

	FORMULIR PERMINTAAN PEMERIKSAAN LABORATORIUM	No. Dokumen	: OPP-F-SHE-30J
		Revisi	: 0
		Tgl. Efektif	: 01 Juli 2024
		Halaman	: 1 dari 1

Nama :
Usia : Tahun
Jenis kelamin :
N R P :
Perusahaan : PT. Orecon Putra Perkasa
Tanggal Medical Check Up (MCU) :
Hari, tanggal pemeriksaan :

HEMATOLOGI

	<i>Darah lengkap</i>		<i>LED</i>		<i>Basofil</i>
	<i>Darah rutin</i>		<i>MCV</i>		<i>Eosinofil</i>
	<i>Eritrosit</i>		<i>MCH</i>		<i>Netsrofil Batang</i>
	<i>Trombosit</i>		<i>MCHC</i>		<i>Netrofil Segmen</i>
	<i>Leukosit</i>		<i>Golongan Darah & Rh</i>		<i>Limfosit</i>
	<i>Hematokrit</i>		<i>Malaria</i>		<i>Monosit</i>

KIMIA DARAH

	<i>Gula Darah Puasa</i>		<i>Cholesterol</i>		<i>bilirubin Total</i>
	<i>Gula Darah 2 JPP</i>		<i>HDL</i>		<i>Bilirubin Direct</i>
	<i>Gula Darah Sewaktu</i>		<i>LDL</i>		<i>Bilirubin Indirect</i>
	<i>Ureum</i>		<i>Trigliserida</i>		<i>Alkaline Phospatase</i>
	<i>Creatinin</i>		<i>SGOT</i>		<i>Choline Esterase</i>
	<i>Asam Urat</i>		<i>SGPT</i>		<i>Gamma GT</i>

SEROLOGI/HEMATOLOGI

URINE ANALISA

FESES

	<i>Ig M Anti HAV</i>		<i>Urine Rutin</i>		<i>Feses Lengkap</i>
	<i>Anti HAV</i>		<i>Protein</i>		<i>Feses Kultur</i>
	<i>HbsAg</i>		<i>Glukosa</i>		
	<i>Anti HBs</i>		<i>NAPZA TEST</i>		
	<i>Widal Test</i>		<i>Urine Lengkap</i>		

LAIN-LAIN

	CTM

Note : Mohon di contreng untuk jenis yang akan dilakukan pemeriksaan

Tabalong,2024

dr.
Dokter Perusahaan



**FORMULIR
PERMINTAAN PEMERIKSAAAN
LABORATORIUM**

No. Dokumen : OPP-F-SHE-30J

Revisi : 0

Tgl. Efektif : 01 Juli 2024

Halaman : 1 dari 1

PT. Orecon Putra Perkasa