



**GRAND MEDICA  
INDONESIA**

*Make SMILE and Be HEALTHY*

## PERSONAL DATA

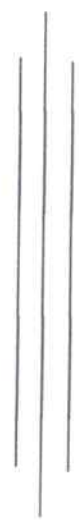
No. MCU : 2997/GMI-MCU/XI/2019  
No. Badge : -  
N a m a : **TARMIDI, Tn.**  
U m u r : 28 tahun  
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**  
Jabatan : Administrator  
Tgl Pemeriksaan : 04/11/2019  
Alamat : Jl. IR. Soekarno RT 19 Kel. Muara Jawa Ulu Kel. Muara Jawa, Kukar

2597



**PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**

# HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE TAHUN 2019



**NAMA** : TARMID  
**TANGGAL LAHIR** : 07 - April - 1971  
**JENIS KELAMIN** : Laki - laki  
**S/N** : .....  
**IGG** : .....  
**DEPT/SERVICE** : .....  
**LOKASI KERJA** : .....  
**JENIS PEMERIKSAAN** :  Pre-employment  
 Annual  
 Pre-retirement



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

### RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

- Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah mengalami kecelakaan akibat kerja ? 1. Ya 2. Tidak  2  
*Bila tidak, langsung ke no. 6*
- Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan ?
- Apakah Anda perlu mendapatkan perawatan di rumah sakit karena kecelakaan tersebut ? 1. Ya 2. Tidak
- Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut ?
- Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh ? 1. Ya 2. Tidak
- Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit ? 1. Ya 2. Tidak  2  
*Bila tidak, langsung ke no. 8*
- Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir ?
- Apakah Anda menderita penyakit yang dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir ? 1. Ya 2. Tidak  2

## KEBIASAAN MEROKOK

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

1. Ya 2. Tidak
- Bila tidak, langsung ke alkohol*
- 
1. Ya, setiap hari
2. Ya, tidak setiap hari
3. Tidak - bisa tidak langsung ke no. 14
- 
1. Kadar nikotin rendah
2. Kadar nikotin sedang
3. Kadar nikotin tinggi
1. Tidak pernah
2. Kadang-kadang
3. Selalu
- 
1. Ya 2. Tidak
1. Ya 2. Tidak
1. Ya 2. Tidak
1. Rokok pertama di pagi
2. Rokok lainnya
1. Ya 2. Tidak
1. Ya 2. Tidak
- Langsung ke pertanyaan alkohol*
- 

## KONSUMSI ALKOHOL

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

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

## AKTIFITAS FISIK DAN OLAHRAGA

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

- 
- 
- 
- 
1. 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 ?

### RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

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

- |                         |       |          |                                |
|-------------------------|-------|----------|--------------------------------|
| a. Tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="1"/> |
| b. Penyakit jantung     | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="1"/> |
| c. Stroke               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| d. Kencing manis        | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| e. Kanker               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| f. Alergi               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| g. Asma                 | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |

2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut

- |                         |       |          |                                |
|-------------------------|-------|----------|--------------------------------|
| a. Tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="1"/> |
| b. Penyakit jantung     | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| c. Stroke               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| d. Kencing manis        | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| e. Kanker               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| f. Alergi               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| g. Asma                 | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |

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

1. Ya 2. Tidak

### UNTUK KARYAWAN WANITA

1. Apakah saat ini Anda sedang hamil ?

1. Ya 2. Tidak

*Bila tidak, lompat ke no. 3*

2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini ?

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

4. Berapa jumlah keguguran yang pernah Anda alami ?

5. Kapan hari pertama haid terakhir Anda ?

/  /

6. Berapa umur Anda pada saat haid pertama ?

7. Berapa banyak pada saat Anda haid ?

1. Banyak 2. Sedikit

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

1. Ya 2. Tidak

9. Apakah ada rasa sakit yang berhubungan dengan haid ?

1. Ya 2. Tidak

10. Apakah Anda sering menderita keputihan ?

1. Ya 2. Tidak

## KELUARGA BERENCANA

1. Apakah keluarga Anda mengikut keluarga berencana ?

1. Ya 2. Tidak

*Bila tidak langsung ke Vaksinasi*

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

1. Kondom 5. IUD

2. Pili 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

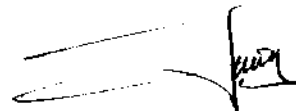
2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ?

/  / 0 A / 1 1

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

Balikpapan, 4- NOVEMBER 2013

Nama dan tanda tangan karyawan



(.....)

## MEDICAL CHECK UP –2019

## PHYSICAL EXAMINATION

NAME	TARMIDI, Tn.	S/N	-	DEPT	-
------	--------------	-----	---	------	---

## I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	120/80	mmHg	Pulse	80	x/m	Respiration	20	x/m	Temp.	36	°C
Weight (W)	66	kg	Height (H)	166	cm	BMI	24,0	Waist	81	cm	

(\*) BMI = W / H<sup>2</sup> (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@		✓	
8	NECK	Adenopathi/Thyroid/Carotids/ Trachea/ Veins/ Mass/ Spine/ Motion/ Bruit		✓	
9	BACK / SPINE	Kyphosis/Scoliosis/ Lordosis/ Mobility/ CVA/ Bone/ Tenderness/ Other deformities		✓	
10	THORAX	Symmetry/Movement/Contour / Tender		✓	
11	BREAST	Size/Consistency/ Nipples/ Areola / Discharge/ Palpable mass/ enderness/ Nodes/ Scars		✓	
12	HEART	Rate/Rhythm/Apical/Impulse/Trills/ Quality of sound/Intensity/Splitting/Extra sound/Murmurs		✓	
13	CHEST / LUNG	Excursion/Dullness or Hyper-resonance of percussion/ Quality of breath sound/ Rales/ Wheezing/Ronchi/ Bruit		✓	
14	ABDOMEN	Bowel sounds/ Appearance/ Liver/ Spleen/ Masses/ Hernias/ Murmur/ Contour/ Tenderness/ Bruit/ Nodes		✓	
15	GROIN	Hernia/Inguinal nodes/Femoral pulses		✓	
16	GENITAL	MALE		✓	
		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		✓	Romberg Test : Negative
21	MUSCULAR SYSTEM	Strength/Wasting/Development		✓	
22	RECTAL EXAM.	Sphincter tonus/ Hemorrhoids/ Fissure/ Masses /Prostate		✓	



## SUPPORTIVE INVESTIGATIONS

### I. VISION

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

### II. LABORATORIUM SUMMARY

*See attached result*

✓	Normal	COMMENT:
	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): Normal Sinus Rhythm
--------	---	----------	--------------------------------

### 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	4.32	4.39	98	%
FEV 1	3.87	3.71	104	%
FEV/FVC	89.6	85.4	105	%

### 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) : 2997 /GMI-MCU/XI/2019

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama (Name)** : Tn. TARMIDI / M **Umur (Age)** : 28 **Tahun (Years old)**  
**Pekerjaan (Job Position)** : ADMINISTRATOR **Dokter (Doctor)** : Dr. Hendra AZ  
**Perusahaan (Company)** : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)** : 4 November 2019

HEMATOLOGY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Hemoglobine ( Hgb )	14,1	( F:12,0-16,0 g/dL, M:13,0-18,0 g/dL )
Hematocrit ( Hct )	40,3	( F: 35 - 45%, M: 40 - 50 % )
Erythrocyt (RBC)	4,5	( F:3,8-5,5x10 <sup>6</sup> sel/mm <sup>3</sup> , M:4,4-5,6x10 <sup>6</sup> sel/mm <sup>3</sup> )
Leucocyt (WBC)	5,47	( 4,0 - 10,0/mm <sup>3</sup> )
Differential Count		
Basophile	0	0 - 2%
Eosinophile	3	0 - 6%
Stab	2	0 - 12%
Segmen	49	50 - 70%
Lymphocyte	42	20% - 40%
Monocyte	4	0 - 11%
MCV	89	80 - 100 fl
MCH	31	27-34 pg/sel
MCHC	34	32-36 g/dL
Thrombocyt	275	( 140 - 440 x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )

BLOOD CHEMISTRY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Glucose Fasting	82	70 - 110 mg/dL
Cholesterol total	140	Normal : <200mg/dl Borderline :200-240 Tinggi > 240 mg/dl
HDL Cholesterol	39	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	81	Normal < 130 mg.dl Borderline 130-159 mg/dl Tinggi > 160 mg/dl
Triglycerides	99	Normal < 150 mg/dL Bordeline 150 -199 mg/dl Tinggi 200 -499 mg/dL
Uric Acid	4,6	(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	10	10 - 50 mg/ dL
SGOT / AST	14	M : s/d 37 U/L F : s/d31 U/ L
SGPT / ALT	13	M : s/d 40 U/L F : s/d 35 U/ L

URINALYSIS	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
<b>MACROS</b>		
Colour	Kuning Jernih	Jernih
Spec.Grav	1,025	1,003 - 1,035
pH	5,0	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,

Analisis Laboratorium



Dr. Hendra AZ

Laboratorium  
**GRAND Medica**

Syamsir 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

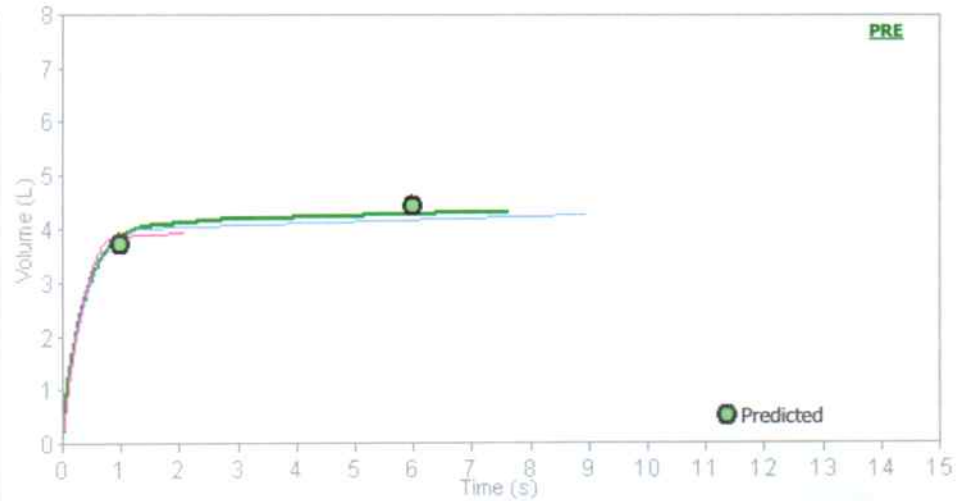
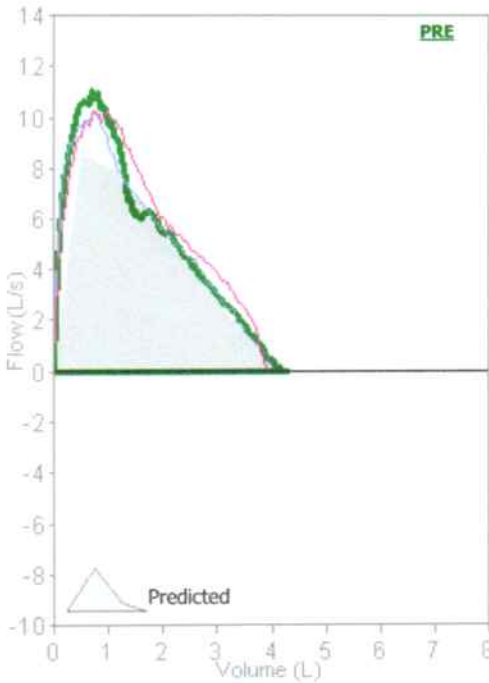
# Pulmonary Function Test Results



**GRAND MEDICA  
INDONESIA**

Visit date **04/11/2019**

Patient code	2997. 2019	Age	28
Surname	TARMIDI.	Gender	Male
Name	TARMIDI	Height, cm	166
Date of birth	07/04/1991	Weight, kg	66
Ethnic group	Oriental	BMI	23,95
Smoke	No smoker	Pack-Year	
Patient group			



Quality Control Grade: A    Variability: FEV1=0,03L (0,78%), FVC=0,04L (0,93%)  
3 Acceptable trials

**Interpretation**

Normal Spirometry



PRE Trial date **04/11/2019 9:42:22**

Parameters	LLN	Pred	PRE # 1	%Pred	Z-score	PRE # 2	PRE # 3	POST#1	%Pred	%Chg
FVC	L	3,34	4,39	4,32	98	-0,12	4,28	3,91		
FEV1	L	2,84	3,71	3,87	104	0,31	3,86	3,90		
FEV1/FVC	%	75,2	85,4	89,6	105	0,69	90,2	99,7		
PEF	L/s	5,21	8,63	11,18	130	1,23	10,29	10,36		
ELA	Years		28	28	100		28	28		
FEF2575	L/s	2,30	4,08	4,65	114	0,53	4,82	6,15		
FET	s		6,00	7,60	127		8,97	2,08		
FVC	L	3,34	4,39							
FEV1/VC	%	75,2	85,4							

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

**Conclusion / Medical report**

*Fungsi Paru Paru dalam batas normal*

Signature

**Dr. Masnawati**

Instrument used  
Spirobank II new S/N Y04391  
Last calibration check 04/11/2019 8:17:38



**Nomor Pasien**  
(Patient Number)

**Nomor Film**  
(Film Number) : 2997

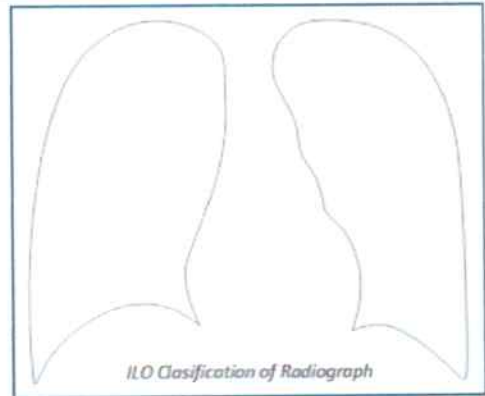
**Data Pasien (Patient Detail)**

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

**Perusahaan**  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA  
**Pekerjaan**  
(Occupation) : ADMINISTRATOR  
**Tgl Pemeriksaan**  
(Date of Analysis) : 4 November 2019

**Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)**

**Jenis Pemeriksaan**  
(Type of Examination) : Thorax  
**Posisi Penyinaran**  
(Exposure Position) : PA  
**Kondisi Penyinaran**  
(Exposure Condition) : kV : -  
mAs : -



**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?**  
(Skleton 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



**dr. ABDUL HARIS, Sp.Rad**  
Spesialis Radiologi







**GRAND MEDICA INDONESIA**

**Patient Data**

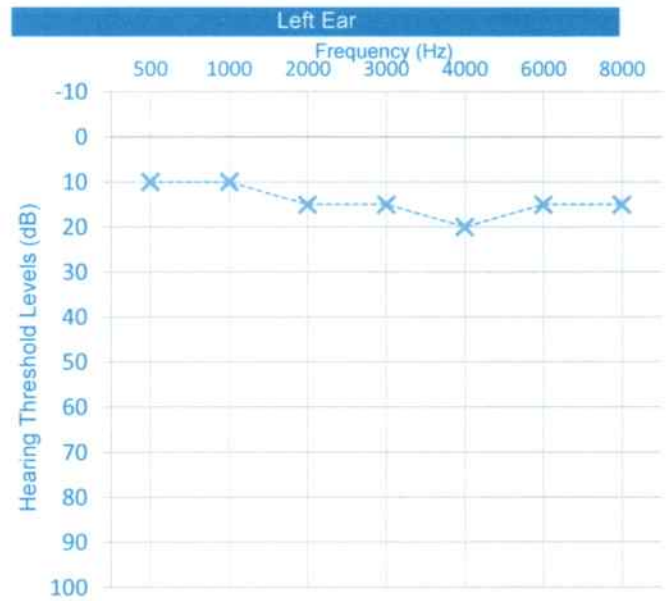
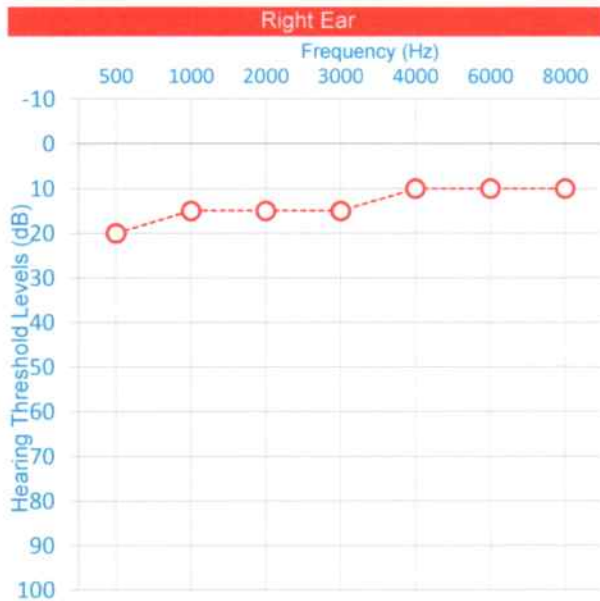
ID Number	<b>2997</b>	Gender	<b>Laki-laki</b>
First Name	<b>TARMIDI</b>	Occupation	<b>Administrator</b>
Last Name	<b>-</b>	Company	<b>PT. Inspektindo</b>
Age	<b>28</b> Yo.	Test Date	<b>4 November 2019</b>

**Occupational Noise Exposure**

<b>Present</b>	Type of work: Administrator	Period of work: -	Hearing Protection Worn: Yes
<b>Previous</b>	1) -	-	-
	2) -	-	-
<b>Military Services</b>	-		

**Otological History / Symptoms**

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



O = Right Air Conduction; <= Right Bone Conduction

X = Left Air Conduction >= Left Bone Conduction

**Test Detail**

Test Location  Sound Booth  Other  Hours Away from Noise  < 14 hours  14 - 24 hours  > 24 hours

Technician **Susi Rindayani, Amd.Kep**

**Right Ear Observation and Test Result**

**Left Ear Observation and Test Result**

Canal	Normal	HTL	Canal	Normal	HTL												
Ear Drum	Normal	RIGHT	Ear Drum	Normal	LEFT												
Conduction	Frequency (Hz)							EAR	Conduction	Frequency (Hz)							EAR
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000			500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
Air	20	15	15	15	10	10	10	13,3	Air	10	10	15	15	20	15	15	16,7
Bone								0,0	Bone								0,0

**Conclusion / Medical Report**

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

Signature

**dr. Hendra A.Z.**

Instrument used  
**SIBELSOUND 400**

Standard  
**OSHA**





04-11-2019 09:28:34

ID : 2997  
Name : Tarmidi  
Age : 28 Years  
Department: PT. Insektindo

Gender : Male

HR	: 55	BPM
P Dur	: 109	ms
PR Int	: 148	ms
QRS Dur	: 89	ms
QT/QTc Int	: 390/375	ms
P/QRS/T axis	: 30/66/50	°
RV5/SV1 amp	: 1.865/0.496	mV
RV5+SV1 amp	: 2.361	mV
RV6/SV2 amp	: 1.661/0.665	mV

Diagnosis Information:  
800: Sinus Rhythm  
\*\*\*Normal ECG\*\*\*

*NSR*

Technician : Rinda Amd. Kep  
Report Confirmed by:

**dr. ACHMAD YUSRI SpJP**  
SPECIALIS ANTIJANG DAN PEMBUAH DARAH

