



**GRAND MEDICA**  
**INDONESIA**

## PERSONAL DATA

**No. MCU** : 1440/GMI-MCU/V/2019  
**No. Badge** : -  
**Nama** : YUDHI PRASETYO, Tn.  
**Umur** : 29 tahun  
**Perusahaan** : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA  
**Jabatan** : Asst. Inspector  
**Tgl Pemeriksaan** : 15/05/2019  
**Alamat** : Jl. Pemuda RT 05 No. 79 Batakan, Balikpapan Timur.



**PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**

**HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE  
TAHUN 2019**



**NAMA** : YUOHU PRASETYO  
**TANGGAL LAHIR** : 10 SEPTEMBER 1989  
**JENIS KELAMIN** : LAKI - LAKI  
**S/N** : .....  
**IGG** : .....  
**DEPT/SERVICE** : .....  
**LOKASI KERJA** : PHM  
**JENIS PEMERIKSAAN** :  Pre-employment  
 Annual  
 Pre-retirement

**Medical Department**

**HEALTH SURVEILLANCE**

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

**IDENTITAS PEGAWAI**

- 1. Posisi : ASST. INSPECTOR
- 2. Golongan Darah : A / (B) / AB / O Rhesus : (+) / -
- 3. Status : (1) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
- 4. Jumlah anak : Anak laki-laki ..... Orang, Anak Perempuan ..... orang
- 5. Alamat sekarang : JIN. PEMUDA RT 05 NO 79 BATAKAN  
BALIKPAPAN TIMUR
- 6. No. Extension Telpon. : Telpon/HP 08247000077  
Kantor : ..... Kamar (untuk lapangan) .....

**HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN**

| No. | Posisi                 | Lama Kerja | Perusahaan     | Lama paparan dalam jam/hari |          |          |          |          |           |
|-----|------------------------|------------|----------------|-----------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
|     |                        |            |                | Bising                      | Debu     | Kimia    | Radiasi  | Ergonomi | lain-lain |
| 1.  | <u>ASST. INSPECTOR</u> | <u>8</u>   | <u>PT. BKI</u> | <u>8</u>                    | <u>2</u> | <u>8</u> | <u>-</u> | <u>8</u> |           |
|     |                        |            |                |                             |          |          |          |          |           |
|     |                        |            |                |                             |          |          |          |          |           |

**HANYA UNTUK KARYAWAN ..... RIWAYAT PEKERJAAN**

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

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

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

**RIWAYAT KESEHATAN**

- 1. Selama 1 tahun terakhir ini, apakah anda pernah sakit :
  - a. Tekanan darah tinggi : 1. Ya 2. Tidak
  - b. Tekanan darah rendah : 1. Ya 2. Tidak
  - c. Jantung : 1. Ya 2. Tidak
  - d. Stroke : 1. Ya 2. Tidak
  - e. Kencing Manis : 1. Ya 2. Tidak

- |                           |  |   |                          |
|---------------------------|--|---|--------------------------|
| f. Timbul benjolan/tumor  | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| g. Ayan / Gangguan syaraf | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| h. Asma                   | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| i. Batu ginjal            | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| j. Alergi                 | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| k. Thyphus                | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| l. TBC                    | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| m. Malaria                | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| n. Penyakit kelamin       | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| o. Kuning / Hepatitis     | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| p. Gangguan jiwa          | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| q. Takut pada ketinggian  | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| r. Mata                   | <input checked="" type="radio"/> 1. Ya | <input type="radio"/> 2. Tidak            | <input type="checkbox"/> |
| s. Hidung                 | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| t. Telinga                | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| u. Gigi / mulut           | <input checked="" type="radio"/> 1. Ya | <input type="radio"/> 2. Tidak            | <input type="checkbox"/> |
| v. Lambung                | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| w. Wasir                  | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| x. Kulit                  | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| y. Sendi - sendi          | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| z. Kandungan              | 1. Ya                                  | <input checked="" type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/>   |
|   |       |   | <i>Bila tidak, langsung ke no. 6</i>                                       |
| 2. Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan ?                        |       |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Apakah Anda perlu mendapatkan perawatan di rumah sakit karena kecelakaan tersebut ?            | 1. Ya | <input type="radio"/> 2. Tidak            | <input type="checkbox"/>   |
| 4. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut ? |       |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh ?                                | 1. Ya | <input type="radio"/> 2. Tidak            | <input type="checkbox"/>   |
| 6. Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit ?                          | 1. Ya | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/>   |
|   |       |   | <i>Bila tidak, langsung ke no. 8</i>                                       |
| 7. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir ?  |       |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Apakah Anda menderita penyakit yang dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir ?       | 1. Ya | <input checked="" type="radio"/> 2. Tidak | <input type="checkbox"/>   |

## KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah anda pernah merokok ?
2. Sejak umur berapa Anda mulai merokok untuk pertama kalinya ?
3. Apakah saat ini Anda merokok ?
4. Berapa banyak rokok yang Anda isap setiap harinya ?
5. Jenis rokok apa yang Anda isap ? (DITULIS MEREK)  
SAMPORNA
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)

## 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)

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

2 0

1. Ya, setiap hari

2. Ya, tidak setiap hari

3. Tidak - bila tidak langsung ke no. 14

8

1. Kadar nikotin rendah

2. Kadar nikotin sedang

3. Kadar nikotin tinggi

1. Tidak pernah

2. Kadang-kadang

3. Selalu

1 8 0

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

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

9 0

4

3 0

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 ? 4
- 2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran ? 7

**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

- 1. Apakah ada diantara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut
  - a. Tekanan darah tinggi      1. Ya      2. Tidak
  - b. Penyakit jantung      1. Ya      2. Tidak
  - c. Stroke      1. Ya      2. Tidak
  - d. Kencing manis      1. Ya      2. Tidak
  - e. Kanker      1. Ya      2. Tidak
  - f. Alergi      1. Ya      2. Tidak
  - g. Asma      1. Ya      2. Tidak
- 2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut
  - a. Tekanan darah tinggi      1. Ya      2. Tidak
  - b. Penyakit jantung      1. Ya      2. Tidak
  - c. Stroke      1. Ya      2. Tidak
  - d. Kencing manis      1. Ya      2. Tidak
  - e. Kanker      1. Ya      2. Tidak
  - f. Alergi      1. Ya      2. Tidak
  - g. Asma      1. Ya      2. Tidak
- 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
- 2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini ? Bila tidak, langsung ke no. 3
- 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. PII

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 ?

25 / 10 / 17

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

Balikpapan, 15 MAY 2019

Nama dan tanda tangan karyawan

( yunus p.)

**MEDICAL CHECK UP – 2019**

**PHYSICAL EXAMINATION**

|             |              |            |  |             |  |
|-------------|--------------|------------|--|-------------|--|
| <b>NAME</b> | Judli Parthy | <b>S/N</b> |  | <b>DEPT</b> |  |
|-------------|--------------|------------|--|-------------|--|

**I. VITAL SIGN**

|                                |          |                   |        |                    |        |              |       |
|--------------------------------|----------|-------------------|--------|--------------------|--------|--------------|-------|
| <b>Blood Pressure (supine)</b> | 100 / 60 | <b>Pulse</b>      | 69 x/m | <b>Respiration</b> | 15 x/m | <b>Temp.</b> | 36 °C |
| <b>Weight (W)</b>              | 72 kg    | <b>Height (H)</b> | 172 cm | <b>BMI</b>         | 24,3   | <b>Waist</b> | 87 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<br>(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 ☉   |   | ✓ |   | Karies   |
| 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 / Tenderness / Nodes / Scars                      |   |   | ✓ |  |
| 12 | HEART              | Rate / Rhythm / Apical / Impulse / Trills / Quality of sound / Intensity / Splitting / Extra sound / Murmurs        |   |   | ✓ |  |
| 13 | CHEST / LUNG       | Excursion / Dullness or Hyper-resonance of percussion / Quality of breath sound / Rales / Wheezing / Ronchi / Bruit |   |   | ✓ |  |
| 14 | ABDOMEN            | Bowel sounds / Appearance / Liver / Spleen / Masses / Hernias / Murmur / Contour / Tenderness / Bruit/Nodes         |   |   | ✓ |  |
| 15 | GROIN              | Hernia / Inguinal nodes / Femoral pulses  |   |   | ✓ |  |
| 16 | GENITAL            | MALE  | Penis / Testis / Scrotum epididymis / Varicocele / Scars / Discharge / Circumcised / Piercing   |   | ✓ |  |
|    |                    | FEMALE  | Vulva / Vagina / Cervix / Uterus / Adnexae / Rectocele / Bartholini gland / Urethra / Discharge |   |   |  |
| 17 | EXTREMITIES        | Deformity / Clubbing / Cyanosis/ Edema / Nail / Peripheral pulses / Calf tenderness/Joints for swelling / ROM       |   |   | ✓ |  |
| 18 | JOINTS             | ROM / Swelling / Inflammation / Deformity   |   |   | ✓ |  |
| 19 | SKIN               | Color / Birthmark / Scars / Tattoos / Texture / Rash / Eczema / ulcers / Piercing                                   |   |   | ✓ |  |
| 20 | NEUROLOGICAL       | Reflexes / Cranial nerve / Tremor /Paralysis / Motoric / Sensor (touch, prick, vibrate) / Coordination / Romberg    |   |   | ✓ |  |
| 21 | MUSCULAR SYSTEM    | Strength / Wasting / Development  |   |   | ✓ |  |
| 22 | RECTAL EXAM.       | Sphincter tonus/Hemorrhoids/ Fissure/Masses/Prostate  |   |   |   |  |



## SUPPORTIVE INVESTIGATIONS

### I. VISION

| Vision                       | Unaided |       | With Spectacles |       | Night vision (if available) | Colour Blindness                            |
|------------------------------|---------|-------|-----------------|-------|-----------------------------|---|
|                              | Left    | Right | Left            | Right |                             |   |
| Distant                      |         |       | 20/20           | 20/30 |                             | <input checked="" type="checkbox"/> Normal  |
| Near                         | 20/20   | 20/20 |                 |       |                             | <input type="checkbox"/> Red - Green Absent |
| Visual fields (Normal > 70°) | Left    |       | 85°             |       | Right                       | <input type="checkbox"/> Colour Blind       |

### II. LABORATORIUM SUMMARY

|                                     |          |            |                            |
|-------------------------------------|----------|------------|----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Normal   | COMMENT: — | <i>See attached result</i> |
| <input type="checkbox"/>            | Abnormal |            |                            |

### III. CHEST X-RAY

|                             |        |                                     |                            |
|-----------------------------|--------|-------------------------------------|----------------------------|
| Pneumoconiosis              | Yes    | <input checked="" type="radio"/> No | <i>See attached result</i> |
| If Yes - ILO Classification |        |                                     |                            |
| Evidence of TB              | Yes    | <input checked="" type="radio"/> No |                            |
| Other Abnormalities         |        |                                     |                            |
| COMMENT                     | Normal |                                     |                            |

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

|        |                                     |                     |  |                            |
|--------|-------------------------------------|---------------------|--|----------------------------|
| Normal | <input checked="" type="checkbox"/> | Abnormal (specify): |  | <i>See attached result</i> |
|--------|-------------------------------------|---------------------|--|----------------------------|

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

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

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

| Test    | Observed | Predicted | % Prediction |   |
|---------|----------|-----------|--------------|---|
| VC      |          |           |              | % |
| FVC     |          |           | 108          | % |
| FEV1    |          |           | 95           | % |
| FEV/FVC |          |           | 88           | % |

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

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| CONCLUSION                                 | Change since last audiometric examination | <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No | <i>See attached result</i>                                 |
| <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 |





**JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE**

Name : YUDHI PRASETYO, Tn. Age (Years) : 29  
 MCU No. : 1440/GMI-MCUV/2019 Job : Asst. Inspector  
 Date : 15/05/2019 Company : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

| RISK FACTOR                |                      | SCORE | RESULT                               |
|----------------------------|----------------------|-------|--------------------------------------|
| Sex                        | Female               | 0     | 1                                    |
|                            | Male                 | 1     |                                      |
| Age                        | 25-34                | -4    | -4                                   |
|                            | 35-39                | -3    |                                      |
|                            | 40-44                | -2    |                                      |
|                            | 45-49                | 0     |                                      |
|                            | 50-54                | 1     |                                      |
|                            | 55-59                | 2     |                                      |
|                            | 60-64                | 3     |                                      |
| Blood Pressure             | Normal               | 0     | 0                                    |
|                            | High Normal          | 1     |                                      |
|                            | Grade 1 Hypertension | 2     |                                      |
|                            | Grade 2 Hypertension | 3     |                                      |
|                            | Grade 3 Hypertension | 4     |                                      |
| BMI (Kg/m2)                | 13,79-25,99          | 0     | 0                                    |
|                            | 26,00-29,99          | 1     |                                      |
|                            | 30,00-35,58          | 2     |                                      |
| Smoke                      | Never                | 0     | 4                                    |
|                            | Ex Smoker            | 3     |                                      |
|                            | Smoker               | 4     |                                      |
| Diabetes Mellitus          | No                   | 0     | 0                                    |
|                            | Yes                  | 2     |                                      |
| Physical Exercise/Activity | No                   | 2     | 1                                    |
|                            | Low                  | 1     |                                      |
|                            | Medium               | 0     |                                      |
|                            | High                 | -3    |                                      |
| <b>TOTAL SCORE</b>         |                      |       | <b>2</b>                             |
| <b>CONCLUSION :</b>        |                      |       | <b>MODERATE RISK (CV10 = 10-20%)</b> |

**NOTES :**

Blood Pressure : Normal (<130/<85), High - Normal (130-139/85-89), Grade 1 Hypertension (140-159/90-99), Grade 2 Hypertension (160-179/100-109), Grade 3 Hypertension (>180/>110)

**RISK LEVEL :**

▶ -7 to 1 → Low Risk (CV10 < 10%), ▶ 2 to 4 → Moderate Risk (CV10 = 10-20%), ▶ ≥ 5 → High Risk (CV10 > 20%)





**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

Result of Laboratorium Analysis

**Nomor Lab.** (Lab. Number) : 1440 /GMI-MCU/V/2019

**Data Pasien (Patient Detail)**

|                                   |                                 |   |               |                          |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|---------------|--------------------------|
| <b>Nama</b> (Name) :              | Tn. YUDHI PRASETYO / <b>M</b>   | <b>Umur</b> (Age) :                         | 29            | <b>Tahun</b> (Years old) |
| <b>Pekerjaan</b> (Job Position) : | ASST. INSPECTOR                 | <b>Dokter</b> (Doctor) :                    | Dr. Hendra AZ |                          |
| <b>Perusahaan</b> (Company) :     | PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA | <b>Tgl Pemeriksaan</b> (Date of Analysis) : | 15 Mei 2019   |                          |

| HEMATOLOGY                | Hasil / Result | Nilai Normal / Normal Value   |
|---------------------------|----------------|---|
| Hemoglobine ( Hgb )       | 13,7           | ( F:12,0-16,0 g/dL, M:13,0-18,0 g/dL )  |
| Hematocrit ( Hct )        | 41             | ( F: 35 - 45%, M: 40 - 50 % )   |
| Erythrocyt (RBC)          | 4,6            | ( F:3,8-5,5x10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup> , M:4,4-5,6x10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup> ) |
| Leucocyt (WBC)            | 7,8            | ( 4,0 - 10,0/mm <sup>3</sup> )  |
| <b>Differential Count</b> |                |   |
| Basophile                 | 0              | 0 - 2%  |
| Eosinophile               | 3              | 0 - 6%  |
| Stab                      | 2              | 0 - 12%   |
| Segmen                    | 56             | 36 - 73%  |
| Lymphocyte                | 36             | 15% - 45%   |
| Monocyte                  | 3              | 0 - 11%   |
| MCV                       | 87             | 80 - 100 fL   |
| MCH                       | 28             | 28-34 pg/cel  |
| MCHC                      | 35             | 32-36 g/dL  |
| Thrombocyt                | 254            | ( 140 - 440 x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )  |
| Blood Group / Rhesus      | B/+            | A B O + / -   |

| BLOOD CHEMISTRY   | Hasil / Result | Nilai Normal / Normal Value   |
|-------------------|----------------|---|
| Glucose Fasting   | 105            | 70 - 110 mg/dl  |
| Cholesterol total | 198            | Normal : <200mg/dL. Borderline :200-240 Tinggi :> 240 mg/dl           |
| Triglycerides     | 124            | Normal < 150 mg/dl. Borderline 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        | 1,2            | 0,8 - 1,4 mg/dL   |
| Ureum             | 24             | 10 - 50 mg/ dL  |
| SGOT / AST        | 23             | M : s/d 37 U/L F : s/d31 U/ L   |
| SGPT / ALT        | 20             | 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                      |
| Spec.Grav     | 1,025          | 1,003 - 1,035               |
| pH            | 7,0            | 4,5 - 8                     |
| Protein       | Negative       | < 7,5 mg/dL, 0,075 g/L      |
| Glucose       | Negative       | < 0,018 mg/dl, < 5 mmol/L   |
| Leucocyt      | Negative       | < 5 Leu/µL                  |
| 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/dL    |
| Nitrite       | Negative       | < 0,05 mg/dl                |
| Blood         | Negative       | < 0,018 mg/dl, < 5 ery/µl   |

Penanggung Jawab  
Laboratorium,

Laboratorium  
**GRAND Medica**  
Dr. Hendra AZ

Analisis Laboratorium

Syamsiar Am. Ak





**Nomor Pasien**  
(Patient Number) : 1440

**Nomor Film**  
(Film Number) : 1440

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama**  
(Name) : YUDHI PRASETYO, Tn.

**Perusahaan**  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

**Umur**  
(Age) : 29 Tahun  
(years old)

**Pekerjaan**  
(Occupation) : ASST. INSPECTOR

**Jenis Kelamin**  
(Gender) : Male

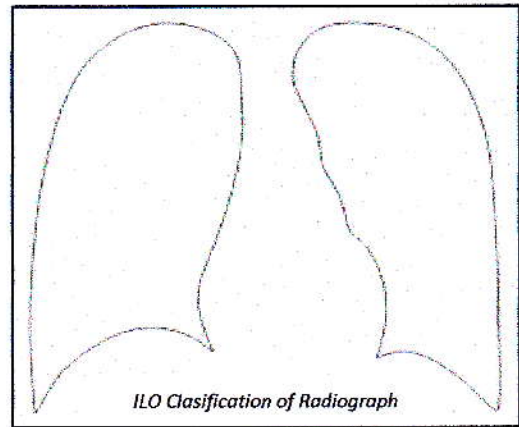
**Tgl Pemeriksaan**  
(Date of Analysis) : 15 Mei 2019

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

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

**Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)**

Foto thorax normal

**dr. Abd. Haris, Sp. Rad.**  
(Radiologist signature)



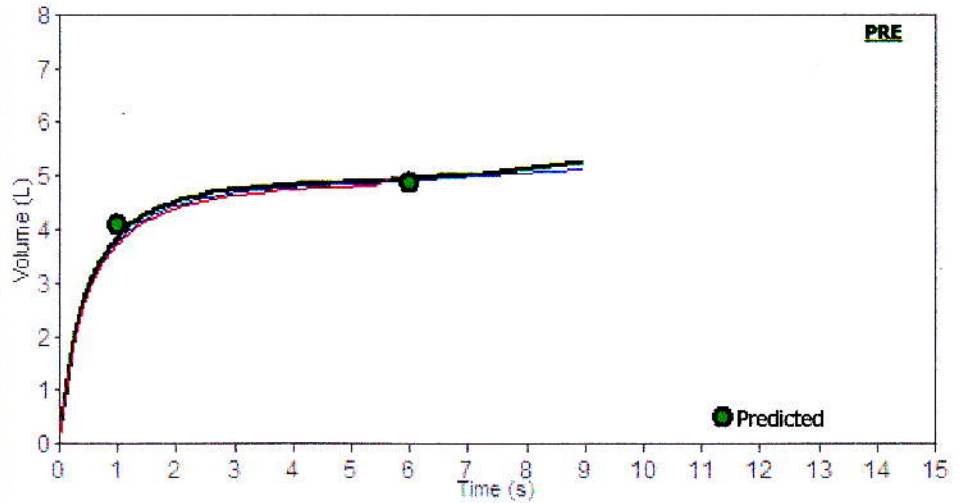
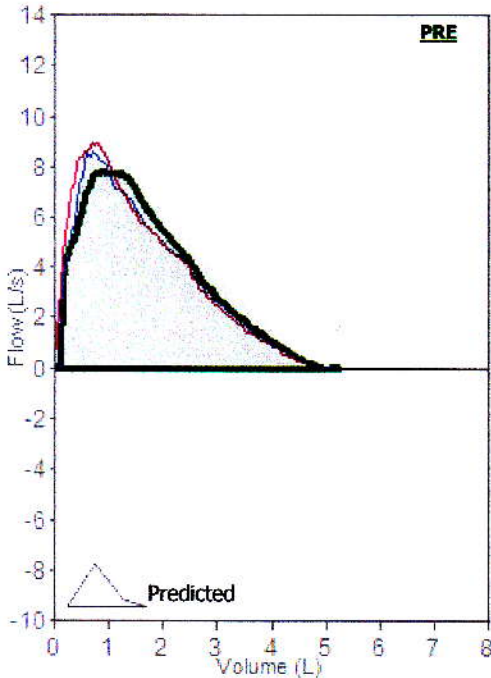
**Pulmonary Function Test Results**



**GRAND MEDICA  
INDONESIA**

**Visit date 5/15/2019**

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| Patient code 1440.5052019 | Age 29         |
| Surname PRASETYO          | Gender Male    |
| Name YUDHI                | Height, cm 172 |
| Date of birth 9/10/1989   | Weight, kg 72  |
| Ethnic group Oriental     | BMI 24.34      |
| Smoke Smoker              | Pack-Year 0    |
| Patient group             |                |



Quality Control Grade: A Variability: FEV1=0.04L (1.06%), FVC=0.16L (3.22%)  
3 Acceptable trials

**Interpretation**

Normal Spirometry

**PRE Trial date 5/15/2019 9:33:31 AM**

| Parameters  | LLN  | Pred | PRE # 1 | %Pred | Z-score | PRE # 2     | PRE # 3 | POST#1 | %Pred | %Chg |
|-------------|------|------|---------|-------|---------|-------------|---------|--------|-------|------|
| FVC L       | 3.82 | 4.87 | 5.26    | 108   | 0.61    | 5.13        | 4.96    |        |       |      |
| FEV1 L      | 3.21 | 4.08 | 3.90    | 96    | -0.34   | 3.80        | 3.76    |        |       |      |
| FEV1/FVC %  | 74.3 | 84.5 | 74.1    | 88    | -1.68   | <b>74.1</b> | 75.8    |        |       |      |
| PEF L/s     | 5.74 | 9.16 | 7.88    | 86    | -0.62   | 8.59        | 8.99    |        |       |      |
| ELA Years   |      | 29   | 35      | 121   |         | 38          | 40      |        |       |      |
| FEF2575 L/s | 2.61 | 4.39 | 3.01    | 69    | -1.27   | 2.92        | 3.00    |        |       |      |
| FET s       |      | 6.00 | 8.94    | 149   |         | 8.97        | 5.66    |        |       |      |
| FIVC L      | 3.82 | 4.87 |         |       |         |             |         |        |       |      |
| FEV1/VC %   | 74.3 | 84.5 |         |       |         |             |         |        |       |      |

BTPS 1.068 30 °C (86 °F) - Predicted Knudson

**Conclusion / Medical report**

*Fungsi Paru Paru dalam batas normal*

Signature **Grand MEDICA INDONESIA**  
**Dr. Hendra AZ.**

Instrument used  
Spirobank II new S/N Y04391  
Last calibration check 5/15/2019 7:25:53 AM



**GRAND MEDICA  
INDONESIA**

**Patient Data**

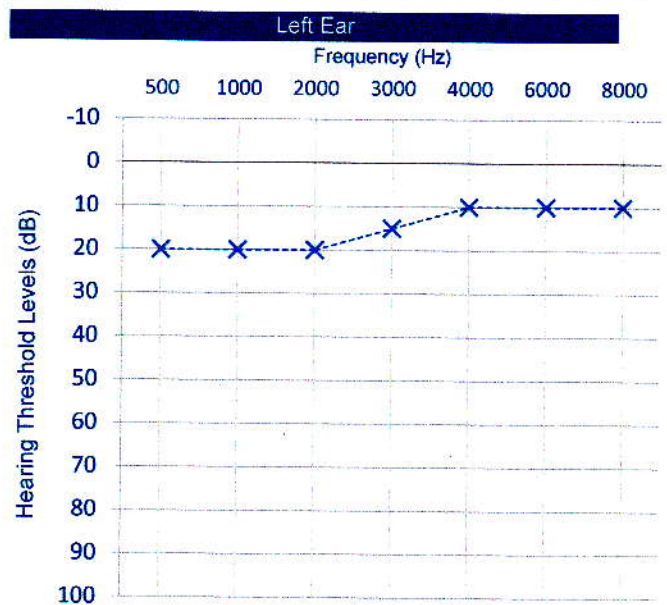
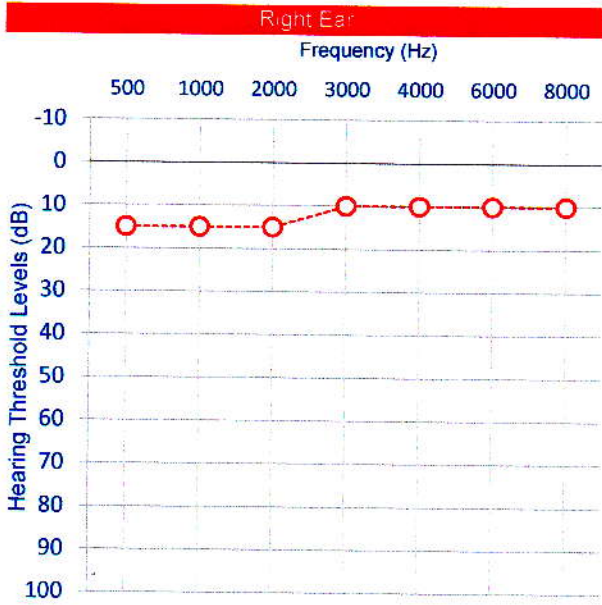
|            |          |            |                                 |
|------------|----------|------------|---------------------------------|
| ID Number  | 1440     | Gender     | Laki-laki                       |
| First Name | YUDHI    | Occupation | Asst. Inspector                 |
| Last Name  | PRASETYO | Company    | PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA |
| Age        | 29 Yo.   | Test Date  | 15 Mei 2019                     |

**Occupational Noise Exposure**

|                          |                          |                 |                          |
|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| <b>Present</b>           | Type of work:            | Period of work: | Hearing Protection Worn: |
|                          | Asst. Inspector          | -               | Yes                      |
| <b>Previous</b>          | 1) -                     | -               | -                        |
|                          | 2) -                     | -               | -                        |
| <b>Military Services</b> | <input type="checkbox"/> |                 |                          |

**Otological History / Symptoms**

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



O = Right Air Conduction; <= Right Bone Conduction

X = Left Air Conduction >= Left Bone Conduction

**Test Detail**

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

**Right Ear Observation and Test Result**

**Left Ear Observation and Test Result**

| Canal      | Normal         |      |      |      |      |      |      |     | HTL       | Canal      | Normal         |      |      |      |      |      |  |  | HTL      |
|------------|----------------|------|------|------|------|------|------|-----|-----------|------------|----------------|------|------|------|------|------|--|--|----------|
| Ear Drum   | Normal         |      |      |      |      |      |      |     | RIGHT EAR | Ear Drum   | Normal         |      |      |      |      |      |  |  | LEFT EAR |
| Conduction | Frequency (Hz) |      |      |      |      |      |      |     | 11,7      | Conduction | Frequency (Hz) |      |      |      |      |      |  |  | 15,0     |
|            | 500            | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 | 500 |           |            | 1000           | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |  |  |          |
| Air        | 15             | 15   | 15   | 10   | 10   | 10   | 10   |     | Air       | 20         | 20             | 20   | 15   | 10   | 10   | 10   |  |  |          |
| Bone       |                |      |      |      |      |      |      |     | Bone      |            |                |      |      |      |      |      |  |  |          |

**Conclusion / Medical Report**

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

Signature

*[Signature]*  
 dr. Masnawati



Instrument used  
**SIBEL SOUND 400**



15-05-2019 09:27:57

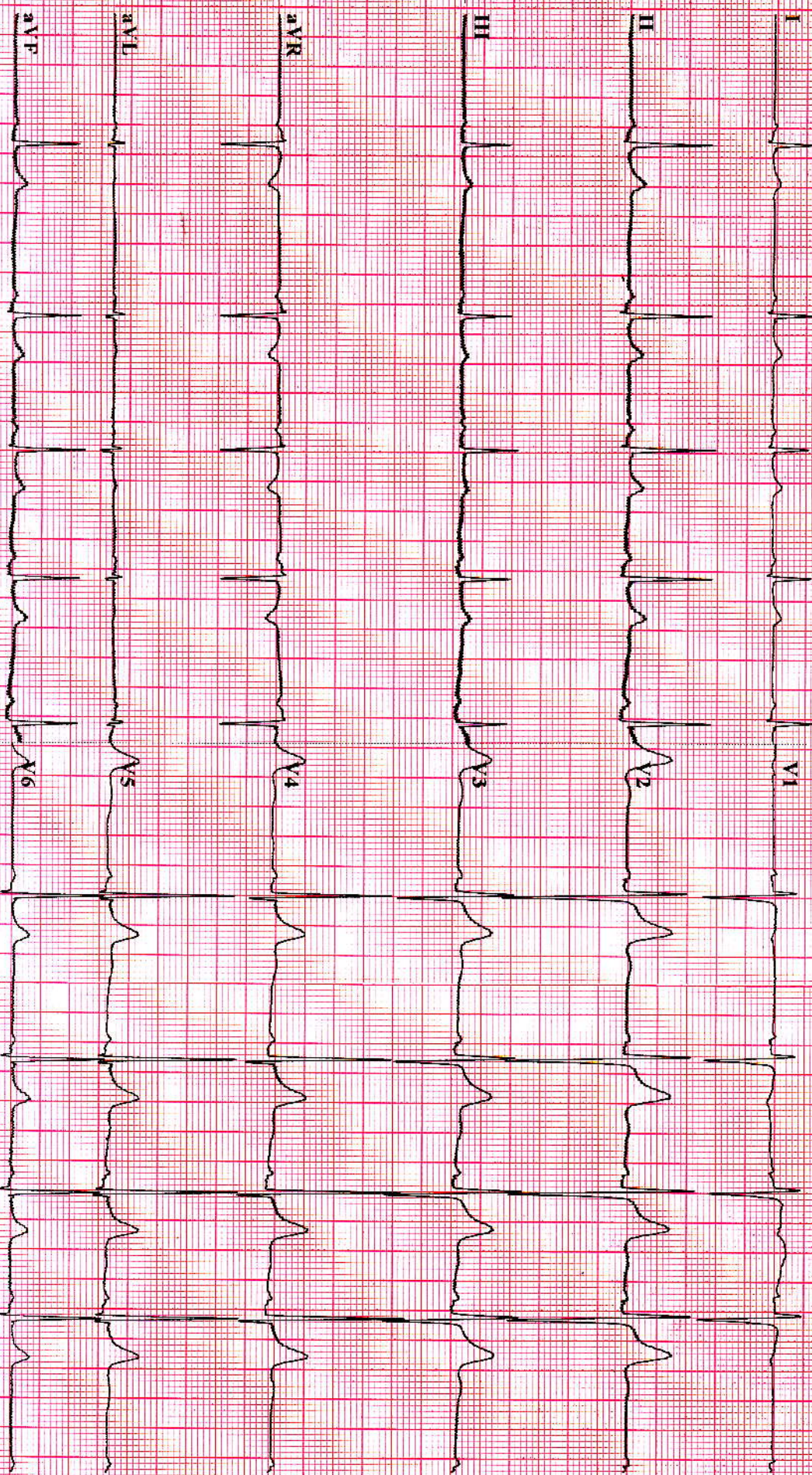
ID : 1440  
Name : Yudi Prasetyo  
Age : 29 Years  
Department: PT. Inspektindo  
Gender : Male

HR : 63 BPM  
P Dur : 109 ms  
PR Int : 154 ms  
QRS Dur : 83 ms  
QT/QTc Int : 376/387 ms  
P/QRS/T axis : 60/63/62 °  
RV5/SV1 amp : 2.358/1.253 mV  
RV6/SV2 amp : 3.611 mV  
RV6/SV2 amp : 1.642/2.104 mV

Technician : Rinda Amd.Keep  
Report Confirmed by:

Diagnosis Information:  
821: Sinus Arrhythmia  
\*\*\*Normal ECG\*\*\*

*Handwritten signature*



0.67~100Hz AC50 25mm/s 10mm/mV 2\*5s SE-12 V1.82 SEMIP V1.5

ONEMED

For Use On ECG BIONET CARDIO 7/3000/2000