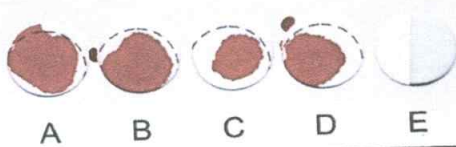


NO	NO REKAM MEDIS	NO SHK	PROVINSI FASYANKES	KABUPATEN / KOTA FASYANKES	SUMBER PEMBIAYAAN	NAMA FASYANKES	NAMA BAYI	NA
1	168411	2409010020	Jawa Tengah	Kota Surakarta	DAK	RSUP SURAKARTA	BY NY DEWI RAHMAWATI	DEWI RA



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: 168411
 Nama Bayi: BY NY DEWI R NIK: _____
 Kelahiran: ☒ Tunggal ☐ Kembar 2 ☐ Kembar > 2
 Umur Kehamilan: 38 Minggu Berat Badan: 2300 gram
 Jenis Kelamin: ☐ L ☐ P ☐ Ambigu Prematur/BBLR: ☒ Ya ☐ Tidak
 Lahir:

Tgl	Bin	Thn	Jam
30	08	29	0930

 Darah diambil dari: ☒ Tumit ☐ Vena
 Spesimen:

Tgl	Bin	Thn	Jam
01	08	29	06

 Keterangan:
 Transfusi Darah: ☐ Ya, Tgl. _____ ☒ Tidak
 Ibu minum obat anti tiroid: ☐ Ya ☒ Tidak
 Bayi dengan kelainan bawaan: ☐ Ya ☒ Tidak
 Sebutkan: _____ ☒ Tidak
 Bayi dengan wajah mongoloid: ☐ Ya ☒ Tidak
 Bayi Sakit: ☐ Ya ☒ Tidak
 Sebutkan: _____ ☒ Tidak
 Obat untuk bayi: ☒ Ya ☐ Tidak
 Sebutkan: SUPRAMAX 400mg 0.3 ml / 12 jam
 Nama Ibu: DEWI RAHMAWATI NIK: 332003651287002
 Nama Ayah: WIDODARSO NIK: 33112270781001
 Alamat: KARTASURA, S.K.B.
 No. Telp/HP: 0822 4261 3872
 Nama Fasyankes: RSUP SURAKARTA
 Kode Fasyankes: _____
 Alamat Fasyankes: Jl. Prof. Dr. Soehardo No 28
Jakarta Raya, Surakarta



Unit Pengirim sampel: RSUP SURAKARTA
 No. Telepon/HP: 0831 83302477
 Dokter Penanggung Jawab: dr. Hamid SPA
 No. Telepon/HP: 085641947616
 No. Skrining: 2409010020
 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



Sampel diterima:

Tgl	Bin	Thn

 Sampel diperiksa:

Tgl	Bin	Thn

 Jenis Sampel: ☐ Layak diperiksa ☐ Tidak Layak

Hasil TSH: ☐ Normal ☐ TSH: _____ uIU/ml
 Konfirmasi Tes: ☐ TSH: _____ uIU/ml
☐ Tidak Normal: ☐ uIU/ml ☐ FT4: _____ uIU/ml
 Sumber Pembiayaan: ☐ Pribadi ☐ APBD II ☐ Asuransi Swasta
☐ APBDN ☐ DAK NF ☐ Lainnya: _____
☐ APBD I ☐ Dekonsentrasi

Catatan:

Tipe: SHK01

lab CARE Blood Spot Sampling Paper

Produksi: PT. Shireka Mitra Sejati - Semarang, Jawa Tengah