

KLINIK JAYA SENTOSA

Jl. Sunda No. 75
Tel : 022-4264255

RINCIAN REGISTRASI

Pasien : (1074472) Ny. Daisy Valentine H
No Trans : 382714 11-Aug-2023
TimeSlot : 02 (Pagi)
Unit : Klinik Umum
Dokter : dr. Karlina Jayalaksana

KARTU - Kartu Berobat

1 Buah x 15,000 15,000

U - Konsultasi dr.Karlina

1 kali x 80,000 80,000

U - Vitamin/Obat dr.Karlina

1 kali x 5,000 5,000

Subtotal : 100,000
Discount : 0

TOTAL : 100,000

Petugas : Risa



Klinik Utama Jaya Sentosa

Jl. Sunda No. 75 BANDUNG

Telp. (022) 426-4255

SURAT RUJUKAN

Kepada Yth. :

PROMATI 108

di

Mohon konsul & penatalaksanaan lebih lanjut atas pasien :

Nama : I. Daisy Vathenne H

Umur : 30 thn

Alamat : _____

1. Diagnosa

sus. mena def-beji + dislipidemia

2. Pemeriksaan Penunjang : Pro cek 108

3. Terapi yang diberikan : _____

Atas perhatiannya, banyak terima kasih.

Bandung, 11 agst 20..23

Dokter.vana Meruiuk

KANTOR CABANG BANDUNG :

● Jl. LL RE Martadinata 135, Telp. (022) 7271946, Fax. (022) 7234189

● Jl. Padjajaran 86, Telp. (022) 6021881, Fax. (022) 6021882

Website : <http://www.pramita.co.id> | E-mail : martadinata@pramita.co.id

Jam operasional : 06.00 - 21.00 (Senin s/d Jum'at) | 06.00 - 20.00 (Sabtu) | Minggu dan hari besar libur

● Jl. Moh Toha 163, Telp. (022) 5201915, Fax. (022) 5222845

● Jl. Pasir Kaliki 215, Telp. (022) 82066333

● Jl. Amir Machmud 460 Cimahi, Telp. (022) 87800636, Fax. (022) 87800660

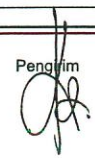
Nama Pasien	: 1 daisy Valentin	Dokter	:
Alamat / Telp	:	Alamat	:
Umur	: 30 thn Lk/Pr.	Telepon	:
Tanggal :			
Diagnosa / Keterangan Klinik :			

HEMATOLOGI <input type="checkbox"/> Hematologi Lengkap <input type="checkbox"/> Hematologi Rutin <input type="checkbox"/> Hematologi Lengkap & Retic <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"/> Hapus 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"/> Coomb's Test Direct <input type="checkbox"/> Coomb's Test Indirect <input type="checkbox"/> Viscositas Darah <input type="checkbox"/> Viscositas Plasma <input type="checkbox"/> B1 Plasma <input type="checkbox"/> Hb Elektroforesis <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Rumpile Leede <input type="checkbox"/> CD 4 <input type="checkbox"/> CD 8 <input type="checkbox"/> Neutrophil Lymphocyte Count Ratio (NLCR) NEW	KIMIA KLINIK 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"/> Protein Elektroforesis LEMAK <input type="checkbox"/> Kolesterol Total <input type="checkbox"/> Trigliserida ★ <input type="checkbox"/> HDL Kolesterol <input type="checkbox"/> LDL Kolesterol 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"/> Gestasional - 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"/> Kalsium <input type="checkbox"/> Fosfor Anorganik <input type="checkbox"/> Magnesium <input type="checkbox"/> Bicarbonat JANTUNG <input type="checkbox"/> CPK / CK <input type="checkbox"/> CKMB <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Troponin T <input type="checkbox"/> HS Troponin I NEW <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"/> Cannabinoid <input type="checkbox"/> Cocaine <input type="checkbox"/> Barbiturat DRUG MONITORING <input type="checkbox"/> Aspirin (Uji Respon Obat Aspirin) <input type="checkbox"/> P2Y12 (uji Respon Obat P2Y12)	IMMUNOLOGI 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 <input type="checkbox"/> HBV DNA Kuantitatif (PCR) <input type="checkbox"/> HCV RNA Kuantitatif (PCR) 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 IMMUNOSEROLOGI 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 NEW (Kuantitatif) <input type="checkbox"/> Anti SARS-CoV-2 S-RBD NEW (Kuantitatif) Titer <input type="checkbox"/> SARS CoV-2 Antigen Test NEW <input type="checkbox"/> SARS CoV-2 Antigen Test (Nasal) NEW AUTOIMUN DAN PROTEIN SPESIFIK <input type="checkbox"/> Rheumatoid Arthritis Kuantitatif <input type="checkbox"/> Rheumatoid Arthritis Kualitatif <input type="checkbox"/> CRP Kualitatif <input type="checkbox"/> CRP Kuantitatif <input type="checkbox"/> ASTO / ASO Kuantitatif <input type="checkbox"/> ASTO / ASO Kualitatif <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG <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 B2 - Glycoprotein 1 IgG <input type="checkbox"/> Anti B2 - 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) NEW	IMMUNOLOGI PENANDA TUMOR <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> PSA Total <input type="checkbox"/> Free PSA <input type="checkbox"/> Ca 15-3 <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"/> 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 <input type="checkbox"/> IgE Total <input type="checkbox"/> Eosinofil <input type="checkbox"/> Panel IgE Spesifik 54 Jenis <input type="checkbox"/> Panel IgE Spesifik 96 Jenis NEW <input type="checkbox"/> Food Tolerance Test MIKROBIOLOGI PREPARAT DIREK <input type="checkbox"/> Gram <input type="checkbox"/> BTA <input type="checkbox"/> BTA Serial (I, II, III) <input type="checkbox"/> Differi <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 Gali <input type="checkbox"/> Kultur BTA <input type="checkbox"/> Kultur GO <input type="checkbox"/> Kultur Differia <input type="checkbox"/> Kultur Mikrobiologi <input type="checkbox"/> Kultur Salmonella Shigella <input type="checkbox"/> Bahan : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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"/> HIV DNA <input type="checkbox"/> BCR ABL NEW <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 NEW OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> Beta - Crosslaps <input type="checkbox"/> N - Mid Osteocalcin <input type="checkbox"/> Vitamin D	ELEKTROMEDIS JANTUNG <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Treadmill Test <input type="checkbox"/> Echocardiografi <input type="checkbox"/> Holter Monitoring ECG USG <input type="checkbox"/> Upper & Lower Abdomen ● <input type="checkbox"/> Upper Abdomen ●● <input type="checkbox"/> Lower Abdomen ●●● <input type="checkbox"/> Kandungan <input type="checkbox"/> Kandungan 4 Dimensi <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 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"/> Imanus 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 <input type="checkbox"/> Mammography <input type="checkbox"/> Whole Spine 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"/> Cephalometri ELEKTROMEDIS LAIN <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> Autospinometri <input type="checkbox"/> Audiometri
--	---	--	--	--

PEMERIKSAAN LAIN YANG DIKEHENDAKI DOKTER

○ _____

○ _____

KETERANGAN ★ Pusa 8 - 12 jam ★ Tidak melakukan hubungan badan 2 - 7 hari sebelum pemeriksaan ● Pusa 10 - 12 jam ● Urine 24 jam ● Persiapan khusus ● Pusa makan ± 6 jam, banyak minum, tahan kencing 1 jam sebelum pemeriksaan ● Pusa makan ± 6 jam ● Banyak minum dan tahan kencing 1 jam sebelum pemeriksaan ● Dilakukan pada hari ke 10, 11, 12 dari menstruasi pertama, sebaiknya hubungi Lab. PRAMITA ● Cuci rambut kemudian ditinggalkan, sebaiknya hubungi Lab. PRAMITA ● Pusa ± 6 jam, sebaiknya hubungi Lab. PRAMITA	<input type="checkbox"/> Hasil Diambil <input type="checkbox"/> Hasil dikirim ke : <input type="checkbox"/> Rumah <input type="checkbox"/> Dokter <input type="checkbox"/> E-mail : <input type="checkbox"/> Website : www.pramita.co.id (.....) (.....)	Pengirim 
--	--	---

Jl. RE. Martadinata 135
Bandung 40114