

LEMBAR KENDALI SAMPEL			
No. Lab:		Tanggal:	
Flebotomis Jam :	No. Rekam Medik:		Ruangan
	Nama Pasien :		Paraf
	Tanggal Lahir :		
Lama Puasa :	Dokter Pengirim :		
	Diagnosis Klinis :		

Spesimen : <input type="checkbox"/> Darah <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Feses <input type="checkbox"/> Cairan			
Asal Spesimen : <input type="checkbox"/> Vena <input type="checkbox"/> Arteri			
Tabung : <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Plain <input type="checkbox"/> Citrate <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> SST <input type="checkbox"/> LED			
Kondisi Spesimen : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Lisis <input type="checkbox"/> Lipemik <input type="checkbox"/> Ikterik			
Volume Spesimen : <input type="checkbox"/> Cukup <input type="checkbox"/> Kurang <input type="checkbox"/> Sangat Kurang			
Dikirim ke : <input type="checkbox"/> Hematologi <input type="checkbox"/> Hemostatis <input type="checkbox"/> Analisis Cairan <input type="checkbox"/> Kimia Klinik <input type="checkbox"/> Imunoserologi			
Analyzer : <input type="checkbox"/>			

Analisis dimulai Jam :						Analisis berakhir Jam :		
<i>Paraf & Nama</i>						<i>Paraf & Nama</i>		
No.	Tes	Hasil	No.	Tes	Hasil	No.	Tes	Hasil
1.			7.			13.		
2.			8.			14.		
3.			9.			15.		
4.			10.			16.		
5.			11.			17.		
6.			12.			18.		

Verifikasi & Validasi Hasil

Verifikator I Jam :		Verifikator II Jam :	
<i>Paraf & Nama</i>		<i>Paraf & Nama</i>	
Validasi Jam :		Interpretasi	
<i>Paraf & Nama</i>			