



**GRAND MEDICA
INDONESIA**

Make SMILE and Be HEALTHY

PERSONAL DATA

No. MCU : 2567/GMI-MCU/X/2020
No. Badge : -
N a m a : **ACHMAD WAHYU SYAMSURI, Tn.**
U m u r : 26 tahun
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Jabatan : Assistant Inspector
Tgl Pemeriksaan : 30/10/2020
Alamat : Jl. IR. Soekarno RT. 016 Kel. Muara Jawa Ulu, Kec. Muara Jawa, Kab.
Kutai Kartanegara.



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE TAHUN 2020



NAMA : Achmad Wahyu Syamsuri
TANGGAL LAHIR : 27 - 10 - 1994
JENIS KELAMIN : laki - laki
S/N :
IGG :
DEPT/SERVICE : Inspection & Testing
LOKASI KERJA :
JENIS PEMERIKSAAN : Pre-employment
 Annual
 Pre-retirement

RAHASIA KEDOKTERAN

UNTUK DIISI KARYAWAN

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 Inspektur
- 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 Perempuanorang
- 5. Alamat sekarang : Jl. Ir. Soekarno Rt.016 kel. Muara Jawa UU
kecamatan Muara Jawa kab. Kutai Kartanegara
..... Telpon /HP 081249680509
- 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

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 : _____ 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 2
- 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 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 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"/>
2. Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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"/>
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	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 0

3. Apakah saat ini Anda merokok ?

1. Ya, setiap hari 1

2. Ya, tidak setiap hari

3. Tidak - bila tidak langsung ke no. 14

4. Berapa banyak rokok yang Anda isap setiap harinya ?

0 8

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

1. Kadar nikotin rendah

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?

1 2 0

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

1. Ya 2. Tidak 1

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 ?
Dari no. 11 langsung ke pertanyaan alkohol

1. Rokok pertama di pagi 2

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

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

Langsung ke pertanyaan alkohol

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
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)

1 2 0

2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan ?

3 4

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

1 2 0

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 ? 3
- 2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran ? 4

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 2

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 pertyana 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, 30 oktober 2020

Nama dan tanda tangan karyawan



(Achmad Wahyu Syamsuri)

CONFIDENTIAL

UNTUK DIISI DOKTER

MEDICAL CHECK UP –2020

PHYSICAL EXAMINATION

NAME	ACHMAD WAHYU SYAMSURI, Tn.	S/N	-	DEPT	Inspection & Testing
------	----------------------------	-----	---	------	----------------------

I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	120/60	mmHg	Pulse	65	x/m	Respiration	20	x/m	Temp.	36	°C
Weight (W)	60	kg	Height (H)	178	cm	BMI	18,94	Waist	76	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, Missing, Filling
8	NECK	Adenopathi/Thyroid/Carotids/ Tracheal/ 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	20/30	20/30				✓	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) : 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				%
FEV 1				%
FEV/FVC				%

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

Tgl. Skrining : 30/10/2020

No. : 2567

Bagian A. Identitas Pasien (diisi dengan lengkap oleh pasien yang berkunjung)

Nama Lengkap: ACHMAD WAHYU S, Tn.	Tgl. Lahir: 27/10/1994	Umur : 26 tahun	Jenis Kelamin : Laki-Laki
Nama Perusahaan: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Alamat Rumah: Jl. IR. Soekarno RT. 016 Kel. Muara Jawa Ulu, Kec. Muara Jawa, Kab. Kutai Kartanegara.	Telp./HP : 0812 4968 0509	

Bagian B. Informasi Riwayat Kesehatan (diisi oleh pasien)

Berilah tanda centrang (v) pada setiap kolom pertanyaan sesuai keadaan sebenarnya:

Gejala:	Ya	Tidak
1. Apakah anda pernah mengalami demam atau riwayat demam dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Apakah anda pernah mengalami batuk/pilek/nyeri tenggorokan dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Apakah anda pernah mengalami sesak atau kesulitan bernapas (pneumonia) dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Faktor Risiko :

	Ya	Tidak
1. Apakah anda memiliki riwayat perjalanan ke wilayah/negara/kota yang termasuk kategori transmisi lokal dalam waktu 14 hari terakhir. <input type="checkbox"/> Jakarta <input type="checkbox"/> Manado <input type="checkbox"/> Bandung <input type="checkbox"/> Pontianak <input type="checkbox"/> Yogyakarta <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Depok <input type="checkbox"/> Denpasar <input type="checkbox"/> Tangerang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bogor <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Memiliki riwayat paparan salah satu atau lebih: a. Riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19 ATAU b. Bekerja di fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 ATAU c. Memiliki riwayat kontak dengan hewan penular (jika hewan penular sudah teridentifikasi).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Bagian C. Pemeriksaan Tanda Vital (diisi oleh petugas pemeriksa)

Pengukuran Suhu Tubuh (°C)	Laju Pernapasan (x/menit)	Laju Nadi (x/menit)
36	20	65


Bagian D. Pemeriksaan Fisik (diisi oleh dokter pemeriksa)

Suara Napas	Ronchi	Wheezing
Vesikuler +/-	-/-	-/-

Bagian E. Kategori Penilaian

	Kesimpulan
• Pasien Dalam Pengawasan (PDP) Gejala No. 1 + No. 2 + No. 3 DAN faktor risiko No. 1 ATAU Gejala No. 1 ATAU No. 2 DAN salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2 ATAU Gejala No.3 (Berat)	<input type="checkbox"/>
• Orang Dalam Pemantauan (ODP) Gejala No. 1 ATAU No.2 DAN Faktor Risiko No.1 ATAU Gejala No.2 DAN salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2	<input type="checkbox"/>
• Orang Tanpa Gejala (OTG) Tidak ada gejala DAN Memiliki faktor risiko No.2.	<input type="checkbox"/>
• Bukan Termasuk Salah Satunya.	<input checked="" type="checkbox"/>

Saya menyatakan bahwa jawaban dan pernyataan di atas adalah benar dan telah diisi sesuai dengan keadaan yang sesungguhnya. Saya setuju hasil pemeriksaan saya disimpan dalam bentuk dokumen tertulis maupun elektronik dan jika diperlukan informasi medis yang berhubungan dengan pekerjaan saya, dapat diberikan kepada pimpinan perusahaan tempat saya bekerja.

Pasien/Karyawan	Petugas Skrining	Dokter Pemeriksa
	 Suparlan	 dr. Malikinnas SIP: 449.1/2/5/P.3/DPMPPT/SIP-D/2018



JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE

Name : **ACHMAD WAHYU SYAMSURI, Tn.** Age (Years) : **26**
 MCU No. : **2567/GMI-MCU/X/2020** Job : **Assistant Inspector**
 Date : **30/10/2020** Company : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**

RISK FACTOR		SCORE	RESULT	Points
Sex	Female	0	Male	1
	Male	1		
Age	25-34	-4	26	-4
	35-39	-3		
	40-44	-2		
	45-49	0		
	50-54	1		
	55-59	2		
	60-64	3		
Blood Pressure	Normal	0	120/60	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	18,94	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. : 2567 /GMI-MCU/X/2020
(Lab. Number)

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name) : ACHMAD WAHYU S, Tn. / Laki-laki **Umur (Age)** : 26 Tahun (Years old)
Pekerjaan (Job Position) : ASST. INSPECTOR **Dokter (Doctor)** : Dr. Hendra AZ
Perusahaan (Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)** : 30 Oktober 2020

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
HEMATOLOGI			
HEMATOLOGI RUTIN			
Hemoglobine (Hgb)	15,9	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0	g/dL
Hematocrit (Hct)	46,3	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35 ,0- 45,0	%
Erythrocyt (RBC)	5,1	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5	10 ⁶ sel/mm ³
Leucocyt (WBC)	7,7	Dewasa : 4,0 - 10,0	10 ³ /µL
Differential Count			
Basophile	0	0 - 2	%
Eosinophile	1,7	0 - 3	%
Neutrofil	58,6	50 - 70	%
Lymphocyte	35,6	20 - 40	%
Monocyte	4,2	3 - 12	%
MCV	90	80 - 100	fL
MCH	31	27 - 34	pg/cell
MCHC	34	32 - 36	g/dL
RDW- CV	13,9	11 - 16	%
RDW-SD	45,9	35 - 56	fL
Thrombocyt	242	140 - 440	10 ³ /mm ³
KIMIA KLINIK			
METABOLISME GLUKOSA/DIABETES			
Glucose Fasting	83	Normal : 70 - 110	mg/dL
PROFIL LEMAK			
Cholesterol total	165	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240	mg/dL
Triglycerides	118	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : >= 500	mg/dL
HDL Kolesterol	56	Rendah : < 40 Tinggi : >= 60	mg/dL
LDL Kolesterol	85	Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 - 129	





HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab. : 2567 /GMI-MCU/X/2020
(Lab. Number)

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama : ACHMAD WAHYU S, Tn. / Laki-laki **Umur** : 26 Tahun
(Name) *(Age)* *(Years old)*
Pekerjaan : ASST. INSPECTOR **Dokter** : Dr. Hendra AZ
(Job Position) *(Doctor)*
Perusahaan : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan** : 30 Oktober 2020
(Company) *(Date of Analysis)*

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
		Batas tinggi : 130 - 159	mg/dL
		Tinggi : 160 - 189	
		Sangat tinggi : > 190	
Rasio LDL/HDL	2	CARDIO RISK INDEX (CRI) < 3 : Low risk 3 - 5 : Moderate risk > 5 : High risk	
FUNGSI HATI			
SGOT / AST	14	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	13	0 - 40	U/L
FUNGSI GINJAL			
Uric Acid	5,4	Laki-laki dewasa : 3,5 - 7,2 Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0	mg/dL
Creatinine	0,9	0,8 - 1,4	mg/dL
Ureum	22	10 - 50	mg/dL
URINALISA			
MAKROSKOPIS URIN			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Jernih		
KIMIA			
Berat jenis	1,010	Normal : 1,003 - 1,035	
pH	6,5	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 : 30 Oktober 2020

Penanggung Jawab
Laboratorium,

GRAND Medica
Dr. Hendra Agus Z

Analisis Laboratorium

Syamsiar Am. Ak





Nomor Pasien
(Patient Number) :

Nomor Film
(Film Number) : 2567

Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : ACHMAD WAHYU S, Tn.

Perusahaan
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Umur
(Age) : 26 Tahun
(years old)

Pekerjaan
(Occupation) : ASST. INSPECTOR

Jenis Kelamin
(Gender) : Male

Tgl Pemeriksaan
(Date of Analysis) : 30 Oktober 2020

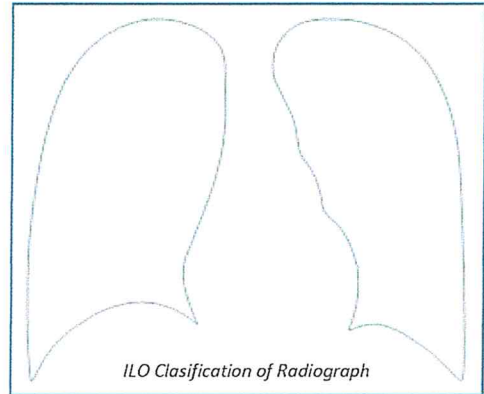
Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)

Jenis Pemeriksaan
(Type of Examination) : Thorax

Posisi Penyinaran
(Exposure Position) : PA

Kondisi Penyinaran
(Exposure Condition) : kV : 66

mAs : 0,30



ILO Classification of Radiograph

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 HARIS, Sp.Rad
(Radiologist signature)
Spesialis Radiologi





**GRAND MEDICA
INDONESIA**

Patient Data

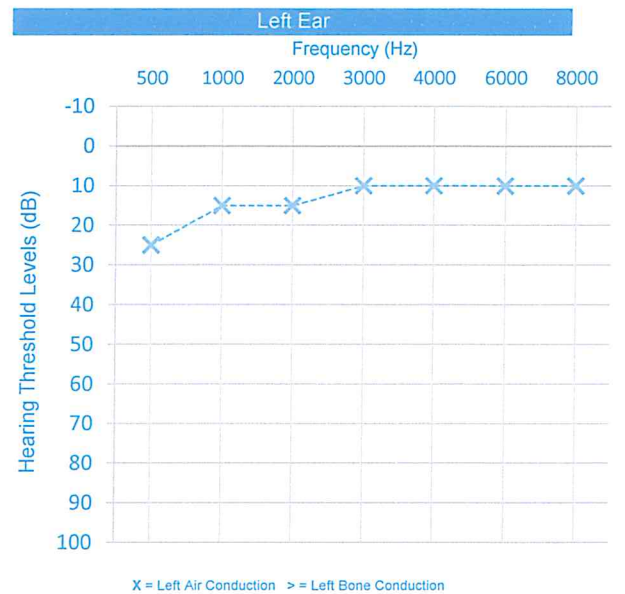
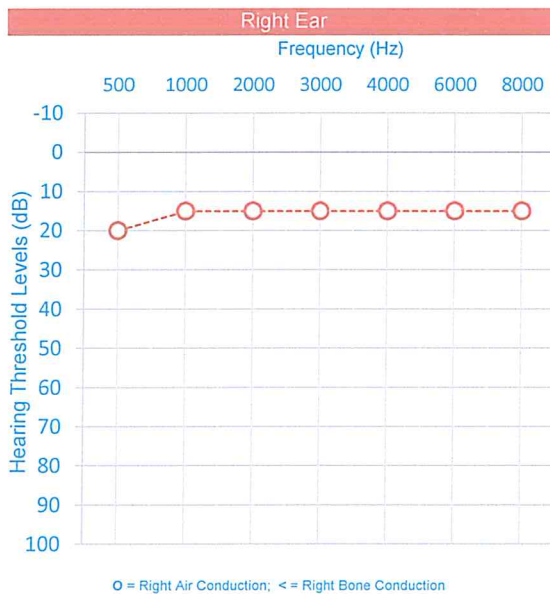
ID Number	2567	Gender	Laki-laki
First Name	ACHMAD	Occupation	Asst. Inspecetor
Last Name	WAHYU. S	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	26 Yo.	Test Date	30 Oktober 2020

Occupational Noise Exposure

Present	Type of work: Asst. Inspecetor	Period of work: -	Hearing Protection Worn: No
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	<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	Susi Rindayani, A.Md.Kep		

Right Ear Obseration and Test Result

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

Left Ear Obseration and Test Result

Canal	Normal								HTL
Ear Drum	Normal								LEFT
Conduction	Frequency (Hz)								EAR
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		
	Air	25	15	15	10	10	10	10	
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 : 2567
Name : Achmad Walbyu. S
Age : 26 Years
Gender : Male
Department: PT. Inspektindo

HR : 65 BPM
P Dur : 105 ms
PR int : 143 ms
QRS Dur : 91 ms
QT/QTc int : 368/385 ms
P/QRS/T axis : 70/74/63 °
RV5/SV1 amp : 1.179/1.883 mV
RV5+SV1 amp : 3.062 mV
RV6/SV2 amp : 1.052/2.337 mV

Diagnosis Information:
800: Sinus Rhythm
Normal ECG

dr. ACHMAD YUSRI, SpJP

SPEKIALIS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH

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

