# SURAT REKOMENDASI PEMERIKSAAN PENUNJANG PESERTA PROLANIS

KepadaYth. : Laboratorium Klinik Ciliwung Di : Jalan Ciliwung No 10 Malang

Mohon pemeriksaan laboratorium tahunan bagi peserta prolanis atas nama:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama | : ${nama\_pasien} | Pemeriksaan DM/HT |  |
| No. JKN | : ${no\_bpjs} | Tekanan Darah | : ................................ |
| Nama Faskes | : PKM Rampal Celaket | GDP | : ................................ |
| Jenis Kelamin | : ${jk} | Pemeriksaan HT |  |
| Umur | : ${umur} | Tekanan Darah | : ................................ |
| Alamat | : ${alamat} | Tinggi Badan | : ............................... |
| Diagnosa | : ${keterangan\_prolanis} | Berat Badan | : ............................... |
|  |  | Lingkar Perut | : .............................. |

# JenisPemeriksaan:

Pemeriksaan DM Per 6Bulan HbA1C

Pemeriksaan DM Per 6 Bulan Kimia Darah :

* Mikroalbuminuria
* Ureum
* Kreatinin
* Kholesterol total
* Kholesterol LDL
* Kholesterol HDL
* Trigliserida

Pemeriksaan HT Per 6 Bulan Kimia Darah :

* Mikroalbuminuria
* Ureum
* Kreatinin
* Kholesterol total
* Kholesterol LDL
* Kholesterol HDL
* Trigliserida

Demikian atas bantuan nya, diucapkan terimakasih.

Malang, ..................................

(dr. Moh. Ali Sahib)

Dokter FKTP*\*) coret yang tidakperlu*

**Catatan :diwajibkan Puasa 10 sd. 12 Jam sebelum pemeriksaan**