

KARTU KONTROL GMC

Rumahnya CV
BIPST/006-04/1110

Nama Pasien : **DAFIR M Tahir**
 Alamat : **Meluku**
 Telepon : **081239733519**
 Umur : **LK/Pr**

No. Lab
 Tanggal Periksa
 Perusahaan
 Dokter Pengirim

0089-1412.00985 44 Tahun 11 Bulan
2305260016
Bpk. Dafir M. Tahir
 Trakindo Utama-Cab. Batu Hijau (AME)
 Dsn. Muhajirin, Bukit Dama, Maluk Sumba
 Kab.
 dr. / Gusti Ayu Pramita Dewi B. (P)

P Darah **Urine** **Faeces** **Fisik Dokter** **TT Makluk** **Mata** **Badan**

I **II** **Beberapa** **Beberapa** **BW** **TNO** **Silau** **Visus Jauh** **Visus Dekat** **Peng. Malam** **TB** **BB** **LP** **Tensi / Nadi**

Diagnosis / Keterangan Klinik : **F** **L** **OS : OD :** **OS : OD :** **OS : OD :** **OS : OD :**

(EKG) **USG** **Rontgen** **Papsmeat** **Audio** **Spirometri** **UBT** **Cek Akhir**

Obesitas Petugas (Paraf. Jam) **(Khusus wanita dan telah menikah)** **Treadmill**

Paraf Pasien **Biasa** **LC Prep** **Thir. Prep**

Diagnosis / Keterangan Klinik :

Keterangan :

1. Tunjukkan KTP asli kepada petugas kami
2. Catat waktu selesai makan pada kartu ini
3. Puasa lagi selama 2 jam (dilarang makan, minum, merokok, kecuali air putih)
4. 2 jam sesudah makan akan diambil darah dan urine lagi.
5. Beri tanda (x) atau (-) pada aktivitas yang tidak dilakukan
6. Kolom pemeriksaan diisi sesuai dengan jenis pemeriksaan yang dimintadilakukan
7. ID pelangan dapat diisi dengan label
8. Jenis pemeriksaan dapat dimodifikasi sesuai kebutuhan atau output program