

NO	NO REKAM MEDIS	NO SHK	PROVINSI FASYANKES	KABUPATEN / KOTA FASYANKES	SUMBER PEMBIAYAAN	NAMA FASYANKES	NAMA BAYI	NAMA I
1	170283	2410150058	Jawa Tengah	Kota Surakarta	DAK	RSUP SURAKARTA	by. ny dewi arisha	DEWI MARISHA

A B C D E

Isi setiap lingkaran dengan satu tetesan/bercak darah hingga menyerap/tembus bagian belakang
Pengambilan darah sebaiknya dilakukan pada hari kedua / ketiga setelah bayi lahir.

SKRINING HIPOTIROID KONGENITAL

No. Rekam Medis: 170283

Nama Bayi: By. ny Dewi Marisha NIK: _____

Kelahiran: ☒ Tunggal ☐ Kembar 2 ☐ Kembar > 2

Umur Kehamilan: 38 Minggu Berat Badan: 2860 gram

Jenis Kelamin: ☐ L ☒ P ☐ Ambigu Prematur/BBLR: ☐ Ya ☒ Tidak

Tgl	Bin	Thn	Jam
14	10	2024	03:20

Darah diambil dari: ☒ Kulit ☐ Vena

Spesimen: 15 10 2024 06

Keterangan

Transfusi Darah: ☐ Ya, Tgl. _____ ☒ Tidak

Ibu minum obat anti tiroid: ☐ Ya ☒ Tidak

Bayi dengan kelainan bawaan: ☐ Ya ☒ Tidak

Sebutkan: _____

Bayi dengan wajah mongoloid: ☐ Ya ☒ Tidak

Bayi Sakit: ☐ Ya ☒ Tidak

Sebutkan: _____

Obat untuk bayi: ☐ Ya ☒ Tidak

Sebutkan: _____

Nama Ibu: ny. Dewi Marisha NIK: 1371014704970008

Nama Ayah: Dr. Rendra Suipr NIK: 3305121900970002

Alamat: Kandang Menjangan Rt 005/014, Pucangan Kertasari, Sukoharjo

No. Telp/HP: 081382480207

Nama Fasyankes: RSUP Surakarta

Kode Fasyankes: _____

Alamat Fasyankes: Jl. Prof Dr. R. Soeharso no 28 Jayar, Laweyan, Sukoharjo

Unit Pengirim sampel: Bangsai Sembadra

No. Telepon/HP: 083183302477

Dokter Penanggung Jawab: Dr. Hendra Sp. A


No. Telepon/HP: 082233413741

No. Skrining: 2410150058

No. Lab: _____

Instruksi Singkat Pengambilan Darah:

1. Pastikan tumit hangat
2. Bersihkan dengan alkohol
3. Keringkan
4. Pijat daerah sekitar tumit
5. Lakukan tusukan pada area yang ditentukan (lihat gambar)
6. Hapus tetesan yang pertama
7. Buat tetesan kedua sampai bulat besar dan menggantung
8. Jatuhkan satu tetes pada lingkaran kertas saring



Tgl	Bin	Thn

Sampel diterima: _____

Sampel diperiksa: _____

Jenis Sampel: ☐ Layak diperiksa ☐ Tidak Layak

Hasil TSH: ☐ Normal _____ uIU/ml ☐ Tidak Normal _____ uIU/ml

Konfirmasi Tes: ☐ TSH _____ uIU/ml ☐ FT 4 _____ uIU/ml

Sumber Pembiayaan: ☐ Pribadi ☐ APBN ☐ APBD I ☐ APBD II ☒ DAK NF ☐ Dekonsentrasi ☐ Asuransi Swasta ☐ Lainnya: _____

Catatan: _____

Tipe: SHK01

lab CARE Blood Spot Sampling Paper

Produksi: PT. Bhineka Mitra Sejahtera - Semarang, Jawa Tengah