

PERSONAL DATA

No. MCU : 1088/GMI-MCU/V/2020
No. Badge : -
N a m a : **REZA ACHMAD FATHURACHMAN, Tn.**
U m u r : 23 tahun
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Jabatan : Asst. Inspector
Tgl Pemeriksaan : 08/05/2020
Alamat : Jl. A. Yani Handil II Muara Jawa RT 009 Kec. Muara Jawa Kab. Kutai
Kartanegara



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE TAHUN 2020



NAMA : REZA ACHMAD FATHURACHMAN
TANGGAL LAHIR : 29 JUNI 1996
JENIS KELAMIN : LAKI - LAKI
S/N :
IGG :
DEPT/SERVICE : PO/INS
LOKASI KERJA : HCA
JENIS PEMERIKSAAN : Pre-employment
 Annual
 Pre-retirement

Medical Department

HEALTH SURVEILLANCE

Isilah formulir ini dengan sebenarnya dan selengkap-lengkapnnya. 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 : (X) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
- 4. Jumlah anak : Anak laki-laki Orang, Anak Perempuan orang
- 5. Alamat sekarang : J.A. YANI HANDI II MUARA JAWA RT. 009 KB. MUARA JAWA
KAB. KUTAI KARTANEGARA
- 6. No. Extension Telpon. : Kantor : Kamar (untuk lapangan)
- Telpon/HP 082196551281

HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN

No.	Posisi	Lama Kerja	Perusahaan	Lama paparan dalam jam/hari					
				Bising	Debu	Kimia	Radiasi	Ergonomi	lain-lain

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 : 08 jam/hari
- 2. Warehouse : - jam/hari
- 3. Workshop : 03 jam/hari
- 4. Process area : 04 jam/hari
- 5. Well/Offshore : 05 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 1.
- b. Tekanan darah rendah 1. Ya 2. Tidak 2.
- c. Jantung 1. Ya 2. Tidak 2.
- d. Stroke 1. Ya 2. Tidak 2.
- e. Kencing Manis 1. Ya 2. Tidak 2.

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 type="checkbox"/>
k. Thypus	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

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

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

Bila tidak, langsung ke no. 8
2. Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan ?

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

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

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

1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
-------	----------	--------------------------
6. 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
7. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------
8. 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 ?

1 2

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 ?

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?

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 ?

Deri no. 11 langsung ke pertanyaan alkohol

1. Rokok pertama di pagi

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 2

Bila tidak, langsung ke olahraga

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

1. Ya 2. Tidak

Bila tidak, langsung ke olahraga

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

1. Ya 2. Tidak

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)

2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan ?

3 4

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

4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan ?

1. Ringan 4. Berat 3

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 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. Pil 6. Vasektomi

3. Suntik 7. Tubektomi

4. Susuk 8. Lainnya

RIWAYAT VAKSINASI

1. Apakah anda pernah mendapatkan vaksinasi tetanus ?

1. Ya 3. Tidak tahu

2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi hepatitis ?

1. Ya 3. Tidak tahu

2. Tidak

DONOR DARAH

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan ?

1. Ya 2. Tidak

2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ?

/ /

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

Balikpapan, 08 Mei 2020

Nama dan tanda tangan karyawan


(..... REZA ACHMAD P.)

MEDICAL CHECK UP –2020

PHYSICAL EXAMINATION

NAME	REZA ACHMAD FATHURACHMAN, Tn.	S/N	-	DEPT	FO/INS
------	-------------------------------	-----	---	------	--------

I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	110/70	mmHg	Pulse	80	x/m	Respiration	20	x/m	Temp.	37	°C
Weight (W)	52	kg	Height (H)	174	cm	BMI	17,18	Waist	-	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©	✓		Caries
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/ Hemias/ 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	20/20	20/20					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) : Normal Sinus Rhythm.	<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	

JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE

Name : REZA ACHMAD FATHURACHMAN, Tn. **Age (Years)** : 23
MCU No. : 1088/GMI-MCU/VI/2020 **Job** : Asst. Inspector
Date : 08/05/2020 **Company** : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

RISK FACTOR		SCORE	RESULT	Points
Sex	Female	0	Male	1
	Male	1		
Age	25-34	-4	23	-4
	35-39	-3		
	40-44	-2		
	45-49	0		
	50-54	1		
	55-59	2		
	60-64	3		
Blood Pressure	Normal	0	110/70	0
	High Normal	1		
	Grade 1 Hypertension	2		
	Grade 2 Hypertension	3		
	Grade 3 Hypertension	4		
BMI (Kg/m ²)	13,79-25,99	0	17,18	0
	26,00-29,99	1		
	30,00-35,58	2		
Smoke	Never	0	Smoker	4
	Ex Smoker	3		
	Smoker	4		
Diabetes Mellitus	No	0	No	0
	Yes	2		
Physical Exercise/Activity	No	2	Medium	0
	Low	1		
	Medium	0		
	High	-3		
TOTAL SCORE				1
CONCLUSION :		➔	LOW RISK (CV10 < 10%)	

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) : 1088 /GMI-MCU/V/2020

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name) :	REZA ACHMAD FATHURACHMAN, Tn. / M	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) :	8 Mei 2020	

HEMATOLOGY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Hemoglobine (Hgb)	14,8	(F:12,0-16,0 g/dL, M:13,0-18,0 g/dL)
Hematocrit (Hct)	43,5	(F: 35 ,0- 45,0%, M: 40,0 - 50,0 %)
Erythrocyt (RBC)	4,6	(F:3,8-5,5x10 ⁶ sel/mm ³ , M:4,4-5,6x10 ⁶ sel/mm ³)
Leucocyt (WBC)	10	(4,0 - 10,0/mm ³)
Differential Count		
Basophile	0,3	0,0 - 2,0%
Eosinophile	4,5	0 ,5- 6,0%
Neutrofil	68,7	50,0 - 70,0%
Lymphocyte	35,5	20,0% - 40,0%
Monocyte	8	3,0 - 12,0%
MCV	94	80 - 100 fL
MCH	32	27-34 pg/sel
MCHC	34	32-36 g/dL
RDW- CV	12,3	11,0 - 16,0 %
RDW-SD	42,8	35,0 - 56,0 fL
Thrombocyt	259	(140 - 440 x 10 ³ /mm ³)
BLOOD CHEMISTRY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Glucose Fasting	93	70 - 110 mg/dL
Cholesterol total	165	Normal : <200mg/dl Borderline :200-240 Tinggi > 240 mg/dl
HDL Cholesterol	32	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	114	Normal < 130 mg.dl Borderline 130-159 mg/dl Tinggi > 160 mg/dl
Triglycerides	96	Normal < 150 mg/dL Bordeline 150 -199 mg/dl Tinggi 200 -499 mg/dL
Uric Acid	7,2	(Dewasa M :3,5 - 7,2 mg/dL) (Dewasa F : 2,6 6,0 mg/ dL)
Creatinine	1,0	0.8 - 1.4 mg/dL
Ureum	20	10 - 50 mg/ dL
SGOT / AST	20	M : s/d 37 U/L F : s/d31 U/ L
SGPT / ALT	25	M : s/d 40 U/L F : s/d 35 U/ L
URINALYSIS	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
MACROS		
Colour	Kuning Jernih	Jernih
Spec.Grav	1,030	1,003 - 1,035
pH	6,5	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,

Dr. Hendra AZ
**Laboratorium
GRAND Medica**

Analisis Laboratorium

Syamsiar 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



Nomor Pasien
(Patient Number) :

Nomor Film
(Film Number) : 1088

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name) : REZA ACHMAD FATHURACHMAN, Tr Perusahaan (Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Umur (Age) : 23 Tahun (years old) Pekerjaan (Occupation) : ASST INSPECTOR

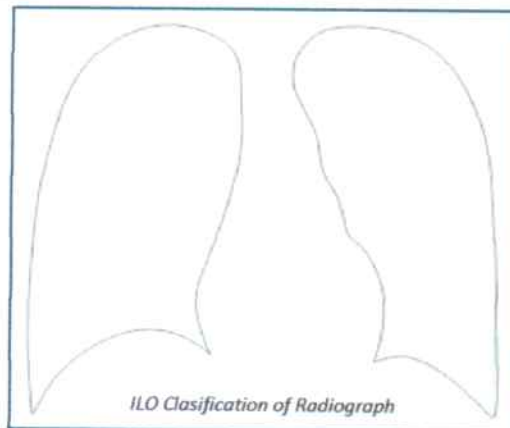
Jenis Kelamin (Gender) : Male Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis) : 08 Mei 2020

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



Patient Data

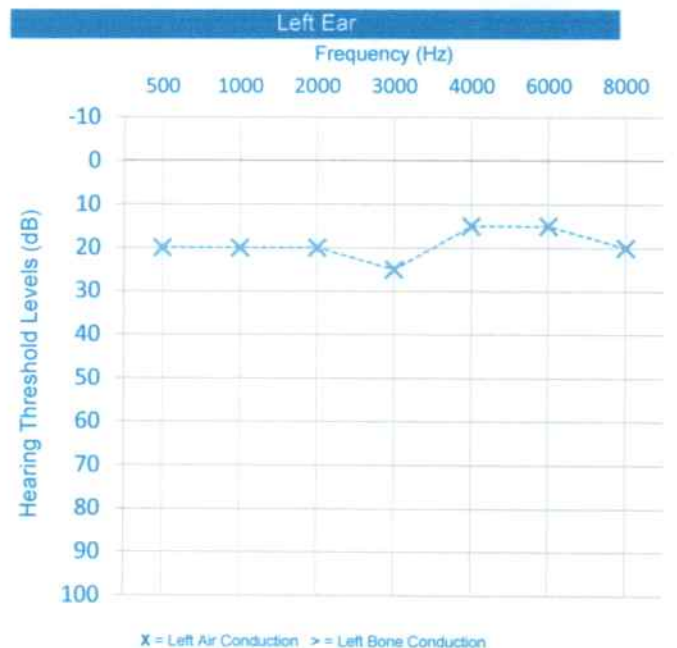
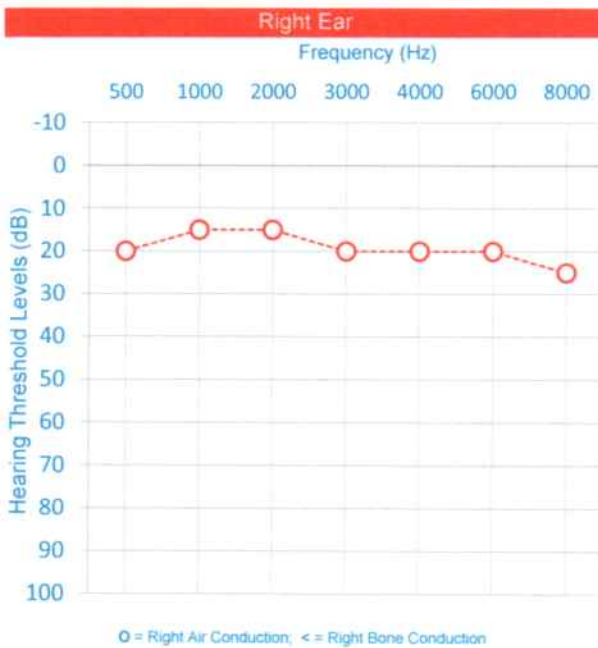
ID Number	1088	Gender	Laki-laki
First Name	REZA	Occupation	Asst. Inspector
Last Name	ACHMAD. F	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	23 Yo.	Test Date	8 Mei 2020

Occupational Noise Exposure

Present	Type of work: Asst. Inspector	Period of work: 1 Years	Hearing Protection Worn: Yes
Previous	1) - 2) -	- -	- -
Military Services	<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	



Test Detail

Test Location: Sound Booth Other
 Technician: Susi Rindayani, A.Md.Kep
 Hours Away from Noise: < 14 hours 14 - 24 hours > 24 hours

Right Ear Obseration and Test Result

Left Ear Obseration 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	20	20	20	25	18.3	Air	20	20	20	25	15	15	20	20.0
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



ID : 1088
Name : Reza Achmad F
Age : 23 Years
Department: PT. Inspektindo
Gender : Male

HR : 60 BPM
P Dur : 96 ms
PR int : 155 ms
QRS Dur : 101 ms
QT/QTc int : 388/388 ms
P/QRS/T axis : 65/87/76
RV5/SV1 amp : 1.069/1.532 mV
RV5+SV1 amp : 2.601 mV
RV6/SV2 amp : 1.106/1.509 mV

Technician : Rinda Amd.Kej
Report Confirmed by:

Diagnosis Information:
800: Sinus Rhythm
Normal ECG

RRL

Dr. Achmad Yusri, SJP

Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah

