

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

### JENIS PEMERIKSAAN :

MIKROBIOLOGI DAN BIOMOLEKULER			
Pemeriksaan Mikrobiologi, Rectal Swab (Kultur dan Identifikasi Bakteri)			
<input type="checkbox"/> Identifikasi <i>E.coli</i> pathogen	<input type="checkbox"/> Identifikasi <i>Salmonella sp</i>	<input type="checkbox"/> Identifikasi <i>Shigella sp</i>	<input type="checkbox"/> Identifikasi <i>Vibrio Cholerae</i>
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 toksisitas <i>Corynebacterium diphtheriae</i> (PCR & Electoforesis)	<input type="checkbox"/> Identifikasi <i>Staphylococcus sp.</i> (Kultur dan identifikasi bakteri)	<input type="checkbox"/> Identifikasi <i>Bacillus sp.</i> (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 sp/Legionella pneumophilla</i> (PCR & Electoforesis)
<input type="checkbox"/> Identifikasi Bakteri <i>Leptospira sp.</i> (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 MERSCoV	<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"/> Hemolisis <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 .....	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  .....
Tanda tangan Petugas :  .....		