

SURAT KETERANGAN

Nomor : /MIP-Site/KLN/ /2022

No. Identitas :

Nama :

Tempat, Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin :

Alamat :

RT/RW :

Desa/Kel. :

Pekerjaan / Perusahaan :

Kec. :

Kab. :

Berdasarkan hasil pemeriksaan **Rapid Test Antigen COVID-19** dengan metode *swab nasofaring* pada hari / tanggal

POSITIF/NEGATIF SARS-CoV-2

Surat keterangan ini berlaku **1 x 24 jam** sejak tanggal pemeriksaan untuk **moda transportasi udara, laut maupun darat**.

Demikian surat keterangan hasil pemeriksaan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Catatan:

- Hasil Negatif tidak menyingkirkan kemungkinan terinfeksi virus SARS-CoV-2.
- Negatif Palsu dapat terjadi bila kuantitas antigen pada spesimen di bawah level deteksi alat.
- Bila terdapat gejala yang mengarah kepada Covid-19 atau memiliki riwayat kontak erat dengan orang yang terkonfirmasi, maka harus dipastikan kembali dengan PCR atau kultur virus.

Lagub,
Dokter Penanggung Jawab

dr. Greysia Manarisip

SIP : 449.1/010/SIPD/DPMPSTP-III/IV/2021

