



**GRAND MEDICA
INDONESIA**

Make SMILE and Be HEALTHY

PERSONAL DATA

No. MCU : 5616/GMI-MCU/X/2021
No. Badge : -
N a m a : **ELICOHEN DIMA SAGALA, Tn.**
U m u r : 23 tahun
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Jabatan : **Inspector**
Tgl Pemeriksaan : **01 Oktober 2021**
Alamat : *Jl. Bhineka (Kasiba), B-03RT 30 Sepinggan, Balikpapan.*

Tgl. Skrining : 01/10/2021

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

Nama Lengkap:	Tgl. Lahir:	Jenis Kelamin :
ELICOHEN DIMA SAGALA, Tn.	01/04/1998	Laki-Laki
Nama Perusahaan:	Alamat Rumah:	Telp./HP :
PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Jl. Bhineka (Kasiba), B-03RT 30 Sepinggan, Balikpapan.	0813 7048 1598

Bagian B. Informasi Riwayat Kesehatan (diisi oleh pasien)

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

Gejala:	Ya	Tidak
1. Apakah anda mengalami Demam akut (>38 C)/riwayat demam dan batuk? Terdapat 3 atau lebih gejala/tanda akut berikut: demam/riwayat demam, batuk, kelelahan, sakit kepala, myalgia, nyeri tenggorokan, pilek/hidung tersumbat, sesak nafas, mual/muntah, diare, penurunan kesadaran.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Apakah anda mengalami gejala ISPA Berat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Apakah anda mengalami gejala anosmia akut (hilangnya kemampuan indra penciuman) atau ageusia (hilangnya kemampuan indra perasa) dengan tidak ada penyebab lainnya.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Faktor Risiko :	Ya	Tidak
1. Pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat tinggal atau bepergian di negara/wilayah Indonesia yang melaporkan transmisi lokal.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Pada 14 hari terakhir sebelum muncul gejala memiliki riwayat tinggal atau bekerja di tempat berisiko tinggi penularan (riwayat kontak erat dengan kasus probable/konfirmasi)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Pada 14 hari terakhir sebelum muncul gejala bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan, baik melakukan pelayanan medis, dan non-medis serta petugas yang melaksanakan investigasi, pemantauan kasus dan kontak.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

Pengukuran Suhu Tubuh (°C)	Laju Pernapasan (x/menit)	Saturasi Oksigen (%)
36	18	-




Bagian D. Pemeriksaan Fisik (diisi oleh dokter pemeriksa)

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

Bagian E. Kategori Penilaian

Kategori	Kriteria	Kesimpulan
• Kasus Suspek	Gejala No. 1 atau No. 2 atau No. 3 DAN salah satu faktor risiko	<input type="checkbox"/>
• Kasus Probable	Gejala No. 1 atau No. 2 atau No. 3 DAN No. 4 DAN salah satu faktor risiko	<input type="checkbox"/>
• Kasus Konfirmasi	Hasil RT-PCR Positif, Hasil Rapid Antigen Positif dan memenuhi kriteria probable.	<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 dipedukan informasi medis yang berhubungan dengan pekerjaan saya, dapat diberikan kepada pimpinan perusahaan tempat saya bekerja.

Petugas Skrining  Suparlan	Dokter Pemeriksa   dr. Bendra AZ
---	---

Permintaan Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

F_OH_017

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)		
Nama Lengkap ELICOHEN DIMA SAGALA, Tn.	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) 01/04/1998	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) Inspector	Nama Perusahaan PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore All Area
Alamat Rumah : <i>Jl. Bhineka (Kasiba), B-03RT 30 Sepinggan, Balikpapan.</i>	Nomor Telepone / HP 0813 7048 1598	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 01/10/2021

BAGIAN B. Alasan Evaluasi (diisi dengan benar oleh supervisor / bagian kesehatan perusahaan kontraktor) Beri tanda pada kotak yang sesuai
--

Pemeriksaan sebelum bekerja (Pre-placement), untuk kategori posisi :

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Non Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker | <input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker |
| <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang | <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> Pilot | <input type="checkbox"/> Food Handler |
| <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | <input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium | <input type="checkbox"/> Awak Mobil Tangki | |

Pemeriksaan berkala (Periodic), untuk kategori posisi :

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Non Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker | <input type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker |
| <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang | <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> Pilot | <input type="checkbox"/> Food Handler |
| <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | <input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium | <input type="checkbox"/> Awak Mobil Tangki | |

Return to Work

Tidak masuk kerja ≥ 14 hari kalender karena sakit atau cedera, atau < 14 hari jika kondisi medis dinilai serius, atau diturunkan saat masa on duty

For Cause

- Pasca Insiden Supervisor menyangsikan kelaikan kerja pekerja

Job Transfer

Dilakukan sebelum pemindahan tugas ke posisi lain.

Komentar Supervisor (sebutkan tambahan pekerjaan lain atau faktor risiko di tempat kerja bila ada) : <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
--

Tanda Tangan Supervisor	Tanggal (tgl - bln - thn) 01/10/2021
-------------------------	--

F_OH_018_Formulir Evaluasi Contractor Fitness To Work

Prosedur CFTW: Pre-Placement Periodic Return to Work For Cause Job Transfer

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)			
Nama Lengkap ELIHOEN Dima Sagala	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 01 - 09 - 1998	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	
Pekerjaan (Job Title) Inspector	Nama Perusahaan Inspektindo Sreng Perada	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Offshore	
Alamat Rumah Jl. Bhinika (kasipan) B-03 RT.30, Sepiangan	Nomor Telepon / HP 081370981598	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 01.10.2021	

BAGIAN B. Riwayat Kesehatan Karyawan (diisi dengan benar oleh karyawan dan dituntun oleh petugas kesehatan)

Sejak Medical Check Up terakhir, apakah Anda pernah atau sedang mengalami: T = Tidak, Y = Ya

		T	Y			T	Y			T	Y
1.	Mengalami gegar otak atau cedera kepala	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13.	Rasa lelah yang berlebihan tanpa alasan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25.	Sakit atau cedera leher dan atau tulang belakang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Gangguan mata atau penurunan fungsi penglihatan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.	Penyakit atau kelainan jantung Palpitasi/jantung berdebar Nyeri/rasa tertekan atau terbakar pada dada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26.	Patah tulang, terkilir, dislokasi, amputasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Epilepsy / ayan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.	Anemia/kurang darah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.	Nyeri sendi, rematik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Gangguan pendengaran	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.	Penyakit maag atau gangguan pencernaan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.	Menggunakan alat bantu gerak/protesa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Penurunan kesadaran, pusing, pingsan, vertigo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17.	Hepatitis (sakit kuning)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.	Masalah otot dan syaraf	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Gangguan atau kelemahan/kelumpuhan pada anggota gerak (lengan dan atau tungkai)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.	Penurunan berat badan yang berlebih	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30.	Mati rasa, kesemutan, gemetar atau kaku	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Penyakit kencing manis Jika ya, apakah menggunakan insulin?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.	Benjolan pada pembuluh getah bening (leher, ketiak dan pangkal paha)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.	Menggunakan obat-obatan rutin baik yang diresepkan dokter maupun tidak	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Suara serak menetap	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.	TBC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32.	Rumit kulit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Astma, gangguan pernafasan, sesak nafas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.	Buang air besar berwarna gelaphitam	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33.	Pernah operasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Tekanan darah tinggi Pengobatan untuk tekanan darah tinggi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22.	Gangguan system peremihan: ginjal, kantung emah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34.	Masalah emosi, sering gugup, depresi, fobia atau gangguan lainnya	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Stroke	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23.	Hernia/burungus turun	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35.	Mengonsumsi alkohol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Tumor atau kanker	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.	Alergi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36.	Menggunakan narkoba	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan untuk setiap jawaban Ya: _____

Anda Merokok? Ya (saat ini merokok atau berhenti merokok \leq 2 tahun)
 Mantan/bekas (jika berhenti merokok $>$ 2 tahun, tetapi \leq 10 tahun)
 Tidak (tidak pernah merokok atau telah berhenti merokok $>$ 10 tahun)

Aktivitas fisik anda? Ringan
 Sedang
 Berat

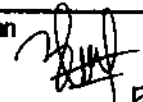
Hazard di tempat kerja: Bising Getaran Benzene Radiasi Bahan Kimia: Lainnya:

Obat-obatan yang dikonsumsi saat ini: _____

Apakah ada orangtua dan/atau saudara kandung yang meninggal sebelum usia 66 tahun karena penyakit jantung pembuluh darah (misal: serangan jantung, stroke, darah tinggi, dll) Ya Tidak

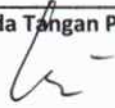
Bila Ya, Jelaskan usia berapa & sebab apa: _____

Riwayat Perawatan di RS: _____


Tanda Tangan Karyawan  Tanggal (tgl - bln - thn) **01 - 10 - 2021**

ELIHOEN

Lampiran 4 - B7-004/KT1210/2019-S9

BAGIAN C. Pemeriksaan (diisi oleh Petugas Kesehatan)											
ANTROPOMETRI & TANDA-TANDA VITAL											
TINGGI BADAN	BERAT BADAN	IMT	LINGKAR PERUT	TEKANAN DARAH	DENYUT NADI 86 x/mt						
167 cm	82 kg	29,4 cm	86 cm	110 / 60 mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur						
PEMERIKSAAN EKG			PEMERIKSAAN TREADMILL								
HASIL : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal Jelaskan : Sinus Rhythm			Dilakukan pada usia > 40 thn atau ≤ 40 dengan Skor Kardiovaskuler Jakarta (SKJ) kategori Risiko tinggi (≥ 5). HASIL : <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Lainnya Catatan :								
PEMERIKSAAN VO2 MAX, Hanya untuk Fireman dan Sekuriti											
Hasil VO2 Max : mls/kg/min			Fireman : Target VO2 Max : 39 - 42 mls/kg/min								
Catatan :			Sekuriti : Target VO2 Max : 34 - 42 mls/kg/min								
PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN DADA											
Hasil : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan :											
PEMERIKSAAN SPIROMETRI											
<ul style="list-style-type: none"> Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek Fit to Work Fireman jika hasil spirometri FEV1 dan FVC < 80% harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia* <input checked="" type="checkbox"/> Tidak menderita TB			Hasil Pemeriksaan <table border="1"> <thead> <tr> <th>FEV1</th> <th>FVC</th> <th>Rasio FEV1/FVC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> Kesimpulan : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:			FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC			
FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC									
Catatan : Hasil Evaluasi LLN :											
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa		Tanggal Pemeriksaan							
PEMERIKSAAN MATA Standard: <ul style="list-style-type: none"> Minimal visus 20/40 untuk Driver dengan atau tanpa kaca koreksi untuk setiap mata Lapangan pandang horizontal minimal 70° pada masing-masing mata UNTUK Driver dan Crane Operator Dapat mengenali atau membedakan warna lampu pengatur lalu lintas (Merah, Kuning dan Hijau) Buta satu mata TIDAK qualified untuk mengemudi Kaca mata untuk koreksi agar disebutkan di dalam <i>Medical Clearance</i> 											
	Tanpa Koreksi			Dengan Koreksi			Tes Buta Warna	Lapang Pandang			
	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri					
Jarak Jauh	20/20	20/20	20/20	6/	6/	6/	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	Kanan : 85°			
	6/	6/	6/	6/	6/	6/	<input type="checkbox"/> Buta warna Total	Kiri : 85°			
Jarak Dekat	J# J1	J#	J#	J#	J#	J#	<input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian	Visual Dept			
								-			
Kesimpulan : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pakai Kacamata <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Pakai Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak Normal (jelaskan)											
Catatan :											
Nama Pemeriksa			Tanda Tangan Pemeriksa			Tanggal Pemeriksaan					
Sri Handayani						01/10/2021					

Lampiran 4 - B7-004/KT1210/2019-S9

PEMERIKSAAN TELINGA (Audiometri/Tes berbisik)																																																							
Standar:																																																							
<ul style="list-style-type: none"> Dapat mendengar suara bisikan dari jarak > 1.65 meter dengan atau tanpa alat bantu dengar (hearing aid) ATAU Rata-rata penurunan pendengaran pada telinga yang terbaik < 40 dB dengan atau tanpa menggunakan alat bantu dengar 																																																							
Menggunakan alat bantu dengar? <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak																																																							
Tes Berbisik	Telinga Kanan meter			Telinga Kiri meter																																																			
Audiometri (dB):																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">Telinga Kiri</th> </tr> <tr> <th>Hz</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>3000</th> <th>4000</th> <th>6000</th> <th>8000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>15</td> <td>15</td> <td>10</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>10</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Telinga Kiri								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		15	15	10	15	15	10		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">Telinga Kanan</th> </tr> <tr> <th>Hz</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>3000</th> <th>4000</th> <th>6000</th> <th>8000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>15</td> <td>15</td> <td>10</td> <td>15</td> <td>20</td> <td>25</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Telinga Kanan								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		15	15	10	15	20	25	
Telinga Kiri																																																							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																
	15	15	10	15	15	10																																																	
Telinga Kanan																																																							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																
	15	15	10	15	20	25																																																	
Ambang dengar rata-rata		Telinga Kiri : 13,3 dB			Telinga Kanan : 15,0 dB																																																		
Kesimpulan : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan :																																																							
Catatan :																																																							
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa			Tanggal Pemeriksaan																																																		
Eka Wanda, A.Md.Kep					01/10/2021																																																		
PEMERIKSAAN LABORATORIUM																																																							
Pemeriksaan		Hasil																																																					
Panel Hitung Darah Lengkap : Hb, Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Hematokrit, Trombosit, LED, Red Cell, Indices (MCV, HCH, MCHC).		<input checked="" type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Tidak Normal																																																			
Panel Kimia Darah : • Profil Lipid : Total Kolesterol, HDL, LDL dan Trigliserida • Fungsi Hati : Total Bilirubin, Direct & Indirect Bilirubin, SGOT dan SGPT • Fungsi Ginjal : Asam Urat, Ureum dan Kreatinin. • Gula Darah Puasa & Gula Darah 2 jam setelah makan		<input checked="" type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Tidak Normal																																																			
Urine Analisa lengkap		<input checked="" type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Tidak Normal																																																			
Kultur Feses (Khusus untuk Food Handler)		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Tidak Normal																																																			
BAGIAN D. Pemeriksa Pemeriksaan Dokter																																																							
Garis bawah setiap kelainan yang ditemukan. Jelaskan setiap temuan tersebut pada tempat yang telah disediakan. (Y=Ya, T= Tidak)																																																							
No.	Bagian Tubuh/Sistem	Pemeriksaan			Y	T	Penjelasan																																																
1	Kepala	Ada tanda-tanda cedera?				<input checked="" type="checkbox"/>																																																	
2	Mata	Pupil tidak normal, reaksi terhadap cahaya, akomodasi, gerakan mata, keseimbangan otot-otot mata, gerakan-gerakan ekstraokuler, Nystagmus, Exophthalmos, Retinopati, Katarak, Afakia, Glaucoma, Degenerasi Macular (kirim ke Spesialis jika diperlukan)				<input checked="" type="checkbox"/>																																																	
3	Telinga	Pengerasan (scarring) membrane timpani, penyumbatan kanalis eksternal, perforasi membrane timpani				<input checked="" type="checkbox"/>																																																	
4	Hidung, mulut dan tenggorokan	Deformitas (yang tidak dapat diperbaiki dan mengganggu proses menelan dan bernapas), gigi.				<input checked="" type="checkbox"/>																																																	
5	Dada dan sistem pernapasan	Benjolan abnormal, kelaian dinding dada, laju pernapasan, suara pernapasan, wheezing, gangguan fungsi pernapasan, sianosis (Temuan yang abnormal mungkin memerlukan pemeriksaan tambahan seperti uji fungsi paru dan X-ray)				<input checked="" type="checkbox"/>																																																	

Lampiran 4 - B7-004/KT1210/2019-S9

6	Sistem jantung dan pembuluh darah	Murmur, suara tambahan, pembesaran jantung, pemakaian alat pacu jantung, defibrillator implant, pulse abnormal, suara (bruit) arterial, dan vena verikosis	✓	
7	Abdomen dan organ di dalamnya	Pembesaran hati, limpa, adanya massa, dan kelemahan dinding abdomen yang bermakna	✓	
8	Tulang belakang dan muskuloskeletal	Ada riwayat operasi, cedera, kelaianan bentuk, keterbatasan pergerakan (ROM), keaktifan anggota tubuh	✓	
9	Sistem perkemihan	<i>Hernia</i>	✓	
10	Ekstremitas (tangan dan kaki)	Kehilangan atau cacat : tungkai, kaki, jemari kaki, tangan, jemari tangan, kelainan bentuk, atrophy, kelemahan, kelumpuhan, clubbing, edema, hypotonic, insufisiensi cengkraman, insufisiensi mobilitas dan kekuatan tungkai bawah	✓	Kekuatan Otot (5/5 ; 5/5)
		Mohon test kekuatan otot dan reflek bagi Driver, Operator Alat Berat, Operator Crane, Awak Mobil Tanki.		
11	Persyarafan	Gangguan : Keseimbangan, koordinasi, bicara, reflek tendon asimetris. Abnormal : Fungsi sensori/positional, ataksia/reflek patellar/Babinsky.	✓	Romberg Test : Negative
		Lakukan tes Romberg untuk pekerja di ketinggian, contoh : Scaffolder, Inspector Lifting.		
12	Kulit dan kelenjar getah bening	Dermatitis : Scabies, Eksim, jerawat, benjolan pada leher, ketiak, pangkal paha.	✓	
13	Tumor dan keganasan	Adanya benjolan yang tidak normal, kelainan yang mengarah ke keganasan.	✓	
14	Penampilan Umum	Bersih/kotor, rapi/tidak rapi.	✓	Bersih, Rapi.
15	Lainnya, jelaskan			-

Khusus untuk Food Handler

16	Personal Hygiene	Penampilan kotor, kuku panjang, infeksi jamur, ada jerawat bernanah.	✓	
----	------------------	--	---	--

Komentar Dokter : (Jelaskan penemuan signifikanyang tertera di atas).

.....

.....

.....

BAGIAN E. REKOMENDASI KELAIKAN KERJA

<p>Klasifikasi Kelaikan Kerja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A. Memenuhi Syarat, masa berl <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 Tahun</p> <p><input type="checkbox"/> B. Memenuhi Syarat Dengan Catatan :</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p><input type="checkbox"/> C. Tidak Memenuhi Syarat</p> <p><input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara dievaluasi setelah..... minggu/bulan</p> <p>Catatan Lain Jika ada :</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Harus menggunakan kacamata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar</p>	<p>Rekomendasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Turunkan Berat Badan menjadi dalam batas IDEAL, konsultasikan pada DOKTER. • Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari. • OLAHRAGA secara teratur dan teratur untuk menjaga kesehatan JANTUNG dan KEBUGARAN tubuh. • .. • .. • ..
---	--

<p>Nama Dokter Pemeriksa</p> <p>dr. Hendra AZ.</p>	<p>Tanda Tangan</p> 	<p>Tanggal (tgl-bln-thn)</p> <p>09/10/2021</p>
<p>Nama Rumah Sakit / Klinik</p> <p>GRAND MEDICA CLINIC</p>	<p>Alamat Rumah Sakit / Klinik</p> <p>Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08, Gunung Bakaran Balikpapan, KALTIM. Telp. : 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158. Fax : 0542-7214553.</p>	

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : ELICOHEN DIMA SAGALA
Tanggal Lahir : 01-04-1998
Pekerjaan : INSPEKTOR
Perusahaan : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA Nomor Pegawai : ISP 21266
Alamat : JL. BHINAWA (KASIBA) B-07 RT. 30, SEPINGGILAN
Nomor Telepon : 081370481790

Dengan akal yang sehat dan tanpa paksaan dari pihak manapun, maka dengan ini saya memberikan kuasa kepada:

Rumah Sakit/Klinik : GRAND MEDICA CLINIC
Alamat : Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08 Gn. Bakaran, Balikpapan.
Nomor Telepon : 0542-7214552

Untuk membuka informasi medis saya, yang meliputi informasi di bawah ini (bisa pilih lebih dari satu):

- Catatan medis lengkap
- Pemeriksaan laboratorium
- Pemeriksaan mata
- Pemeriksaan Fisik
- Spirometri
- Informasi penyakit/cedera
- Laporan X-Ray
- Audiogram
- EKG
- Lainnya (mohon dijelaskan) _____


Selanjutnya informasi tersebut dapat diberikan kepada pihak-pihak berikut:

Nama : _____	Perusahaan/Instansi : _____
Alamat : _____	Nomor Telepon : _____
<hr/>	
Nama : _____	Perusahaan/Instansi : <u>PHKT</u>
Alamat : _____	Nomor Telepon : _____

Untuk keperluan (mohon dijelaskan): RENEWAL FOR PHKT PROJECT

Saya memahami kecuali saya menjelaskan secara spesifik informasi yang diungkapkan termasuk tapi tidak terbatas pada informasi riwayat, diagnosa dan atau pengobatan atas penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan, penyakit yang berhubungan dengan mental/psikiatrik dan atau penyakit menular, termasuk *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*.

Saya mengajukan permintaan salinan dari lembar persetujuan ini : Ya Tidak

Tanda Tangan  ELICOHEN Tanggal 01 / 10 / 2021
Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

 Tanggal 01 / 10 / 2021
Tanda Tangan Saksi Team Medical Check Up Hubungan Dengan Pemberi Wewenang (Tgl - Bln - Thn)

F_OH_019_Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN			No. REG :	5616/GMI-MCU/X/2021
Nama Lengkap	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn)	Jenis Kelamin		Lokasi Kerja
ELICOHEN DIMA SAGALA, Tn.	01/04/1998	<input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan		All Area
Nama Perusahaan	CFTW Procedure			<input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore
PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	<input checked="" type="checkbox"/> Pre-Placement <input type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Return to Work <input type="checkbox"/> For Cause <input type="checkbox"/> Job Transfer			<input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Posisi Utama : Inspector				
<input type="checkbox"/> Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Non Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker	<input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker	
<input type="checkbox"/> Sekuriti	<input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team	<input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang	<input type="checkbox"/> Operator Alat Berat	
<input type="checkbox"/> Penyelam / Diver	<input type="checkbox"/> Kru Kapal	<input type="checkbox"/> Pilot	<input type="checkbox"/> Food Handler	
<input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan	<input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium	<input type="checkbox"/> Awak Mobil Tangki		

Posisi Tambahan : -

REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK

<input checked="" type="checkbox"/> A Memenuhi Syarat, masa berlaku :	<input type="checkbox"/> 6 bulan	<input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun	Tanggal MCU :	01/10/2021
<input type="checkbox"/> B Memenuhi Syarat Dengan Catatan				
1. -				
2. -				
3. -				
<input type="checkbox"/> C Tidak Memenuhi Syarat : <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah minggu/bulan.				
Rekomendasi (Jika diperlukan tindak lanjut) :				
* -				
* -				
* -				
* -				

Catatan : Harus menggunakan kaca mata Harus menggunakan alat bantu dengar

Nama Dokter Pemeriksa	Tanda Tangan	Tanggal (tgl-bln-thn)
dr. Hendra AZ. No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017		09/10/2021
Nama Rumah Sakit / Klinik	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit / Klinik	
GRAND MEDICA CLINIC	Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08, Gunung Bakaran Balikpapan, KALTIM. Telp. : 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158. Fax : 0542-72 Email : grandmedica@gmail.com	

Harus dilakukan verifikasi CFTW oleh H&M PHKT untuk :

- Pekerja dengan kategori pekerjaan risiko tinggi yaitu : Tenaga Sekuriti, Fireman, bekerja diketinggian, (working at height), bekerja di ruang terbatas (Confined Space), Awak Mobil Tanki (AMT), Operator Alat Berat, Driver Mobil Penumpang dan Penyelam / Teknik Bawah Air (TBA).
- Penjamah Makanan (Food Handler) dan Tenaga Medis (Health Care Worker)

Persetujuan Health & Medical (gunakan huruf cetak)	Tanda Tangan	Tanggal (tgl/bln/thn)
..... / .. / ..

HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN TAHUN 2021

PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Balikpapan, 09/10/2021

PRE PLACEMENT

Nama : ELICOHEN DIMA SAGALA, Tn.	Umur : 23 tahun	No. Badge : -
Posisi : Inspector	MCU ID : 5616/GMI-MCU/X/2021	Jabatan Tambahan : -

 Berikut adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan pada tanggal :
01/10/2021

TEMUAN :

- * Berat Badan = 82 Kg (Overweight), BMI = 29,40 ; BB Ideal = 50,20 - 69,72 Kg. LP = 72 cm (M : N ≤ 90 cm, F : N ≤ 80 cm).
- * Riwayat Kesehatan = Tidak ada keluhan kesehatan. MEROKOK : TIDAK. Aktivitas Fisik : SEDANG.
- * Hazard di Tempat Kerja = Bising. Riwayat Kesehatan Keluarga = Tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga.
- * Fisik = TD : 110/60 mmHg (Normal). Kekuatan Otot Extremitas (5/5 ; 5/5). Romberg Test : Negative
- * Fisik = Mata : VOD : 20/20 (Normal), VOS : 20/20 (Normal), Jaeger Test : J1, VF ODS : 85°(Normal). Test Buta Warna : Normal.
- * Lab = Darah Lengkap (Hematology) : Dalam batas normal. Urine : Dalam batas normal. Gol. Darah : A, Rh : +.
- * Lab Kimia Darah = Dalam batas normal. Uji Napza (AMP, MOP, THC, MET, CC) : Negative.
- * Rekam Jantung (EKG) = Normal Sinus Rhythm. Rontgen Dada (Thorax) = Dalam batas normal.
- * Audiometri = Dalam batas normal.
- * Skor Kardiovaskuler Jakarta = -2 → **RISIKO RENDAH (CV10 < 10 %)**

STATUS KESEHATAN :

KATEGORI	CATATAN
<input checked="" type="checkbox"/>	Fit For Duty (Fit untuk bekerja normal) Validity Period : 1 Tahun
<input type="checkbox"/>	Fit with Notes (Fit dengan Catatan)
<input type="checkbox"/>	Not Fit (Tidak dapat bekerja di area PHKT)
<input type="checkbox"/>	Failed to comply with requested evaluations (Karyawan tidak di ijinan untuk bekerja di area PHKT sampai evaluasi Fit For Duty diselesaikan)

Sebagai : Inspector

 Di : All Area Onshore & Offshore

SARAN - SARAN :

- * Turunkan Berat Badan menjadi dalam batas IDEAL, konsultasikan pada DOKTER.
- * Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari.
- * OLAHRAGA secara teratur dan terukur untuk menjaga kesehatan JANTUNG dan KEBUGARAN tubuh.
- * -
- * -
- * -

 Bila masih ada hal yang perlu diperjelas, mohon segera menghubungi dokter pemeriksa di 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158.
Terima kasih atas kerjasamanya.

Catatan :

* Status Medical Check Up ini berlaku sampai dengan tanggal : 01/10/2022

Mengetahui :

dr.


 Hormat Kami,
Dokter Pemeriksa,

dr. Hendra AZ.

No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3KK/X/2017


 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

Patient Data

ID Number	: 5616/GMI-MCU/X/2021	Company	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Name	: ELICOHEN DIMA SAGALA, Tn.	Occupation	: Inspector
Gender	: Male	Test Date	: 01/10/2021
DOB / Age	: 1/04/1998 / 23 Yo.	BMI	: 29,4
Height (cm)	: 167	Weight (kg)	: 82

Jakarta Cardiovascular Risk Table

Risk Factor	Score	Result	Poin
Sex	Female	Male	1
	Male		
Age	25-34	23	-4
	35-39		
	40-44		
	45-49		
	50-54		
	55-59		
	60-64		
	Normal		
High Normal			
Grade 1 Hypertension			
Grade 2 Hypertension			
Grade 3 Hypertension			
BMI (Kg/m2)	13,79 - 25,99	29,40	1
	26,00 - 29,99		
	30,00 - 35,58		
Smoke	Never	Never	0
	Ex Smoker		
	Smoker		
Diabetes Mellitus	No	No	0
	Yes		
Physical Exercise/Activity	No	Medium	0
	Low		
	Medium		
	High		
Total Point			-2

Determine the 10-year CVD risk (%)		
Total Points	10-year CVD risk (%)	
-4	Low Risk	1
-3	Low Risk	2,6
-2	Low Risk	4,2
-1	Low Risk	5,8
0	Low Risk	7,4
1	Low Risk	9
2	Moderate Risk	10,0
3	Moderate Risk	13,1
4	Moderate Risk	17,2
5	High Risk	20,0
6	High Risk	21,2
7	High Risk	22,5
8	High Risk	23,7
9	High Risk	25
10	High Risk	26,2
11	High Risk	27,5
12	High Risk	28,7
13	High Risk	>30

Result
Estimated 10-year CVD Risk
4,2%
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.*



SURAT KETERANGAN PEMERIKSAAN NARKOBA

No. : 5616/GMI-MCU/X/2021

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : **dr. Hendra AZ.**
Jabatan : Clinic Manager
Alamat : Grand Medica Clinic - Balikpapan

Berdasarkan pemeriksaan yang kami lakukan terhadap :

N a m a : **ELICOHEN DIMA SAGALA, Tn.**
Umur : 23 tahun
Pekerjaan : Inspector
Perusahaan : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Alamat : *Jl. Bhineka (Kasiba), B-03RT 30 Sepinggan, Balikpapan.*

Jenis Pemeriksaan

* **Amphetamine (AMP)** : **Negative**
* **Opiat / Morphine (MOP)** : **Negative**
* **Marijuana (THC)** : **Negative**
* **Metamphetamine (MET)** : **Negative**
* **Cocaine** : **Negative**

**Sesuai dengan jenis pemeriksaan, tertanggal 01/10/2021
yang bersangkutan di nyatakan :**

"BEBAS NARKOBA / ZAT ADIKTIF"

Demikian surat keterangan ini kami buat dengan sebenarnya, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.



ELICOHEN DIMA SAGALA, Tn.

Balikpapan, 01/10/2021
Grand Medica Clinic,



dr. Hendra AZ.

No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017





HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab. : 5616 /GMI-MCU/X/2021
(Lab. Number)

Data Pasien (Patient Detail)

Nama <i>(Name)</i>	: ELICOHEN DIMA SAGALA, Tn. / Laki-Laki	Umur <i>(Age)</i>	: 23 Tahun <i>(Years old)</i>
Pekerjaan <i>(Job Position)</i>	: INSPECTOR	Dokter <i>(Doctor)</i>	: Dr. Hendra AZ
Perusahaan <i>(Company)</i>	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Tgl Pemeriksaan <i>(Date of Analysis)</i>	: 1 Oktober 2021

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
HEMATOLOGI			
HEMATOLOGI RUTIN			
Hemoglobine (Hgb)	14,6	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0	g/dL
Hematocrit (Hct)	43,3	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35,0- 45,0	%
Erythrocyt (RBC)	4,8	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5	10 ⁶ sel/mm ³
Leucocyt (WBC)	7	Dewasa : 4,0 - 10,0	10 ³ /μL
Differential Count			
Basophile	0,2	0 - 2	%
Eosinophile	2,2	0 - 3	%
Neutrofil	56,4	50 - 70	%
Lymphocyte	28,3	20 - 40	%
Monocyte	6,9	3 - 12	%
MCV	89	80 - 100	fL
MCH	30	27 - 34	pg/cell
MCHC	33	32 - 36	g/dL
RDW- CV	13,5	11 - 16	%
RDW-SD	43,7	35 - 56	fL
Thrombocyt	314	140 - 440	10 ³ /mm ³
GOLONGAN DARAH ABO			
ABO System	A		
Rhesus	+		
KIMIA KLINIK			
METABOLISME GLUKOSA/DIABETES			
Glucose Fasting	77	Normal : 70 - 110	mg/dL
Glucose 2h pp	120	Normal : < 140 Gangguan toleransi glukosa : 140 - 199 Diabetes melitus : > 200	mg/dL
PROFIL LEMAK			
Cholesterol total	173	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240	mg/dL
Triglycerides	136	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : >= 500	mg/dL
HDL Cholesterol	55	Rendah : < 40 Tinggi : >= 60	mg/dL





HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab. : 5616 /GMI-MCU/X/2021
(Lab. Number)

Data Pasien (Patient Detail)

Nama : ELICOHEN DIMA SAGALA, Tn. / Laki-Laki
(Name)

Umur : 23 Tahun
(Age)

Pekerjaan : INSPECTOR
(Job Position)

Dokter : Dr. Hendra AZ
(Doctor)

Perusahaan : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
(Company)

Tgl Pemeriksaan : 1 Oktober 2021
(Date of Analysis)

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
LDL Cholesterol	91	Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 - 129 Batas tinggi : 130 - 159 Tinggi : 160 - 189 Sangat tinggi : > 190	mg/dL
Rasio LDL/HDL	1,7	CARDIO RISK INDEX (CRI) < 3 : Low risk 3 - 5 : Moderate risk > 5 : High risk	
FUNGSI HATI			
SGOT / AST	22	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	24	0 - 40	U/L
Billirubin			
Billirubine direct	0,25	< 0,50	mg/dL
Billirubine indirect	0,3	0 - 0,9	mg/dL
Billirubine total	0,5	0,2 - 1,1	mg/dL
FUNGSI GINJAL			
Uric Acid	4,4	Laki-laki dewasa : 3,5 - 7,2 Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0	mg/dL
Creatinine	1,1	0,8 - 1,4	mg/dL
Ureum	15	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 : 1 < 0,018 (Negatif)	mg/dL





HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab. : 5616 /GMI-MCU/X/2021
(Lab. Number)

Data Pasien (Patient Detail)

Nama <i>(Name)</i>	: ELICOHEN DIMA SAGALA, Tn. / Laki-Laki	Umur <i>(Age)</i>	: 23 Tahun <i>(Years old)</i>
Pekerjaan <i>(Job Position)</i>	: INSPECTOR	Dokter <i>(Doctor)</i>	: Dr. Hendra AZ
Perusahaan <i>(Company)</i>	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Tgl Pemeriksaan <i>(Date of Analysis)</i>	: 1 Oktober 2021

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
MIKROSKOPIS URIN			
Epithel	2-3		
WBC	1-2		
RBC	2-3		
Cast	Negatif		
Crystal	Negatif		
Bacterie	Negatif		
Others	Negatif		
SKRINING TES NARKOBA			
Amphetamin (AMP)	Negatif	Negatif	
Morphine (MOP)	Negatif	Negatif	
Marijuana (THC)	Negatif	Negatif	
Metamphetamine (MET)	Negatif	Negatif	
Cocaine (CC)	Negatif	Negatif	

Tanggal pengambilan sampel : 1 Oktober 2021

Penanggung Jawab
Laboratorium,

Dr. Hendra Agus Z

Analisis Laboratorium

Syamsiar Am. Ak





Nomor Pasien
(Patient Number) :

Nomor Film
(Film Number) : 5616

Data Pasien (Patient Detail)

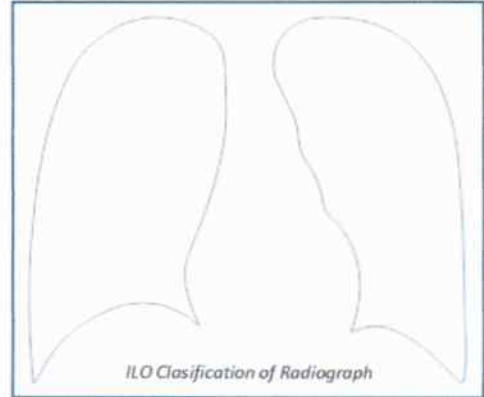
<u>Nama</u> (Name)	: ELICOHEN DIMA SAGALA, Tn.	<u>Perusahaan</u> (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSA
<u>Umur</u> (Age)	: 23 Tahun (years old)	<u>Pekerjaan</u> (Occupation)	: INSPECTOR
<u>Jenis Kelamin</u> (Gender)	: Male	<u>Tgl Pemeriksaan</u> (Date of Analysis)	: 01 Oktober 2021

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)

No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →

Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)

Foto Thorax Normal

dr. ABDUL HAKIS, Sp.Rad
Spesialis Radiologi

01-10-2021 10:19:17

ID : 5616
Name : Elicohen Dima Sagala
Age : 23 Years
Gender : Male
Department: PT. Inspektindo

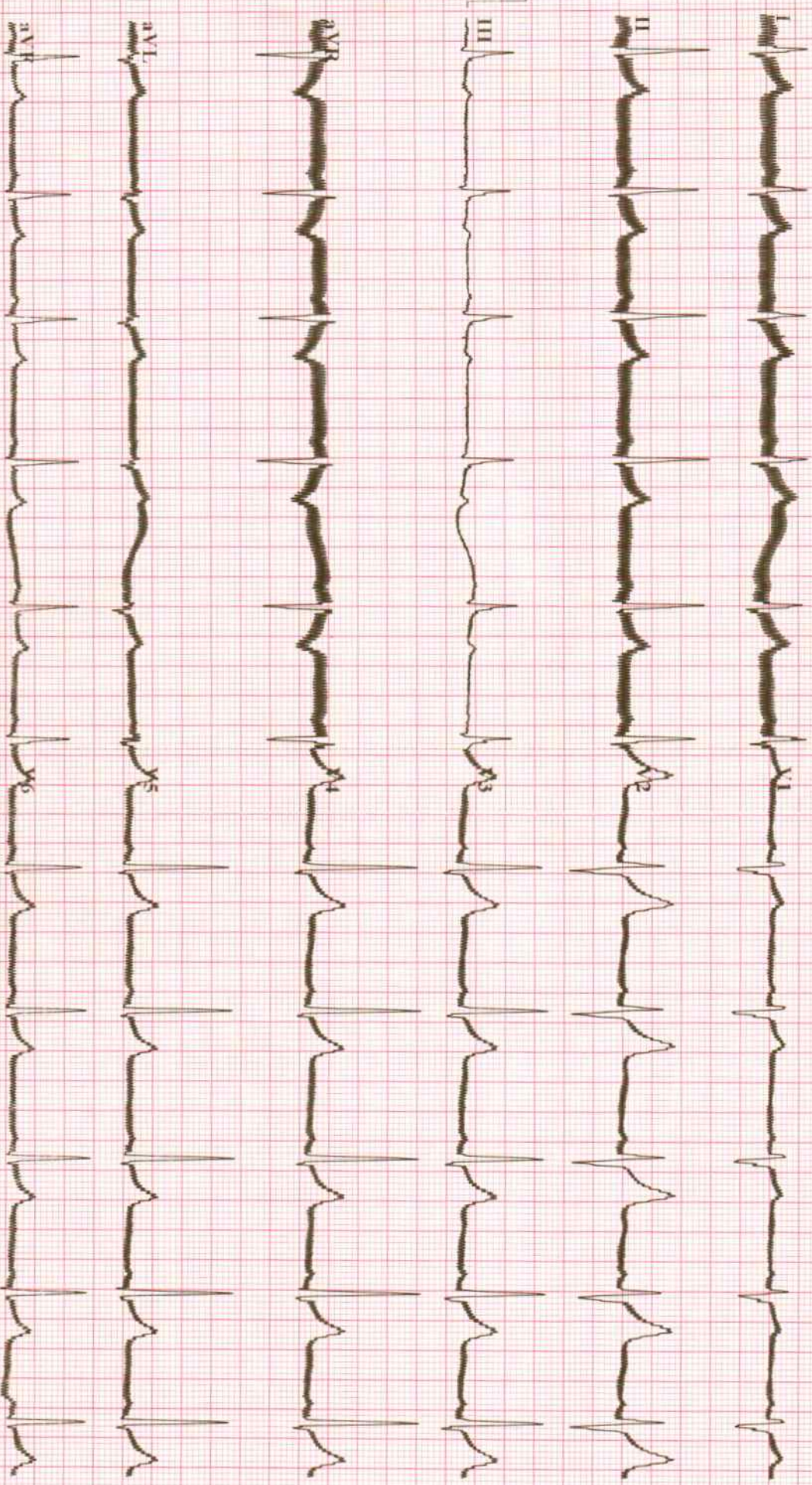
HR : 63 BPM
P Dur : 102 ms
PR Int : 138 ms
QRS Dur : 101 ms
QT/QTc Int : 385/397 ms
P/QRS/T axis : 51/68/29
RV5/SV1 amp : 1.880/0.590 mV
RV5+SV1 amp : 2.470 mV
RV6/SV2 amp : 1.366/0.801 mV

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

Diagnosis Information:
800: Sinus Rhythm
Normal ECG

NSR

dr. ACRIAD YUSUF S.P.P.
SPEKULAS JANTUNG DAN PEMBUAH DARAH



Patient Data

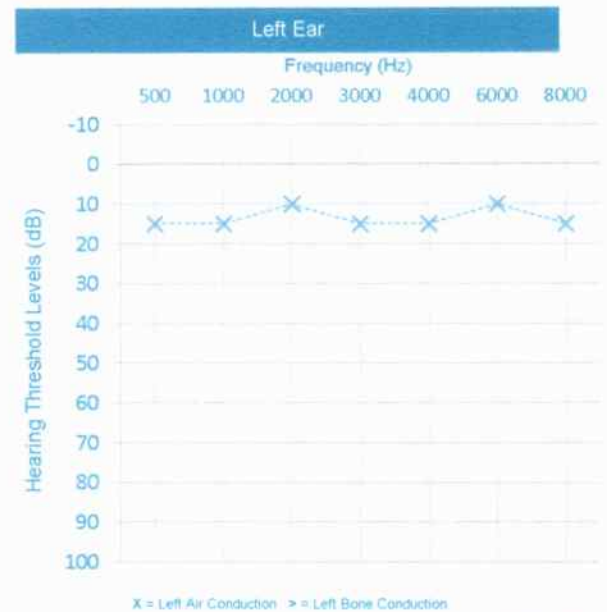
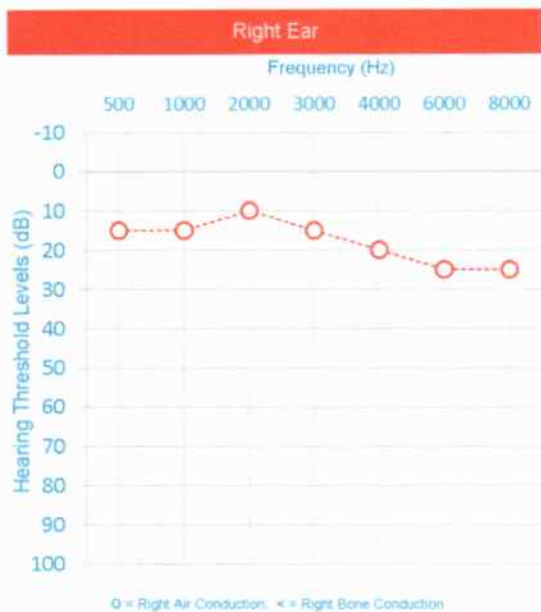
ID Number	5616	Gender	Laki-laki
First Name	ELICOHEN	Occupation	Inspector
Last Name	DIMA. S	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	23 Yo.	Test Date	01 Oktober 2021

Occupational Noise Exposure

Present	Type of work: 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 EAR
Conduction	Frequency (Hz)							15,0
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
	Air	15	15	10	15	20	25	
Bone								

Left Ear Observation and Test Result

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

Conclusion / Medical Report

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

Signature  **Grand MEDICA INDONESIA**
 dr. Hendra A.Z.

Instrument used
 SIBELSOUND 427

Standard
 OSHA

