



**GRAND MEDICA
INDONESIA**

Make SMILE and Be HEALTHY

PERSONAL DATA

No. MCU : 5438/GMI-MCU/IX/2021
No. Badge : -
N a m a : **ZETH SAVES, Tn.**
U m u r : 23 tahun
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Jabatan : Asst. Inspector
Tgl Pemeriksaan : 25/09/2021
Alamat : Jl. MT. Haryono Dalam XV No. 01



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE
TAHUN 2021



NAMA : ZETH SAVES
TANGGAL LAHIR : 30-08-1998
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-lengkapnyanya. Apabila ada hal-hal yang kurang dipahami segera hubungi dokter atau perawat.

IDENTITAS PEGAWAI

- 1. Posisi : ASISTEN INSPEKTOR
- 2. Golongan Darah : A / B / AB / Ⓞ Rhesus : + / -
- 3. Status : (1) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
- 4. Jumlah anak : Anak laki-laki Orang, Anak Perempuanorang
- 5. Alamat sekarang : Jl. MT. HARYONO DALAM XV NO.01
- Telpon /HP 083816308605...
- 6. No. Extension Telpon. 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
	<u>Assis TGM - Inspector / ABULGAN / PT. ISP</u>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	-

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 : 3 jam/hari
- 2. Warehouse : 0 - jam/hari
- 3. Workshop : 3 jam/hari
- 4. Process area : 9 jam/hari
- 5. Well/Offshore : 9 jam/hari

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

RIWAYAT KESEHATAN

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

- a. Tekanan darah tinggi : 1. Ya 2. Tidak
- b. Tekanan darah rendah : 1. Ya 2. Tidak
- c. Jantung : 1. Ya 2. Tidak
- d. Stroke : 1. Ya 2. Tidak
- e. Kencing Manis : 1. Ya 2. Tidak

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

RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

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

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

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

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

1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
-------	----------	--------------------------
- Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------
- Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh ?

1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
-------	----------	--------------------------
- Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit ?

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

Bila tidak, langsung ke no. 8
- Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------
- Apakah Anda menderita penyakit yang dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir ?

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

KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah anda pernah merokok ?

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

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

2 1

3. Apakah saat ini Anda merokok ?

1. Ya, setiap hari 2

2. Ya, tidak setiap hari

3. Tidak - bila tidak langsung ke no. 14

4. Berapa banyak rokok yang Anda isap setiap harinya ?

3

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

1. Kadar nikotin rendah 2

2. Kadar nikotin sedang

3. Kadar nikotin tinggi

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

1. Tidak pernah 2

2. Kadang-kadang

3. Selalu

7. Berapa menit sehabis bangun tidur Anda mulai merokok?

3 0

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

1. Ya 2. Tidak 2

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

1. Ya 2. Tidak 2

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

1. Ya 2. Tidak 2

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

1. Rokok pertama di pagi 2

Dari no. 11 langsung ke pertanyaan alkohol

2. Rokok lainnya

12. Apakah anda ingin berhenti merokok?

1. Ya 2. Tidak

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

1. Ya 2. Tidak

Langsung ke pertanyaan alkohol

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

KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol ?

1. Ya 2. Tidak 1

Bila tidak, langsung ke olahraga

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

1. Ya 2. Tidak 2

Bila tidak, langsung ke olahraga

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

1. Ya 2. Tidak 2

Bila tidak, langsung ke olahraga

4. Berapa kali Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan ?

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

AKTIFITAS FISIK DAN OLAHRAGA

1. Berapa banyak waktu yang Anda habiskan untuk duduk setiap harinya ? (dalam menit, dan termasuk waktu yang dihabiskan untuk duduk di tempat kerja maupun di waktu luang)

3 0 m

2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan ?

3 x

3. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya ? (dalam menit)

1 0 m

4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan ?

1. Ringan 4. Berat 2

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
 - 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
- Bila tidak, langsung 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 pertyama 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. Pil 6. Vasektomi

3. Suntik 7. Tubektomi

4. Susuk 8. Lainnya

RIWAYAT VAKSINASI

1. Apakah anda pernah mendapatkan vaksinasi tetanus ?

1. Ya 3. Tidak tahu

2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkn vaksinasi hepatitis ?

1. Ya 3. Tidak tahu

2. Tidak

DONOR DARAH

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan ?

1. Ya 2. Tidak

2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ?

/ /

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

Balikpapan, ~~25~~ 29 September 2021.

Nama dan tanda tangan karyawan



(.....Zerah SAVES.....)

CONFIDENTIAL

UNTUK DIISI DOKTER

MEDICAL CHECK UP –2021

PHYSICAL EXAMINATION

NAME	ZETH SAVES, Th.	S/N	-	DEPT	-
------	-----------------	-----	---	------	---

I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	100/60	mmHg	Pulse	58	x/m	Respiration	20	x/m	Temp.	36	°C
Weight (W)	63	kg	Height (H)	179	cm	BMI	19,66	Waist	66	cm	

(*) BMI = W / H² (Underweight = <18, Normal 18-25, Overweight 25-30, Obese > 30)

II. PHYSICAL EXAMINATION

No	PHYSICAL	A = ABNORMAL; N = NORMAL	A	N	Describe abnormalities in detail (circle words of importance and explain)
1	GENERAL APPEARANCE	Appearance age/ Nutritional/ Development/ Mental & emotional status/Posture/Gait/Speech		✓	
2	HEAD / SCALP	Size/Shape/Tender over sinuses/ Hair/ Eruption/ Masses/Bruit		✓	
3	EYES	Conjunctiva /Sclera/ Cornea/ Pupils/ Ptosis/ Tension/ Eye lid/Bruit/Reflex/ Range of Movement		✓	
4	EARS	Ext. canal/Membran perforation/ Discharge/ Tophi/ Hearing problem/ Mastoids		✓	
5	NOSE / SINUSES	Septum/obstruction/ Turbinate /Discharges		✓	
6	MOUTH / THROAT	Odor/Lips/Tongue/Tonsils/ Gums/ Pharynx		✓	
7	TEETH	Caries ☉, Filling(F), Missing (M), Radix☉		✓	
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				<input checked="" type="checkbox"/>	Normal
Near	20/30	20/30					Red – Green Absent
Visual fields (Normal > 70°)			Left	85°	Right	85°	Colour Blind

II. LABORATORIUM SUMMARY

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

III. CHEST X-RAY

Pneumoconiosis	Yes	No <input checked="" type="checkbox"/>	<i>See attached result</i>
If Yes – ILO Classification			
Evidence of TB	Yes	No <input checked="" type="checkbox"/>	
Other Abnormalities			
COMMENT	Foto Thorax Normal		

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

Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Abnormal	(specify) : Sinus Bradycardia, HR : 58 bpm.	<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				%
FEV 1				%
FEV/FVC				%

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

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

Patient Data

ID Number :	5438/GMI-MCU/IX/2021		
Name :	ZETH SAVES, Tn.	Company :	PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Gender :	Laki-Laki	Occupation :	Asst. Inspector
DOB / Age :	30/08/1998 / 23 Yo.	Test Date :	25/09/2021
Height (cm)	179	Weight (kg) :	63
		BMI :	19,66

Jakarta Cardiovascular Risk Table

Risk Factor		Score	Result	Poin	Determine the 10-year CVD risk (%)			
Sex	Female	0	Male	1	Total Points	10-year CVD risk (%)		
	Male	1						
Age	25-34	-4	23	-4			-4	Low Risk <1
	35-39	-3					-3	Low Risk 2,6
	40-44	-2					-2	Low Risk 4,2
	45-49	0					-1	Low Risk 5,8
	50-54	1					0	Low Risk 7,4
	55-59	2					1	Low Risk 9
	60-64	3					2	Moderate Risk 10,0
Blood Pressure	Normal	0	100/60	0			3	Moderate Risk 13,1
	High Normal	1					4	Moderate Risk 17,2
BMI (Kg/m ²)	Grade 1 Hypertension	2	19,66	0			5	High Risk 20,0
	Grade 2 Hypertension	3					6	High Risk 21,2
	Grade 3 Hypertension	4			7	High Risk 22,5		
Smoke	13,79 - 25,99	0	Smoker	4	8	High Risk 23,7		
	26,00 - 29,99	1			9	High Risk 25		
	30,00 - 35,58	2			10	High Risk 26,2		
Diabetes Mellitus	Never	0	No	0	11	High Risk 27,5		
	Ex Smoker	3			12	High Risk 28,7		
Physical Exercise/Activity	Smoker	4	Medium	0	13	High Risk >30		
	No	0						
	Yes	2						
	No	2						
Total Point	Low	1	1	1				
	Medium	0						
	High	-3						

Result
Estimated 10-year CVD Risk
9,0%
Risk Category
Low Risk

Advice

Patients with **HIGH RISK** scores should be counseled aggressively about social factors contributing to their risk (smoking, exercise, weight, diet, etc) and also managed with blood pressure and lipid evaluation.

References

Kusmana, Dede. *The Jakarta Cardiovascular Score, A Modified Framingham Score, Is A Simple Method For Cardiovascular Risk Stratification In Developing Countries. 21st Scientific Meeting of the International Society of Hypertension, 2006; 201.*



HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab.
(Lab. Number) : 5438 /GMI-MCU/IX/2021

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name)	: ZETH SAVES, Tn.	/ Laki-Laki	Umur (Age)	: 23 Tahun (Years old)
Pekerjaan (Job Position)	: ASST INSPECTOR		Dokter (Doctor)	: Dr. Hendra AZ
Perusahaan (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA		Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)	: 25 September 2021

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
HEMATOLOGI			
HEMATOLOGI RUTIN			
Hemoglobine (Hgb)	13,6	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0	g/dL
Hematocrit (Hct)	40,2	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35 ,0- 45,0	%
Erythrocyt (RBC)	4,5	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5	10 ⁶ sel/mm ³
Leucocyt (WBC)	6	Dewasa : 4,0 - 10,0	10 ³ /µL
Differential Count			
Basophile	0,1	0 - 2	%
Eosinophile	1,5	0 - 3	%
Neutrofil	62,4	50 - 70	%
Lymphocyte	25,7	20 - 40	%
Monocyte	5,1	3 - 12	%
MCV	88	80 - 100	fL
MCH	29	27 - 34	pg/cell
MCHC	35	32 - 36	g/dL
RDW- CV	15	11 - 16	%
RDW-SD	40	35 - 56	fL
Thrombocyt	245	140 - 440	10 ³ /mm ³
KIMIA KLINIK			
METABOLISME GLUKOSA/DIABETES			
Glucose Fasting	75	Normal : 70 - 110	mg/dL
PROFIL LEMAK			
Cholesterol total	107	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240	mg/dL
Triglycerides	75	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : >= 500	mg/dL
HDL Cholesterol	55	Rendah : < 40	mg/dL



HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab.
(Lab. Number) : 5438 /GMI-MCU/IK/2021

Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : ZETH SAVES, Tn. / Laki-Laki **Umur**
(Age) : 23 Tahun
(Years old)

Pekerjaan
(Job Position) : ASST INSPECTOR **Dokter**
(Doctor) : Dr. Hendra AZ

Perusahaan
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan**
(Date of Analysis) : 25 September 2021

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
LDL Cholesterol	37	Tinggi : >= 60 Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 - 129 Batas tinggi : 130 - 159 Tinggi : 160 - 189 Sangat tinggi : > 190	mg/dL
Rasio LDL/HDL	0,7	CARDIO RISK INDEX (CRI) < 3 : Low risk 3 - 5 : Moderate risk > 5 : High risk	
FUNGSI HATI			
SGOT / AST	11	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	18	0 - 40	U/L
FUNGSI GINJAL			
Uric Acid	6,2	Laki-laki dewasa : 3,5 - 7,2 Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0	mg/dL
Creatinine	1,2	0,8 - 1,4	mg/dL
Ureum	37	10 - 50	mg/dL
URINALISA			
MAKROSKOPIS URIN			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Jernih		
KIMIA			
Berat jenis	1,025	Normal : 1,003 - 1,035	
pH	7,0	Normal : 4,5 - 8	
Protein	Negatif	Normal : < 7,5 (Negatif)	mg/dL
Glucose	Negatif	Normal : < 0,018 (Negatif)	mg/dL
Leukosit esterase	Negatif	Normal : < 9 (Negatif)	Leu/ μ L
Ketone	Negatif	Normal : < 2,5 (Negatif)	mg/dL
Urobilin	Negatif	Normal : < 0,2 (Negatif)	mg/dL
Bilirubin	Negatif	Normal : < 0,4 (Negatif)	mg/dL
Nitrite	Negatif	Normal : < 0,05 (Negatif)	mg/dL
Blood	Negatif	Normal : < 0,018 (Negatif)	mg/dL

Tanggal pengambilan sampel : 25 September 2021

Penanggung Jawab
Laboratorium,



Dr. Hendra Agus Z
**Laboratorium
GRAND Medica**

Analisis Laboratorium



Syamsia Am. Ak



Nomor Pasien
(Patient Number) :

Nomor Film
(Film Number) : 5438

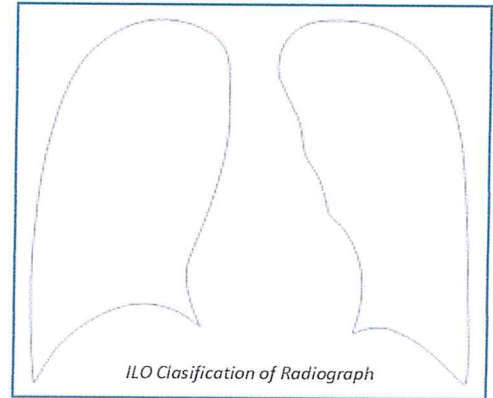
Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : ZETH SAVES, Tn.
Umur
(Age) : 23 Tahun
(years old)
Jenis Kelamin
(Gender) : Male

Perusahaan
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Pekerjaan
(Occupation) : ASST INSPECTOR
Tgl Pemeriksaan
(Date of Analysis) : 25 September 2021

Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)

Jenis Pemeriksaan
(Type of Examination) : Foto thorax
Posisi Penyinaran
(Exposure Position) : PA
Kondisi Penyinaran
(Exposure Condition) : kV : 58
mAs : 0,30



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. ABDUL HARISS, Sp.Rad
Spesialis Radiologi



Patient Data

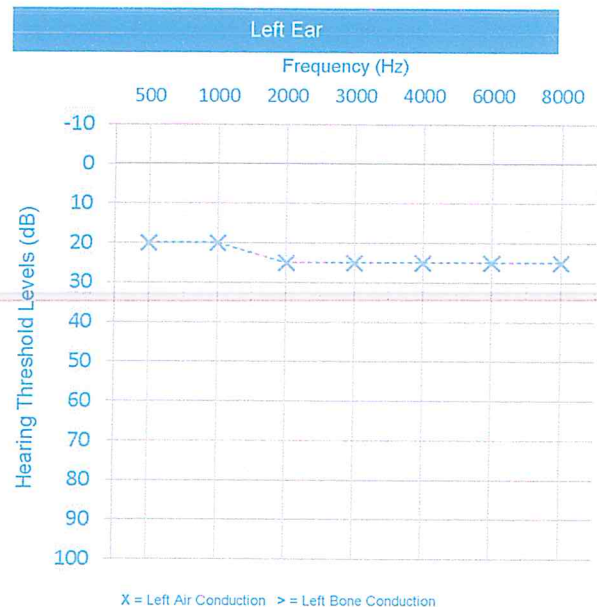
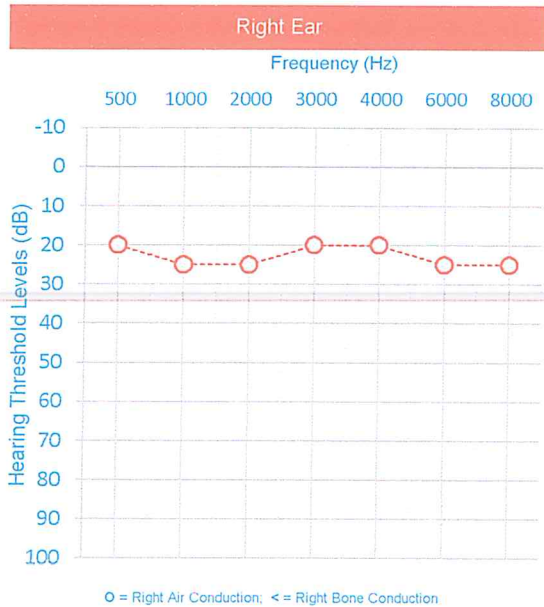
ID Number	5438	Gender	Laki-laki
First Name	ZETH	Occupation	Asst. Inspector
Last Name	SAVES	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	23 Yo.	Test Date	25 September 2021

Occupational Noise Exposure

Present	Type of work: Asst. Inspector	Period of work: -	Hearing Protection Worn: No
Previous	1) -	-	-
	2) -	-	-
Military Services	<input type="checkbox"/>		

Test Detail

Test Location	<input checked="" type="checkbox"/> Sound Booth <input type="checkbox"/> Other	Hours Away from Noise	<input type="checkbox"/> < 14 hours <input type="checkbox"/> 14 - 24 hours <input type="checkbox"/> > 24 hours
Technician	Eka Wanda A.Md. Kep		



Right Ear Observation and Test Result

Canal	Normal							HTL
Ear Drum	Normal							RIGHT
Conduction	Frequency (Hz)							EAR
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
Air	20	25	25	20	20	25	25	21,7
Bone								0,0

Left Ear Observation and Test Result

Canal	Normal							HTL
Ear Drum	Normal							LEFT
Conduction	Frequency (Hz)							EAR
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
Air	20	20	25	25	25	25	25	25,0
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
SIBEL SOUND 427

Standard
OSHA



ID : 5438
 Name : Zeth Saves
 Age : 23 Years
 Department: PT. Inspekingdo

Gender : Male

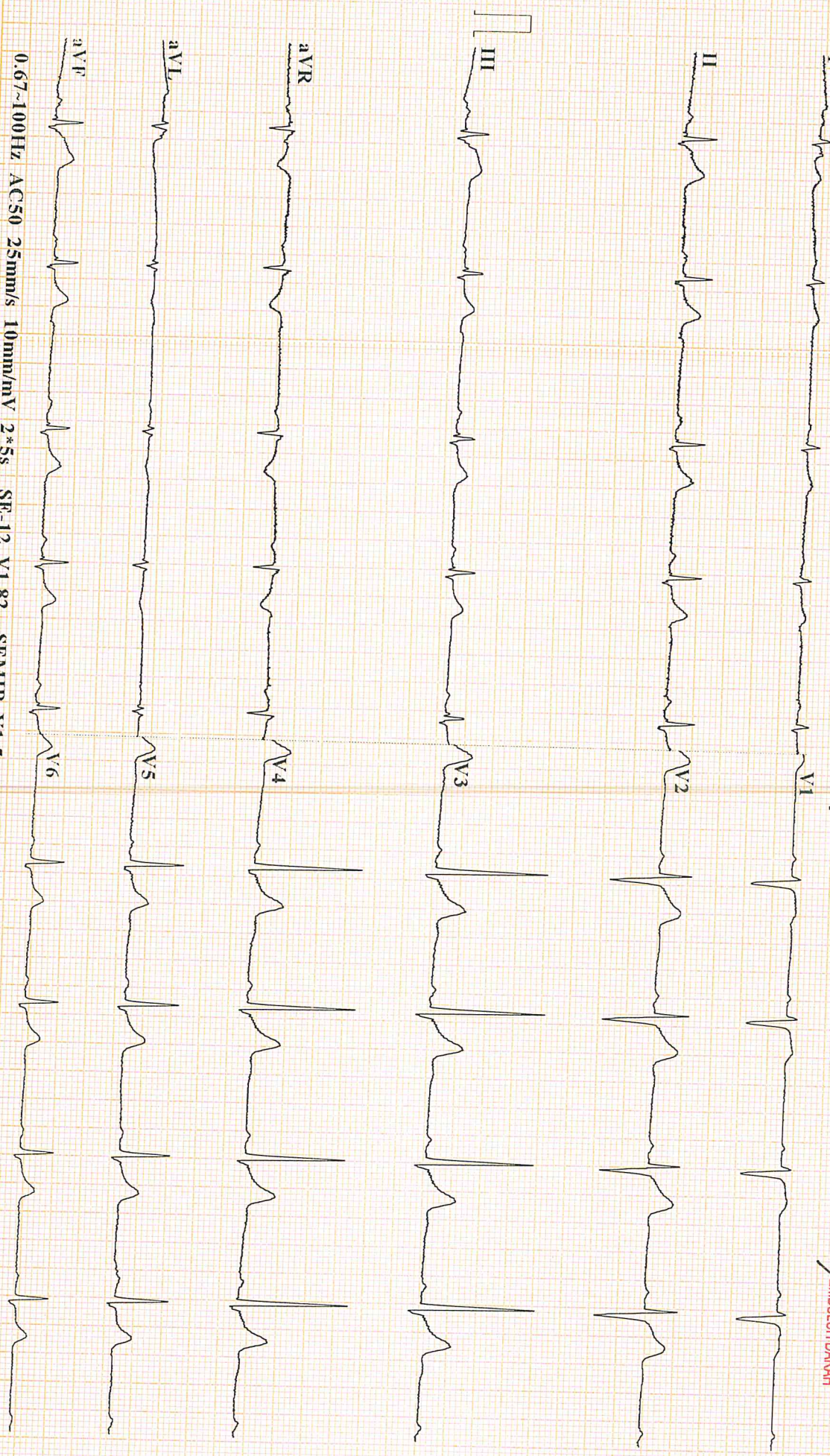
HR : 58 BPM
 P Dur : 103 ms
 PR int : 167 ms
 QRS Dur : 88 ms
 QT/QTc int : 386/379 ms
 P/QRS/T axis : 51/74/77 °
 RV5/SV1 amp : 0.983/0.744 mV
 RV5+SV1 amp : 1.727 mV
 RV6/SV2 amp : 0.610/0.903 mV

Diagnosis Information:
 811: Sinus Bradycardia
 Normal ECG

Technician : Rinda A.Md.Kep
 Report Confirmed by:

dr. **ACHMAD YUSRI, SpJP**
 SPESIALIS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH

Signature



0.67-100Hz AC50 25mm/s 10mm/mV 2*5s SE-12 V1 R2 SEMTD V1 -