

KWITANSI

YAN.32-FRM-CR-01.5/01 Rev.00

Telah diterima dari : Tn. AGUS SETIAWAN PRO An. RAYYAN DELISHA SETIAWAN
Uang Sejumlah : 3.259.000
Terbilang : Tiga Juta Dua Ratus Lima Puluh Sembilan Ribu Rupiah

Untuk pembayaran pemeriksaan laboratorium :

Nama Pasien : An RAYYAN DELISHA SETIAWAN
PID/No. Registrasi : BDA0793806 / 039M7S45BD
Tanggal : 29-03-2023 15:30:10
Umur / Jns. Kelamin : 10 tahun 9 bulan 7 hari / P
No. Telp : 087886576589
Pengirim : dr. WULAN SASMEITA, Sp.A
Kelompok Pelanggan : PASIEN KLINISI
Alamat : JL. KEBAGUSAN RAYA NO. 24 Kebagusan Pasar Minggu Jakarta Selatan

Rincian Pemeriksaan :

Hematologi Lengkap	Rp.	166.000
Serum Iron	Rp.	260.000
TIBC	Rp.	266.000
Ferritin	Rp.	446.000
Urine Lengkap	Rp.	105.000
Vitamin D	Rp.	410.000
TB-IGRA	Rp.	1.250.000
Thorax PA (CR)	Rp.	356.000
Biaya Pemeriksaan	Rp.	3.259.000
Discount	Rp.	0
Total Biaya Pemeriksaan	Rp.	3.259.000

LUNAS

Jakarta Selatan , 29-03-2023 15:32:08

KWITANSI

YAN.32-FRM-CR-01.5/01 Rev.00

DWI ASTARI SHANDRA

KANTOR CABANG JAKARTA :

● Jl. Matraman Raya No. 24, Jakarta Timur. Telp. (021) 85908530, Fax. (021) 8502039

● Jl. Arteri Kelapa Dua Raya No. 18, Jakarta Barat. Telp. (021) 53650211, Fax. (021) 5305207

● Jl. KH. Samanhudi No. 21, Jakarta Pusat. Telp (021) 3513332, Fax (021) 3512490

● Jl. Ragunan Raya P-3, Jakarta Selatan. Telp. (021) 27808563, Fax (021) 27806918

Website : www.pramita.co.id - Email : info@pramita.co.id



Nama Pasien : An. Payy an Relihan Dokter :
Alamat / Telp : Alamat : dr. Wulan Sasmieta, SpA, M.Biomed
Umur : Lk/Pr. : SIP. 91B.15F/31.74.00.1001.24.8.13/TM.09.74/e/2023
Diagnosa / Keterangan Klinik : Weight Failure Telepon :
Website : www.pramita.co.id - Email : info@pramita.co.id

HEMATOLOGI	KIMIA KLINIK	IMMUNOLOGI	IMMUNOLOGI	ELEKTROMEDIS
<input type="checkbox"/> Hematologi Lengkap & Retik <input type="checkbox"/> Hematologi Lengkap <input type="checkbox"/> Hematologi Rutin <input type="checkbox"/> Hemoglobin <input type="checkbox"/> Lekosit <input type="checkbox"/> Hitung Jenis <input type="checkbox"/> Laju Endap Darah (LED) <input type="checkbox"/> Trombosit <input type="checkbox"/> Hematokrit <input type="checkbox"/> Eritrosit <input type="checkbox"/> MCV <input type="checkbox"/> MCH <input type="checkbox"/> MCHC <input type="checkbox"/> Eosinofil <input type="checkbox"/> Retikulosit <input type="checkbox"/> Hapusan Darah <input type="checkbox"/> Golongan Darah ABO <input type="checkbox"/> Golongan Darah Rhesus <input type="checkbox"/> Faal Hemostasis <input type="checkbox"/> Waktu Perdarahan (BT) <input type="checkbox"/> Waktu Pembekuan (CT) <input type="checkbox"/> Protrombin Time (PT) <input type="checkbox"/> PT (INR) <input type="checkbox"/> aPTT <input type="checkbox"/> Fibrinogen <input type="checkbox"/> D - Dimer <input type="checkbox"/> TAT (Test Agregasi Trombosit) <input type="checkbox"/> Serum Iron (SI) <input type="checkbox"/> TIBC <input type="checkbox"/> Ferritin <input type="checkbox"/> Asam Folat <input type="checkbox"/> Vitamin B12 <input type="checkbox"/> G-6-PD <input type="checkbox"/> Coombs Test Direct <input type="checkbox"/> Coombs Test Indirect <input type="checkbox"/> Viscositas Darah <input type="checkbox"/> Viscositas Plasma <input type="checkbox"/> BJ Plasma <input type="checkbox"/> Hb Elektroforesis <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Rumpel Leede <input type="checkbox"/> CD 4 <input type="checkbox"/> CD 8 <input type="checkbox"/> Neutrophil Lymphocyte Count Ratio (NLCR)	FAAL HATI <input type="checkbox"/> SGOT <input type="checkbox"/> SGPT <input type="checkbox"/> Gamma-GT <input type="checkbox"/> Fosfatase Alkali (ALP) <input type="checkbox"/> Cholinesterase <input type="checkbox"/> Bilirubin <input type="checkbox"/> Bile Acid <input type="checkbox"/> Total Protein <input type="checkbox"/> Albumin <input type="checkbox"/> Globulin <input type="checkbox"/> Gamma Globulin <input type="checkbox"/> Potein Elektroforesis LEMAK <input type="checkbox"/> Cholesterol Total <input type="checkbox"/> Trigiserida <input type="checkbox"/> HDL Cholesterol <input type="checkbox"/> LDL Cholesterol Direct <input type="checkbox"/> LP (a) <input type="checkbox"/> Apo A1 <input type="checkbox"/> Apo B FAAL GINJAL <input type="checkbox"/> Urea N (BUN) <input type="checkbox"/> Creatinin <input type="checkbox"/> Asam Urat <input type="checkbox"/> Urea Clearance <input type="checkbox"/> Creatinin Clearance <input type="checkbox"/> Acid Phosphatase <input type="checkbox"/> Pros. Acid Phosphatase <input type="checkbox"/> eGFR <input type="checkbox"/> Cystatin C GULA DARAH <input type="checkbox"/> Glukosa Puasa <input type="checkbox"/> Glukosa 2 JPP <input type="checkbox"/> Glukosa Sewaktu <input type="checkbox"/> Test Toleransi (GTT) <input type="checkbox"/> Gestational TTGO <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> HOMA IR <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> C - Peptide <input type="checkbox"/> Glycated Albumin ELEKTROLIT <input type="checkbox"/> Natrium <input type="checkbox"/> Kalium <input type="checkbox"/> Chlorida <input type="checkbox"/> Calsium <input type="checkbox"/> Fosfor Anorganik <input type="checkbox"/> Magnesium JANTUNG <input type="checkbox"/> CPK / CK <input type="checkbox"/> CKMB <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Troponin T <input type="checkbox"/> Troponin I <input type="checkbox"/> HS Troponin I <input type="checkbox"/> NT Pro BNP <input type="checkbox"/> Pro BNP <input type="checkbox"/> hs - CRP KIMIA KLINIK LAIN <input type="checkbox"/> P - Amylase <input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> Adenosin Deaminase (ADA) <input type="checkbox"/> Urea Breath Test (UBT) NARKOBA <input type="checkbox"/> Amphetamine <input type="checkbox"/> Methamphetamine <input type="checkbox"/> Benzodiazepine <input type="checkbox"/> Opiat / Morphine <input type="checkbox"/> Canabinoid <input type="checkbox"/> Coccain <input type="checkbox"/> Barbiturat	HEPATITIS <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> HBsAg Kuantitatif <input type="checkbox"/> Anti HBs <input type="checkbox"/> Anti HBs Titer <input type="checkbox"/> Anti HBc <input type="checkbox"/> Anti HBc IgM <input type="checkbox"/> HBeAg <input type="checkbox"/> Anti HBe <input type="checkbox"/> Anti HAV <input type="checkbox"/> Anti HAV IgM <input type="checkbox"/> Anti HCV <input type="checkbox"/> Anti HCV IgM TORCH <input type="checkbox"/> Panel TORCH <input type="checkbox"/> Anti Toxoplasma IgM <input type="checkbox"/> Anti Toxoplasma IgG <input type="checkbox"/> Toxoplasma IgG Avidity <input type="checkbox"/> Anti Rubella IgM <input type="checkbox"/> Anti Rubella IgG <input type="checkbox"/> Anti CMV IgM <input type="checkbox"/> Anti CMV IgG <input type="checkbox"/> Anti CMV IgG Avidity <input type="checkbox"/> Anti HSV 2 IgM <input type="checkbox"/> Anti HSV 2 IgG <input type="checkbox"/> Anti HSV 1 IgM <input type="checkbox"/> Anti HSV 1 IgG PRE NATAL SCREENING <input type="checkbox"/> sFlt-1 / PlGF Ratio <input type="checkbox"/> Soluble FMS-Like Tyrosine Kinase-1 (sFlt-1) <input type="checkbox"/> Placental Growth Factor (PlGF) <input type="checkbox"/> Free Beta HCG <input type="checkbox"/> PAPP-A <input type="checkbox"/> NIPT (Non-Invasive Prenatal Testing) STD <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> Anti HIV <input type="checkbox"/> Anti HIV Screening IMUNOSEROLOGI LAIN <input type="checkbox"/> Widal <input type="checkbox"/> Anti-DHF IgM <input type="checkbox"/> Anti-DHF IgG <input type="checkbox"/> NS 1 <input type="checkbox"/> Anti-DHF Rapid <input type="checkbox"/> Seramoeba <input type="checkbox"/> Malaria (ICT) <input type="checkbox"/> H. Pylori IgG <input type="checkbox"/> H. Pylori IgM <input type="checkbox"/> Anti Chlamydia IgM <input type="checkbox"/> Anti Chlamydia IgG <input type="checkbox"/> IgM Anti Salmonella <input type="checkbox"/> Helicobacter Antigen <input type="checkbox"/> Chikungunya IgM <input type="checkbox"/> TB IGRA <input type="checkbox"/> Anti SARS-CoV-2 S-RBD (Kuantitatif) <input type="checkbox"/> Anti SARS-CoV-2 S-RBD (Kuantitatif) Titer <input type="checkbox"/> SARS CoV-2 Antigen Test <input type="checkbox"/> SARS CoV-2 Antigen Test (Nasal) RHEUMATIK - PROTEIN SPESIFIK <input type="checkbox"/> Rheumatoid Arthritis Kuantitatif <input type="checkbox"/> Rheumatoid Arthritis Kualitatif <input type="checkbox"/> CRP Kuantitatif <input type="checkbox"/> CRP Kualitatif <input type="checkbox"/> ASTO / ASO Kuantitatif <input type="checkbox"/> ASTO / ASO Kualitatif <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> C3-Complement <input type="checkbox"/> C4-Complement <input type="checkbox"/> ANA Test <input type="checkbox"/> Anti - ds DNA <input type="checkbox"/> ACA IgG <input type="checkbox"/> ACA IgM <input type="checkbox"/> Anti β2 - Glycoprotein 1 IgG <input type="checkbox"/> Anti β2 - Glycoprotein 1 IgM <input type="checkbox"/> ANA (IF) <input type="checkbox"/> ANA Panel Test <input type="checkbox"/> Anti CCP Antibodi <input type="checkbox"/> LE Test <input type="checkbox"/> Interleukin 6 (IL-6)	PENANDA TUMOR <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> PSA Total <input type="checkbox"/> Free PSA <input type="checkbox"/> Ca 125 <input type="checkbox"/> Ca 19-9 <input type="checkbox"/> NSE <input type="checkbox"/> SCC <input type="checkbox"/> CA125 & HE4 (ROMA) ENDOKRIN <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> TSH-s <input type="checkbox"/> Free T4 <input type="checkbox"/> Free T3 <input type="checkbox"/> TRAb (TSH Receptor Antibody) <input type="checkbox"/> TSH Neonatus Screening <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> Prolaktin <input type="checkbox"/> Testosteron <input type="checkbox"/> Estradiol <input type="checkbox"/> Progesteron <input type="checkbox"/> Beta-HCG <input type="checkbox"/> Growth Hormon <input type="checkbox"/> Cortisol <input type="checkbox"/> AMH (Anti Mullerian Hormon) <input type="checkbox"/> DHEAs ALERGI / IgE RAST <input type="checkbox"/> IgE Total <input type="checkbox"/> Eosinofil <input type="checkbox"/> Panel IgE Spesifik 54 Jenis <input type="checkbox"/> Food Tolerance Test MIKROBIOLOGI PREPARAT DIRECT <input type="checkbox"/> Gram <input type="checkbox"/> BTA <input type="checkbox"/> BTA Serial (I, II, III) <input type="checkbox"/> Difteri <input type="checkbox"/> G.O. <input type="checkbox"/> Trichomonas <input type="checkbox"/> Jamur <input type="checkbox"/> Candida sp KULTUR & UJI KEPEKAAN <input type="checkbox"/> Kultur & Uji Kepekaan : <input type="checkbox"/> Kultur Gall <input type="checkbox"/> Kultur BTA <input type="checkbox"/> Kultur GO <input type="checkbox"/> Kultur Difteri <input type="checkbox"/> Kultur Mikrobiologi <input type="checkbox"/> Kultur Salmonella Shigela BAHAN BIOMOLEKULER PCR <input type="checkbox"/> HBV DNA Kuantitatif <input type="checkbox"/> HCV RNA Kuantitatif <input type="checkbox"/> Salmonella typhi <input type="checkbox"/> Mycobacterium TBC <input type="checkbox"/> HPV DNA <input type="checkbox"/> BCR ABL <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> Beta - Crosslaps <input type="checkbox"/> N - Mid Osteocalcin <input type="checkbox"/> Vitamin D	JANTUNG <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Treadmill test <input type="checkbox"/> Echocardiografi USG <input type="checkbox"/> Upper & Lower Abdomen <input type="checkbox"/> Upper Abdomen <input type="checkbox"/> Lower Abdomen <input type="checkbox"/> Kandungan <input type="checkbox"/> Mammae <input type="checkbox"/> Testis <input type="checkbox"/> Thyroid <input type="checkbox"/> Liver <input type="checkbox"/> Ginjal <input type="checkbox"/> Prostat <input type="checkbox"/> Soft Tissue <input type="checkbox"/> Carotis RONTGEN POLOS <input type="checkbox"/> Thorax PA <input type="checkbox"/> Thorax Lateral <input type="checkbox"/> Waters <input type="checkbox"/> BOF/ BNO <input type="checkbox"/> Ankle Dex <input type="checkbox"/> Ankle Sin <input type="checkbox"/> Cervical Ap <input type="checkbox"/> Cervical Lat <input type="checkbox"/> Cervical Obl Dex <input type="checkbox"/> Cervical Obl Sin <input type="checkbox"/> Genu Dex <input type="checkbox"/> Genu Sin <input type="checkbox"/> Lumbosacral Ap <input type="checkbox"/> Lumbosacral Lat <input type="checkbox"/> Manus Dex <input type="checkbox"/> Manus Sin <input type="checkbox"/> Shoulder Dex <input type="checkbox"/> Shoulder Sin <input type="checkbox"/> Skull Ap <input type="checkbox"/> Skull Lat <input type="checkbox"/> Tarsalia Dex <input type="checkbox"/> Tarsalia Sin <input type="checkbox"/> Vert. Thoracalis Ap <input type="checkbox"/> Vert. Thoracalis Lat RONTGEN KONTRAS <input type="checkbox"/> IVP/ BNO IVP <input type="checkbox"/> HSG <input type="checkbox"/> OMD/ UGI <input type="checkbox"/> Oesophagus <input type="checkbox"/> Colon Inloop <input type="checkbox"/> Maagduodenography <input type="checkbox"/> Urethrography <input type="checkbox"/> Cystorethrography <input type="checkbox"/> Fistulography <input type="checkbox"/> Sialography RONTGEN GIGI <input type="checkbox"/> Panoramic <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Oclusal <input type="checkbox"/> Cephalometri <input type="checkbox"/> 3D CBCT (Cone Beam Computed Tomography) ELEKTROMEDIS LAIN <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> Autopsiometri <input type="checkbox"/> Audiometri <input type="checkbox"/> TCD

PEMERIKSAAN LAIN YANG DIKEHENDAKI DOKTER

KETERANGAN

★ Pusia 6 - 12 jam
★★ Tidak melakukan hubungan badan 2 - 7 hari sebelum pemeriksaan.
★★★ Pusia 10 - 12 jam.
● Urine 24 jam.
● Persiapan khusus.
● Pusia makan : 6 jam, banyak minum, tahan kencing 1 jam sebelum pemeriksaan.
● Pusia makan : 6 jam.
● Banyak minum, tahan kencing 1 jam sebelum pemeriksaan.
● Dilakukan pada hari ke 10, 11, 12 dan menstruasi pertama sebaiknya hubungi Laboratorium PRAMITA.
● Opsi rimbud komedian dikongikan. Sebaiknya hubungi Laboratorium PRAMITA.
● Pusia makan : 6 jam. Sebaiknya hubungi Laboratorium PRAMITA.

O Hasil Diambil

O Hasil Dikirim ke :

O Rumah

O Dokter

O Email :

O Website : www.pramita.co.id

Pengirim,