

LB-.....

FORMULIR PERMINTAAN PEMERIKSAAN UNTUK SPESIMEN KLINIS

Nomor Registrasi :
 Spesimen/Sampel : Rujukan / Kiriman Diambil oleh Petugas BBLKM Jakarta
 Waktu Pengambilan Spesimen :(Tanggal, Jam)

Nama Pasien :	Dokter Pengirim :	Diagnosa/Keterangan Klinis :
Tgl. Lahir :	Alamat :
Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Jenis spesimen :
Alamat :	Ptgs pengambil :
No. Telp/HP :	sampel/spesimen
	Paraf :

JENIS PEMERIKSAAN :

MIKROBIOLOGI DAN BIOMOLEKULER

Pemeriksaan Mikrobiologi, Rectal Swab (Kultur dan Identifikasi Bakteri)

Identifikasi *E.coli* pathogen Identifikasi *Salmonella* sp Identifikasi *Shigella* sp Identifikasi *Vibrio Cholerae*

Pemeriksaan Bakteri/Parasit Metode Kultur dan Identifikasi/Mikroskopis/PCR

<input type="checkbox"/> Identifikasi <i>Corynebacterium diphtheriae</i> (Kultur dan identifikasi bakteri)	<input type="checkbox"/> Uji toksitas <i>Corynebacterium diphtheriae</i> (PCR & Electoforesis)	<input type="checkbox"/> Identifikasi <i>Staphylococcus</i> sp. (Kultur dan identifikasi bakteri)	<input type="checkbox"/> Identifikasi <i>Bacillus</i> sp. (Kultur dan identifikasi bakteri)
<input type="checkbox"/> Identifikasi <i>Mycobacterium Tuberculosis</i> (Mikroskopis BTA)	<input type="checkbox"/> Identifikasi Mikrofilaria (Mikroskopis)	<input type="checkbox"/> Identifikasi Plasmodium Mikroskopis, PCR, & Electoforesis)	<input type="checkbox"/> Identifikasi Bakteri <i>Legionella</i> sp/ <i>Legionella pneumophilla</i> (PCR & Electoforesis)
<input type="checkbox"/> Identifikasi Bakteri <i>Leptospira</i> sp. (qPCR)	<input type="checkbox"/> Identifikasi Kusta (PCR & Electoforesis)		

Pemeriksaan Virus Metode PCR

<input type="checkbox"/> Identifikasi Hantavirus	<input type="checkbox"/> Identifikasi Virus Dengue	<input type="checkbox"/> Identifikasi MERS-CoV	<input type="checkbox"/> Identifikasi Virus Japanese Encephalitis (JE)
<input type="checkbox"/> Identifikasi Virus Monkeypox	<input type="checkbox"/> Identifikasi Virus Chikungunya	<input type="checkbox"/> Identifikasi Virus Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Identifikasi Rotavirus
<input type="checkbox"/> Identifikasi Virus Influenza	<input type="checkbox"/> Identifikasi Virus Zika	<input type="checkbox"/> Identifikasi HPV	
<input type="checkbox"/> Identifikasi SARS-CoV-2			

PATOLOGI & IMMUNOLOGI

<input type="checkbox"/> Viral Load Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Viral Load HIV
<input type="checkbox"/> Japanese Encephalitis (JE) – ELISA	<input type="checkbox"/> Campak – ELISA
<input type="checkbox"/> Rubella - ELISA	

Kimia Analisis

<input type="checkbox"/> HbsAg	<input type="checkbox"/> HbA1C	<input type="checkbox"/> Urin lengkap	<input type="checkbox"/> Kolesterol total
<input type="checkbox"/> Gula darah puasa	<input type="checkbox"/> Gula darah sewaktu	<input type="checkbox"/> Asam urat	<input type="checkbox"/> Anti Leptospira IgM & IgG

KAJI ULANG PERMINTAAN PENGUJIAN (Diisi Petugas BBLKM Jakarta)

Sampel : Rujukan/Kiriman/Diambil Langsung Waktu Pengambilan :/...../2025, Jam : : <input type="checkbox"/> Puasa <input type="checkbox"/> Tidak Puasa Alasan : <input type="checkbox"/> Darah <input type="checkbox"/> Swab <input type="checkbox"/> Jaringan <input type="checkbox"/> Cairan <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Faeces <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Lain-lain	Kelayakan sampel rujukan : <input type="checkbox"/> Layak <input type="checkbox"/> Tidak Layak Alasan : <input type="checkbox"/> Hemolisik <input type="checkbox"/> Tdk steril <input type="checkbox"/> Jaringan <input type="checkbox"/> Tdk Segar <input type="checkbox"/> Tdk sesuai <input type="checkbox"/> Darah beku <input type="checkbox"/> Bahan tidak sesuai permintaan <input type="checkbox"/> Lain-lain
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tanda tangan Petugas :

.....

Dengan ini saya menyatakan bahwa informasi yang saya berikan adalah benar dan saya memahami serta menyetujui tindakan medis yang dilakukan BBLKM Jakarta untuk pemeriksaan saya.

Tanda tangan Pasien/Pelanggan

.....