

**PERJANJIAN KERJA SAMA PELAYANAN PEMERIKSAAN KESEHATAN
ANTARA
PT PRODIA WIDYAHUSADA TBK
DAN
PT DIGDAYA KENCANA PRATAMA (RUMAH SAKIT UMUM DHARMA NUGRAHA)
NO. 069/GJ/SPK-RLS-RS/VIII/2022**

Pada hari ini, Senin, tanggal Dua Puluh Dua, bulan Agustus, tahun Dua Ribu Dua Puluh Dua (22-08-2022) Kami yang bertandatangan di bawah ini:

- I. **PT Prodia Widya Husada Tbk**, suatu perseroan terbatas yang didirikan berdasarkan hukum Negara Republik Indonesia, berkedudukan di Jakarta serta beralamat di Jalan Kramat Raya No. 150, dalam hal ini diwakili oleh **Siti Nurhidayati, S.M.** selaku **Regional Head - Greater Jakarta Region**, yang kewenangannya atas perjanjian kerja sama ini berdasarkan Surat Kuasa Direktur Nomor 119/SK-B&M/GJR/2022, Tanggal 01 Juli 2022, bertindak untuk dan atas nama PT. Prodia Widya Husada Tbk, selanjutnya disebut sebagai **PIHAK PERTAMA** atau **PRODIA**;
- II. **PT Digdaya Kencana Pratama (Rumah Sakit Umum Dharma Nugraha)**, suatu perseroan terbatas yang didirikan berdasarkan hukum Negara Republik Indonesia, berkedudukan di Jakarta, beralamat di Jalan Balai Pustaka Baru No. 19, Rawamangun - Pulogadung, Jakarta Timur, dalam hal ini secara sah dan berwenang diwakili oleh **dr Sekar Dewi Dinawati Tjindar Bumi, Sp.THT** selaku **Direktur Utama**, yang kewenangannya atas perjanjian kerja sama ini berdasarkan Akta Nomor 1 tanggal 10 Januari 2018 yang dibuat oleh Notaris Fully Handayani Ridwan, SH., MKn di Gading Serpong, bertindak untuk dan atas nama PT Digdaya Kencana Pratama (Rumah Sakit Umum Dharma Nugraha), selanjutnya disebut **PIHAK KEDUA** atau **PELANGGAN**.

PIHAK PERTAMA (PRODIA) dan PIHAK KEDUA (PELANGGAN) untuk selanjutnya secara bersama-sama disebut sebagai **Para Pihak**.

Para Pihak terlebih dahulu menerangkan:

- Bahwa, PIHAK PERTAMA adalah perusahaan yang melakukan kegiatan usaha dalam bidang jasa pelayanan Kesehatan, yang lebih dikenal dengan "Prodia"
- Bahwa, PIHAK KEDUA adalah sebuah perusahaan yang bergerak di bidang kesehatan yang lebih dikenal dengan "Rumah Sakit Umum Dharma Nugraha";
- Bahwa, Para Pihak sepakat untuk mengadakan perjanjian kerja sama dalam hal pelayanan pemeriksaan kesehatan Sampel.

Berdasarkan hal-hal tersebut, Para Pihak sepakat untuk melaksanakan kerja sama Pemeriksaan Kesehatan dan menuangkannya ke dalam Perjanjian dengan syarat-syarat dan ketentuan sebagaimana dimaksud pada Lampiran A - Ketentuan-Ketentuan Standar Pengikatan untuk Jasa Layanan Kesehatan – **Rutin Rujukan Sampel**:

A. Ruang Lingkup Pekerjaan

PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA sepakat mengikatkan diri dalam Perjanjian Pelayanan Pemeriksaan Kesehatan, dimana PIHAK KEDUA menunjuk PIHAK PERTAMA untuk menyediakan jasa layanan pemeriksaan kesehatan terhadap Pasien sebagaimana didefinisikan dalam Lampiran A Ketentuan-Ketentuan Standar Pengikatan untuk Jasa Layanan Kesehatan – **Rutin Rujukan Sampel**.

Pihak Pertama	Pihak Kedua
	

B. Jangka Waktu Perjanjian

- Perjanjian ini berlaku terhitung efektif sejak tanggal 23 Agustus 2022 dan akan berakhir pada tanggal 31 Desember 2024.
- Apabila salah satu pihak bermaksud memperpanjang Perjanjian ini maka salah satu pihak tersebut wajib memberitahukan kepada pihak lainnya secara tertulis paling lambat 1 (satu) bulan sebelum Perjanjian berakhir secara efektif.

C. Jenis dan Harga Pemeriksaan

- Jenis dan Harga Pemeriksaan sesuai tarif pemeriksaan yang berlaku di pada PIHAK Pertama.
- PIHAK PERTAMA akan memberikan keringanan biaya sebesar 20 % (dua puluh persen) untuk setiap Pemeriksaan yang diminta oleh PIHAK KEDUA, kecuali untuk Pemeriksaan SARS-CoV-2 Ag, SARS-CoV-2 RNA, G6PD Neonatus, TsH Neonatus dan semua pemeriksaan yang dirujuk ke eksternal (dalam negeri / luar negeri).

D. Waktu Pelayanan Pemeriksaan

Waktu Pelayanan Pemeriksaan yang dilakukan Prodia kepada Pelanggan adalah sebagai berikut:

Senin s/d Sabtu	24 Jam
Minggu	07.00 s/d 13.00 WIB

E. Tata Cara Pembayaran

PIHAK PERTAMA akan mendapatkan pembayaran secara tunai dari PIHAK KEDUA pada setiap Rujukan Pemeriksaan yang dikirimkan oleh PIHAK KEDUA.

F. Pajak

- Pihak Kedua memiliki Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) 01.573.158.1-007.000 atas nama PT. Digdaya Kencana Pratama dengan alamat terdaftar : Jl. Balai Pustaka No. 19 Rawamangun, Pulogadung, Jakarta Timur 13220, dengan Copy NPWP sebagaimana terlampir dalam Perjanjian ini, oleh karenanya Pihak Kedua berkewajiban melaksanakan kewajibannya selaku wajib pajak dan pengusaha kena pajak sesuai dengan peraturan perpajakan yang berlaku.
- Pajak-pajak yang timbul berdasarkan Perjanjian ini menjadi kewajiban masing-masing Pihak berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku, kecuali dinyatakan sebaliknya dengan tegas dalam Perjanjian ini.

G. Penanggungjawab Harian

- Penanggung Jawab Harian yang ditetapkan oleh PIHAK PERTAMA adalah:

PT PRODIA WIDYAHUSADA TBK		
	Branch Manager	Finance
Nama	Eny Prasetyawati, S.M.	Maria Dewi
Jabatan	Branch Manager	Branch Finance Supervisor
Alamat	Jl. Kramat Raya No. 150 Jakarta Pusat	Jl. Kramat Raya No. 150 Jakarta Pusat
Telp/Ext	(021) 314 4182, 315 3002, 390 6709	(021) 314 4182, 315 3002, 390 6709
Fax	(021) 3190 8213	(021) 3190 8213
E-mail	jkt.kramat@prodia.co.id	keuangan.kramat@prodia.co.id

Pihak Pertama	Pihak Kedua

2. Penanggung Jawab Harian yang ditetapkan oleh PIHAK KEDUA adalah:

PT DIGDAYA KENCANA PRATAMA		
	Penanggung Jawab Harian	Finance
Nama	Dr. Fahrulia Karmanita	Suyitno
Jabatan	Bagian Laboratorium	Bagian Finance
Alamat	Jl. Balai Pustaka Baru No. 19 Rawamangun, Jakarta Timur	Jl. Balai Pustaka Baru No. 19 Rawamangun, Jakarta Timur
Telp/Ext	(021) 470 7433 - 37	(021) 470 7433 - 37
Fax	(021) 470 7428	(021) 470 7428
E-mail	lab.dharmanugraha@gmail.com	ibnusuyitno@gmail.com

3. Surat menyurat sehubungan dengan pelaksanaan Perjanjian ini wajib ditujukan kepada Penanggung Jawab dan hanya dianggap telah diterima jika disertai dengan tanda penerimaannya.

Persetujuan atas Perjanjian

Kecuali kami menyetujui sebaliknya secara tertulis, ketentuan dalam Perjanjian ini dan Ketentuan-Ketentuan Standar Pengikatan untuk Jasa Layanan Kesehatan – Rutin Rujukan Sampel (Lampiran A) terlampir akan mengatur penunjukkan PIHAK PERTAMA dan layanan yang akan PIHAK PERTAMA berikan kepada PIHAK KEDUA.

Salam hormat,
PT Prodia Widyahusada Tbk



PT Prodia Widyahusada Tbk

Nama: Siti Nurhidayati, S.M.
Jabatan: Regional Head-Greater Jakarta Region

Menyetujui dan menerima,
PT Digdaya Kencana Pratama
(Rumah Sakit Umum Dharma Nugraha)



Nama: dr Sekar Dewi Dinawati Tjindar Bumi, Sp.THT
Jabatan: Direktur

Lampiran A - Ketentuan-Ketentuan Standar Pengikatan untuk Jasa Layanan Kesehatan – Rutin Rujukan Sampel

Definisi. Kecuali ditentukan lain, kata atau kata-kata berikut ini mengandung definisi (arti) sebagai berikut:

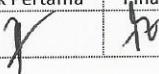
1. **Pemeriksaan Kesehatan atau Pemeriksaan** adalah pemeriksaan laboratorium dan/atau pemeriksaan penunjang lain yang dilakukan oleh Prodia sebagaimana terlampir pada Lampiran 1.
2. **Pemeriksaan Rujukan** adalah Pemeriksaan terhadap Pasien yang dirujuk oleh Prodia kepada rekanan Prodia atau sarana pelayanan kesehatan lain, baik itu pemeriksaan Laboratorium maupun pemeriksaan Non Laboratorium.
3. **Laboratorium Klinik Prodia** adalah cabang-cabang Laboratorium Klinik Prodia sebagaimana terlampir pada Lampiran 2
4. **Spesimen** adalah bahan yang berasal dan/atau diambil dari tubuh manusia untuk tujuan diagnostik, penelitian, pengembangan, pendidikan dan atau analisis lainnya.
5. **Pasien** adalah pihak yang diambil spesimennya oleh Pelanggan untuk dirujuk dan mendapatkan pelayanan Pemeriksaan Kesehatan atas biaya Pelanggan.
6. **Surat Pengantar** adalah surat yang digunakan Pasien guna mendapatkan pelayanan Pemeriksaan atas biaya Pelanggan, sebagaimana contoh terlampir pada **Lampiran 3**.
7. **Penanggung Jawab** adalah karyawan/pejabat dari Prodia dan Pelanggan yang ditunjuk oleh masing-masing pihak untuk bertugas sebagai penanggung jawab berdasarkan Perjanjian ini.
8. **Perjanjian** adalah Perjanjian Kerjasama Pemeriksaan Kesehatan antara Prodia dan Pelanggan sebagaimana ditandatangani di atas; beserta segala penambahan, perubahan dan Lampiran-Lampirannya.
9. **Cabang Pihak Pertama** adalah lokasi cabang atau cabang-cabang Prodia sebagaimana dimaksud pada uraian **Lampiran 2**.
10. **Force Majeure atau Keadaan Kahar** adalah peperangan, huru-hara, unjuk rasa massal, pemberontakan, krisis nasional, kebakaran, sabotase, epidemi, bencana alam seperti banjir, gempa bumi dan hal-hal lain di luar kemauan dan kemampuan Para Pihak untuk mengendalikannya, yang berdampak langsung terhadap pelaksanaan Perjanjian ini. Apabila dalam pelaksanaan Perjanjian ini terjadi Force Majeure (Keadaan Kahar), pihak yang mengalami Force Majeure wajib memberitahukan secara tertulis mengenai keadaan tersebut kepada pihak lainnya selambat-lambatnya dalam 2x24 (dua kali dua puluh empat) jam setelah terjadinya peristiwa Force Majeure dengan ketentuan harus dikuatkan oleh Lembaga atau Instansi yang berwenang. Apabila terjadi keadaan Force Majeure berlangsung secara terus menerus sehingga tidak memungkinkan Para Pihak melanjutkan Perjanjian ini, maka Para Pihak sepakat untuk menyelesaikan segala sesuatunya secara musyawarah.

Ketentuan Yang Mengatur. Pernyataan ini berisi ketentuan-ketentuan standar atas penunjukan Prodia sebagai penyedia jasa layanan kesehatan Pasien Pelanggan. Kecuali jika diubah secara tertulis dengan persetujuan bersama, ketentuan-ketentuan ini akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari setiap perjanjian antara Prodia dan Pelanggan.

Penggunaan dan Penafsiran. Penunjukan Pelanggan adalah kepada PT Prodia Widyahusada Tbk, yang merupakan perusahaan yang tunduk pada Hukum Negara Republik Indonesia.

Pemeriksaan NAPZA dan/atau HIV. Apabila Pemeriksaan kesehatan yang diminta oleh Pelanggan terdapat pemeriksaan NAPZA dan/atau HIV, maka baik Pelanggan dan Pasien dengan ini sepakat untuk tunduk pada alur pemeriksaan NAPZA dan/atau HIV sesuai dengan standar operasional dan/atau segala peraturan yang berlaku mengenai pemeriksaan NAPZA dan/atau HIV. Khusus untuk pemeriksaan HIV, Pelanggan mengetahui dan menyetujui bahwa pre-counselling dan post-counselling wajib dilakukan terhadap Pasien oleh Prodia.

Tata Cara Pemeriksaan. Pelanggan akan merujuk kepada Prodia sampel pemeriksaan Pasien berdasarkan Surat Pengantar. Lokasi Pemeriksaan akan dilakukan di cabang-cabang Prodia sebagaimana dimaksud pada Lampiran 2. Bahan pemeriksaan yang dirujuk oleh Pelanggan kepada Prodia harus memenuhi persyaratan pengiriman sampel yang telah ditetapkan, yaitu sesuai dengan Daftar Pemeriksaan Rujukan yang dibuat Prodia. Bahan pemeriksaan yang dikirim oleh Pelanggan kepada Prodia harus dilengkapi dengan data lengkap antara lain:

Pihak Pertama	Pihak Kedua
	

1. Identitas Pasien: Nama, Jenis Kelamin, Umur;
2. Nama dokter yang menghendaki pemeriksaan laboratorium;
3. Jenis pemeriksaan;
4. Tanggal dan Jam pengambilan bahan pemeriksaan;
5. Kondisi pasien pada saat bahan pemeriksaan diambil (misal: puasa, sedang menjalani therapi/pengobatan tertentu, dll);
6. Kondisi bahan (misal: volume, warna, bau, viscositas, jangka waktu penyimpanan, suhu penyimpanan, dll).

Apabila bahan dan atau identitas pemeriksaan yang diterima oleh Prodia dari Pelanggan tidak memenuhi persyaratan atau tidak lengkap, maka Prodia berhak melakukan hal-hal sebagai berikut:

- a. melakukan konfirmasi, apabila data berupa identitas dan atau informasi tentang bahan pemeriksaan tidak lengkap, terhadap keadaan ini Pihak Kedua akan melengkapi data yang dibutuhkan oleh Pihak Pertama, secara tertulis
- b. menolak bahan pemeriksaan, apabila kondisi bahan pemeriksaan tidak sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan sebagaimana diatur dalam Daftar Pemeriksaan rujukan, penolakan atas bahan pemeriksaan harus dilakukan secara tertulis dengan menjelaskan sebab atau alasan penolakan tersebut.

Rujukan Pemeriksaan. Prodia dapat merujuk Pemeriksaan ke sarana pelayanan kesehatan lain apabila Laboratorium Klinik Prodia tidak dapat melaksanakan sebagian atau seluruh Pemeriksaan, dengan mendapatkan persetujuan Pelanggan terlebih dahulu.

Waktu pelayanan pemeriksaan. Waktu pelayanan pemeriksaan oleh Prodia sesuai dengan waktu yang telah disepakati pada Perjanjian.

Hasil Pemeriksaan.

Hasil Pemeriksaan dibuat dalam bentuk salinan tertutup dengan format sesuai dengan format baku yang berlaku di laboratorium klinik Prodia sebagaimana terlampir pada Lampiran 4 dan akan diserahkan kepada Pelanggan dan/atau Dokter Pelanggan dan/atau Pasien dari Pelanggan setelah pelaksanaan Pemeriksaan Pasien. Hasil Pemeriksaan akan dikeluarkan dan diserahkan kepada Pelanggan sesuai dengan Waktu Selesai Hasil Pemeriksaan (WSHP) disesuaikan dengan jenis pemeriksaan pelanggan.

Pelanggan menjamin bahwa Hasil Pemeriksaan Pasien hanya akan diterima oleh pejabat Pelanggan yang berwenang dan akan memperlakukan Hasil Pemeriksaan tersebut secara rahasia.

Pelanggan bertanggung jawab sepenuhnya dan melepaskan Prodia dari segala tuntutan dan kerugian atas terungkapnya Informasi Rahasia akibat penyalahgunaan atau kelalaian Pelanggan.

Pelanggan mengetahui bahwa Hasil Pemeriksaan Pasien merupakan rekam medis yang bersifat rahasia, dan dengan ini Pelanggan menjamin Prodia bahwa Pasien, dengan pemberitahuan melalui Pelanggan, telah menyetujui akan diungkapkannya rekam medis Pasien oleh Prodia; kepada dan atas permintaan Pelanggan. Pelanggan bertanggung jawab sepenuhnya atas kerugian, tuntutan dan atau gugatan akibat diungkapkannya rekam medis Pasien termasuk namun tidak terbatas oleh Direksi, karyawan, dan/atau sub-kontraktor Pelanggan, tanpa persetujuan Pasien yang bersangkutan.

Pelanggan mengetahui bahwa berdasarkan Undang-Undang Kesehatan serta peraturan pelaksanaannya, Pasien berhak untuk menerima salinan dan/atau mengetahui Hasil Pemeriksaan atas dirinya.

Dalam hal Pelanggan tidak memperkenankan Prodia untuk mengungkapkan Hasil Pemeriksaan langsung kepada Pasien, Pelanggan menjamin bahwa Prodia dapat merujuk hal ini kepada Pelanggan dan Pelanggan bertanggung jawab sepenuhnya atas segala tuntutan dan/atau kerugian yang mungkin timbul.

Kerahasiaan. Pelanggan dengan ini mengetahui bahwa Hasil Pemeriksaan yang sah hanyalah rekam medis yang dibuat oleh Prodia dalam bentuk hardcopy dan tertutup, Prodia tidak bertanggung jawab kepada siapapun atas Hasil Pemeriksaan melalui faksimili, e-mail dan/atau rekapitulasi hasil kecuali kepada Pelanggan. Pelanggan dengan ini menyatakan bertanggung jawab sepenuhnya dan melepaskan Prodia dari segala tuntutan, gugatan dan/atau kerugian terhadap penyalahgunaan Hasil Pemeriksaan melalui faksimili, e-mail dan/atau rekapitulasi hasil termasuk namun tidak terbatas oleh Direksi, karyawan, dan/atau sub-kontraktor Pelanggan. Para Pihak setuju bahwa setiap informasi rahasia, termasuk namun tidak terbatas pada data, identitas dan hasil pemeriksaan Pasien yang diberikan selama masa berlakunya Perjanjian ini harus diperlakukan secara sangat rahasia dan tidak boleh diperdagangkan, dipublikasikan ataupun diberitahukan kepada pihak manapun dengan cara apapun, termasuk di dalamnya membuat fotokopi atau

Pihak Pertama	Pihak Kedua
	

reproduksi, tanpa persetujuan tertulis terlebih dahulu dari Pihak yang memberikan. Pihak yang menerima harus menggunakan cara yang sama untuk melindungi kerahasiaan informasi tersebut sebagaimana halnya Pihak tersebut melindungi hal-hal miliknya sendiri yang bersifat rahasia. Kerahasiaan sebagaimana dimaksud pada uraian sebelumnya dikecualikan dalam hal informasi rahasia tersebut diminta oleh pihak yang berwajib, untuk mengungkapkan informasi rahasia tersebut dalam rangka penyelidikan dan/atau penyidikan, atau permintaan resmi lainnya yang berasal dari Pemerintah.

Harga Pemeriksaan. Harga Pemeriksaan adalah harga yang berlaku di prodia sebagaimana telah disepakati Para Pihak dalam Perjanjian ini. Perubahan Harga Pemeriksaan wajib diberitahukan terlebih dahulu secara tertulis oleh Prodia kepada Pelanggan dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum diberlakukan secara efektif. Perubahan Harga Pemeriksaan Rujukan berlaku efektif dan mengikat Para Pihak seketika setelah diberlakukan oleh sarana pelayanan kesehatan rujukan dimaksud. Dalam hal kerjasama antara Prodia dengan Pelanggan beralih menjadi kerjasama nasional, maka Harga Pemeriksaan pada Perjanjian akan disesuaikan dengan ketentuan Harga Pemeriksaan nasional sesuai kebijakan Prodia.

Pihak Ketiga. Penunjukan Prodia oleh Pelanggan tidak menimbulkan hak atau kewajiban kepada pihak ketiga.

Penagihan dan Tata Cara Pembayaran.

- I. Apabila Pelanggan melakukan pembayaran pemeriksaan kesehatan secara tagihan, maka Prodia akan membuat tagihan dengan ketentuan:
 - a. Tagihan akan dilakukan oleh Prodia melalui bagian Finance dengan mengacu kepada ketentuan Tagihan yang dikirimkan oleh Prodia, dimana Format Tagihan mengikuti Format dari Prodia dengan mengacu kepada termin pembayaran sebagaimana dimaksud dalam Perjanjian.
 - b. Setiap penagihan yang dilakukan wajib melampirkan Dokumen Penagihan antara lain Surat Pengantar, Nota Pemeriksaan, dan Invoice.
- II. Apabila Pelanggan melakukan pembayaran pemeriksaan kesehatan dengan Tunai maka Prodia tidak berhak menagihkan pembayaran pemeriksaan kesehatan pasien.

Larangan Pengalihan. Selama Perjanjian ini berlangsung, Para Pihak dilarang untuk mengalihkan sebagian atau seluruh isi dan/atau kondisi dalam Perjanjian ini kepada Pihak Ketiga tanpa persetujuan tertulis pihak lainnya terlebih dahulu. Ketentuan mengenai pengalihan ini tidak termasuk dalam keadaan dimana Prodia diharuskan mengalihkan Pemeriksaan kepada Pihak Ketiga dalam melaksanakan Perjanjian dengan pemberitahuan kepada Pelanggan, termasuk namun tidak terbatas pada:

- a. aliran listrik padam karena kerusakan fasilitas Perusahaan Listrik Negara (PLN) atau terjadi pemadaman aliran listrik tanpa adanya pemberitahuan terlebih dahulu dari pihak PLN, dimana rentang waktu padamnya aliran listrik tersebut melampaui rentang waktu kemampuan *supply* alat cadangan listrik (*UPS/Uninterrupted Power Supply*) Prodia;
- b. kekosongan reagen dan atau bahan pereaksi untuk pemeriksaan yang disebabkan pasokan dari pemasok terhambat;
- c. bahan pemeriksaan tidak memenuhi syarat untuk dilakukan Pemeriksaan atau diperlukan pemeriksaan ulang karena hasil pemeriksaan dikategorikan dalam "*border line*" atau "*gray zone*".

Pemutusan atau Pengakhiran Perjanjian. Perjanjian ini dapat diakhiri setiap saat sebelum habisnya masa berlaku dengan terlebih dahulu menyampaikan surat pemberitahuan, apabila terjadi hal-hal seperti berikut ini:

- a. Dalam hal salah satu pihak tidak memenuhi kewajibannya terhadap pihak lainnya;
- b. Dalam hal Para Pihak melakukan pelanggaran terhadap ketentuan-ketentuan dalam Perjanjian;
- c. Dalam hal terjadinya *Force Majeure* (Keadaan Kahar);
- d. Sebab-sebab lain dengan pemberitahuan tertulis 30 (tiga puluh) hari sebelum Perjanjian berakhir secara efektif.

Sehubungan dengan berakhirnya perjanjian ini Para Pihak sepakat satu sama lain dengan ini mengesampingkan berlakunya ketentuan Pasal 1266 dan Pasal 1267 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata yang mewajibkan adanya suatu putusan pengadilan yang membantalkan suatu perjanjian.

Pihak Pertama	Pihak Kedua
X	Ab

Pengakhiran Perjanjian karena sebab-sebab sebagaimana diatur dalam Perjanjian ini tidak serta merta menghapuskan kewajiban masing-masing pihak terhadap pihak lainnya yang belum terselesaikan, kecuali dinyatakan lain oleh Para Pihak.

Penyelesaian Perselisihan. Jika terjadi perselisihan sebagai akibat dari pelaksanaan Perjanjian ini, maka Para Pihak sepakat untuk menyelesaikan permasalahan tersebut secara musyawarah guna mencapai mufakat. Apabila dengan musyawarah tidak tercapai kata mufakat maka Para Pihak sepakat untuk menyelesaikan permasalahan tersebut melalui Pengadilan Negeri sesuai dengan domisili Prodia.

Pernyataan dan Jaminan. Pelanggan dengan ini menjamin bahwa Pelanggan telah memiliki seluruh perizinan yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan operasionalnya dan perizinan tersebut dinyatakan masih berlaku.

Apabila ternyata Pelanggan melanggar ketentuan Pernyataan dan Jaminan, maka Pelanggan dengan ini membebaskan Prodia dari segala risiko maupun tuntutan dari Pihak Ketiga, yang terjadi akibat kelalaian dan/atau kesalahan yang dilakukan oleh Pelanggan tersebut.

Pelanggan dengan ini mengetahui bahwa Pasien berhak untuk mengetahui tindakan medis yang akan dilakukan terhadap dirinya, karenanya dalam melaksanakan Perjanjian ini, Pelanggan menjamin adanya persetujuan tertulis (*informed consent*) yang diperlukan dari Pasien sehubungan dengan pemeriksaan HIV/NAPZA dan Prodia tidak bertanggung jawab kepada pihak manapun atas kelalaian dan/atau kesalahan Pelanggan, Pasien atau pihak lainnya yang terkait kecuali atas hasil Pemeriksaan oleh Prodia.

Pelanggan selaku pengguna jasa Prodia menjamin akan tunduk pada ketentuan-ketentuan Undang-Undang Nomor 36 Nomor 2009 tentang Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 411/MENKES/PER/III/2010 tentang Laboratorium Klinik termasuk tetapi tidak terbatas pada Pasal 8 mengenai keharusan memperoleh permintaan tertulis terlebih dahulu dari dokter/bidan/dokter gigi sebelum melakukan permintaan pemeriksaan kesehatan kepada Prodia, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, Standar Operasional Prosedur yang berlaku dan peraturan perundang-undangan lainnya yang terkait beserta segala perubahan dan peraturan pelaksanaannya.

Ketidakberlakuan sebagian. Jika dalam Perjanjian ini terdapat ketentuan yang bertentangan dengan suatu peraturan hukum yang berlaku di wilayah negara Republik Indonesia dan karenanya ketentuan dimaksud menjadi tidak berlaku, maka ketidakberlakuan tersebut tidak turut mempengaruhi ketentuan lain dalam Perjanjian ini yang tidak bertentangan dan Para Pihak sepakat untuk mengganti ketentuan yang bertentangan tersebut dengan ketentuan yang sesuai serta sejalan dengan maksud peraturan hukum yang bersangkutan tanpa mengurangi hak dan kewajiban Para Pihak dalam Perjanjian ini.

Komitmen Anti Korupsi Dan Gratifikasi

1. Para Pihak baik secara sendiri-sendiri maupun secara bersama-sama dilarang untuk melakukan:

- a. Praktik Korupsi:

Praktik Korupsi adalah perbuatan-perbuatan yang menjanjikan, menawarkan, memberikan, menerima dan/atau meminta hadiah dalam bentuk uang, komisi, hadiah, keuntungan, peluang ataupun bentuk lainnya, baik secara langsung atau tidak langsung yang dilakukan salah satu Pihak kepada Pihak lainnya untuk mempengaruhi Pihak lain melakukan perbuatan tidak patut seperti tersebut di atas, baik dalam proses pengadaan dan/atau pelaksanaan Perjanjian ini, sehingga menimbulkan kerugian finansial.

- b. Praktik Kecurangan:

Praktik Kecurangan adalah perbuatan-perbuatan yang membuat dan/atau memberikan keterangan, informasi, dan dokumen yang keliru baik secara sengaja maupun tidak sengaja tanpa ada upaya meralat keterangan, informasi, dan dokumen yang keliru dimaksud, sehingga

Pihak Pertama	Pihak Kedua
X	X

memperoleh keuntungan finansial dan/atau manfaat lain untuk menghindari kewajiban, baik dalam proses pelaksanaan Perjanjian ini.

2. Para Pihak menjamin bahwa seluruh pejabat, pegawai, mitra kerja masing-masing Pihak, melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1). Bagi Pihak yang terbukti melakukan pelanggaran atas ketentuan pada ayat (1) akan dikenakan sanksi sebagai berikut:
 - a. Pejabat atau pegawai yang melakukan pelanggaran dikeluarkan dari tugasnya dan harus diganti dengan yang baru oleh Pihak yang melakukan pelanggaran, selambat 14 (empat belas) hari kalender terhitung dari tanggal pernyataan diketemukannya bukti pelanggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dari suatu Pihak;
 - b. Pihak yang melakukan pelanggaran wajib mengembalikan dan/atau memulihkan kerugian Pihak yang dirugikan;
 - c. Apabila terbukti bahwa pelanggaran dimaksud dilakukan secara sistematis maka pihak yang dirugikan berhak melakukan pemutusan kerjasama atas perjanjian ini, dimana konsekuensi atas pemutusan tersebut dibebankan kepada Pihak yang melakukan pelanggaran.

Lain-Lain. Para Pihak menjamin bahwa Pihak yang menandatangani perjanjian ini merupakan perwakilan perusahaan yang berhak dan berwenang untuk bertindak dan menandatangani Perjanjian serta untuk melakukan tindakan hukum dalam Perjanjian sesuai dengan kewenangan yang dimilikinya.

Perjanjian ini mengandung seluruh pengertian antara Para Pihak dan menggantikan semua perundingan, surat-menjurat, dan perjanjian apapun yang dilakukan sebelumnya antara Para Pihak, baik secara lisan maupun tertulis berkenaan dengan masalah-masalah pokok dari Perjanjian ini.

Hal-hal yang mungkin timbul sehubungan dengan pelaksanaan perjanjian ini akan diselesaikan dan diatur bersama di kemudian hari, dalam suatu bentuk Addendum, atas dasar persetujuan bersama dan merupakan bagian yang mengikat serta tidak terpisahkan dari perjanjian ini.

Prodia dengan ini menjamin keselamatan dan kesehatan Pelanggan selama berada di area pelayanan Prodia, terkait aktivitas pemeriksaan atau pengambilan spesimen. Jaminan Keselamatan dan Kesehatan Kerja mengacu pada Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3).

Pelanggan dengan ini menjamin Keselamatan dan Kesehatan Petugas Prodia selama berada di area kerja Pelanggan terkait aktivitas pemeriksaan atau pengambilan spesimen di tempat yang telah ditentukan dalam Perjanjian ini untuk memenuhi kewajiban Prodia kepada Pelanggan. Jaminan Keselamatan dan Kesehatan Kerja dapat mengacu pada Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3).

Lampiran-lampiran pada Perjanjian ini serta perubahan-perubahannya merupakan satu kesatuan yang mengikat Para Pihak dan tidak terpisahkan dengan Perjanjian, antara lain:

Pihak Pertama	Pihak Kedua
	

Lampiran 2
Cabang PIHAK PERTAMA

Laboratorium Klinik Prodia Cabang Kramat

Jl. Kramat Raya No. 150, Jakarta Pusat
Telp. : (021) 390 6709, 315 3002, 391 2666
Fax. : (021) 3190 8213, 392 2721, 230 4191

Pihak Pertama	Pihak Kedua
	

Lampiran 3
Contoh Surat Pengantar

|  PRODIA
LABORATORIUM KLINIK
Untuk Diagnosa Lebih Baik
 | | www.prodia.co.id | | | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
|---
--|---|---|--|--|----------------------|---|----------------------|--|--|---|--
--
---|--|---------------------------------|---|--|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|---|--|--|---|--|--|---|---|--|--|---|---|---|--|--|---|---
--|---|---|---|---|---|--|--|---|--|-------------------------------------|---|--|---|--|---|--|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---
--|--|---|--|---|--|------------------------------------|--|---|--|--|---|--|------------------------------------|--|--|--|--|
| Nomor ID :
Nama Pasien :
Alamat :
Telepon : Tgl. Lahir : Lk./Pr.
E-mail :
 | | No. Lab. :
Dokter :
Alamat :
Telepon : Tanggal : | | | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| Diagnosa / Keterangan Klinik :
 | | Tanda Tangan Dr. Pengirim : | | | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><input type="checkbox"/> Hasil Dikirim ke Dokter</th> <th colspan="2"><input type="checkbox"/> Hasil Diserahkan ke Pasien</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> (*) Puasa 12 Jam
 (**) Bagi pasien yang periksa HCV-RNA 1 bulan sebelumnya dengan hasil $\geq 2 \times 10^4$ IU/mL
 (***) Tanggal Hari Portama Haid Terakhir </td> <td colspan="2"> (*) Urine 24 Jam
 (#) Untuk persiapan pemeriksaan hubungan petugas
 (A) Harap mengisi Formulir Permintaan Pemeriksaan TDM </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>HEMATOLOGI Lengkap</th> <th>FAAL HATI (Lanjutan)</th> <th>MOLEKULAR ONKOLOGI</th> <th>HEPATITIS (Lanjutan)</th> <th>AUTOIMUN (Lanjutan)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Hematologi Rutin/CBC
 (Hemoglobin, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, Hemokrit, Nitrit-nitrat MC)
 <input type="checkbox"/> Hematologi I angkap (CBC, LED, Hitung Jenis Leukosit)
 <input type="checkbox"/> Golongan Darah A,B,O & Rh
 <input type="checkbox"/> Hemoglobin
 <input type="checkbox"/> LED </td> <td> <input type="checkbox"/> Bilirubin Total
 <input type="checkbox"/> Bilirubin Direk
 <input type="checkbox"/> Protein Total
 <input type="checkbox"/> Albumin
 <input type="checkbox"/> Prealbumin </td> <td> <input type="checkbox"/> BCR-ABL Kualitatif <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> BCR-ABL p210 Kuantitatif <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Mutasi JAK2 V617F <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Mutasi EGFR <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Mutasi EGFR ctDNA <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Ultrasensitive - Mutasi EGFR cDNA <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> Anti-HCV
 <input type="checkbox"/> Anti-HAV IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-HAV IgM
 <input type="checkbox"/> HBeAg
 <input type="checkbox"/> Anti-HBc </td> <td> <input type="checkbox"/> Sel-E
 <input type="checkbox"/> C3 Komplemen
 <input type="checkbox"/> C4 Komplemen
 <input type="checkbox"/> Anti-dsDNA-NcX
 <input type="checkbox"/> Anti-Acetylcholine Receptor Binding <i>New</i> </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Anemia </td> <td> <input type="checkbox"/> Glukosa Puasa (*)
 <input type="checkbox"/> Glukosa 2 Jam PP
 <input type="checkbox"/> Glukosa Sewaktu </td> <td> <input type="checkbox"/> UJI SARING NEONATUS </td> <td> <input type="checkbox"/> TSH Neonatus
 <input type="checkbox"/> CGPd Neonatus
 <input type="checkbox"/> 17-OH Progesteron Neonatus <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Fenilalanin Neonatus <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> SEPSIS </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Hematologi Rutin + Retikulosit (Oltromat) </td> <td> <input type="checkbox"/> TTGO (*)
 <input type="checkbox"/> HbA1c (A1c)
 <input type="checkbox"/> Glycated Albumin (GA)
 <input type="checkbox"/> Insulin (*)
 <input type="checkbox"/> Insulin Antibody
 <input type="checkbox"/> C-Peptide (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> MOLEKULAR LAIN-LAIN </td> <td> <input type="checkbox"/> Analisa Kromosom
 <input type="checkbox"/> Apo E - Genotipe <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> ProSafe-NIPT <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Telomere Analysis <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> URINALISA </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Retikulosit
 <input type="checkbox"/> Besi (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> ICA, Complement Fixing
 <input type="checkbox"/> Anti-GAD </td> <td> <input type="checkbox"/> GINJAL - HIPERTENSI </td> <td> <input type="checkbox"/> Urea N
 <input type="checkbox"/> Kreatinin
 <input type="checkbox"/> Urea N Urine
 <input type="checkbox"/> Kreatinin Urine
 <input type="checkbox"/> Kreatinin Clearance (*)
 <input type="checkbox"/> Cystatin-C
 <input type="checkbox"/> Asam Urat
 <input type="checkbox"/> Asam Urat Urine (*)
 <input type="checkbox"/> Albumin Urine Kuantitatif (Urine 24 jam)
 <input type="checkbox"/> Rasio Albumin- Kreatinin Urin Sewaktu
 <input type="checkbox"/> β2-Microglobulin </td> <td> <input type="checkbox"/> TORCH </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> UIBC Direk (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> Apo A1
 <input type="checkbox"/> Apo B
 <input type="checkbox"/> Small Dense LDL
 <input type="checkbox"/> Lp(a)
 <input type="checkbox"/> Adipoprotein </td> <td> <input type="checkbox"/> LEMAK </td> <td> <input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgA
 <input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgM
 <input type="checkbox"/> Avitidas Anti-Toxoplasma IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-Rubella IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-Rubella IgM </td> <td> <input type="checkbox"/> ANALISA FAECES </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> TIBC (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> Cholesterol Total
 <input type="checkbox"/> Cholesterol LDL Direk
 <input type="checkbox"/> Cholesterol HDL
 <input type="checkbox"/> Trigliserida (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> JANTUNG </td> <td> <input type="checkbox"/> Anti-CMV IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-CMV IgM
 <input type="checkbox"/> Avitidas Anti-CMV IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-HSV1 IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-HSV1 IgM
 <input type="checkbox"/> Anti-HSV2 IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-HSV2 IgM </td> <td> <input type="checkbox"/> TIROID </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Ferritin </td> <td> <input type="checkbox"/> Transferrin
 <input type="checkbox"/> Vitamin B12
 <input type="checkbox"/> Asam Folat (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> ST2 </td> <td> <input type="checkbox"/> INFEKSI LAIN-LAIN </td> <td> <input type="checkbox"/> FT3
 <input type="checkbox"/> FT4
 <input type="checkbox"/> TSHs
 <input type="checkbox"/> T3 (Total)
 <input type="checkbox"/> T4 (Total)
 <input type="checkbox"/> TRAb
 <input type="checkbox"/> Tiroglobulin
 <input type="checkbox"/> Anti-Tiroglobulin
 <input type="checkbox"/> Anti-TPO </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Transferin </td> <td> <input type="checkbox"/> Gambaran Darah Tepi
 <input type="checkbox"/> Gambaran Sumsum Tulang </td> <td> <input type="checkbox"/> FAAL HEMOSTASIS </td> <td> <input type="checkbox"/> ELEKTROLIT-GAS DARAH </td> <td> <input type="checkbox"/> REPRODUKSI-GESTASI </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Waktu Perdarahan
 <input type="checkbox"/> Waktu Pembekuan
 <input type="checkbox"/> Waktu Prothrombin
 <input type="checkbox"/> Waktu Trombin
 <input type="checkbox"/> APTT
 <input type="checkbox"/> Fibrinogen
 <input type="checkbox"/> D-Dimer
 <input type="checkbox"/> AT III
 <input type="checkbox"/> Protein C
 <input type="checkbox"/> Protein S
 <input type="checkbox"/> Faktor VIII
 <input type="checkbox"/> Faktor IX
 <input type="checkbox"/> Von Willebrand Factor
 <input type="checkbox"/> Retraksi Bukan
 <input type="checkbox"/> Plattelet Function Test
 <input type="checkbox"/> Aspirin
 <input type="checkbox"/> Plattelet Function Test
 <input type="checkbox"/> Anti P2Y12
 <input type="checkbox"/> Agregasi Trombosit (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> hs-Tropomin I Kuantitatif
 <input type="checkbox"/> LDH
 <input type="checkbox"/> Homocystatina (*)
 <input type="checkbox"/> Triple Cardiac Marker (CK-MB, Tropomin I, Myogloblin)
 <input type="checkbox"/> NT-Pro BNP
 <input type="checkbox"/> ST2 </td> <td> <input type="checkbox"/> Na, K, Cl
 <input type="checkbox"/> Kalium
 <input type="checkbox"/> Kalium Urine
 <input type="checkbox"/> Natrium
 <input type="checkbox"/> Natrium Urine
 <input type="checkbox"/> Chlorida
 <input type="checkbox"/> Chlorida Urine
 <input type="checkbox"/> Calcium
 <input type="checkbox"/> Calcium Urine
 <input type="checkbox"/> Calcium Ion
 <input type="checkbox"/> Fosfor Anorganik
 <input type="checkbox"/> Fosfor Anorganik Urine
 <input type="checkbox"/> Magnesium
 <input type="checkbox"/> Analisis Gas Darah </td> <td> <input type="checkbox"/> Anti-Dengue IgG & IgM
 <input type="checkbox"/> Dengue NS1 Antigen
 <input type="checkbox"/> Anti-Salmonella typhi IgM
 <input type="checkbox"/> Widal
 <input type="checkbox"/> Malaria (mikroskopik)
 <input type="checkbox"/> Anti-HIV Konfirmasi
 <input type="checkbox"/> HoSA
 <input type="checkbox"/> Anti-H. Pylori IgG
 <input type="checkbox"/> Urea Breath Test
 <input type="checkbox"/> Anti-Varicella Zoster IgG <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Rotavirus Antigen
 <input type="checkbox"/> Anti-Amoeba
 <input type="checkbox"/> Anti-Mycoplasma IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-Mycoplasma IgM
 <input type="checkbox"/> Anti-Streptol A
 <input type="checkbox"/> Anti-Leptospira IgM
 <input type="checkbox"/> Chlamidya dan Chlamyphila Antibody Panel 1 (IgG)
 <input type="checkbox"/> Clostridium difficile (GDH)
 <input type="checkbox"/> Clostridium difficile (Toksin A/B)
 <input type="checkbox"/> Anti-EBV VCA IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-EBV VCA IgM
 <input type="checkbox"/> Anti-EBV EA IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-EBV EA IgM
 <input type="checkbox"/> Microfilaria (mikroskopik) </td> <td> <input type="checkbox"/> LH (****)
 <input
type="checkbox"/> Anti Mullerian Hormon (AMH)
 <input type="checkbox"/> FSH (****)
 <input type="checkbox"/> Prolactin (#)
 <input type="checkbox"/> Progesteron (****)
 <input type="checkbox"/> 17-OH Progesteron (LC-MS/MS)
 <input type="checkbox"/> Androstenedione (LC-MS/MS) <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Stero ProFemale <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Stero ProChild <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Estradiol (****)
 <input type="checkbox"/> Estrogen Total
 <input type="checkbox"/> β-hCG
 <input type="checkbox"/> ms AFP
 <input type="checkbox"/> Testosterone
 <input type="checkbox"/> SHBG
 <input type="checkbox"/> Free Testosterone Index
 <input type="checkbox"/> Free Testosterone
 <input type="checkbox"/> DHEA-S
 <input type="checkbox"/> Tes Kehamilan </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Viskositas Darah
 <input type="checkbox"/> ACA IgG
 <input type="checkbox"/> ACA IgM
 <input type="checkbox"/> Lupus Antikoagulan
 <input type="checkbox"/> Anti-β2-Glikoprotein 1 </td> <td> <input type="checkbox"/> MOLEKULAR INFEKSI </td> <td> <input type="checkbox"/> PROTEIN </td> <td> <input type="checkbox"/> AUTOIMUN </td> <td> <input type="checkbox"/> HORMON LAIN </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> HEMATOLOGI LAIN </td> <td> <input type="checkbox"/> MTB/MOTT-DNA (Real Time PCR)
 <input type="checkbox"/> Dengue-RNA (Real Time PCR)
 <input type="checkbox"/> CT/NG-DNA (Real Time PCR)
 <input type="checkbox"/> CMV-DNA (Real Time PCR) </td> <td> <input type="checkbox"/> Coombs' Test
 <input type="checkbox"/> Subtype Limfosit
 <input type="checkbox"/> CD4
 <input type="checkbox"/> CD8
 <input type="checkbox"/> CD34
 <input type="checkbox"/> Leukemia Phenotyping </td> <td> <input type="checkbox"/> Cenoloplasmin
 <input type="checkbox"/> IgA
 <input type="checkbox"/> IgG
 <input type="checkbox"/> IgM
 <input type="checkbox"/> Free Light Chain
 <input type="checkbox"/> hs-CRP
 <input type="checkbox"/> Protein Electrophoresis
 <input type="checkbox"/> Agarose Gel Electrophoresis
 <input type="checkbox"/> Capillary Electrophoresis
 <input type="checkbox"/> Immunotyping
 <input type="checkbox"/> Imunofiksasi </td> <td> <input type="checkbox"/> ASTO
 <input type="checkbox"/> RF
 <input type="checkbox"/> CRP Kualitatif
 <input type="checkbox"/> Anti-CCP IgG
 <input type="checkbox"/> HLA-B27
 <input type="checkbox"/> ANA (IF) & ANA Profile
 <input type="checkbox"/> ANA (IF)
 <input type="checkbox"/> ANA Profile
 <input type="checkbox"/> Panel ProALD <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> ASMA (IF) & AMA (IF) <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> AMA M2 <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> ANCA (IF) <i>New</i> </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> PENY. MENURAL SEKSUAL </td> <td> <input type="checkbox"/> Carisk 2.0 <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> DIArisk <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> MOLEKULAR GENOMIK </td> <td> <input type="checkbox"/> HEPATITIS </td> <td> <input type="checkbox"/> LIHAT SEBALIK </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> VDR/RPR
 <input type="checkbox"/> TPHA
 <input type="checkbox"/> Anti-Chlamydia trachomatis IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-Chlamydia trachomatis IgM </td> <td> <input type="checkbox"/> CYP2C19 - Genotype "2,3"
 <input type="checkbox"/> Warfarin IndivitTest (CYP2C9 & VKORC1 Genotype) <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> CYP2C19 - Genotype "2,3"
 <input type="checkbox"/> Warfarin IndivitTest (CYP2C9 & VKORC1 Genotype) <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> HBSAg
 <input type="checkbox"/> HBSAg Konfirmasi
 <input type="checkbox"/> HBSAg Kuantitatif
 <input type="checkbox"/> Anti-HBs
 <input type="checkbox"/> Anti-HBs pasca vaksinasi
 <input type="checkbox"/> Anti-HBc
 <input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM </td> <td></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> FAAL HATI </td> <td> <input type="checkbox"/> GOT
 <input type="checkbox"/> GPT
 <input type="checkbox"/> Gamma GT
 <input type="checkbox"/> Fosfatase Alkali
 <input type="checkbox"/> CHE </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody></table> | | | | <input type="checkbox"/> Hasil Dikirim ke Dokter | | <input type="checkbox"/> Hasil Diserahkan ke Pasien | | (*) Puasa 12 Jam
(**) Bagi pasien yang periksa HCV-RNA 1 bulan sebelumnya dengan hasil $\geq 2 \times 10^4$ IU/mL
(***) Tanggal Hari Portama Haid Terakhir | | (*) Urine 24 Jam
(#) Untuk persiapan pemeriksaan hubungan petugas
(A) Harap mengisi Formulir Permintaan Pemeriksaan TDM | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>HEMATOLOGI Lengkap</th> <th>FAAL HATI (Lanjutan)</th> <th>MOLEKULAR ONKOLOGI</th> <th>HEPATITIS (Lanjutan)</th> <th>AUTOIMUN (Lanjutan)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Hematologi Rutin/CBC
 (Hemoglobin, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, Hemokrit, Nitrit-nitrat MC)
 <input type="checkbox"/> Hematologi I angkap (CBC, LED, Hitung Jenis Leukosit)
 <input type="checkbox"/> Golongan Darah A,B,O & Rh
 <input type="checkbox"/> Hemoglobin
 <input type="checkbox"/> LED </td> <td> <input type="checkbox"/> Bilirubin Total
 <input type="checkbox"/> Bilirubin Direk
 <input type="checkbox"/> Protein Total
 <input type="checkbox"/> Albumin
 <input type="checkbox"/> Prealbumin </td> <td> <input type="checkbox"/> BCR-ABL Kualitatif <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> BCR-ABL p210 Kuantitatif <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Mutasi JAK2 V617F <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Mutasi EGFR <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Mutasi EGFR ctDNA <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Ultrasensitive - Mutasi EGFR cDNA <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> Anti-HCV
 <input type="checkbox"/> Anti-HAV IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-HAV IgM
 <input type="checkbox"/> HBeAg
 <input type="checkbox"/> Anti-HBc </td> <td> <input
type="checkbox"/> Sel-E
 <input type="checkbox"/> C3 Komplemen
 <input type="checkbox"/> C4 Komplemen
 <input type="checkbox"/> Anti-dsDNA-NcX
 <input type="checkbox"/> Anti-Acetylcholine Receptor Binding <i>New</i> </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Anemia </td> <td> <input type="checkbox"/> Glukosa Puasa (*)
 <input type="checkbox"/> Glukosa 2 Jam PP
 <input type="checkbox"/> Glukosa Sewaktu </td> <td> <input type="checkbox"/> UJI SARING NEONATUS </td> <td> <input type="checkbox"/> TSH Neonatus
 <input type="checkbox"/> CGPd Neonatus
 <input type="checkbox"/> 17-OH Progesteron Neonatus <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Fenilalanin Neonatus <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> SEPSIS </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Hematologi Rutin + Retikulosit (Oltromat) </td> <td> <input type="checkbox"/> TTGO (*)
 <input type="checkbox"/> HbA1c (A1c)
 <input type="checkbox"/> Glycated Albumin (GA)
 <input type="checkbox"/> Insulin (*)
 <input type="checkbox"/> Insulin Antibody
 <input type="checkbox"/> C-Peptide (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> MOLEKULAR LAIN-LAIN </td> <td> <input type="checkbox"/> Analisa Kromosom
 <input type="checkbox"/> Apo E - Genotipe <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> ProSafe-NIPT <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Telomere Analysis <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> URINALISA </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Retikulosit
 <input type="checkbox"/> Besi (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> ICA, Complement Fixing
 <input type="checkbox"/> Anti-GAD </td> <td> <input type="checkbox"/> GINJAL - HIPERTENSI </td> <td> <input type="checkbox"/> Urea N
 <input type="checkbox"/> Kreatinin
 <input type="checkbox"/> Urea N Urine
 <input type="checkbox"/> Kreatinin Urine
 <input type="checkbox"/> Kreatinin Clearance (*)
 <input type="checkbox"/> Cystatin-C
 <input type="checkbox"/> Asam Urat
 <input type="checkbox"/> Asam Urat Urine (*)
 <input type="checkbox"/> Albumin Urine Kuantitatif (Urine 24 jam)
 <input type="checkbox"/> Rasio Albumin- Kreatinin Urin Sewaktu
 <input type="checkbox"/> β2-Microglobulin </td> <td> <input type="checkbox"/> TORCH </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> UIBC Direk (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> Apo A1
 <input type="checkbox"/> Apo B
 <input type="checkbox"/> Small Dense LDL
 <input type="checkbox"/> Lp(a)
 <input type="checkbox"/> Adipoprotein </td> <td> <input type="checkbox"/> LEMAK </td> <td> <input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgA
 <input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgM
 <input type="checkbox"/> Avitidas Anti-Toxoplasma IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-Rubella IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-Rubella IgM </td> <td> <input type="checkbox"/> ANALISA FAECES </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> TIBC (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> Cholesterol Total
 <input type="checkbox"/> Cholesterol LDL Direk
 <input type="checkbox"/> Cholesterol HDL
 <input type="checkbox"/> Trigliserida (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> JANTUNG </td> <td> <input type="checkbox"/> Anti-CMV IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-CMV IgM
 <input type="checkbox"/> Avitidas Anti-CMV IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-HSV1 IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-HSV1 IgM
 <input type="checkbox"/> Anti-HSV2 IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-HSV2 IgM </td> <td> <input type="checkbox"/> TIROID </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Ferritin </td> <td> <input type="checkbox"/> Transferrin
 <input type="checkbox"/> Vitamin B12
 <input type="checkbox"/> Asam Folat (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> ST2 </td> <td> <input type="checkbox"/> INFEKSI LAIN-LAIN </td> <td> <input type="checkbox"/> FT3
 <input type="checkbox"/> FT4
 <input type="checkbox"/> TSHs
 <input type="checkbox"/> T3 (Total)
 <input type="checkbox"/> T4 (Total)
 <input type="checkbox"/> TRAb
 <input type="checkbox"/> Tiroglobulin
 <input type="checkbox"/> Anti-Tiroglobulin
 <input type="checkbox"/> Anti-TPO </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Transferin </td> <td> <input type="checkbox"/> Gambaran Darah Tepi
 <input type="checkbox"/> Gambaran Sumsum Tulang </td> <td> <input type="checkbox"/> FAAL HEMOSTASIS </td> <td> <input type="checkbox"/> ELEKTROLIT-GAS DARAH </td> <td> <input type="checkbox"/> REPRODUKSI-GESTASI </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Waktu Perdarahan
 <input type="checkbox"/> Waktu Pembekuan
 <input type="checkbox"/> Waktu Prothrombin
 <input type="checkbox"/> Waktu Trombin
 <input type="checkbox"/> APTT
 <input type="checkbox"/> Fibrinogen
 <input type="checkbox"/> D-Dimer
 <input type="checkbox"/> AT III
 <input type="checkbox"/> Protein C
 <input type="checkbox"/> Protein S
 <input type="checkbox"/> Faktor VIII
 <input type="checkbox"/> Faktor IX
 <input type="checkbox"/> Von Willebrand Factor
 <input type="checkbox"/> Retraksi Bukan
 <input type="checkbox"/> Plattelet Function Test
 <input type="checkbox"/> Aspirin
 <input type="checkbox"/> Plattelet Function Test
 <input type="checkbox"/> Anti P2Y12
 <input type="checkbox"/> Agregasi Trombosit (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> hs-Tropomin I Kuantitatif
 <input type="checkbox"/> LDH
 <input type="checkbox"/> Homocystatina (*)
 <input type="checkbox"/> Triple Cardiac Marker (CK-MB, Tropomin I, Myogloblin)
 <input type="checkbox"/> NT-Pro BNP
 <input type="checkbox"/> ST2 </td> <td> <input type="checkbox"/> Na, K, Cl
 <input type="checkbox"/> Kalium
 <input type="checkbox"/> Kalium Urine
 <input type="checkbox"/> Natrium
 <input type="checkbox"/> Natrium Urine
 <input type="checkbox"/> Chlorida
 <input type="checkbox"/> Chlorida Urine
 <input type="checkbox"/> Calcium
 <input type="checkbox"/> Calcium Urine
 <input type="checkbox"/> Calcium Ion
 <input type="checkbox"/> Fosfor Anorganik
 <input type="checkbox"/> Fosfor Anorganik Urine
 <input type="checkbox"/> Magnesium
 <input type="checkbox"/> Analisis Gas Darah </td> <td> <input type="checkbox"/> Anti-Dengue IgG & IgM
 <input type="checkbox"/> Dengue NS1 Antigen
 <input type="checkbox"/> Anti-Salmonella typhi IgM
 <input type="checkbox"/> Widal
 <input type="checkbox"/> Malaria (mikroskopik)
 <input type="checkbox"/> Anti-HIV Konfirmasi
 <input type="checkbox"/> HoSA
 <input type="checkbox"/> Anti-H. Pylori IgG
 <input type="checkbox"/> Urea Breath Test
 <input type="checkbox"/> Anti-Varicella Zoster IgG <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Rotavirus Antigen
 <input type="checkbox"/> Anti-Amoeba
 <input type="checkbox"/> Anti-Mycoplasma IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-Mycoplasma IgM
 <input type="checkbox"/> Anti-Streptol A
 <input type="checkbox"/> Anti-Leptospira IgM
 <input type="checkbox"/> Chlamidya dan Chlamyphila Antibody Panel 1 (IgG)
 <input type="checkbox"/> Clostridium difficile (GDH)
 <input type="checkbox"/> Clostridium difficile (Toksin A/B)
 <input type="checkbox"/> Anti-EBV VCA IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-EBV VCA IgM
 <input type="checkbox"/> Anti-EBV EA IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-EBV EA IgM
 <input type="checkbox"/> Microfilaria (mikroskopik) </td> <td> <input type="checkbox"/> LH (****)
 <input type="checkbox"/> Anti Mullerian Hormon (AMH)
 <input type="checkbox"/> FSH (****)
 <input type="checkbox"/> Prolactin (#)
 <input type="checkbox"/> Progesteron (****)
 <input type="checkbox"/> 17-OH Progesteron (LC-MS/MS)
 <input type="checkbox"/> Androstenedione (LC-MS/MS) <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Stero ProFemale <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Stero ProChild <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Estradiol (****)
 <input type="checkbox"/> Estrogen Total
 <input type="checkbox"/> β-hCG
 <input type="checkbox"/> ms AFP
 <input type="checkbox"/> Testosterone
 <input type="checkbox"/> SHBG
 <input type="checkbox"/> Free Testosterone Index
 <input type="checkbox"/> Free Testosterone
 <input type="checkbox"/> DHEA-S
 <input type="checkbox"/> Tes Kehamilan </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Viskositas Darah
 <input type="checkbox"/> ACA IgG
 <input type="checkbox"/> ACA IgM
 <input type="checkbox"/> Lupus Antikoagulan
 <input type="checkbox"/> Anti-β2-Glikoprotein 1 </td> <td> <input type="checkbox"/> MOLEKULAR INFEKSI </td> <td> <input type="checkbox"/> PROTEIN </td> <td> <input type="checkbox"/> AUTOIMUN </td> <td> <input type="checkbox"/> HORMON LAIN </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> HEMATOLOGI LAIN </td> <td> <input type="checkbox"/> MTB/MOTT-DNA (Real Time PCR)
 <input type="checkbox"/> Dengue-RNA (Real Time PCR)
 <input type="checkbox"/> CT/NG-DNA (Real Time PCR)
 <input type="checkbox"/> CMV-DNA (Real Time PCR) </td> <td> <input type="checkbox"/> Coombs' Test
 <input type="checkbox"/> Subtype Limfosit
 <input type="checkbox"/> CD4
 <input type="checkbox"/> CD8
 <input type="checkbox"/> CD34
 <input type="checkbox"/> Leukemia Phenotyping </td> <td> <input type="checkbox"/> Cenoloplasmin
 <input type="checkbox"/> IgA
 <input type="checkbox"/> IgG
 <input type="checkbox"/> IgM
 <input
type="checkbox"/> Free Light Chain
 <input type="checkbox"/> hs-CRP
 <input type="checkbox"/> Protein Electrophoresis
 <input type="checkbox"/> Agarose Gel Electrophoresis
 <input type="checkbox"/> Capillary Electrophoresis
 <input type="checkbox"/> Immunotyping
 <input type="checkbox"/> Imunofiksasi </td> <td> <input type="checkbox"/> ASTO
 <input type="checkbox"/> RF
 <input type="checkbox"/> CRP Kualitatif
 <input type="checkbox"/> Anti-CCP IgG
 <input type="checkbox"/> HLA-B27
 <input type="checkbox"/> ANA (IF) & ANA Profile
 <input type="checkbox"/> ANA (IF)
 <input type="checkbox"/> ANA Profile
 <input type="checkbox"/> Panel ProALD <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> ASMA (IF) & AMA (IF) <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> AMA M2 <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> ANCA (IF) <i>New</i> </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> PENY. MENURAL SEKSUAL </td> <td> <input type="checkbox"/> Carisk 2.0 <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> DIArisk <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> MOLEKULAR GENOMIK </td> <td> <input type="checkbox"/> HEPATITIS </td> <td> <input type="checkbox"/> LIHAT SEBALIK </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> VDR/RPR
 <input type="checkbox"/> TPHA
 <input type="checkbox"/> Anti-Chlamydia trachomatis IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-Chlamydia trachomatis IgM </td> <td> <input type="checkbox"/> CYP2C19 - Genotype "2,3"
 <input type="checkbox"/> Warfarin IndivitTest (CYP2C9 & VKORC1 Genotype) <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> CYP2C19 - Genotype "2,3"
 <input type="checkbox"/> Warfarin IndivitTest (CYP2C9 & VKORC1 Genotype) <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> HBSAg
 <input type="checkbox"/> HBSAg Konfirmasi
 <input type="checkbox"/> HBSAg Kuantitatif
 <input type="checkbox"/> Anti-HBs
 <input type="checkbox"/> Anti-HBs pasca vaksinasi
 <input type="checkbox"/> Anti-HBc
 <input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM </td> <td></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> FAAL HATI </td> <td> <input type="checkbox"/> GOT
 <input type="checkbox"/> GPT
 <input type="checkbox"/> Gamma GT
 <input type="checkbox"/> Fosfatase Alkali
 <input type="checkbox"/> CHE </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | HEMATOLOGI Lengkap | FAAL HATI (Lanjutan) | MOLEKULAR ONKOLOGI | HEPATITIS (Lanjutan) | AUTOIMUN (Lanjutan) | <input type="checkbox"/> Hematologi Rutin/CBC
(Hemoglobin, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, Hemokrit, Nitrit-nitrat MC)
<input type="checkbox"/> Hematologi I angkap (CBC, LED, Hitung Jenis Leukosit)
<input type="checkbox"/> Golongan Darah A,B,O & Rh
<input type="checkbox"/> Hemoglobin
<input type="checkbox"/> LED | <input type="checkbox"/> Bilirubin Total
<input type="checkbox"/> Bilirubin Direk
<input type="checkbox"/> Protein Total
<input type="checkbox"/> Albumin
<input type="checkbox"/> Prealbumin | <input type="checkbox"/> BCR-ABL Kualitatif <i>New</i>
<input type="checkbox"/> BCR-ABL p210 Kuantitatif <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Mutasi JAK2 V617F <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Mutasi EGFR <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Mutasi EGFR ctDNA <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Ultrasensitive - Mutasi EGFR cDNA <i>New</i> | <input type="checkbox"/> Anti-HCV
<input type="checkbox"/> Anti-HAV IgG
<input type="checkbox"/> Anti-HAV IgM
<input type="checkbox"/> HBeAg
<input type="checkbox"/> Anti-HBc | <input type="checkbox"/> Sel-E
<input type="checkbox"/> C3 Komplemen
<input type="checkbox"/> C4 Komplemen
<input type="checkbox"/> Anti-dsDNA-NcX
<input type="checkbox"/> Anti-Acetylcholine Receptor Binding <i>New</i> | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Glukosa Puasa (*)
<input type="checkbox"/> Glukosa 2 Jam PP
<input type="checkbox"/> Glukosa Sewaktu | <input type="checkbox"/> UJI SARING NEONATUS | <input type="checkbox"/> TSH Neonatus
<input type="checkbox"/> CGPd Neonatus
<input type="checkbox"/> 17-OH Progesteron Neonatus <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Fenilalanin Neonatus <i>New</i> | <input type="checkbox"/> SEPSIS | <input type="checkbox"/> Hematologi Rutin + Retikulosit (Oltromat) | <input type="checkbox"/> TTGO (*)
<input type="checkbox"/> HbA1c (A1c)
<input type="checkbox"/> Glycated Albumin (GA)
<input type="checkbox"/> Insulin (*)
<input type="checkbox"/> Insulin Antibody
<input type="checkbox"/> C-Peptide (*) | <input type="checkbox"/> MOLEKULAR LAIN-LAIN | <input type="checkbox"/> Analisa Kromosom
<input type="checkbox"/> Apo E - Genotipe <i>New</i>
<input type="checkbox"/> ProSafe-NIPT <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Telomere Analysis <i>New</i> | <input type="checkbox"/> URINALISA | <input type="checkbox"/> Retikulosit
<input type="checkbox"/> Besi (*) | <input type="checkbox"/> ICA, Complement Fixing
<input type="checkbox"/> Anti-GAD | <input type="checkbox"/> GINJAL - HIPERTENSI | <input type="checkbox"/> Urea N
<input type="checkbox"/> Kreatinin
<input type="checkbox"/> Urea N Urine
<input type="checkbox"/> Kreatinin Urine
<input type="checkbox"/> Kreatinin Clearance (*)
<input type="checkbox"/> Cystatin-C
<input type="checkbox"/> Asam Urat
<input type="checkbox"/> Asam Urat Urine (*)
<input type="checkbox"/> Albumin Urine Kuantitatif (Urine 24 jam)
<input type="checkbox"/> Rasio Albumin- Kreatinin Urin Sewaktu
<input type="checkbox"/> β2-Microglobulin | <input type="checkbox"/> TORCH | <input type="checkbox"/> UIBC Direk (*) | <input type="checkbox"/> Apo A1
<input type="checkbox"/> Apo B
<input type="checkbox"/> Small Dense LDL
<input type="checkbox"/> Lp(a)
<input type="checkbox"/> Adipoprotein | <input type="checkbox"/> LEMAK | <input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgA
<input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgG
<input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgM
<input type="checkbox"/> Avitidas Anti-Toxoplasma IgG
<input type="checkbox"/> Anti-Rubella IgG
<input type="checkbox"/> Anti-Rubella IgM | <input type="checkbox"/> ANALISA FAECES | <input type="checkbox"/> TIBC (*) | <input type="checkbox"/> Cholesterol Total
<input type="checkbox"/> Cholesterol LDL Direk
<input type="checkbox"/> Cholesterol HDL
<input type="checkbox"/> Trigliserida (*) | <input type="checkbox"/> JANTUNG | <input type="checkbox"/> Anti-CMV IgG
<input type="checkbox"/> Anti-CMV IgM
<input type="checkbox"/> Avitidas Anti-CMV IgG
<input type="checkbox"/> Anti-HSV1 IgG
<input type="checkbox"/> Anti-HSV1 IgM
<input type="checkbox"/> Anti-HSV2 IgG
<input type="checkbox"/> Anti-HSV2 IgM | <input type="checkbox"/> TIROID | <input type="checkbox"/> Ferritin
 | <input type="checkbox"/> Transferrin
<input type="checkbox"/> Vitamin B12
<input type="checkbox"/> Asam Folat (*) | <input type="checkbox"/> ST2 | <input type="checkbox"/> INFEKSI LAIN-LAIN | <input type="checkbox"/> FT3
<input type="checkbox"/> FT4
<input type="checkbox"/> TSHs
<input type="checkbox"/> T3 (Total)
<input type="checkbox"/> T4 (Total)
<input type="checkbox"/> TRAb
<input type="checkbox"/> Tiroglobulin
<input type="checkbox"/> Anti-Tiroglobulin
<input type="checkbox"/> Anti-TPO | <input type="checkbox"/> Transferin | <input type="checkbox"/> Gambaran Darah Tepi
<input type="checkbox"/> Gambaran Sumsum Tulang | <input type="checkbox"/> FAAL HEMOSTASIS | <input type="checkbox"/> ELEKTROLIT-GAS DARAH | <input type="checkbox"/> REPRODUKSI-GESTASI | <input type="checkbox"/> Waktu Perdarahan
<input type="checkbox"/> Waktu Pembekuan
<input type="checkbox"/> Waktu Prothrombin
<input type="checkbox"/> Waktu Trombin
<input type="checkbox"/> APTT
<input type="checkbox"/> Fibrinogen
<input type="checkbox"/> D-Dimer
<input type="checkbox"/> AT III
<input type="checkbox"/> Protein C
<input type="checkbox"/> Protein S
<input type="checkbox"/> Faktor VIII
<input type="checkbox"/> Faktor IX
<input type="checkbox"/> Von Willebrand Factor
<input type="checkbox"/> Retraksi Bukan
<input type="checkbox"/> Plattelet Function Test
<input type="checkbox"/> Aspirin
<input type="checkbox"/> Plattelet Function Test
<input type="checkbox"/> Anti P2Y12
<input type="checkbox"/> Agregasi Trombosit (*) | <input type="checkbox"/> hs-Tropomin I Kuantitatif
<input type="checkbox"/> LDH
<input type="checkbox"/> Homocystatina (*)
<input type="checkbox"/> Triple Cardiac Marker (CK-MB, Tropomin I, Myogloblin)
<input type="checkbox"/> NT-Pro BNP
<input type="checkbox"/> ST2 | <input type="checkbox"/> Na, K, Cl
<input type="checkbox"/> Kalium
<input type="checkbox"/> Kalium Urine
<input type="checkbox"/> Natrium
<input type="checkbox"/> Natrium Urine
<input type="checkbox"/> Chlorida
<input type="checkbox"/> Chlorida Urine
<input type="checkbox"/> Calcium
<input type="checkbox"/> Calcium Urine
<input type="checkbox"/> Calcium Ion
<input type="checkbox"/> Fosfor Anorganik
<input type="checkbox"/> Fosfor Anorganik Urine
<input type="checkbox"/> Magnesium
<input type="checkbox"/> Analisis Gas Darah | <input type="checkbox"/> Anti-Dengue IgG & IgM
<input type="checkbox"/> Dengue NS1 Antigen
<input type="checkbox"/> Anti-Salmonella typhi IgM
<input type="checkbox"/> Widal
<input type="checkbox"/> Malaria (mikroskopik)
<input type="checkbox"/> Anti-HIV Konfirmasi
<input type="checkbox"/> HoSA
<input type="checkbox"/> Anti-H. Pylori IgG
<input type="checkbox"/> Urea Breath Test
<input type="checkbox"/> Anti-Varicella Zoster IgG <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Rotavirus Antigen
<input type="checkbox"/> Anti-Amoeba
<input type="checkbox"/> Anti-Mycoplasma IgG
<input type="checkbox"/> Anti-Mycoplasma IgM
<input type="checkbox"/> Anti-Streptol A
<input type="checkbox"/> Anti-Leptospira IgM
<input type="checkbox"/> Chlamidya dan Chlamyphila Antibody Panel 1 (IgG)
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile (GDH)
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile (Toksin A/B)
<input type="checkbox"/> Anti-EBV VCA IgG
<input type="checkbox"/> Anti-EBV VCA IgM
<input type="checkbox"/> Anti-EBV EA IgG
<input type="checkbox"/> Anti-EBV EA IgM
<input type="checkbox"/> Microfilaria (mikroskopik) | <input type="checkbox"/> LH (****)
<input type="checkbox"/> Anti Mullerian Hormon (AMH)
<input type="checkbox"/> FSH (****)
<input type="checkbox"/> Prolactin (#)
<input type="checkbox"/> Progesteron (****)
<input type="checkbox"/> 17-OH Progesteron (LC-MS/MS)
<input type="checkbox"/> Androstenedione (LC-MS/MS) <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Stero ProFemale <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Stero ProChild <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Estradiol (****)
<input type="checkbox"/> Estrogen Total
<input type="checkbox"/> β-hCG
<input type="checkbox"/> ms AFP
<input type="checkbox"/> Testosterone
<input type="checkbox"/> SHBG
<input type="checkbox"/> Free Testosterone Index
<input type="checkbox"/> Free Testosterone
<input type="checkbox"/> DHEA-S
<input type="checkbox"/> Tes Kehamilan | <input type="checkbox"/> Viskositas Darah
<input type="checkbox"/> ACA IgG
<input type="checkbox"/> ACA IgM
<input type="checkbox"/> Lupus Antikoagulan
<input type="checkbox"/> Anti-β2-Glikoprotein 1 | <input type="checkbox"/> MOLEKULAR INFEKSI | <input type="checkbox"/> PROTEIN | <input type="checkbox"/> AUTOIMUN | <input type="checkbox"/> HORMON LAIN | <input type="checkbox"/> HEMATOLOGI LAIN | <input type="checkbox"/> MTB/MOTT-DNA (Real Time PCR)
<input type="checkbox"/> Dengue-RNA (Real Time PCR)
<input type="checkbox"/> CT/NG-DNA (Real Time PCR)
<input type="checkbox"/> CMV-DNA (Real Time PCR) | <input type="checkbox"/> Coombs' Test
<input type="checkbox"/> Subtype Limfosit
<input type="checkbox"/> CD4
<input type="checkbox"/> CD8
<input type="checkbox"/> CD34
<input type="checkbox"/> Leukemia Phenotyping | <input type="checkbox"/> Cenoloplasmin
<input type="checkbox"/> IgA
<input type="checkbox"/> IgG
<input type="checkbox"/> IgM
<input type="checkbox"/> Free Light Chain
<input type="checkbox"/> hs-CRP
<input type="checkbox"/> Protein Electrophoresis
<input type="checkbox"/> Agarose Gel Electrophoresis
<input type="checkbox"/> Capillary Electrophoresis
<input type="checkbox"/> Immunotyping
<input type="checkbox"/> Imunofiksasi | <input type="checkbox"/> ASTO
<input type="checkbox"/> RF
<input type="checkbox"/> CRP Kualitatif
<input type="checkbox"/> Anti-CCP IgG
<input type="checkbox"/> HLA-B27
<input type="checkbox"/> ANA (IF) & ANA Profile
<input type="checkbox"/> ANA (IF)
<input type="checkbox"/> ANA Profile
<input type="checkbox"/> Panel ProALD <i>New</i>
<input type="checkbox"/> ASMA (IF) & AMA (IF) <i>New</i>
<input type="checkbox"/> AMA M2 <i>New</i>
<input type="checkbox"/> ANCA (IF) <i>New</i> | <input type="checkbox"/> PENY. MENURAL SEKSUAL | <input type="checkbox"/> Carisk 2.0 <i>New</i>
<input type="checkbox"/> DIArisk <i>New</i> | <input type="checkbox"/> MOLEKULAR GENOMIK | <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> LIHAT SEBALIK | <input type="checkbox"/> VDR/RPR
<input type="checkbox"/> TPHA
<input
type="checkbox"/> Anti-Chlamydia trachomatis IgG
<input type="checkbox"/> Anti-Chlamydia trachomatis IgM | <input type="checkbox"/> CYP2C19 - Genotype "2,3"
<input type="checkbox"/> Warfarin IndivitTest (CYP2C9 & VKORC1 Genotype) <i>New</i> | <input type="checkbox"/> CYP2C19 - Genotype "2,3"
<input type="checkbox"/> Warfarin IndivitTest (CYP2C9 & VKORC1 Genotype) <i>New</i> | <input type="checkbox"/> HBSAg
<input type="checkbox"/> HBSAg Konfirmasi
<input type="checkbox"/> HBSAg Kuantitatif
<input type="checkbox"/> Anti-HBs
<input type="checkbox"/> Anti-HBs pasca vaksinasi
<input type="checkbox"/> Anti-HBc
<input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM | | <input type="checkbox"/> FAAL HATI | <input type="checkbox"/> GOT
<input type="checkbox"/> GPT
<input type="checkbox"/> Gamma GT
<input type="checkbox"/> Fosfatase Alkali
<input type="checkbox"/> CHE | | | |
| <input type="checkbox"/> Hasil Dikirim ke Dokter
 | | <input type="checkbox"/> Hasil Diserahkan ke Pasien | | | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| (*) Puasa 12 Jam
(**) Bagi pasien yang periksa HCV-RNA 1 bulan sebelumnya dengan hasil $\geq 2 \times 10^4$ IU/mL
(***) Tanggal Hari Portama Haid Terakhir
 | | (*) Urine 24 Jam
(#) Untuk persiapan pemeriksaan hubungan petugas
(A) Harap mengisi Formulir Permintaan Pemeriksaan TDM | | | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>HEMATOLOGI Lengkap</th> <th>FAAL HATI (Lanjutan)</th> <th>MOLEKULAR ONKOLOGI</th> <th>HEPATITIS (Lanjutan)</th> <th>AUTOIMUN (Lanjutan)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Hematologi Rutin/CBC
 (Hemoglobin, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, Hemokrit, Nitrit-nitrat MC)
 <input type="checkbox"/> Hematologi I angkap (CBC, LED, Hitung Jenis Leukosit)
 <input type="checkbox"/> Golongan Darah A,B,O & Rh
 <input type="checkbox"/> Hemoglobin
 <input type="checkbox"/> LED </td> <td> <input type="checkbox"/> Bilirubin Total
 <input type="checkbox"/> Bilirubin Direk
 <input type="checkbox"/> Protein Total
 <input type="checkbox"/> Albumin
 <input type="checkbox"/> Prealbumin </td> <td> <input type="checkbox"/> BCR-ABL Kualitatif <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> BCR-ABL p210 Kuantitatif <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Mutasi JAK2 V617F <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Mutasi EGFR <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Mutasi EGFR ctDNA <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Ultrasensitive - Mutasi EGFR cDNA <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> Anti-HCV
 <input type="checkbox"/> Anti-HAV IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-HAV IgM
 <input type="checkbox"/> HBeAg
 <input type="checkbox"/> Anti-HBc </td> <td> <input type="checkbox"/> Sel-E
 <input type="checkbox"/> C3 Komplemen
 <input type="checkbox"/> C4 Komplemen
 <input type="checkbox"/> Anti-dsDNA-NcX
 <input type="checkbox"/> Anti-Acetylcholine Receptor Binding <i>New</i> </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Anemia </td> <td> <input type="checkbox"/> Glukosa Puasa (*)
 <input type="checkbox"/> Glukosa 2 Jam PP
 <input type="checkbox"/> Glukosa Sewaktu </td> <td> <input type="checkbox"/> UJI SARING NEONATUS </td> <td> <input type="checkbox"/> TSH Neonatus
 <input type="checkbox"/> CGPd Neonatus
 <input type="checkbox"/> 17-OH Progesteron Neonatus <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Fenilalanin Neonatus <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> SEPSIS </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Hematologi Rutin + Retikulosit (Oltromat) </td> <td> <input type="checkbox"/> TTGO (*)
 <input type="checkbox"/> HbA1c (A1c)
 <input type="checkbox"/> Glycated Albumin (GA)
 <input type="checkbox"/> Insulin (*)
 <input type="checkbox"/> Insulin Antibody
 <input type="checkbox"/> C-Peptide (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> MOLEKULAR LAIN-LAIN </td> <td> <input type="checkbox"/> Analisa Kromosom
 <input type="checkbox"/> Apo E - Genotipe <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> ProSafe-NIPT <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Telomere Analysis <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> URINALISA </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Retikulosit
 <input type="checkbox"/> Besi (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> ICA, Complement Fixing
 <input type="checkbox"/> Anti-GAD </td> <td> <input type="checkbox"/> GINJAL - HIPERTENSI </td> <td> <input type="checkbox"/> Urea N
 <input type="checkbox"/> Kreatinin
 <input type="checkbox"/> Urea N Urine
 <input type="checkbox"/> Kreatinin Urine
 <input type="checkbox"/> Kreatinin Clearance (*)
 <input type="checkbox"/> Cystatin-C
 <input type="checkbox"/> Asam Urat
 <input type="checkbox"/> Asam Urat Urine (*)
 <input type="checkbox"/> Albumin Urine Kuantitatif (Urine 24 jam)
 <input type="checkbox"/> Rasio Albumin- Kreatinin Urin Sewaktu
 <input type="checkbox"/> β2-Microglobulin </td> <td> <input type="checkbox"/> TORCH </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> UIBC Direk (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> Apo A1
 <input type="checkbox"/> Apo B
 <input type="checkbox"/> Small Dense LDL
 <input type="checkbox"/> Lp(a)
 <input type="checkbox"/> Adipoprotein </td> <td> <input type="checkbox"/> LEMAK </td> <td> <input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgA
 <input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgM
 <input type="checkbox"/> Avitidas Anti-Toxoplasma IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-Rubella IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-Rubella IgM </td> <td> <input type="checkbox"/> ANALISA FAECES </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> TIBC (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> Cholesterol Total
 <input type="checkbox"/> Cholesterol LDL Direk
 <input type="checkbox"/> Cholesterol HDL
 <input type="checkbox"/> Trigliserida (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> JANTUNG </td> <td> <input type="checkbox"/> Anti-CMV IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-CMV IgM
 <input type="checkbox"/> Avitidas Anti-CMV IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-HSV1 IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-HSV1 IgM
 <input type="checkbox"/> Anti-HSV2 IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-HSV2 IgM </td> <td> <input type="checkbox"/> TIROID </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Ferritin </td> <td> <input type="checkbox"/> Transferrin
 <input type="checkbox"/> Vitamin B12
 <input type="checkbox"/> Asam Folat (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> ST2 </td> <td> <input type="checkbox"/> INFEKSI LAIN-LAIN </td> <td> <input type="checkbox"/> FT3
 <input type="checkbox"/> FT4
 <input type="checkbox"/> TSHs
 <input type="checkbox"/> T3 (Total)
 <input type="checkbox"/> T4 (Total)
 <input type="checkbox"/> TRAb
 <input type="checkbox"/> Tiroglobulin
 <input type="checkbox"/> Anti-Tiroglobulin
 <input type="checkbox"/> Anti-TPO </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Transferin </td> <td> <input type="checkbox"/> Gambaran Darah Tepi
 <input type="checkbox"/> Gambaran Sumsum Tulang </td> <td> <input type="checkbox"/> FAAL HEMOSTASIS </td> <td> <input type="checkbox"/> ELEKTROLIT-GAS DARAH </td> <td> <input type="checkbox"/> REPRODUKSI-GESTASI </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Waktu Perdarahan
 <input type="checkbox"/> Waktu Pembekuan
 <input type="checkbox"/> Waktu Prothrombin
 <input type="checkbox"/> Waktu Trombin
 <input type="checkbox"/> APTT
 <input type="checkbox"/> Fibrinogen
 <input type="checkbox"/> D-Dimer
 <input type="checkbox"/> AT III
 <input type="checkbox"/> Protein C
 <input type="checkbox"/> Protein S
 <input type="checkbox"/> Faktor VIII
 <input type="checkbox"/> Faktor IX
 <input type="checkbox"/> Von Willebrand Factor
 <input type="checkbox"/> Retraksi Bukan
 <input type="checkbox"/> Plattelet Function Test
 <input type="checkbox"/> Aspirin
 <input type="checkbox"/> Plattelet Function Test
 <input type="checkbox"/> Anti P2Y12
 <input type="checkbox"/> Agregasi Trombosit (*) </td> <td> <input type="checkbox"/> hs-Tropomin I Kuantitatif
 <input type="checkbox"/> LDH
 <input type="checkbox"/> Homocystatina (*)
 <input type="checkbox"/> Triple Cardiac Marker (CK-MB, Tropomin I, Myogloblin)
 <input type="checkbox"/> NT-Pro BNP
 <input type="checkbox"/> ST2 </td> <td> <input type="checkbox"/> Na, K, Cl
 <input type="checkbox"/> Kalium
 <input type="checkbox"/> Kalium Urine
 <input type="checkbox"/> Natrium
 <input type="checkbox"/> Natrium Urine
 <input type="checkbox"/> Chlorida
 <input type="checkbox"/> Chlorida Urine
 <input type="checkbox"/> Calcium
 <input type="checkbox"/> Calcium Urine
 <input type="checkbox"/> Calcium Ion
 <input type="checkbox"/> Fosfor Anorganik
 <input type="checkbox"/> Fosfor Anorganik Urine
 <input type="checkbox"/> Magnesium
 <input type="checkbox"/> Analisis Gas Darah </td> <td> <input type="checkbox"/> Anti-Dengue IgG & IgM
 <input type="checkbox"/> Dengue NS1 Antigen
 <input type="checkbox"/> Anti-Salmonella typhi IgM
 <input type="checkbox"/> Widal
 <input type="checkbox"/> Malaria (mikroskopik)
 <input type="checkbox"/> Anti-HIV Konfirmasi
 <input type="checkbox"/> HoSA
 <input type="checkbox"/> Anti-H. Pylori IgG
 <input type="checkbox"/> Urea Breath Test
 <input type="checkbox"/> Anti-Varicella Zoster IgG <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Rotavirus Antigen
 <input type="checkbox"/> Anti-Amoeba
 <input type="checkbox"/> Anti-Mycoplasma IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-Mycoplasma IgM
 <input type="checkbox"/> Anti-Streptol A
 <input type="checkbox"/> Anti-Leptospira IgM
 <input type="checkbox"/> Chlamidya dan Chlamyphila Antibody Panel 1 (IgG)
 <input type="checkbox"/> Clostridium difficile (GDH)
 <input type="checkbox"/> Clostridium difficile (Toksin A/B)
 <input type="checkbox"/> Anti-EBV VCA IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-EBV VCA IgM
 <input type="checkbox"/> Anti-EBV EA IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-EBV EA IgM
 <input type="checkbox"/> Microfilaria (mikroskopik) </td> <td> <input type="checkbox"/> LH (****)
 <input type="checkbox"/> Anti Mullerian Hormon (AMH)
 <input type="checkbox"/> FSH (****)
 <input type="checkbox"/> Prolactin (#)
 <input type="checkbox"/> Progesteron (****)
 <input type="checkbox"/> 17-OH Progesteron (LC-MS/MS)
 <input type="checkbox"/> Androstenedione (LC-MS/MS) <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Stero ProFemale <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Stero ProChild <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> Estradiol (****)
 <input type="checkbox"/> Estrogen Total
 <input type="checkbox"/> β-hCG
 <input type="checkbox"/> ms AFP
 <input type="checkbox"/> Testosterone
 <input type="checkbox"/>
SHBG
 <input type="checkbox"/> Free Testosterone Index
 <input type="checkbox"/> Free Testosterone
 <input type="checkbox"/> DHEA-S
 <input type="checkbox"/> Tes Kehamilan </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Viskositas Darah
 <input type="checkbox"/> ACA IgG
 <input type="checkbox"/> ACA IgM
 <input type="checkbox"/> Lupus Antikoagulan
 <input type="checkbox"/> Anti-β2-Glikoprotein 1 </td> <td> <input type="checkbox"/> MOLEKULAR INFEKSI </td> <td> <input type="checkbox"/> PROTEIN </td> <td> <input type="checkbox"/> AUTOIMUN </td> <td> <input type="checkbox"/> HORMON LAIN </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> HEMATOLOGI LAIN </td> <td> <input type="checkbox"/> MTB/MOTT-DNA (Real Time PCR)
 <input type="checkbox"/> Dengue-RNA (Real Time PCR)
 <input type="checkbox"/> CT/NG-DNA (Real Time PCR)
 <input type="checkbox"/> CMV-DNA (Real Time PCR) </td> <td> <input type="checkbox"/> Coombs' Test
 <input type="checkbox"/> Subtype Limfosit
 <input type="checkbox"/> CD4
 <input type="checkbox"/> CD8
 <input type="checkbox"/> CD34
 <input type="checkbox"/> Leukemia Phenotyping </td> <td> <input type="checkbox"/> Cenoloplasmin
 <input type="checkbox"/> IgA
 <input type="checkbox"/> IgG
 <input type="checkbox"/> IgM
 <input type="checkbox"/> Free Light Chain
 <input type="checkbox"/> hs-CRP
 <input type="checkbox"/> Protein Electrophoresis
 <input type="checkbox"/> Agarose Gel Electrophoresis
 <input type="checkbox"/> Capillary Electrophoresis
 <input type="checkbox"/> Immunotyping
 <input type="checkbox"/> Imunofiksasi </td> <td> <input type="checkbox"/> ASTO
 <input type="checkbox"/> RF
 <input type="checkbox"/> CRP Kualitatif
 <input type="checkbox"/> Anti-CCP IgG
 <input type="checkbox"/> HLA-B27
 <input type="checkbox"/> ANA (IF) & ANA Profile
 <input type="checkbox"/> ANA (IF)
 <input type="checkbox"/> ANA Profile
 <input type="checkbox"/> Panel ProALD <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> ASMA (IF) & AMA (IF) <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> AMA M2 <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> ANCA (IF) <i>New</i> </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> PENY. MENURAL SEKSUAL </td> <td> <input type="checkbox"/> Carisk 2.0 <i>New</i>
 <input type="checkbox"/> DIArisk <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> MOLEKULAR GENOMIK </td> <td> <input type="checkbox"/> HEPATITIS </td> <td> <input type="checkbox"/> LIHAT SEBALIK </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> VDR/RPR
 <input type="checkbox"/> TPHA
 <input type="checkbox"/> Anti-Chlamydia trachomatis IgG
 <input type="checkbox"/> Anti-Chlamydia trachomatis IgM </td> <td> <input type="checkbox"/> CYP2C19 - Genotype "2,3"
 <input type="checkbox"/> Warfarin IndivitTest (CYP2C9 & VKORC1 Genotype) <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> CYP2C19 - Genotype "2,3"
 <input type="checkbox"/> Warfarin IndivitTest (CYP2C9 & VKORC1 Genotype) <i>New</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> HBSAg
 <input type="checkbox"/> HBSAg Konfirmasi
 <input type="checkbox"/> HBSAg Kuantitatif
 <input type="checkbox"/> Anti-HBs
 <input type="checkbox"/> Anti-HBs pasca vaksinasi
 <input type="checkbox"/> Anti-HBc
 <input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM </td> <td></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> FAAL HATI </td> <td> <input type="checkbox"/> GOT
 <input type="checkbox"/> GPT
 <input type="checkbox"/> Gamma GT
 <input type="checkbox"/> Fosfatase Alkali
 <input type="checkbox"/> CHE </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | HEMATOLOGI Lengkap | FAAL HATI (Lanjutan) | MOLEKULAR ONKOLOGI | HEPATITIS (Lanjutan) | AUTOIMUN (Lanjutan) | <input type="checkbox"/> Hematologi Rutin/CBC
(Hemoglobin, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, Hemokrit, Nitrit-nitrat MC)
<input type="checkbox"/> Hematologi I angkap (CBC, LED, Hitung Jenis Leukosit)
<input type="checkbox"/> Golongan Darah A,B,O & Rh
<input type="checkbox"/> Hemoglobin
<input type="checkbox"/> LED | <input type="checkbox"/> Bilirubin Total
<input type="checkbox"/> Bilirubin Direk
<input type="checkbox"/> Protein Total
<input type="checkbox"/> Albumin
<input type="checkbox"/> Prealbumin | <input type="checkbox"/> BCR-ABL Kualitatif <i>New</i>
<input type="checkbox"/> BCR-ABL p210 Kuantitatif <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Mutasi JAK2 V617F <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Mutasi EGFR <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Mutasi EGFR ctDNA <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Ultrasensitive - Mutasi EGFR cDNA <i>New</i> | <input type="checkbox"/> Anti-HCV
<input type="checkbox"/> Anti-HAV IgG
<input type="checkbox"/> Anti-HAV IgM
<input type="checkbox"/> HBeAg
<input type="checkbox"/> Anti-HBc

 | <input type="checkbox"/> Sel-E
<input type="checkbox"/> C3 Komplemen
<input type="checkbox"/> C4 Komplemen
<input type="checkbox"/> Anti-dsDNA-NcX
<input type="checkbox"/> Anti-Acetylcholine Receptor Binding <i>New</i> | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Glukosa Puasa (*)
<input type="checkbox"/> Glukosa 2 Jam PP
<input type="checkbox"/> Glukosa Sewaktu | <input type="checkbox"/> UJI SARING NEONATUS | <input type="checkbox"/> TSH Neonatus
<input type="checkbox"/> CGPd Neonatus
<input type="checkbox"/> 17-OH Progesteron Neonatus <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Fenilalanin Neonatus <i>New</i> | <input type="checkbox"/> SEPSIS | <input type="checkbox"/> Hematologi Rutin + Retikulosit (Oltromat) | <input type="checkbox"/> TTGO (*)
<input type="checkbox"/> HbA1c (A1c)
<input type="checkbox"/> Glycated Albumin (GA)
<input type="checkbox"/> Insulin (*)
<input type="checkbox"/> Insulin Antibody
<input type="checkbox"/> C-Peptide (*) | <input type="checkbox"/> MOLEKULAR LAIN-LAIN | <input type="checkbox"/> Analisa Kromosom
<input type="checkbox"/> Apo E - Genotipe <i>New</i>
<input type="checkbox"/> ProSafe-NIPT <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Telomere Analysis <i>New</i> | <input type="checkbox"/> URINALISA | <input type="checkbox"/> Retikulosit
<input type="checkbox"/> Besi (*) | <input type="checkbox"/> ICA, Complement Fixing
<input type="checkbox"/> Anti-GAD | <input type="checkbox"/> GINJAL - HIPERTENSI | <input type="checkbox"/> Urea N
<input type="checkbox"/> Kreatinin
<input type="checkbox"/> Urea N Urine
<input type="checkbox"/> Kreatinin Urine
<input type="checkbox"/> Kreatinin Clearance (*)
<input type="checkbox"/> Cystatin-C
<input type="checkbox"/> Asam Urat
<input type="checkbox"/> Asam Urat Urine (*)
<input type="checkbox"/> Albumin Urine Kuantitatif (Urine 24 jam)
<input type="checkbox"/> Rasio Albumin- Kreatinin Urin Sewaktu
<input type="checkbox"/> β2-Microglobulin | <input type="checkbox"/> TORCH | <input type="checkbox"/> UIBC Direk (*) | <input type="checkbox"/> Apo A1
<input type="checkbox"/> Apo B
<input type="checkbox"/> Small Dense LDL
<input type="checkbox"/> Lp(a)
<input type="checkbox"/> Adipoprotein | <input type="checkbox"/> LEMAK | <input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgA
<input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgG
<input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgM
<input type="checkbox"/> Avitidas Anti-Toxoplasma IgG
<input type="checkbox"/> Anti-Rubella IgG
<input type="checkbox"/> Anti-Rubella IgM | <input type="checkbox"/> ANALISA FAECES | <input type="checkbox"/> TIBC (*) | <input type="checkbox"/> Cholesterol Total
<input type="checkbox"/> Cholesterol LDL Direk
<input type="checkbox"/> Cholesterol HDL
<input type="checkbox"/> Trigliserida (*) | <input type="checkbox"/> JANTUNG | <input type="checkbox"/> Anti-CMV IgG
<input type="checkbox"/> Anti-CMV IgM
<input type="checkbox"/> Avitidas Anti-CMV IgG
<input type="checkbox"/> Anti-HSV1 IgG
<input type="checkbox"/> Anti-HSV1 IgM
<input type="checkbox"/> Anti-HSV2 IgG
<input type="checkbox"/> Anti-HSV2 IgM | <input type="checkbox"/> TIROID | <input type="checkbox"/> Ferritin | <input type="checkbox"/> Transferrin
<input type="checkbox"/> Vitamin B12
<input type="checkbox"/> Asam Folat (*) | <input type="checkbox"/> ST2 | <input type="checkbox"/> INFEKSI LAIN-LAIN | <input type="checkbox"/> FT3
<input type="checkbox"/> FT4
<input type="checkbox"/> TSHs
<input type="checkbox"/> T3 (Total)
<input type="checkbox"/> T4 (Total)
<input type="checkbox"/> TRAb
<input type="checkbox"/> Tiroglobulin
<input type="checkbox"/> Anti-Tiroglobulin
<input type="checkbox"/> Anti-TPO | <input type="checkbox"/> Transferin | <input type="checkbox"/> Gambaran Darah Tepi
<input type="checkbox"/> Gambaran Sumsum Tulang | <input type="checkbox"/> FAAL HEMOSTASIS | <input type="checkbox"/> ELEKTROLIT-GAS DARAH | <input type="checkbox"/> REPRODUKSI-GESTASI | <input type="checkbox"/> Waktu Perdarahan
<input type="checkbox"/> Waktu Pembekuan
<input type="checkbox"/> Waktu Prothrombin
<input type="checkbox"/> Waktu Trombin
<input type="checkbox"/> APTT
<input type="checkbox"/> Fibrinogen
<input type="checkbox"/> D-Dimer
<input type="checkbox"/> AT III
<input type="checkbox"/> Protein C
<input type="checkbox"/> Protein S
<input type="checkbox"/> Faktor VIII
<input type="checkbox"/> Faktor IX
<input type="checkbox"/> Von Willebrand Factor
<input type="checkbox"/> Retraksi Bukan
<input type="checkbox"/> Plattelet Function Test
<input type="checkbox"/> Aspirin
<input type="checkbox"/> Plattelet Function Test
<input type="checkbox"/> Anti P2Y12
<input type="checkbox"/> Agregasi Trombosit (*) | <input type="checkbox"/> hs-Tropomin I Kuantitatif
<input type="checkbox"/> LDH
<input type="checkbox"/> Homocystatina (*)
<input type="checkbox"/> Triple Cardiac Marker (CK-MB, Tropomin I, Myogloblin)
<input type="checkbox"/> NT-Pro BNP
<input type="checkbox"/> ST2 | <input type="checkbox"/> Na, K, Cl
<input type="checkbox"/> Kalium
<input
type="checkbox"/> Kalium Urine
<input type="checkbox"/> Natrium
<input type="checkbox"/> Natrium Urine
<input type="checkbox"/> Chlorida
<input type="checkbox"/> Chlorida Urine
<input type="checkbox"/> Calcium
<input type="checkbox"/> Calcium Urine
<input type="checkbox"/> Calcium Ion
<input type="checkbox"/> Fosfor Anorganik
<input type="checkbox"/> Fosfor Anorganik Urine
<input type="checkbox"/> Magnesium
<input type="checkbox"/> Analisis Gas Darah | <input type="checkbox"/> Anti-Dengue IgG & IgM
<input type="checkbox"/> Dengue NS1 Antigen
<input type="checkbox"/> Anti-Salmonella typhi IgM
<input type="checkbox"/> Widal
<input type="checkbox"/> Malaria (mikroskopik)
<input type="checkbox"/> Anti-HIV Konfirmasi
<input type="checkbox"/> HoSA
<input type="checkbox"/> Anti-H. Pylori IgG
<input type="checkbox"/> Urea Breath Test
<input type="checkbox"/> Anti-Varicella Zoster IgG <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Rotavirus Antigen
<input type="checkbox"/> Anti-Amoeba
<input type="checkbox"/> Anti-Mycoplasma IgG
<input type="checkbox"/> Anti-Mycoplasma IgM
<input type="checkbox"/> Anti-Streptol A
<input type="checkbox"/> Anti-Leptospira IgM
<input type="checkbox"/> Chlamidya dan Chlamyphila Antibody Panel 1 (IgG)
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile (GDH)
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile (Toksin A/B)
<input type="checkbox"/> Anti-EBV VCA IgG
<input type="checkbox"/> Anti-EBV VCA IgM
<input type="checkbox"/> Anti-EBV EA IgG
<input type="checkbox"/> Anti-EBV EA IgM
<input type="checkbox"/> Microfilaria (mikroskopik) | <input type="checkbox"/> LH (****)
<input type="checkbox"/> Anti Mullerian Hormon (AMH)
<input type="checkbox"/> FSH (****)
<input type="checkbox"/> Prolactin (#)
<input type="checkbox"/> Progesteron (****)
<input type="checkbox"/> 17-OH Progesteron (LC-MS/MS)
<input type="checkbox"/> Androstenedione (LC-MS/MS) <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Stero ProFemale <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Stero ProChild <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Estradiol (****)
<input type="checkbox"/> Estrogen Total
<input type="checkbox"/> β-hCG
<input type="checkbox"/> ms AFP
<input type="checkbox"/> Testosterone
<input type="checkbox"/> SHBG
<input type="checkbox"/> Free Testosterone Index
<input type="checkbox"/> Free Testosterone
<input type="checkbox"/> DHEA-S
<input type="checkbox"/> Tes Kehamilan | <input type="checkbox"/> Viskositas Darah
<input type="checkbox"/> ACA IgG
<input type="checkbox"/> ACA IgM
<input type="checkbox"/> Lupus Antikoagulan
<input type="checkbox"/> Anti-β2-Glikoprotein 1 | <input type="checkbox"/> MOLEKULAR INFEKSI | <input type="checkbox"/> PROTEIN | <input type="checkbox"/> AUTOIMUN | <input type="checkbox"/> HORMON LAIN | <input type="checkbox"/> HEMATOLOGI LAIN | <input type="checkbox"/> MTB/MOTT-DNA (Real Time PCR)
<input type="checkbox"/> Dengue-RNA (Real Time PCR)
<input type="checkbox"/> CT/NG-DNA (Real Time PCR)
<input type="checkbox"/> CMV-DNA (Real Time PCR) | <input type="checkbox"/> Coombs' Test
<input type="checkbox"/> Subtype Limfosit
<input type="checkbox"/> CD4
<input type="checkbox"/> CD8
<input type="checkbox"/> CD34
<input type="checkbox"/> Leukemia Phenotyping | <input type="checkbox"/> Cenoloplasmin
<input type="checkbox"/> IgA
<input type="checkbox"/> IgG
<input type="checkbox"/> IgM
<input type="checkbox"/> Free Light Chain
<input type="checkbox"/> hs-CRP
<input type="checkbox"/> Protein Electrophoresis
<input type="checkbox"/> Agarose Gel Electrophoresis
<input type="checkbox"/> Capillary Electrophoresis
<input type="checkbox"/> Immunotyping
<input type="checkbox"/> Imunofiksasi | <input type="checkbox"/> ASTO
<input type="checkbox"/> RF
<input type="checkbox"/> CRP Kualitatif
<input type="checkbox"/> Anti-CCP IgG
<input type="checkbox"/> HLA-B27
<input type="checkbox"/> ANA (IF) & ANA Profile
<input type="checkbox"/> ANA (IF)
<input type="checkbox"/> ANA Profile
<input type="checkbox"/> Panel ProALD <i>New</i>
<input type="checkbox"/> ASMA (IF) & AMA (IF) <i>New</i>
<input type="checkbox"/> AMA M2 <i>New</i>
<input type="checkbox"/> ANCA (IF) <i>New</i> | <input type="checkbox"/> PENY. MENURAL SEKSUAL | <input type="checkbox"/> Carisk 2.0 <i>New</i>
<input type="checkbox"/> DIArisk <i>New</i> | <input type="checkbox"/> MOLEKULAR GENOMIK | <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> LIHAT SEBALIK | <input type="checkbox"/> VDR/RPR
<input type="checkbox"/> TPHA
<input type="checkbox"/> Anti-Chlamydia trachomatis IgG
<input type="checkbox"/> Anti-Chlamydia trachomatis IgM | <input type="checkbox"/> CYP2C19 - Genotype "2,3"
<input type="checkbox"/> Warfarin IndivitTest (CYP2C9 & VKORC1 Genotype) <i>New</i> | <input type="checkbox"/> CYP2C19 - Genotype "2,3"
<input type="checkbox"/> Warfarin IndivitTest (CYP2C9 & VKORC1 Genotype) <i>New</i> | <input type="checkbox"/> HBSAg
<input type="checkbox"/> HBSAg Konfirmasi
<input type="checkbox"/> HBSAg Kuantitatif
<input type="checkbox"/> Anti-HBs
<input type="checkbox"/> Anti-HBs pasca vaksinasi
<input type="checkbox"/> Anti-HBc
<input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM | | <input type="checkbox"/> FAAL HATI | <input type="checkbox"/> GOT
<input type="checkbox"/> GPT
<input type="checkbox"/> Gamma GT
<input type="checkbox"/> Fosfatase Alkali
<input type="checkbox"/> CHE | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| HEMATOLOGI Lengkap
 | FAAL HATI (Lanjutan) | MOLEKULAR ONKOLOGI | HEPATITIS (Lanjutan) | AUTOIMUN (Lanjutan) | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hematologi Rutin/CBC
(Hemoglobin, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, Hemokrit, Nitrit-nitrat MC)
<input type="checkbox"/> Hematologi I angkap (CBC, LED, Hitung Jenis Leukosit)
<input type="checkbox"/> Golongan Darah A,B,O & Rh
<input type="checkbox"/> Hemoglobin
<input type="checkbox"/> LED
 | <input type="checkbox"/> Bilirubin Total
<input type="checkbox"/> Bilirubin Direk
<input type="checkbox"/> Protein Total
<input type="checkbox"/> Albumin
<input type="checkbox"/> Prealbumin | <input type="checkbox"/> BCR-ABL Kualitatif <i>New</i>
<input type="checkbox"/> BCR-ABL p210 Kuantitatif <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Mutasi JAK2 V617F <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Mutasi EGFR <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Mutasi EGFR ctDNA <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Ultrasensitive - Mutasi EGFR cDNA <i>New</i> | <input type="checkbox"/> Anti-HCV
<input type="checkbox"/> Anti-HAV IgG
<input type="checkbox"/> Anti-HAV IgM
<input type="checkbox"/> HBeAg
<input type="checkbox"/> Anti-HBc | <input type="checkbox"/> Sel-E
<input type="checkbox"/> C3 Komplemen
<input type="checkbox"/> C4 Komplemen
<input type="checkbox"/> Anti-dsDNA-NcX
<input type="checkbox"/> Anti-Acetylcholine Receptor Binding <i>New</i> | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Anemia
 | <input type="checkbox"/> Glukosa Puasa (*)
<input type="checkbox"/> Glukosa 2 Jam PP
<input type="checkbox"/> Glukosa Sewaktu | <input type="checkbox"/> UJI SARING NEONATUS | <input type="checkbox"/> TSH Neonatus
<input type="checkbox"/> CGPd Neonatus
<input type="checkbox"/> 17-OH Progesteron Neonatus <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Fenilalanin Neonatus <i>New</i> | <input type="checkbox"/> SEPSIS | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hematologi Rutin + Retikulosit (Oltromat)
 | <input type="checkbox"/> TTGO (*)
<input type="checkbox"/> HbA1c (A1c)
<input type="checkbox"/> Glycated Albumin (GA)
<input type="checkbox"/> Insulin (*)
<input type="checkbox"/> Insulin Antibody
<input type="checkbox"/> C-Peptide (*) | <input type="checkbox"/> MOLEKULAR LAIN-LAIN | <input type="checkbox"/> Analisa Kromosom
<input type="checkbox"/> Apo E - Genotipe <i>New</i>
<input type="checkbox"/> ProSafe-NIPT <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Telomere Analysis <i>New</i> | <input type="checkbox"/> URINALISA | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Retikulosit
<input type="checkbox"/> Besi (*)
 | <input type="checkbox"/> ICA, Complement Fixing
<input type="checkbox"/> Anti-GAD | <input type="checkbox"/> GINJAL - HIPERTENSI | <input type="checkbox"/> Urea N
<input type="checkbox"/> Kreatinin
<input type="checkbox"/> Urea N Urine
<input type="checkbox"/> Kreatinin Urine
<input type="checkbox"/> Kreatinin Clearance (*)
<input type="checkbox"/> Cystatin-C
<input type="checkbox"/> Asam Urat
<input type="checkbox"/> Asam Urat Urine (*)
<input type="checkbox"/> Albumin Urine Kuantitatif (Urine 24 jam)
<input type="checkbox"/> Rasio Albumin- Kreatinin Urin Sewaktu
<input type="checkbox"/> β2-Microglobulin | <input type="checkbox"/> TORCH | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> UIBC Direk (*)
 | <input type="checkbox"/> Apo A1
<input type="checkbox"/> Apo B
<input type="checkbox"/> Small Dense LDL
<input type="checkbox"/> Lp(a)
<input type="checkbox"/> Adipoprotein | <input type="checkbox"/> LEMAK | <input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgA
<input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgG
<input type="checkbox"/> Anti-Toxoplasma IgM
<input type="checkbox"/> Avitidas Anti-Toxoplasma IgG
<input type="checkbox"/> Anti-Rubella IgG
<input type="checkbox"/> Anti-Rubella IgM | <input type="checkbox"/> ANALISA FAECES | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> TIBC (*)
 | <input type="checkbox"/> Cholesterol Total
<input type="checkbox"/> Cholesterol LDL Direk
<input type="checkbox"/> Cholesterol HDL
<input type="checkbox"/> Trigliserida (*) | <input type="checkbox"/> JANTUNG | <input type="checkbox"/> Anti-CMV IgG
<input type="checkbox"/> Anti-CMV IgM
<input type="checkbox"/> Avitidas Anti-CMV IgG
<input type="checkbox"/> Anti-HSV1 IgG
<input type="checkbox"/> Anti-HSV1 IgM
<input type="checkbox"/> Anti-HSV2 IgG
<input type="checkbox"/> Anti-HSV2 IgM | <input type="checkbox"/> TIROID | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ferritin
 | <input type="checkbox"/> Transferrin
<input type="checkbox"/> Vitamin B12
<input type="checkbox"/> Asam Folat (*) | <input type="checkbox"/> ST2 | <input type="checkbox"/> INFEKSI LAIN-LAIN | <input type="checkbox"/> FT3
<input type="checkbox"/> FT4
<input type="checkbox"/> TSHs
<input type="checkbox"/> T3 (Total)
<input type="checkbox"/> T4 (Total)
<input type="checkbox"/> TRAb
<input type="checkbox"/> Tiroglobulin
<input type="checkbox"/> Anti-Tiroglobulin
<input type="checkbox"/> Anti-TPO | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Transferin
 | <input type="checkbox"/> Gambaran Darah Tepi
<input type="checkbox"/> Gambaran Sumsum Tulang | <input type="checkbox"/> FAAL HEMOSTASIS | <input type="checkbox"/> ELEKTROLIT-GAS DARAH | <input type="checkbox"/> REPRODUKSI-GESTASI | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Waktu Perdarahan
<input type="checkbox"/> Waktu Pembekuan
<input type="checkbox"/> Waktu Prothrombin
<input type="checkbox"/> Waktu Trombin
<input type="checkbox"/> APTT
<input type="checkbox"/> Fibrinogen
<input type="checkbox"/> D-Dimer
<input type="checkbox"/> AT III
<input type="checkbox"/> Protein C
<input type="checkbox"/> Protein S
<input type="checkbox"/> Faktor VIII
<input type="checkbox"/> Faktor IX
<input type="checkbox"/> Von Willebrand Factor
<input type="checkbox"/> Retraksi Bukan
<input type="checkbox"/> Plattelet Function Test
<input type="checkbox"/> Aspirin
<input type="checkbox"/> Plattelet Function Test
<input type="checkbox"/> Anti P2Y12
<input type="checkbox"/> Agregasi Trombosit (*)
 | <input type="checkbox"/> hs-Tropomin I Kuantitatif
<input type="checkbox"/> LDH
<input type="checkbox"/> Homocystatina (*)
<input type="checkbox"/> Triple Cardiac Marker (CK-MB, Tropomin I, Myogloblin)
<input type="checkbox"/> NT-Pro BNP
<input type="checkbox"/> ST2 | <input type="checkbox"/> Na, K, Cl
<input type="checkbox"/> Kalium
<input type="checkbox"/> Kalium Urine
<input type="checkbox"/> Natrium
<input type="checkbox"/> Natrium Urine
<input type="checkbox"/> Chlorida
<input type="checkbox"/> Chlorida Urine
<input type="checkbox"/> Calcium
<input type="checkbox"/> Calcium Urine
<input type="checkbox"/> Calcium Ion
<input type="checkbox"/> Fosfor Anorganik
<input type="checkbox"/> Fosfor Anorganik Urine
<input type="checkbox"/> Magnesium
<input type="checkbox"/> Analisis Gas Darah | <input type="checkbox"/> Anti-Dengue IgG & IgM
<input type="checkbox"/> Dengue NS1 Antigen
<input type="checkbox"/> Anti-Salmonella typhi IgM
<input type="checkbox"/> Widal
<input type="checkbox"/> Malaria (mikroskopik)
<input type="checkbox"/> Anti-HIV Konfirmasi
<input type="checkbox"/> HoSA
<input type="checkbox"/> Anti-H. Pylori IgG
<input type="checkbox"/> Urea Breath Test
<input type="checkbox"/> Anti-Varicella Zoster IgG <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Rotavirus Antigen
<input type="checkbox"/> Anti-Amoeba
<input type="checkbox"/> Anti-Mycoplasma IgG
<input type="checkbox"/> Anti-Mycoplasma IgM
<input type="checkbox"/> Anti-Streptol A
<input type="checkbox"/> Anti-Leptospira IgM
<input type="checkbox"/> Chlamidya dan Chlamyphila Antibody Panel 1 (IgG)
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile (GDH)
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile (Toksin A/B)
<input type="checkbox"/> Anti-EBV VCA IgG
<input type="checkbox"/> Anti-EBV VCA IgM
<input type="checkbox"/> Anti-EBV EA IgG
<input type="checkbox"/> Anti-EBV EA IgM
<input type="checkbox"/> Microfilaria (mikroskopik) | <input type="checkbox"/> LH (****)
<input type="checkbox"/> Anti Mullerian Hormon (AMH)
<input type="checkbox"/> FSH (****)
<input type="checkbox"/> Prolactin (#)
<input type="checkbox"/> Progesteron (****)
<input type="checkbox"/> 17-OH Progesteron (LC-MS/MS)
<input type="checkbox"/> Androstenedione (LC-MS/MS) <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Stero ProFemale <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Stero ProChild <i>New</i>
<input type="checkbox"/> Estradiol (****)
<input type="checkbox"/> Estrogen Total
<input type="checkbox"/> β-hCG
<input type="checkbox"/> ms AFP
<input type="checkbox"/> Testosterone
<input type="checkbox"/> SHBG
<input type="checkbox"/> Free Testosterone Index
<input type="checkbox"/> Free Testosterone
<input type="checkbox"/> DHEA-S
<input type="checkbox"/> Tes Kehamilan | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Viskositas Darah
<input type="checkbox"/> ACA IgG
<input type="checkbox"/> ACA IgM
<input type="checkbox"/> Lupus Antikoagulan
<input type="checkbox"/> Anti-β2-Glikoprotein 1
 | <input type="checkbox"/> MOLEKULAR INFEKSI | <input type="checkbox"/> PROTEIN | <input type="checkbox"/> AUTOIMUN | <input type="checkbox"/> HORMON LAIN | | | | | | | |

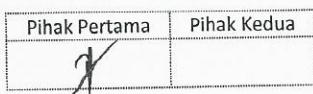
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> HEMATOLOGI LAIN
 | <input type="checkbox"/> MTB/MOTT-DNA (Real Time PCR)
<input type="checkbox"/> Dengue-RNA (Real Time PCR)
<input type="checkbox"/> CT/NG-DNA (Real Time PCR)
<input type="checkbox"/> CMV-DNA (Real Time PCR) | <input type="checkbox"/> Coombs' Test
<input type="checkbox"/> Subtype Limfosit
<input type="checkbox"/> CD4
<input type="checkbox"/> CD8
<input type="checkbox"/> CD34
<input type="checkbox"/> Leukemia Phenotyping | <input type="checkbox"/> Cenoloplasmin
<input type="checkbox"/> IgA
<input type="checkbox"/> IgG
<input type="checkbox"/> IgM
<input type="checkbox"/> Free Light Chain
<input type="checkbox"/> hs-CRP
<input type="checkbox"/> Protein Electrophoresis
<input type="checkbox"/> Agarose Gel Electrophoresis
<input type="checkbox"/> Capillary Electrophoresis
<input type="checkbox"/> Immunotyping
<input type="checkbox"/> Imunofiksasi | <input type="checkbox"/> ASTO
<input type="checkbox"/> RF
<input type="checkbox"/> CRP Kualitatif
<input type="checkbox"/> Anti-CCP IgG
<input type="checkbox"/> HLA-B27
<input type="checkbox"/> ANA (IF) & ANA Profile
<input type="checkbox"/> ANA (IF)
<input type="checkbox"/> ANA Profile
<input type="checkbox"/> Panel ProALD <i>New</i>
<input type="checkbox"/> ASMA (IF) & AMA (IF) <i>New</i>
<input type="checkbox"/> AMA M2 <i>New</i>
<input type="checkbox"/> ANCA (IF) <i>New</i> | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PENY. MENURAL SEKSUAL
 | <input type="checkbox"/> Carisk 2.0 <i>New</i>
<input type="checkbox"/> DIArisk <i>New</i> | <input type="checkbox"/> MOLEKULAR GENOMIK | <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> LIHAT SEBALIK | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> VDR/RPR
<input type="checkbox"/> TPHA
<input type="checkbox"/> Anti-Chlamydia trachomatis IgG
<input type="checkbox"/> Anti-Chlamydia trachomatis IgM
 | <input type="checkbox"/> CYP2C19 - Genotype "2,3"
<input type="checkbox"/> Warfarin IndivitTest (CYP2C9 & VKORC1 Genotype) <i>New</i> | <input type="checkbox"/> CYP2C19 - Genotype "2,3"
<input type="checkbox"/> Warfarin IndivitTest (CYP2C9 & VKORC1 Genotype) <i>New</i> | <input type="checkbox"/> HBSAg
<input type="checkbox"/> HBSAg Konfirmasi
<input type="checkbox"/> HBSAg Kuantitatif
<input type="checkbox"/> Anti-HBs
<input type="checkbox"/> Anti-HBs pasca vaksinasi
<input type="checkbox"/> Anti-HBc
<input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM | | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> FAAL HATI
 | <input type="checkbox"/> GOT
<input type="checkbox"/> GPT
<input type="checkbox"/> Gamma GT
<input type="checkbox"/> Fosfatase Alkali
<input type="checkbox"/> CHE | | | | | | | | | | |

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | |



Lampiran 4
Contoh Format Hasil Pemeriksaan Prodia

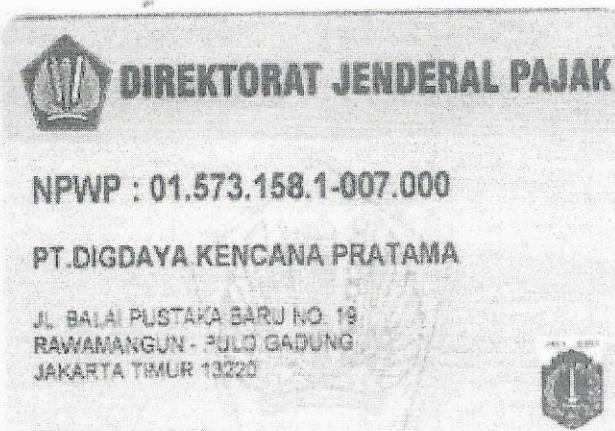
 PRODIA LABORATORIUM KLINIK	 KAN <small>Kelompok Ahli Terlatih dalam Laboratorium Medis 15-007-009</small>	Jl. Wastukencana 3B Bandung 40116 Telp : 022-4231362, 4239538 Fax : 022-4235873 Web Site http://www.prodia.co.id Akses Hasil Online http://hasil.prodia.co.id <i>Penanggung Jawab :</i> dr. W. Wirisono, Sp.PK		
Pengirim : Alamat : No. Lab/Tgl. ID Pasien : Nama Pasien : Ref ID : Status Hasil :				
Dokter : 00000 Jenis Kelamin : Perempuan Tgl Lahir/Umur : 03-02-1988 / 25 Tahun 9 Bulan Telepon :				
Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI				
LEO	46	< 20	mm/lam	Perempuan < 50 tahun
KIMIA				
GOT	18	< 27	U/L	Perempuan, Usia > 17 tahun
GPT	8	< 34	U/L	Perempuan, Dewasa
Glikosa Plasma	83	< 100	mg/dL	Dewasa, Konvensus Penginderaan Diabetes Mellitus 2011
Cholesterol Total	199	< 200	mg/dL	Dewasa, Konvensus Lipid < 200 Yang dilihatkan 200 - 230 Batas Tinggi > 240 Tinggi
Trigliserida	124	< 150	mg/dL	Dewasa, Konvensus Lipid < 150 Normal 150 - 199 Batas Tinggi 200 - 400 Tinggi > 500 Sangat Tinggi Usia < 10 - 50 tahun Usia > 10 - 60 tahun
Urea N	5	< 20	mg/dL	
Ureum	10	< 13 - 43	mg/dL	
Kreatinin	0.59	0.50 - 0.90	mg/dL	Perempuan, Dewasa
Asam Urat	3.4	< 9.7	mg/dL	Perempuan, dewasa
IMUNO SEROLOGI				
HbsAg*	Non Reaktif	Non Reaktif		Metode : CMIA
URINALISA				
Urine Rum				
Makrobiopsi :				
+ Warna	Kuning			
+ Kejernihan	Jernih			
Kromat :				
- Berulir Jernih*	1.010	1.003 - 1.038		
+ pH*	6.0	4.6 - 8.0		
+ Leukosit Esterase*	Negatif	Negatif	AL	
+ Nitrit*	Negatif	Negatif		
+ Albumin	Negatif	Negatif	mg/dL	

CPT070000000000000000
Hal : 1 / 2 @ 31-12-2013 12:23:12 by Starwars

Hasil berupa angka menggunakan sistem desimal dengan separator koma.
 Tanda * menunjukkan hasil dari alat di bawah nilai rujukan.
 Tanda + menunjukkan parameter pemeriksaan telah dikonfirmasi ISO 15197 oleh KAN
 Tanda # menunjukkan pemeriksaan dilakukan di Laboratorium Klinik Prodia Jalan
 Kramat Raya No 160 Jakarta
 Interpretasi terhadap hasil hanya dilakukan oleh dokter/konsul.

Pihak Pertama	Pihak Kedua

Lampiran 5
NPWP



Pihak Pertama	Pihak Kedua
X	