOSORBIDE DINIRATE	Cedocard, Farsorbid, Nosorbid (FOI)	Untuk kasus rawat inap dan UGD.		F
6.	Isosorbid Mononitrat	Tab 20 mg		Molacort 0,5 (FOI)Cardismo			NF
		Tab 60 mg		Imocard Sr			NF

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
7.	Ivabradin	Tab 5 mg		Coralan	Digunakan untuk pengobatan simptomatik angina pektoris yang kronik stabil pada pasien dengan ritme sinus normal yang telah gagal dengan beta bloker.	60 tab/bulan aks 3 bulan.	NF
		Tab 7,5 mg					NF
8.	Nitroglicerine	Inj 10 mg		Ntg			NF
9.	Trimetazidin	Tab 35 mg		Trimetazidin			NF
10.	Trimetazidin Dihcl	Tab 35 mg		Trizedon Mr			NF
17.	ANTIARITMIA						
2							
1.	Amiodaron	Tab 200 mg*	AMIODARON TAB	Cordarone, Kendaron, Rexidron (FOI)		30 tab/bulan.	F
		Inj 50 mg/mL	AMIODARON INJ	Cordarone (FOI)	Untuk kasus rawat inap.		F
2.	Digoksin	Tab 0,25 mg*	-			30 tab/bulan.	F
		Inj 0,25 mg/mL	FARGOXIN				F
3.	Diltiazem	Serb inj 50 mg	HERBESSER INJEKSI				F
4.	Lidokain	Inj 100 mg/mL (i.v.)	-				F
5.	Propranolol	Tab 10 mg*	GENERIK Propranolol		- Untuk kasus-kasus dengan gangguan tiroid. - Untuk tremor esensial, tremor	90 tab/bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
6.	Verapamil				distonia, dan tremor holmes.		
		Inj 1 mg/mL (i.v.)	-		Hanya untuk krisis tiroid atau aritmia dengan palpitasi berlebihan.		F
		Tab 80 mg*	GENERIK Verapamil		Untuk aritmia supraventrikular.	90 tab/bulan.	F
		Inj 2,5 mg/mL	-				F
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	GENERIK Amlodipin			30 tab/bulan.	F
		Tab 10 mg					F
2.	Atenolol*	Tab 50 mg	FARNORMIN 50			30 tab/bulan.	F
		Tab 100 mg	BETABLOK				F
3.	Bisoprolol*	Tab 2,5 mg	CONCOR 2.5			30 tab/bulan.	F
		Tab sal selaput 5 mg	-	Biscor 5 (FOI)		30 tab/bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Tab sal selaput 10 mg	CONCOR 10				F
4.	Diltiazem	Tab 30 mg	GENERIK Diltiazem			90 tab/bulan.	F
		Kaps lepas lambat 100 mg*	HERBESSER CD 100			30 kaps/bulan.	F
		Kaps lepas lambat 200 mg*	HERBESSER CD 200			30 kaps/bulan.	F
		Inj 5 mg/mL	FARMABES INJ		Untuk hipertensi berat atau angina pectoris pada kasus rawat inap.		F
		Serb inj 10 mg	-		Untuk hipertensi berat.		F
		Serb inj 50 mg	HERBESSER INJEKSI		Untuk hipertensi berat atau angina pectoris pada kasus rawat inap.		F
5.	Doksazosin*	Tab 1 mg	-			30 tab/bulan.	F
		Tab 2 mg	-				F
6.	Hidroklorotiazid*	Tab 25 mg	GENERIK Hidroklorotiazid			30 tab/bulan.	F
7.	Imidapril*	Tab 5 mg	TANAPRESS 5			30 tab/bulan.	F
		Tab 10 mg	TANAPRESS 10			30 tab/bulan.	F
8.	Irbesartan*	Tab 150 mg	GENERIK Irbesartan		Untuk pasien yang telah mendapat ACE <i>inhibitor</i> sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE <i>inhibitor</i>	30 tab/bulan.	F
		Tab 300 mg				30 tab/bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya.		
9.	Kandesartan*	Tab 8 mg	GENERIK Kandesartan		Untuk pasien yang telah mendapat ACE <i>inhibitor</i> sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE <i>inhibitor</i> yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya.	30 tab/bulan.	F
		Tab 16 mg				30 tab/bulan.	F
10.	Kaptopril*	Tab 12,5 mg	GENERIK Kaptopril			90 tab/bulan.	F
		Tab 25 mg		Dexacap 25 (FOI)		90 tab/bulan.	F
		Tab 50 mg					F
11.	Klonidin	Tab 0,15 mg*	GENERIK Klonidin			90 tab/bulan.	F
		Inj 150 mcg/mL (i.v.)	CATAPRES				F
12.	Klortalidon	Tab 50 mg	-			30 tab/bulan.	F
13.	Lisinopril	Tab 5 mg	GENERIK Lisinopril			30 tab/bulan.	F
		Tab 10 mg		Nopril, Odace (FOI)			F
		Tab 20 mg	-				F
14.	Metildopa	Tab 250 mg	DOPAMET		Untuk hipertensi pada wanitahamil.	90 tab/bulan.	F
15.	Metoprolol Tartat	Inj 1 mg/mL	FAPRESOR		Emergency anaesthesia, krisishipertiroid.		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
16.	Nifedipin	Tab 10 mg	-			90 tab/bulan.	F
		Tab lepas lambat 20 mg	ADALAT OROS 20			30 tab/bulan.	F
		Tab lepas lambat 30 mg	ADALAT OROS 30				F
17.	Nikardipin	Inj 1 mg/mL	GENERIK Nikardipin		Hanya untuk pasien dengan hipertensi berat dan memerlukan perawatan.		F
18.	Nimodipin	Tab sal selaput 30 mg	NIMOTOP		Untuk perdarahan <i>sub arachnoid</i> .	3 tab/hari maks 2 minggu.	F
		Inf 0,2 mg/mL	GENERIK Nimodipine			Maks 3 hari.	F
19.	Perindopril Arginin*	Tab 5 mg	BIOPREXUM 5 MG			60 tab/bulan.	F
20.	Prostaglandin (PGE 1)	Inj 500 mcg/mL	-		Untuk bayi dengan kelainan jantung bawaan sianosis yang <i>ductus dependent</i> .		F
21.	Ramipril*	Tab 2,5 mg	RAMIPRIL	Tenapril 2,5 (FOI)		30 tab/bulan.	F
		Tab 5 mg	GENERIK Ramipril	Tenapril 5 (FOI)			F
		Tab 10 mg		Tenapril 10 (FOI)			F
22.	Telmisartan*	Tab 40 mg	MICARDIS	-		30 tab/bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Tab 80 mg	MICARDIS		- Untuk pasien yang telah mendapat ACE <i>inhibitor</i> sebelumnya sekurang- kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE <i>inhibitor</i> yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya. - Disertai bukti eGFR < 60 mL/menit/1,73 m².	30 tab/bulan.	F
23.	Valsartan*	Tab sal selaput 80 mg	-		- Untuk pasien yang telah mendapat ACE <i>inhibitor</i> sebelumnya sekurang- kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE <i>inhibitor</i> yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya. - Disertai bukti eGFR < 60 mL/menit/1,73 m².	30 tab/bulan.	F
		Tab 160 mg	GENERIK Valsartan				F
24.	Verapamil*	Tab 80 mg	GENERIK Verapamil			90 tab/bulan.	F
		Tab lepas lambat 240 mg	ISOPTIN SR			30 tab/bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
25.	Irbesartan + Hidroklortiazid						NF
26.	Losartan						NF
27.	Peridopril Arginin + Amlodipin						NF
28.	Sprinolakton						NF
29.	Telmisartan + Amlodipin						NF
17. 3.2	Antihipertensi Pulmonal						
1.	Beraprost Sodium	Tab 20 mcg	DORNER			90 tab/bulan.	F
2.	Sildenafil	Tab 20 mg	-		- Digunakan untuk Hipertensi Arteri Pulmonal (HAP) pada pasien dewasa. Diagnosis ditegakkan dengan <i>echocardiography</i> . - Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Jantung dan Bedah Jantung.	90 tab/bulan.	F
17. 4	ANTIAGREGASI PLATELET						
1.	Asam Asetilsalisilat (Asetosal)*	Tab 80 mg	MINIASPI 80	Aspilets Chewable, Cartylo, Thrombo Aspilet EC (FOI)		30 tab/ bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Tab sal enterik 100 mg	-			30 tab/ bulan.	F
2.	Klopidogrel	Tab sal selaput 75 mg*	GENERIK Klopidogrel	Platogrix, Trombikaf (FOI)	- Hanya digunakan untuk pemasangan sten jantung. - Saat akan dilakukan tindakan PTCA diberikan 600 mg. Rumatan 75 mg/hari selama 1 tahun. - Pasien yang menderita <i>recent myocardial infarction, ischaemic stroke</i> atau <i>established Peripheral Arterial Disease (PAD)</i>. - Pasien yang menderita sindrom koroner akut: NON STEMI (<i>unstable angina</i>) dan STEMI. - Hati-hati interaksi obat pada pasien yang menggunakan obat golongan <i>Proton Pump Inhibitor (PPI)</i>.	Saat akan dilakukan tindakan PTCA diberikan 4-8 tab. <i>Maintenance</i> : 1 tab/hari selama 1 tahun.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Tab sal selaput 300 mg*	PLAVIX		Hanya untuk <i>loading dose</i> pada pasien yang menjalani <i>Percutaneous Coronary Intervention</i> (PCI).		F
3.	Silostazol	Tab 100 mg	-		Hanya untuk kasus <i>Peripheral Arterial Disease</i> (PAD) dan pasien yang tidak dapat diberikan asam asetilsalisilat.	60 tab/ bulan.	F
		Kaps SR 100 mg*			<i>Secondary prevention</i> padapatient stroke dengan <i>Cerebral Small Vessel Disease</i> (CSVD).	60 tab/ bulan.	F
4.	Tikagrelor	Tab 90 mg	BRILINTA		Untuk pasien kasus PCI dengan <i>Acute Coronary Syndrome</i> (ACS).	60 tab/ bulan, maks1 tahun.	F
5.	Dipiradamol						NF
6.	Pradaxa						NF
17.5	TROMBOLITIK						
1.	Alteplase	Serb inj 50 mg	ACTILYSE		- Kontraindikasi: tidak digunakan untuk stroke iskemik dengan riwayat perdarahan 102entricular102 dan cedera kepala berat dalam waktu 3 bulan terakhir, operasi		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					mayor dalam waktu 3 bulan terakhir, riwayat gangguan koagulasi, hipertensi yang tidak terkontrol. - Hanya untuk infark miokard akut dengan onset < 12 jam. - Hanya untuk stroke non hemoragik dengan onset < 4,5 jam. - Dapat diberikan di Faskes Tk. 2 yang memiliki fasilitas ICCU/ICU/unit stroke.		
2.	Streptokinase	Serb inj 1,5 juta IU	FIBRION		- 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		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					bulan, dan diseksi aorta. - Infark miokard akut dengan onset < 12 jam. - Dapat diberikan di Faskes Tk. 2 yang memiliki fasilitas ICCU/ICU/unit stroke.		
17. 6	OBAT untuk GAGAL JANTUNG						
1.	Bisoprolol	Tab 1,25 mg*	CONCOR 1,25		Hanya untuk gagal jantung kronis dengan penurunan fungsi 104entricular sistolik yang sudah terkompensasi.	30 tab/bulan.	F
		Tab 2,5 mg*	CONCOR 2.5	Beta-One (FOI)			F
		Tab sal selaput 5 mg*	-	Bisor 5			F
		Tab sal selaput 10 mg	CONCOR 10				F
2.	Digoksin	Tab 0,25 mg*	-		Hanya untuk gagal jantung dengan atrial fibrilasi atau sinus takikardia.	30 tab/bulan.	F
		Inj 0,25 mg/ML	FARGOXIN				F
3.	Furosemid	Tab 40 mg*	GENERIK Furosemid			120 tab/bulan.	F
		Inj 10 mg/ML (i.v./i.m.)					F
4.	Isosorbid Dinitrat	Inj 1 mg/ML	ISOSORBIDE DINITRATE		Untuk gagal jantung akut.		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
5.	Ivabradin	Tab 5 mg	CORALAN 5 MG		Hanya dapat digunakan untuk pasien dengan <i>ejection fraction</i> < 35%.	60 tab/bulan.	F
6.	Kandesartan*	Tab 8 mg	GENERIK Kandesartan		Untuk pasien yang telah mendapat ACE <i>inhibitor</i> sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE <i>inhibitor</i> yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya.	30 tab/bulan.	F
		Tab 16 mg				30 tab/bulan	F
7.	Sacubitril Valsartan Sodium Hydrate	Tab 50 mg		UPERIO			
		Tab 100 mg					
8.	Kaptopril*	Tab 12,5 mg	GENERIK Kaptopril			90 tab/bulan.	F
		Tab 25 mg				90 tab/bulan.	F
		Tab 50 mg				90 tab/bulan.	F
9.	Karvedilol	Kaps 6,25 mg*	V-BLOC		Hanya untuk gagal jantung kronis dengan penurunan fungsi <i>105entricular</i> sistolik yang sudah terkompensasi.	60 kaps/bulan.	F
		Tab 25 mg	-			60 tab/bulan.	F
10.	Milrinone	Inj 1 mg/ml	-		Hanya diberikan di ruang intensif.	Maks 2 hari	F
11.	Ramipril*	Tab 5 mg	GENERIK Ramipril			30 tab/bulan.	F
		Tab 10 mg					F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
12.	Spironolakton*	Tab 25 mg	GENERIK Spironolakton			30 tab/bulan.	F
17. 7	OBAT untuk SYOK KARDIOGENIK dan SEPSIS						
1.	Dobutamin	Inj 12,5 mg/mL	-		Hanya untuk infark miokard akut dan syok kardiogenik.		F
		Inj 25 mg/mL	-				F
		Inj 50 mg/mL	GENERIK Dobutamin				F
2.	Dopamin	Inj 40 mg/mL	CETADOP	Indop, Udopa (FOI)	- Hanya untuk syok kardiogenik, dekomposisi kordis akut dan syok septik. - Tidak untuk syok hipovolemik.		F
3.	Epinefrin (Adrenalin)	Inj 0,1% (i.v.)	GENERIK Epinefrin				F
4.	Norepinefrin	Inj 1 mg/mL	GENERIK Norepinefrin				F
17. 8	ANTIHIPERLIPIDEMIA						
1.	Atorvastatin	Tab sal selaput 10 mg	GENERIK Atorvastatin		- Jika setelah pemberian simvastatin selama 3 bulan berturut-turut pasien tidak mencapai target penurunan LDL < 100 mg/dL,	30 tab/bulan, maks3 bulan.	F
		Tab sal selaput 20 mg				30 tab/bulan, maks3 bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					disamping diet ketat lemak; dan - 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 - Pasien ASCVD (<i>post</i> 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.		
2.	Fenofibrat	Kaps 100 mg	GENERIK Fenofibrat	Hyperchol 100 (FOI)		30 kaps/bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Kaps 300 mg		Hyperchol 300(FOI)	- Hanya untuk hipertriglisideremia dengan kadar trigliserida > 250 mg/dL. - Pemeriksaan trigliserida dilakukan pada pasien yang telah menjalani puasa.	30 kaps/bulan.	F
3.	Gemfibrozil	Kapl 300 mg	-		- Hanya untuk hipertriglisideremia. - Tidak dianjurkan diberikan bersama statin.	30 kapl/bulan.	F
		Kapl 600 mg	GENERIK Gemfibrozil			30 kaps/bulan.	F
4.	Kolestiramin	Serb 4 g	-			4 sachet.	F
5.	Pravastatin	Tab 10 mg	-		- Hanya untuk hiperlipidemia dengan kadar LDL >160 mg, pada penyakit jantung koroner dan diabetes mellitus disertai makroalbuminuri. - Pemberian selama 6 bulan, selanjutnya harus dievaluasi kembali.	30 tab/bulan.	F
		Tab 20 mg	GENERIK Pravastatin			30 tab/bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
6.	Rosuvastatin	Tab 10 mg	GENERIK Rosuvastatin	Crestor 10, Recansa, Suvesco 10 (FOI)	- Jika setelah pemberian simvastatin selama 3 bulan berturut-turut pasien tidak mencapai target penurunan LDL < 100 mg/dL, disamping diet ketat lemak; dan - 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 - Pasien ASCVD (<i>post</i> PCI, CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pasca infark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target	30 tab/bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					LDL adalah ≤ 70 mg/dL, yang harus diperiksa setiap 3 bulan.		
7.	Simvastatin	Tab sal selaput 10 mg*	GENERIK Simvastatin	Esvat 10,Norpid 10 (FOI)	Sebagai terapi tambahan terhadap terapi diet pada pasien hiperlipidemia dengan: - Kadar LDL > 160 mg/dL untuk pasien tanpa komplikasi diabetes melitus/ PJK. - 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. - Kadar LDL > 130 mg/dL untuk pasien diabetes melitus. Setelah 6 bulan dilakukan evaluasi ketaatan pasien terhadap	30 tab/bulan.	F
		Tab sal selaput 20 mg*		Esvat 20,Norpid 20 (FOI)		30 tab/bulan	F
		Tab sal selaput 40 mg	-			30 tab/bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					kontrol diet dan pemeriksaan laboratorium LDL dilampirkan setiap 6 bulan.		
8.	Atorvastatin Ca						F
9.	Ezetimib						F
10.	Lovastatin						F
11.	Kombinasi : Ezetimib + Simvastatin						F
12.	Pitavastatin						F
18.	OBAT TOPIKAL untuk KULIT						
18.1	ANTI AKNE						
1.	Asam Retinoat	Krim 0,1%	NIOTINEX FORTE				F
		Krim 0,05%					F
18.2	ANTIBAKTERI						
1.	Antibakteri, Kombinasi:						
	Basitrasin 500 IU/g	Salep	GENERIK Anti Bakteri salep				F
	Polimiksin B10.000 IU/g						
2.	Framisetin Sulfat	Tulle 1%	-	Daryant Tulle 10x10, Sofra-Tulle (FOI)			F
3.	Kloramfenikol	Salep 2%	BUFACETINE				F
4.	Natrium Fusidat	Salep 2%	-				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Krim 2%	-				F
5.	Perak Sulfadiazin	Krim 1%	SULFADIAZINE SILVER	Burnazin 35, Burnazin 500 (FOI)	Hanya untuk luka bakar.		F
18. 3	ANTIFUNGI						
1.	Antifungi, Kombinasi:						
	Asam Benzoat6%	Salep	GENERIK Antifungi Salep				F
	Asam Salisilat3%						
2.	Ketokonazol	Krim 2%	GENERIK Ketokonazol	Zoralal (FOI)			F
		Scalp sol 2%	-		Pada pitiriasis yang luas.		F
3.	Klotrimazol	Tab Vaginal 100 mg	-				F
4.	Mikonazol	Serb 2%	MYCORINE				F
		Krim 2%	GENERIK Mikonazol	Moladerm(FOI)			F
5.	Nistatin	Tab vaginal 100.000 IU	GENERIK Nistatin				F
18. 4	ANTIINFLAMASI dan ANTIPRURITIK						
1.	Betametason	Krim 0,05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE				F
		Krim 0,1%	-	Betason, Orsaderm(FOI)			F
		Salep 0,1%	-				F
2.	Desoksimesason	Krim 0,25%	-				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Salep 0,25%	-				F
		Gel 0,05%	-				F
3.	Diflukortolon Valerat	Salep 0,1%	-				F
4.	Flusinolon Asetonid	Krim 0,025%	SYNARCUS				F
		Salep 0,025%	DERMASOLON				F
5.	Hidrokortison	Krim 1%	GENERIK Hidrokortison				F
		Krim 2,5%					F
6.	Kalamin	Lotio	-				F
7.	Mometason Furoat	Krim 0,1%	GENERIK Mometason furoat				F
18. 5	ANTISKABIES dan ANTIPEDIKULOSIS						
1.	Permetrin	Krim 5%	SCABIMITE				F
2.	Salep 2-4, kombinasi:	Salep	GENERIK Salep 2-4				F
	Asam salisilat2%						
	Belerang Endap4%						
18. 6	KAUSTIK						
1.	Perak Nitrat	Lar 20%	-				F
2.	Polikresulen	Lar	-		Untuk servitisis.		F
3.	Podofilin	Tingtur 25%	-	-	- Tidak boleh diberikan pada wanita hamil.		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					- Hanya diberikan oleh dokter dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan.		
18. 7	KERATOLITIK dan KERATOPLASTIK						
1.	Asam Salisilat	Salep 2%	-				F
		Salep 5%	-				F
		Salep 10%	-				F
2.	Liquor Carbonis Detergens	Lar 5%	-				F
18. 8	LAIN- LAIN						
1.	Asam Salisilat	Lar 0,1%	-				F
2.	Bedak Salisil	Serb 2%	-				F
3.	Triamsinolon Asetonid	Inj 10 mg/mL	TRILAC		Hanya untuk new growth keloid.		F
		Inj 40 mg/mL	-				F
4.	Urea	Krim 10%	SOFT U DERM CREAM	Moisderm 10% (FOI)			F
		Krim 20%	-				F
19.	LARUTAN DIALISIS PERITONEAL						
1.	Dialisa Peritoneal	Lar intraperitoneal dengan dekstrose 1,5%	-				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Lar intraperitoneal dengan dekstrose 2,5%	-				F
2.	Hemodialisa	Lar konsentrat basis natrium bikarbonat	-				F
		Lar konsentrat basis asetat	-				F
20. LARURAN ELEKTROLIT, NUTRISI dan LAIN-LAIN							
20.1	ORAL						
1.	Garam Oralit Kombinasi:						
	Natrium klorida 0,52 g	Serb	GENERIK Garam Oralit I serbuk				F
	Kalium Klorida 0,30 g						
	Trinatrium Sitrat Dihidrat 0,58 g						
	Glukosa Anhidrat 2,70 g						
2.	Kalium Klorida	Tab lepas lambat 600 mg	KSR			90 tab/bulan.	F
3.	Kalium Aspartat	Tab sal selaput 300 mg	-	Aspar K, Kalipar (FOI)		90 tab/bulan.	F
4.	Kalsium Polistirena Sulfonat	Serb 5 g	KALITAKE			15-30 gram/hari dibagi dalam 2-3 kali pemberian. Maks selama 5 hari sampai dengan dialisis dilakukan.	F
5.	Natrium Bikarbonat	Tab 500 mg	-			90 tab/bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
6.	Zinc	Drops 10 mg/mL	-	Daryazinc, Zincpro (FOI)	Untuk anak usia < 2 tahun.	2 btl/kasus.	F
20. 2	PARENTERAL						
1.	Larutan Mengandung Asam Amino		AMINOFLUID (Larutan mengandung Asam Amino 500ml), AMINOFLUID (Larutan mengandung asam amino (Aminofluid 1000ml)), AMINOFUSI N HEPAR Larutan mengandung asam Amino - Aminofusin Hepar, AMINOFUSIN L 600 Larutan mengandung asam amino - Aminofusin L 600, AMINOFUSIN PAED Larutan mengandung asam Amino (Kombinasi asam amino, vitamin dan elektronik) - Aminofusin Paed, AMINOLEBAN INJ Larutan mengandung Asam Amino (Aminoleban,				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
			500 mL),AMINOLEBAN INJ Larutan mengandung Asam Amino (Aminoleban, 500 mL),AMINOSTERIL INFANT 10% Larutan Mengandung Asam Amino - Aminosteril Infant 10%,AMINOSTERIL INFANT 6% Larutan mengandung Asam Amino (asam amino 6%) - Aminosteril infant 6%,AMINOSTERIL N- HEPA 8% Larutan mengandung Asam Amino (asam amino 8%) - Aminosteril N- Hepa 8%,AMIPAREN INJ Larutan mengandung Asam Amino (Amiparen),BENUTRI ON VE Larutan mengandung Asam Amino (Benutrition VE),CLINIMIX				

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
			N9G15E Larutan mengandung asam Amino (kombinasi asam amino, glukosa dan elektrolit) - Clinimix N9G15E,CLINIMIX N9G20E Larutan mengandung asam Amino (kombinasi asam amino, glukosa dan elektrolit) - Clinimix N9G20E,COMAFUSIN HEPAR Larutan mengandung Asam Amino (kombinasi asam amino, vitamin dan elektrolit) - Comafusin Hepar,COMBIFLEX PERI Larutan mengandung asam amino (kombinasi asam amino, glukosa dan elektrolit) - Combiflex Peri,DIPEPTIVEN DIPEPTIVEN - Larutan mengandung Asam				

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
			Amino (Glutamine 20gr),EAS PFRIMMER Larutan mengandung Asam Amino (mengandung L-Isoleucine, L-leucine, L-Lysine monoacetate, L-Methionine, L-Phenylalanine, L-Threonine, L-Tryptophan, L-Histidine,L-Valine, Glycerin, Xylitol, KALBAMIN Larutan mengandung asam amino – Kalbamin, KIDMIN Larutan mengandung asam amino (KIDMIN),NEPHROSTERIL Nephrosteril - Larutan mengandung Asam Amino (Asam Amino 7%, Komposisi: Asam Amino esensial: Asam Amino non esensial = 60 : 40),PAN AMIN - G Larutan mengandung				

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
			Asam Amino (Pan amin-g), VALAMIN				
2.	Larutan Mengandung Elektrolit		KA-EN 1B Larutan mengandung elektrolit (KA-EN 1B),KA-EN 3A Larutan mengandung elektrolit (KA-EN 3A),KA-EN 3B Larutan mengandung Elektrolit (KA-EN 3B) , Softbag, KA-EN 3B Larutan mengandung elektrolit (KA-EN 3B), botol plastic,TRIDEX 27A,TRIDEX 27B, TRIDEX PLAIN Larutan mengandung elektrolit (Tridex Plain), WIDA KN-1 WIDA KN1-Larutan mengandung elektrolit (KCl 0,15% + NaCl 0,9%) 500 ml, WIDA KN2 WIDA KN2- Larutan mengandung elektrolit (KCl 0,3% + NaCl 0,9%) 500 ml,				F
				NaCl 3%			NF
3.	Larutan Mengandung Karbohidrat		INFUMAL 10 SP Larutan mengandung				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
			karbohidrat (Infumal 10 SP), INFUSAN D5 (100 ML) Larutan mengandung karbohidrat (Glukosa 5g/100 ml), INFUSAN D5 (250 ML) Larutan mengandung Karbohidrat (Glukosa 12,5 g/250 ml), TRIOFUSIN 1600,				
4.	Larutan Mengandung Karbohidrat + Elektrolit		HYDROMAL HYDROMAL, INFUSAN D5 + NS, INFUSAN RD SP, MARTOS – 10, KA- EN MG3, SMOFKABIVEN SMOFKABIVEN, TRID EX 100, TUTOFUSIN OPS Larutan mengandung Karbohidrat + elektrolit (mengandung calcium chlorida, magnesium chlorida anhydrous, pottasium chloride, sodium asetat, sodium chloride, sorbitol) - Tutofusin OPS, WIDA				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
			2A,WIDA D5-1/2NS WIDA D5- 1/2NS,WIDA D5- NS,WIDA HSD,WIDA KDN-1 WIDA KDN1- Larutan mengandung karbohidrat+elektrolit (D2,5 %+ KCl 0,15 %+ NaCl 0,45 %) 500 ml,WIDA KDN-2 WIDA KDN2-Larutan mengandung karbohidrat+elektrolit (D2,5 %+ KCl 0,3 %+ NaCl 0,45 %) 500 ml,WIDA RD				
5.	Larutan Mengandung Lipid		CLINOLEIC 20% Larutan mengandung Lipid , kemasan 250 ml - Clinoleic 20%,INTRALIPID 20% INTRALIPID - Larutan mengandung Lipid (Infus Emulsi Lipid 20%),LIPOFUNDIN MCT / LCT 20% Larutan mengandung lipid (mengandung soybean oil, MCT) - Lipofundin MCT/LCT				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
			20%, kemasan 100 mL, LIPOFUNDIN MCT / LCT 20% Larutan mengandung lipid (mengandung soybean oil, MCT) - Lipofundin MCT/LCT 20%, kemasan 250 mL, LIPOMED 20% MCT/LCT 100 ML Larutan mengandung Lipid, kemasan 100 ml - Lipomed 20% MCT/LCT, LIPOMED 20% MCT/LCT 250 ML Larutan mengandung Lipid kemasan 250 ml - Lipomed 20% MCT/LCT, OMEGAVE N, SMOFLIPID 20% Larutan mengandung lipid (infus lipid emulsi MCT/LCT 20% 100 mL) - SMOFLIPID 20%				

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
6.	Larutan Mengandung Asam Amino+Elektrolit+Karbohidrat+Lipid		CLINIMIX N9G15E,CLINIMIX N9G20E,COMBIFLEX PERI		Hanya digunakan untuk pasien dengan <i>Total Parenteral Nutrition</i> (TPN).		F
20. 3	LAIN-LAIN						
1.	Air untuk injeksi	Cairan inj	OTSU - WI				F
2.	Air untuk irigasi	Inf	WIDA WI UNICAP				F
3.	Manitol	Inf 20%	GENERIK Manitol,OTSU - MANITOL 20				F
20. 4	CAIRAN INTRAVENA KOLOID SINTETIK						
1.	Balaced Electrolit Solution WIDA	Cairan dalam botol steril (Kolff)		WIDA BES Electrolite Solution			NF
21.	OBAT untuk MATA						
1.	Manitol	Inf 20%	GENERIK Manitol,OTSU - MANITOL 20		Untuk glaukoma.		F
21. 1	ANESTETIK LOKAL						
1.	Tetrakain	Tts mata 0,5%	-				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
21. 2	ANTIMIKROBA						
1.	Amfoterisin B	Salep mata 1%	-	Fungicid 1 % (FOI)			F
		Salep mata 3%	-				F
2.	Asam Fusidat	Tts mata 1%	-				F
3.	Asiklovir	Salep mata 3%	LACYVIR	Hervis, Temiral (FOI)	Hanya untuk kasus keratitis herpetiformis.		F
4.	Gentamisin	Salep mata 0,3%	GENERIK Gentamisin	Genoint(FOI)			F
		Tts mata 0,3%					F
		Tts mata 1%					
5.	Kloramfenikol	Tts mata 0,5%	-	Erlamycetin, Fenicol MD 0,5%(FOI)			F
		Tts mata 1%	-				F
		Salep mata 1%	GENERIK Kloramfenikol	Cendo Fenicol, Erlamycetin (FOI)			F
6.	Levofloksasin	Tts mata 0,5%	OPTIFLOX		Hanya digunakan untuk operasi intraokular, keratitis, operasi katarak dan infeksi berat.		F
7.	Moksifloksasin	Tts mata 0,5%	VIGAMOX				F
8.	Natamisin	Tts mata 50 mg/mL	-		Hanya untuk kasus keratomikosis.		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Tts mata 5%	-	Natacen MD (FOI)	- Lini pertama terapi keratomikosis yang pada pemeriksaan KOH ditemukan filamen. - Disertai hasil KOH dari <i>scraping</i> kornea		F
9.	Oksitetrasiklin	Salep mata			-		
10.	Siprofloksasin	Tts mata 3 mg/mL	-				F
11.	Tetrasiklin	Salep mata 1%	-		Hanya untuk program bayi baru lahir.		F
12.	Tobramisin	Tts mata 0,3%	-		Pada pasien yang resisten terhadap kuinolon dengan kasus ulkus kornea <i>post</i> operasi mata.		F
21. 3	ANTIINFLAMASI						
1.	Betametason	Tts mata 1 mg/mL	-	Vosama MD (FOI)			F
2.	Fluorometolon	Tts mata 0,1%	-	Posop MD (FOI)			F
3.	Natrium Diklofenak	Tts mata 1 mg/mL	-	Flamar, Noncort MD (FOI)			F
4.	Olopatadin	Tts mata 0,1%	PATANOL		Tidak untuk profilaksis alergi		F
5.	Prednisolon	Tts mata 10 mg/mL	-	P Pred MD (FOI)	Hanya untuk kasus transplantasi kornea atau		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					infeksi berat (<i>uveitis</i> atau <i>panuveitis</i>).		
6.	Triamsinolon Asetonid	Inj 40 mg/ml			Untuk mata, dapat digunakan pada: - Macular edema. - Pasien wet amd (<i>age-related macular degeneration</i>) yang takifilaksis pada penggunaan anti-VEGF (<i>vascular endothelial growth factor</i>). - Uveitis unilateral yang penyebabnya non infeksi.	Penggunaan 1x tiap 6 bulan.	F
21.4	MIDRIATIK						
1.	Atropin	Tts mata 0,5%	-	Cendo Tropin 0,5%(FOI)			F
		Tts mata 1%	-				F
2.	Fenilefrin HCl	Drops 10%	-		Tidak diberikan pada pasien hipertensi.		F
3.	Homatropin	Tts mata 2%	-	Homatro(FOI)		1 btl/kasus.	F
4.	Siklopentolat	Tts mata 1%	-		Hanya digunakan sebagai midriatikum untuk diagnostik dan operasi		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					yang memerlukan dilatasi pupil.		
5.	Tropikamid	Tts mata 0,5%	-				F
21. 5	MIOTIK dan ANTIGLAUKOMA						
1.	Asetazolamid	Tab 250 mg	-	Glausetta (FOI)	- Tidak diberikan dalam jangka panjang. - Hati-hati pemberian pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal.	50 tab/bulan.	F
2.	Betaksolol	Tts mata 0,5%	-	Optibet, Tonor 0,5% MD (FOI)		1 btl/kasus.	F
3.	Brinzolamid	Tts mata	AZOPT			1 btl/kasus.	F
4.	Gliserin	Lar 50%	-				F
5.	Kombinasi, setiap mL mengandung:						
	Brinzolamid 1%	Tts mata	-			1 btl/bulan.	F
	Timolol 0,5%		-				
6.	Kombinasi, setiap mL mengandung:						
	Travoprost 0,004%	Tts mata	-		Hanya untuk pasien glaukoma.	1 btl/bulan.	F
	Timolol 0,5%		-				
7.	Latanoprost	Tts mata 0,005%	XALATAN	Glaopen MD (FOI)	Hanya untuk pasien glaukoma yang tidak	1 btl/kasus.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					memberikan respons pada timolol.		
8.	Pilocarpin	Tts mata 2%	-	Carpin 2% ED, Carpin 2% MD (FOI)	Dapat diberikan di Faskes Tk. 1 yang memiliki fasilitas untuk mengukur tekanan intraokuler.	2 btl/bulan.	F
9.	Ranibizumab	Inj 10 mg/mL	PATIZRA		Untuk wet AMD (<i>Age-related Macular Degeneration</i>), harus dilakukan oleh sub spesialis retina.	6 vial/kasus.	F
10.	Timolol	Tts mata 0,25%	ISOTIC ADRETOR 0,25		Dapat diberikan di Faskes Tk. 1 yang memiliki fasilitas untuk mengukur tekanan intraokuler.	2 btl/bulan.	F
		Tts mata 0,5%	ISOTIC ADRETOR 0,5				
11.	Travoprost	Tts mata 0,004%	TRAVATAN		Hanya untuk pasien glaukoma yang tidak memberikan respons dengan timolol.	1 btl/bulan.	F
12.	Anti-VEGF (Bevacizumab) (Mata)	400 g/mL vial 25 mL					NF
13.	Taflopust	Larutan 0.0015% dlm Botol 2,5ml		TAFLOTAN			
14.	Brimonidin Topikal (Mata)	Tts mata					NF
15.	Mitomisin-C (MMC) (Mata)	Vial 40 mg/mL					NF
		Vial 20 mg/mL					NF

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Vial 5 mg/L					NF
21. 6	LAIN-LAIN						
1.	Dinatrium Edetat	Tts mata 3.5 mg/mL	-				F
2.	Karboksimetilselulosa	Tts mata	-	Cenfresh ED (FOI)		1 btl/bulan.	F
3.	Kombinasi, setiap mL mengandung:						
	Natrium Klorida 4,40 mg	Tts mata	-			1 btl/bulan.	F
	Kalium Klorida 0,80 mg		-				
4.	Natrium Fluoresein	Tts mata 2%	-		Diagnostik trauma kimia.		F
5.	Diquafosol Sodium 3%	Larutan 30mg/ml (Botol 5ml)		DIQUAS			NF
6.	Natrium Hialuronat	Tts mata	-				F
21. 7	INFEKSI DAN OCULAR SURFACE						
1.	AMT (Aminotic Membrane Transplantation)(Mata)	Membran Amnion Layer 1,5x2 cm, 2x3 cm, 4x4 cm					NF
2.	BSCL (Bandage Soft Contact Lens)(Mata)	Soft Flexible Hidrofilik Lensa kontak					NF
3.	EDTA (Ethylenediami Tetraacetic Acid)(Mata)	Tts mata 15 mL					NF
4.	Ceftazidime (Mata)	Vial 500 mg					NF

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
5.	Natamisin (Mata)	Tts mata minidose 0,6 mL		Natacen (Mata)			NF
6.	Triamsinolon (Mata)	Vial 40 mg/mL					NF
7.	Vankomisin (Mata)	Vial 500 mg					NF
21. 8	LENSA						
1.	Vorikonazol (Mata)	Oral 200 mg					NF
21. 9	NEUTRO OPHTHALMOLOGY (NO)						
1.	Citicoline (Mata)	Tab 500 mg					NF
		Ampl 2 mg					NF
21. 10	REKOSTRUKSI ONKOLOGI dan OKULPLATASI (ROO)						
1.	Mitomisin C Topical (Mata)						NF
2.	Xitrol Zalf (Mata)	Salep mata					NF
21. 11	PEDIADTRIC OPHTHALMOLOGY-STRABISMUS						
1.	Citicoline	Btl Sir 500 mg/5 mL		RG Choline Syrup (Mata)			NF
2.	Mikos Salep (Mata)	Salep mata					NF
3.	Ofloksasin	Tts mata		Floxa (Mata)			NF
4.	Penilephrine HCL (Mata)	Tts mata					NF

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
22. OKSITOSIN							
1.	Metilergometrin	Tab sal selaput 0,125 mg	GENERIK Metilergometrin	Bledstop, Metherinal (FOI)			F
		Inj 0,2 mg/mL		Pospargin, Utergin (FOI)			F
2.	Oksitosin	Inj 10 IU/mL	GENERIK Oksitosin	Induxin (FOI)			F
23. PSIKOFARMAKA							
23.1 ANTIANSIETAS							
1.	Alprazolam	Tab 0,25 mg	-		- Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa dan Internis FFPsikomatik. - Hanya untuk kasus: - Panic attack - Panic disorder - Peresepan oleh Dokter Spesialis Penyakit Dalam maksimal 5 hari/bulan.	Maks 2 minggu/kasus, 30 tab/bulan.	F
		Tab 0,5 mg	-				F
		Tab 1 mg	-				F
2.	Diazepam	Tab 2 mg	GENERIK Diazepam			30 tab/kasus.	F
		Tab 5 mg		Valisanbe (FOI)		30 tab/kasus.	F
		Inj 5 mg/mL (i.v.)	GENERIK Diazepam				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
3.	Klobazam	Tab 10 mg	GENERIK Klobazam			60 tab/bulan.	F
4.	Lorazepam	Tab 0,5 mg	MERLOPAM 0,5 MG			30 tab/kasus.	F
		Tab 1 mg	RENAQUIL			30 tab/kasus.	F
		Tab 2 mg	LORAZEPAM 2 MG			30 tab/kasus.	F
5.	Estazolam						NF
6.	Zolpidemtartr						NF
23. 2	ANTIDEPRESI						
1.	Amitriptilin	Tab sal selaput 25 mg	GENERIK Amitriptilin			60 tab/bulan.	F
2.	Fluoksetin	Kaps 10 mg	-	Zac (FOI)		30 kaps/bulan.	F
		Kaps 20 mg	-	Nopres 20, Zac (FOI)			
3.	Maprotilin	Tab sal selaput 25 mg	-			30 tab/bulan.	F
		Tab sal selaput 50 mg	-	Sandepril 50 (FOI)			
4.	Sertralin	Tab sal 50 mg	GENERIK Sertralin	Serlof, Sernade (FOI)		30 tab/bulan.	F
5.	Imipramin HCl						NF
23. 3	ANTIOBSESI KOMPULSI						
1.	Fluoksetin	Kaps 10 mg	-			30 kaps/bulan.	F
		Kaps 20 mg	-			30 kaps/bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
2.	Klomipramin	Tab 25 mg	-		Dapat digunakan untuk <i>cataplexy</i> yang berhubungan dengan <i>narcolepsy</i> .	30 tab/bulan.	F
23. 4	ANTIPSIKOSIS						
1.	Aripiprazol	Tab <i>discmelt</i> 10 mg	ABILIFY DISCMELT 10 MG	ZIPREN	Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa.	30 tab/bulan	F
		Tab <i>discmelt</i> 15 mg	ABILIFY DISCMELT 15 MG			30 tab/bulan	F
		Oral <i>solution</i> 1 mg/mL	ABILIFY ORAL SOLUTION 1 MG/ML (150 ML)			5 btl/bulan.	F
2.	Flufenazin	Inj 25 mg/mL (i.m.)	SIKZONOATE INJEKSI		Hanya untuk rumatan pada pasien skizofrenia.	1 amp/2 minggu.	F
3.	Haloperidol	Tab 0,5 mg*	GENERIK Haloperidol		Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa.	90 tab/bulan.	F
		Tab 1,5 mg*	GENERIK Haloperidol			90 tab/bulan.	F
		Tab 2 mg*	LODOMER 2 MG			90 tab/bulan	F
		Tab 5 mg*	-	Lodomer (FOI)		90 tab/bulan	F
		Drops 2 mg/mL	LODOMER DROPS			2 btl/bulan .	F
		Inj 5 mg/mL (i.m.)	-		- Untuk agitasi akut. - Untuk kasus kedaruratan psikiatrik	4 amp/hari, maks 3 hari.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					(tidak untuk pemakaian jangka panjang).		
		Inj 50 mg/mL	HALDOL DECANOAS		Hanya untuk monoterapi rumatan pada pasien skizofrenia yang tidak dapat menggunakan terapi oral.	1 amp/2 minggu.	F
4.	Klorpromazin	Tab sal 25 mg	-				F
		Tab sal selaput 100 mg*	GENERIK Klorpromazin	Cepezet 100 (FOI)		90 tab/bulan.	F
		Inj 5 mg/mL (i.m.)		Cepezet (FOI)			F
5.	Klozapin	Tab 25 mg	GENERIK Klozapin		Hanya untuk pengobatan psikosis yang sudah resisten terhadap antipsikotik lain.	60 tab/bulan.	F
		Tab 100 mg	GENERIK Klozapin		- Hanya untuk skizofrenia yang resisten/intoleran. - Lakukan cek leukosit secara berkala (hati-hati agranulositosis).	90 tab/bulan.	F
6.	Olanzapin				Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa.		
		Tab sal selaput 5 mg	GENERIK Olanzapin			60 tab/bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Tab sal selaput 10 mg			- Monoterapi skizofrenia. - <i>Adjunctive treatment</i> pada kasus bipolar yang tidak memberikan respons dengan pemberian litium atau valproat.	60 tab/bulan.	F
		Inj 10 mg/2 mL	ZYPREXA IM		- Diperlukan hanya untuk serangan skizofrenia akut yang tidak memberikan respons dengan terapi lini pertama. - Tidak boleh digunakan untuk pemakaian jangka panjang. - Hanya untuk agitasi akut pada penderita skizofrenia.	3 amp/hari, maks 3 hari.	F
7.	Paliperidon Palmitat	Inj 50 mg/0,5 mL	-		Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa.		F
		Inj 75 mg/0,75 mL	-				F
		Inj 100 mg/mL	-				F
		Inj 150 mg/1,5 mL	-				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
8.	Quetiapin	Tab 200 mg; SR 200 mg	SEROQUEL XR 200	QUETVELL	- Untuk skizofrenia. - Untuk pasien bipolar yang tidak memberikan respons terhadap pemberian litium atau valproat. - Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa.	60 tab/bulan.	F
		Tab SR 300 mg	SEROQUEL XR 300			30 tab/bulan.	F
		Tab SR 400 mg	SEROQUEL XR 400			30 tab/bulan.	F
9.	Risperidon	Tab 1 mg	GENERIK Risperidon	Persidal 1 (FOI)	- Monoterapi skizofrenia. - <i>Adjunctive treatment</i> pada pasien bipolar yang tidak memberikan respons dengan pemberian litium atau valproat.	60 tab/bulan	F
		Tab 2 mg				60 tab/bulan	F
		Tab 3 mg			Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa.	60 tab/bulan	F
10.	Trifluoperazin*	Tab sal selaput 5 mg	GENERIK Trifluoperazin	Stelosi 5 (FOI)	Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa.	90 tab/bulan.	F
23. 5	OBAT untuk ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)						

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1.	Metilfenidat	Tab 10 mg	METHYLPHENIDATE HCl 10 MG	Prohiper 10 (FOI)		90 tab/bulan.	F
23. 6	OBAT untuk GANGGUAN BIPOLAR						
1.	Litium Karbonat	Tab 200 mg	FRIMANIA 200		Harus dilakukan pemeriksaan fungsi ginjal dan memonitor kadar litium.	180 tab/bulan.	F
		Tab 400 mg	FRIMANIA 400			90 tab/bulan.	F
2.	Valproat	Tab sal enterik 250 mg	DEPAKOTE			60 tab/bulan.	F
		Tab lepas lambat 250 mg	-			30 tab/bulan.	F
		Tab lepas lambat 500 mg	-			30 tab/bulan	F
23. 7	OBAT untuk PROGRAM KETERGANTUNGAN						
1.	Metadon	Sir 50 mg/5 mL	-		Catatan: Disediakan oleh program Kemenkes. Hanya diberikan di puskesmas yang sudah terlatih dan mempunyai sertifikat yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan.		F
24.	RELAKSAN OTOT PERIFER dan PENGHAMBAT KOLINESTERASE						
24. 1	PENGHAMBAT dan PEMACU TRANSMISI NEUROMUSKULER						

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1.	Atrakurium	Inj 10 mg/mL (i.v.)	ATRACURIUM BESYLATE		Hanya untuk tindakan anestesi dan pasien ICU yang memerlukan, karena menggunakan ventilator.		F
2.	Neostigmin	Inj 0,5 mg/mL (i.v.)	PROSTIGMIN				F
3.	Pankuronium	Inj 2 mg/mL	-				F
4.	Rokuronium	Inj 10 mg/mL (i.v.)	GENERIK Rokuronium				F
5.	Sugammadeks	Inj 100 mg/mL	BRIDION		Hanya untuk pasien yang telah mengalami desaturasi oksigen pada kesulitan penguasaan jalan nafas saat anestesi umum.		F
6.	Suksinilkolin	Inj 20 mg/mL	-				F
		Inj 50 mg/mL (i.v./i.m.)	-				F
		Serb inj 100 mg (i.v./i.m.)	-				F
7.	Eperison HCl						NF
8.	Tizanidin						NF
24. 2	OBAT untuk MIASTENIA GRAVIS						
1.	Neostigmin	Inj 0,5 mg/mL (i.v.)	PROSTIGMIN				F
2.	Piridostigmin	Tab 60 mg	MESTINON TABLET			120 tab/bulan.	F
24. 3	PENGHAMBAT KOLINESTERASE						
1.	Donepezil	Tab sal selaput 5 mg	GENERIK Donepezil		Hanya untuk demensia alzheimer ringan sampai sedang.	30 tab/bulan	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Tab dispersible 10 mg	ARICEPT EVESS			30 tab/bulan	F
24.	AKTIVATOR CEREBRAL, VASODILATOR PERIFER, NEUROPROTECTOR						
1.	Co-dergokrin Mesilat						NF
2.	Ekstrak Ginkobiloba						NF
3.	Mekobalamin				Untuk indikasi Neuroprotektor, gangguan saraf organik dan neuropati perifer. Diberikan secara parenteral selama 7 hari, selanjutnya diberikan secara oral selama 7 hari (selama pasien bisa intake oral).	Maksimal pemberian 14 hari.	NF
4.	Naftidrofuril Oksalat Sitikolin						NF
5.	Neuropeptida ACTH						NF
6.	Nimodipin						NF
7.	Phosphatdyl Serine						NF
8.	Pirasetam						NF
9.	Rivastigmin						NF
10.	Sitikolin				Untuk indikasi Neuroprotektor, Diberikan secara parenteral selama 7 hari, selanjutnya diberikan secara oral selama 7 hari (selama pasien bisa intake oral).	Maksimal pemberian 14 hari.	NF

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
25.	OBAT untuk SALURAN Cerna						
25. 1	ANTASIDA dan ANTIULKUS						
1.	Antasida, Kombinasi:						
	Aluminium Hidroksida 200 mg	Tab kunyah, Susp	GENERIK Antasida tab kunyah, GENERIK Antasida suspensi				F
	Magnesium Hidroksida 200 mg						
	Aluminium Hidroksida, Magnesium Hidroksida, Simetikon	Susp 250 mg, 250 mg, 50 mg		Magtral Suspensi			NF
		Susp 400 mg, 400 mg, 100 mg		Magtral Forte Suspensi			NF
		Tab 400 mg, 400 mg, 100 mg		Magtral Forte			NF
2.	Esomeprazol	Serb inj 40 mg (i.v.)	GENERIK Esomeprazol	E-Some, Esoferr, Nexium (FOI)		1 amp/hari maks 3 hari.	F
3.	Lansoprazol	Kaps 30 mg	GENERIK Lansoprazol	Lanzogra, Loprezo (FOI)	- Untuk terapi jangkapendek pada kasus tukak lambung, tukak duodenum dan refluks esofagitis. - Diberikan 1 jam sebelum makan.	30 kaps/bulan.	F
		Serb inj 30 mg	PROSOGAN INJ 30 MG		Untuk pasien IGD atau rawat inap dengan riwayat perdarahan saluran cerna.	1-3 amp/hari maks 3 hari.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
4.	Omeprazol	Kaps 20 mg	-	Lanacer (FOI)	- Untuk terapi jangka pendek pada kasus tukak lambung, tukak duodenum dan refluks esofagitis. - Diberikan 1 jam sebelum makan.		F
		Serb inj 40 mg	GENERIK Omeprazol iv	OMZ, Ozid (FOI)	- Untuk pasien IGD atau rawat inap dengan riwayat perdarahan saluran cerna, ulkus atau nyeri ulu hati yang tidak membaik dengan ranitidin.		F
5.	Ranitidin	Tab 150 mg	GENERIK Ranitidin	Aciblock 150, Gasela, Graseric 150 (FOI)		30 tab/bulan.	F
		Inj 25 mg/mL	GENERIK Ranitidin			2 amp/hari.	F
6.	Sukralfat	Tab 500 mg	-			60 tab/bulan.	F
		Susp 500 mg/5 mL	GENERIK Sukralfat				NF
7.	Famotidin	Tab 20 mg		Lexmodine			FN
8.	Misoprostol	Tab 200 mcg		Invitec			NF
9.	Pantoprazol	Vial 40 mg		Pantoprazol			NF
10.	Rebamipid	Sir 100 mg		Sysmuco			NF
		Tab 100 mg		Repimide, Rebamipide			NF
11.	Simetidin	Tab 20 mg		Lexamet			NF
12.	Sukralfat	Sir 500 mg/5mL		Sukralfat			NF

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Sir 500 mg/5mL (200 mL)		Ulsicral			NF
		Tab 500 mg		Ulsidex 500			NF
13.	Ebamifid						NF
14.	Teprenon						NF
25. 2	ANTIEMETIK						
1.	Deksametason	Inj 5 mg/mL	GENERIK Deksametason		Hanya untuk menyertai terapi antineoplastik		F
2.	Dimenhidrinat	Tab 50 mg	GENERIK Dimenhidrinat				F
3.	Domperidon	Tab 10 mg	GENERIK Domperidon	Grameta, Lexadon (FOI)			F
		Sir 5 mg/5 mL		Lexadon, Vesperum, Vomina (FOI)			F
		Drops 5 mg/mL		Vesperum, Vidon (FOI)			F
4.	Klorpromazin	Tab sal 25 mg	-				F
		Inj 5 mg/mL (i.m.)	GENERIK Klorpromazin				F
		Inj 25 mg/mL (i.m.)					F
5.	Metoklopramid	Tab 5 mg	GENERIK Metoklopramid				F
		Tab 10 mg		Lexapram, Primperan 10, Vosea (FOI)			F
		Sir 5 mg/5 mL	-	Damaben, Lexapram (FOI)			F
		Drops 2 mg/mL	GAVISTAL	Primperan (FOI)			F
		Inj 5 mg/mL	GENERIK Metoklopramid	Damaben, Lexapram (FOI)			F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
6.	Ondansetron	Tab 4 mg	GENERIK Ondansetron	Vometraz (FOI)	Tab : Pencegahan mual dan muntah pada kemoterapi dan radioterapi.	Maks 3 tab pasca kemoterapi/post radioterpi.	F
		Tab 8 mg					F
		Inj 2 mg/mL	GENERIK Ondansetron		Inj : Untuk mencegah muntah pada pemberian kemoterapi yang <i>highly emetogenic</i> .	Inj diberikan 1 ampil sebelum kemoterapi.	F
25. 3	ANTIHEMOROID						
1.	Antihemoroid, Kombinasi:						
	Bismut Subgalat	Sup	GENERIK Antihemoroid			5 sup/kasus.	F
	Heksaklorofen						
	Lidokain						
	Seng Oksida						
2.	Kombinasi : Diosmin - Hesperidin	Tab 500mg, 1000mg		ARDIUM			F
25. 4	ANTISPASMODIK						
1.	Atropin	Tab 0,5 mg	-				F
		Inj 0,25 mg/mL	GENERIK Atropin				F
2.	Hiosin Butilbromida	Tab 10 mg	-				F
		Inj 20 mg/mL	-	Gitas (FOI)			F
3.	Timepidium Bromide	Kaps 30 mg		Sesden			NF
25. 5	OBAT untuk DIARE						
1.	Atapulgit	Tab	NEO DIAGON,NEW ANTIDES,PULAREX				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
2.	Garam Oralit, Kombinasi:						F
	Natrium Klorida 0,52 g	Serb	GENERIK Garam Oralit I serbuk				F
	Kalium Klorida 0,30 g						F
	Trinatrium Sitrat Dihidrat 0,58 g						F
	Glukosa Anhidrat 2,7 g						F
3.	Kombinasi:						
	Kaolin 550 mg	Tab	-				F
	Pectin 20 mg		-				
4.	Loperamid	Tab 2 mg	-	Gradilex, Imodiar (FOI)	Tidak digunakan untuk anak.	10 tab/kasus.	
5.	Zinc	Tab <i>dispersible</i> 20 mg	GENERIK Zinc		Harus diberikan bersama oralit selama 10 hari.		F
		Sir 20 mg/5 mL	GENERIK Zinc				F
		Serb 10 mg	-				F
	Zinc Sulfat Monohidrat	Drops 27,44 g/L, 10 mg/mL		Zincpro			NF
		Sir 54,89 mg/5mL, 20 mg/5mL		Zincpro			NF
25. 6	KATARTIK						
1.	Bisakodil	Tab sal 5 mg	DULCOLAX	Laxacod, Laxana (FOI)		15 tab/kasus.	F
		Supp 5 mg	-	Dulcolax Infant, Stolax (FOI)		3 supp/kasus.	F
		Supp 10 mg	-			3 supp/kasus.	F
2.	Gliserin	Cairan obat luar 100 mg/mL	-				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
3.	Kombinasi:	Susp	KOMPOLAX	Laxadine (FOI)			F
	Paraffin						
	Gliserin						
	Fenoltalein						
4.	Laktulosa	Sir 3,335 g/5 mL	GENERIK Laktulosa				F
5.	Natrium Fosfat	Lar oral	FLEET PHOSPO-SODA		Hanya digunakan pada tindakan <i>colonoscopy</i> .		F
		Btl	FLEET ENEMA			F	
6.	Polietilen Glikol	Serb	NIFLEC POLIETHILEN GLIKOL				F
25. 7	OBAT untuk ANTIINFLAMASI						
1.	Mesalazin	Tab Sal Enterik 250 mg	SALOFALK 250		Untuk episode akut <i>colitis ulcerativa</i> dan <i>colitis ulcerativa</i> yang hipersensitif terhadap sulfonamida.		F
2.	Sulfasalazin	Kapl sal enterik 500 mg	GENERIK Sulfasalazin				F
25. 8	LAIN- LAIN						
1.	Asam Ursodeoksikolat	Kaps 250 mg	GENERIK Asam ursodeoksikolat	Urdahex (FOI)			F
2.	Somatostatin	Serb inj 3.000 mcg/mL	-		- Untuk kasus perdarahan variseal akut.	Maks 5 hari.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					- Diberikan <i>intravenous drip</i> 250 mcg per jam.		
26.	OBAT untuk SALURAN NAPAS						
26. 1	ANTIASMA						
1.	Aminofilin	Tab 150 mg	DECAFIL				F
		Tab 200 mg	-	Erphafillin (FOI)			F
		Inj 24 mg/mL	-				F
2.	Budesonid	Serb ih 100 mcg/dosis*	-		Tidak untuk serangan asma akut.	Asma persisten ringan- sedang: 1 tbg/bulan. Asma persisten berat: 2 tbg/bulan.	F
		Serb ih 200 mcg/dosis*	OBUCORT SWINGHALER			Asma persisten berat: 2 tbg/bulan.	F
		Cairan ih 0,25 mg/mL	PULMICORT RESPULES		Hanya untuk serangan asma akut.	Hari pertama maks5 vial/hari selanjutnya 2 vial/hari paling lama5 hari.	F
		Cairan ih 0,5 mg/mL	PULMICORT RESPULES		Hanya untuk serangan asma akut.	Hari pertama maks5 vial/hari selanjutnya 2 vial/hari paling lama5 hari.	F
3.	Deksametason	Tab 0,5 mg*	GENERIK Deksametason			Maks 10 tab/kasus.	F
		Inj 5 mg/mL (i.v.)					F
4.	Epinefrin (Adrenalin)	Inj 0,1 %	GENERIK Epinefrin				F
5.	Fenoterol HBr*	Aerosol 100 mcg/puff	BEROTEC			1 tbg/bulan.	

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		Cairan ih 0,1%	BEROTEC		Hanya untuk serangan asma akut.	1 tbg/bulan.	F
6.	Flutikason Propionat	Cairan ih 0,5 mg/dosis	FLIXOTIDE		Tidak untuk rumatan terapi asma.	Hari pertama maks5 vial/hari selanjutnya 2 vial/hari paling lama5 hari.	F
		MDI/aerosol 50 mcg/dosis				1 canister/ bulan.	F
7.	Ipratropium Bromida*	Ih 20 mcg/puff	-	Atrovent (FOI)	- Untuk pasien PPOK dengan eksaserbasi akut. - Tidak untuk jangka panjang.	1 canister/ bulan.	F
8.	Kombinasi, setiap dosis mengandung:						
	Budesonid80 mg Formoterol 4,5 mcg	Ih	SYMBICORT 80/4.5 (60 DOSIS)			Asma presisten ringan-sedang 2 tbg/bu/bulan. Asma presisten berat 3 tbg/bulan.	F
9.	Kombinasi, setiap dosis mengandung:						
	Budesonide 160 mg Formoterol 4,5 mcg	Ih	SYMBICORT 160/4.5 (120 DOSIS)		- Untuk terapi rumatan pada penderita asma atau terapi rumatan pada PPOK - Tidak didindikasikan untuk bronkospasme akut.	Asma presisten berat, PPOK berat 1 tbg/bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
10.	Kombinasi, setiap dosis mengandung:						
	IpratropiumBromida0,02 mg	Aerosol*	-	Berodual (FOI)	Sesudah rujuk balik, dapatdiberikan maksimal hingga 3 bulandi Faskes Tk. 1.		F
	FenoterolHidrobromida0,05 mg		-				
11.	Kombinasi, setiap dosis mengandung:						
	IpratropiumBromida0,5 mg	Cairan lh	COMBIVENT UDV	Farbivent, Velutine Plus (FOI)	- Serangan asma akut. - Bronkospasme yang menyertai PPOK. - SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis). - Sebagai <i>nebulizer</i> di UGD dan ruang perawatan.	- Hari pertama maks 8 vial/hari, selanjutnya maks 4 vial/hari paling lama 5 hari. - Kasus ICU maks 10 vial/hari.	F
	Salbutamol 2,5 mg						
12.	Kombinasi:						
	Salmeterol25 mcg FlutikasonPropionat50 mcg	lh 50 mcg/puff*	SERETIDE 50		Tidak diberikan pada kasus asma akut.	1 tbg/bulan.	F
13.	Kombinasi :						
	Salmeterol50 mcg FlutikasonPropionat100 mcg	lh 100 mcg/puff*	SERETIDE DISKUS		Tidak diberikan pada kasus asmaakut..	1 tbg/bulan.	F
14.	Kombinasi :						
	Salmeterol50 mcg	lh 250 mcg/puff*	SERETIDE DISKUS			1 tbg/bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
	Flutikason Propionat 250 mcg				Tidak diberikan pada kasus asma akut.		
15.	Metilprednisolon	Tab 4 mg*	GENERIK Metilprednisolon			Maks 10 tab/kasus.	F
		Tab 8 mg*					F
		Tab 16 mg	GENERIK Metilprednisolon				F
		Serb inj 125 mg					F
16.	Prokaterol	Serb ih 10 mcg	MEPTIN SWINGHALER		Hanya untuk <i>nocturnal asthma</i> yang tidak respons dengan pemberian salbutamol.		F
		Cairan ih 30 mcg	MEPTIN INHALATION SOLUTION 0,3 ML				F
		Cairan ih 50 mcg	MEPTIN INHALATION SOLUTION 0,5 ML				F
17.	Salbutamol	Tab 2 mg*	GENERIK Salbutamol	Grafalin 2, Salbron (FOI)			F
		Tab 4 mg*		Pritasma, Salbron (FOI)			F
		Cairan ih 1 mg/mL	-	Dulcolax Infant Ventolin Inhaler CFC Free (FOI)	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 di ICU maks 10 vial/hari.	F
		Sir 2 mg/5 mL*	GENERIK Salbutamol				F
		MDI/aerosol 100 mcg/dosis*	GENERIK Salbutamol		Hanya untuk serangan asma akut dan / atau bronkospasme yang menyertai PPOK atau	Asma persisten ringan-sedang, SOPT: 1 tbg/bulan. Asma persisten berat, PPOK: 2 tbg/bulan.	F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis).		
		Serb ih 200 mcg/kaps + Rotahaler*	-				F
18.	Teofilin*	Tab 150 mg	BRONSOLVAN				F
		Tab lepas lambat 300 mg	RETAPHYL				F
19.	Terbutalin	Tab 2,5 mg*	MOLASMA TABLET				F
		Sir 1,5 mg/5 mL	-			1 btl/kasus.	F
		Inj 0,5 mg/mL (s.k./i.v.)	-		Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK.	4 amp/hari.	F
		Cairan ih 2,5 mg/mL	BRICASMA RESPULES		Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK.		F
		Serb ih 0,50 mg/dosis*	BRICASMA TURBUHALER		Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK.	1 tbg/bulan.	F
20.	Kombinasi : Indakaterol 110mcg + Glikopirronium 50 mcg	Serbuk Inhalasi dalam kapsul + Inhaler	ULTIBRO BREEZHALER				F
21.	Tiotropium	Respimat ih 5 mcg/semprot	-		Hanya digunakan untuk <i>severe asthma</i> .	1 canister/bulan.	F
26. 2	ANTITUSIF						
1.	Kodein	Tab 10 mg	GENERIK Kodein	Codikaf (FOI)			F
		Tab 15 mg					F
		Tab 20 mg					F
26. 3	EKSPEKTORAN						

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1.	N-asetil sistein	Ih 100 mg/mL	N ACE			3 amp/hari paling lama 10 hari.	F
		Inj 200mg/ml		RESFAR	- Untuk Pasien dengan diagnosa AKI - Untuk kasus Infeksi paru	Maks untuk 3 hari	
		Kaps 200 mg*	GENERIK N-asetil sistein	MUCYLIN		Maks 10 kaps/kasus.	F
		Granula 200 mg	-			3 x sehari (600 mg/hari).	F
2 6. 4	OBAT untuk PENYAKIT PARU OBSTRUksi KRONIS						
1.	Indakaterol	Serb ih 150 mcg	ONBREZ BREEZHALER				F
		Serb ih 300 mcg					F
2.	Ipratropium Bromida	Aerosol 20 mcg/semprot*	ATROVENT		- Untuk pasien PPOK dengan eksaserbasi akut. - Tidak untuk jangka panjang.	1 tbg/bulan.	F
		Cairan ih 0,025%	IPRATROPIUM BROMIDE IH (G)				F
3.	Kombinasi: Indakaterol 110 mcg	Serb ih + alat breezhaler			Obat lini kedua untuk PPOK berat yang tidak respons lagi dengan LABA/LAMA atau LABACs.	30 kaps/bulan.	F
	Glycopyrronium 50 mcg						
4.	Kombinasi:						
	Ipratropium bromid 0,5 mg	Cairan ih	COMBIVENT UDV		Hanya untuk:		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
	Salbutamol 2,5 mg				- Serangan asma akut. - Bronkospasme yang menyertai PPOK. - SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis).		
4.	Kombinasi:						
	Salmeterol 50 mcg	Ih 500 mcg/puff*	SERETIDE DISKUS			1 tbg/bulan.	F
	Flutikason Propionat 500 mcg						
5.	Olodaterol	Cairan ih 2,5 mcg/semprot	-	Striverdi Respimat (FOI)	Tidak untuk mengatasi eksaserbasi akut.	1 tbg/bulan.	F
6.	Tiotropium*	Serb ih 18 mcg + handihaler	SPIRIVA		Satu paket berisi 30 kapsul dan 1 handihaler.	1 x setahun.	F
		Serb ih 18 mcg, refill	SPIRIVA			30 kaps/bulan.	F
		Respimat ih 5 mcg/seprot				1 tbg/bulan.	F
26.5	LAIN-LAIN						
1.	Surfaktan	Susp 25 mg/mL (intratrakeal)	SURVANTA		Hanya untuk IRDS (<i>Idiopathic Respiratory Distress Syndrome</i>) pada neonatus.		F
26.6	OBAT untuk BATUK dan PILEK						
1.	Ambroksol HCl	Drops 15 mg/mL		Limoxin			NF
		Sir 30 mg/5 mL		Ambroxol 30 g Elixir			NF

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
2.	Bromheksin HCl	Sir 15 mg/5 mL		Ambroxol			NF
		Tab 30 mg		Ambroxol, Bromer			NF
		Amp 2 mg/mL		Farmfon Inj			NF
		Drops 2 mg/mL		Bisolvon Sol			NF
3.	Erdostein	Sir 4 mg		Lexavon			NF
		Sir 175 mg/ 5 mL		Mucotein			NF
4.	Kombinasi :						NF
	Noskapin	Syr 10 mg, 500 mg, 2 mg, 50 mg & 7,5 mg		Paratusin Syrup 60 mL			
	Parasetamol						
	Klorpeniramin Maleat						
	Guaifenisin						
	Pseudoepedrin HCl						
5.	Kombinasi :						NF
	Parasetamol	Kapl 500 mg, 10 mg, 15 mg, 1 mg		Tuzalos			
	Dektometopran Hbr						
	Penilpopanolamin HCl						
	Klorpeniramin						
6.	Pseudoepedrin HCl	Drops 7,5 mg/0,8 mL		Edorisan			NF
7.	Kombinasi :						NF
	Pseudoepedrin HCl	Kaps 120 mg, 5 mg		Rhinos SR			
	Loratadin						
8.	Kombinasi :						NF
	Pseudoepedrin HCl	Syr 30 mg, 1,25 mg Tab 20 mg, 37,5 mg		Trifedrin			NF
	Tripolidin HCl						
9.	Prospan Syr	Sir		Prospan			NF
26. 7	DEKONGESTAN NASAL dan PREPARAT NASAL LAIN						
1.	Adriatic Sea Water	Pessary					NF

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
2.	Bromheksin HCl	Tab 8 mg		Farmavon			NF
3.	Flutikason Furoat	lh 27,5 mcg		Avamys Nasal Spray			NF
27. OBAT yang MEMENGARUHI SISTEM IMUN							
27.1 SERUM dan IMUNOGLOBULIN							
1.	Hepatitis B Imunoglobulin (Human)	Inj 150 IU/1,5 mL	-		Untuk bayi baru lahir dengan ibu HBsAg positif.		F
		Inj 220 IU/mL	HYPERHEP B S/D			1 syringe/kasus.	F
2.	Human Tetanus Imunoglobulin	Inj 250 IU (i.m.)	TETAGAM P		Untuk :		F
		Inj 500 IU (i.m.)	-		- Luka baru terkontaminasi pada pasien dengan riwayat vaksinasi tetanus yang tidak diketahui/tidak lengkap. - Manifestasi tetanus secara klinis.		F
3.	Imunoglobulin Intravena	Inj 50 mg/mL	GAMMARAAS, INTRA TECT		Hanya digunakan bila plasmafairesis tidak memberikan respons pada terapi: - Guillain-Barré syndrome (GBS). - Krisis miastenia.	40 amp/kasus.	F
4.	Serum Anti Bisa ular :						

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
	A.B.U. I (khusus ular dari luar Papua)	Inj (i.m./i.v.)	BIOSAVE		- Khusus untuk daerah tertentu.		F
	A.B.U.II (khusus ular dari Papua)	Inj (i.m./i.v.)	-		- Disimpan pada suhu 2-8°C.		F
5.	Serum Antidifteri (A.D.S)	Inj10.000 IU/mL (i.m.)	-		Disimpan pada suhu 2-8°C.		F
		Inj20.000 IU/mL (i.m.)	-				F
6.	Serum Antirabies	Inj100 IU/mL	-		- Digunakan untuk pengobatan <i>post exposure</i> di daerah rabies. - Disimpan pada suhu 2-8°C.		F
		Inj200-400 IU/mL	-				F
7.	Serum Antitetanus (A.T.S)				Disimpan pada suhu 2-8°C.		
	Untuk pencegahan:	Inj1.500 IU/mL (i.m.)	BIOSAT 1,5				F
		Inj5.000 IU/mL (i.m.)	-				F
	Untuk pengobatan :	Inj 10.000 IU (i.m/i.v.)	-				F
		Inj 20.000 IU (i.m/i.v.)	-				F
8.	Tetanus Toxoid	Inj	-				F
27. 2	VAKSIN						
					Catatan : Disediakan oleh Program Kemenkes. Disimpan pada suhu 2-8°C.		

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1.	Vaksin BCG	Serb Inj 0,75 mg/mL + pelarut(i.k.)	GENERIK Vaksin BCG (SII)	-	- Disimpan dekat evaporator. - Vaksin yang telah dilarutkan tetapi tidak segera digunakan maka harus disimpan pada suhu 2-8°C tidak lebih dari 3 jam penyimpanan.		F
2.	Vaksin Campak	Serb Inj + Pelarut (s.k.)	-				F
3.	Vaksin Hepatitis Rekombinan	Inj <i>Prefilled Injection Device(Uniject)</i> 0,5 mL (i.m.)	GENERIK Vaksin Hepatitis B Rekombinan		Diberikan pada bayi < 24 jam pasca lahir dengan didahului suntikan vitamin K1 2-3 jam sebelumnya.		F
4.	Vaksin Kombinasi DPT- HB-Hib	Inj (i.m.)	GENERIK Vaksin DPT-HB-Hib				F
5.	Vaksin Jerap Difteri Tetanus (DT)	Inj 40/15 If per mL (i.m.)	GENERIK Vaksin Jerap difteri tetanus (DT)		Untuk anak < 7 tahun.		F
6.	Vaksin Jerap Tetanus Difteri (Td)	Inj 15/4 If per mL (i.m.)	-		Untuk anak dan dewasa (≥ 7 tahun)		F
7.	Vaksin Measles Rubella (MR)	Inj 0,5 mL (s.k.)	MEASLES AND RUBELLA VACCINE		- Disimpan dekat evaporator. - Vaksin yang telah dilarutkan disimpan pada suhu 2 - 8 °C selama dan harus		F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					digunakan sebelum lewat 6 jam. - Digunakan pada usia 9 bulan, 18 bulan, dan kelas1 SD.		
8.	Vaksin Bivalen OPV (b- OPV)	Drops10 dosis	-				F
9	Vaksin Polio IPV	Inj 0,5 mL (i.m.)	SHAN IPV				F
10.	Vaksin Rabies, untuk Manusia	Serb Inj + Booster (s.k.)	-		Digunakan untuk <i>post- exposure</i> di daerah rabies.		F
		Serb inj 2,5 IU (s.k.)	VERORAB				F
28.	OBAT untuk TELINGA, HIDUNG, dan TENGGOROK						
1.	Asam Asetat	Tts telinga 2%	-		Catatan: dibuat baru, <i>recenter paratus (r.p.)</i> .		F
2.	Flutikason Furoat	Susp 27,5 mcg/spray	AVAMYS		Pemberian hanya pada pagi hari dengan dosis 1 kali sehari.	1 btl/bulan.	F
3.	Hidrogen Peroksida	Cairan 3%	-		- Disimpan dalam botol kedap udara, terlindung dari cahaya. - Untuk diencerkan sampai 3%.		F
4.	Karbogliserin	Tts telinga 10 %	PHENOL GLYCEROL TETES TELINGA 10%				F
5.	Kloral hidrat	Lar	-				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
6.	Kloramfenikol	Tts telinga	-		Untuk infeksi telinga dengan membran timpani yang utuh.		F
7.	Lidokain	Spray oral 10%	XYLOCAINE SPRAY				F
8.	Oksimetazolin	Tts hidung 0,025%	ILIADIN				F
		Tts hidung 0,050%	ILIADIN				F
9	Ofloksasin	Tts telinga 3%	-	Akilen, Tarivid (FOI)			F
10.	Triamsinolon Asetonid	Nasal spray 55 mcg/puff	NASACORT				F
11.	Docusate Natrium	drop		FORUMEN			
29. VITAMIN dan MINERAL							
1.	Asam Askorbat (Vitamin C)	Tab 50 mg	GENERIK Asam askorbat (vitamin C)				F
		Tab 250 mg	-				F
2.	Ergokalsiferol (Vitamin D2)	Kaps 50.000 IU	-		Hanya untuk penyakit ginjal kronis <i>grade</i> 5 ke atas dan pasien hipoparatiroid pemeriksaan kadar kalsium ion 1,1 - 2,5 mmol.		F
		Susp 10.000 IU/mL	-				F
3.	Ferro Fumarat	Kaps lunak 300 mg	-				F
4.	Ferro Sulfat	Tab sal 300 mg	-				F
5.	Kalsitriol*	Kaps lunak 0,25 mcg	OSTRIOL		Hanya untuk penyakit ginjal kronis <i>grade</i> 5 dan pasien hipoparatiroid pemeriksaan kadar kalsium ion 1,1- 2,5 mmol.	90 kaps/bulan.	F
		Kaps lunak 0,5 mcg	OSCAL			90 kaps/bulan.	F
6.	Kalsium Glukonat	Inj 10%	CALCIUM GLUCONATE				F
7.	Kalsium Karbonat*	Tab 500 mg	-				F

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
8.	Kalsium Laktat (kalk)	Tab 500 mg	-	Lanakalk, Prokalk (FOI)	Untuk hipoparatiroidisme.		F
9.	Kombinasi : Fe Sulfat/Fe Fumarat/Fe Glukonat(Setara dengan 60 mg Fe elemental)	Tab sal	GENERIK Tablet tambah darah				F
10.	Piridoksin (Vitamin B6)	Tab 10 mg*	GENERIK Piridoksin (Vitamin B6)			30 tab/bulan.	F
		Tab 25 mg*	-			30 tab/bulan.	F
		Inj 50 mg/mL	-				F
11.	Retinol (Vitamin A)	Kaps lunak 100.000 IU	GENERIK Retinol (Vitamin A)				F
		Kaps lunak 200.000 IU					F
12.	Sianokobalamin (Vitamin B12)*	Tab 50 mcg	GENERIK Sianokobalamin (vitamin B12)			30 tab/bulan.	F
13.	Tiamin (Vitamin B1)*	Tab 50 mg	GENERIK Tiamin (Vitamin B1)			30 tab/bulan.	F
14.	Vitamin B Kompleks	Tab	Vitamin B Kompleks				F
15.	Multivitamin (Vitamin A,B,D & Lysine HCL)	Drop		Abdelyn Drops			NF
16.	Vitamin E	Drop		Santa E			NF
17.	Multivitamin	Kaplet		MEVITON			NF
18.	Vitamin D3 (cholecalciferol)	Tab		PROVE D3			
19.	L-Glutamine	Kaps 250 mg		GLUTROP			
		Kaplet Salut 1000mg		GLUTROP			

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
30	OBAT yang MEMENGARUHI STRUKTUR dan MINERALISASI TULANG						
1.	Alendronat	Tab 70 mg	-	ALOVELL	Pasien dengan osteoporosis, hasil pemeriksaan BMD DXA, T score < -2,5 (bukan BMD <i>ultrasound</i>) dengan riwayat fraktur dalam 6 bulan terakhir.	1 tab/minggu.	F
2.	Asam Zoledronat	Inf 5 mg/100 mL	ZOMETA		Pasien dengan osteoporosis, hasil pemeriksaan BMD DXA, T score < -2,5 (bukan BMD <i>ultrasound</i>); dan Pernah mengalami fraktur dalam 6 bulan terakhir.		F
3.	Risedronat	Tab sal selaput 35 mg	-		Pasien dengan osteoporosis, hasil pemeriksaan BMD DXA, T score < -2,5 (bukan BMD <i>ultrasound</i>) dengan riwayat fraktur dalam 6 bulan terakhir.	1 tab/minggu	F
4.	Sodium Hialuronat	Injeksi 10 mg/ml		UMARONE	Hanya diberikan untuk OA grade II-III (klasifikasi KellgrenLawrence).	Diberikan 1 vial/prefilled syringe per minggu. Maks 5 vial/pre-filled syringe per kasus.	F
		Larutan 25 mg dalam syringe Inj		OSFLEX			

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
					Diberikan pada pasien yang sudah tidak respons dengan parasetamol atau NSAID atau ada kontraindikasi. Diberikan pada pasien yang sudah tidak respons dengan parasetamol atau NSAID atau ada kontraindikasi.		
31.	LAIN-LAIN						
1.	Sevelamer Karbonat	Tab 800 mg	-		Hanya untuk pasien CKD stage 5 dialisis dengan kadar fosfat > 5,5 mg/dL dan kadar kalsium > 9 mg/dL yang tidak dapat diberikan kalsium karbonat.		F
32.	SUPLEMEN						
1.	Ekstrak <i>Channa Striata</i>	Kapsul 500mg,	ONOIWA, ALBUFORCE	VIPALBUMIN			NF
		Sirup btl 60ml	ONOIWA MX, ALBUFORCE PLUS				NF

NO.	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN	E-CATALOG	DAGANG	FORMULARIUM NASIONAL		F/ NF
					RESTRIKSI	PERESEPAN MAKSIMAL / INFO TAMBAHAN	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
2.	Ekstrak <i>Channa micropeltes</i> (Ikan tomang)	Kapsul 500 mg		IFALMIN			NF
3.	Sitikolin	Tablet 500 mg, injeksi 125 mg/ml ampul 2 ml			Untuk indikasi Neuroprotektor, gangguan saraf organik dan neuropati perifer. Diberikan secara parenteral selama 7 hari, selanjutnya diberikan secara oral selama 7 hari (selama pasien bisa intake oral).	Maksimal pemberian 14 hari.	NF

FORMULIR USULAN PENCANTUMAN NAMA OBAT DALAM FORMULARIUM

Nomor :
Lampiran : 1 Rangkap
Perihal : **Pengusulan Obat**

Kepada Yth.

**Ketua Komite Farmasi dan Terapi Rasional
RS. Universitas Hasanuddin
Makassar**

Sehubungan dengan adanya kasus penyakit yang penanganannya memerlukan obat yang belum tercantum di Formularium RS. Unhas, maka kami mohon agar obat ini :

Nama Produk :
Nama Generik :
Prinsipal :

dapat dimasukkan dalam Formularium dan dapat diadakan oleh Instalasi Farmasi RS. Universitas Hasanuddin Makassar. Sebagai bahan pertimbangan, maka kami memberikan data pendukung seperti yang terlampir.

Demikian permintaan ini kami ajukan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Makassar,

Mengetahui
Ka. KSM/Bagian

Dokter Pengusul,

(.....)
NIP

(.....)
NIP

Catatan :

- Permintaan obat ini akan menjadi Tanggung Jawab KSM untuk terpakainya obat tersebut sampai habis untuk pengadaan pertama kali. Pengadaan berikutnya mempertimbangkan histori pemakaian.

Tembusan Kepada Yth:

1. Direktur Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama
2. Kepala Instalasi Farmasi
3. Arsip

LAMPIRAN

FORMULIR USULAN PENCANTUMAN OBAT DALAM FORMULARIUM

1. Nama Generik :
2. Nama Dagang (pabrik)* :
3. Bentuk Sediaan dan kekuatan :
4. Indikasi :
5. Untuk Penggunaan Pasien : ☐ BPJS ☐ Umum / Asuransi
6. Nama obat yang sudah tercantum dalam formularium sekarang yang dapat dibandingkan dengan obat usulan :
☐ Tidak ada
☐ Ada, yaitu :
7. Alasan Pengusulan (berdasarkan efektifitas dan keamanan) :
.....
.....
.....
8. Referensi yang mendukung (fotokopi naskah terlampir) :
.....
.....
.....
9. HNA + PPN : Kemasan :

Mengetahui
Ka. KSM/Bagian

Makassar,
Dokter Pengusul,

(.....)
NIP

(.....)
NIP

Catatan : Formulir ini diisi dengan **Lengkap, dicap Stempel KSM/Bagian**

FORMULIR PELAPORAN EFEK SAMPING OBAT (MESO)

FORMULIR PELAPORAN EFEK SAMPING OBAT				Kode Sumber Data :				
PENDIRITA								
Nama (Singkatan)	Umur :	Suku :	Berat Badan :	Pekerjaan :				
Kafarin (beri tanda X) :		Penyakit Utama :		Keadaan Penyakit Utama (Beri Tanda X) :				
Pria..... ☐ Wanita : ☐ Tidak hamil..... ☐ Tidak tahu..... ☐		☐ Gangguan Ginjal ☐ Gangguan Hati ☐ Alergi		☐ 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 (E.S.O)								
Bentuk/manifestasi E.S.O. yang terjadi :		Saat/Tanggal mula terjadi :		Kesadahan E.S.O. (beri tanda X) :				
				Tanggal..... ☐ Sembuh ☐ Meninggal ☐ Sembuh dengan gejala sisa ☐ Belum sembuh ☐ Tidak tahu				
Riwayat E.S.O yang pernah dialami :								
OBAT								
Nama (Nama Dagang/Nama Generik/Pabrikan/JP)	Bentuk Sediaan	No. Tata	Beri tanda X untuk obat yang dicurigai	Pemberian				Indikasi penggunaan
				Cara	Dosis/Waktu	Tgl. Mulai	Tgl. akhir	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
Keterangan tambahan (misalnya : kejadian timbulnya Efek Samping Obat, reaksi setelah obat diberikan, pengobatan yang diberikan untuk mengatasi E.S.O)				Data Laboratorium (bila ada). Tgl. Pemeriksaan :/...../20.... Tanda Tangan Pelapor (.....)				

PROSEDUR OPERASIONAL STANDAR ALUR PERMINTAAN OBAT KHUSUS (POK)

 Rumah Sakit Unhas	Alur Pelayanan Permintaan Obat Khusus (POK)		
	Nomor Dokumen 11227/UN4.24/OT.01.00/2022	Nomor Revisi -	Halaman 1/2
PROSEDUR OPERASIONAL STANDAR Komite Farmasi & Terapi Rasional	Tanggal terbit 24 November 2022	 Ditetapkan, Direktur Utama,  Andi Muhammad Ichsan, Ph.D., Sp.M (K) NIP 197002122008011013	
Pengertian	1. Sistem formularium adalah suatu metode yang digunakan staf medik dari suatu rumah sakit yang bekerja melalui KFTR, mengevaluasi, menilai dan memilih dari berbagai zat aktif obat dan bentuk sediaan yang dianggap terbaik dalam perawatan pasien dimana keberadaannya sangat bermanfaat bagi rumah sakit karena rumah sakit hanya menyediakan jenis dan jumlah obat sesuai kebutuhan pasien. 2. Obat khusus adalah obat yang di luar daftar obat Formularium Rumah Sakit atau di luar restriksi Formularium Rumah Sakit dengan kriteria obat nonfarmasi yang menggunakan <i>resources</i> besar diatas Rp. 200.000,- dan obat-obatan yang diresepkan tidak sesuai dengan indikasi obat yang tercantum dalam literatur.		
Tujuan	Sebagai acuan dalam pelayanan resep obat yang diluar daftar obat Formularium Rumah Sakit atau diluar restriksi Formularium Rumah Sakit untuk mendapatkan terapi yang rasional dan sesuai pembiayaan.		
Kebijakan	1. Permenkes Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit 2. Peraturan Direktur Utama RS UNHAS Nomor 80/UN4.24/2022 tentang Pedoman Kerja Komite Farmasi dan Terapi Rasional 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional		
Prosedur	1. Apoteker melakukan telaah resep obat dari DPJP. Jika obat tersebut diluar Formularium Rumah Sakit maka apoteker menyarankan untuk substitusi obat lain yang memiliki tujuan terapi yang sama, namun jika dokter tidak bersedia, maka DPJP mengisi lembar POK. 2. Farmasi mengkonfirmasi ke Casemix mengenai estimasi <i>grouping</i> dan tarif billing sementara dengan melampirkan harga obat, hak kelas pasien, diagnosis pasien dan rencana tindakan; 3. KFTR menganalisa POK. Jika POK perlu pertimbangan lebih lanjut, maka POK diteruskan ke Komite Medik namun jika tidak harus dipertimbangkan Komite Medik maka POK dapat langsung dilayani; 4. Komite Medik akan menganalisis POK dengan melihat permintaan sesuai PPK/Clinical Pathway. Jika resep tidak sesuai PPK/Clinical Pathway maka komite medik akan mengkoordinasikan dengan Tim Kendali Mutu dan Kendala Biaya (TKMKB) dan DPJP; 5. Komite Medik memberikan informasi hasil koordinasi kepada KFTR dan Farmasi. Jika permintaan POK ditolak, maka farmasi melaporkan ke DPJP; 6. KFTR mendokumentasikan permintaan POK yang sudah ada hasilnya.		
Unit Terkait	1. Instalasi Farmasi 2. Casemix 3. Komite Medik		



Rumah Sakit Unhas

Alur Pelayanan Permintaan Obat Khusus (POK)

Nomor Dokumen
11227/UN4.24/OT.01.00/2022

Nomor Revisi
-

Halaman
2/2

4. Semua KSM Universitas Hasanuddin

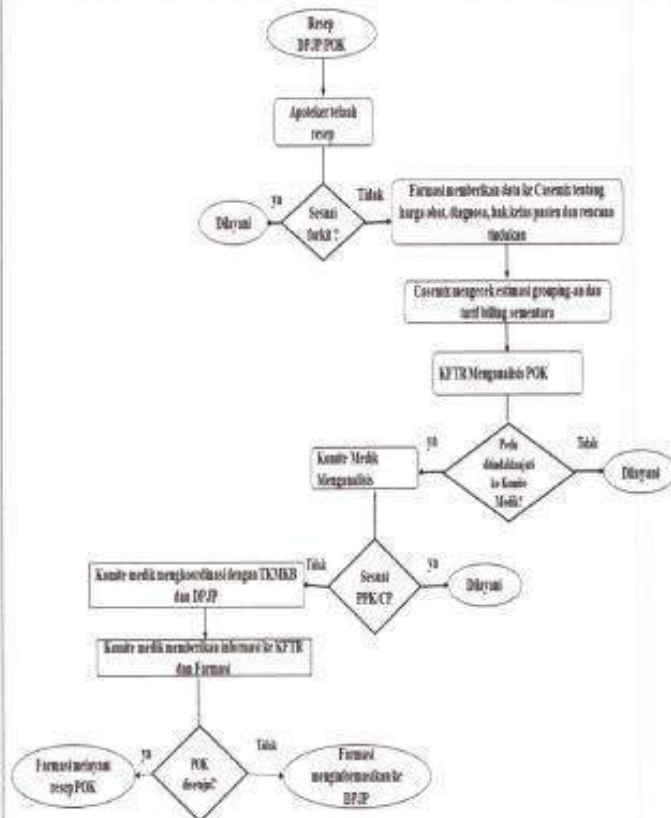
Dokumen Terkait

1. Formularium Rumah Sakit Unhas
2. Form Permintaan Obat Khusus (POK)

Petugas Terkait

1. DPJP Terkait
2. Semua Perawat Terkait
3. Semua Apoteker Instalasi Farmasi
4. Ketua Komite Medik
5. Ketua Komite Farmasi
6. Unit Casemix
7. Tim Kendali Mutu Kendali Biaya

Diagram Alur



FORM PERMINTAAN OBAT KHUSUS (POK)



RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

Jl. Perintis Kemerdekaan KM.10 Makassar 90245

Telp. (0411)591331, Fax. (0411)591332

PERMINTAAN OBAT KHUSUS

Tanggal : _____

Ruang Perawatan : _____

Saya selaku Dokter yang merawat pasien di bawah ini:

Nama Pasien : _____

Tanggal Lahir : _____ *L / P

No. RM : _____

Diagnosa : _____

Menyatakan bahwa pasien tersebut memerlukan obat:

Nama Obat : _____

Dosis : _____

Lama Pemberian : _____

Alasan pemberian obat : _____

Hasil pemeriksaan penunjang : _____

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Dokter yang merawat

(_____)

(_____)

Lampiran:

- ☐ Resep
- ☐ Fotokopi Hasil Laboratorium Patologi Klinik
- ☐ Fotokopi Hasil Laboratorium Patologi Anatomi

CATATAN

Jenis Permintaan Obat

- ☐ Non Formularium Rumah Sakit
- ☐ Non Formularium Nasional

☐ Formularium Nasional, Tidak Sesuai Retriksi

Retriksi Formularium Nasional:

KOMITE FARMASI DAN TERAPI

Rekomendasi :

KOMITE MEDIK

Berdasarkan catatan dan rekomendasi tersebut, maka disimpulkan bahwa permintaan tersebut :

- ☐ Disetujui
- ☐ Tidak setuju

INTERAKSI OBAT

Obat yang memengaruhi (obat 1)	Obat yang dipengaruhi (obat 2)	Efek	Mekanisme
Allopurinol	Azatioprin; Merkatopurin	Toksisitas obat 2 dapat meningkat	Penghambatan enzim metabolisme obat 2 dihepar
Amiodarone; Steroid anabolic; Simetidin; Flukonazol; Metronidazol	Antikoagulan oral (Warfarin)	Meningkatkan efek obat 2	Penghambatan enzim metabolisme obat 2
Amiodaron; Diltiazem	Digoksin	Toksisitas obat 2 dapat terjadi	Penghambatan ekskresi obat 2
Amiodaron; Kloramfenikol; Mikonazole	Fenitoin	Toksisitas obat 2 meningkat	Penghambatan metabolisme obat 2
Antasida	Besi (Fe); Hormon tiroid; Kuinolon; Tetrasiklin	Absorpsi obat 2 berkurang	Pembentukan khelat yang sukar diabsorpsi
Antasida	Itrakonazol; Ketokonazole	Absorpsi obat 2 berkurang	Peningkatan pH di saluran cerna oleh obat 1, sedangkan obat 2 membutuhkan suasana asam untuk dapat diabsorpsi
Antasida	Salisilat	Klirens obat 2 meningkat	Peningkatan pH urin (hanya terjadi jika dosis salisilat tinggi)
Asetazolamid	Kuinidin	Efek samping obat 2 meningkat	Penghambatan ekskresi obat 2
Aspirin	Antikoagulan oral (Warfarin)	Menimbulkan efek hipoprotraminemik	Penghambatan fungsi platelet

Barbiturat; Fenitoin	Golongan beta blocker	Efek obat 2 menurun	Peningkatan metabolisme obat 2
Calcium chanel blocker (Co : Verapamil, Diltizem, Nikardipin	Karbamazepin; Siklosporin	Efek obat 2 meningkat	Penghambatan metabolisme obat 2
Diltiazem; Eritromisin; Fluvoksamin; Verapamil	Teofilin	Toksisitas obat 2 meningkat	Penghambatan metabolisme obat 2
Diuretik yang menyebabkan hipokalemia	Digoksin	Toksisitas obat 2 dapat terjadi	Peningkatan kepekaan reseptor terhadap obat 2
Eritromisin; Klaritromisin; Siklosporin	Golongan statin (co: Lovastatin, Simvastatin)	Efek samping miopati meningkat	Penghambatan metabolisme obat 2
Estrogen	Kortikosteroid	Efek obat 2 meningkat	Belum jelas
Fenitoin	Doksisiklin; Kortikosteroid; Kuinolon	Efek obat 2 menurun	Penghambatan metabolisme obat 2
Flukonazol	Fenitoin	Kadar obat 2 dalam darah meningkat, sehingga dapat meningkatkan toksisitasnya	Penghambatan metabolisme obat 2
Fluoksetin	Golongan Monoamine Oxidase Inhibitor	Sindrom serotonin	Gangguan respons kardiovaskular oleh obat 1
Fluvoksamin	Antidepresan trisiklik (co: Amitriptilin, Imipramin, Klomipramin, Maprotilin, Trimipramin)	Toksisitas obat 2 dapat terjadi	Penghambatan reseptor beta 2
Golongan Azol (co: Itrakonazol, Ketokonazol;	Calcium chanel blocker; Siklosporin	Meningkatkan kejadian efek samping obat 2	Penghambatan mobilisasi

Vorikonazol; Flukonazol)			glukosa dari hepar
Golongan beta blocker	Prazosin	Hipotensi postural pada dosis pertama obat 2	Antagonis efek obat 2
Golongan beta blocker (terutama yang non selektif, co: Propanolol)	Golongan Sulfonilurea	Gejala hipoglikemia tertutupi (kecuali berkeringat)	Penghambatan ekskresi obat 2; Pergeseran dari ikatan protein plasma
Golongan beta blocker (terutama yang non selektif, co: Propanolol)	Insulin	Reaksi recovery kadar glukosa darah terhambat jika terjadi hipoglikemia	Aditif
Golongan Fenotiazin (ca; Klorpromazin)	Levedopa	Efek obat 2 dihambat	Penghambatan konversi dopamin dan norepinefrin
Golongan Kuinolon	Digoksin	Toksisitas obat 2 dapat terjadi	Penghambatan konversi Fenilefrin
Golongan Monoamine Oxidase Inhibitor	Antidiabetes (Insulin antidiabetes oral)	Dapat terjadi hipoglikemia	Aditif
Golongan Monoamine Oxidase Inhibitor yang non selektif (co: Tranilsiporamin, Fenelzin)	Levedopa	Dapat terjadi hipertensi krisis (dapat dicegah dengan karbidopa)	Penghambatan konversi dopamin dan norepinefrin
Golongan Monoamine Oxidase Inhibitor yang non selektif (co: Tranilsiporamin, Fenelzin)	Simpatomimetik	Dapat terjadi hipertensi krisis	Penghambatan Konversi Fenilefrin
Golongan Tiazid	Litium	Toksisitas obat 2 meningkat	Penurunan ekskresi obat 2
Hormon Tiroid	Antikoagulan oral (Warfarin)	Efek obat 2 meningkat	Peningkatan katabolisme

			Faktor pembekuan
Kaolin-Pektin	Digiksin	Efek obat 2 menurun	Penghambatan absorpsi obat 2
Karbamazepin	Antikoagulan oral (Warfarin)	Efek obat 2 menurun	Penghambatan metabolisme obat 2
Karbamazepin	Calcium channel blocker; Doksisiklin; Estrogen; Haloperidol; Kortikosteroid; Siklosporin; Takrolimus	Efek obat 2 menurun	Penghambatan metabolisme obat 2
Klaritromisin	Siklosporin	Efek obat 2 meningkat	Penghambatan metabolisme obat 2
Klaritromisin; Danazol; Isoniazid	Karbamazepin	Efek obat 2 meningkat	Penghambatan metabolisme obat 2
Kloramfenikol	Fenitoin; Sulfonilurea	Efek obat 2 meningkat	Penghambatan metabolisme obat 2
Kolestiramin	Furosemid; Mikofenolat; Golongan Tiazid; Hormon Tiroid; Warfarin	Efek obat 2 menurun	Penurunan absorpsi obat 2
Kotrimoksazole	Antikoagulan oral (Warfarin)	Efek obat 2 meningkat	Penghambatan enzim metabolisme; penggeseran dan ikatan protein plasma
Kuinolon	Kafein; Teofilin	Toksisitas obat 2 meningkat	Penghambatan metabolisme obat 2
NSAID	Antikoagulan oral (Warfarin)	Efek obat 2 meningkat	Penghambatan fungsi platelet
NSAID (Aspirin, Ibuprofen, Indometasin)	ACE Inhibitor	Efek antihipertensi obat 2 menurun	Penghambatan COX-1 oleh obat 1

NSAID (Indometasin)	Furosemid	Efek diuretik dan antihipertensi obat 2 menurun	Penghambatan sintesis prostaglandin di renal
Penghambat pompa proton (co: Omeprazol; Lanzoprazol; Pantoprazol)	Itrakonazole; Ketokonazol	Efek obat 2 menurun	Perubahan pH disaluran cerna yang menyebabkan obat 2 sulit diabsorpsi
Piridoksin	Levedopa	Efek obat 2 berkurang	Peningkatan metabolisme levedopa diluar otak dengan adanya piridoksin yang berlebihan, sehingga jumlah yang akan masuk berkurang
Rifampisin	Antidepresan trisiklik dan heterosiklik (co: Amitriptillin); Golongan calcium chanel blocker; Golongan Azol (co: Itrakonazol, ketokonazol, Vorikonazol); Golongan beta blocker; Fenitoin; Kortikosteroid; Kuinidin; Siklosporin; Sulfonilurea; Teofilin; Warfarin	Fek obat 2 menurun	Peningkatan metabolisme obat 2
Salisilat	Metotreksat	Toksisitas obat 2 meningkat	Penghambatan ekskresi obat 2

Spironolakton	Suplemen Kalium	Hiperkalemia (terutama pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal)	Aditif
Sukralfat	Golongan kuionolon	Efek obat 2 menurun	Penghambatan absorpsi kuionolon
Teofilin	Litium	Efek obat 2 menurun	Peningkatan ekskresi obat 2
Verapamil	Digoksin	Toksisitas obat 2 dapat terjadi	Penghamabatn ekskeri renal dan non renal obat 2

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR SINGKATAN

ALT	: Alanine transaminase
AMD	: Age- relatedmucular degeneration
Amp	: ampul
ARV	: Antiretroviral
APRI	: AST platelet rastio
BCLL	: B-Cell Chronic Limphotyc Leukimia
BCR-ABL	: Breakpoint Cluster Region-Abelson(gene)
BKKBN	: Badan Kependudukan Dan Keluarga
Ca	: Calcium
CAN	: Chronic Allograft Neprophaty
CD 4	: Cluster of Differentation 4
CD 20	: Cluster of Differentation 4
CD 117	: Cluster of Differentation 4
CKD	: Chronic kidney Disease
CLL	: Chronic Lymphocytic Leukimia
CMV	: Cytomegalovirus
DHP	: Dihydroartemisinin-Piperaquine
DNA	: deoxyribonucleic acid
Drops	: Drops
DVT	: Deep Vein Thrombosis
EGFR	: Epidermal Growth Factor Receptor
EKG	: Elektrokardiogram
ER	: Estrogen Receptors
ESBL	: Extended-Spectrum Beta-Lactamase
FDC	: Fixed Dose Combination
FLAG	: Fludarabine + high-dose cytarabine + Granulocyte - Colony Stimulating Factor
GBS	: Guillain-Barre syndrome
GBq	: gigabecquerel
g/dl	: gram/desi liter
GIST	: Gastri Intestinal Stromal Tumor
HbA1C	: Hemoglobin A1c
HBV	: Hepatitis b virus
HBeAg	: Hepatitis B e-Antigen
HCU	: High Care Unit
HD	: Hemodialisa
HER2	: Human Epidermal Growth Factor Receptor 2
ICCU	: Intensive Cardial Care Unit
ICU	: Intensive Care Unit
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
Ih	: inhalasi

i.k	: intra kutan
i.m	: intra muscular
Inj	: injeksi
Inj Depot	: injeksi depot
INR	: <i>International Normalized Ratio</i>
Infiltr	: infiltration
Inf	: infus
IRDS	: <i>Idiopathic Respiratory Distress Syndrome</i>
ISK	: Infeksi Saluran Kemih
IU	: <i>International Unit</i>
KFT	: Komite Farmasi Dan Terapi
KGEH	: Konsultan gastro-Enterologi Hepatologi
Kaps	: Kapsul
Kaps lunak	: Kapsul Lunak
Kaps SR	: Kapsul Sustained release
Lar	: larutan
Lar <i>Buffer</i>	: larutan buffer
LDL	: <i>Low Density Lipoprotein</i>
LGK/CML	: <i>Leukimia Granulositik Kronik/Chronic myeloid Leukimia</i>
LLA/ALL	: <i>Leukimia Limfoblastik Akut/Acute Lymphoblastic Leukimia</i>
LNH	: Limfoma Non-Hodgkin
MBq	: <i>megabecquerel</i>
mcg	: micro gram
mg	: milli gram
ml	: mili liter
MRSA	: <i>Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus</i>
MRSE	: <i>Methicillin-Resistant Staphylococcus Epidermidis</i>
NSCLC	: <i>Non-Small Cell Lung Cancer</i>
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
ODHA	: Orang dengan HIV / AIDS
Ovula	: Ovula
PAD	: <i>Peripheral Arterial Disease</i>
PCI	: <i>Percutaneous Coronary Intervention</i>
PFT	: Panitia Farmasi Dan Terapi
PPOK	: Penyakit Paru Obstruksi Kronik
PPI	: <i>Proton pump inhibitor</i>
PPRA	: Program Pengendalian Resistensi Antimikroba
PR	: <i>Progesterone Receptotrs</i>
PSA	: <i>Prostate Spesific Antigen</i>
p.v	: <i>Paravertebral</i>

RICE	: <i>Rituximab + Ifsofamide + Carboplatin + Etoposide</i>
RLS	: <i>Restless Leg Syndrome</i>
RS	: Rumah Sakit
Sachet	: Sachet
Sir	: Sirup
Serb	: serbuk
Ser inj	: serbuk Injeksi
Sir kering	: serbuk Kering
s.k	: sub kutan
SLE	: <i>Systemic Lupus Erythmatosus</i>
SOPT	: Sindrom obstruksi Pasca Tuberkolosis
Tab	: Tablet
tab <i>dispersible</i>	: tablet <i>dispersibel</i>
tab lepas lambat	: tablet lepas lambat
tab sal enteric	: tablet salut enteric
tab sal selaput	: tablet salut selaput
Tab vaginal	: tablet vaginal
TB	: Tuberculosis
Tts mata	: Tetes mata
TK.1	: Tingkat 1
TK .2	: Tingkat 2
TK 3	: Tingkat 3
TPN	: <i>Total Parenteral Nutrition</i>
UGD	: Unit Gawat Darurat
Vit	: Vitamin
VTE	: <i>Venos Thrombo Embolism</i>
5-FU	