

NO	NO REKAM MEDIS	NO SHK	PROVINSI FASYANKES	KABUPATEN / KOTA	SUMBER PEMBIAYAAN	NAMA FASYANKES	NAMA BAYI	NAMA IBU	NIK IBU	NAMA AYAH	TANGGAL LAHIR/JAM	TANGGAL PENGAMBILAN SPESIMEN/JAM	JENIS KELAMIN	ALAMAT PASIEN
1	170177	2410130089	Jawa Tengah	Kota Surakarta	DAK	RSUP SURAKARTA	BY. NY. FITRIANI SUZANA	FITRIANI SUZANA	3372015005890002	ARIFIN	11/10/2024 8:12	10/13/2024 6:00	P	KLANGSURAN RT 003 RW 004



Unit Pengirim sampel : SENADRA RSUP SURAKARTA  
 No. Telepon/rsup : 083103302477  
 Dokter Penanggung Jawab : dr. HAMID, SP.A  
 No. Telepon/HP : 085641447616  
 No. Skrining : 2410130089  
 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	Bln	Thn
Sampel diterima			
Sampel diperiksa			

Jenis Sampel : ☐ Layak diperiksa  
☐ Tidak Layak

Hasil TSH : \_\_\_\_\_ uIU/ml Konfirmasi Tes : \_\_\_\_\_ uIU/ml  
☐ Normal ☐ TSH ☐ FT 4 ☐ uIU/ml  
☐ Tidak Normal ☐ FT 4 ☐ uIU/ml

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

Catatan :

Tipe: SHK01

lab **CARE** Blood Spot Sampling Paper

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



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 : 170.177

Nama Bayi : BY NY FITRIANI SUZANA NIK : \_\_\_\_\_

Kelahiran : ☒ Tunggal ☐ Kembar 2 ☐ Kembar > 2

Umur Kehamilan : 38 Minggu Berat Badan : 3000 gram

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

Tgl	Bln	Thn	Jam	Darah diambil dari:
11	10	24	08:12	<input checked="" type="checkbox"/> Tumit
13	10	24	06:00	<input type="checkbox"/> Vena

#### Keterangan

Transfusi Darah : ☐ Ya, Tgl. \_\_\_\_\_ ☒ Tidak  
 Ibu minum obat anti tiroid : ☐ Ya ☒ Tidak  
 Bayi dengan kelainan bawaan : ☐ Ya ☒ Tidak

Bayi dengan wajah mongoloid : ☐ Ya ☒ Tidak  
 Bayi Sakit : ☐ Ya ☒ Tidak

Obat untuk bayi : ☒ Ya ☐ Tidak  
 Sebutkan : ORFADROXY SULF 1 ml / 12j

Nama ibu : FITRIANI SUZANA NIK : 3372015005890002

Nama Ayah : ARIFIN NIK : 3372012801080002

Alamat : KLANGSURAN RT 3 RW 4, KARANGASEM  
LAWETAN, KOTA SURAKARTA

No. Telp/HP : 08562813294

Nama Fasyankes : RSUP SURAKARTA

Kode Fasyankes : \_\_\_\_\_  
 Alamat Fasyankes : Jl. PROF Dr. R. SOEHARSO NO. 28, SURAKARTA