

MEDICAL CHECK UP REPORT



NAME : Muhammad Rifai
SEX : Male
COMPANY : PT. Inspektindo Sinergi Persada
MEDICAL RECORD : 01 92 70
DATE OF VISIT : October 16, 2019
NEXT VISIT : October 16, 2020

PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN KARYAWAN BARU 2019

Nama : Muhammad Rifai

Berikut ini adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan tanggal : 16 Oktober 2019

- Temuan**
- Riwayat Kesehatan 1 Tahun terakhir tidak ditemukan masalah.
 - Riwayat Penyakit keluarga tidak ditemukan masalah.
 - Riwayat Vaksinasi : - Tetanus (Ya).
- Hepatitis (Ya).
 - Kebiasaan Merokok : Ya (5 batang/hari).
 - Konsumsi Alkohol : Tidak.
 - Aktivitas Olahraga : Ya (8x/bulan).
 - Hasil pemeriksaan Fisik : **Index Masa Tubuh : Kelebihan berat badan (BMI : 27.10).**
 - Hasil pemeriksaan X - Ray dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan EKG dalam batas normal (Sinus Rhythm).
 - Hasil pemeriksaan Treadmill : Negative Ischemic Response.
 - Hasil pemeriksaan Audiometri dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan Spirometri dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan Laboratorium : Darah : RBC 6.89 M/ul, MCV 62 fL, MCH 19 pg, Total Cholesterol 244 mg/dl, HDL Cholesterol 32 mg/dl.

STATUS KESEHATAN

Kategori	CATATAN
<input type="checkbox"/> 1A	Tidak ditemukan masalah kesehatan
<input type="checkbox"/> 1B	Ditemukan masalah kesehatan yang tidak serius
<input checked="" type="checkbox"/> 2	Ditemukan masalah kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok risiko rendah
<input type="checkbox"/> 3A	Ditemukan masalah kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok risiko sedang
<input type="checkbox"/> 3B	Ditemukan masalah kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok risiko tinggi
<input type="checkbox"/> 4	Ditemukan keterbatasan fisik untuk melakukan pekerjaan secara normal, hanya cocok untuk pekerjaan ringan
<input type="checkbox"/> 5	Dalam perawatan di rumah sakit atau dalam kondisi yang tidak memungkinkan untuk melakukan pekerjaan (status ijin sakit)

KESIMPULAN

- FIT
 UNFIT
 TEMPORARY UNFIT

Sebagai : Asisten Operator Bucking
Di : Remote Area

- Saran - saran**
- Disarankan konsul ke Dokter sehubungan dengan hasil pemeriksaan laboratorium.
 - Diet rendah lemak dan tinggi serat.
 - Hentikan kebiasaan merokok.
 - Lakukan olahraga minimal 3x/minggu.
 - Turunkan berat badan hingga mencapai berat badan normal.
(BMI = Underweight < 18,5, Normal 18,5-24,9, Overweight 25-29,9, Obese ≥ 30)

Kembali Kontrol : 16 Oktober 2020

Bila masih ada yang perlu diperjelas, dapat menghubungi Dokter Pemeriksa di (0542) 877898.
Terima kasih atas kerjasamanya yang baik.

Direktur,

Dr. Erica Lukman, Sp. THT-KL, MQIH, Sp. KL

Dokter Penanggung Jawab MCU,

Dr. Yussie Andellite

KUESIONER PEMERIKSAAN KESEHATAN

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

IDENTITAS PEGAWAI

Nama Lengkap : MUHAMMAD RIFAI
 Tempat Tanggal Lahir : BAKIRPAPAN 14 OKTOBER 1988
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Agama : ISLAM
 Jabatan / Pekerjaan : I.N.S. PEKERJA
 Status : (1) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
 Jumlah Anak : Anak laki-laki: ... orang, Anak perempuan: ... orang
 Alamat sekarang : JL. MARSMAK BUAH JURI NO 26 2765
 Telepon / HP: 0813 4702 3523
 No. Ext Telp. : Kantor : 0778226103 Kamar (untuk lapangan) :

HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN

No	Posisi	Lama Kerja	Perusahaan	Lama Paparan dalam jam/hari					
				Bising	Kimia	Debu	Radiasi	Ergonomi	Lain-lain
1.	As. Mp.	2	BKI	1 jam		2 jam	-	-	-

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 Anda dalam sehari.

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

PETUNJUK PENGISIAN :

ISILAH NOMOR 1 ATAU 2 YANG SESUAI DENGAN JAWABAN ANDA PADA KOTAK JAWABAN YANG TELAH TERSEDIA DI SAMPING KANAN. JANGAN MELINGKARI (0) ATAU MENCORET (X) PADA PILIHAN JAWABAN

RIWAYAT KESEHATAN

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

- | | | | |
|-------------------------|-------|----------|----------------------------|
| a. Tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. Tekanan darah rendah | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. Jantung | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> 2 |

d. Stroke	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
e. Kencing Manis	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
f. Timbul benjolan/tumor	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
g. Ayan/gangguan saraf lain	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
h. Asma	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
i. Batu Ginjal	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
j. Alergi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
k. Thypus	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
l. TBC	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
m. Malaria	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
n. Penyakit Kelamin	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
o. Kuning/Hepatitis	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
p. Gangguan Jiwa	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
q. Takut pada ketinggian	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
r. Mata	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
s. Hidung	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
t. Telinga	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
u. Gigi/Mulut	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
v. Lambung	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
w. Wasir	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
x. Kulit	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
y. Sendi-sendii	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2
z. Kandungan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/> 2

RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

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

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

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

--	--
- Apakah Anda perlu mendapatkan perawatan di rumah sakit karena kecelakaan tersebut?

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

4. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut?

5. Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh?

1. Ya 2. Tidak

6. Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit?

1. Ya 2. Tidak

Bila tidak langsung ke no. 8

7. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir?

8. Apakah Anda menderita penyakit yang harus dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir?

1. Ya 2. Tidak

KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah Anda pernah merokok?

1. Ya 2. Tidak

Bila tidak langsung ke pertanyaan alcohol

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

3. Apakah saat ini Anda merokok?

1. Ya, setiap hari
2. Ya, tidak setiap hari
3. Tidak – bila tidak langsung ke no. 14

4. Berapa banyak rokok yang Anda hisap setiap harinya?

5. Jenis rokok apa yang Anda hisap? (TULIS MEREK ROKOK)

1. Kretek
2. Filter

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

1. Tidak pernah
2. Kadang-kadang
3. Selalu

7. Berapa menit sehabis bangun tidur Anda mulai merokok?

8. Apakah Anda lebih banyak merokok dalam 2 jam pertama di pagi hari?

1. Ya 2. Tidak

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

1. Ya 2. Tidak

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

1. Ya 2. Tidak

11. Dalam 1 hari waktu merokok, manakah yang sulit dilewatkan? 1. Merokok pertama di pagi 2
2. Merokok diwaktu lainnya

12. Apakah Anda ingin berhenti merokok?

1. Ya 2. Tidak 1

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

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

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

--	--	--

KONSUMSI ALKOHOH

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol?

1. Ya 2. Tidak 2

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

Bila tidak langsung ke pertanyaan olah raga
1. Ya 2. Tidak 2

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

1. Ya 2. Tidak 2

4. Berapa hari Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan?

--	--	--

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

--	--	--

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	5	1
---	---	---

2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan?

0	8
---	---

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

1	5	1
---	---	---

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?

7

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

1. Apakah ada di antara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut

- | | | | |
|-------------------------|-------|----------|-------------------------------------|
| a. tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. penyakit jantung | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. stroke | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. kencing manis | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. kanker | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| f. alergi | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| g. asma | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |

2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut

- | | | | |
|-------------------------|-------|----------|-------------------------------------|
| a. tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. penyakit jantung | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. stroke | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. kencing manis | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. kanker | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| f. alergi | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| g. asma | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |

3. Di antara Ayah/Ibu/Saudara kandung Anda, apakah ada yang meninggal karena penyakit-penyakit di atas pada usia kurang dari 45 th untuk laki-laki dan 55 th untuk perempuan?

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

UNTUK KARYAWAN WANITA

1. Apakah saat ini Anda sedang hamil?

- | | | |
|-------|----------|--------------------------|
| 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
|-------|----------|--------------------------|
- Bila tidak langsung ke no. 3*

2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini?

--	--

3. Berapa jumlah kehamilan yang pernah dialami (termasuk kehamilan kali ini)?

--	--

4. Berapa jumlah keguguran yang pernah dialami?

--

5. Kapan hari pertama haid terakhir anda?

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

6. Berapa umur Anda pada saat haid pertama?

--	--

7. Berapa banyak darah pada saat Anda haid?

- | | | |
|-----------|------------|--------------------------|
| 1. Banyak | 2. Sedikit | <input type="checkbox"/> |
|-----------|------------|--------------------------|

8. Apakah dalam satu tahun terakhir pola haid Anda teratur?

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

9. Apakah ada rasa sakit yang berhubungan dengan haid?

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

10. Apakah Anda sering menderita keputihan?

1. Ya 2. Tidak

KELUARGA BERENCANA

1. Apakah keluarga Anda mengikuti Keluarga Berencana?

1. Ya 2. Tidak

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, 16 OKTOBER 2019.



(..... MUHAMMAD RIZKI)

Permintaan Evaluasi Contractor Fitness to Work F_OH_017

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)

Nama Lengkap <i>MUHAMMAD RIKI</i>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <i>14 OKTOBER 1988</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <i>INSPEKSI</i>	Nama Perusahaan <i>PT ISP</i>	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah <i>Jl. MARSMA K ISWAHYUDI NO.26</i>	Nomor Telepon / HP <i>081347029523</i>	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) <i>16 OKTOBER 2019</i>

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"/> Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> Driver mobil penumpang | <input type="checkbox"/> Awak Mobil Tanki | <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> Food handler | <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | |
| <input type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker | <input type="checkbox"/> Onshore Non Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Sedentary Worker: Jakarta / Pasir Ridge | | |
- Pemeriksaan berkala (Periodic), untuk kategori posisi:
- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> Driver mobil penumpang | <input type="checkbox"/> Awak Mobil Tanki | <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> Food handler | <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | |
| <input type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker | <input type="checkbox"/> Onshore Non Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Sedentary Worker: Jakarta / Pasir Ridge | | |
- Pemeriksaan setelah tidak masuk kerja dalam waktu yang lama (> 14 hari calendar) karena sakit/kecelakaan (Return to Work)
- For Cause:
- Paska Insiden
 - Supervisor menyangsikan kelaikan kerja pekerja

Kommentar Supervisor:

Tanda Tangan Supervisor

Tanggal (tgl - bln - thn)

MEDICAL CHECK UP EXAMINATION FORM

A. GENERAL CONDITION

Blood Pressure (supine)	117/91	mmHg
Pulse	47	x/mn
Respiration	18	x/mn
Temperature	36,3	°C

Weight (W)	84,9	kg
Height (H)	177	cm
BMI	27,10	

*BMI = W / H² (Underweight <18,5, Normal 18,5-24,9, Overweight 25-29,9, Obese ≥30)

VISION	Unaided		With Spectacles		Colour Blindness
	Left	Right	Left	Right	
DISTANT	6/6	6/6			<input checked="" type="checkbox"/> Normal
NEAR					<input type="checkbox"/> Red - Green Absent
					<input type="checkbox"/> Colour Blind

B. PHYSICAL

NO	PHYSICAL	A- Abnormal N-Normal (circle word of importance and explain)			Describe abnormalities in detail
			A	N	
1	General Appearance	Appearance age/Nutritional/Development/Mental & Emotional status/Posture/Gait/Speech		<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Head/Scalp	Size/Shape/Tender over sinuses/Hair/Eruption Masses/Bruit		<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Eyes	Conjunctiva/Sclera/Cornea/Pupils/Ptoisis/Tension/ Eye lid/Bruit/Reflex/Range of Movement		<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Ears	Ext. Canal/Membran perforation/Discharge/Tophi Hearing problem/Mastoids/Cerumen		<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Nose/Sinuses	Septum/Obstruction/Turbinates/Discharges		<input checked="" type="checkbox"/>	
6	Mouth/Throat	Odor/Lips/Tounge/Tonsils/Gums/Pharynx		<input checked="" type="checkbox"/>	
7	Teeth	Caries (O), Filling (F), Missing (X), Radix (v)		<input checked="" type="checkbox"/>	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
				<input checked="" type="checkbox"/>	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8	Neck	Adenopathi/Thyroid/Carotids/Trachea/Veins/ Mass Spain/Motion/Bruit		<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Back/Spain	Kyphosis/Scoliosis/Lordosis/Mobility/CVA/Bone/ Tenderness/Other deformities		<input checked="" type="checkbox"/>	
10	Thorax	Symmetry/Movement/Contour/Tender		<input checked="" type="checkbox"/>	
11	Breast	Size/Consistency/Nipples/Areolar/Discharge/Pal- pable mass/Tenderness/Nodes/Scars		<input checked="" type="checkbox"/>	
12	Heart	Rate/Rhythm/Apical/Impulse/Trills/Quality of Sound/ Intensity/Splitting/Extra sound/Murmurs		<input checked="" type="checkbox"/>	
13	Chest/Lung	Excursion/Dullness of Hyper-resonance of percussion/ Quality of breath sound/Rales/Wheezing/Ronchi/Bruit		<input checked="" type="checkbox"/>	
14	Abdomen	Bowel sounds/Appearance/Liver/Spleen/Masses/ Hernias/Murmur/Contour/Tenderness/Bruit/Nodes		<input checked="" type="checkbox"/>	
15	Groin	Hernia/Inguinal nodes/Femoral pulses		<input checked="" type="checkbox"/>	
16	Genital			<input checked="" type="checkbox"/>	
	- Male	Penis/Testis/Scrotum epididymis/Varicocele/Scars/ Discharge/Circumcised/Piercing		<input checked="" type="checkbox"/>	
	- Female	Vulva/Vagina/Cervix/Uterus/Adnexae/Rectocele/ Bartholini gland/Urethra/Discharge		<input checked="" type="checkbox"/>	
17	Extermities	Deformity/Clubbing/Cyanosis/Edema/Nail/Peripheral pulses/Calf tenderness/Joints for swelling/ROM		<input checked="" type="checkbox"/>	
18	Joints	ROM/Sweeling/Inflamation/Deformity		<input checked="" type="checkbox"/>	
19	Skin	Color/Birth Mark/Scars/Tatoos/Texture/Rash/Eczeme/ Ulcers/Piercing		<input checked="" type="checkbox"/>	
20	Neurological	Reflexes/Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/Sen- soric (touch, prick, vibrate) / Coordination/Romberg		<input checked="" type="checkbox"/>	
21	Muscular System	Strength/Wasting/Development		<input checked="" type="checkbox"/>	
22	Rectal Examination	Sphincter tone/Hemorrhoids/Fissure/Masses/Prostate		<input checked="" type="checkbox"/>	

Lap. Pandang → Dbn

Approved by GP :



F_OH_018_Formulir Evaluasi Contractor Fitness To Work

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

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)

Nama Lengkap MUHAMMAD LIKAI	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 14 OKTOBER 1988	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) INSPEKSI	Nama Perusahaan PT. ISP	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah SEPINDAN	Nomor Telepon / HP 081347029523	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 16 OKTOBER 2019

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 kejang	<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. Ruam kulit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Asma, gangguan pernafasan, sesak nafas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Buang air besar berwarna gelap/hitam	<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 perkemihan: ginjal, kantung kemih	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Masalah emosi, sering gugup, depresi, fobia atau gangguan kejiwaan lain	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Stroke	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Hernia/burut/usus turun	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Mengkonsumsi 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:

Apakah Anda merokok? Ya Tidak

Apakah Anda merolah raga secara rutin minimal 3x/minggu? Ya Tidak

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 60 tahun karena penyakit jantung pembuluh darah (misal: serangan jantung, stroke, darah tinggi, dll)

Ya

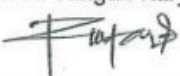
Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa:

Tidak

Riwayat Perawatan di RS:

Tanda Tangan Karyawan

Tanggal (tgl - bln - thn)



16/10/2019

BAGIAN C. Pemeriksaan (diisi oleh petugas kesehatan)

ANTROPOMETRI & TANDA-TANDA VITAL

TINGGI BADAN	BERAT BADAN	IMT	LINGKAR PERUT	TEKANAN DARAH	DENYUT NADI
177 cm	84,9 kg	27,10	95 cm	117/91 mmHg	47 x/mnt
					<input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur

PEMERIKSAAN EKG (Dilakukan pada usia ≥ 40 thn atau jika ada indikasi gangguan jantung)

HASIL: Normal Tidak Normal

Jelaskan:

Beri tanda \checkmark jika ada:

- DM Hipertensi Merokok
 Hyperkolesterolemia EKG abnormal
 Riwayat penyakit jantung dalam keluarga sebelum usia 60 tahun

Jika FRS $>10\%$ atau, ada 2 atau lebih kategori diatas, LAKUKAN Treadmill

PEMERIKSAAN TREADMILL

HASIL: Negatif Positif
 Lainnya:

Catatan:

PEMERIKSAAN VO2 MAX (Hanya untuk Fire and Emergency Responder Team/FERT)

Hasil VO2 Max: mls/kg/min

Khusus FERT, target VO2 max: 39 – 42 mls/kg/min.

Catatan:

PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN DADA (Diperiksa jika ada indikasi)

Hasil: Normal Tidak Normal, jelaskan:

PEMERIKSAAN HASIL PEMERIKSAAN SPIROMETRI

- Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek
- *Fit to Work* sebagai FERT jika hasil spirometri FEV1 dan FVC minimal $<80\%$ harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia*
- Tidak menderita TB

Hasil Pemeriksaan

FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC
83,8	79,9	88,14

Kesimpulan:

Normal Tidak Normal: Obstruktif / Restriktif /

Catatan:

*) Hasil evaluasi LLN:

Nama Pemeriksa

elin

Tanda Tangan Pemeriksa



Tanggal Pemeriksaan

16-10-19

PEMERIKSAAN MATA

Standard:

- Minimal visus 20/40 untuk Driver dengan atau tanpa kaca koreksi untuk setiap mata
- Lapangan pandang horizontal minimal 70° pada masing-masing mata
- 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 didalam *Medical Clearance*

Tanpa Koreksi

Dengan Koreksi

Tes Buta Warna

Lapang Pandang

	Tanpa Koreksi			Dengan Koreksi			<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Buta Warna Total <input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian	Kanan: 100% Kiri: 100% Visual Depth
	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri		
Jarak Jauh	20/ 6/6	20/ 6/6	20/ 6/6	20/ 6/	20/ 6/	20/ 6/		
Jarak Dekat	J# +	J# +	J# +	J#	J#	J#		

Kesimpulan: Normal Pakai Kacamata Tidak Pakai Kacamata Tidak Normal (jelaskan)

Catatan:

Nama Pemeriksa

lma

Tanda Tangan Pemeriksa



Tanggal Pemeriksaan

16-10-2019

PEMERIKSAAN TELINGA (Audiometri/Tes berbisik)

Standar:

- 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? Ya Tidak

Tes Berbisik Telinga Kanan meter

Telinga Kiri meter

Audiometri (dB):

Telinga Kiri							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	15	15	20	25	25	20	25

Telinga Kanan							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	10	15	10	15	15	20	20

Ambang dengar rata-rata Telinga Kiri 12,5 dB

Telinga Kanan 12,5 dB

Kesimpulan: Normal Tidak Normal, jelaskan

Catatan: ...

Nama Pemeriksa	Tanda Tangan Pemeriksa	Tanggal Pemeriksaan
Ahmad Zuhaidi	<i>Auz</i>	16/10/2019

PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pemeriksaan	Hasil
Darah rutin (HB, Sel darah putih, Hitung Jenis, LED)	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: RBC 6.89 M/dl, MCV 62 fl, MCH 19 g/dl
Kimia darah (Gula darah, 2hpp*, Kolesterol HDL) *) jika ada riwayat DM	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: Total Cholesterol 244 mg/dl, HDL Cholesterol 32 mg/dl
Urine (Darah, Glukosa, protein, Sedimen)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:
Stool Culture (khusus untuk food handler)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:

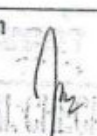
BAGIAN D. Pemeriksaan Dokter

Jaris bawahi 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 bernafas)		<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Dada dan sistem pernafasan	Benjolan abnormal, kelainan dinding dada, laju pernafasan, suara pernafasan, wheezing, gangguan fungsi pernafasan, sianosis (Temuan yang abnormal mungkin memerlukan pemeriksaan tambahan seperti uji fungsi paru dan X-ray)		<input checked="" type="checkbox"/>	

6	Sistem jantung dan pembuluh darah	Murmur, suara tambahan, pembesaran jantung, pemakaian alat pacu jantung, defibrillator implant, pulse abnormal, suara (bruit) arterial, dan vena varikosis		✓	
7	Abdomen dan organ didalamnya	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	Hernia		✓	
10	Ekstremitas (tangan dan kaki)	Kehilangan atau cacat: tungkai, kaki, jari kaki, tangan, jari tangan, kelainan bentuk, atrophy, kelemahan, kelumpuhan, clubbing, edema, hypotonic, insufisiensi cengkraman, insufisiensi mobilitas dan kekuatan tungkai bawah Mohon tes kekuatan otot dan reflex 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 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			✓	bersih-rapi
Khusus untuk Food Handler					
16	Personal Hygiene	Penampilan kotor, kuku panjang, infeksi jamur, ada jerawat bermanah,		✓	
Komentar Dokter : (jelaskan penemuan signifikan yang tertera di atas)					
- Merokok , BMI 27.10					
- RBC : 6.89 , MCV 62 , MCH 10 , TC : 244 , HDL : 32 .					

BAGIAN D. REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK

F.1 Status Contractor Fitness to Work: <input checked="" type="checkbox"/> A. Fit to Work, masa berlaku: <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun <input type="checkbox"/> B. Fit to Work with Restriction: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____		F.2 Rekomendasi: - Hindari merokok - diet rendah lemak tinggi serat.
<input type="checkbox"/> C. Not Fit to Work: <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah minggu/bulan <input type="checkbox"/> D. Cannot Comply with Requested Evaluation, dengan alasan: _____		
F.3 Catatan: <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar		
Nama Dokter Pemeriksa Dr. Yussie Andeline dr. Yussie Andeline 2003/8/SI/17017	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-bln-thn) (tanggal rekomendasi diberikan - dokter menandatangani clearance)
Nama Rumah Sakit/Klinik Panacea Clinic	Alamat Rumah Sakit/Klinik Komp. Balikpapan Baru AB2 NO-17-20	

F_OH_019_ Resume Evaluasi Contractor Fitness to Work

IDENTITAS KARYAWAN			
Nama Lengkap <i>MUHAMMAD RIFDI</i>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <i>14 OKTOBER 1988</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja: <i>PHKT</i>
Nama Perusahaan	FFD Procedure <input checked="" type="checkbox"/> Pre-placement <input type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Return to Work <input type="checkbox"/> For Cause		<input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Posisi Utama:	<input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team (FERT) <input type="checkbox"/> Sekuriti <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang <input type="checkbox"/> Awak Mobil Tanki <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat <input type="checkbox"/> Penyelam/Diver <input type="checkbox"/> Kru Kapal <input type="checkbox"/> Food handler <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan <input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker <input type="checkbox"/> Onshore Non Sedentary Worker <input type="checkbox"/> Sedentary Worker: Jakarta/ Pasir Ridge		
Posisi Tambahan: _____			

REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK
<input checked="" type="checkbox"/> A. Fit to Work, masa berlaku: <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun <input type="checkbox"/> B. Fit to Work with Restriction: 1. 2. 3. 4. <input type="checkbox"/> C. Not Fit to Work: <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah.....minggu/bulan <input type="checkbox"/> D. Cannot Comply with Requested Evaluation, dengan alasan:
Rekomendasi (jika diperlukan tindak lanjut): <i>diet rendah lemak hindari merokok</i>

Catatan: <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar		
Nama Dokter Pemeriksa <i>Dr. Yusrie Andeline</i> <small>026/318/SIP-D/III/2017</small>	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-blh-thn)
Nama Rumah Sakit/Klinik <i>Paracea Klinik</i>	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik <i>komplek Balikpapan Baru AB 2 No. 17 - 20</i>	

Untuk kategori pekerjaan kategori *high risk*: Security, FERT, diver (penyelam), working at height, confined space, awak mobil tanki, operator alat berat, driver mobil penumpang perlu dilakukan verifikasi oleh H&M PHKT

Persetujuan Health & Medical (gunakan huruf cetak)	Tanda Tangan	Tanggal (bb/hh/ttt)
_____	_____	____/____/____

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : MUHAMMAD RIFA
Tanggal Lahir : 14 OKTOBER 1988
Pekerjaan : INSPEKSI
Perusahaan : PT. ISP Nomor Pegawai : _____
Alamat : SEPINGGAN
Nomor Telepon : 081347029523

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

Rumah Sakit/Klinik : Paracea Klinik
Alamat : Komp. BB AB 2 17 - 20, 25
Nomor Telepon : (0542) 877 898

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 : Muhammad Rifa Perusahaan/Instansi : PHKT
Alamat : Sepinggan Nomor Telepon : _____

Nama : Muhammad Rifa Perusahaan/Instansi : PT. ISP
Alamat : Sepinggan Nomor Telepon : _____

Untuk keperluan (mohon dijelaskan) : _____

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 [Signature] Tanggal / /
Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

Tanda Tangan Saksi [Signature] Tanggal / /
Peruas Medis Hubungan Dengan Pemberi Wewenang (Tgl - Bln - Thn)

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : MUHAMMAD RIKA'
Tanggal Lahir : 14 OKTOBER 1988
Pekerjaan : INSPEKSI
Perusahaan : PT. ISP Nomor Pegawai : _____
Alamat : SEPINGGAN
Nomor Telepon : 0813 4902 9523

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

Rumah Sakit/Klinik : Panacea Klinik
Alamat : Komp BB AB 2 17 - 80.25
Nomor Telepon : (0542) 877 898

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 : Muhammad Ripai Perusahaan/Instansi : PHKT
Alamat : Sepinggan Nomor Telepon : _____

Nama : Muhammad Ripai Perusahaan/Instansi : PT. ISP
Alamat : Sepinggan Nomor Telepon : _____

* Untuk keperluan (mohon dijelaskan) : _____

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 [Signature] Tanggal / /
Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

Tanda Tangan Saksi

[Signature]
Petugas Medis.
Hubungan Dengan Pemberi Wewenang

Tanggal / /
(Tgl - Bln - Thn)

LABORATORY RESULTS

Name : Muhammad Rifai	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 70
Date of Birth : October 14, 1988	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
HEMATOLOGY		
Automated Blood Count		
- WBC	5.9	4.5 - 10.0 K/ul
- RBC	6.89	M : 4.7-6.1 M/ul F : 4.2-5.4 M/ul
- Haemoglobine	13.4	M : 13-18 g/dl F : 12-16 g/dl
- Haematocrite	43%	M : 42-52% F : 37-47%
- MCV	62	80- 100 fL
- MCH	19	26 - 34 pg
- MCHC	32	32 - 36 g/dL
- Thrombocyte	267	150 - 450 K/ul
- ESR	4	M : 0 - 10 mm/h : F : 0 - 20 mm/h
- Diff. Count :		
Basophil	0%	0 - 1%
Eosinophil	2%	2 - 4%
Stab	3%	3 - 5%
Segment	56%	55 - 65%
Lymphocyte	35%	25 - 35%
Monocyte	4%	3 - 6%
BLOOD CHEMISTRY		
LIPID PROFILE		
- Total Cholesterol	244	<200 mg/dl
- HDL Cholesterol	32	M : >35 mg/dl F : >45 mg/dl
DIABETES		
- Glucose Fasting	93	70-110 mg/dl

LABORATORY RESULTS

Name : Muhammad Rifai	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 70
Date of Birth : October 14, 1988	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
URINALYSIS		
MACROSCOPIC		
- Color	Yellow	
- Turbidity	Clear	
- S. Gravity	1.010	1.010 - 1.030
- pH	6.0	4.8 - 7.4
- Leucocyte (Enzymatic)	Negative	Negative
- Glucose	Negative	Negative
- Nitrite	Negative	Negative
- Bilirubin	Negative	Negative
- Blood	Negative	Negative
- Urobilinogen	Negative	Negative
- Protein	Negative	Negative
- Keton	Negative	Negative
MICROSCOPIC		
- WBC	1 - 2	0 - 4
- RBC	0 - 1	0 - 1
- Ephitel	1 - 2	+ / Positive
- Cylinder	Negative	Negative
- Crystal Oxalat	Negative	Negative
- Bacteria	Negative	Negative
- Others	Negative	Negative

LABORATORY RESULTS

Name : Muhammad Rifai	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 70
Date of Birth : October 14, 1988	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
DRUGS SCREENING TEST		
- Cocain	Negative	Negative
- Amphetamine	Negative	Negative
- THC	Negative	Negative
- Morphine	Negative	Negative
- Benzodiazepine	Negative	Negative
- Methamphetamine	Negative	Negative

Technician of Laboratory



(_____)

Head of Laboratory



Dr. Yussie Andeline

RADIOLOGY RESULT

Name : MUHAMMAD RIFAI	Date of Visit : OCTOBER 16, 2019
Sex : MALE	Rontgen Record : 0 6 2 7
Date of Birth : OCTOBER 14, 1988	Company PT.INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

TEST NAME : RONTGEN THORAX


TS Yth.

Foto Thorax

- Corakan bronchovaskuler paru dalam batas normal.
- Tidak tampak proses spesifik pada kedua paru.
- Jantung tidak membesar.
- Kedua sinus dan diafragma normal.
- Tulang - tulang intak.

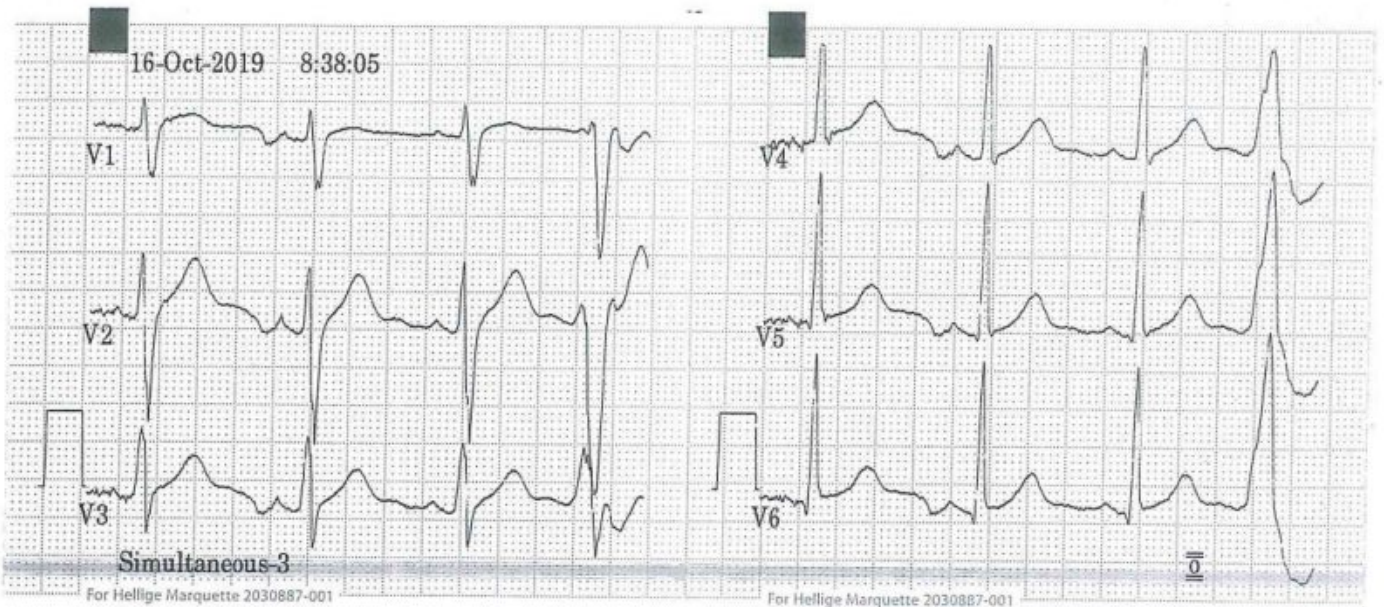
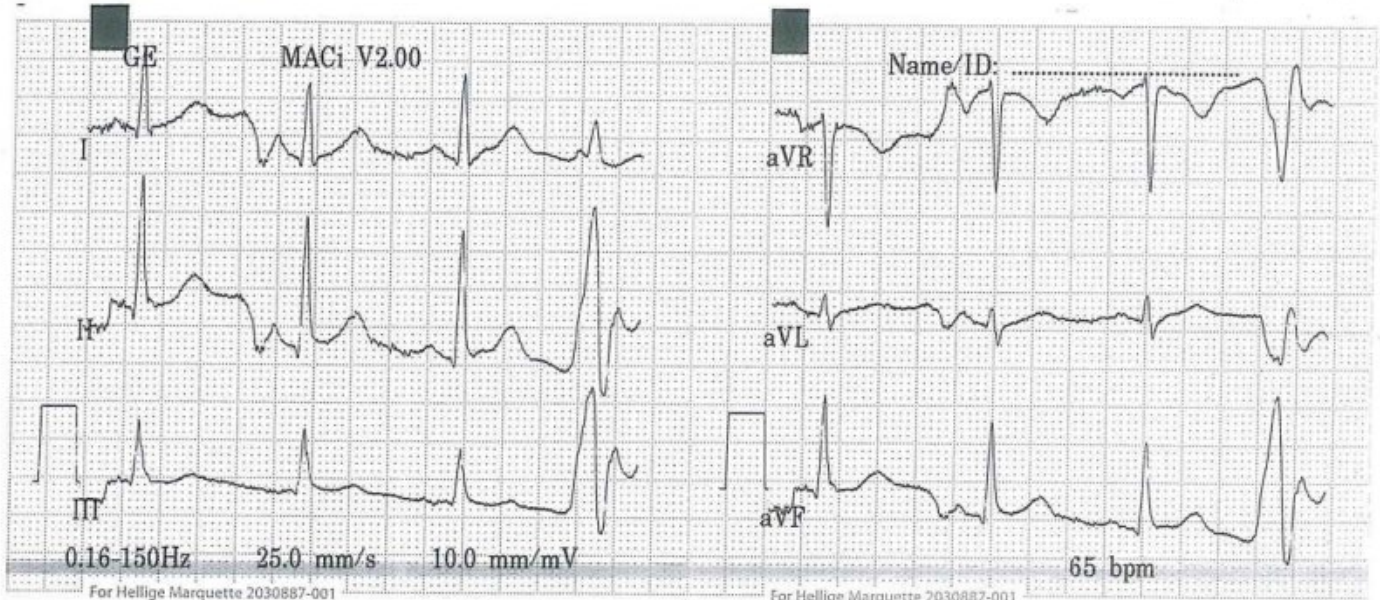
Kesan : Tidak tampak kelainan radiologik pada foto thorax ini.

Salam Sejawat,


Dr. Nurmayanti Masdin, Sp. Rad.
0250878781P.0001778

ECG RESULT

Name : Muhammad Rifai	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 70
Date of Birth : October 14, 1988	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada



KESIMPULAN	DOKTER PEMERIKSA
Normal	<p>Dr. Lukman Hatto S, Sp.PD, Sp.KL, FINASIM</p> <p>026/4118C/SIP-D/1/2017</p>

SPIROMETRY RESULT

Name : Muhammad Rifai	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 70
Date of Birth : October 14, 1988	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST REPORT

Name: M. RIFAI
IDNo: 678
Date: 10/16/2019 11:17
Sex: Male Age: 31
HT: 177.0 cm WT: 85.0 kg
BSA: 2.02 m² Race: Asia/(100)
PB: 1013.1 hPa
Temp: 36.7 °C Humi: 50.0 %
Feed Formula: Knadsoc
Cal Date: 10/16/2019 07:25

Physi: _____

Com: _____

ITEM	MEAS	PRED	%PRED
FVC	L 4.65	5.23	88.9
FEV0.5	L 3.32	3.28	101.5
FEV1.0	L 3.97	4.35	91.3
FEV1%(G)	% 85.38	83.90	101.8
FEV1%(T)	% *		
FEV1/VCpr	% 75.9		
PEF	L/s 10.94	9.56	114.4
FEF25	L/s 10.33	8.84	116.8
FEF50	L/s 6.74	5.43	124.1
FEF75	L/s 1.80	2.29	78.6

ITEM	MEAS	PRED	%PRED
FVC	L 4.83	5.23	92.4
FEV0.5	L 3.48	3.28	106.1
FEV1.0	L 4.16	4.35	95.6
FEV1%(G)	% 86.13	83.90	102.7
FEV1%(T)	% *		
FEV1/VCpr	% 79.5		
PEF	L/s 10.71	9.56	112.0
FEF25	L/s 10.44	8.84	118.1
FEF50	L/s 7.17	5.43	132.0
FEF75	L/s 2.10	2.29	91.7

ITEM	MEAS	PRED	%PRED
FVC	L 4.88	5.23	93.3
FEV0.5	L 3.55	3.28	108.2
FEV1.0	L 4.23	4.35	97.2
FEV1%(G)	% 86.68	83.90	103.3
FEV1%(T)	% *		
FEV1/VCpr	% 80.9		
PEF	L/s 10.82	9.56	113.2
FEF25	L/s 10.34	8.84	117.0
FEF50	L/s 7.24	5.43	133.3
FEF75	L/s 2.13	2.29	93.0

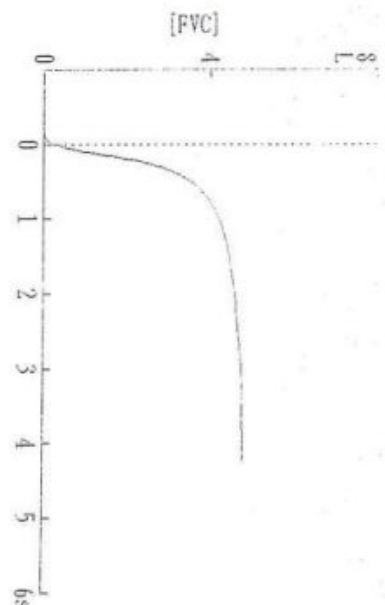
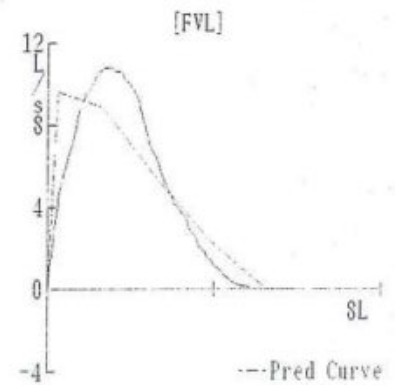
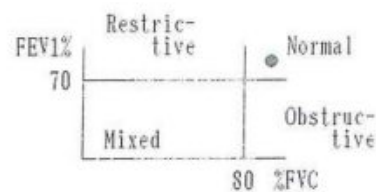
[CALIBRATION REPORT]


Cal. Date: 10/16/2019 07:25
Temp : 36.7 °C PB : 1013.1 hPa
Humi : 50.0 %
Syringe Cap. : 1L
Volume EX/IN : 0.99 / 1.00 L
Balance EX/IN : -1.0 / 0.0 %
Factor EX/IN : 1.00 / 0.97

[EVALUATION]

Diagnosis : Normal
Staging : ---
BD Improvement : ---

[EVALUATION GRAPH]



KESIMPULAN	DOKTER PEMERIKSA
Dalam batas normal	 Dr. Mauritsus SP-PP

AUDIOMETRY RESULT

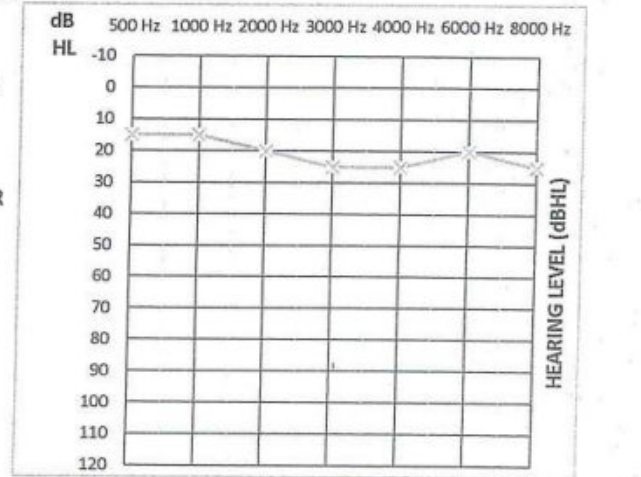
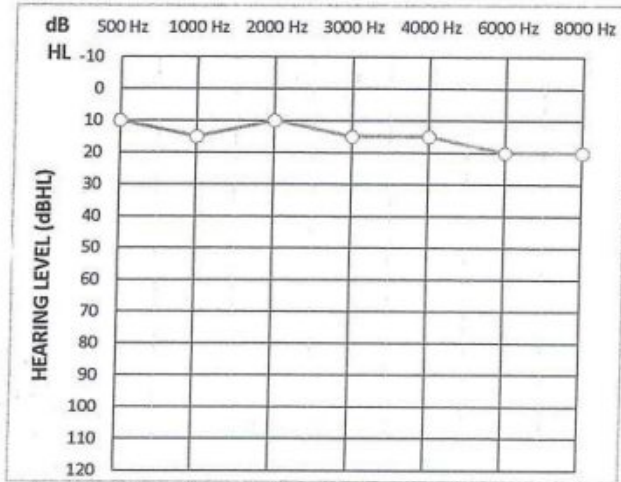
Name : Muhammad Rifai	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 70
Date of Birth : October 14, 1988	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

AUDIGRAM FREQUENCY IN HERTZ (Hz)

KANAN

KIRI

ANSI



TEST RINNE
TEST WEBER
TEST BING
SRT
WDS

AUDIGRAM CODE

Test oleh : Ahmad Junaidi
Dokter : Dr. Erica Lukman Sp. THT. MQH

AC			
EAR	COL	UM	M
R	RED	O	Δ
L	BLUE	X	□
No Response ↓			

AC _____

<p>Kesimpulan</p> <p>Terduga kanan + kiri: dalam batas normal</p>	<p>Dokter Pemeriksa</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>Dr. Erica Lukman Sp.THT-KL 026/1125/.../2019</p> </div>
--	---

SUPPORTIVE INVESTIGATION

Name : Muhammad Rifai	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 70
Date of Birth : October 14, 1988	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

I. LABORATORIUM SUMMARY

<input type="checkbox"/> Normal	COMMENT : Blood : RBC 6.89 M/ul, MCV 62 fL, MCH 19 pg, Total Cholesterol 244 mg/dl, HDL Cholesterol 32 mg/dl.
<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal	

II. CHEST X-RAY

Pneumoconiosis	<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
If Yes - ILO Classification		
Evidence of TB	<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
Other Abnormalities		
COMMENT	Within normal limits	

III. ECG

<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal (specify)
--	---

IV. TREADMILL

<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal (specify)
--	---

V. SPIROMETRY

Test	Predicted	Observed	Percentage	
FVC	5.23	4.88	93.3	%
FEV 1	4.35	4.23	97.2	%
FEV / FVC			86.68	%

RESULT

<input checked="" type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Restrictive
<input type="checkbox"/> Mixed
<input type="checkbox"/> Obstructive

VI. AUDIOMETRY

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

TREADMILL TEST RESULT			
Name	: Muhammad Rifai	Date of Visit	: October 16, 2019
Sex	: Male	Medical Record	: 01 92 70
Date of Birth	: October 14, 1988	Company	: PT. Inspektindo Sinergi Persada

LAPORAN TREADMILL EXERCISE TEST
(PROTOKOL BRUCE)

EKG Pretest : Normal sinus rhythm

Lama Test : 10 Menit 2 Detik

Tekanan Darah Awal : 117/91 mmHg Tekanan Darah Maksimal : 130/92 mmHg

Denyut Jantung Tercapai : 180 x/menit Denyut Jantung Maksimal : 180 x/menit

Test dihentikan karena

- Fatigue
- Dyspnea
- Angina
- Pusing
- Terdapat perubahan segmen ST-T
- Target denyut jantung tercapai
- Respon Hipersensitif

Perubahan segmen ST-T

- Tidak terdapat perubahan
- Upsloping
- ST depresi 0,5 - 1mm
- Bermakna (ST Depresi > 1 mm)

Tingkat kebugaran jasmani

- Rendah
- Kurang
- Sedang
- Baik
- Sangat baik

Kapasitas aerobik : 11 mets

Kesimpulan

- Negative Ischemic Response
- Positive Ischemic Response
- Boderline stress test
- Target denyut jantung tidak tercapai
- Fit untuk bekerja dilokasi/Remote Area
- Unfit untuk bekerja dilokasi/Remote area

Balikpapan, 16 10 19
Dokter Pemeriksa,

Dr. Dewi Ayu P, Sp. JP
026/128B/SIP-D/VI/2018
Dr. Dewi Ayu P, Sp. JP

Stress Final Report

16/10/2019 11:47:30 AM

Attending Referring

Patient **Muhammad Rifal**

MRN **16/10/2019 11:47:11**

DOB **14/10/1988** Age **31** Ht **177 cm**

Sex **MALE** Wt **84 kg**

Medication

Resting HR	81	Target HR	161	Max HR	180	Protocol	Bruce
Resting SBP	117	Max Predicted HR	189	Max SBP	130	HRxBP	23400
Resting DBP	91	% Max HR	95	Max DBP	96	Billing Code	
Worst-case ST Level			-2.8 III	Total Exercise Time	10:02		
Worst-case ST Slope			-23 III	METs(a)	12.8		

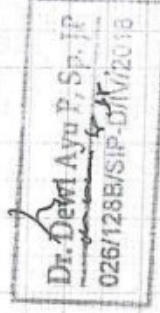
Reason for Test

Reason for Ending Test

Observation

Conclusion

high active ischemic response



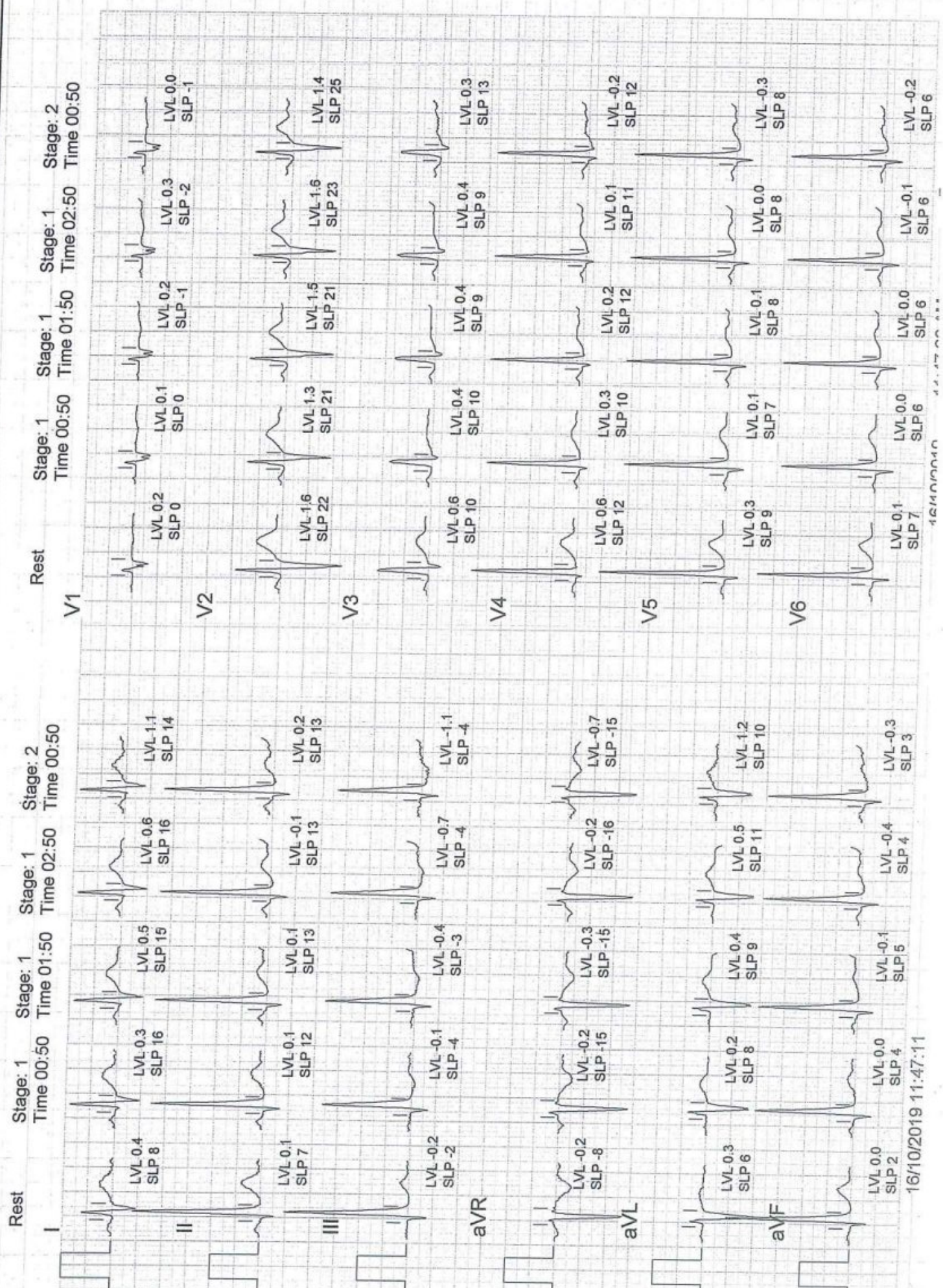
Tabular Summary

Muhammad Rifai

Stage	Total Stage Time	HR	Current ER	BP	HRxBP	TM Speed km/h	TM Grade %	LVL II	LVL V2	LVL V5
REST	00:59	81	2	117/91	9477	1.9	0.0	0.1	1.6	0.3
Stage 1	01:00	96	11	117/91	11232	2.7	10.0	0.1	1.3	0.1
	02:00	96	11	117/91	11232	2.7	10.0	0.1	1.5	0.1
	03:00	101	10	120/95	12120	2.7	10.0	-0.1	1.6	0.0
Stage 2	01:00	109	9	120/95	13080	4.0	12.0	0.2	1.4	-0.3
	02:00	117	10	120/95	14040	4.0	12.0	0.3	1.5	-0.3
	03:00	119	11	120/95	14280	4.0	12.0	-0.4	1.5	-0.4
Stage 3	01:00	142	3	125/96	17750	5.4	14.0	-1.1	0.9	-1.0
	02:00	153	0	125/96	19125	5.4	14.0	-1.7	0.9	-1.1
	03:00	161	0	130/96	20930	5.4	14.0	-0.9	0.8	-1.2
Stage 4	01:00	180	2	130/99	23400	6.7	16.0	-0.5	0.5	-0.8
	01:02	180	2	130/99	23400	6.7	16.0	0.3	0.4	0.0
Stop exercise at 10:02										
RECOVERY	01:00	163	0	130/95	21190	1.9	0.0	-0.4	2.5	-0.8
	02:00	130	3	120/80	15600	1.9	0.0	0.0	3.4	-0.2
	03:00	117	14	120/80	14040	1.9	0.0	-0.4	2.7	-0.4
	04:00	112	9	118/80	13216	1.9	0.0	-0.7	1.9	-0.6
	04:23	106	5	118/80	12508	0.0	0.0	-0.6	1.5	-0.8

Average Beat Summary

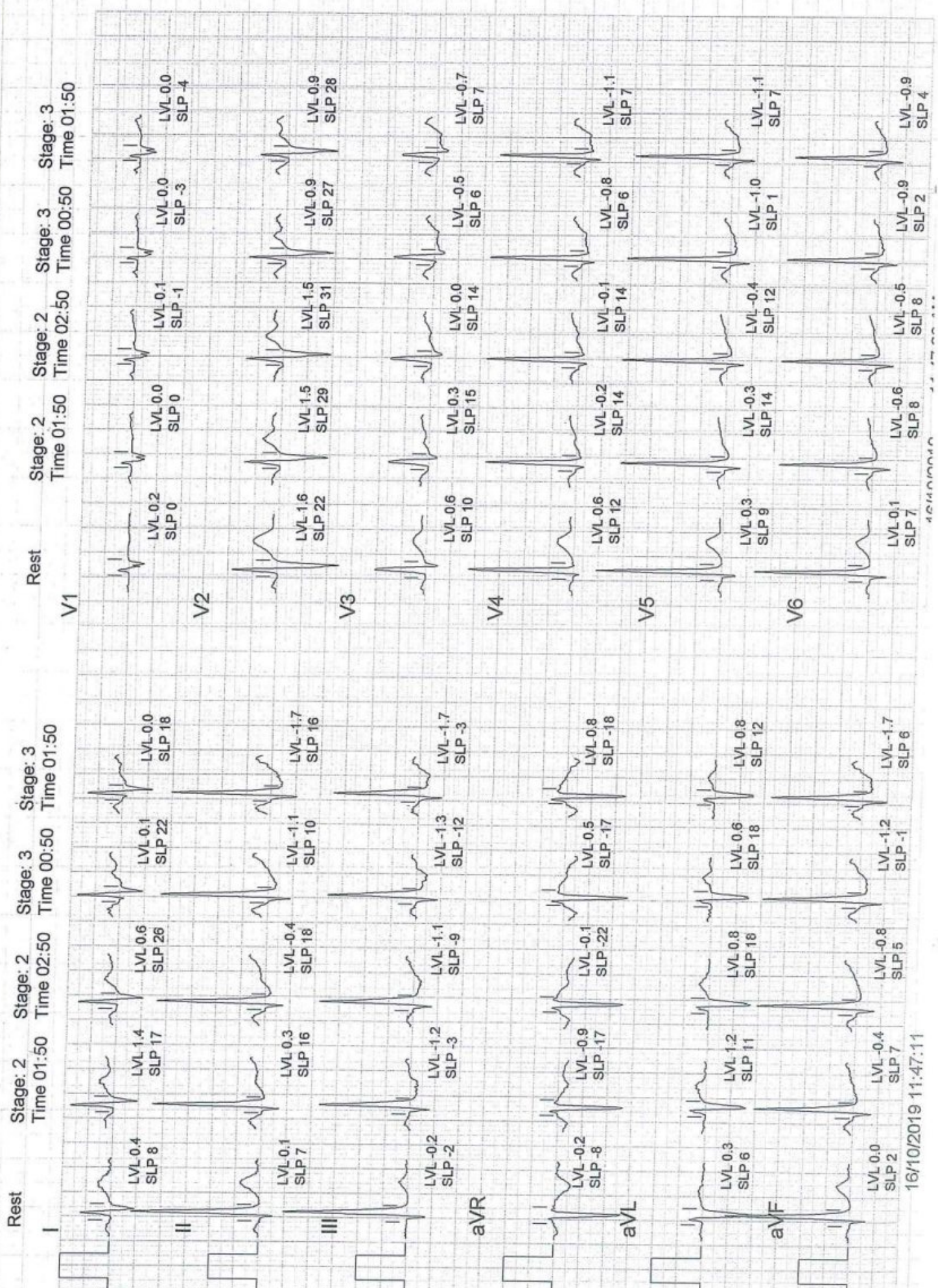
Muhammad Rifai



16/10/2019 11:47:11

Average Beat Summary

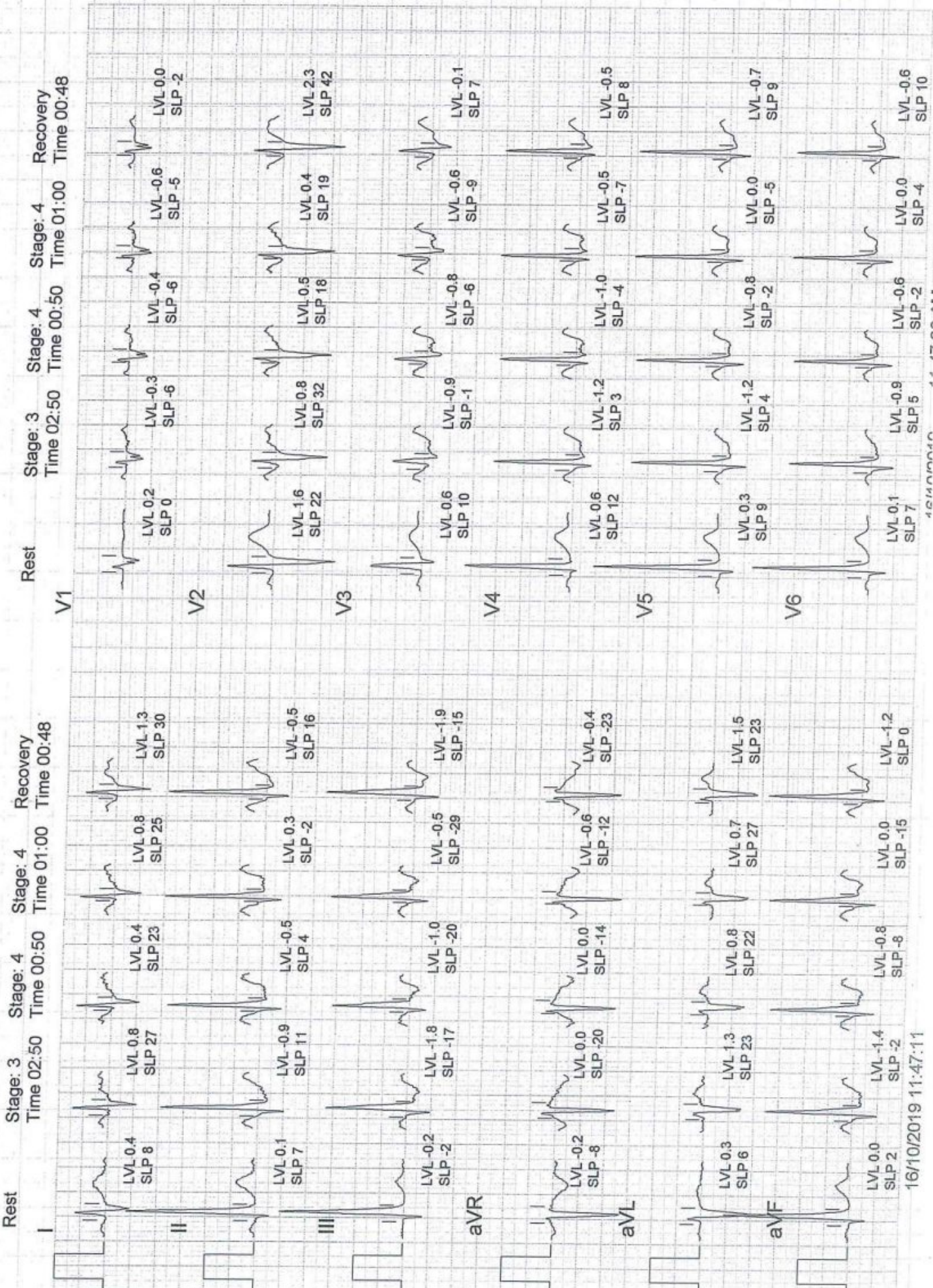
Muhammad Rifai



16/10/2019 11:47:11

Average Beat Summary

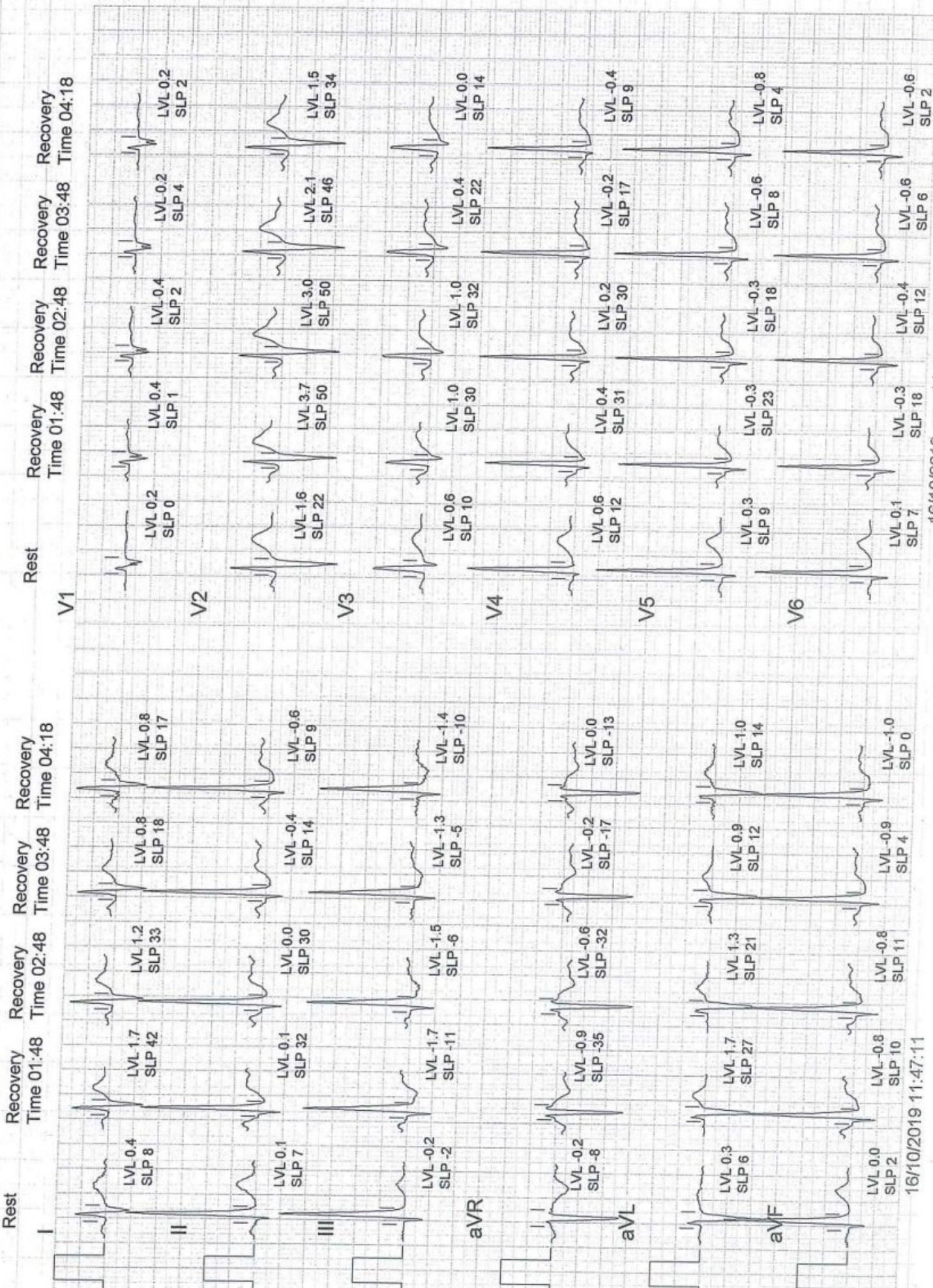
Muhammad Rifai



16/10/2019 11:47:11

Average Beat Summary

Muhammad Rifai



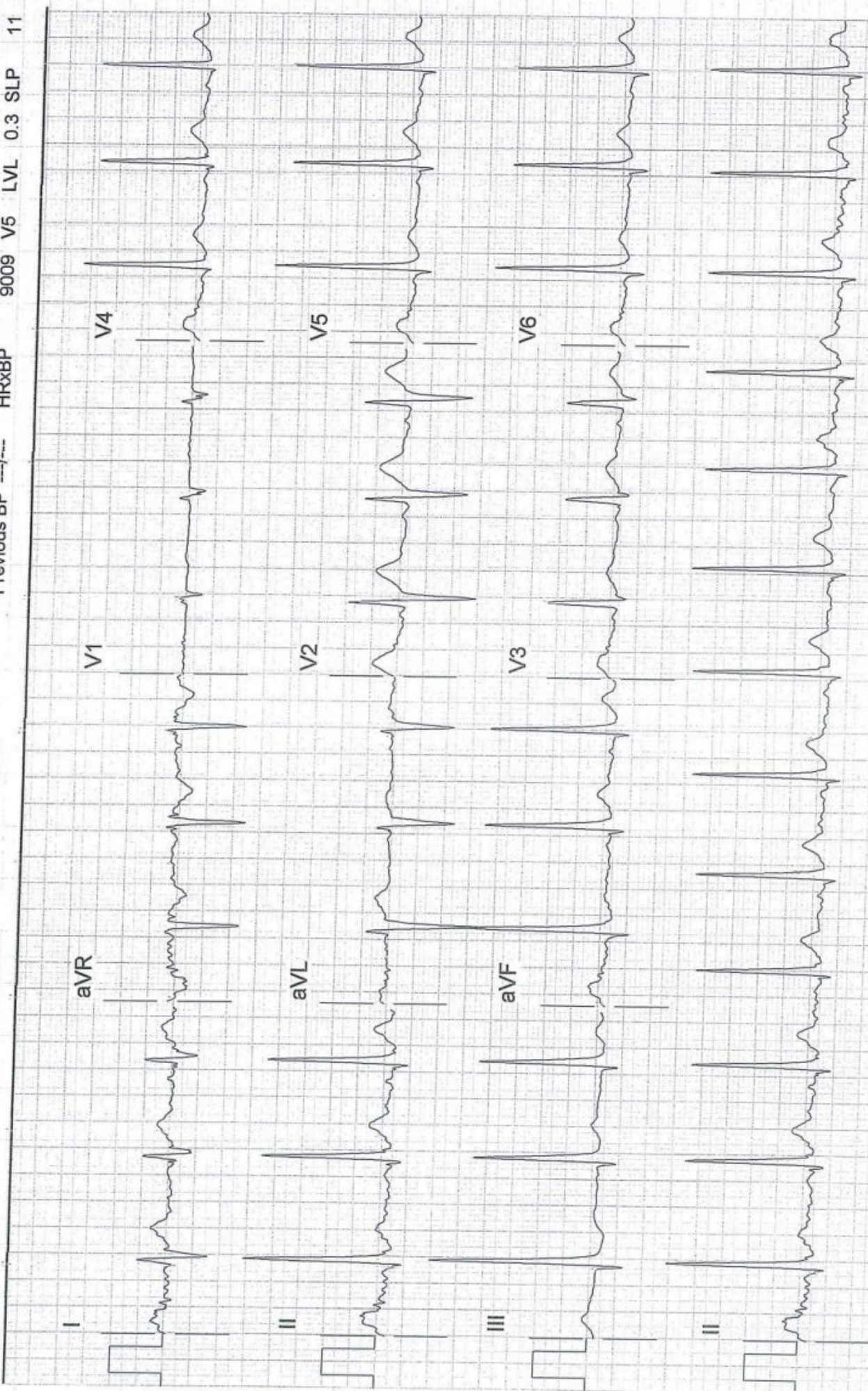
16/10/2019 11:47:11

Muhammad Rifai
 16/10/2019 11:47:11
 14/10/1988
 12-Lead Manual (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage
 Spd/Grd

Rest 00:33
 0.0 km/h 0.0%

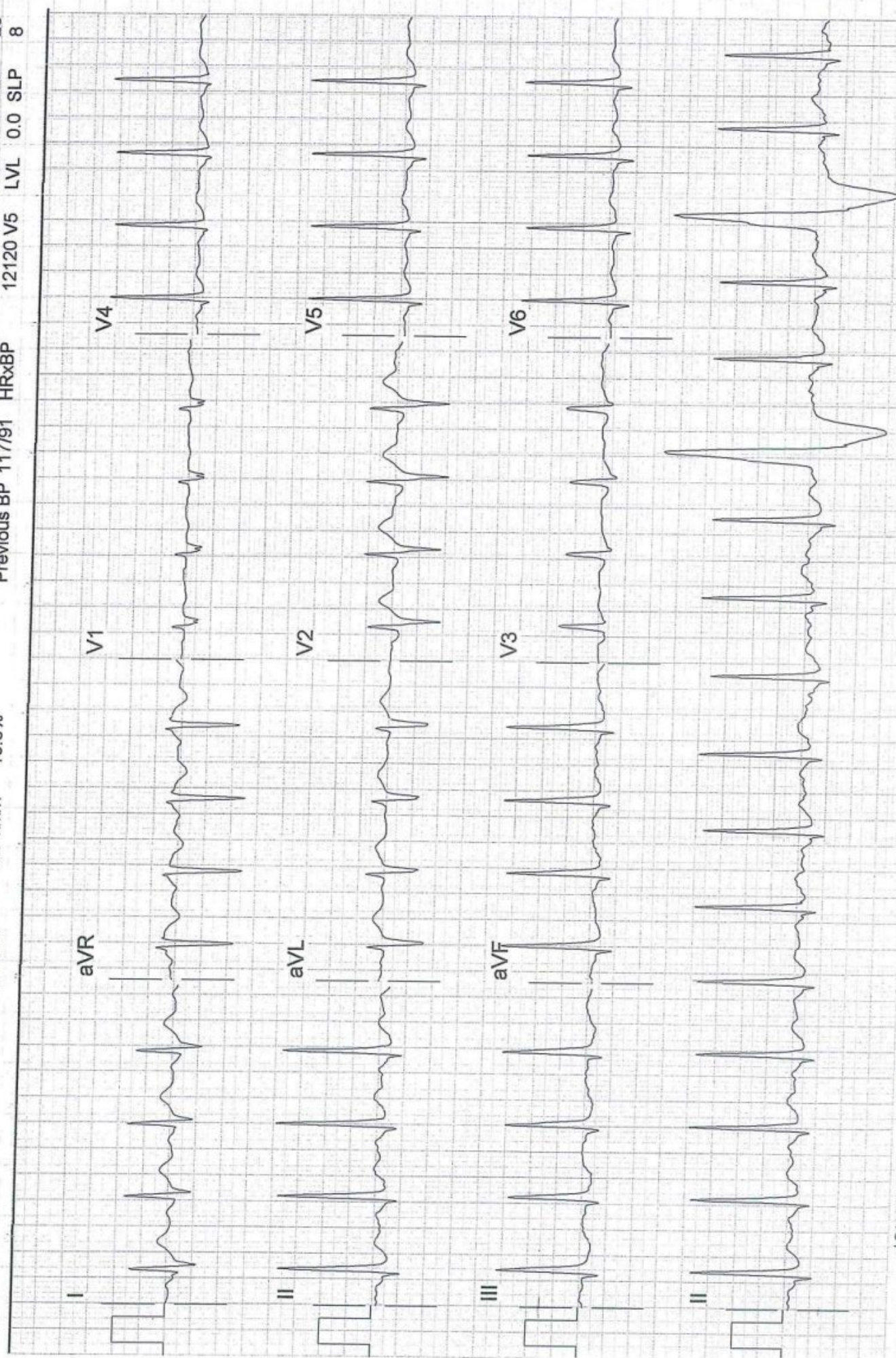
RPE --
 METs(a) 1.0
 BP 117/91
 Previous BP ---/---
 HR 77
 Target HR 161
 Max HR 77
 HRxBP 9009
 LVL 0.6 SLP 11
 LVL 1.8 SLP 23
 LVL 0.3 SLP 11



Muhammad Rifai
 16/10/2019 11:47:11
 14/10/1988
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage
 Spd/Grd
 1 02:59 02:59
 2.7 km/h 10.0%

RPE --
 METs(a) 4.6
 BP 120/95
 Previous BP 117/91
 HR 101
 Target HR 161
 Max HR 102
 HRxBP 12120 V5
 LVL -0.1 SLP
 LVL 1.6 SLP
 LVL 0.0 SLP
 13
 23
 8



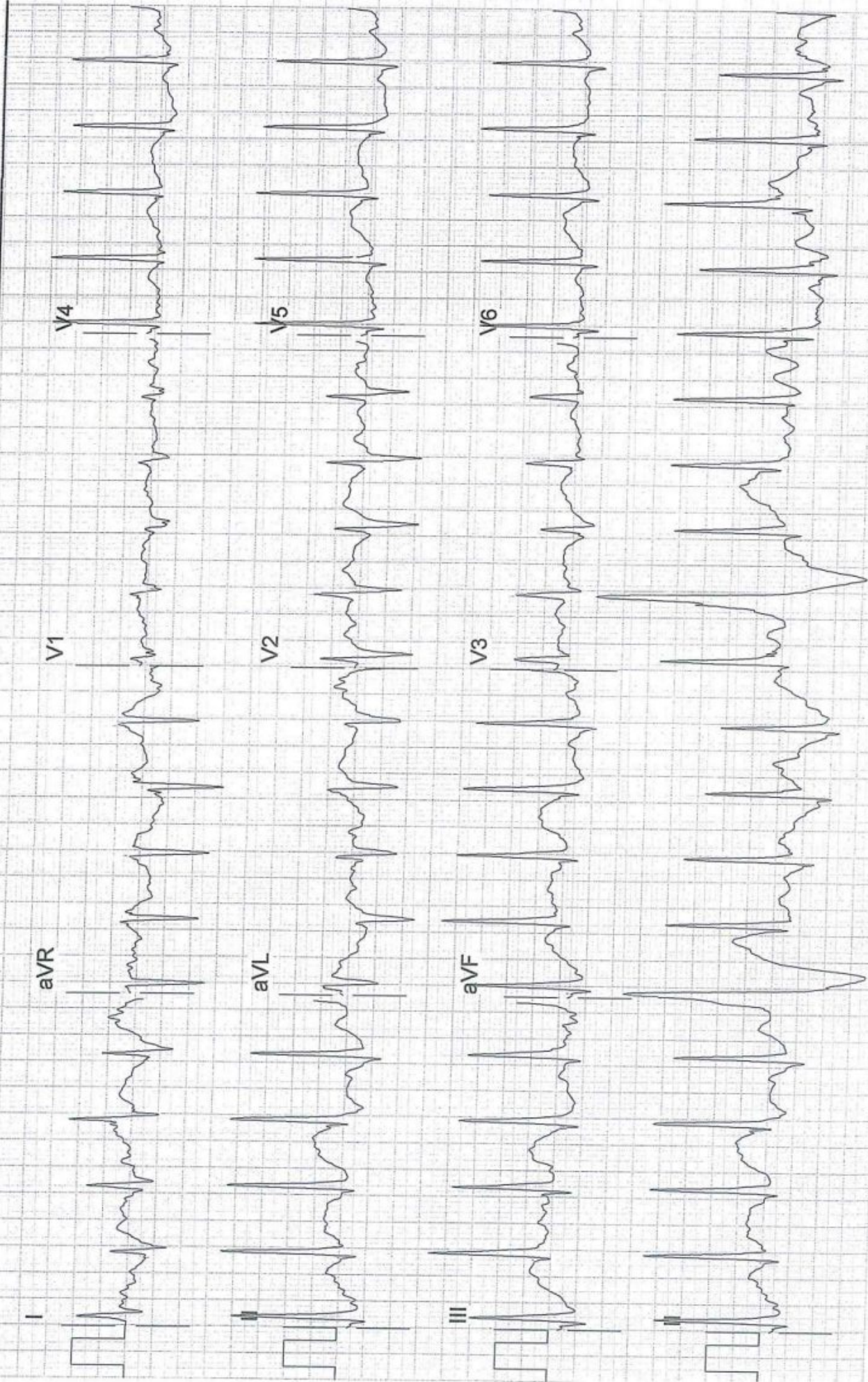
16/10/2019 11:51:28 AM

25 mm/sec 10 mm/mV

Muhammad Rifai
 16/10/2019 11:47:11
 14/10/1988
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce Stage
 Spd/Grd 4.0 km/h 12.0%

RPE METs(a) BP Previous BP
 HR Target HR Max HR HRxBP
 119 7.0 120/95 120/95
 161 120 V2 14280 V5
 18 -0.4 SLP 31 1.5 SLP 12 -0.4 SLP



16/10/2019 11:54:28 AM

25 mm/sec 40 mm/mV

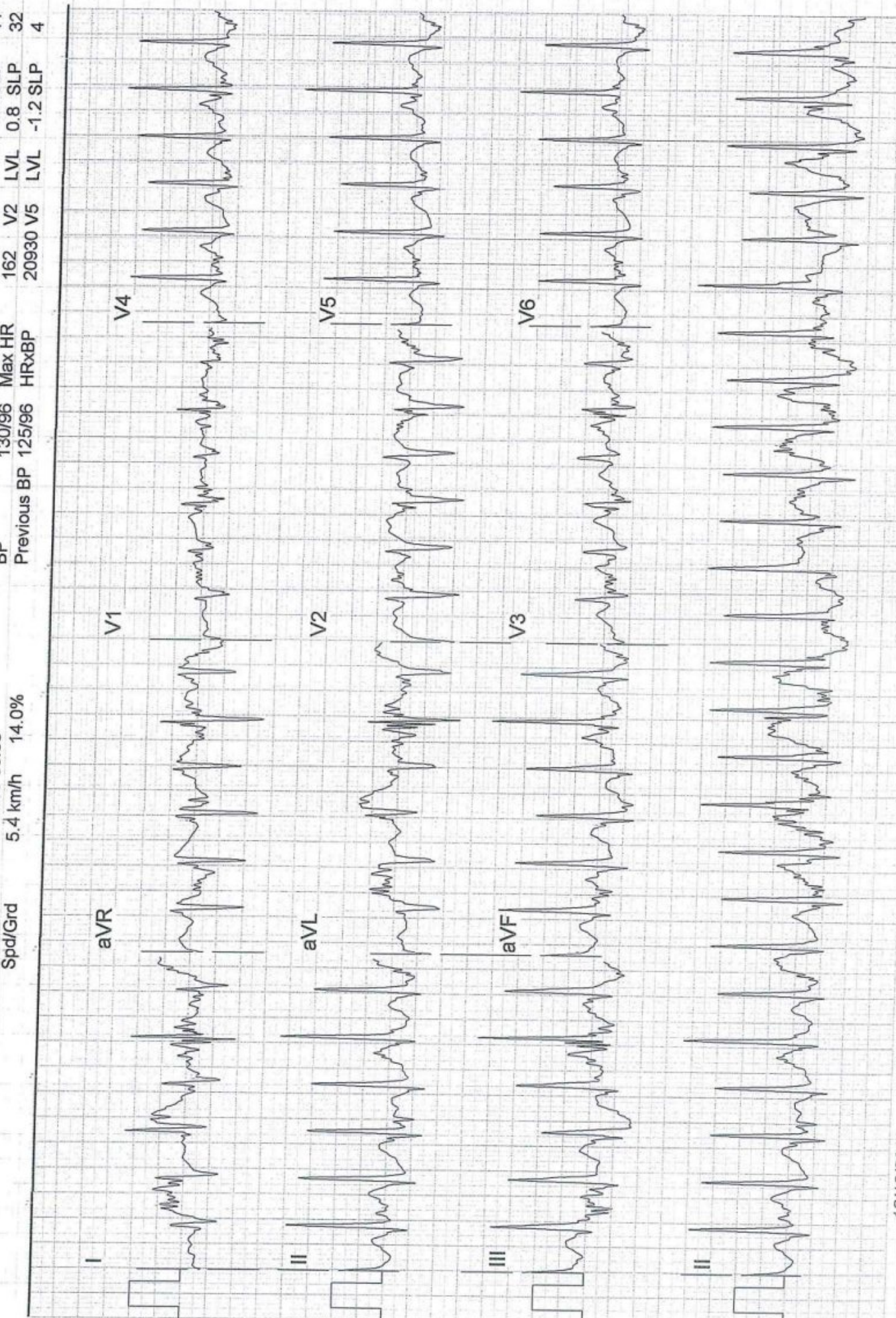
Muhammad Rifai
 16/10/2019 11:47:11
 14/10/1988
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce Stage Spd/Grd
 3 02:59 08:59
 5.4 km/h 14.0%

RPE --
 METs(a) 10.1
 BP 130/96
 Previous BP 125/96

HR 161
 Target HR 161
 Max HR 162
 HRxBP 20930 V5

LVL -0.9 SLP 11
 LVL 0.8 SLP 32
 LVL -1.2 SLP 4



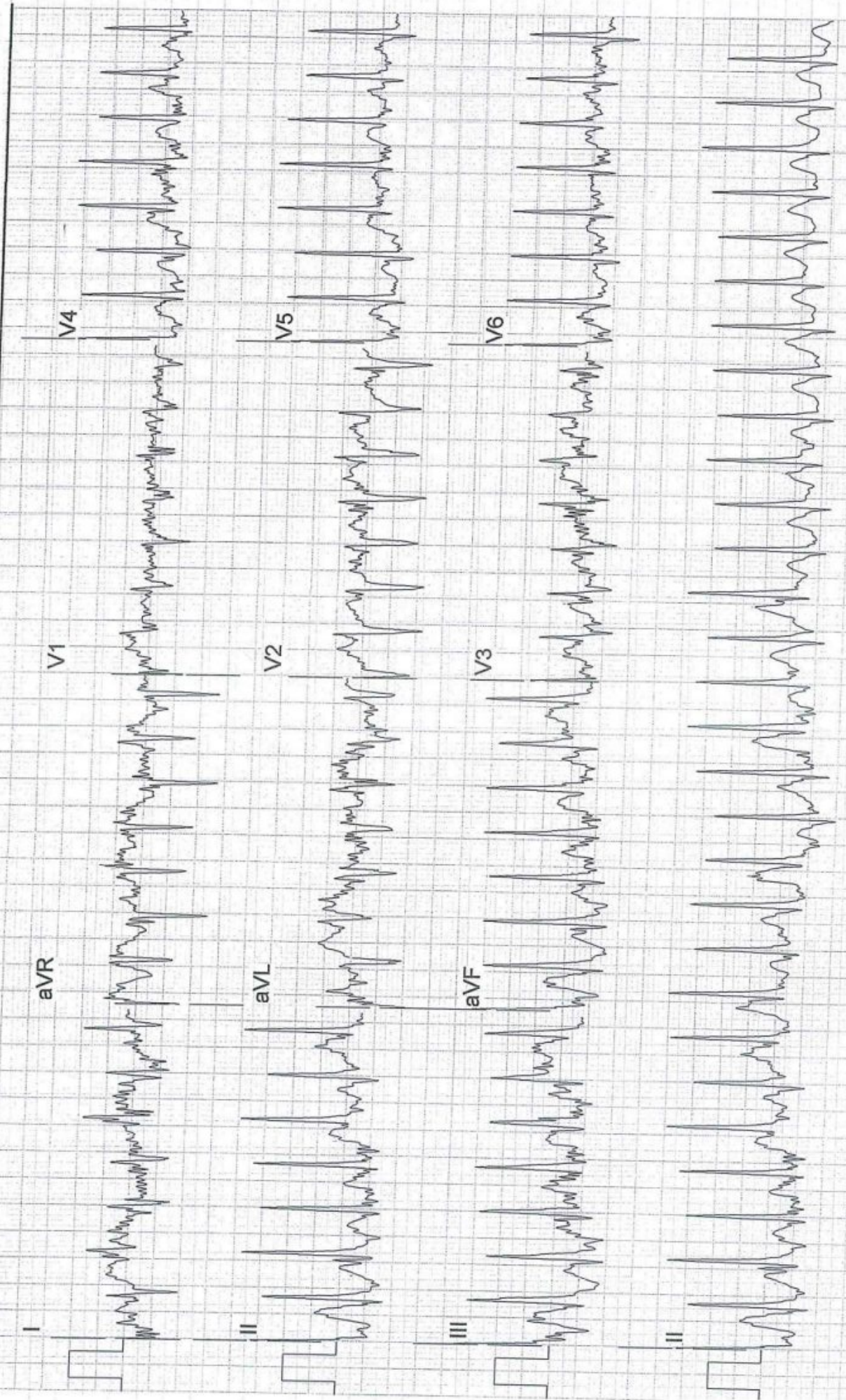
16/10/2019 11:57:28 AM

25 mm/sec 10 mm/mV DIMI ON

Muhammad Rifai
 16/10/2019 11:47:11
 14/10/1988
 12-Lead (simultaneous)

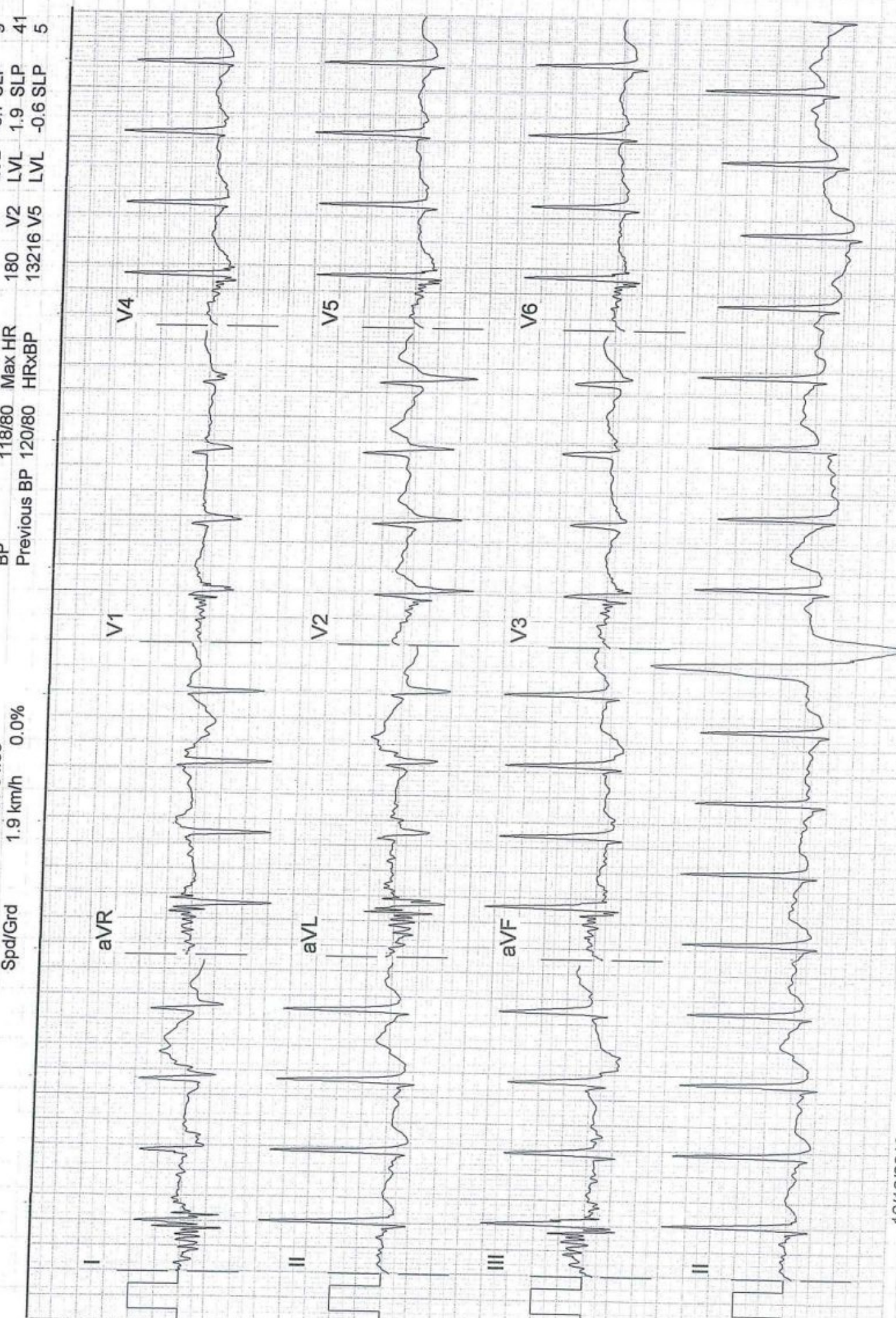
Protocol Bruce
 Stage
 Spd/Grd 4:01:01 10:01
 6.7 km/h 16.0%

RPE -- HR 180
 METs(a) 12.8 Target HR 161 II
 BP 130/99 Max HR 180 V2
 Previous BP 130/96 HRxBP 23400 V5
 LVL 0.3 SLP -2
 LVL 0.4 SLP 19
 LVL 0.0 SLP -5



Muhammad Rifai
 16/10/2019 11:47:11
 14/10/1988
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce Stage
 Spd/Grd 1.9 km/h 0.0%
 Recov 04:00
 RPE METs(a) 112
 BP 118/80
 Previous BP 120/80
 HR Target HR 161
 Max HR 180
 HRxBP 132/16 V5



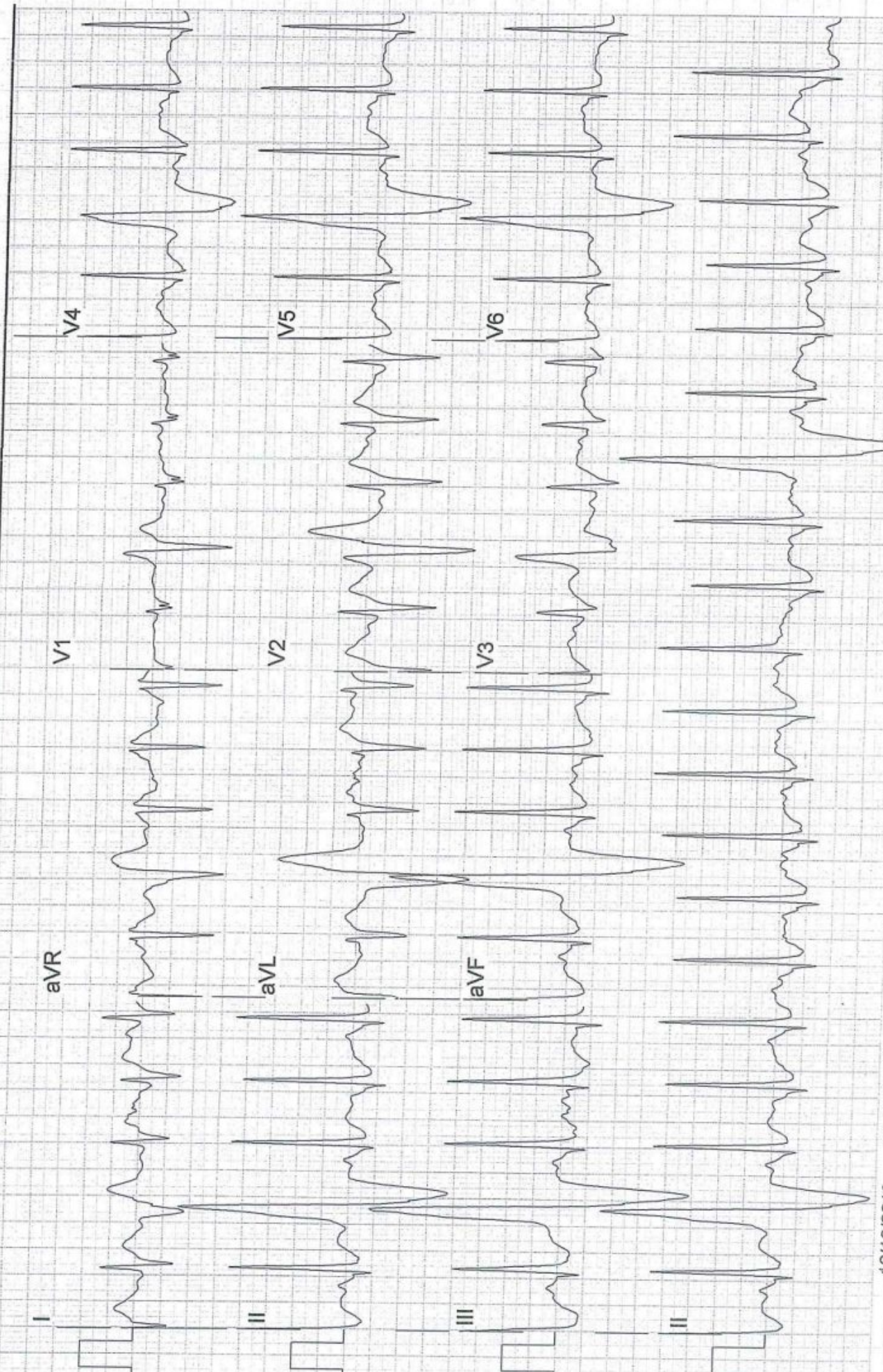
16/10/2019 12:02:31 PM

25 mm/sec 40 mm/mV

Wunammad Rifai
 16/10/2019 11:47:11
 14/10/1988
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce Stage
 Spd/Grd
 Recov 02:00
 1.9 km/h 0.0%

RPE METs(a) HR
 130
 BP 161 12.8 Target HR
 180 120/80 Max HR
 Previous BP 130/95 HRxBP
 15600 V5
 LVL 0.0 SLP 37
 LVL 3.4 SLP 50
 LVL -0.2 SLP 22



16/10/2019 12:00:31 PM

25 mm/sec 10 mm/mV