

## **RUMAH SAKIT AULIA**

JL. JERUK RAYA NO. 15, JAGAKARSA, JAKARTA SELATAN 12620

Telp: (021) 7270208, Fax: 7866057

Web: www.rsaulia.com, e-mail: info@rsaulia.com

Nama Pasien IPO SURNIAWATI, NY

No. RM

18-15-58

No. Registrasi RJ2300061821

No. Lab

L23000000034656

Alamat

blok rambutan

Dokter

: Nazly Muhammad Askar, dr., Sp.PD

Umur

: 44 Th 3 Bl 10 Hr / Wanita

Asal / Dari

: POLIKLINIK PENYAKIT DALAM/JaminanBPJS KESEHATA

: RAWAT do LANI 2012/11/11/159:52

Tgl. Transaksi

Tgl. Bhn Diterima : Kamis, 06 April 2023

**WIB** WIB

Tgl. Hasil Selesai

: Kamis, 06 April 2023

12:59:52

PEMERIKSAAN	HASIL TES	NILAI NORMAL	SATUAN	KET
-kreatinin	0.50 *	0.60-1.10	mg/dl	Low

Penanggung Jawab, Dr. JONO ULOMO, SO.PR NO. 1.2.01.3 1.2334144101 04 18.3

dr. Jono Ulomo, Sp.PK

BORATORIUM Jakarta Selatan, Kamis, 06 April 2023

WENI ANGGARISTA RAHAYU, A.MD.AK

Di Entry oleh: WENI ANGGARISTA RAHAYU

Cetak tgl: 06-04-23 Pukul: 12:53:53 WIB. User: WENI A HOSPITAL MANAGEMENT SYSTEM (HMS) LABORATORIUM



## **RUMAH SAKIT AULIA**

JL. JERUK RAYA NO. 15, JAGAKARSA, JAKARTA SELATAN 12620

Telp: (021) 7270208, Fax: 7866057

Web: www.rsaulia.com, e-mail: info@rsaulia.com

Nama Pasien IPO SURNIAWATI, NY

No. RM

18-15-58

No. Registrasi RJ2300061821

No. Lab

L23000000034656

Alamat

blok rambutan

Dokter

: Nazly Muhammad Askar, dr., Sp.PD

Umur

: 44 Th 3 Bl 10 Hr / Wanita

Asal / Dari

: POLIKLINIK PENYAKIT DALAM/JaminanBPJS KESEHATA

Tgl. Transaksi

: RAWAT do ANN 2012MINAN 11:59:52

Tgl. Bhn Diterima : Kamis, 06 April 2023

WIB

Tgl. Hasil Selesai

: Kamis, 06 April 2023

12:59:52

WIB

Hal: 1 dari 1

PEMERIKSAAN	HASIL TES	NILAI NORMAL	SATUAN	KE
-kreatinin	0.50 *	0.60-1.10	mg/di	Low

Penanggung Jawab, Dr. JONO ULOMO, SAPR NO. 1.2.01.3 1.2334/44101/04 18.3

dr. Jono Ulomo, Sp.PK

Jakaria Selajan, Kamis, 06 April 2023

WENI ANGGARISTA RAHAYU, A.MD.AK

Di Entry oleh: WENI ANGGARISTA RAHAYU

Cetak tgl: 06-04-23 Pukul: 12:53:53 WIB. User: WENI A HOSPITAL MANAGEMENT SYSTEM (HMS) LABORATORIUM



Tanggal	. [

## SURAT KETERANGAN DOKTER

Yang bertanda tangan dibawah ini , menerangkan bahwa: Nama': MDD.S Umur : 4 1 tahun Berdasarkan pemeriksaan hari ini, yang bersangkutan memerlukan istirahat karena: Cuti hamil / melahirkan / nifas sesuai dengan ketentuan berlaku mulai tanggal vang Rawat inap di Rumah Sakit ibu dan Anak AULIA terhitung mulai tanggal ..... Keterangan Lain: Saat ini dalam keadaan hamil ..... (.....) Minggu dan dålam keadaan sehat melakukan perjalanan dengan pesawat terbang