

PERSONAL DATA

No. MCU : 2439/GMI-MCU/X/2020
No. Badge : -
N a m a : **RASDI, Tn.**
U m u r : 28 tahun
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Jabatan : Asst. Inspector
Tgl Pemeriksaan : 19/10/2020
Alamat : Jl. Ruhui Rahayu Ring Road Komp. PGRI Blok Q1 No.47



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE TAHUN 2020



NAMA : Rasdi
TANGGAL LAHIR : 20 Juni 1992
JENIS KELAMIN : laki-laki
S/N :
IGG :
DEPT/SERVICE : inspection
LOKASI KERJA : PHM
JENIS PEMERIKSAAN : Pre-employment
 Annual
 Pre-retirement

Medical Department

HEALTH SURVEILLANCE

Isilah formulir ini dengan sebenarnya dan selengkap-lengkapnyanya. Apabila ada hal-hal yang kurang dipahami segera hubungi dokter atau perawat.

IDENTITAS PEGAWAI

- 1. Posisi : Asst. Inspector
- 2. Golongan Darah : A / B / AB / O Rhesus : + / -
- 3. Status : (1) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
- 4. Jumlah anak : Anak laki-laki ... / ... Orang, Anak Perempuan ... / ... orang
- 5. Alamat sekarang : Jln. Rumi Rahaya - Ring Road Komplek
PGR Block A1 NO. 47
Telpon / HP 0813 48549709
- 6. No. Extension Telpon. : Kantor : Kamar (untuk lapangan)

HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN

No.	Posisi	Lama Kerja	Perusahaan	Lama paparan dalam jam/hari					
				Bising	Debu	Kimia	Radial	Ergonomi	lain-lain

HANYA UNTUK KARYAWAN RIWAYAT PEKERJAAN

Tuliskan lama kerja pada masing-masing tempat kerja yang sesuai dengan posisi anda. Jumlah jam harus sesuai dengan lama kerja dalam sehari.

- 1. Office : 8 jam/hari
- 2. Warehouse : 12 jam/hari
- 3. Workshop : 12 jam/hari
- 4. Process area : + 3 jam/hari
- 5. Well/Offshore : + 5 jam/hari

PETUNJUK PENGISIAN : ISILAH NOMOR YANG SESUAI DENGAN JAWABAN ANDA PADA KOTAK JAWABAN YANG TELAH TERSEDIA DI SAMPING KANAN. JANGAN MELINGKARI ATAU MENCORET PILIHAN JAWABAN

RIWAYAT KESEHATAN

1. Selama 1 tahun terakhir ini, apakah anda pernah sakit :

- a. Tekanan darah tinggi : 1. Ya 2. Tidak
- b. Tekanan darah rendah : 1. Ya 2. Tidak
- c. Jantung : 1. Ya 2. Tidak
- d. Stroke : 1. Ya 2. Tidak
- e. Kencing Manis : 1. Ya 2. Tidak

f. Timbul benjolan/tumor	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
g. Ayan / Gangguan syaraf	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
h. Asma	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
i. Batu ginjal	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
j. Alergi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
k. Thyphus	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
l. TBC	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
m. Malaria	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
n. Penyakit kelamin	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
o. Kuning / Hepatitis	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
p. Gangguan jiwa	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
q. Takut pada ketinggian	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
r. Mata	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
s. Hidung	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
t. Telinga	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
u. Gigi / mulut	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
v. Lambung	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
w. Wasir	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
x. Kulit	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
y. Sendi - sendi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
z. Kandungan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

- Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah mengalami kecelakaan akibat kerja ?

1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
-------	----------	--------------------------

Bila tidak, langsung ke no. 6
- Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------
- Apakah Anda perlu mendapatkan perawatan di rumah sakit karena kecelakaan tersebut ?

1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
-------	----------	--------------------------
- Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------
- Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh ?

1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
-------	----------	--------------------------
- Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit ?

1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
-------	----------	--------------------------

Bila tidak, langsung ke no. 8
- Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------
- Apakah Anda menderita penyakit yang dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir ?

1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
-------	----------	--------------------------

KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah anda pernah merokok ?
2. Sejak umur berapa Anda mulai merokok untuk pertama kalinya ?
3. Apakah saat ini Anda merokok ?
4. Berapa banyak rokok yang Anda isap setiap harinya ?
5. Jenis rokok apa yang Anda isap ? (DITULIS MEREK)
6. Seberapa sering Anda menghisap dalam-dalam asap rokok ?
7. Berapa menit sehabis bangun tidur Anda mulai merokok?
8. Apakah Anda lebih banyak merokok dalam jam pertama di pagi hari ?
9. Apakah sulit untuk tidak merokok di tempat yang dilarang merokok ?
10. Apakah Anda tetap merokok di saat Anda sedang sakit ?
11. Dalam satu hari, rokok manakah yang sulit di lewatkan ?
Dari no. 11 langsung ke pertanyaan alkohol
12. Apakah anda ingin berhenti merokok?
13. Bila Ya, apakah Anda bersedia untuk mengikuti program Berhenti Merokok?
14. Sudah berapa lama Anda berhenti merokok ? (tahun)

1. Ya 2. Tidak 1
Bila tidak, langsung ke alkohol

1 8

1. Ya, setiap hari 1
2. Ya, tidak setiap hari
3. Tidak - bila tidak langsung ke no. 14

0 6

1. Kadar nikotin rendah 1
2. Kadar nikotin sedang *Sampurna*
3. Kadar nikotin tinggi

1. Tidak pernah 1
2. Kadang-kadang
3. Selalu

1 2 0

1. Ya 2. Tidak 2

1. Ya 2. Tidak 2

1. Ya 2. Tidak 2

1. Rokok pertama di pagi 2
2. Rokok lainnya

1. Ya 2. Tidak

1. Ya 2. Tidak

Langsung ke pertanyaan alkohol

KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol ?
2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir ?
3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 minggu terakhir ?
4. Berapa kali Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan ?
5. Berapa banyak minuman beralkohol yang Anda habiskan tiap kalinya ? (diperkirakan dalam satuan cc)

1. Ya 2. Tidak
Bila tidak, langsung ke olahraga

1. Ya 2. Tidak
Bila tidak, langsung ke olahraga

1. Ya 2. Tidak
Bila tidak, langsung ke olahraga

AKTIFITAS FISIK DAN OLAHRAGA

1. Berapa banyak waktu yang Anda habiskan untuk duduk setiap harinya ? (dalam menit, dan termasuk waktu yang dihabiskan untuk duduk di tempat kerja maupun di waktu luang)
2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan ?
3. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya ? (dalam menit)
4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan ?

1 2 0

0 4
 0 6 0

1. Ringan 4. Berat 2
2. Sedang 5. Sangat berat
3. Cukup berat

POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN

1. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan buah-buahan ?
2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran ?

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

1. Apakah ada diantara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut
- | | | | |
|-------------------------|-------|----------|--------------------------------|
| a. Tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| b. Penyakit jantung | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| c. Stroke | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| d. Kencing manis | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| e. Kanker | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| f. Alergi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| g. Asma | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut
- | | | | |
|-------------------------|-------|----------|--------------------------------|
| a. Tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| b. Penyakit jantung | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| c. Stroke | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| d. Kencing manis | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| e. Kanker | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| f. Alergi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| g. Asma | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
3. Di antara Ayah/Ibu/Saudara Kandung Anda, apakah ada yang meninggal karena penyakit-penyakit di atas pada usia kurang dari 45 tahun untuk laki-laki dan 55 tahun untuk perempuan ?
- | | | | |
|--|-------|----------|--------------------------------|
| | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
|--|-------|----------|--------------------------------|

UNTUK KARYAWAN WANITA

1. Apakah saat ini Anda sedang hamil ? 1. Ya 2. Tidak
- Bila tidak, langsung ke no. 3*
2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini ?
3. Berapa jumlah kehamilan yang pernah Anda alami (termasuk kehamilan kali ini) ?
4. Berapa jumlah keguguran yang pernah Anda alami ?
5. Kapan hari pertama haid terakhir Anda ? / /
6. Berapa umur Anda pada saat haid pertama ?
7. Berapa banyak pada saat Anda haid ? 1. Banyak 2. Sedikit
8. Apakah dalam satu tahun terakhir pola haid Anda teratur ? 1. Ya 2. Tidak
9. Apakah ada rasa sakit yang berhubungan dengan haid ? 1. Ya 2. Tidak
10. Apakah Anda sering menderita keputihan ? 1. Ya 2. Tidak

KELUARGA BERENCANA

1. Apakah keluarga Anda mengikut keluarga berencana ?

1. Ya 2. Tidak

Bila tidak langsung ke Vaksinasi

2. Bila YA, metode KB apa yang Anda gunakan ?

1. Kondom 5. IUD

2. Pil 6. Vasektomi

3. Suntik 7. Tubektomi

4. Susuk 8. Lainnya

RIWAYAT VAKSINASI

1. Apakah anda pernah mendapatkan vaksinasi tetanus ?

1. Ya 3. Tidak tahu

2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkn vaksinasi hepatitis ?

1. Ya 3. Tidak tahu

2. Tidak

DONOR DARAH

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan ?

1. Ya 2. Tidak


2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ?

/ /

Formulir tersebut di atas telah saya isi dengan benar dan sesungguhnya.

Balikpapan, 19 October 2020

Nama dan tanda tangan karyawan


(..... Rasdi)

MEDICAL CHECK UP –2020

PHYSICAL EXAMINATION

NAME	RASDI, Tn.	S/N	-	DEPT	Inspection
------	------------	-----	---	------	------------

I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	130/70	mmHg	Pulse	62	x/m	Respiration	20	x/m	Temp.	36	°C
Weight (W)	71	kg	Height (H)	178	cm	BMI	22,41	Waist	78	cm	

(*) BMI = W / H² (Underweight = <18, Normal 18-25, Overweight 25-30, Obese > 30)

II. PHYSICAL EXAMINATION

No	PHYSICAL	A = ABNORMAL; N = NORMAL	A	N	Describe abnormalities in detail (circle words of importance and explain)
1	GENERAL APPEARANCE	Appearance age/ Nutritional/ Development/ Mental & emotional status/Posture/Gait/Speech		✓	
2	HEAD / SCALP	Size/Shape/Tender over sinuses/ Hair/ Eruption/ Masses/Bruit		✓	
3	EYES	Conjunctiva /Sclera/ Cornea/ Pupils/ Ptosis/ Tension/ Eye lid/Bruit/Reflex/ Range of Movement		✓	
4	EARS	Ext. canal/Membran perforation/ Discharge/ Tophi/ Hearing problem/ Mastoids		✓	
5	NOSE / SINUSES	Septum/obstruction/ Turbinate /Discharges		✓	
6	MOUTH / THROAT	Odor/Lips/Tongue/Tonsils/ Gums/ Pharynx		✓	
7	TEETH	Caries ☉, Filling(F), Missing (M), Radix☉	✓		Caries, Missing
8	NECK	Adenopathi/Thyroid/Carotids/ Trachea/ Veins/ Mass/ Spine/ Motion/ Bruit		✓	
9	BACK / SPINE	Kyphosis/Scoliosis/ Lordosis/ Mobility/ CVA/ Bone/ Tenderness/ Other deformities		✓	
10	THORAX	Symmetry/Movement/Contour / Tender		✓	
11	BREAST	Size/Consistency/ Nipples/ Areola / Discharge/ Palpable mass/ enderness/ Nodes/ Scars		✓	
12	HEART	Rate/Rhythm/Apical/Impulse/Trills/ Quality of sound/Intensity/Splitting/Extra sound/Murmurs		✓	
13	CHEST / LUNG	Excursion/Dullness or Hyper-resonance of percussion/ Quality of breath sound/ Rales/ Wheezing/Ronchi/ Bruit		✓	
14	ABDOMEN	Bowel sounds/ Appearance/ Liver/ Spleen/ Masses/ Hernias/ Murmur/ Contour/ Tenderness/ Bruit/ Nodes		✓	
15	GROIN	Hernia/Inguinal nodes/Femoral pulses		✓	
16	GENITAL	MALE	Penis/Testis/Scrotum epididymis/ Varicocele/ Scars/ Discharge/ Circumcised/ Piercing	✓	
		FEMALE	Vulva/Vagina/ Cervix/ Uterus/ Adnexae/ Rectocele/ Bartholini gland/ Urethra/ Discharge		
17	EXTREMITIES	Deformity/Clubbing/Cyanosis/Edema/Nail/ Peripheral pulses/ Calf tenderness/Joints for swelling/ ROM		✓	
18	JOINTS	ROM/ Swelling / Inflammation /Deformity		✓	
19	SKIN	Color/Birthmark/Scars/ Tattoos /Texture/Rash/ Eczema / ulcers/Piercing		✓	
20	NEUROLOGICAL	Reflexes/Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/ Sensor (touch,prick,vibrate)/ Coordination/ Romberg		✓	Romberg Test : Negative
21	MUSCULAR SYSTEM	Strength/Wasting/Development		✓	
22	RECTAL EXAM.	Sphincter tonus/ Hemorrhoids/ Fissure/ Masses /Prostate		✓	

SUPPORTIVE INVESTIGATIONS

I. VISION

Vision	Unaided		With Spectacles		Depth Perception	Colour Blindness	
	Left	Right	Left	Right			
Distant	20/20	20/20				✓	Normal
Near	20/20	20/20					Red – Green Absent
Visual fields (Normal > 70°)			Left	85°	Right	85°	Colour Blind

II. LABORATORIUM SUMMARY

	Normal	COMMENT: Cholesterol 250 mg/dl (Tinggi), LDL 161 mg/dl (Tinggi), Uric Acid 9,0 mg/dl (Tinggi).	<i>See attached result</i>
✓	Abnormal		

III. CHEST X-RAY

Pneumoconiosis	Yes	No	✓	<i>See attached result</i>
If Yes – ILO Classification				
Evidence of TB	Yes	No	✓	
Other Abnormalities				
COMMENT	Foto Thorax Normal			

IV. ECG (Optional for over 35 years of age)

Normal	✓	Abnormal	(specify) : Sinus Rhythm	<i>See attached result</i>
--------	---	----------	---------------------------------	----------------------------

V. TREADMILL (Optional for over 35 years of age)

Normal	Abnormal	(specify) :	<i>See attached result</i>
--------	----------	-------------	----------------------------

VI. SPIROMETRY (Optional for dust exposure, respiratory chronic disease,)

Test	Observed	Predicted	% Prediction		<i>See attached result</i>
				%	
VC				%	
FVC				%	
FEV 1				%	
FEV/FVC				%	

VII. AUDIOMETRY (Optional for noise exposure, previous hearing problem,)

CONCLUSION		Change since last audiometric examination	Yes	<i>See attached result</i>
✓	Normal		If Yes, what change :	No
	Abnormal	Recommended Action:		
		Refer to safety department:	<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	

Tgl. Skrining : 19/10/2020

No. : 2439

Bagian A. Identitas Pasien (diisi dengan lengkap oleh pasien yang berkunjung)

Nama Lengkap: RASDI, Tn.	Tgl. Lahir: 20/06/1992	Umur : 28 tahun	Jenis Kelamin : Laki-Laki
Nama Perusahaan: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Alamat Rumah: Jl. Ruhui Rahayu Ring Road Komp. PGRI Blok Q1 No.47	Telp./HP : HP : 0813 4854 9709	

Bagian B. Informasi Riwayat Kesehatan (diisi oleh pasien)

Berilah tanda centrang (v) pada setiap kolom pertanyaan sesuai keadaan sebenarnya:

Gejala:	Ya	Tidak
1. Apakah anda pernah mengalami demam atau riwayat demam dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Apakah anda pernah mengalami batuk/pilek/nyeri tenggorokan dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Apakah anda pernah mengalami sesak atau kesulitan bernapas (pneumonia) dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Faktor Risiko :

	Ya	Tidak
1. Apakah anda memiliki riwayat perjalanan ke wilayah/negara/kota yang termasuk kategori transmisi lokal dalam waktu 14 hari terakhir.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jakarta <input type="checkbox"/> Manado <input type="checkbox"/> Bandung <input type="checkbox"/> Pontianak <input type="checkbox"/> Yogyakarta <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Depok <input type="checkbox"/> Denpasar <input type="checkbox"/> Tangerang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bogor <input type="checkbox"/>		
2. Memiliki riwayat paparan salah satu atau lebih:		
a. Riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19 ATAU	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Bekerja di fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 ATAU	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Memiliki riwayat kontak dengan hewan penular (jika hewan penular sudah teridentifikasi).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bagian C. Pemeriksaan Tanda Vital (diisi oleh petugas pemeriksa)

Pengukuran Suhu Tubuh (°C)	Laju Pernapasan (x/menit)	Laju Nadi (x/menit)
36	20	62

Bagian D. Pemeriksaan Fisik (diisi oleh dokter pemeriksa)

Suara Napas	Ronchi	Wheezing
Vesikuler +/-	-/-	-/-

Bagian E. Kategori Penilaian

	Kesimpulan
• Pasien Dalam Pengawasan (PDP) Gejala No. 1 + No. 2 + No. 3 DAN faktor risiko No. 1 ATAU Gejala No. 1 ATAU No. 2 DAN salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2 ATAU Gejala No.3 (Berat)	<input type="checkbox"/>
• Orang Dalam Pemantauan (ODP) Gejala No. 1 ATAU No.2 DAN Faktor Risiko No.1 ATAU Gejala No.2 DAN salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2	<input type="checkbox"/>
• Orang Tanpa Gejala (OTG) Tidak ada gejala DAN Memiliki faktor risiko No.2.	<input type="checkbox"/>
• Bukan Termasuk Salah Satunya.	<input checked="" type="checkbox"/>

Saya menyatakan bahwa jawaban dan pernyataan di atas adalah benar dan telah diisi sesuai dengan keadaan yang sesungguhnya. Saya setuju hasil pemeriksaan saya disimpan dalam bentuk dokumen tertulis maupun elektronik dan jika diperlukan informasi medis yang berhubungan dengan pekerjaan saya, dapat diberikan kepada pimpinan perusahaan tempat saya bekerja.

Pasien/Karyawan	Petugas Skrining	Dokter Pemeriksa
	 SUPARLAN	  dr. Malikinhas SIP: 449.1/2/5/P.3/DPMPPT/SIP-D/2018

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab.
(Lab. Number) : 2439 /GMI-MCU/X/2020

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : RASDI, Tn. / Laki-laki

Umur
(Age) : 28 Tahun
(Years old)

Pekerjaan
(Job Position) : ASST. INSPECTOR

Dokter
(Doctor) : Dr. Hendra AZ

Perusahaan
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Tgl Pemeriksaan
(Date of Analysis) : 19 Oktober 2020

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
HEMATOLOGI			
HEMATOLOGI RUTIN			
Hemoglobine (Hgb)	16,2	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0	g/dL
Hematocrit (Hct)	47,6	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35,0- 45,0	%
Erythrocyt (RBC)	5,7	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5	10 ⁶ sel/mm ³
Leucocyt (WBC)	9	Dewasa : 4,0 - 10,0	10 ³ / μ L
Differential Count			
Basophile	0	0 - 2	%
Eosinophile	5,3	0 - 3	%
Neutrofil	58,1	50 - 70	%
Lymphocyte	31,7	20 - 40	%
Monocyte	4,9	3 - 12	%
MCV	83	80 - 100	fL
MCH	28	27 - 34	pg/cell
MCHC	34	32 - 36	g/dL
RDW- CV	13,3	11 - 16	%
RDW-SD	42,0	35 - 56	fL
Thrombocyt	325	140 - 440	10 ³ /mm ³
KIMIA KLINIK			
METABOLISME GLUKOSA/DIABETES			
Glucose Fasting	108	Normal : 70 - 110	mg/dL
PROFIL LEMAK			
Cholesterol total	250	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : \geq 240	mg/dL
Triglycerides	149	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : \geq 500	mg/dL
HDL Cholesterol	59	Rendah : < 40 Tinggi : \geq 60	mg/dL
LDL Cholesterol	161	Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 - 129	



HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab.
(Lab. Number) : 2439 /GMI-MCU/K/2020

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : RASDI, Tn. / Laki-laki
Umur
(Age) : 28 Tahun
(Years old)
Pekerjaan
(Job Position) : ASST. INSPECTOR
Dokter
(Doctor) : Dr. Hendra AZ
Perusahaan
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Tgl Pemeriksaan
(Date of Analysis) : 19 Oktober 2020

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
		Batas tinggi : 130 - 159	mg/dL
		Tinggi : 160 - 189	
		Sangat tinggi : > 190	
Rasio LDL/HDL	3	CARDIO RISK INDEX (CRI)	
		< 3 : Low risk	
		3 - 5 : Moderate risk	
		> 5 : High risk	
FUNGSI HATI			
SGOT / AST	33	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	11	0 - 40	U/L
FUNGSI GINJAL			
Uric Acid	9,0	Laki-laki dewasa : 3,5 - 7,2 Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0	mg/dL
Creatinine	0,8	0,8 - 1,4	mg/dL
Ureum	26	10 - 50	mg/dL
URINALISA			
MAKROSKOPIS URIN			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Jernih		
KIMIA			
Berat jenis	1,025	Normal : 1,003 - 1,035	
pH	6,5	Normal : 4,5 - 8	
Protein	Negatif	Normal : < 7,5 (Negatif)	mg/dL
Glucose	Negatif	Normal : < 0,018 (Negatif)	mg/dL
Leukosit esterase	Negatif	Normal : < 9 (Negatif)	Leu/ μ L
Ketone	Negatif	Normal : < 2,5 (Negatif)	mg/dL
Urobilin	Negatif	Normal : < 0,2 (Negatif)	mg/dL
Bilirubin	Negatif	Normal : < 0,4 (Negatif)	mg/dL
Nitrite	Negatif	Normal : < 0,05 (Negatif)	mg/dL
Blood	Negatif	Normal : 1 < 0,018 (Negatif)	mg/dL

Tanggal pengambilan sampel : 19 Oktober 2020

Penanggung Jawab
Laboratorium


Dr. Hendra Azhar Z
GRAND Medica

Analisis Laboratorium

Syamsiar Am. Ak





Nomor Pasien
(Patient Number) :

Nomor Film
(Film Number) : 2439

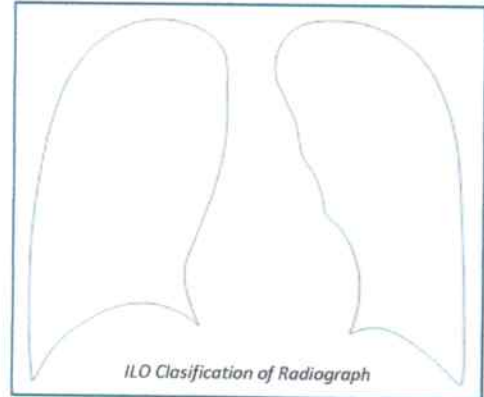
Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : RASDI, Tn.
Umur
(Age) : 28 Tahun
(years old)
Jenis Kelamin
(Gender) : Male

Perusahaan
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Pekerjaan
(Occupation) : ASST. INSPECTOR
Tgl Pemeriksaan
(Date of Analysis) : 19 Oktober 2020

Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)

Jenis Pemeriksaan
(Type of Examination) : Thorax
Posisi Penyinaran
(Exposure Position) : PA
Kondisi Penyinaran
(Exposure Condition) : kV : 66
mAs : 0,30



Interpretasi Foto Thorak oleh Spesialis Radiologi
(Chest X-ray Interpretation by the Radiologist)

Penjelasan Keadaan Abnormal
(Comment on Abnormalities)

- Kelainan Tulang dan/atau Jaringan Lunak?**
(Skeleton and/or Soft Tissue Abnormalities)
- Kelainan Bayangan Jantung?**
(Abnormal heart shadows)
- Kelainan Hilus dan/atau Kelenjar Limfa?**
(Abnormal hilar and/or lymphatic gland)
- Kelainan Diafragma dan Sudut Costophrenic?**
(Abnormal Diaphragms and Costophrenic angles)
- Kelainan Paru-paru?**
(Abnormal Lung Fields)
- Gambaran Lainnya dari Lesi TBC?**
(Any evidence of tubercular lesions)
- Gambaran Abnormal Lainnya?**
(Detail of Other Abnormalities)

No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →

Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)

Foto Thorax normal

dr. ABDUL HARISS, Sp.Rad.
(Radiologist signature)
Spesialis Radiologi





**GRAND MEDICA
INDONESIA**

Patient Data

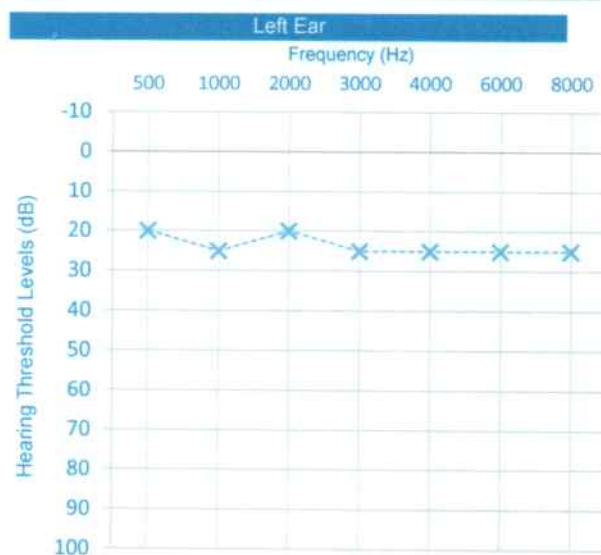
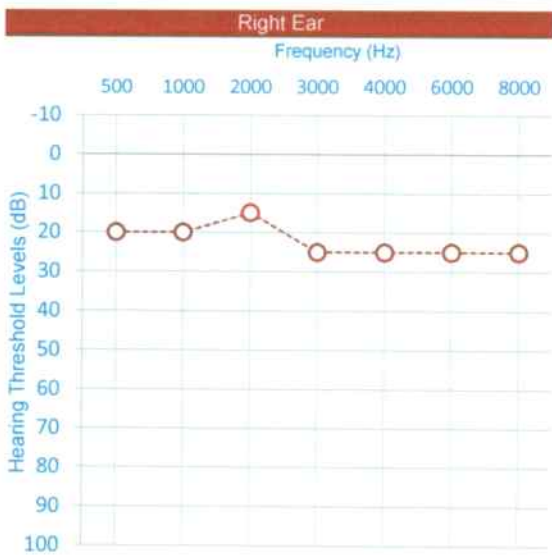
ID Number	2439	Gender	Laki-laki
First Name	RUSDI	Occupation	Asst. Inspceter
Last Name	-	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	28 Yo.	Test Date	19 Oktober 2020

Occupational Noise Exposure

Present	Type of work: Asst. Inspceter	Period of work: -	Hearing Protection Worn: No
Previous	1) -	-	-
	2) -	-	-
Military Services	<input type="checkbox"/>		

Otological History / Symptoms

<input type="checkbox"/> Serious Head Injury	<input type="checkbox"/> Bleeding	Detail:
<input type="checkbox"/> Broken Ear Drum	<input type="checkbox"/> Pressure/Fullness	
<input type="checkbox"/> Ear Surgery	<input type="checkbox"/> Pain	
<input type="checkbox"/> Ear Infection	<input type="checkbox"/> Tinnitus	
<input type="checkbox"/> Decrease Hearing	<input type="checkbox"/> Exposure to Loud Blast	
<input type="checkbox"/> Discharge	<input type="checkbox"/> Medication	



O = Right Air Conduction; <= Right Bone Conduction

X = Left Air Conduction; >= Left Bone Conduction

Test Detail

Test Location	<input checked="" type="checkbox"/> Sound Booth <input type="checkbox"/> Other	Hours Away from Noise
Technician	Susi Rindayani, A.Md.Kep	<input type="checkbox"/> < 14 hours <input type="checkbox"/> 14 - 24 hours <input type="checkbox"/> > 24 hours

Right Ear Obseration and Test Result

Left Ear Obseration and Test Result

Canal	Normal							HTL	Canal	Normal							HTL		
								RIGHT									LEFT		
Ear Drum	Normal							EAR	Ear Drum	Normal							EAR		
	Conduction									Conduction									
		Frequency (Hz)										Frequency (Hz)							
		500	1000	2000	3000	4000	6000	8000			500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		
Air	20	20	15	25	25	25	25	21,7	Air	20	25	20	25	25	25	25	23,3		
Bone								0,0	Bone								0,0		

Conclusion / Medical Report

Right Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Left Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Signature **Grand MEDICA INDONESIA**
dr. Hendra A.Z.

Instrument used
SIBELSOUND 400

Standard
OSHA



ID : 2439
Name : Rasdi
Age : 28 Years
Department: PT. Inspekindo

Gender : Male

HR : 62 BPM
P Dur : 82 ms
PR Int : 148 ms
QRS Dur : 80 ms
QT/QTc Int : 395/402 ms
P/QRS/T axis : 0/59/36
RV5/SV1 amp : 1.299/1.398 mV
RV6/SV1 amp : 2.697 mV
RV6/SV2 amp : 1.321/1.654 mV

Diagnosis Information:
800: Sinus Rhythm
701: Poor R Wave Progression(V2,V3)

Technician : Rinda A.md.Kep
Report Confirmed by:

Dr. ACEHMAD YUSRI, SpJP
GIGI DAN PERUBAH PERUBAH

RRR

