

MEDICAL CHECK UP REPORT



NAME : Pambudhi Kristyanto
SEX : Male
COMPANY :
MEDICAL RECORD : 02 00 46
DATE OF VISIT : June 17, 2020
NEXT VISIT : June 17, 2021

PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN BERKALA 2020

Nama : Pambudhi Kristyanto

Berikut ini adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan tanggal : 17 Juni 2020

- Temuan
- Riwayat Kesehatan 1 Tahun terakhir tidak ditemukan masalah.
 - Riwayat Penyakit keluarga ditemukan masalah : **Tekanan Darah Tinggi**
 - Riwayat Vaksinasi : - Tetanus (Ya).
- Hepatitis (Ya).
 - Kebiasaan Merokok : Tidak
 - Konsumsi Alkohol : Tidak
 - Aktivitas Olahraga : Tidak
 - Hasil pemeriksaan Fisik dalam batas normal
 - Hasil pemeriksaan X - Ray dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan EKG dalam batas normal (Sinus Rhythm).
 - Hasil pemeriksaan Treadmill : Negative Ischemic Response.
 - Hasil pemeriksaan Audiometri dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan Laboratorium : **Darah : Total Cholesterol 232 mg/dl, LDL Cholesterol 154 mg/dl**

STATUS KESEHATAN

Kategori	CATATAN
<input type="checkbox"/> 1A	Tidak ditemukan masalah kesehatan
<input type="checkbox"/> 1B	Ditemukan masalah kesehatan yang tidak serius
<input checked="" type="checkbox"/> 2	Ditemukan masalah kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok risiko rendah
<input type="checkbox"/> 3A	Ditemukan masalah kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok risiko sedang
<input type="checkbox"/> 3B	Ditemukan masalah kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok risiko tinggi
<input type="checkbox"/> 4	Ditemukan keterbatasan fisik untuk melakukan pekerjaan secara normal, hanya cocok untuk pekerjaan ringan
<input type="checkbox"/> 5	Dalam perawatan di rumah sakit atau dalam kondisi yang tidak memungkinkan untuk melakukan pekerjaan (status ijin sakit)

KESIMPULAN

FIT
 UNFIT
 TEMPORARY UNFIT

Sebagai : Inspector
 Di : Remote Area

Saran - saran

- Disarankan konsul ke Dokter sehubungan dengan hasil pemeriksaan laboratorium.
- Diet rendah lemak dan tinggi serat.
- Lakukan olahraga minimal 3x/minggu.

Kembali Kontrol : 17 Juni 2021

Bila masih ada yang perlu diperjelas, dapat menghubungi Dokter Pemeriksa di (0542) 877898.
 Terima kasih atas kerjasama yang baik.

Direktur,

Dr. Erica Lukman, Sp. THT-KL, MQIH, Sp. KL



Dokter Penanggung Jawab MCU,

Dr. Yusie Andeline

EXAMINATION RESULTS

Name : Pambudhi Kristyanto	Date of Visit : June 17, 2020
Sex : Male	Medical Record : 02 00 46
Date of Birth : July 18, 1981	Company :

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
HISTORY OF DISEASE		
- Complaint at present	None	
- Past history of disease		
▪ Hypertension, Hypotension	None	
▪ Heart disease	None	
▪ Asthma	None	
▪ Dyspepsia	None	
▪ Hemorrhoids	None	
▪ Chronic Skin Disease	None	
▪ Alergic	None	
▪ Diaebetic	None	
▪ Jaundice	None	
▪ Arthritics	None	
▪ Kidney Stone / Neuphrolithiasis	None	
▪ Eyes	None	
▪ Ears	None	
▪ Nose	None	
▪ Mouth / Teeth	None	
▪ Cancer/tumor	None	
▪ Hemophilia	None	
▪ Epilepsies	None	
▪ Acrophobia	None	
▪ Pyschiatric Disorder	None	
▪ Gynecological Problem	None	
▪ TBC	None	
▪ Malaria	None	
▪ Tipus	None	
▪ Genital Disease	None	
▪ Others	None	
FAMILY HISTORY OF DISEASE		
- Diabetic	None	
- Hypertension	Yes	
- Heart Disease	None	
- Asthma	None	
- Cancer	None	
- Stroke / CVA	None	
- Alergic	None	
- Others	None	
HABITS		
- Smoking	None	
- Alcohol / Drugs	None	
- Exercise	None	
IMMUNIZATIONS HISTORY		
- Have you had a tetanus vaccination	Yes	
- Have you had hepatitis vaccination	Yes	

MEDICAL CHECK UP EXAMINATION FORM

A. GENERAL CONDITION

Blood Pressure (supine)	110 / 87 mmHg
Pulse	76 x /mn
Respiration	20 x /mn
Temperature	36.5 °C

Weight (W)	69 kg
Height (H)	162.5 cm
BMI	24.24

LP 92


*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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISTANT	6/6	6/6			<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Red - Green Absent	<input type="checkbox"/> Colour Blind
NEAR	20/20	20/20					

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			<input checked="" type="checkbox"/>	
	- 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/Inflamation/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"/>	Normal
21	Muscular System	Strength/Wasting/Development		<input checked="" type="checkbox"/>	
22	Rectal Examination	Sphincter tone/Hemorrhoids/Fissure/Masses/Prostate		<input checked="" type="checkbox"/>	

Approved by GP :


Dr. Yudith
 026/239A/SIP-D/U/2018

Permintaan Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor F_OH_017

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)		
Nama Lengkap Pambudhi Kristyanto	Tanggal Lahir (tgl – bln – thn)	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) Inspector	Nama Perusahaan	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah	Nomor Telepon / HP	Tanggal Pemeriksaan (tgl – bln – thn) 17 Juni 2020

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

- Pemeriksaan sebelum bekerja (*Pre-placement*), untuk kategori posisi:
- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Non-sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker | <input type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker |
| <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang | <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> Pilot | <input type="checkbox"/> Food Handler |
| <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | <input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium | | |

- Pemeriksaan berkala (*Periodic*), untuk kategori posisi:
- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Non-sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker | <input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker |
| <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang | <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> Pilot | <input type="checkbox"/> Food Handler |
| <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | <input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium | | |


- Return to Work**
Tidak masuk kerja \geq 14 hari kalender karena sakit atau cedera, atau $<$ 14 hari jika kondisi medis dinilai serius, atau diturunkan saat masa *on duty*.

- For Cause:**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Paska Insiden | <input type="checkbox"/> Supervisor menyangsikan kelaikan kerja pekerja |
|--|---|

- Job Transfer**
Dilakukan sebelum pemindahan tugas ke posisi lain.

Komentar Supervisor (sebutkan tambahan pekerjaan lain atau faktor risiko di tempat kerja bila ada):

<hr/> <hr/>

Tanda Tangan Supervisor  Tanda Tangan di atas namanya Fernando Sagala	Tanggal (tgl – bln – thn) 17 Juni 2020
--	---

F_OH_018_Formulir Evaluasi Contractor Fitness To Work

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

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)

Nama Lengkap Rambudhi Kristianto	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 18 - 7 - 1981	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) Inspector	Nama Perusahaan	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah	Nomor Telepon / HP 082151050079	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 17 - 6 - 2020

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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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:

Anda Merokok? <input type="checkbox"/> Ya (saat ini merokok atau berhenti merokok \leq 2 tahun) <input checked="" type="checkbox"/> Mantan/bekas (jika berhenti merokok $>$ 2 tahun, tetapi \leq 10 tahun) <input type="checkbox"/> Tidak (tidak pernah merokok atau telah berhenti merokok $>$ 10 tahun)	Aktivitas fisik anda? <input type="checkbox"/> Ringan <input checked="" type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Berat
Hazard di tempat kerja: <input checked="" type="checkbox"/> Bising <input type="checkbox"/> Getaran <input type="checkbox"/> Benzene <input type="checkbox"/> Radiasi <input type="checkbox"/> Bahan Kimia:..... <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: KETIMPAN	
Obat-obatan yang dikonsumsi saat ini: <u>MUCOSTA</u>	
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)	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Riwayat Perawatan di RS: _____	Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa:

Tanda Tangan Karyawan



Tanggal (tgl - bln - thn)

17 - 06 - 2020

BAGIAN C. Pemeriksaan (diisi oleh petugas kesehatan)											
ANTROPOMETRI & TANDA-TANDA VITAL											
TINGGI BADAN	BERAT BADAN	IMT	LINGKAR PERUT	TEKANAN DARAH	DENYUT NADI 76 x/mt						
162,5 cm	69 kg	24,24	92 cm	119/87 mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur						
PEMERIKSAAN EKG			PEMERIKSAAN TREADMILL								
HASIL: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal Jelaskan:			Dilakukan pada usia > 40 thn atau ≤ 40 thn dengan Skor Kardiovaskular Jakarta (SKJ) kategori risiko tinggi (≥ 5) HASIL: <input checked="" type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Lainnya: Catatan:								
PEMERIKSAAN VO2 MAX, Hanya untuk Fireman dan Sekuriti											
Hasil VO2 Max: mls/kg/min Catatan:			Fireman: target VO2 max: 39 – 42 mls/kg/min. Sekuriti: target VO2 max: 34 – 42 mls/kg/min.								
PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN DADA											
Hasil : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan: _____											
PEMERIKSAAN SPIROMETRI											
<ul style="list-style-type: none"> Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek <i>Fit to Work Fireman</i> jika hasil spirometri FEV1 dan FVC < 80%, harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia* <input type="checkbox"/> Tidak menderita TB 			Hasil Pemeriksaan <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>FEV1</th> <th>FVC</th> <th>Rasio FEV1/FVC</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> Kesimpulan: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal: Obstruktif / Restriktif /			FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC			
FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC									
Catatan: _____ Hasil evaluasi LLN: _____											
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa		Tanggal Pemeriksaan							
PEMERIKSAAN MATA											
Standard: <ul style="list-style-type: none"> Minimal visus 20/40 untuk <i>Driver</i> dengan atau tanpa kaca koreksi untuk setiap mata Lapangan pandang horizontal minimal 70° pada masing-masing mata untuk <i>Driver</i> dan <i>Crane Operator</i> Dapat mengenali atau membedakan warna lampu pengatur lalu lintas (Merah, Kuning dan Hijau) Buta satu mata TIDAK <i>qualified</i> untuk mengemudi Kaca mata untuk koreksi agar disebutkan didalam <i>Medical Clearance</i> 											
	Tanpa Koreksi		Dengan Koreksi			Tes Buta Warna	Lapang Pandang				
	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	Kanan: <i>normal</i> Kiri: <i>normal</i>				
Jarak Jauh	20/ 6/6	20/ 6/6	20/ 6/6	20/ 6/	20/ 6/	20/ 6/	Visual Depth				
Jarak Dekat	J# 1+	J# 1+	J# 1+	J#	J#	J#					
Kesimpulan: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pakai Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak Pakai Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak Normal (jelaskan)											
Catatan: _____											
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa		Tanggal Pemeriksaan							
<i>Ferty Rahn</i>		<i>NR</i>		<i>17-6-2020</i>							

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

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

Ambang dengar rata-rata Telinga Kiri 14,28 dB Telinga Kanan 13,57 dB

Kesimpulan: Normal Tidak Normal, jelaskan

Catatan:

Nama Pemeriksa
Ahmad Junaidi

Tanda Tangan Pemeriksa

Tanggal Pemeriksaan
17 Juni 2020

PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pemeriksaan	Hasil
Panel hitung darah lengkap: Hb, Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Hematokrit, Trombosit, LED, Red Cell Indices (MCV, HCH, MCHC)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:
Panel Kimia darah • Profil Lipid: Total Kolesterol, HDL, LDL, dan Trigliserida • Fungsi Hati: Total bilirubin, Direct & Indirect Bilirubin, SGOT, dan SGPT • Fungsi ginjal: asam urat, ureum dan kreatinin. • Gula darah puasa & Gula darah 2 jam setelah makan	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: Total Kolesterol 232 mg/dl LDL Kolesterol 159 mg/dl
Urine Analisa lengkap	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:
Kultur Feses (khusus untuk food handler)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:


BAGIAN D. Pemeriksaan Dokter

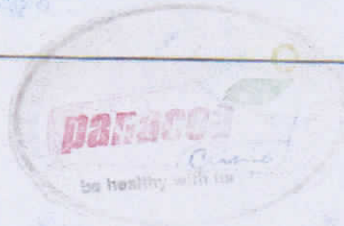
Garis bawah setiap kelainan yang ditemukan. Jelaskan setiap temuan tersebut pada tempat yang telah disediakan. (Y=Ya, T= Tidak)

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 (<i>scarring</i>) 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	Romberg normal
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	/
15	Lainnya, jelaskan		Rapi bersih
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)			
Koliml : TC : 232 . WL : 154			

BAGIAN E. REKOMENDASI KELAIKAN KERJA

Klasifikasi Kelalkan Kerja: <input checked="" type="checkbox"/> A. Laik Kerja, masa berlaku: <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun <input type="checkbox"/> B. Laik Kerja Dengan Batasan: 1. _____ 2. _____ 3. _____	Rekomendasi: Diet Rendah lemak Konsul ke Dokter sehubungan dengan Hnie lab.	
<input type="checkbox"/> C. Tidak Laik Kerja: <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah minggu/bulan <input type="checkbox"/> D. Tidak dapat memenuhi evaluasi yang diminta, dengan alasan: _____	Catatan: <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar	
Nama Dokter Pemeriksa Dr. Yussie Andeline 026/318/SIP-D/II/2017	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-bln-thn) 20/06/2020.
Nama Rumah Sakit/Klinik	Alamat Rumah Sakit/Klinik Komp Mall BB Blok AB2 No 17-80.25 (0542) 8778098.	



F_OH_019_ Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN			
Nama Lengkap Pambudhi Kristyanto	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 18 Juli 1981	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja:
Nama Perusahaan Inspector	CFTW Procedure <input type="checkbox"/> Pre-placement <input type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Return to Work <input type="checkbox"/> For Cause <input type="checkbox"/> Job Transfer		<input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Posisi Utama:			
<input type="checkbox"/> Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Non-sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker	<input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker
<input type="checkbox"/> Sekuriti	<input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team	<input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang	<input type="checkbox"/> Operator Alat Berat
<input type="checkbox"/> Penyelam / Diver	<input type="checkbox"/> Kru Kapal	<input type="checkbox"/> Pilot	<input type="checkbox"/> Food Handler
<input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan	<input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium		

Posisi Tambahan:

REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK		
<input checked="" type="checkbox"/> A. Laik Kerja masa berlaku:	<input type="checkbox"/> 6 bulan	<input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun
<input type="checkbox"/> B. Laik Kerja Dengan Batasan	1. 2. 3.	
<input type="checkbox"/> C. Tidak Laik Kerja:	<input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah.....minggu/bulan	
<input type="checkbox"/> D. Tidak Dapat Memenuhi Evaluasi Yang Diminta, dengan alasan:	
Rekomendasi (jika diperlukan tindak lanjut):	<u>dieta rendah lemak, konsultasi ke dokter selub. & Hasil lab.</u>	
Catatan: <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar		
Nama Dokter Pemeriksa	Tanda Tangan	Tanggal (tgl-blh-thn)
Dr. Yussie Andeline 026/312/SIP-D/11/2017		20/06/2020.
Nama Rumah Sakit/Klinik	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik	
	Komp. Balikpapan Baru AB2 No. 17-20.25 Balikpapan Baru, Balikpapan 0542 871898	

Harus dilakukan verifikasi CFTW oleh H&M PHKT untuk:

- Pekerja dengan kategori pekerjaan risiko tinggi yaitu: tenaga sekuriti, fireman, bekerja di ketinggian (working at height), bekerja di ruang terbatas (confined space), Awak Mobil Tanki (AMT), operator alat berat, driver mobil penumpang, dan penyelam / Teknik Bawah Air (TBA)
- Penjamah makanan (food handler) dan Tenaga Medis (Health Care Worker).

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 : PAMBUNDI KRISTYANTO
Tanggal Lahir : 18 Juli 1981
Pekerjaan : INSPECTOR
Perusahaan : _____ Nomor Pegawai : 13007
Alamat : Jl. PELABOKEJO No. 35 RT 29 TELABESARI BPN
Nomor Telepon : 082151050079

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

Rumah Sakit/Klinik : PANACTA
Alamat : _____
Nomor Telepon : _____

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

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Catatan medis lengkap | <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan laboratorium | <input type="checkbox"/> Pemeriksaan mata | <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik |
| <input checked="" type="checkbox"/> Spirometri | <input type="checkbox"/> Informasi penyakit/cedera | <input checked="" type="checkbox"/> Laporan X-Ray | <input type="checkbox"/> Audiogram |
| <input checked="" type="checkbox"/> EKG | <input type="checkbox"/> Lainnya (mohon dijelaskan) | _____ | |

Selanjutnya informasi tersebut dapat diberikan kepada pihak-pihak berikut:

Nama : TRI UTAMI Perusahaan/Instansi : INSPEKTING SERVICE PERSONA
Alamat : KOMPLEK KAWASAN INDUSTRI SEKUPANG KAV. 13 BATAM Nomor Telepon : (0778) 326104

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

Untuk keperluan (mohon dijelaskan) : PANJUAN IJIN MEDPASS / SAFETY PASSPORT PAKT PROJECT

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/psikiatrik 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 17 / 06 / 2020
Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

[Signature] PERAWAT Tanggal 17 / 06 / 2020
SITI FATIMAHUZZAHROH Hubungan Dengan Pemberi Wewenang (Tgl - Bln - Thn)
Tanda Tangan Saksi

LABORATORY RESULTS

Name : Pambudhi Kristyanto	Date of Visit : June 17, 2020
Sex : Male	Medical Record : 02 00 46
Date of Birth : July 18, 1981	Company :

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
HEMATOLOGY		
Automated Blood Count		
- WBC	6,3	4.5 - 10.0 K/ul
- RBC	5,2	M : 4.7-6.1 M/ul F : 4.2-5.4 M/ul
- Haemoglobine	15,9	M : 13-18 g/dl F : 12-16 g/dl
- Haematocrite	44%	M : 42-52% F : 37-47%
- MCV	85	80- 100 fL
- MCH	31	26 - 34 pg
- MCHC	36	32 - 36 g/dL
- Thrombocyte	265	150 - 450 K/ul
- ESR	10	M : 0 - 10 mm/h : F : 0 - 20 mm/h
- Diff. Count :		
Basophil	0%	0 - 1%
Eosinophil	2%	2 - 4%
Stab	3%	3 - 5%
Segment	59%	55 - 65%
Lymphocyte	30%	25 - 35%
Monocyte	6%	3 - 6%
BLOOD CHEMISTRY		
LIPID PROFILE		
- Total Cholesterol	232	<200 mg/dl
- HDL Cholesterol	57	M : >35 mg/dl F : >45 mg/dl
- LDL Cholesterol	154	<150 mg/dl
- Trygliceride	104	30 - 200 mg/dl
RENAL FUNCTION		
- Ureum	21	10 - 50 mg/dl
- Creatinine	0,81	M : 0.6-1.1 mg/dl F : 0.5-1.0 mg/dl
- Uric Acid	5,9	M : <7 mg/dl F : <5.7 mg/dl
LIVER FUNCTION		
- Total Bilirubin	0,8	0-1.1 mg/dl
- Bilirubin Direk	0,19	0-0.25 mg/dl
- Bilirubin Indirek	0,61	0-0.75 mg/dl
- Gamma GT	44,7	8 - 61 U/L
- SGOT	18	M : 0-37 IU/L F : 0-31 IU/L
- SGPT	19	M : 0-42 IU/L F : 0-32 IU/L
DIABETES		
- Glucose Fasting	91	70-110 mg/dl
- Glucose 2 HPP	92	<140 mg/dl

LABORATORY RESULTS


Name : Pambudhi Kristyanto	Date of Visit : June 17, 2020
Sex : Male	Medical Record : 02 00 46
Date of Birth : July 18, 1981	Company :

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
URINALYSIS		
MACROSCOPIC		
- Color	Yellow	
- Turbidity	Clear	
- S. Gravity	1.025	1.010 - 1.030
- pH	6,0	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	1 - 2	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 : Pambudhi Kristyanto	Date of Visit : June 17, 2020
Sex : Male	Rontgen Record : 0 2 5 2
Date of Birth : July 18, 1981	Company :

TEST NAME : RONTGEN THORAX

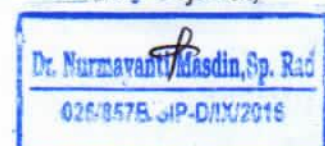
TS Yth.

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 intak.

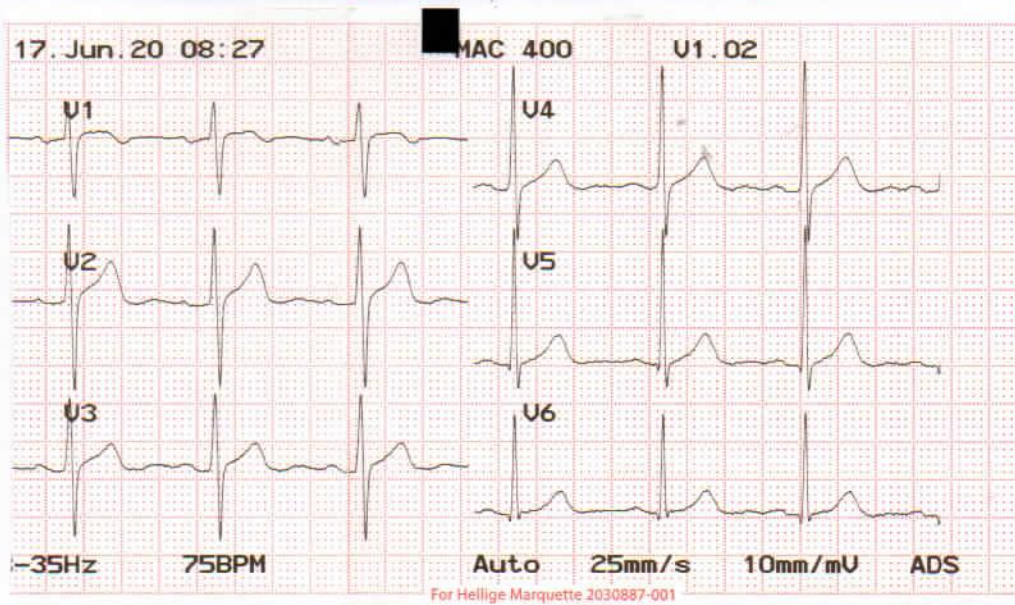
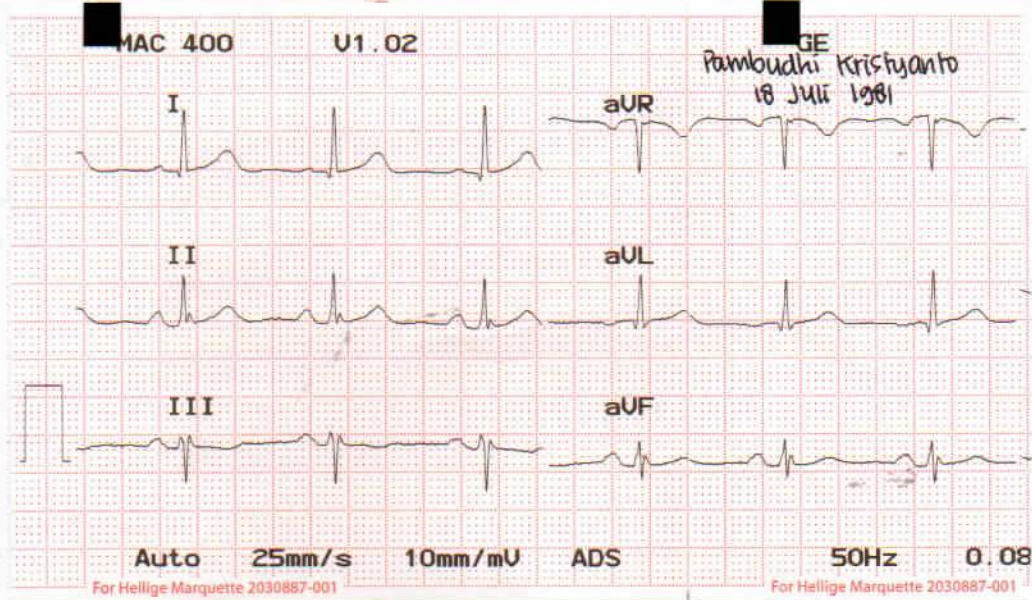
Kesan : Tidak tampak kelainan radiologik pada foto thorax ini.

Salam Sejawat,



ECG RESULT

Name : Pambudhi Kristyanto	Date of Visit : June 17, 2020
Sex : Male	Medical Record : 02 00 46
Date of Birth : July 18, 1981	Company :



KESIMPULAN	DOKTER PEMERIKSA
Normal	<p>Dr. Lukman Hatta S, S.PD, Sp.KL, FINASIM</p> <p>026/1118C/SIP-D/1/2017</p>

TREADMILL TEST RESULT

Name : Pambudhi Kristyanto	Date of Visit : June 17, 2020
Sex : Male	Medical Record : 02 00 46
Date of Birth : July 18, 1981	Company :

LAPORAN TREADMILL EXERCISE TEST (PROTOKOL BRUCE)

EKG Pretest : Normal Sinus Rhythm

Lama Test : 7 Menit 1 Detik

Tekanan Darah Awal : 130/80 m Tekanan Darah Maksimal : 140/90 mmHg

Denyut Jantung Tercapai : 161 x/meni Denyut Jantung Maksimal : 172 x/menit

Test dihentikan karena

- Fatigue
- Dipsneu
- Angina
- Pusing
- Terdapat perubahan segmen ST-T
- Target denyut jantung tercapai
- Respon Hipersensitif

Perubahan segmen ST-T

- Tidak terdapat perubahan
- Upsloping
- ST depresi 0,5 - 1mm
- Bermakna (ST Depresi > 1 mm)

Tingkat kebugaran jasmani

- Rendah
- Kurang
- Sedang
- Baik
- Sangat baik

Kapasitas aerobik : 8 mets

Kesimpulan

- ~~Negative Ischemic Response~~
- Positive Ischemic Response
- Boderline stress test
- Target denyut jantung tidak tercapai
- ~~Fit untuk bekerja dilokasi/Remote Area~~
- Unfit untuk bekerja dilokasi/Remote area

Balikpapan, Dr./ Dewi Ayu P, Sp.
Dokter Pemeriksa,

Dr. Dewi Ayu P, Sp. JP
026/128B/SIP-D/IV/2018

Q-S ss Final Report

17/06/2020 10:24:09 AM

17/06/2020

Attending / dr. Dewi Sp Jp
Referring

Patient Tn. Pambudhi Kristiyanto

MRN 17/06/2020 10:24:03
DOB 18/07/1981 Age 38 Ht 162 cm
Sex MALE Wt 64 kg

Medication

Resting HR	93	Target HR	155	Max HR	167	Protocol	Bruce
Resting SBP	120	Max Predicted HR	182	Max SBP	130	HRxBP	21710
Resting DBP	80	% Max HR	92	Max DBP	80	Billing Code	
Worst-case ST Level		0.0 III		Total Exercise Time	09:16		
Worst-case ST Slope		1 III		METs(a)	10.1		

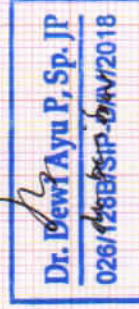
Reason for Test

Reason for Ending Test

Observation

Conclusion

Handwritten signature



Tabular Summary

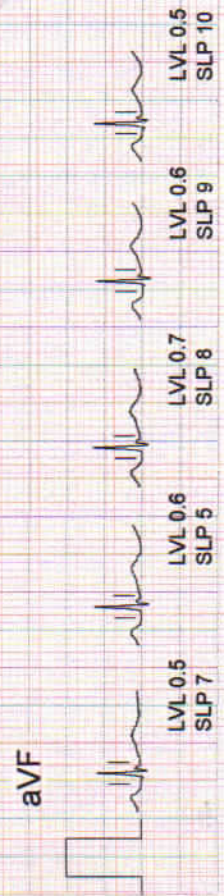
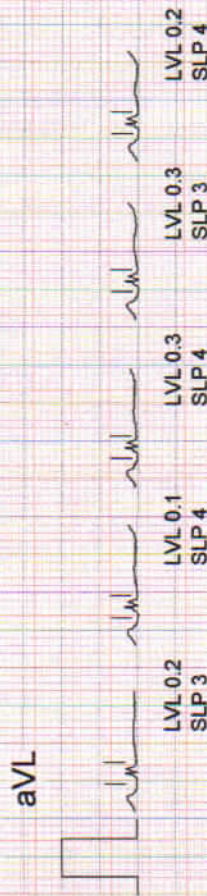
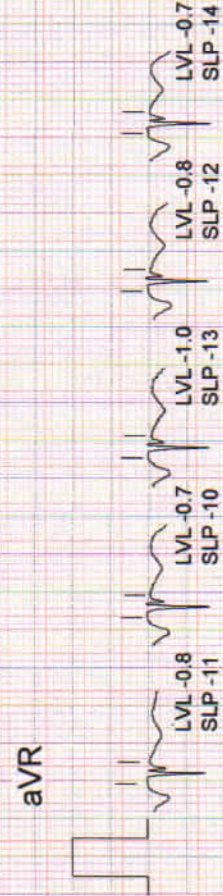
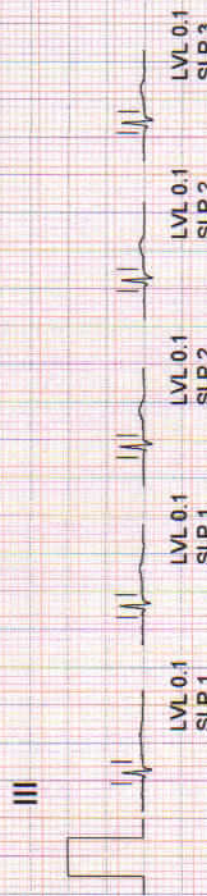
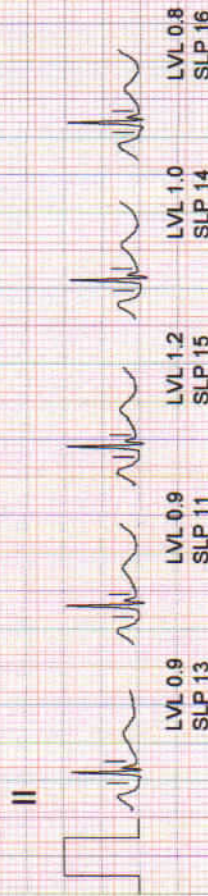
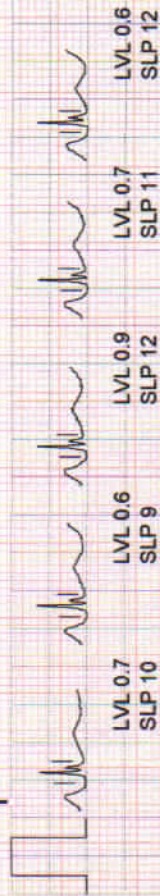
Tn. Pambudhi Kristyanto

Stage	Total Stage Time	HR	Current ER	BP	HRxBP	TM Speed km/h	TM Grade %	LVL II	LVL V2	LVL V5
REST	01:16	93	0	120/80	11160	1.9	0.0	0.9	2.0	0.8
Stage 1	01:00	107	0	--/--	---	2.7	10.0	0.9	1.7	1.0
	02:00	110	0	--/--	---	2.7	10.0	1.2	2.1	1.1
	03:00	115	0	120/80	13800	2.7	10.0	1.0	2.1	0.9
Stage 2	01:00	120	0	--/--	---	4.0	12.0	0.8	2.0	1.0
	02:00	124	0	--/--	---	4.0	12.0	1.1	1.9	1.0
	03:00	132	0	120/80	15840	4.0	12.0	0.8	2.1	0.9
Stage 3	01:00	142	0	--/--	---	5.4	14.0	0.8	2.4	1.1
	02:00	148	0	--/--	---	5.4	14.0	1.1	2.5	1.0
	03:00	152	0	130/80	19760	5.4	14.0	1.5	2.9	1.4
Stage 4	00:16	163	0	--/--	---	6.7	16.0	1.5	2.7	1.0
Stop exercise at 09:16										
RECOVERY	01:00	128	0	--/--	---	1.9	0.0	2.2	3.7	1.7
	02:00	111	0	130/80	14430	1.9	0.0	1.6	2.4	1.0
	03:00	106	0	130/80	13780	1.9	0.0	0.9	1.9	0.8
	03:15	106	0	130/80	13780	0.0	0.0	1.0	1.8	0.8

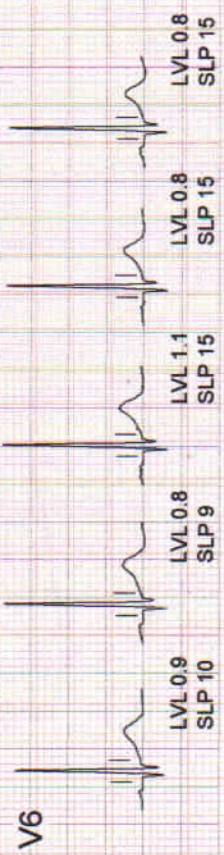
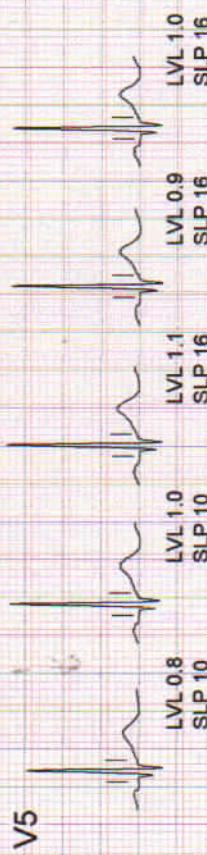
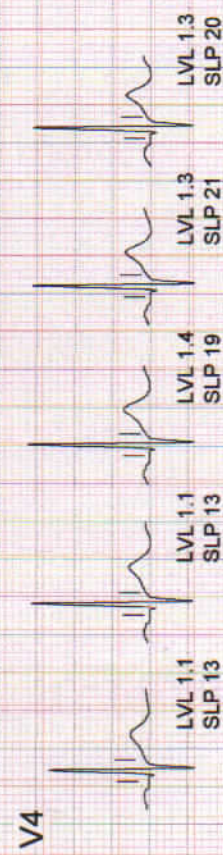
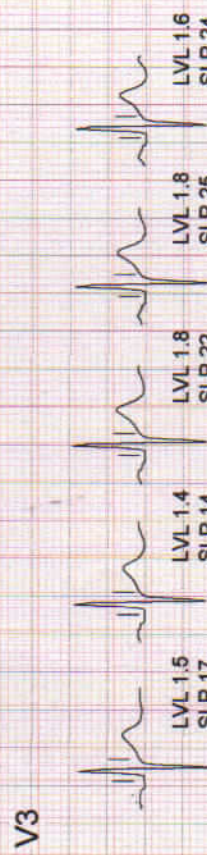
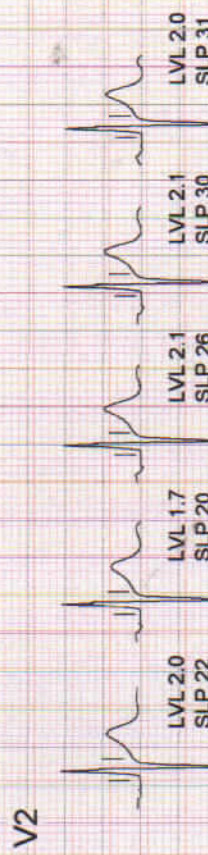
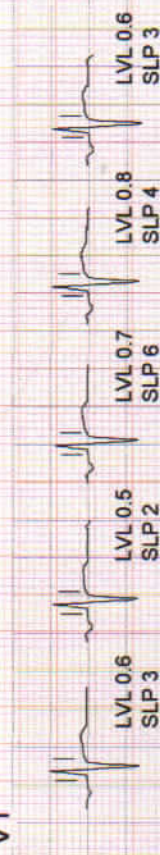
Average Beat Summary

Tn. Pambudhi Kristyanto

Rest Stage: 1 Time 00:53 Stage: 1 Time 01:53 Stage: 2 Time 00:53



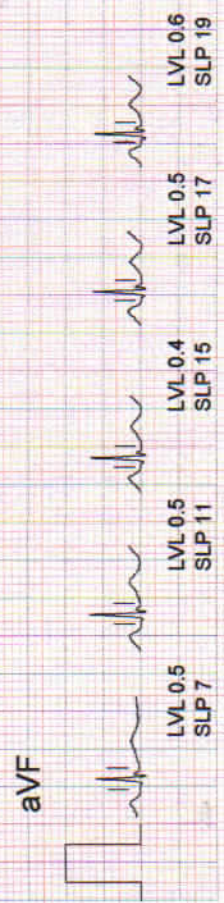
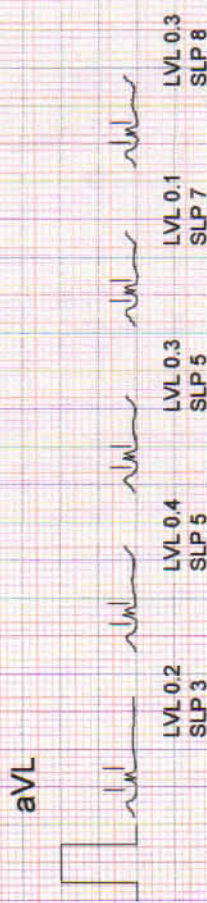
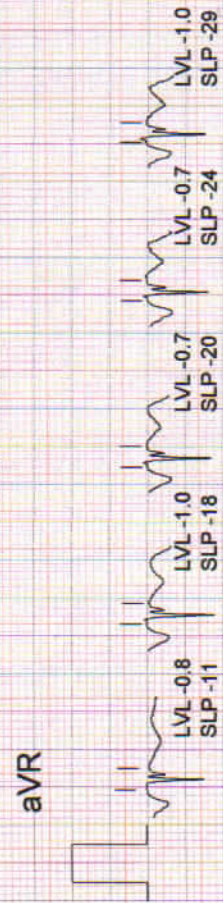
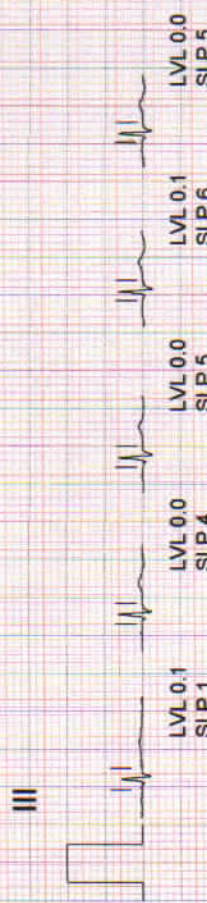
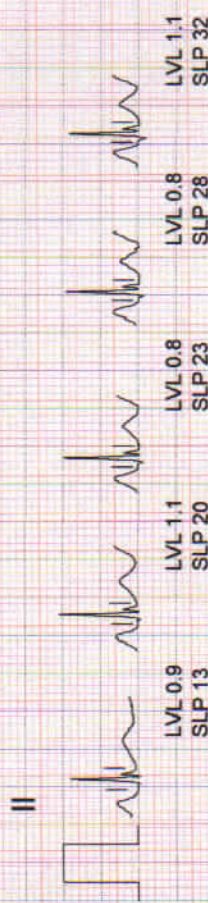
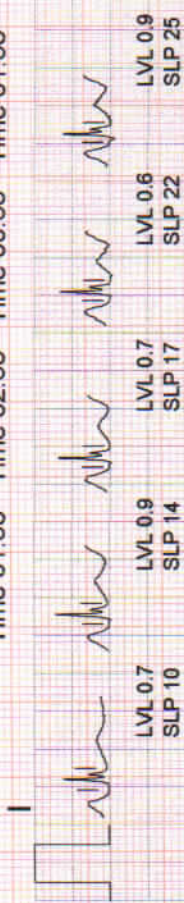
Rest Stage: 1 Time 00:53 Stage: 1 Time 01:53 Stage: 2 Time 00:53



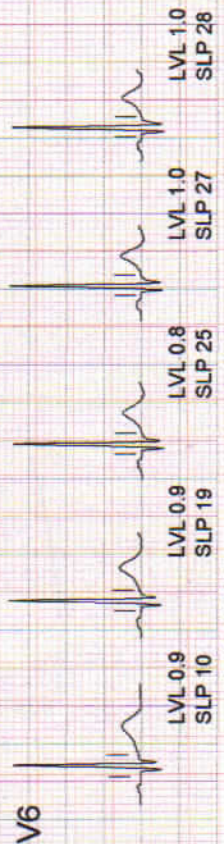
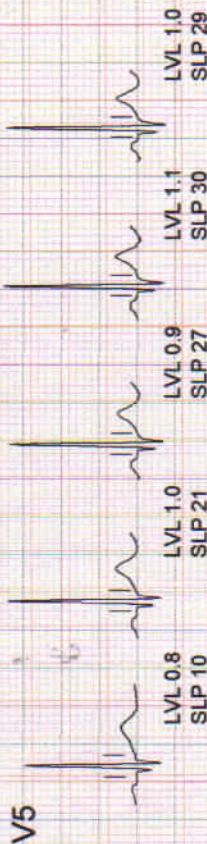
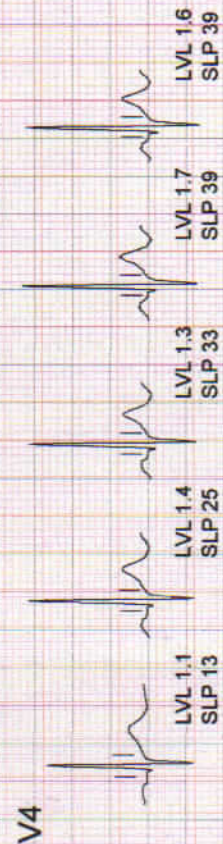
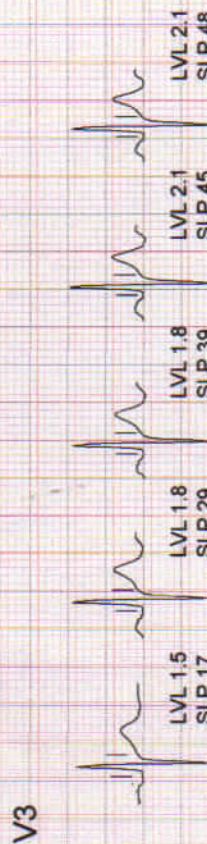
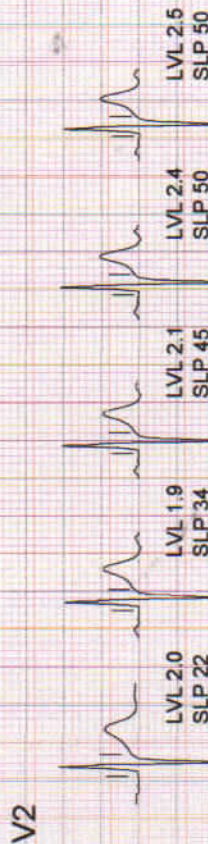
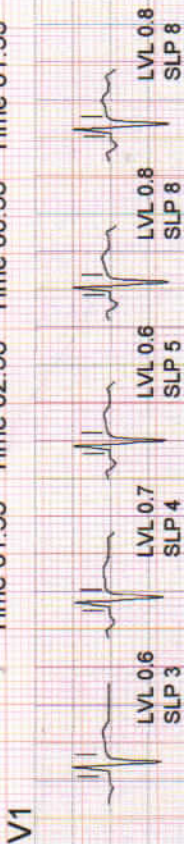
Average Beat Summary

Tn. Pambudhi Kristyanto

Rest Stage: 2 Time 01:53 Stage: 3 Time 00:53 Stage: 3 Time 01:53



Rest Stage: 2 Time 01:53 Stage: 2 Time 02:53 Stage: 3 Time 00:53 Stage: 3 Time 01:53

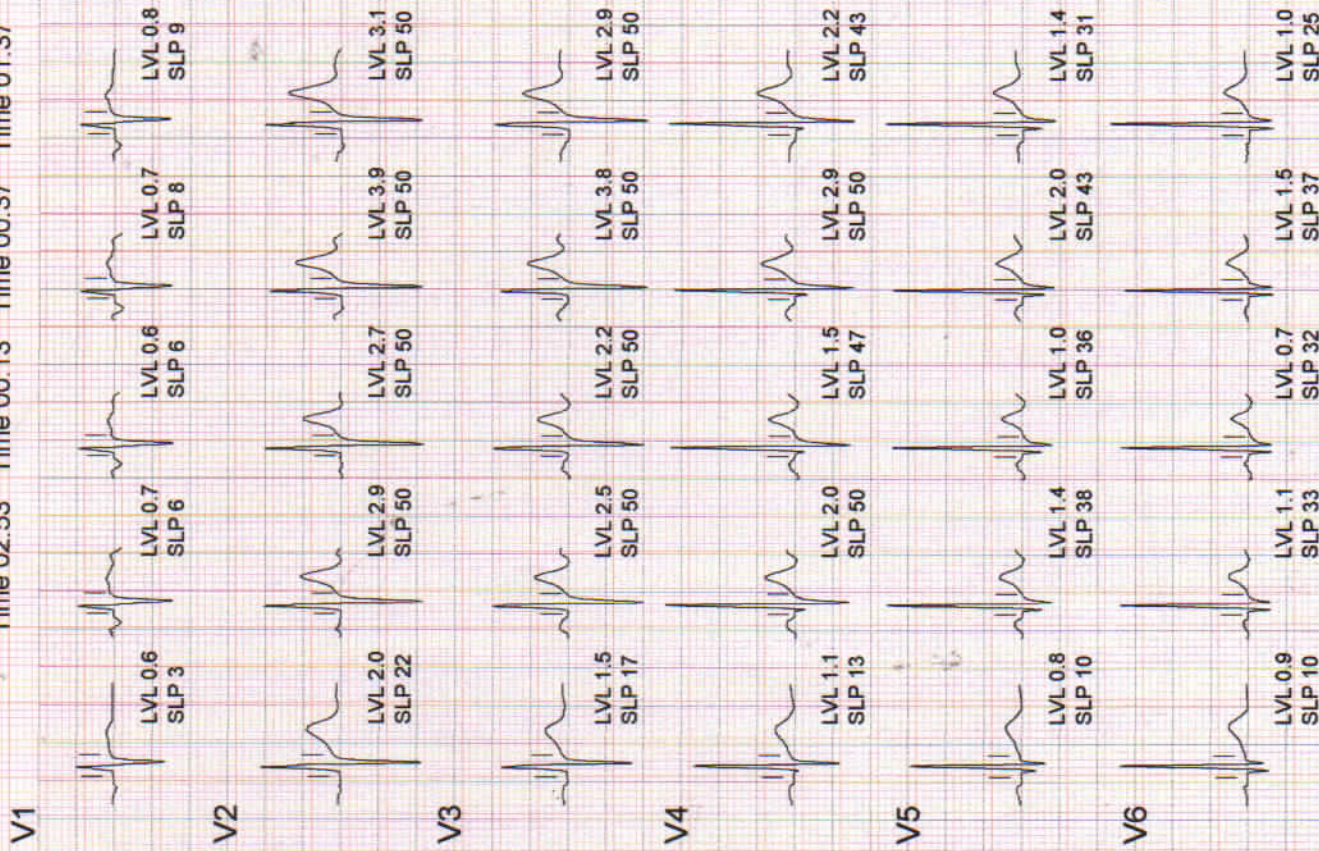
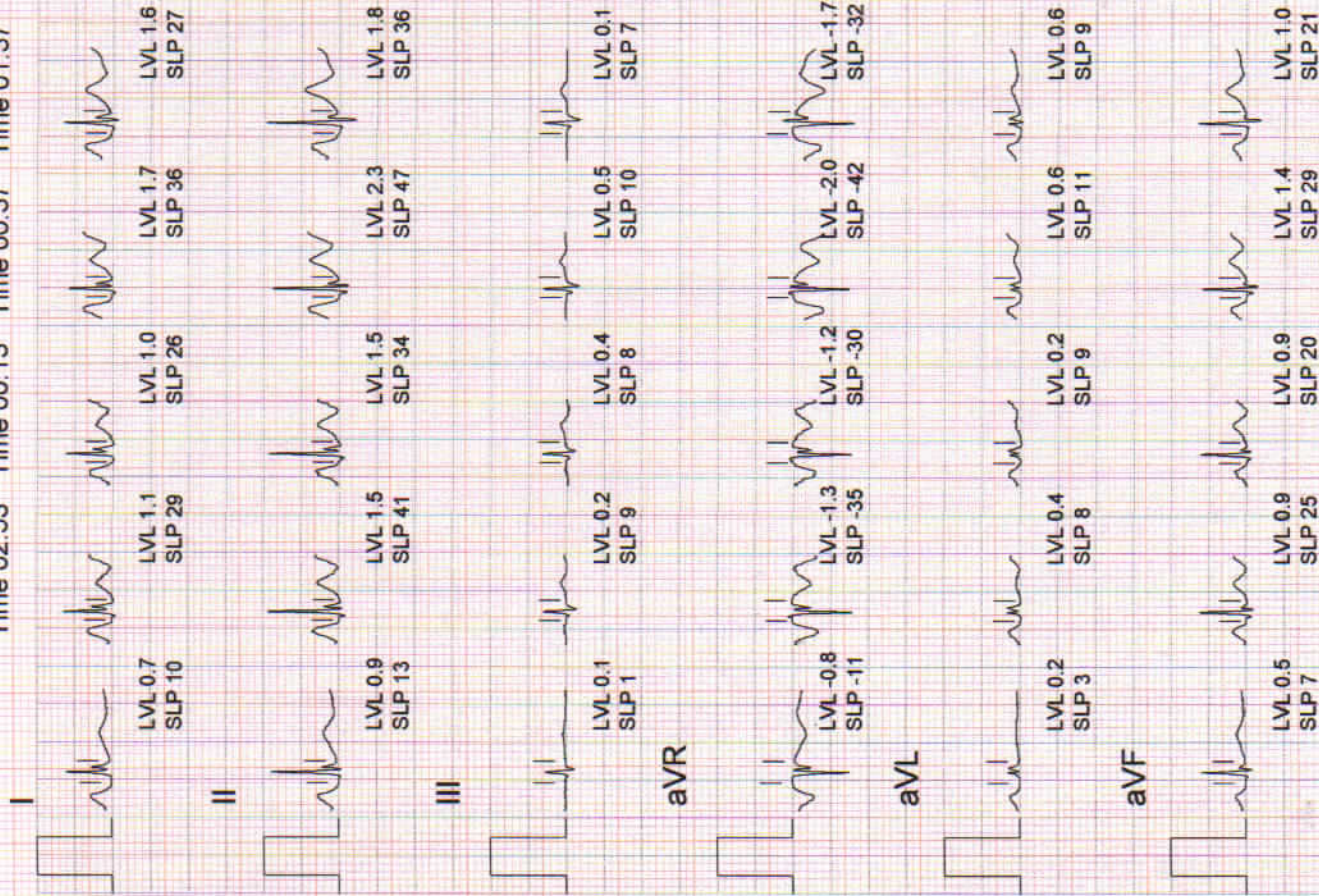


Average Beat Summary

Tn. Pambudhi Kristyanto

Rest Stage: 3 Stage: 4 Recovery Recovery
 Time 02:53 Time 00:13 Time 00:37 Time 01:37

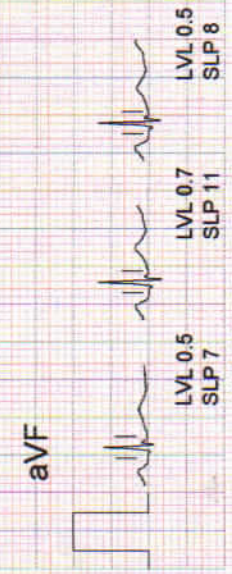
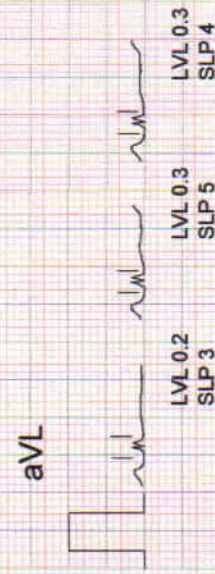
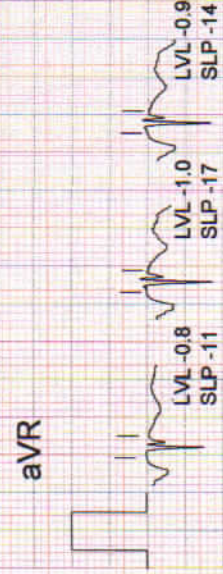
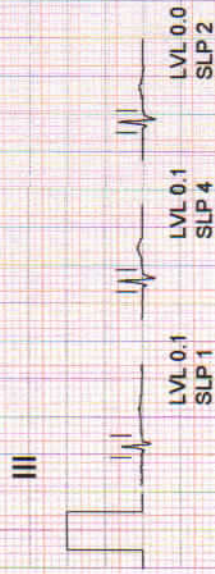
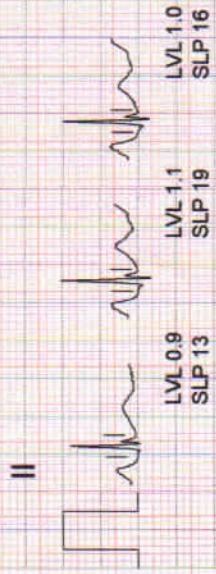
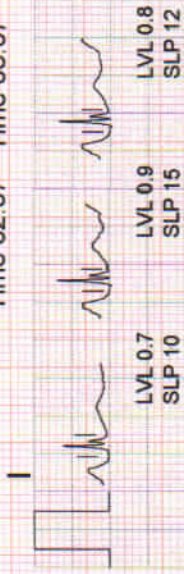
Rest Stage: 3 Stage: 4 Recovery Recovery
 Time 02:53 Time 00:13 Time 00:37 Time 01:37



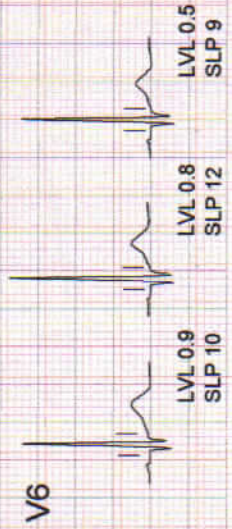
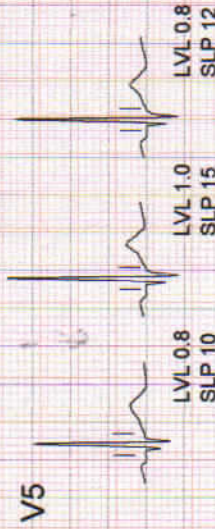
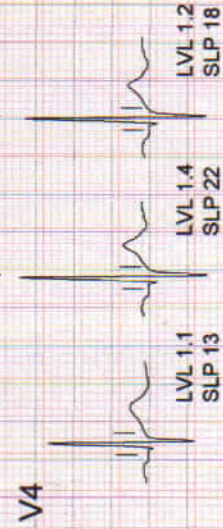
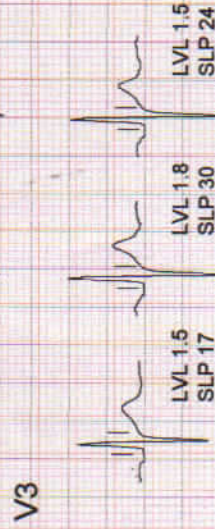
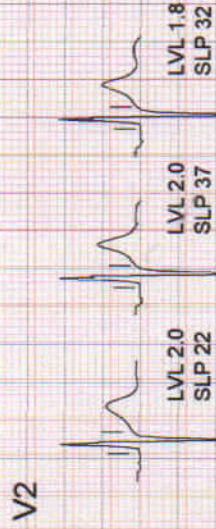
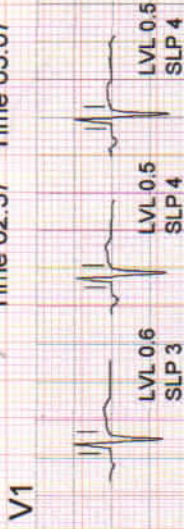
Average Beat Summary

Tn. Pambudhi Kristyanto

Rest Recovery Time 02:37 Recovery Time 03:07



Rest Recovery Time 02:37 Recovery Time 03:07



Tn. Pambudhi Kristyanto

17/06/2020 10:24:03

18/07/1981

12-Lead Manual (simultaneous)

Protocol

Bruce

Stage

Spd/Grd

Rest 00:41

0.0 km/h 0.0%

RPE

METS(a)

BP

Previous BP

HR

Target HR

Max HR

HRxBP

89

155

89

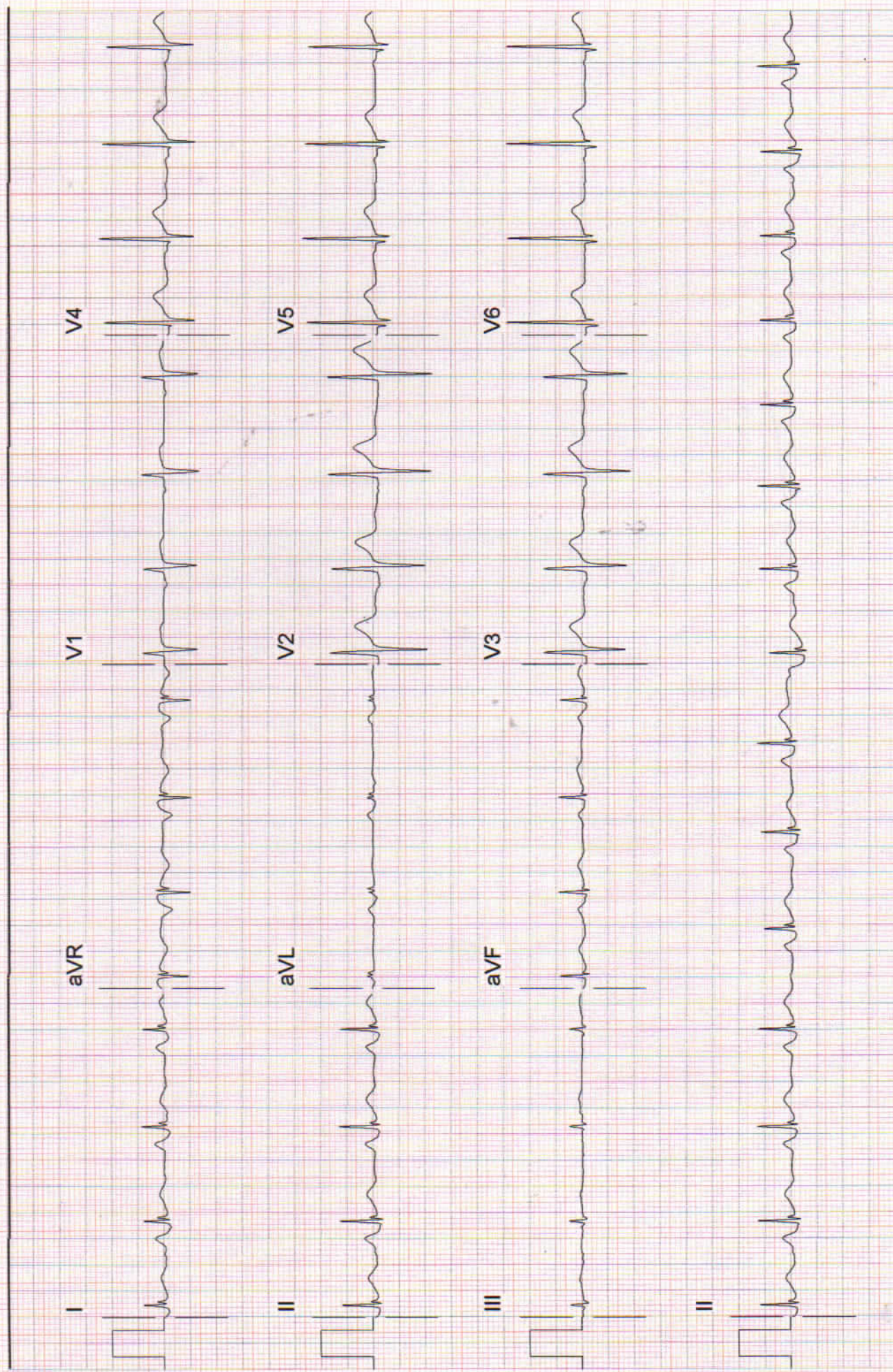
10680

12

0.9 SLP

2.0 SLP

10



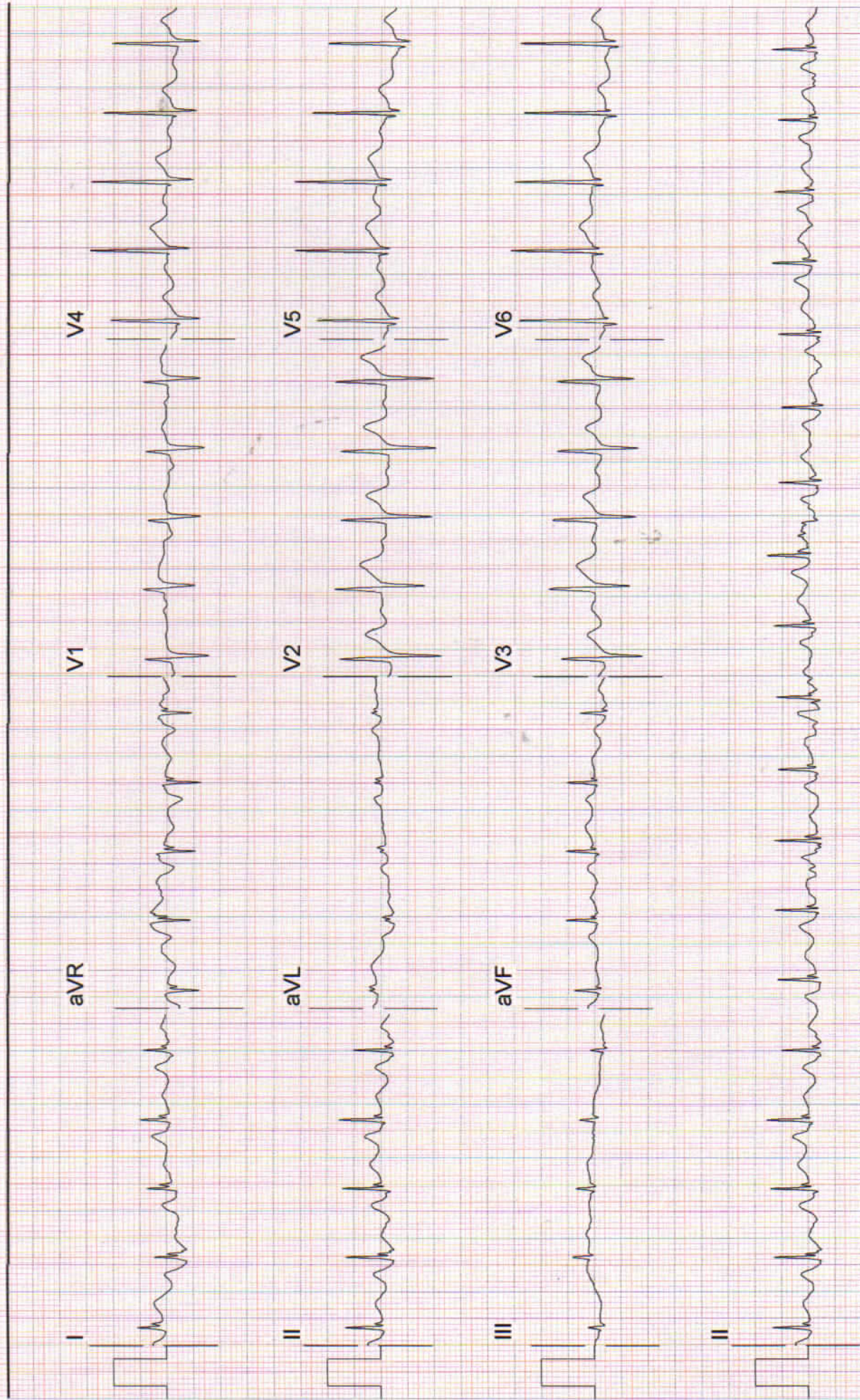
Tn. Pambudhi Kristyanto
 17/06/2020 10:24:03
 18/07/1981
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage
 Spd/Grd

1 02:59 02:59
 2.7 km/h 10.0%

RPE --
 METs(a) 4.6
 BP 120/80
 Previous BP 120/80

HR 115
 Target HR 155 II
 Max HR 115 V2
 HRxBP 13800 V5
 LVL 1.0 SLP 14
 LVL 2.1 SLP 30
 LVL 0.9 SLP 16



Tn. Pambudhi Kristyanto
 17/06/2020 10:24:03
 18/07/1981
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage
 Spd/Grd

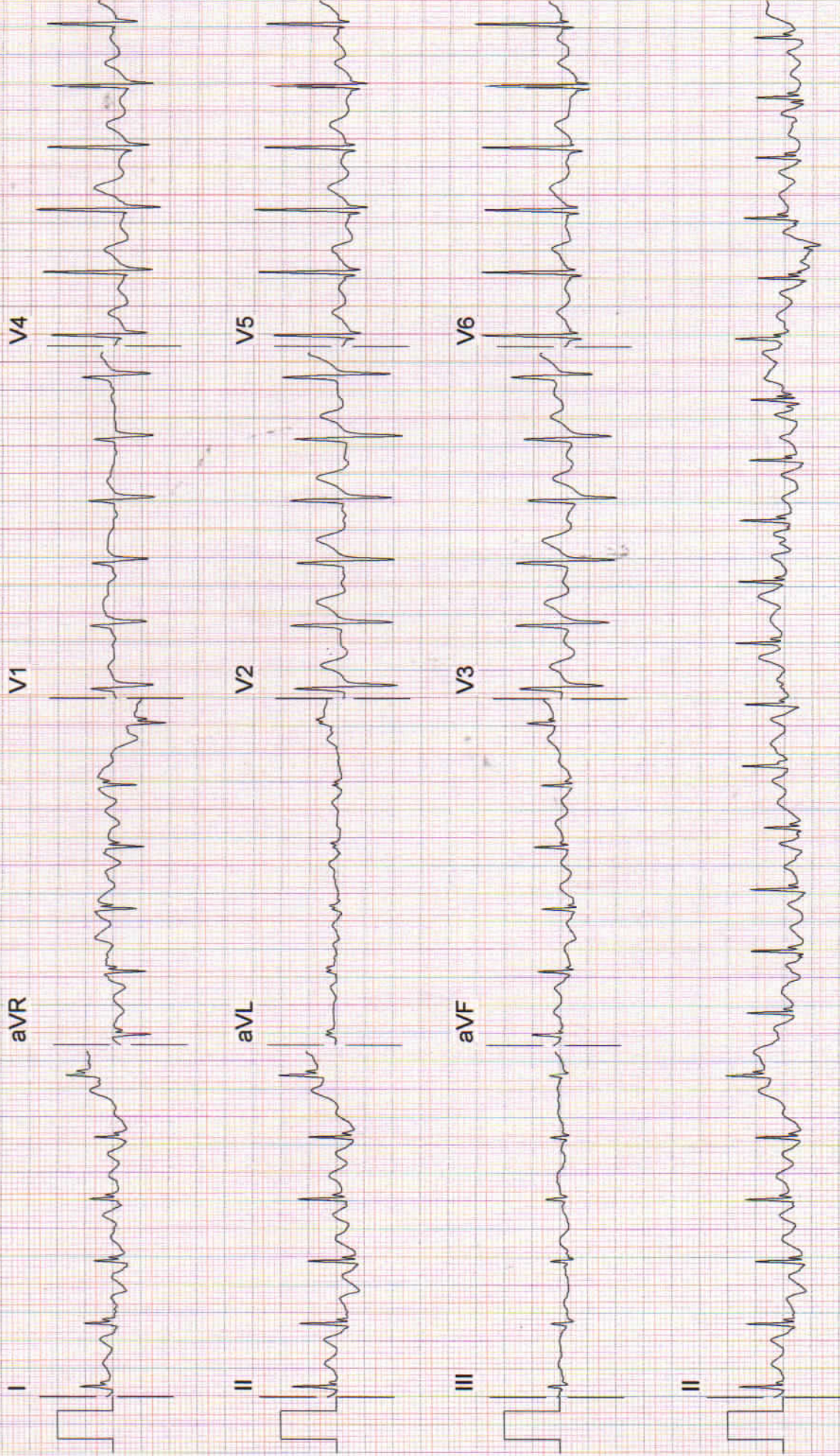
2 02:59 05:59
 4.0 km/h 12.0%

RPE
 METs(a)
 BP
 Previous BP

HR
 Target HR
 Max HR
 HRxBP

132
 155 II
 139 V2
 15840 V5

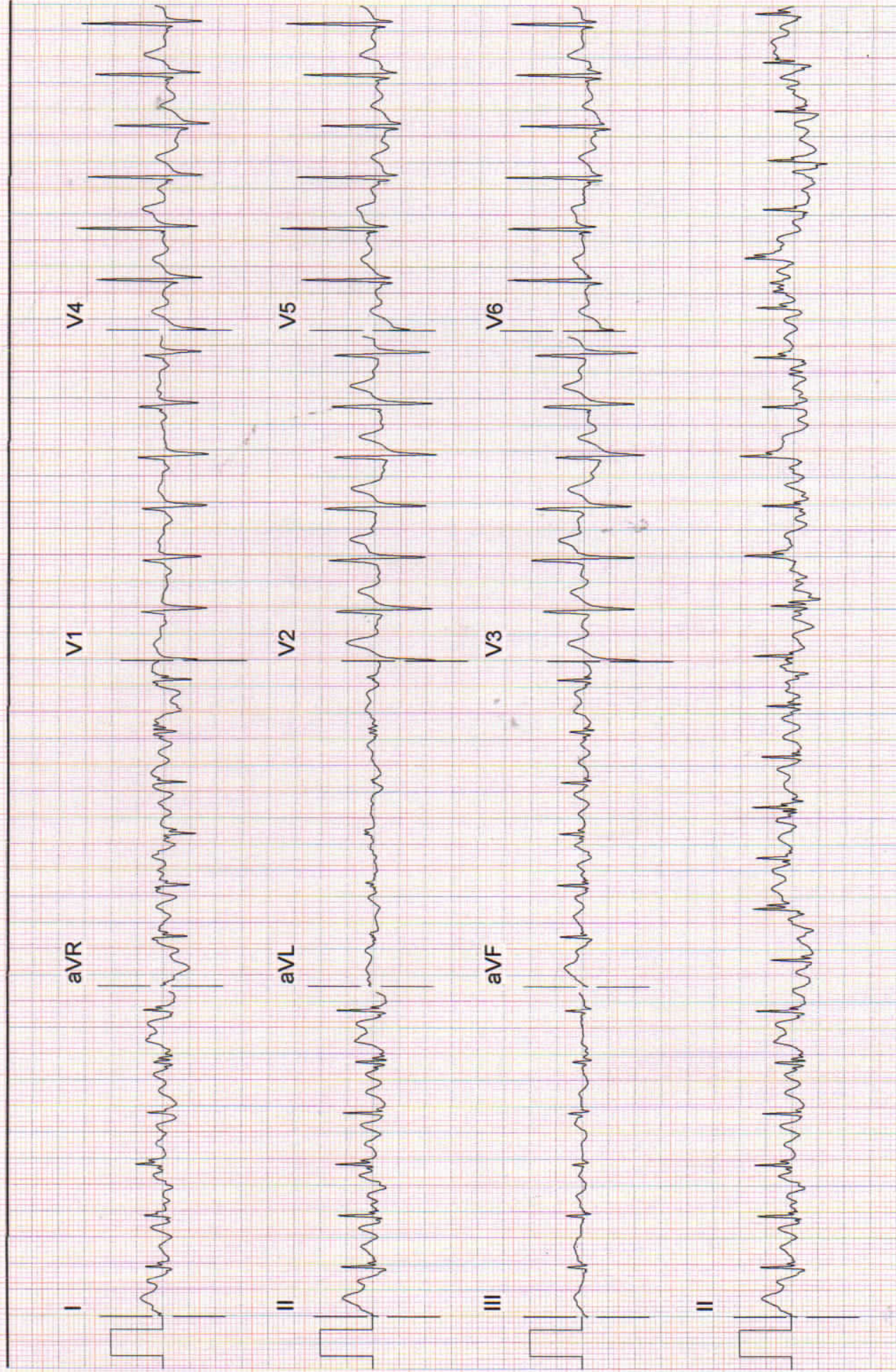
LVL 0.8 SLP
 LVL 2.1 SLP
 LVL 0.9 SLP



Tn. Pambudhi Kristyanto
 17/06/2020 10:24:03
 18/07/1981
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage
 Spd/Grd 3 02:59 08:59
 5.4 km/h 14.0%

RPE -- HR 152
 METs(a) 10.1 Target HR 155 II
 BP 130/80 Max HR 152 V2
 Previous BP 130/80 HRxBP 19760 V5
 LVL 1.5 SLP 41
 LVL 2.9 SLP 50
 LVL 1.4 SLP 38



Tn. Pambudhi Kristyanto
 17/06/2020 10:24:03
 18/07/1981
 12-Lead (simultaneous)

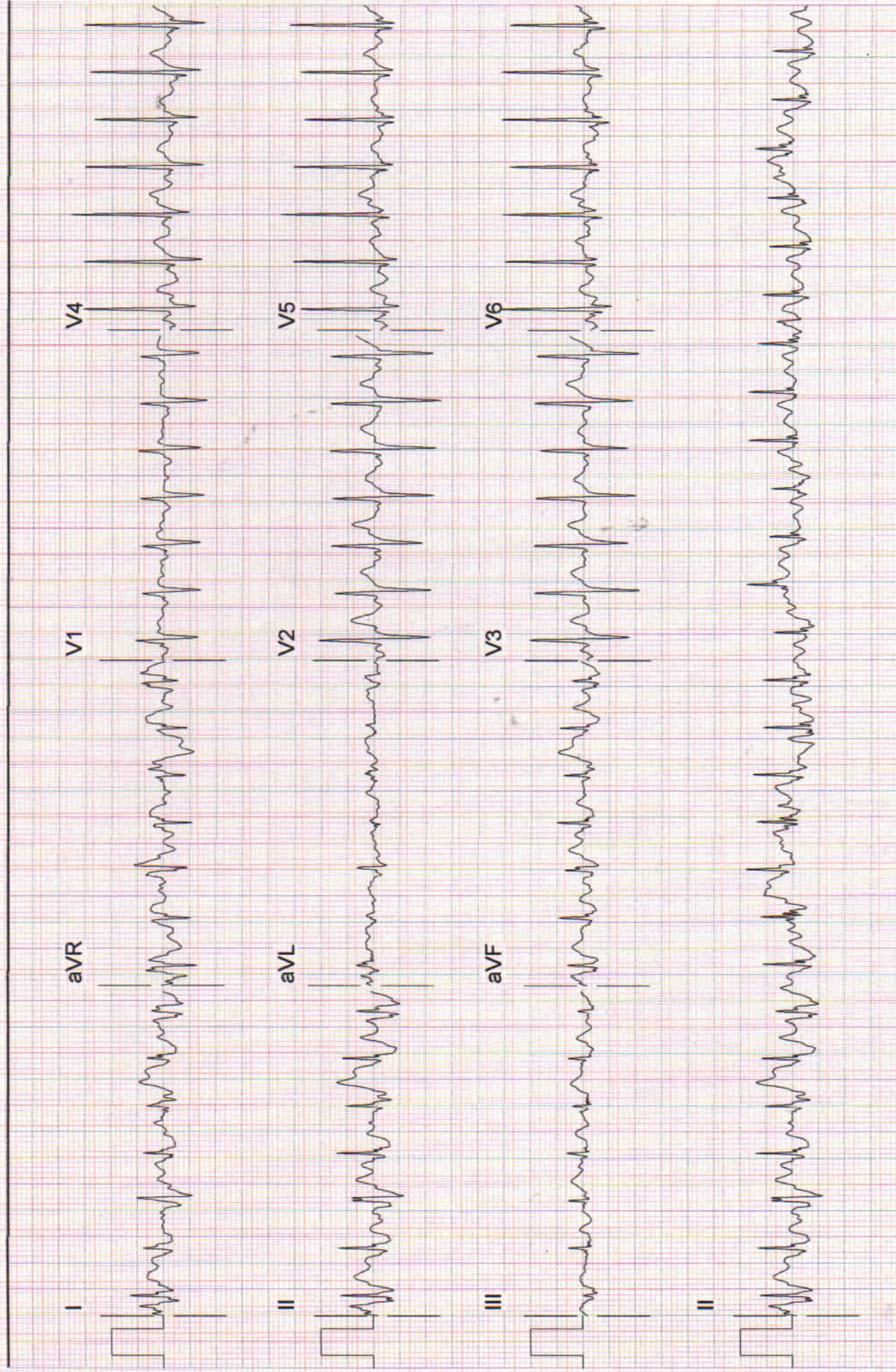
Protocol Bruce
 Stage
 Spd/Grd

4 00:15 09:15
 6.7 km/h 16.0%

RPE
 METs(a)
 BP
 Previous BP 130/80

HR
 Target HR
 Max HR
 HRxBP

163
 155 II
 163 V2
 --- V5
 1.5 SLP
 2.7 SLP
 1.0 SLP

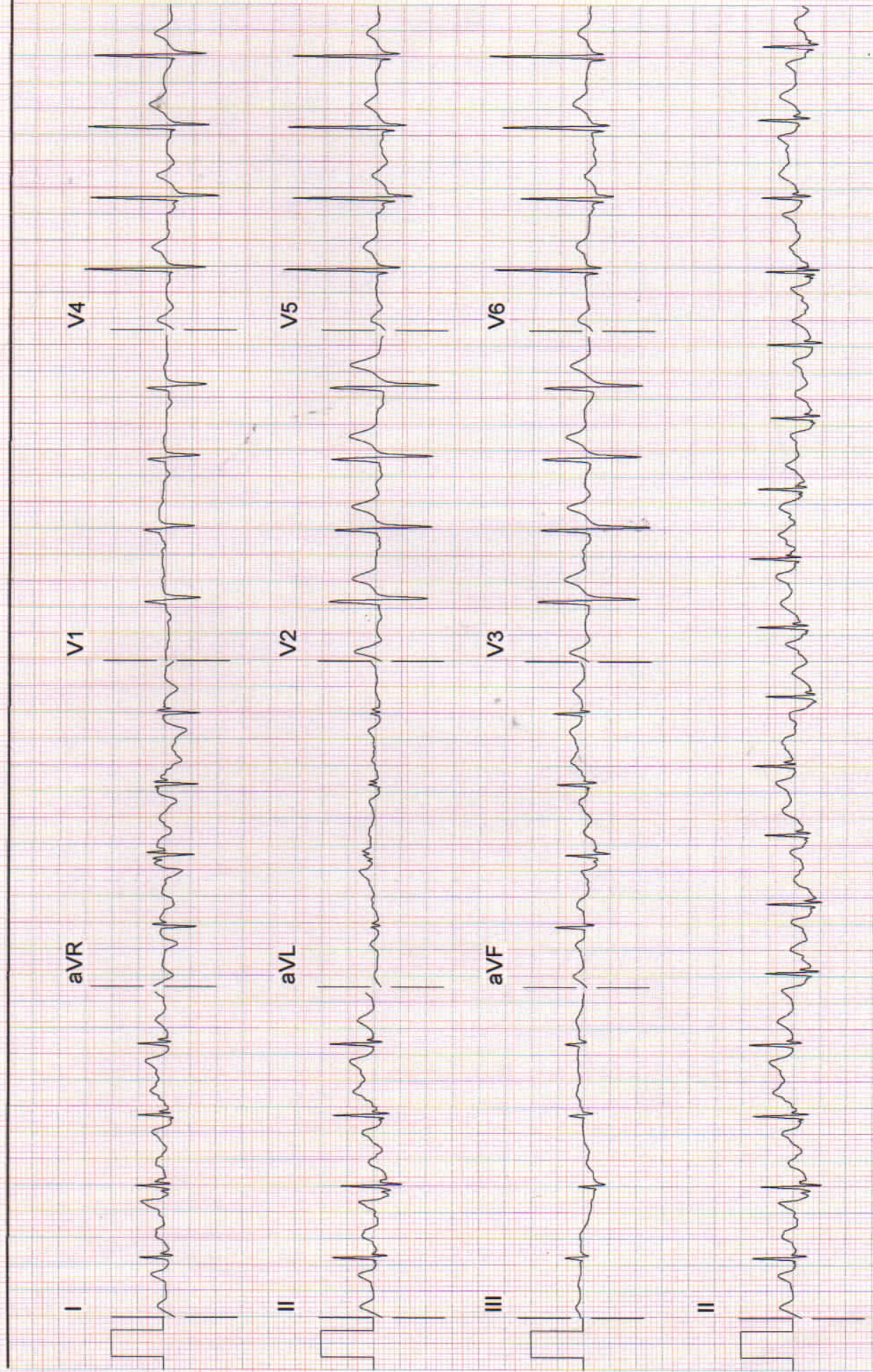


Tn. Pambudhi Kristyanto
 17/06/2020 10:24:03
 18/07/1981
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage
 Spd/Grd

Recov 02:00
 1.9 km/h 0.0%

RPE -- HR 111
 METs(a) 10.1 Target HR 155 II
 BP 130/80 Max HR 167 V2
 Previous BP 130/80 HRxBP 14430 V5
 LVL 1.6 SLP 31
 LVL 2.4 SLP 50
 LVL 1.0 SLP 24



AUDIOMETRY RESULT

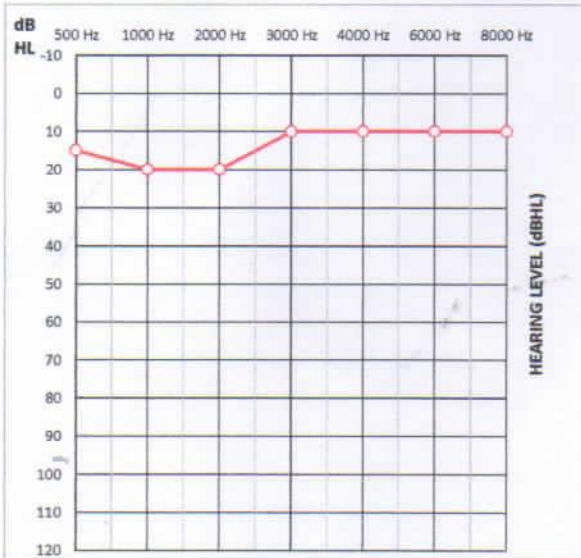
Name : Pambudhi Kristyanto	Date of Visit : June 17, 2020
Sex : Male	Medical Record : 02 00 46
Date of Birth : July 18, 1981	Company :

AUDIOGRAM

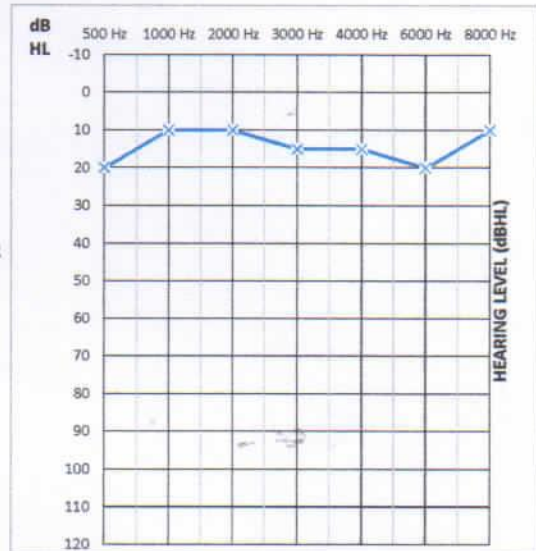
KANAN

FREQUENCY IN HERTZ (Hz)

KIRI



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



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

AUDIOGRAM CODE

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

EAR	COL	AC		BC	
		UM	M	UM	M
R	RED	O	Δ	<	
L	BLUE	X	□	>	
NO RESPONSE					

AC _____ BC _____

Kesimpulan	Dokter Pemeriksa
Telingas Kanan + Kiri, Jalan Bicara Normal	 Dr. Erica Lukman Sp.THT-KL 026/1128C/SIP-DIX/2016

<i>SUPPORTIVE INVESTIGATION</i>			
Name	: Pambudhi Kristyanto	Date of Visit	: June 17, 2020
Sex	: Male	Medical Record	: 02 00 46
Date of Birth	: July 18, 1981	Company	:

I. LABORATORIUM SUMMARY

<input type="checkbox"/> Normal	COMMENT : Blood : Total Cholesterol 232 mg/dl, LDL Cholesterol 154 mg/dl
<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. TREADMILL

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

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