



**GRAND MEDICA  
INDONESIA**

*Make SMILE and Be HEALTHY*

## PERSONAL DATA

No. MCU : 3159/GMI-MCU/XI/2019  
No. Badge : -  
N a m a : **AGNES THESIA MERISTA L, Nn.**  
U m u r : 25 tahun  
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**  
Jabatan : **Admin Assistant**  
Tgl Pemeriksaan : 21/11/2019  
Alamat : Jl. Alfalah RT 32 No. 03 Kel. Baru Ilir Kec. Balikpapan Barat.



**RAHASIA KEDOKTERAN**

UNTUK DIISI KARYAWAN

Medical Department

**HEALTH SURVEILLANCE**

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

**IDENTITAS PEGAWAI**

1. Posisi : Admin Asisstant
2. Golongan Darah : A / B / AB / O Rhesus : + / -
3. Status : (1) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
4. Jumlah anak : Anak laki-laki ..... Orang, Anak Perempuan ..... orang  
kepun. Saqur, Dn. Al Falaq, K1 32 ND 03
5. Alamat sekarang : kejur ahon Baru Filit kecamatan Balikpapan  
Barat ..... Telpon/HP ..... 08126259355
6. No. Extension Telpon. : Kantor : ..... Kamar (untuk lapangan) .....

**HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN**

No.	Posisi	Lama Kerja	Penyelesaian	Lama bekerja dalam jam/hari					
				Besang	Dulu	Kini	Rendek	Ergonomi	lain-lain
1	Admin Sales	1thn 2bulan	TI Solia	-	-	-	-	-	-

**HANYA UNTUK KARYAWAN ..... RIWAYAT PEKERJAAN**

Tuliskan lama kerja pada masing-masing tempat kerja yang sesuai dengan posisi anda. Jumlah jam harus sesuai dengan lama kerja dalam sehari.

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

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

**RIWAYAT KESEHATAN**

1. Selama 1 tahun terakhir ini, apakah anda pernah sakit :
  - a. Tekanan darah tinggi : 1. Ya 2. Tidak  2
  - b. Tekanan darah rendah : 1. Ya 2. Tidak  2
  - c. Jantung : 1. Ya 2. Tidak  2
  - d. Stroke : 1. Ya 2. Tidak  2
  - e. Kencing Manis : 1. Ya 2. Tidak  2

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

### RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah anda pernah merokok ?

1. Ya 2. Tidak

*Bila tidak, langsung ke alkohol*

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 isap setiap harinya ?

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

1. Kadar nikotin rendah

2. Kadar nikotin sedang

3. Kadar nikotin tinggi

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

1. Tidak pernah

2. Kadang-kadang

3. Selalu

7. Berapa menit sehabis bangun tidur Anda mulai merokok?

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

1. Ya 2. Tidak

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 satu hari, rokok manakah yang sulit di lewatkan ?

1. Rokok pertama di pagi

*Dari no. 11 langsung ke pertanyaan alkohol*

2. Rokok lainnya

12. Apakah anda ingin berhenti merokok?

1. Ya 2. Tidak

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

1. Ya 2. Tidak

*Langsung ke pertanyaan alkohol*

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

## KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol ?

1. Ya 2. Tidak

*Bila tidak, langsung ke olahraga*

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

1. Ya 2. Tidak

*Bila tidak, langsung ke olahraga*

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

1. Ya 2. Tidak

*Bila tidak, langsung ke olahraga*

4. Berapa kali Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan ?

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

## AKTIFITAS FISIK DAN OLAHRAGA

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

2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan ?

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

4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan ?

1. Ringan 4. Berat

2. Sedang 5. Sangat berat

3. Cukup berat

### POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN

1. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan buah-buahan ?
2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran ?

### RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

1. Apakah ada diantara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut
- |                         |       |          |                                |
|-------------------------|-------|----------|--------------------------------|
| a. Tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| b. Penyakit jantung     | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| c. Stroke               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| d. Kencing manis        | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| e. Kanker               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| f. Alergi               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| g. Asma                 | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut
- |                         |       |          |                                |
|-------------------------|-------|----------|--------------------------------|
| a. Tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| b. Penyakit jantung     | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| c. Stroke               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| d. Kencing manis        | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| e. Kanker               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| f. Alergi               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
| g. Asma                 | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="text" value="2"/> |
3. Di antara Ayah/Ibu/Saudara Kandung Anda, apakah ada yang meninggal karena penyakit-penyakit di atas pada usia kurang dari 45 tahun untuk laki-laki dan 55 tahun untuk perempuan ?

### UNTUK KARYAWAN WANITA

1. Apakah saat ini Anda sedang hamil ? 1. Ya 2. Tidak   
*Bila tidak, langsung ke no. 3*
2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini ?
3. Berapa jumlah kehamilan yang pernah Anda alami (termasuk kehamilan kali ini) ?
4. Berapa jumlah keguguran yang pernah Anda alami ?
5. Kapan hari pertama haid terakhir Anda ?
6. Berapa umur Anda pada saat haid pertama ?
7. Berapa banyak pada saat Anda haid ? 1. Banyak 2. Sedikit
8. Apakah dalam satu tahun terakhir pola haid Anda teratur ? 1. Ya 2. Tidak
9. Apakah ada rasa sakit yang berhubungan dengan haid ? 1. Ya 2. Tidak
10. Apakah Anda sering menderita keputihan ? 1. Ya 2. Tidak

### KELUARGA BERENCANA

1. Apakah keluarga Anda mengikut keluarga berencana ?

1. Ya      2. Tidak

*Bila tidak langsung ke Vaksinasi*

2. Bila YA, metode KB apa yang Anda gunakan ?

1. Kondom      5. IUD

2. PII      6. Vasektomi

3. Suntik      7. Tubektomi

4. Susuk      8. Lainnya

### RIWAYAT VAKSINASI

1. Apakah anda pernah mendapatkan vaksinasi tetanus ?

1. Ya      3. Tidak tahu

2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkn vaksinasi hepatitis ?

1. Ya      3. Tidak tahu

2. Tidak

### DONOR DARAH

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan ?

1. Ya      2. Tidak

2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ?

 /  / 

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

Balikpapan, 21 NOVember 2019

Nama dan tanda tangan karyawan

( Agnes Thesia )

## MEDICAL CHECK UP –2019

## PHYSICAL EXAMINATION

NAME	AGNES THESIA MERISTA L, Nn.	S/N	-	DEPT	-
------	-----------------------------	-----	---	------	---

## I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	110/70	mmHg	Pulse	72	x/m	Respiration	18	x/m	Temp.	36	-C
Weight (W)	53	kg	Height (H)	155	cm	BMI	22,1	Waist	73	cm	

(\*) BMI = W / H<sup>2</sup> (Underweight = <18, Normal 18-25, Overweight 25-30, Obese > 30)

## II. PHYSICAL EXAMINATION

No	PHYSICAL	A = ABNORMAL; N = NORMAL	A	N	Describe abnormalities in detail (circle words of importance and explain)
1	GENERAL APPEARANCE	Appearance age/ Nutritional/ Development/ Mental & emotional status/Posture/Gait/Speech		✓	
2	HEAD / SCALP	Size/Shape/Tender over sinuses/ Hair/ Eruption/ Masses/Bruit		✓	
3	EYES	Conjunctiva /Sclera/ Cornea/ Pupils/ Ptosis/ Tension/ Eye lid/Bruit/Reflex/ Range of Movement		✓	
4	EARS	Ext. canal/Membran perforation/ Discharge/ Tophi/ Hearing problem/ Mastoids		✓	
5	NOSE / SINUSES	Septum/obstruction/ Turbinate /Discharges		✓	
6	MOUTH / THROAT	Odor/Lips/Tongue/Tonsils/ Gums/ Pharynx		✓	
7	TEETH	Caries @, Filling(F), Missing (M), Radix@	✓		Missing, Calculus.
8	NECK	Adenopathi/Thyroid/Carotids/ Trachea/ Veins/ Mass/ Spine/ Motion/ Bruit		✓	
9	BACK / SPINE	Kyphosis/Scoliosis/ Lordosis/ Mobility/ CVA/ Bone/ Tenderness/ Other deformities		✓	
10	THORAX	Symmetry/Movement/Contour / Tender		✓	
11	BREAST	Size/Consistency/ Nipples/ Areola / Discharge/ Palpable mass/ enderness/ Nodes/ Scars		✓	
12	HEART	Rate/Rhythm/Apical/Impulse/Trills/ Quality of sound/Intensity/Splitting/Extra sound/Murmurs		✓	
13	CHEST / LUNG	Excursion/Dullness or Hyper-resonance of percussion/ Quality of breath sound/ Rales/ Wheezing/Ronchi/ Bruit		✓	
14	ABDOMEN	Bowel sounds/ Appearance/ Liver/ Spleen/ Masses/ Hemias/ Murmur/ Contour/ Tenderness/ Bruit/ Nodes		✓	
15	GROIN	Hernia/Inguinal nodes/Femoral pulses		✓	
16	GENITAL	MALE		✓	
		FEMALE			
17	EXTREMITIES	Deformity/Clubbing/Cyanosis/Edema/Nail/ Peripheral pulses/ Calf tenderness/Joints for swelling/ ROM		✓	
18	JOINTS	ROM/ Swelling / Inflammation /Deformity		✓	
19	SKIN	Color/Birthmark/Scars/ Tattoos /Texture/Rash/ Eczema / ulcers/Piercing		✓	
20	NEUROLOGICAL	Reflexes/Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/ Sensor (touch,prick,vibrate)/ Coordination/ Romberg		✓	
21	MUSCULAR SYSTEM	Strength/Wasting/Development		✓	
22	RECTAL EXAM.	Sphincter tonus/ Hemorrhoids/ Fissure/ Masses /Prostate		✓	



## SUPPORTIVE INVESTIGATIONS

### I. VISION

Vision	Unaided		With Spectacles		Depth Perception	Colour Blindness	
	Left	Right	Left	Right			
Distant			20/70	20/50		√	Normal
Near	20/30	20/20					Red – Green Absent
Visual fields (Normal > 70°)			Left	-	Right	-	Colour Blind

### II. LABORATORIUM SUMMARY

√	Normal	COMMENT:	<i>See attached result</i>
	Abnormal		

### III. CHEST X-RAY

Pneumoconiosis	Yes	No	√	<i>See attached result</i>
If Yes – ILO Classification				
Evidence of TB	Yes	No	√	
Other Abnormalities				
COMMENT	Foto Thorax Normal			

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

Normal	√	Abnormal	(specify): Sinus Arrhythmia	<i>See attached result</i>
--------	---	----------	-----------------------------	----------------------------

### V. TREADMILL (Optional for over 35 years of age)

Normal		Abnormal	(specify):	<i>See attached result</i>
--------	--	----------	------------	----------------------------

### VI. SPIROMETRY (Optional for dust exposure, respiratory chronic disease, ....)

Test	Observed	Predicted	% Prediction	
VC				%
FVC				%
FEV 1				%
FEV/FVC				%

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

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







**JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE**

Name : AGNES THESIA MERISTA L, Nn. Age (Years) : 25  
 MCU No. : 3159/GMI-MCU/XI/2019 Job : Admin Assistant  
 Date : 21/11/2019 Company : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

RISK FACTOR		SCORE	RESULT	Points
Sex	Female	0	Female	0
	Male	1		
Age	25-34	-4	25	-4
	35-39	-3		
	40-44	-2		
	45-49	0		
	50-54	1		
	55-59	2		
	60-64	3		
Blood Pressure	Normal	0	110/70	0
	High Normal	1		
	Grade 1 Hypertension	2		
	Grade 2 Hypertension	3		
	Grade 3 Hypertension	4		
BMI (Kg/m2)	13,79-25,99	0	22,1	0
	26,00-29,99	1		
	30,00-35,58	2		
Smoke	Never	0	Never	0
	Ex Smoker	3		
	Smoker	4		
Diabetes Mellitus	No	0	No	0
	Yes	2		
Physical Exercise/Activity	No	2	Low	1
	Low	1		
	Medium	0		
	High	-3		
<b>TOTAL SCORE</b>				<b>-3</b>
<b>CONCLUSION :</b>			<b>LOW RISK (CV10 &lt; 10%)</b>	

**NOTES :**

Blood Pressure : Normal (<130/<85), High - Normal (130-139/85-89), Grade 1 Hypertension (140-159/90-99), Grade 2 Hypertension (160-179/100-109), Grade 3 Hypertension (>180/>110)

**RISK LEVEL :**

▶ -7 to 1 → Low Risk (CV10 < 10%). ▶ 2 to 4 → Moderate Risk (CV10 = 10-20%). ▶ ≥ 5 → High Risk (CV10 > 20%)





**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

*Result of Laboratorium Analysis*

**Nomor Lab.**  
(Lab. Number) : 3159 /GMI-MCU/XI/2019

**Data Pasien (Patient Detail)**

<b>Nama</b> (Name) :	Nn. AGNETHESIA MERISTA	/	<b>F</b>	<b>Umur</b> (Age) :	25	<b>Tahun</b> (Years old)
<b>Pekerjaan</b> (Job Position) :	ADMIN ASSISTANT			<b>Dokter</b> (Doctor) :	Dr. Hendra AZ	
<b>Perusahaan</b> (Company) :	PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA			<b>Tgl Pemeriksaan</b> (Date of Analysis) :	21 November 2019	

HEMATOLOGY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Hemoglobine ( Hgb )	12,8	( F:12,0-16,0 g/dL, M:13,0-18,0 g/dL )
Hematocrit ( Hct )	34,2	( F: 35 ,0- 45,0%, M: 40,0 - 50,0 % )
Erythrocyt (RBC)	4,8	( F:3,8-5,5x10 <sup>6</sup> sel/mm <sup>3</sup> , M:4,4-5,6x10 <sup>6</sup> sel/mm <sup>3</sup> )
Leucocyt (WBC)	7,9	( 4,0 - 10,0/mm <sup>3</sup> )
Differential Count		
Basophile	0,2	0,0 - 2,0%
Eosinophile	1,1	0 ,5- 6,0%
Neutrofil	56,0	50,0 - 70,0%
Lymphocyte	33,7	20,0% - 40,0%
Monocyte	9	3,0 - 12,0%
MCV	87	80 - 100 fL
MCH	28	27-34 pg/sel
MCHC	35	32-36 g/dL
RDW- CV	14,1	11,0 - 16,0 %
RDW-SD	37,2	35,0 - 56,0 fL
Thrombocyt	245	( 140 - 440 x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )

BLOOD CHEMISTRY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Glucose Fasting	77	70 - 110 mg/dL
Cholesterol total	143	Normal : <200mg/dl Borderline :200-240 Tinggi > 240 mg/dl
HDL Cholesterol	45	M:Normal > 55 mg/dl Boorderline 35 - 55 mg/dl Abnormal < 35 mg/dl F : Normal > 65 mg/dl Borderline 45 - 65 mg/dl Abnormal < 45 mg/dl
LDL Cholesterol	83	Normal < 130 mg.dl Borderline 130-159 mg/dl Tinggi > 160 mg/dl
Triglycerides	74	Normal < 150 mg/dL Bordeline 150 -199 mg/dl Tinggi 200 -499 mg/dL
Uric Acid	3,9	(Dewasa M :3,5 - 7,2 mg/dL) (Dewasa F : 2,6 6,0 mg/ dL)
Creatinine	0,8	0.8 - 1.4 mg/dL
Ureum	10	10 - 50 mg/ dL
SGOT / AST	17	M : s/d 37 U/L F : s/d31 U/ L
SGPT / ALT	21	M : s/d 40 U/L F : s/d 35 U/ L

URINALYSIS	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
<b>MACROS</b>		
Colour	Kuning Jernih	Jernih
Spec.Grav	1,010	1,003 - 1,035
pH	6,5	4,5 - 8
Protein	Negative	< 7,5 mg/dl, 0,075 g/l
Glucose	Negative	< 0,018 mg/dl, < 5 mmol/L
Leucocyt	Negative	< 9 Leu/μ L
Ketone	Negative	< 2,5 mg/dl,0,25 mmol /dl
Urobilin	Negative	<0,2 mg/dl,<3,5 μmol/dl
Bilirubin	Negative	<0,4 mg/dl ,<2,5 μmol/L
Nitrite	Negative	< 0,05 mg/dl
Blood	Negative	< 0,018 mg/dl, < 5 ery/μl

Penanggung Jawab

Laboratorium

**GRAND Medica**

Dr. Hendra AZ

Analisis Laboratorium

Syamstar Am. Ak

Jl. Marsma R. Iswahyudi No.19 RT.08

Balikpapan. Kalimantan Timur

P: 0542-721-4552; 0823-6655-3030

F: 0542-721-4553 E: grandmedica@gmail.com





Nomor Pasien  
(Patient Number) :

Nomor Film  
(Film Number) : 3159

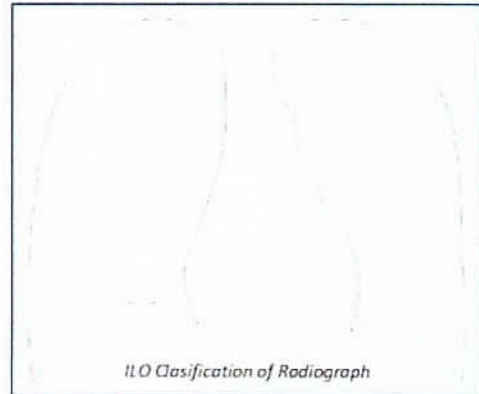
**Data Pasien (Patient Detail)**

Nama  
(Name) : AGNETHESIA MERISTA, Nn.  
Umur  
(Age) : 25 Tahun  
(years old)  
Jenis Kelamin  
(Gender) : Male

Perusahaan  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA  
Pekerjaan  
(Occupation) : ADMIN ASSISTANT  
Tgl Pemeriksaan  
(Date of Analysis) : 21 November 2019

**Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)**

Jenis Pemeriksaan  
(Type of Examination) : Thorax  
Posisi Penyinaran  
(Exposure Position) : PA  
Kondisi Penyinaran  
(Exposure Condition) : kV : 55  
mAs : 3.20



ILO Classification of Radiograph

**Interpretasi Foto Thorak oleh Spesialis Radiologi**  
(Chest X-ray Interpretation by the Radiologist)

**Penjelasan Keadaan Abnormal**  
(Comment on Abnormalities)

- 1. Kelainan Tulang dan/atau Jaringan Lunak?  
(Skeleton and/or Soft Tissue Abnormalities)  No Yes →
- 2. Kelainan Bayangan Jantung?  
(Abnormal heart shadows)  No Yes →
- 3. Kelainan Hilus dan/atau Kelenjar Limfa?  
(Abnormal hilar and/or lymphatic gland)  No Yes →
- 4. Kelainan Diafragma dan Sudut Costophrenic?  
(Abnormal Diaphragms and Costophrenic angles)  No Yes →
- 5. Kelainan Paru-paru?  
(Abnormal Lung Fields)  No Yes →
- 6. Gambaran Lainnya dari Lesi TBC?  
(Any evidence of tubercular lesions)  No Yes →
- 7. Gambaran Abnormal Lainnya?  
(Detail of Other Abnormalities)  No Yes →

**Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)**

Foto thorax normal



**dr. ABDUL HARISS, Sp.Rad**  
Spesialis Radiologi





21-11-2019 09:19:55

ID : 3159  
Name : Agnesthesia, M  
Age : 25 Years  
Department :

Gender : Female

HR : 72 BPM  
P Dur : 112 ms  
PR int : 156 ms  
QRS Dur : 71 ms  
QT/QTc int : 375/413 ms  
P/QRS/T axis : 58/95/60 °  
RV5/SV1 amp : 1.028/0.552 mV  
RV5+SV1 amp : 1.580 mV  
RV6/SV2 amp : 0.937/1.104 mV

Diagnosis Information:  
821: Sinus Arrhythmia  
203: Right Axis Deviation

*Sinus Arrhythmia  
(variant Normalis)*  
MEDICA INDONESIA

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

Technician : Fitriyana, A. Md. Kep  
Report Confirmed by:

