PEMERINTAH KOTA SEMARANG

DINAS KESEHATAN KOTA SEMARANG

UPTD PUSKESMAS HALMAHERA

Jalan Halmahera Raya 38 Telepon (024) 8414894 SEMARANG

Nomor : ${nomor}

Perihal : Tes Antigen COVID-19 Lampiran : 1 (satu) berkas

**SURAT KETERANGAN KESEHATAN**

Yang bertandatangan di bawah ini adalah Dokter Pemeriksa, menerangkan bahwa: Nama : ${nama}

Tanggal Lahir : ${tgl\_lahir}

Alamat : ${alamat}

Setelah dilakukan pemeriksaan pada

maka yang bersangkutan dinyatakan :

${tgl}

**${interpretasi}**

Dibuat dengan sebenarnya sesuai dengan sumpah jabatan sebagai dokter. Hasil pemeriksaan :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COVID-19 Antigen Test** | **Hasil** | **Nilai Rujukan** |
| Antigen SARS COV-2 | ${hasil} | ${hasil} |

Semarang, ${tgl}

Analis Laboratorium,

${analis}

**CATATAN:**

* **Pemeriksaan menggambarkan kondisi saat spesimen diambil**
* **Hasil dipengaruhi kuantitas antigen oleh level deteksi alat**
* **Jika ada ada kecurigaan infeksi SARS COV-2 sebaiknya dilakukan pemeriksaan RT- PCR**
* **Hasil tidak memerlukan tanda tangan karena dicetak secara elektronik, hasil sudah diverifikasi dan divalidasi**