



**GRAND MEDICA
INDONESIA**

Make SMILE and Be HEALTHY

PERSONAL DATA

No. MCU : 0703/GMI-MCU/II/2020
No. Badge : -
N a m a : **ARIF KRISTANTO, Tn.**
U m u r : 28 tahun
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Jabatan : Asst. Inspector
Tgl Pemeriksaan : 28/02/2020
Alamat : Jl. Sungai Ampal RT 44 No. 24 Kel. Sumber Rejo, Balikpapan.

703



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

**HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE
TAHUN 2020**



NAMA : ARIF KRISTANTO
TANGGAL LAHIR : 24 / 01 / 1992
JENIS KELAMIN : LAKI - LAKI
S/N :
IGG :
DEPT/SERVICE : INSPECTION
LOKASI KERJA : BALIKPAPAN
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 Perempuanorang
- 5. Alamat sekarang : Sl. Sungai Ampel Rt. 44 No. 24
Kel. Subbar Rijo
- 6. No. Extension Telpon. : Telpon/HP 0812.5617.0895
Kantor : Kamar (untuk lapangan)

HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN

No.	Posisi	Lama Kerja	Perusahaan	Lama paparan dalam jam/hari					
				Bising	Dabu	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 : _____ jam/hari
- 3. Workshop : _____ jam/hari
- 4. Process area : _____ jam/hari
- 5. Well/Offshore : _____ 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 checked="" type="checkbox"/>
g. Ayan / Gangguan syaraf	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
h. Asma	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
i. Batu ginjal	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
j. Alergi	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
k. Thypus	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
l. TBC	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
m. Malaria	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
n. Penyakit kelamin	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
o. Kuning / Hepatitis	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
p. Gangguan jiwa	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
q. Takut pada ketinggian	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
r. Mata	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
s. Hidung	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
t. Telinga	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
u. Gigi / mulut	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
v. Lambung	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
w. Wasir	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
x. Kulit	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
y. Sendi - sendi	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
z. Kandungan	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>

RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

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

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

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------
- 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------
- 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	<input checked="" type="radio"/> 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------
- 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 ?

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

2. Sejak umur berapa Anda mulai merokok untuk pertama kalinya ?

3. Apakah saat ini Anda merokok ?

1. Ya, setiap hari

2. Ya, tidak setiap hari

3. Tidak - bila tidak langsung ke no. 14

4. Berapa banyak rokok yang Anda isap setiap harinya ?

5. Jenis rokok apa yang Anda isap ? (DITULIS MEREK)

1. Kadar nikotin rendah

2. Kadar nikotin sedang *sampurna*

3. Kadar nikotin tinggi

6. Seberapa sering Anda menghisap dalam-dalam asap rokok ?

1. Tidak pernah

2. Kadang-kadang

3. Selalu

7. Berapa menit sehabis bangun tidur Anda mulai merokok?

8. Apakah Anda lebih banyak merokok dalam jam pertama di pagi hari ?

1. Ya 2. Tidak

9. Apakah sulit untuk tidak merokok di tempat yang dilarang merokok ?

1. Ya 2. Tidak

10. Apakah Anda tetap merokok di saat Anda sedang sakit ?

1. Ya 2. Tidak

11. Dalam satu hari, rokok manakah yang sulit di lewatkan ?

1. Rokok pertama di pagi

Dari no. 11 langsung ke pertanyaan alcohol

2. Rokok lainnya

12. Apakah anda ingin berhenti merokok?

1. Ya 2. Tidak

13. Bila Ya, apakah Anda bersedia untuk mengikuti program Berhenti Merokok?

1. Ya 2. Tidak

Langsung ke pertanyaan alcohol

14. Sudah berapa lama Anda berhenti merokok ? (tahun)

KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol ?

1. Ya 2. Tidak

Bila tidak, langsung ke olahraga

2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir ?

1. Ya 2. Tidak

Bila tidak, langsung ke olahraga

3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 minggu terakhir ?

1. Ya 2. Tidak

Bila tidak, langsung ke olahraga

4. Berapa kali Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan ?

5. Berapa banyak minuman beralkohol yang Anda habiskan tiap kalinya ? (diperkirakan dalam satuan cc)

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. Ringan 4. Berat

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 ?

7
7

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

1. Apakah ada diantara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut

a. Tekanan darah tinggi

1. Ya 2. Tidak

2

b. Penyakit jantung

1. Ya 2. Tidak

2

c. Stroke

1. Ya 2. Tidak

2

d. Kencing manis

1. Ya 2. Tidak

2

e. Kanker

1. Ya 2. Tidak

2

f. Alergi

1. Ya 2. Tidak

2

g. Asma

1. Ya 2. Tidak

2

2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut

a. Tekanan darah tinggi

1. Ya 2. Tidak

2

b. Penyakit jantung

1. Ya 2. Tidak

2

c. Stroke

1. Ya 2. Tidak

2

d. Kencing manis

1. Ya 2. Tidak

2

e. Kanker

1. Ya 2. Tidak

2

f. Alergi

1. Ya 2. Tidak

2

g. Asma

1. Ya 2. Tidak

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

2

UNTUK KARYAWAN WANITA

1. Apakah saat ini Anda sedang hamil ?

1. Ya 2. Tidak

<input type="checkbox"/>

Bila tidak, lompat ke no. 3

2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

3. Berapa jumlah kehamilan yang pernah Anda alami (termasuk kehamilan kali ini) ?

<input type="text"/>

4. Berapa jumlah keguguran yang pernah Anda alami ?

<input type="text"/>

5. Kapan hari pertyama haid terakhir Anda ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

6. Berapa umur Anda pada saat haid pertama ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

7. Berapa banyak pada saat Anda haid ?

1. Banyak 2. Sedikit

<input type="checkbox"/>

8. Apakah dalam satu tahun terakhir pola haid Anda teratur ?

1. Ya 2. Tidak

<input type="checkbox"/>

9. Apakah ada rasa sakit yang berhubungan dengan haid ?

1. Ya 2. Tidak

<input type="checkbox"/>

10. Apakah Anda sering menderita keputihan ?

1. Ya 2. Tidak

<input type="checkbox"/>

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 ?

/ /

Tidak Pernah

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

Balikpapan, 28 Februari 2019
Nama dan tanda tangan karyawan


(APRIL)

MEDICAL CHECK UP –2020

PHYSICAL EXAMINATION

NAME	ARIF KRISTANTO, Tn.	S/N	-	DEPT	Inspection
------	---------------------	-----	---	------	------------

I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	110/80	mmHg	Pulse	56	x/m	Respiration	20	x/m	Temp.	36	°C
Weight (W)	83	kg	Height (H)	175	cm	BMI	27,1	Waist	95	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/ Tracheal 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	Hemia/Inguinal nodes/Femoral pulses		✓	-
16	GENITAL	MALE		✓	-
		FEMALE			-
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		✓	-
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	20/30	20/70			-	✓	Normal
Near	20/30	20/40					
Visual fields (Normal > 70°)			Left	85°	Right	85°	Colour Blind

II. LABORATORIUM SUMMARY*See attached result*

	Normal	COMMENT: <i>Cholesterol 235 mg/dL (Meningkat, N < 200 mg/dl), LDL: 174 mg/dL (Tinggi, N < 130 mg/dL).</i>
✓	Abnormal	

III. CHEST X-RAY*See attached result*

Pneumoconiosis	Yes	No	✓
If Yes – ILO Classification			
Evidence of TB	Yes	No	✓
Other Abnormalities			
COMMENT	Foto Thorax Normal		

IV. ECG (Optional for over 35 years of age)*See attached result*

Normal	✓	Abnormal	(specify) : Sinus Bradycardia, HR: 56
--------	---	----------	--

V. TREADMILL (Optional for over 35 years of age)*See attached result*

Normal	Abnormal	(specify) :
--------	----------	-------------

VI. SPIROMETRY (Optional for dust exposure, respiratory chronic disease,)*See attached result*

Test	Observed	Predicted	% Prediction	
VC	-	-	-	%
FVC	5,21	5,15	101	%
FEV 1	3,78	4,31	88	%
FEV/FVC	72,6	84,3	86	%

VII. AUDIOMETRY (Optional for noise exposure, previous hearing problem,)*See attached result*

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

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab. (Lab. Number) : 0703 /GMI-MCU/II/2020

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name) :	ARIF KRISTANTO, Tn.	/	M	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) :	28 Februari 2020	

HEMATOLOGY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Hemoglobine (Hgb)	15,2	(F:12,0-16,0 g/dL, M:13,0-18,0 g/dL)
Hematocrit (Hct)	43,6	(F: 35,0 - 45,0%, M: 40,0 - 50,0 %)
Erythrocyt (RBC)	5,1	(F:3,8-5,5x10 ⁶ sel/mm ³ , M:4,4-5,6x10 ⁶ sel/mm ³)
Leucocyt (WBC)	6,2	(4,0 - 10,0/mm ³)
Differential Count		
Basophile	0,5	0,0 - 2,0%
Eosinophile	5,2	0,5 - 6,0%
Neutrofil	46,5	50,0 - 70,0%
Lymphocyte	39,6	20,0% - 40,0%
Monocyte	8,2	3,0 - 12,0%
MCV	85	80 - 100 fL
MCH	29	27-34 pg/sel
MCHC	35	32-36 g/dL
RDW- CV	13,2	11,0 - 16,0 %
RDW-SD	42,2	35,0 - 56,0 fL
Thrombocyt	271	(140 - 440 x 10 ³ /mm ³)

BLOOD CHEMISTRY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Glucose Fasting	103	70 - 110 mg/dL
Cholesterol total	235	Normal : <200mg/dl Borderline :200-240 Tinggi > 240 mg/dl
HDL Cholesterol	42	M:Normal > 55 mg/dl Boorderline 35 - 55 mg/dl Abnormal < 35 mg/dl F : Normal > 65 mg/dl Borderline 45 - 65 mg/dl Abnormal < 45 mg/dl
LDL Cholesterol	174	Normal < 130 mg.dl Borderline 130-159 mg/dl Tinggi > 160 mg/dl
Triglycerides	94	Normal < 150 mg/dL Bordeline 150 -199 mg/dl Tinggi 200 -499 mg/dL
Uric Acid	3,8	(Dewasa M :3,5 - 7,2 mg/dL) (Dewasa F : 2,6 6,0 mg/ dL)
Creatinine	0,9	0.8 - 1.4 mg/dL
Ureum	22	10 - 50 mg/ dL
SGOT / AST	15	M : s/d 37 U/L F : s/d31 U/ L
SGPT / ALT	15	M : s/d 40 U/L F : s/d 35 U/ L

URINALYSIS	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
MACROS		
Colour	Kuning Jernih	Jernih
Spec.Grav	1,025	1,003 - 1,035
pH	6,5	4,5 - 8
Protein	Negative	< 7,5 mg/dl, 0,075 g/l
Glucose	Negative	< 0,018 mg/dl, < 5 mmol/L
Leucocyt	Negative	< 9 Leu/μ L
Ketone	Negative	< 2,5 mg/dl, 0,25 mmol/ dl
Urobilin	Negative	<0,2 mg/dl, <3,5 μmol/dl
Bilirubin	Negative	<0,4 mg/dl, <2,5 μmol/L
Nitrite	Negative	< 0,05 mg/dl
Blood	Negative	< 0,018 mg/dl, < 5 ery/μl

Penanggung Jawab
Laboratorium

Dr. Hendra AZ

Laboratorium
GRAND Medica

Analisis Laboratorium

Syamsiar Am. Ak

Jl. Marsma R. Iswahyudi No.19 RT.08
Balikpapan. Kalimantan Timur
P: 0542-721-4552; 0823-6655-3030
F: 0542-721-4553 E: grandmedica@gmail.com



Nomor Pasien
(Patient Number) :

Nomor Film
(Film Number) : 703

Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : ARIF KRISTANTO, Tn.

Perusahaan
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Umur
(Age) : 28 Tahun
(years old)

Pekerjaan
(Occupation) : ASST INSPECTOR

Jenis Kelamin
(Gender) : Male

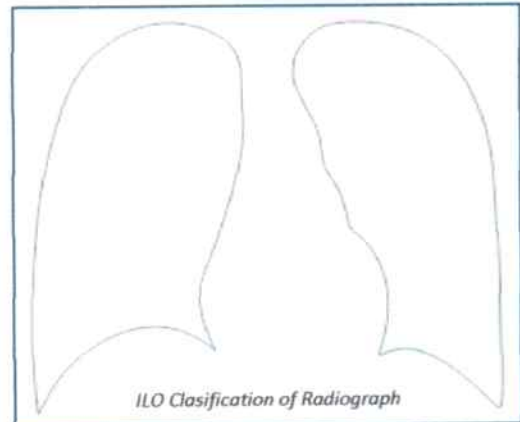
Tgl Pemeriksaan
(Date of Analysis) : 28 Februari 2020

Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)

Jenis Pemeriksaan
(Type of Examination) : Thorax

Posisi Penyinaran
(Exposure Position) : PA

Kondisi Penyinaran
(Exposure Condition) : kV : -
mAs : -



ILO Classification of Radiograph

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)

<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →

Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)

Foto thorax normal

 **Grand**
MEDICA INDONESIA
dr. ABQIL HARIS, Sp.Ras
Spesialis Radiologi

Allengers
Passion for excellence

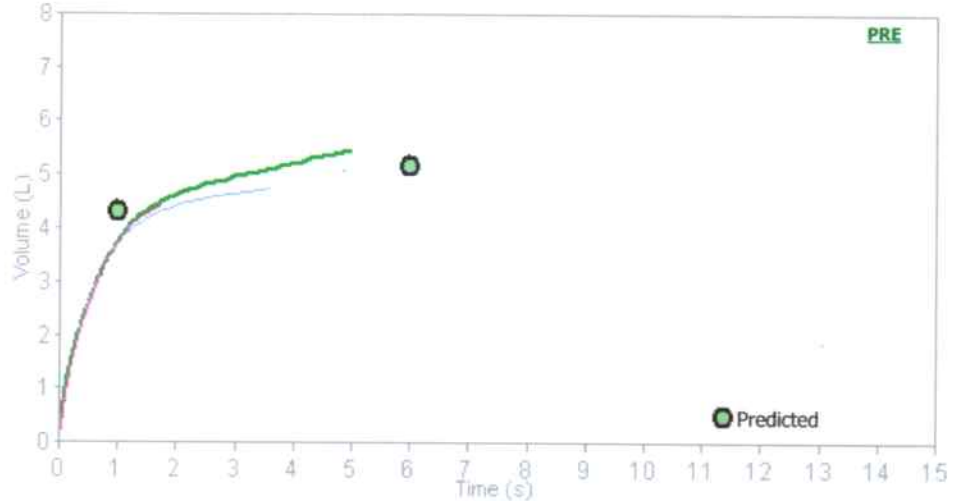
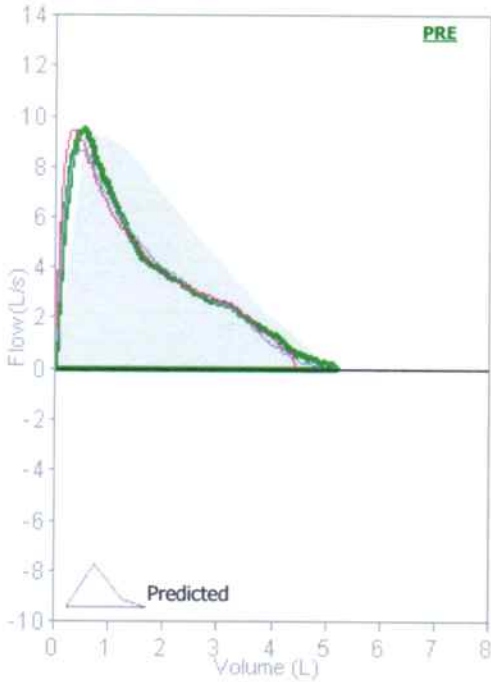
Pulmonary Function Test Results



**GRAND MEDICA
INDONESIA**

Visit date 28/02/2020

Patient code	703. 2020 INSPEKTINDO	Age	28
Surname	KRISTANTO	Gender	Male
Name	ARIF	Height, cm	175
Date of birth	24/01/1992	Weight, kg	83
Ethnic group	Oriental	BMI	27,10
Smoke	Smoker	Pack-Year	0
Patient group			



Quality Control Grade: B Variability: FEV1=0L (0%), FVC=0,32L (6,54%)
3 Acceptable trials

Interpretation
Normal Spirometry



PRE Trial date 28/02/2020 9:45:59

Parameters	LLN	Pred	PRE # 1	%Pred	Z-score	PRE # 2	PRE # 3	POST#1	%Pred	%Chg
FVC L	4,10	5,15	5,21	101	0,09	4,89	4,42			
FEV1 L	3,44	4,31	3,78	88	-1,00	3,76	3,78			
FEV1/FVC %	74,1	84,3	72,6	86	-1,89	76,9	85,5			
PEF L/s	6,06	9,48	9,52	100	0,02	8,71	9,45			
ELA Years		28	46	164		47	46			
FEF2575 L/s	2,82	4,60	2,84	62	-1,62	3,13	3,53			
FET s		6,00	3,95	66		3,98	1,73			
FIVC L	4,10	5,15								
FEV1/VC %	74,1	84,3								

BTPS 1,058 32 °C (89,6 °F) - Predicted Knudson

Conclusion / Medical report

Fungsi Paru Paru dalam batas normal

Signature
Dr. Hendra AZ.

Instrument used
Spirobank II new S/N Y04391
Last calibration check 28/02/2020 8:25:19



Patient Data

ID Number: 703
 First Name: ARIF
 Last Name: KRISTANTO
 Age: 28 Yo.
 Gender: Laki-laki
 Occupation: Asst Inspector
 Company: PT. Inspektindo Sinergi Persada
 Test Date: 28 Februari 2020

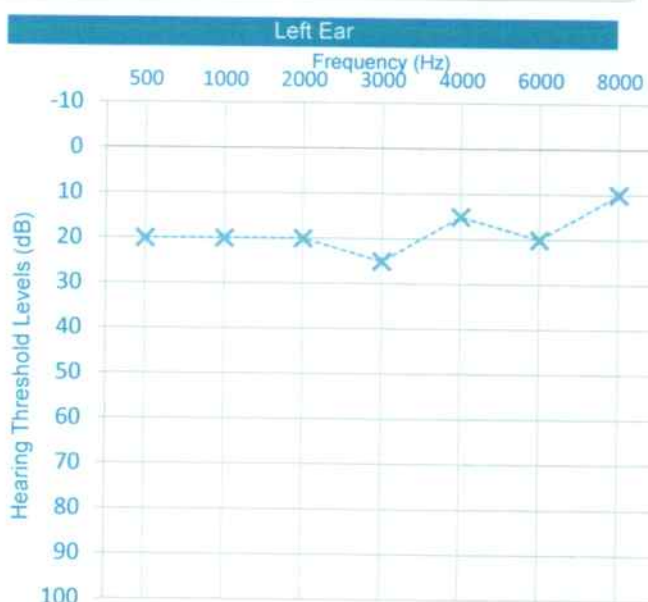
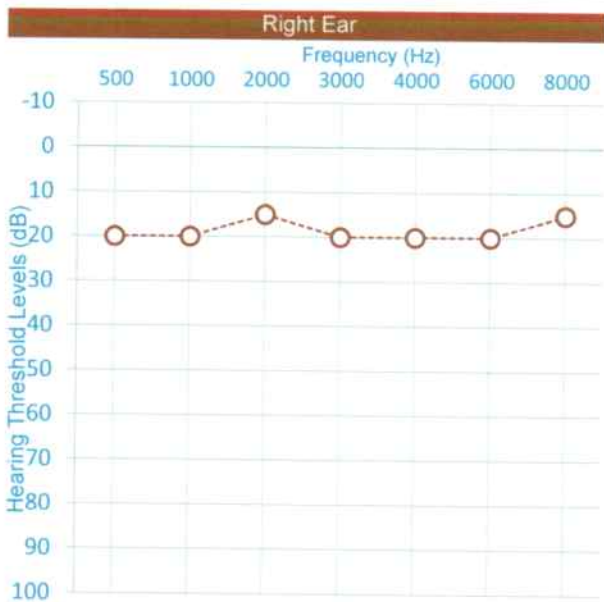
Occupational Noise Exposure

Type of work: Present 0
 Previous 1) - 2) -
 Military Services -
 Period of work: -
 Hearing Protection Worn: No

Otological History / Symptoms

- Serious Head Injury
- Broken Ear Drum
- Ear Surgery
- Ear Infection
- Decrease Hearing
- Discharge
- Bleeding
- Pressure/Fullness
- Pain
- Tinnitus
- Exposure to Loud Blast
- Medication

Detail:



O = Right Air Conduction; <= Right Bone Conduction

X = Left Air Conduction; >= Left Bone Conduction

Test Detail

Test Location: Sound Booth Other
 Technician: Fitriyana, A.Md.Kep
 Hours Away from Noise: < 14 hours 14 - 24 hours > 24 hours

Right Ear Observation and Test Result

Canal	Normal							HTL
Ear Drum	Normal							RIGHT EAR
Conduction	Frequency (Hz)							18,3
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
Air	20	20	15	20	20	20	15	
Bone								

Left Ear Observation and Test Result

Canal	Normal							HTL
Ear Drum	Normal							LEFT EAR
Conduction	Frequency (Hz)							20,0
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
Air	20	20	20	25	15	20	10	
Bone								

Conclusion / Medical Report

Right Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.
 Left Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Signature



Instrument used
SIBELSOUND 400

Standard
OSHA



Id : 703
Name : Arif Kristanto
Age : 28 Years
Gender : Male
Department: PT. Inspektindo Sinergi Persad

HR : 56
P Dur : 114 ms
PR int : 141 ms
QRS Dur : 87 ms
QT/QTc int : 393/382 ms
P/QRS/T axis : 75/60/52 °
RV5/SV1 amp : 1.492/1.547 mV
RV5+SV1 amp : 3.039 mV
RV6/SV2 amp : 1.256/1.423 mV

Technician : Fitriyana, Amd/Keper
Report Confirmed by:

Diagnosis Information:
811: Sinus Brady cardia
Normal ECG



dr. **ACHMAD YUSRI, SpJP**
SPECIALIS AMTUNGAN DAN PEMBUAH DARAH

