

MEDICAL CHECK UP REPORT



NAME : Idham
SEX : Male
COMPANY : PT. Inspektindo Sinergi Persada
MEDICAL RECORD : 01 92 78
DATE OF VISIT : October 19, 2019
NEXT VISIT : October 19, 2020

KUESIONER PEMERIKSAAN KESEHATAN

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

IDENTITAS PEGAWAI

Nama Lengkap : IDH—IAM
 Tempat Tanggal Lahir : Balikpapan, 1 Juni 1992
 Jenis Kelamin : Laki-Laki
 Agama : Islam
 Jabatan / Pekerjaan : Asistant Inspector
 Status : (1) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
 Jumlah Anak : Anak laki-laki: ... orang, Anak perempuan: ... orang
 Alamat sekarang : Jl. Kawih RT. 03 Kelurahan Sepinggan
 Telepon / HP : 081348099659
 No. Ext Telp. : Kantor : Kamar (untuk lapangan) :

HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN

No	Posisi	Lama Kerja	Perusahaan	Lama Paparan dalam jam/hari					
				Bising	Kimia	Debu	Radiasi	Ergonomi	Lain-lain
1	Asistent	1	PT. ICO Asia Pacific	3	3	8	1		
2	Asistent	3	PT. ISP	5	3	8	X		

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 Anda dalam sehari.

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

PETUNJUK PENGISIAN :

ISILAH NOMOR 1 ATAU 2 YANG SESUAI DENGAN JAWABAN ANDA PADA KOTAK JAWABAN YANG TELAH TERSEDIA DI SAMPING KANAN. JANGAN MELINGKARI (0) ATAU MENCORET (X) PADA PILIHAN JAWABAN

RIWAYAT KESEHATAN

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

- | | | | |
|-------------------------|-------|----------|---|
| a. Tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
| b. Tekanan darah rendah | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
| c. Jantung | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |

d. Stroke	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
e. Kencing Manis	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
f. Timbul benjolan/tumor	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
g. Ayan/gangguan saraf lain	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. Thypus	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-sendii	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
z. Kandungan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

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

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

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

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

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

4. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut?

5. Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh? 1. Ya 2. Tidak 2

6. Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit? 1. Ya 2. Tidak 2
Bila tidak langsung ke no. 8

7. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir?

8. Apakah Anda menderita penyakit yang harus dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir? 1. Ya 2. Tidak 2

KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah Anda pernah merokok? 1. Ya 2. Tidak 2
Bila tidak langsung ke pertanyaan 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* 3

4. Berapa banyak rokok yang Anda hisap setiap harinya?

5. Jenis rokok apa yang Anda hisap? (TULIS MEREK ROKOK) 1. Kretek 2. Filter

6. Seberapa sering Anda mengisap 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 2 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 1 hari waktu merokok, manakah yang sulit dilewatkan? 1. Merokok pertama di pagi
2. Merokok diwaktu lainnya
12. Apakah Anda ingin berhenti merokok? 1. Ya 2. Tidak
Bila tidak langsung ke pertanyaan alkohol
13. Bila Ya, apakah Anda bersedia untuk mengikuti Program Berhenti Merokok? 1. Ya 2. Tidak
14. Sudah berapa lama Anda berhenti merokok? (tahun)

KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol? 1. Ya 2. Tidak
2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak
Bila tidak langsung ke pertanyaan olah raga
3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak
4. Berapa hari Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan? -
5. Berapa banyak minuman beralkohol yang Anda habiskan tiap kalinya? (diperkirakan dalam satuan ml) - -

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 2. Sedang 3. Cukup berat 4. Berat 5. Sangat 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 di antara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut

- | | | | |
|-------------------------|-------|----------|----------------------------|
| a. tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. penyakit jantung | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. stroke | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. kencing manis | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 1 |
| e. kanker | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| f. alergi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| g. asma | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |

2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut

- | | | | |
|-------------------------|-------|----------|----------------------------|
| a. tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. penyakit jantung | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. stroke | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. kencing manis | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| e. kanker | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| f. alergi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| g. asma | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |

3. Di antara Ayah/Ibu/Saudara kandung Anda, apakah ada yang meninggal karena penyakit-penyakit di atas pada usia kurang dari 45 th untuk laki-laki dan 55 th untuk perempuan?

- | | | |
|-------|----------|----------------------------|
| 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 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 dialami (termasuk kehamilan kali ini)?

4. Berapa jumlah keguguran yang pernah dialami?

5. Kapan hari pertama haid terakhir anda?

/ /

6. Berapa umur Anda pada saat haid pertama?

7. Berapa banyak darah 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 mengikuti Keluarga Berencana?

1. Ya 2. Tidak

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 mendapatkan 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, 16 Oktober2019.


(.....)

MEDICAL CHECK UP EXAMINATION FORM

A. GENERAL CONDITION

Blood Pressure (supine)	121/ 88 - mmHg
Pulse	92 x /mn
Respiration	20 x /mn
Temperature	36,6 °C

Weight (W)	75,6 kg
Height (H)	167,5 cm
BMI	26,95

*BMI = W / H² (Underweight <18,5, Normal 18,5-24,9, Overweight 25-29,9, Obese ≥30)

VISION	Unaided		With Spectacles		Colour Blindness
	Left	Right	Left	Right	
DISTANT	6/6	6/6			<input checked="" type="checkbox"/> Normal
NEAR					<input type="checkbox"/> Red - Green Absent
					<input type="checkbox"/> Colour Blind

B. PHYSICAL

NO	PHYSICAL	A- Abnormal N- Normal (circle word of importance and explain)			Describe abnormalities in detail
			A	N	
1	General Appearance	Appearance age/Nutritional/Development/Mental & Emotional status/Posture/Gait/Speech		<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Head/Scalp	Size/Shape/Tender over sinuses/Hair/Eruption Masses/Bruit		<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Eyes	Conjunctiva/Sclera/Cornea/Pupils/Ptosis/Tension/ Eye lid/Bruit/Reflex/Range of Movement		<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Ears	Ext. Canal/Membran perforation/Discharge/Tophi Hearing problem/Mastoids/Cerumen		<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Nose/Sinuses	Septum/Obstruction/Turbinates/Discharges		<input checked="" type="checkbox"/>	
6	Mouth/Throat	Odor/Lips/Tounge/Tonsils/Gums/Pharynx		<input checked="" type="checkbox"/>	
7	Teeth	Caries (O), Filling (F), Missing (X), Radix (V)		<input checked="" type="checkbox"/>	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
				<input checked="" type="checkbox"/>	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8	Neck	Adenopathi/Thyroid/Carotids/Trachea/Veins/ Mass Spain/Motion/Bruit		<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Back/Spain	Kyphosis/Scoliosis/Lordosis/Mobility/CVA/Bone/ Tenderness/Other deformities		<input checked="" type="checkbox"/>	
10	Thorax	Symmetry/Movement/Contour/Tender		<input checked="" type="checkbox"/>	
11	Breast	Size/Consistency/Nipples/Areolar/Discharge/Pal- pable mass/Tenderness/Nodes/Scars		<input checked="" type="checkbox"/>	
12	Heart	Rate/Rhythm/Apical/Impulse/Trills/Quality of Sound/ Intensity/Splitting/Extra sound/Murmurs		<input checked="" type="checkbox"/>	
13	Chest/Lung	Excursion/Dullness of Hyper-resonance of percussion/ Quality of breath sound/Rales/Wheezing/Ronchi/Bruit		<input checked="" type="checkbox"/>	
14	Abdomen	Bowel sounds/Appearance/Liver/Spleen/Masses/ Hernias/Murmur/Contour/Tenderness/Bruit/Nodes		<input checked="" type="checkbox"/>	
15	Groin	Hernia/Inguinal nodes/Femoral pulses		<input checked="" type="checkbox"/>	
16	Genital				
	- Male	Penis/Testis/Scrotum epididymis/Varicocele/Scars/ Discharge/Circumcised/Piercing		<input checked="" type="checkbox"/>	
	- Female	Vulva/Vagina/Cervix/Uterus/Adnexae/Rectocele/ Bartholini gland/Urethra/Discharge		<input checked="" type="checkbox"/>	
17	Extermities	Deformity/Clubbing/Cyanosis/Edema/Nail/Peripheral pulses/Calf tenderness/Joints for swelling/ROM		<input checked="" type="checkbox"/>	
18	Joints	ROM/Sweeling/Inflammation/Deformity		<input checked="" type="checkbox"/>	
19	Skin	Color/Birth Mark/Scars/Tatoos/Texture/Rash/Eczeme/ Ulcers/Piercing		<input checked="" type="checkbox"/>	
20	Neurological	Reflexes/Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/Sen- sorial (touch, prick, vibrate) / Coordination/Romberg		<input checked="" type="checkbox"/>	
21	Muscular System	Strength/Wasting/Development		<input checked="" type="checkbox"/>	
22	Rectal Examination	Sphincter tone/Hemorrhoids/Fissure/Masses/Prostate		<input checked="" type="checkbox"/>	

Lap. Pandang → dalam batas Normal

Approved by GP :

Dr. Gessy  Lusiana S

LABORATORY RESULTS

Name : Idham	Date of Visit : October 19, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 78
Date of Birth : June 4, 1992	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
HEMATOLOGY		
Automated Blood Count		
- WBC	6,2	4.5 - 10.0 K/ul
- RBC	5,6	M : 4.7-6.1 M/ul F : 4.2-5.4 M/ul
- Haemoglobine	16,5	M : 13-18 g/dl F : 12-16 g/dl
- Haematocrite	47%	M : 42-52% F : 37-47%
- MCV	84	80- 100 fL
- MCH	29	26 - 34 pg
- MCHC	35	32 - 36 g/dL
- Thrombocyte	288	150 - 450 K/ul
- ESR	11	M : 0 - 10 mm/h : F : 0 - 20 mm/h
- Diff. Count :		
Basophil	0%	0 - 1%
Eosinophil	2%	2 - 4%
Stab	2%	3 - 5%
Segment	58%	55 - 65%
Lymphocyte	33%	25 - 35%
Monocyte	5%	3 - 6%
BLOOD CHEMISTRY		
LIPID PROFILE		
- Total Cholesterol	163	<200 mg/dl
- HDL Cholesterol	47	M : >35 mg/dl F : >45 mg/dl
DIABETES		
- Glucose Fasting	102	70-110 mg/dl

LABORATORY RESULTS

Name : Idham	Date of Visit : October 19, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 78
Date of Birth : June 4, 1992	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
URINALYSIS		
MACROSCOPIC		
- Color	Yellow	
- Turbidity	Clear	
- S. Gravity	1.005	1.010 - 1.030
- pH	6.5	4.8 - 7.4
- Leucocyte (Enzymatic)	Negative	Negative
- Glucose	Negative	Negative
- Nitrite	Negative	Negative
- Bilirubin	Negative	Negative
- Blood	Negative	Negative
- Urobilinogen	Negative	Negative
- Protein	Negative	Negative
- Keton	Negative	Negative
MICROSCOPIC		
- WBC	0 - 1	0 - 4
- RBC	0 - 1	0 - 1
- Ephitel	0 - 1	+ / Positive
- Cylinder	Negative	Negative
- Crystal Oxalat	Negative	Negative
- Bacteria	Negative	Negative
- Others	Negative	Negative

Technician of Laboratory



(_____)

Head of Laboratory



Dr. Yussie Andeline

RADIOLOGY RESULT

Name : IDHAM	Date of Visit : OCTOBER 19, 2019
Sex : MALE	Rontgen Record : 0 6 3 3
Date of Birth : JUNE 04, 1992	Company PT.INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

TEST NAME : RONTGEN THORAX

TS Yth.

Foto Thorax

- Corakan bronchovaskuler paru dalam batas normal.
- Tidak tampak proses spesifik pada kedua paru.
- Jantung tidak membesar.
- Kedua sinus dan diafragma normal.
- Tulang - tulang intact.

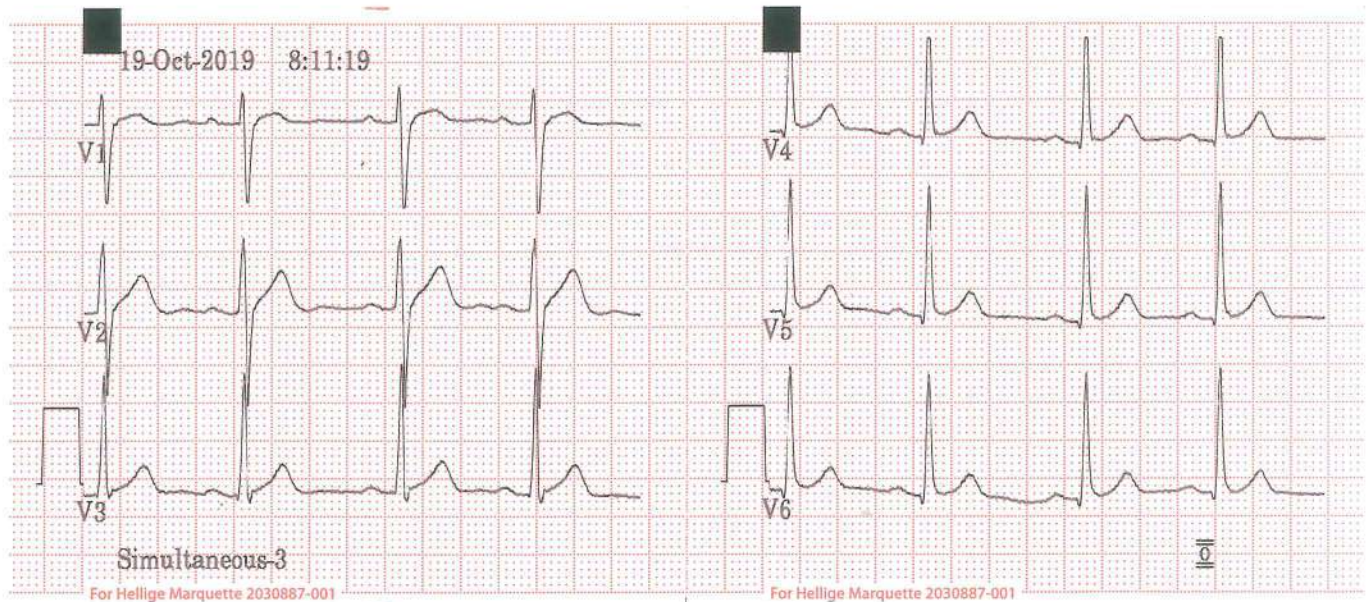
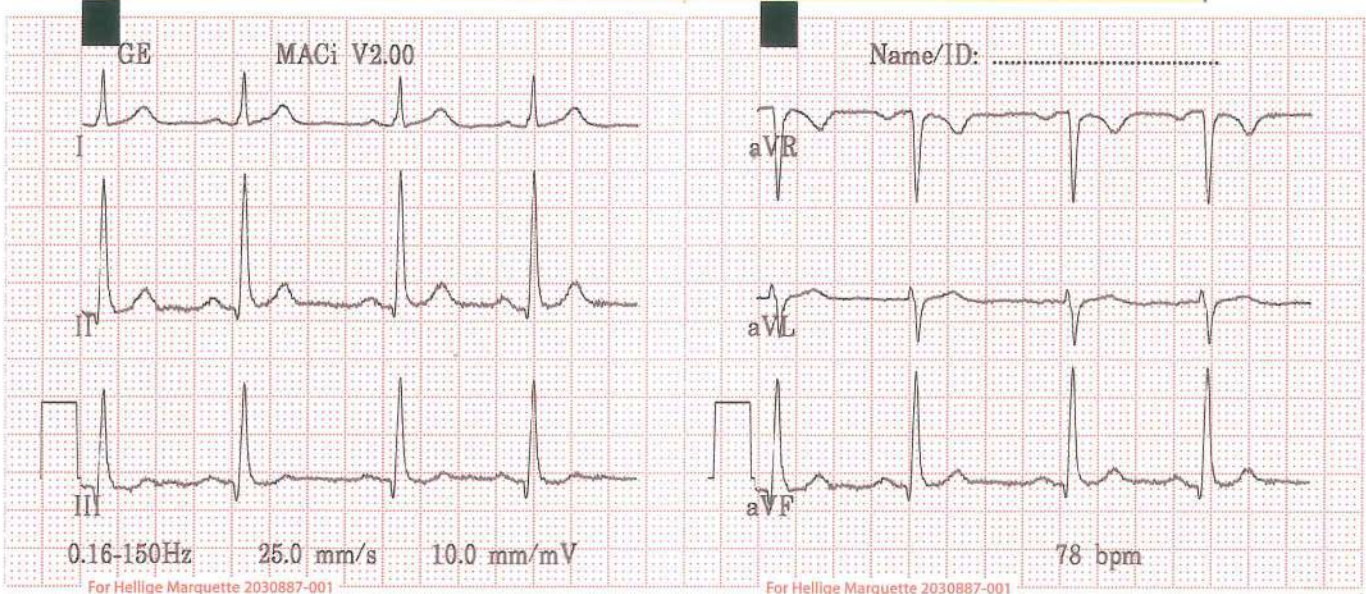
Kesan : Tidak tampak kelainan radiologik pada foto thorax ini. ✓

Salam Sejawat,

R
Dr. Nurmayanti Masdin, Sp. Rad
026/057B/SIP-D/IX/2016

ECG RESULT

Name : Idham	Date of Visit : October 19, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 78
Date of Birth : June 4, 1992	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada



KESIMPULAN	DOKTER PEMERIKSA
Normal	 Dr. Lukman Hatta S, Sp.PD, Sp.KL, FINASIA 026/1118C/SIP-D/2017

SPIROMETRY RESULT

Name : Idham	Date of Visit : October 19, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 78
Date of Birth : June 4, 1992	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST REPORT

Name: IDHAM
IDNo: 6 8 4
Date: 10/19/2019 10:51
Sex : Male Age : 27
HT : 167.0 cm WT : 76.0 kg
BSA : 1.84 m² Race: Asian(100)
PB : 1013.1 hPa
Temp: 36.7 °C Humi: 50.0 %
Pred. Formula: Knudson
Cal. Date: 10/19/2019 07:39

Physi: _____

Com: _____

ITEM	MEAS	PRED	%PRED
FVC	L	5.15	4.51 114.2
FEV0.5	L	3.40	2.98 114.1
FEV1.0	L	4.43	3.80 116.6
FEV1%(G)	%	86.02	85.33 100.8
FEV1%(T)	%	*	
FEV1/VCpr	%	98.2	
PEF	L/s	9.85	8.76 112.4
FEF25	L/s	8.36	8.10 103.2
FEF50	L/s	5.82	4.89 119.0
FEF75	L/s	2.74	2.07 132.4

ITEM	MEAS	PRED	%PRED
FVC	L	5.13	4.51 113.7
FEV0.5	L	3.36	2.98 112.8
FEV1.0	L	4.40	3.80 115.8
FEV1%(G)	%	85.77	85.33 100.5
FEV1%(T)	%	*	
FEV1/VCpr	%	97.6	
PEF	L/s	8.37	8.76 95.5
FEF25	L/s	7.84	8.10 96.8
FEF50	L/s	6.08	4.89 124.3
FEF75	L/s	2.46	2.07 118.8

ITEM MEAS PRED %PRED

FVC	L	5.20	4.51 115.3
FEV0.5	L	3.52	2.98 118.1
FEV1.0	L	4.51	3.80 118.7
FEV1%(G)	%	86.73	85.33 101.6
FEV1%(T)	%	*	
FEV1/VCpr	%	100.0	
PEF	L/s	9.87	8.76 112.7
FEF25	L/s	8.89	8.10 109.8
FEF50	L/s	6.14	4.89 125.6
FEF75	L/s	2.61	2.07 126.1

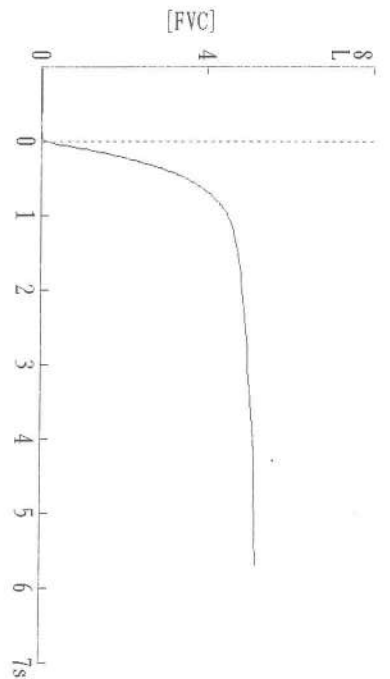
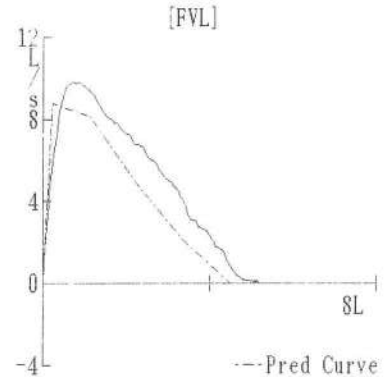
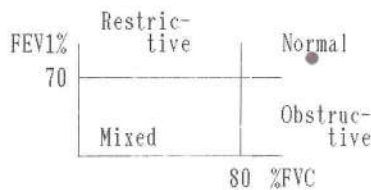
[CALIBRATION REPORT]

Cal. Date: 10/19/2019 07:39
Temp : 36.7 °C PB : 1013.1 hPa
Humi : 50.0 %
Syringe Cap. : 1L
Volume EX/IN: 1.01 / 1.01 L
Balance EX/IN: +1.0 / +1.0 %
Factor EX/IN: 1.02 / 0.97

[EVALUATION]

Diagnosis : Normal
Staging : ---
BD Improvement : ---

[EVALUATION GRAPH]



KESIMPULAN

Normal spirometry

DOKTER PEMERIKSA

Dr. Subagyo, Sp. P
026/1118/SIP-SIA/17

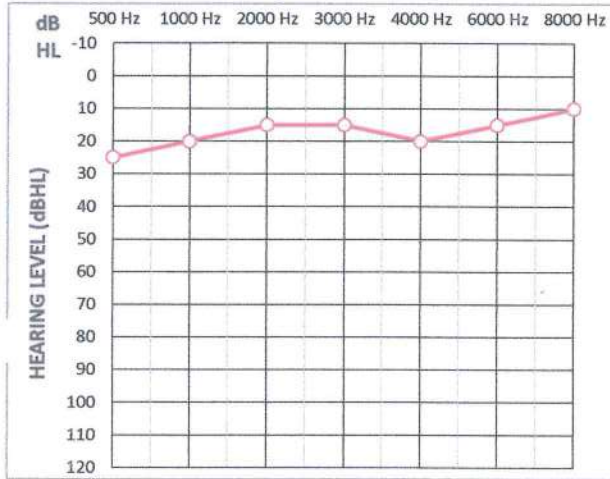
AUDIOMETRY RESULT

Name : Idham	Date of Visit : October 19, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 78
Date of Birth : June 04, 1992	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

AUDIOGRAM FREQUENCY IN HERTZ (Hz)

KANAN

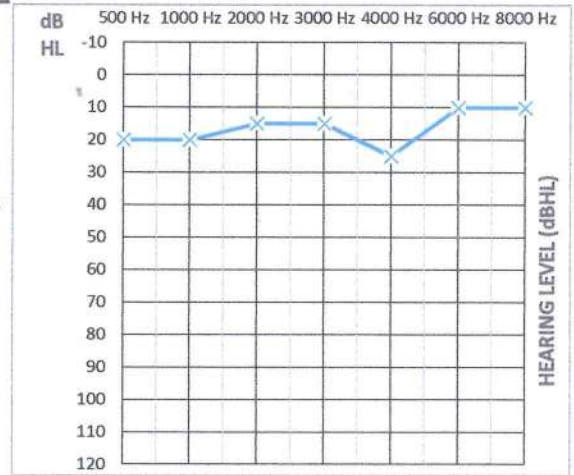
KIRI



	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
Air	25	20	15	15	20	15	10

ANSI

TEST RINNE
TEST WEBER
TEST BING
SRT
WDS



	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
Air	20	20	15	15	25	10	10

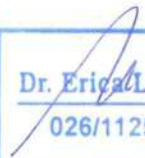
AUDIOGRAM CODE

Test oleh : Ahmad Junaidi
Dokter : Dr. Erica Lukman Sp. THT. MQH

		AC	
EAR	COL	UM	M
R	RED	O	Δ
L	BLUE	X	□

No Response ↓

AC _____

Kesimpulan	Dokter Pemeriksa
Telinga kanan + kiri dalam batas normal	 Dr. Erica Lukman, Sp. THT-KL 026/1125C/SIP-D/X/2016

SUPPORTIVE INVESTIGATION

Name : Idham	Date of Visit : October 19, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 78
Date of Birth : June 4, 1992	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

I. LABORATORIUM SUMMARY

<input type="checkbox"/> Normal	COMMENT : Blood: ESR 11 mm/h Urine: S. Gravity 1.005
<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal	

II. CHEST X-RAY

Pneumoconiosis	<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
If Yes - ILO Classification		
Evidence of TB	<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
Other Abnormalities		
COMMENT	Within normal limits	

III. ECG

<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal (specify)
--------------------------------------------	---------------------------------------------

IV. SPIROMETRY

Test	Predicted	Observed	Percentage	
FVC	4.51	5.15	114.2	%
FEV 1	3.80	4.43	116.6	%
FEV / FVC			86.02	%

RESULT

<input checked="" type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Restrictive
<input type="checkbox"/> Mixed
<input type="checkbox"/> Obstructive

V. AUDIOMETRY

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

Permintaan Evaluasi Contractor Fitness to Work F_OH_017

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)			
Nama Lengkap	IDH-IAM	Tanggal Lahir (tgl – bln – thn)	Jenis Kelamin
		4 - Juni - 1992	<input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title)	Asistant Inspector	Nama Perusahaan	Lokasi Kerja
		PT Inspektindo Sinergi Pusada	<input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah	Jl. Kasih RT. 03, Spinggan Baru	Nomor Telepon / HP	Tanggal Pemeriksaan (tgl – bln – thn)
		081348049659	19 - Oktober 2019

BAGIAN B. Alasan Evaluasi (diisi dengan benar oleh supervisor / bagian kesehatan perusahaan kontraktor) Beri tanda pada kotak yang sesuai

- | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Pemeriksaan sebelum bekerja (Pre-placement), untuk kategori posisi: | | | |
| <input type="checkbox"/> | Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> | Sekuriti | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> | Kru Kapal | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Offshore Oil & Gas Worker | <input type="checkbox"/> | Onshore Non Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Driver mobil penumpang | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Awak Mobil Tanki | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Tenaga Kesehatan | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Sedentary Worker: Jakarta / Pasir Ridge | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Pemeriksaan berkala (Periodic), untuk kategori posisi: | | | |
| <input type="checkbox"/> | Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> | Sekuriti | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> | Kru Kapal | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Offshore Oil & Gas Worker | <input type="checkbox"/> | Onshore Non Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Driver mobil penumpang | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Awak Mobil Tanki | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Tenaga Kesehatan | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Sedentary Worker: Jakarta / Pasir Ridge | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Pemeriksaan setelah tidak masuk kerja dalam waktu yang lama (> 14 hari calendar) karena sakit/kecelakaan (Return to Work) | | | |
| <input type="checkbox"/> | For Cause: | | | |
| <input type="checkbox"/> | Paska Insiden | | | |
| <input type="checkbox"/> | Supervisor menyangsikan kelaikan kerja pekerja | | | |

Komentar Supervisor:

Tanda Tangan Supervisor	Tanggal (tgl – bln – thn)
-------------------------	---------------------------

F_OH_018_Formulir Evaluasi Contractor Fitness To Work

Prosedur CFTW: Pre-Placement Periodic Return to Work For Cause

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)		
Nama Lengkap	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn)	Jenis Kelamin
IDIHAM	4 - Juni - 1992	<input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title)	Nama Perusahaan	Lokasi Kerja
Asistant Inspector	PT - ISP	<input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah	Nomor Telepon / HP	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn)
Jl. Karuh RT 03. Sepinggan	001340099659	19 - Oktober - 2019

BAGIAN B. Riwayat Kesehatan Karyawan (diisi dengan benar oleh karyawan dan dituntun oleh petugas kesehatan)

Sejak Medical Check Up terakhir, apakah Anda pernah atau sedang mengalami: T = Tidak, Y = Ya

	T	Y		T	Y		T	Y
1. Mengalami gegar otak atau cedera kepala	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Rasa lelah yang berlebihan tanpa alasan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Sakit atau cedera leher dan atau tulang belakang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gangguan mata atau penurunan fungsi penglihatan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Penyakit atau kelainan jantung Palpitasi/jantung berdebar Nyeri/rasa tertekan atau terbakar pada dada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Patah tulang, terkilir, dislokasi, amputasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Epilepsy / ayan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Anemia/kurang darah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Nyeri sendi, rematik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gangguan pendengaran	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Penyakit maag atau gangguan pencernaan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Menggunakan alat bantu gerak/protesa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Penurunan kesadaran, pusing, pingsan, vertigo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Hepatitis (sakit kuning)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Masalah otot dan syaraf	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gangguan atau kelemahan/kelumpuhan pada anggota gerak (lengan dan atau tungkai)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Penurunan berat badan yang berlebih	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Mati rasa, kesemutan, gemetar atau kejang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Penyakit kencing manis Jika ya, apakah menggunakan insulin?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Benjolan pada pembuluh getah bening (leher, ketiak dan pangkal paha)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Menggunakan obat-obatan rutin baik yang diresepkan dokter maupun tidak	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Suara serak menetap	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. TBC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Ruam kulit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Asma, gangguan pernafasan, sesak nafas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Buang air besar berwarna gelap/hitam	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Pernah operasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tekanan darah tinggi Pengobatan untuk tekanan darah tinggi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Gangguan system perkemihan: ginjal, kantung kemih	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Masalah emosi, sering gugup, depresi, fobia atau gangguan kejiwaan lain	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Stroke	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Hernia/burut/usus turun	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Mengonsumsi alkohol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tumor atau kanker	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Alergi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Menggunakan narkoba	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan untuk setiap jawaban Ya: _____

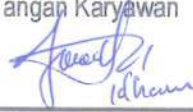
Apakah Anda merokok? Ya Tidak Apakah Anda merolah raga secara rutin minimal 3x/minggu? Ya Tidak

Hazard di tempat kerja: Bising Getaran Benzene Radiasi Bahan Kimia:..... Lainnya:

Obat-obatan yang dikonsumsi saat ini: _____

Apakah ada orangtua dan/atau saudara kandung yang meninggal sebelum usia 60 tahun karena penyakit jantung pembuluh darah (misal: serangan jantung, stroke, darah tinggi, dll) Ya Tidak
 Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa: usia 40 thn, demam berdarah.

Riwayat Perawatan di RS: _____

Tanda Tangan Karyawan:  Tanggal (tgl - bln - thn): 19 - Oktober - 2019

BAGIAN C. Pemeriksaan (diisi oleh petugas kesehatan)

ANTROPOMETRI & TANDA-TANDA VITAL

TINGGI BADAN	BERAT BADAN	IMT	LINGKAR PERUT	TEKANAN DARAH	DENYUT NADI 92 x/mt
167,5 cm	75,6 kg	26,95	90 cm	131/89 mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur

PEMERIKSAAN EKG (Dilakukan pada usia > 40 thn atau jika ada indikasi gangguan jantung) HASIL: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal Jelaskan: _____	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika ada: <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Merokok <input type="checkbox"/> Hyperkholesterolemia <input type="checkbox"/> EKG abnormal <input type="checkbox"/> Riwayat penyakit jantung dalam keluarga sebelum usia 60 tahun Jika FRS >10% atau, ada 2 atau lebih kategori diatas, LAKUKAN Treadmill	PEMERIKSAAN TREADMILL HASIL: <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Lainnya: Catatan: _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PEMERIKSAAN VO2 MAX (Hanya untuk Fire and Emergency Responder Team/FERT)

Hasil VO2 Max: mls/kg/min	Khusus FERT, target VO2 max: 39 – 42 mls/kg/min. Catatan:
---------------------------------	--------------------------------------------------------------------

PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN DADA (Diperiksa jika ada indikasi)

Hasil : Normal Tidak Normal, jelaskan: _____

PEMERIKSAAN HASIL PEMERIKSAAN SPIROMETRI

- Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek
- *Fit to Work* sebagai FERT jika hasil spirometri FEV1 dan FVC minimal <80% harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia*
 Tidak menderita TB

Hasil Pemeriksaan		
FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC
116,6	114,2	86,02

Kesimpulan:
 Normal Tidak Normal: Obstruktif / Restriktif /

Catatan: _____
 *) Hasil evaluasi LLN: _____

Nama Pemeriksa Ima	Tanda Tangan Pemeriksa <i>[Signature]</i>	Tanggal Pemeriksaan 19-10-2019
-----------------------	----------------------------------------------	-----------------------------------

PEMERIKSAAN MATA

Standard:

- Minimal visus 20/40 untuk Driver dengan atau tanpa kaca koreksi untuk setiap mata
- Lapangan pandang horizontal minimal 70° pada masing-masing mata
- Dapat mengenali atau membedakan warna lampu pengatur lalu lintas (Merah, Kuning dan Hijau)
- Buta satu mata TIDAK *qualified* untuk mengemudi
- Kaca mata untuk koreksi agar disebutkan didalam *Medical Clearance*

	Tanpa Koreksi			Dengan Koreksi			Tes Buta Warna	Lapang Pandang
	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri		
Jarak Jauh	20/ 6/6	20/ 6/6	20/ 6/6	20/ 6/	20/ 6/	20/ 6/	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Buta Warna Total <input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian	Kanan: 77,5° Kiri: 77,5° Visual Depth
Jarak Dekat	J# 1+	J# 1+	J# 1+	J#	J#	J#		

Kesimpulan: Normal Pakai Kacamata Tidak Pakai Kacamata Tidak Normal (jelaskan)

Catatan: _____

Nama Pemeriksa Fenty Ratih	Tanda Tangan Pemeriksa <i>[Signature]</i>	Tanggal Pemeriksaan 19/10/2019
-------------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------------

PEMERIKSAAN TELINGA (Audiometri/Tes berbisik)

Standar:

- Dapat mendengar suara bisikan dari jarak > 1.65 meter dengan atau tanpa alat bantu dengar (*hearing aid*) ATAU
- Rata-rata penurunan pendengaran pada telinga yang terbaik < 40 dB dengan atau tanpa menggunakan alat bantu dengar

Menggunakan alat bantu dengar? Ya Tidak

Tes Berbisik Telinga Kanan meter Telinga Kiri meter

Audiometri (dB):

Telinga Kiri								Telinga Kanan							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	20	20	15	15	25	10	10		25	20	15	15	20	15	10

Ambang dengar rata-rata Telinga Kiri 16.9 dB Telinga Kanan 17.1 dB

Kesimpulan: Normal Tidak Normal, jelaskan

Catatan: ...

Nama Pemeriksa Ahmad Nuraidi	Tanda Tangan Pemeriksa <i>Amz</i>	Tanggal Pemeriksaan 19-10-2019
----------------------------------------	---------------------------------------------	------------------------------------------

PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pemeriksaan	Hasil
Darah rutin (HB, Sel darah putih, Hitung Jenis, LED)	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: ESR mm/h
Kimia darah (Gula darah, 2hpp*, Kolesterol HDL) *) jika ada riwayat DM	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:
Urine (Darah, Glukosa, protein, Sedimen)	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: S. Gravity: 1-005
Stool Culture (khusus untuk food handler)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:

BAGIAN D. Pemeriksaan Dokter

Garis bawahi setiap kelainan yang ditemukan. Jelaskan setiap temuan tersebut pada tempat yang telah disediakan. (Y=Ya, T= Tidak)

No	Bagian Tubuh/Sistem	Pemeriksaan	Y	T	Penjelasan
1	Kepala	Ada tanda-tanda cedera?		<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Mata	Pupil tidak normal, reaksi terhadap cahaya, akomodasi, gerakan mata, keseimbangan otot-otot mata, gerakan-gerakan ekstraokuler, nystagmus, exophthalmos Retinopati, katarak, afakia, glaucoma, degenerasi macular (kirim ke Spesialis jika diperlukan)		<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Telinga	Pengerasan (scarring) membrane timpani, penyumbatan kanalis eksternal, perforasi membrane timpani		<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Hidung, mulut dan tenggorokan	Deformitas (yang tidak dapat diperbaiki dan mengganggu proses menelan dan bernafas)		<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Dada dan sistem pernafasan	Benjolan abnormal, kelainan dinding dada, laju pernafasan, suara pernafasan, wheezing, gangguan fungsi pernafasan, sianosis (Temuan yang abnormal mungkin memerlukan pemeriksaan tambahan seperti uji fungsi paru dan X-ray)		<input checked="" type="checkbox"/>	

6	Sistem jantung dan pembuluh darah	Murmur, suara tambahan, pembesaran jantung, pemakaian alat pacu jantung, defibrillator implant, pulse abnormal, suara (bruit) arterial, dan vena varikosis	✓	
7	Abdomen dan organ didalamnya	Pembesaran hati, limpa, adanya massa, dan kelemahan dinding abdomen yang bermakna	✓	
8	Tulang belakang dan muskuloskeletal	Ada riwayat operasi, cedera, kelainan bentuk, keterbatasan pergerakan (ROM), keaktifan anggota tubuh	✓	
9	Sistem perkemihan	Hernia	✓	
10	Ekstremitas (tangan dan kaki)	Kehilangan atau cacat: tungkai, kaki, jari kaki, tangan, jari tangan, kelainan bentuk, atrophy, kelemahan, kelumpuhan, clubbing, edema, hypotonic, insufisiensi cengkaman, insufisiensi mobilitas dan kekuatan tungkai bawah Mohon tes kekuatan otot dan reflex bagi driver, operator alat berat, operator crane, awak mobil tanki	✓	
11	Persyarafan	Gangguan: keseimbangan, koordinasi, bicara, reflek tendon asimetris Abnormal: fungsi sensori/positional, ataksia/reflek patellar/Babinsky Lakukan tes Romberg untuk pekerja di ketinggian, contoh: scaffolder, inspector lifting	✓	
12	Kulit dan kelenjar getah bening	Dermatitis: scabies, eksim, jerawat Benjolan pada leher, ketiak, pangkal paha	✓	
13	Tumor dan keganasan	Adanya benjolan yang tidak normal, kelainan yang mengarah ke keganasan	✓	
14	Penampilan umum	Bersih/kotor, rapi/tidak rapi		bersih, rapi
15	Lainnya, jelaskan			

Khusus untuk Food Handler

16	Personal Hygiene	Penampilan kotor, kuku panjang, infeksi jamur, ada jerawat bernanah,	✓	
----	------------------	----------------------------------------------------------------------	---	--

Komentar Dokter : (jelaskan penemuan signifikan yang tertera di atas)

IMT : 26, 05 (kelebihan berat badan)




BAGIAN D. REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK

<p>F.1 Status Contractor Fitness to Work:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A. Fit to Work, masa berlaku: <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun</p> <p><input type="checkbox"/> B. Fit to Work with Restriction:</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p><input type="checkbox"/> C. Not Fit to Work:</p> <p><input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah minggu/bulan</p> <p><input type="checkbox"/> D. Cannot Comply with Requested Evaluation, dengan alasan:</p> <p>_____</p>	<p>F.2 Rekomendasi:</p> <p>- diet rendah kalori</p>
	<p>F.3 Catatan:</p> <p><input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata</p> <p><input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar</p>

<p>Nama Dokter Pemeriksa</p> <p>Dr. Aya Sophia</p>	<p>Tanda Tangan</p> 	<p>Tanggal (tgl-bln-thn)</p> <p>(tanggal rekomendasi diberikan - dokter menandatangani clearance)</p> <p>22-10-19</p>
<p>Nama Rumah Sakit/Klinik</p> <p>Panacea Clinic</p>	<p>Alamat Rumah Sakit/Klinik</p> <p>Komp. Mall. Balikpapan Baru blok AB 2 NO. 17-20</p>	

F_OH_019_ Resume Evaluasi Contractor Fitness to Work

IDENTITAS KARYAWAN			
Nama Lengkap <i>Idham</i>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <i>4 - 06 - 1992</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja:
Nama Perusahaan <i>PT. Inspektindo</i>	FFD Procedure <input type="checkbox"/> Pre-placement <input checked="" type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Return to Work <input type="checkbox"/> For Cause	<input checked="" type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Offshore	
Posisi Utama: <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team (FERT) <input type="checkbox"/> Sekuriti <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang <input type="checkbox"/> Awak Mobil Tanki <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat <input type="checkbox"/> Penyelam/Diver <input type="checkbox"/> Kru Kapal <input type="checkbox"/> Food handler <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan <input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker <input type="checkbox"/> Onshore Non Sedentary Worker <input type="checkbox"/> Sedentary Worker: Jakarta/ Pasir Ridge			
Posisi Tambahan: _____			

REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK						
<input checked="" type="checkbox"/> A. Fit to Work , masa berlaku: <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun <input type="checkbox"/> B. Fit to Work with Restriction: 1. 2. 3. 4. <input type="checkbox"/> C. Not Fit to Work: <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah.....minggu/bulan <input type="checkbox"/> D. Cannot Comply with Requested Evaluation , dengan alasan: Rekomendasi (jika diperlukan tindak lanjut):						
Catatan: <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Nama Dokter Pemeriksa</th> <th style="width: 30%;">Tanda Tangan</th> <th style="width: 40%;">Tanggal (tgl-blh-thn)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Dr. Aya Sophia</i></td> <td></td> <td><i>22-10-19</i></td> </tr> </tbody> </table>	Nama Dokter Pemeriksa	Tanda Tangan	Tanggal (tgl-blh-thn)	<i>Dr. Aya Sophia</i>		<i>22-10-19</i>
Nama Dokter Pemeriksa	Tanda Tangan	Tanggal (tgl-blh-thn)				
<i>Dr. Aya Sophia</i>		<i>22-10-19</i>				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Nama Rumah Sakit/Klinik</th> <th style="width: 70%;">Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Panacea Clinic</i></td> <td><i>Komp. Mal. Balikpapan Baru Blok AB 2 NO17-20,25</i></td> </tr> </tbody> </table>	Nama Rumah Sakit/Klinik	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik	<i>Panacea Clinic</i>	<i>Komp. Mal. Balikpapan Baru Blok AB 2 NO17-20,25</i>		
Nama Rumah Sakit/Klinik	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik					
<i>Panacea Clinic</i>	<i>Komp. Mal. Balikpapan Baru Blok AB 2 NO17-20,25</i>					

Untuk kategori pekerjaan kategori *high risk*: Security, FERT, diver (penyelam), working at height, confined space, awak mobil tanki, operator alat berat, driver mobil penumpang perlu dilakukan verifikasi oleh H&M PHKT

Persetujuan Health & Medical (gunakan huruf cetak)	Tanda Tangan	Tanggal (bb/hh/tttt)
_____	_____	/ /

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : IDI IAIN
Tanggal Lahir : 4 - Juni 1992
Pekerjaan : Asistant Inspector
Perusahaan : PT. Inspektindo Sinergi Persada Nomor Pegawai : 19129
Alamat : Jl. Kasih RT. 03, Sepinggan Baru
Nomor Telepon : 001340049655

Dengan akal yang sehat dan tanpa paksaan dari pihak manapun, maka dengan ini saya memberikan kuasa kepada:

Rumah Sakit/Klinik : Clinic Paracea
Alamat : Balukpapan Baru
Nomor Telepon : _____

Untuk membuka informasi medis saya, yang meliputi informasi di bawah ini (bisa pilih lebih dari satu):

- Catatan medis lengkap Pemeriksaan laboratorium Pemeriksaan mata Pemeriksaan Fisik
 Spirometri Informasi penyakit/cedera Laporan X-Ray Audiogram
 EKG Lainnya (mohon dijelaskan) _____

Selanjutnya informasi tersebut dapat diberikan kepada pihak-pihak berikut:

Nama : _____ Perusahaan/Instansi : PT. Inspektindo Sinergi Persada
Alamat : _____ Nomor Telepon : _____

Nama : _____ Perusahaan/Instansi : _____
Alamat : _____ Nomor Telepon : _____

Untuk keperluan (mohon dijelaskan) : _____

Saya memahami kecuali saya menjelaskan secara spesifik informasi yang diungkapkan termasuk tapi tidak terbatas pada informasi riwayat, diagnosa dan atau pengobatan atas penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan, penyakit yang berhubungan dengan mental/psikiatris dan atau penyakit menular, termasuk *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS).

Saya mengajukan permintaan salinan dari lembar persetujuan ini : Ya Tidak

Tanda Tangan [Signature] Tanggal 09 / 10 / 2019
Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

[Signature] Tanggal 19 / 10 / 2019
SITI FATIMAH ZAHRAH (Tgl - Bln - Thn)
Tanda Tangan Saksi Pehugas Medis Hubungan Dengan Pemberi Wewenang

