



**GRAND MEDICA  
INDONESIA**

*Make SMILE and Be HEALTHY*

## PERSONAL DATA

No. MCU : 1190/GMI-MCU/VI/2020  
No. Badge : -  
N a m a : **WAHYUDHI, Tn.**  
U m u r : 37 tahun  
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**  
Jabatan : Inspector  
Tgl Pemeriksaan : 03/06/2020  
Alamat : Jl. Puskesmas PJHI Gg Nusantara 3 RT 22 No. 88 Balikpapan Timur.



**PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**

## HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE TAHUN 2020



NAMA : WAHYUDHI  
TANGGAL LAHIR : 03-04-1983  
JENIS KELAMIN : Laki - Laki  
S/N :  
IGG :  
DEPT/SERVICE : Inspection  
LOKASI KERJA : PHM  
JENIS PEMERIKSAAN :  Pre-employment  
 Annual  
 Pre-retirement



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. Thypus	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
l. TBC	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
m. Malaria	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
n. Penyakit kelamin	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
o. Kuning / Hepatitis	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
p. Gangguan jiwa	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
q. Takut pada ketinggian	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
r. Mata	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
s. Hidung	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
t. Telinga	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
u. Gigi / mulut	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
v. Lambung	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
w. Wasir	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
x. Kulit	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
y. Sendi - sendi	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>
z. Kandungan	1. Ya	2. Tidak	<input checked="" type="checkbox"/>

### RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

- 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"/>	<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"/>	<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 ?
2. Sejak umur berapa Anda mulai merokok untuk pertama kalinya ?
3. Apakah saat ini Anda merokok ?
4. Berapa banyak rokok yang Anda isap setiap harinya ?
5. Jenis rokok apa yang Anda isap ? (DITULIS MEREK)
6. Seberapa sering Anda menghisap dalam-dalam asap rokok ?
7. Berapa menit sehabis bangun tidur Anda mulai merokok?
8. Apakah Anda lebih banyak merokok dalam jam pertama di pagi hari ?
9. Apakah sulit untuk tidak merokok di tempat yang dilarang merokok ?
10. Apakah Anda tetap merokok di saat Anda sedang sakit ?
11. Dalam satu hari, rokok manakah yang sulit di lewatkan ?  
*Dari no. 11 langsung ke pertanyaan alkohol*
12. Apakah anda ingin berhenti merokok?
13. Bila Ya, apakah Anda bersedia untuk mengikuti program Berhenti Merokok?
14. Sudah berapa lama Anda berhenti merokok ? (tahun)

1. Ya    2. Tidak   

*Bila tidak, langsung ke alkohol*

1. Ya, setiap hari   

2. Ya, tidak setiap hari

3. Tidak - bila tidak langsung ke no. 14

1. Kadar nikotin rendah   

2. Kadar nikotin sedang

3. Kadar nikotin tinggi

1. Tidak pernah   

2. Kadang-kadang

3. Selalu

1. Ya    2. Tidak   

1. Ya    2. Tidak   

1. Ya    2. Tidak   

1. Rokok pertama di pagi   

2. Rokok lainnya

1. Ya    2. Tidak

1. Ya    2. Tidak

*Langsung ke pertanyaan alkohol*

## KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol ?
2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir ?
3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 minggu terakhir ?
4. Berapa kali Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan ?
5. Berapa banyak minuman beralkohol yang Anda habiskan tiap kalinya ? (diperkirakan dalam satuan cc)

1. Ya    2. Tidak   

*Bila tidak, langsung ke olahraga*

1. Ya    2. Tidak   

*Bila tidak, langsung ke olahraga*

1. Ya    2. Tidak   

*Bila tidak, langsung ke olahraga*







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 ? 4
- 2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran ? 5

**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

- 1. Apakah ada diantara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut
  - a. Tekanan darah tinggi 1. Ya 2. Tidak 9
  - b. Penyakit jantung 1. Ya 2. Tidak 9
  - c. Stroke 1. Ya 2. Tidak 9
  - d. Kencing manis 1. Ya 2. Tidak 9
  - e. Kanker 1. Ya 2. Tidak 9
  - f. Alergi 1. Ya 2. Tidak 2
  - g. Asma 1. Ya 2. Tidak 1
- 2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut
  - a. Tekanan darah tinggi 1. Ya 2. Tidak 2
  - b. Penyakit jantung 1. Ya 2. Tidak 2
  - c. Stroke 1. Ya 2. Tidak 2
  - d. Kencing manis 1. Ya 2. Tidak 2
  - e. Kanker 1. Ya 2. Tidak 2
  - f. Alergi 1. Ya 2. Tidak 2
  - g. Asma 1. Ya 2. Tidak 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 ? 1. Ya 2. Tidak 2

**UNTUK KARYAWAN WANITA**

- 1. Apakah saat ini Anda sedang hamil ? 1. Ya 2. Tidak
- 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 pertyama 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

*Bila tidak, langsung ke no. 3*

## KELUARGA BERENCANA

1. Apakah keluarga Anda mengikuti keluarga berencana ?

1. Ya    2. Tidak   

*Bila tidak langsung ke Vaksinasi*

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

1. Kondom    5. IUD   

2. Pil    6. Vasektomi

3. Suntik    7. Tubektomi

4. Susuk    8. Lainnya

## RIWAYAT VAKSINASI

1. Apakah anda pernah mendapatkan vaksinasi tetanus ?

1. Ya    3. Tidak tahu   

2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkn vaksinasi hepatitis ?

1. Ya    3. Tidak tahu   

2. Tidak

## DONOR DARAH

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan ?

1. Ya    2. Tidak   

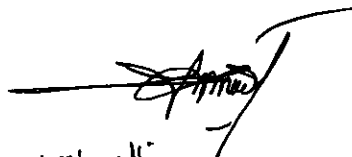
2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir ?

/  /

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

Balikpapan, ..... 03 Juni ..... 2020

Nama dan tanda tangan karyawan

  
( ..... wahyu ..... )



**MEDICAL CHECK UP –2020**

**PHYSICAL EXAMINATION**

<b>NAME</b>	<b>WAHYUDHI, Tn.</b>	<b>S/N</b>	<b>-</b>	<b>DEPT</b>	<b>-</b>
-------------	----------------------	------------	----------	-------------	----------

**I. VITAL SIGN**

Blood Pressure (supine)	<b>110/70</b> mmHg	Pulse	<b>74</b> x/m	Respiration	<b>18</b> x/m	Temp.	<b>36,9</b> °C
Weight (W)	<b>55</b> kg	Height (H)	<b>176</b> cm	BMI	<b>17,76</b>	Waist	<b>-</b> 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, Radix.
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/ Hernias/ Murmur/ Contour/ Tenderness/ Bruit/ Nodes		✓	
15	GROIN	Hernia/Inguinal nodes/Femoral pulses		✓	
16	GENITAL	MALE		✓	
		FEMALE		✓	
17	EXTREMITIES	Deformity/Clubbing/Cyanosis/Edema/Nail/ Peripheral pulses/ Calf tenderness/Joints for swelling/ ROM		✓	
18	JOINTS	ROM/ Swelling / Inflammation /Deformity		✓	
19	SKIN	Color/Birthmark/Scars/ Tattoos /Texture/Rash/ Eczema / ulcers/Piercing		✓	
20	NEUROLOGICAL	Reflexes/Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/ Sensor (touch,prick,vibrate)/ Coordination/ Romberg		✓	Romberg Test : Negative
21	MUSCULAR SYSTEM	Strength/Wasting/Development		✓	
22	RECTAL EXAM.	Sphincter tonus/ Hemorrhoids/ Fissure/ Masses /Prostate		✓	



## SUPPORTIVE INVESTIGATIONS

### I. VISION

Vision	Unaided		With Spectacles		Depth Perception	Colour Blindness	
	Left	Right	Left	Right			
Distant	20/30	20/40				✓	Normal
Near	20/20	20/20					Red – Green Absent
Visual fields (Normal > 70°)			Left	85°	Right	85°	Colour Blind

### II. LABORATORIUM SUMMARY

	Normal	<b>COMMENT:</b> Cholesterol : 215 mg/dL (Meningkat, N < 200 mg/dl), LDL : 140 mg/dL (Meningkat, N < 130 mg/dL).	<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				
<b>COMMENT</b>	<b>Foto Thorax Normal</b>			

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

Normal	✓	Abnormal	(specify) : <b>Normal Sinus Rhythm.</b>	<i>See attached result</i>
--------	---	----------	---	----------------------------

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

Normal	✓	Abnormal	(specify) : <b>Negative Ischemic Response, 13 Mets.</b>	<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, ....)

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







**JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE**

Name : WAHYUDHI, Tn.  
MCU No. : 1190/GMI-MCU/VI/2020  
Date : 03/06/2020

Age (Years) : 37  
Job : Inspector  
Company : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

RISK FACTOR		SCORE	RESULT	Points
Sex	Female	0	Male	1
	Male	1		
Age	25-34	-4	37	-3
	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	17,76	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	Medium	0
	Low	1		
	Medium	0		
	High	-3		

<b>TOTAL SCORE</b>				<b>-2</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%)





Tgl. Skrining : 03/06/2020

No. : 1190

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

Nama Lengkap: <b>WAHYUDHI, Tn.</b>	Tgl. Lahir: <b>03/04/1983</b>	Umur : <b>37</b> tahun	Jenis Kelamin : <b>Laki-Laki</b>
Nama Perusahaan: <b>PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA</b>	Alamat Rumah: <b>Jl. Puskesmas PJHI Gg Nusantara 3 RT 22 No. 88 Balikpapan Timur.</b>	Telp./HP : <b>HP : 0812 5651 9618</b>	

**Bagian B. Informasi Riwayat Kesehatan (diisi oleh pasien)**

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

**Gejala:**

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

**Faktor Risiko :**

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

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

Pengukuran Suhu Tubuh (°C)	Laju Pernapasan (x/menit)	Laju Nadi (x/menit)
<b>36,9</b>	<b>18</b>	<b>74</b>




**Bagian D. Pemeriksaan Fisik (diisi oleh dokter pemeriksa)**

Suara Napas	Ronchi	Wheezing
<b>Vesikuler +/-</b>	<b>-/-</b>	<b>-/-</b>

**Bagian E. Kategori Penilaian**

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

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

Pasien/Karyawan	Petugas Skrining	Dokter Pemeriksa
	 <b>SUPARLAN</b>	  <b>dr. Hendra AZ.</b> No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017



**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab. (Lab. Number) : 1190 /GMI-MCU/VI/2020

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama (Name)** : WAHYUDHI, Tn. / **M** **Umur (Age)** : 37 **Tahun (Years old)**  
**Pekerjaan (Job Position)** : INSPECTOR **Dokter (Doctor)** : Dr. Hendra AZ  
**Perusahaan (Company)** : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)** : 3 Juni 2020

HEMATOLOGY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Hemoglobine ( Hgb )	13,0	( F:12,0-16,0 g/dL, M:13,0-18,0 g/dL )
Hematocrit ( Hct )	37,5	( F: 35 ,0- 45,0%, M: 40,0 - 50,0 % )
Erythrocyt (RBC)	4,0	( 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)	6,5	( 4,0 - 10,0/mm <sup>3</sup> )
Differential Count		
Basophile	0,1	0,0 - 2,0%
Eosinophile	3,6	0,5 - 6,0%
Neutrofil	55,6	50,0 - 70,0%
Lymphocyte	34,8	20,0% - 40,0%
Monocyte	5,9	3,0 - 12,0%
MCV	92	80 - 100 fl
MCH	32	27-34 pg/sel
MCHC	34	32-36 g/dL
RDW- CV	12,8	11,0 - 16,0 %
RDW-SD	43,6	35,0 - 56,0 fl
Thrombocyt	281	( 140 - 440 x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )
BLOOD CHEMISTRY	Hasil / Result	Nilai Normal / Normal Value
Glucose Fasting	98	70 - 110 mg/dL
Cholesterol total	215	Normal : <200mg/dl Borderline :200-240 Tinggi > 240 mg/dl
HDL Cholesterol	59	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	140	Normal < 130 mg.dl Borderline 130-159 mg/dl Tinggi > 160 mg/dl
Triglycerides	81	Normal < 150 mg/dL Bordeline 150 -199 mg/dl Tinggi 200 -499 mg/dL
Uric Acid	6,2	(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	39	10 - 50 mg/ dL
SGOT / AST	19	M : s/d 37 U/L F : s/d31 U/ L
SGPT / ALT	20	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	1,025	1,003 - 1,035
pH	7,0	4,5 - 8
Protein	Negative	< 7,5 mg/dl, 0,075 g/l
Glucose	Negative	< 0,018 mg/dl,< 5 mmol/L
Leucocyt	Negative	< 9 Leu/μ L
Ketone	Negative	< 2,5 mg/dl,0,25 mmol /dl
Urobilin	Negative	<0,2 mg/dl,<3,5 μmol/dl
Bilirubin	Negative	<0,4 mg/dl ,<2,5 μmol/l
Nitrite	Negative	< 0,05 mg/dl
Blood	Negative	< 0,018 mg/dl,< 5 ery/μl

Penanggung Jawab  
Laboratorium,

Dr. Hendra AZ  
**Laboratorium  
GRAND Medica**

Analisis Laboratorium

Syamsiar Am. Ak

Jl. Marsma R. Iswahyudi No.19 RT.08  
Balikpapan. Kalimantan Timur  
P: 0542-721-4552; 0823-6655-3030  
F: 0542-721-4553 E: grandmedica@gmail.com





**Nomor Pasien**  
(Patient Number) :

**Nomor Film**  
(Film Number) : 1190

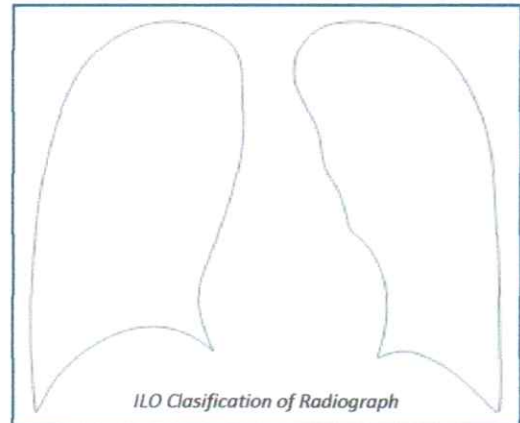
**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama**  
(Name) : WAHYUDHI, Tn.  
**Umur**  
(Age) : 37 **Tahun**  
(years old)  
**Jenis Kelamin**  
(Gender) : Male

**Perusahaan**  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA  
**Pekerjaan**  
(Occupation) : INSPECTOR  
**Tgl Pemeriksaan**  
(Date of Analysis) : 03 Juni 2020

**Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)**

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



ILO Clasification of Radiograph

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

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

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

**Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)**

Foto thorax normal



**Patient Data**

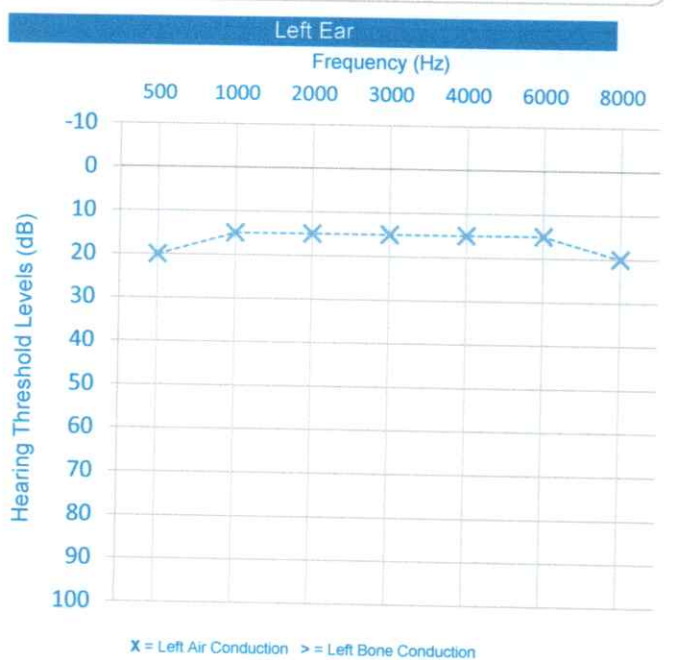
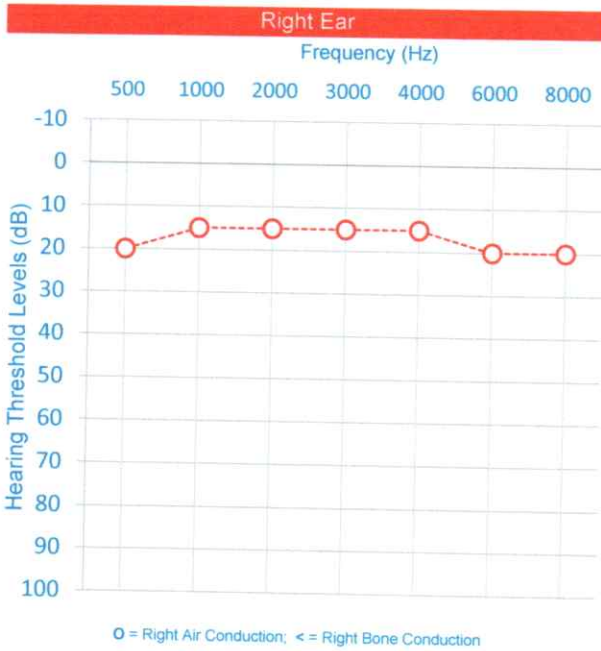
ID Number	1190	Gender	Laki-laki
First Name	WAHYUDHI	Occupation	Inspector
Last Name	-	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	37 Yo.	Test Date	3 Juni 2020

**Occupational Noise Exposure**

<b>Present</b>	Type of work: Inspector	Period of work: 6 Years	Hearing Protection Worn: Yes
<b>Previous</b>	1) - 2) -	- -	- -
<b>Military Services</b>	-		

**Otological History / Symptoms**

<input type="checkbox"/> Serious Head Injury	<input type="checkbox"/> Bleeding	Detail:
<input type="checkbox"/> Broken Ear Drum	<input type="checkbox"/> Pressure/Fullness	
<input type="checkbox"/> Ear Surgery	<input type="checkbox"/> Pain	
<input type="checkbox"/> Ear Infection	<input type="checkbox"/> Tinnitus	
<input type="checkbox"/> Decrease Hearing	<input type="checkbox"/> Exposure to Loud Blast	
<input type="checkbox"/> Discharge	<input type="checkbox"/> Medication	



**Test Detail**

Test Location	<input checked="" type="checkbox"/> Sound Booth <input type="checkbox"/> Other	Hours Away from Noise	<input type="checkbox"/> < 14 hours <input type="checkbox"/> 14 - 24 hours <input type="checkbox"/> > 24 hours
Technician	Susi Rindayani, A.Md.Kep		

**Right Ear Observation and Test Result**

Canal	Normal								HTL
Ear Drum	Normal								RIGHT
Conduction	Frequency (Hz)								EAR
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		
	Air	20	15	15	15	15	20	20	
Bone								15.0	
								0.0	

**Left Ear Observation and Test Result**

Canal	Normal								HTL
Ear Drum	Normal								LEFT
Conduction	Frequency (Hz)								EAR
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		
	Air	20	15	15	15	15	15	20	
Bone								15.0	
								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 400

Standard  
 OSHA







**Patient Data**

ID Number	1190				
Name	WAHYUDHI, Tn		Company	PT. Inspektindo	
Gender	Male		Occupation	Inspector	
DOB / Age	03 April 1983	/ / 37 Yo.	Test Date	31 May 2020	
Height (cm)	176	Weight (kg)	55	BMI	17.76

**Pre-exercise Test**

Indication	Medical Check Up		
Pre-exercise BP	110/70	mmHg	
Heart Rate	74	bpm	
Respiration	17	x/mnt	
Resting ECG	REGN		

**Exercise Test Summary**

Exercise Time	12:26	mm:ss	End Stage	4
Max Heart Rate	176	bpm	Target Heart Rate	156 bpm
Max Blood Pressure	130/70	mmHg	Max Heart Rate	112,8 %
Aerobic Capacity	13	METs.	VO2 Max	44.26 ml/kg/min

**Reason Of End**

Fatigue     
  Dyspnoe     
  Angina     
  Dizziness  
 ST- T segment changes     
  Maximum HR reach

**ST- T segment changes**

No changes     
  ST-segment depression 0,5 - 1 mm  
 Upsloping     
  Significant changes (ST-segment depression > 1 mm)

**Abnormal Lead :**

**Classification of Physical Fitness**

Low     
  Fair     
  Average     
  Good     
  High

**Blood Pressure Response**

Normal Response     
  Hipertensive Response

**Functional Classification**

Clas I     
  Clas II     
  Clas III

**Conclusion / Medical Report**

Negative Ischemic response  
Fit to work at pemofe Atas.

**Recommendation :**

Cardiologist Signature

Dr. ACEMAD YUSRI, SpJP  
SPEKIALIS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH

Instrument Used  
CONTEC 8000S S/N 140203027





ID : 1190  
Name : Wahyudhi  
Age : 37 Years  
Department: PT. Inspektindo  
Gender : Male

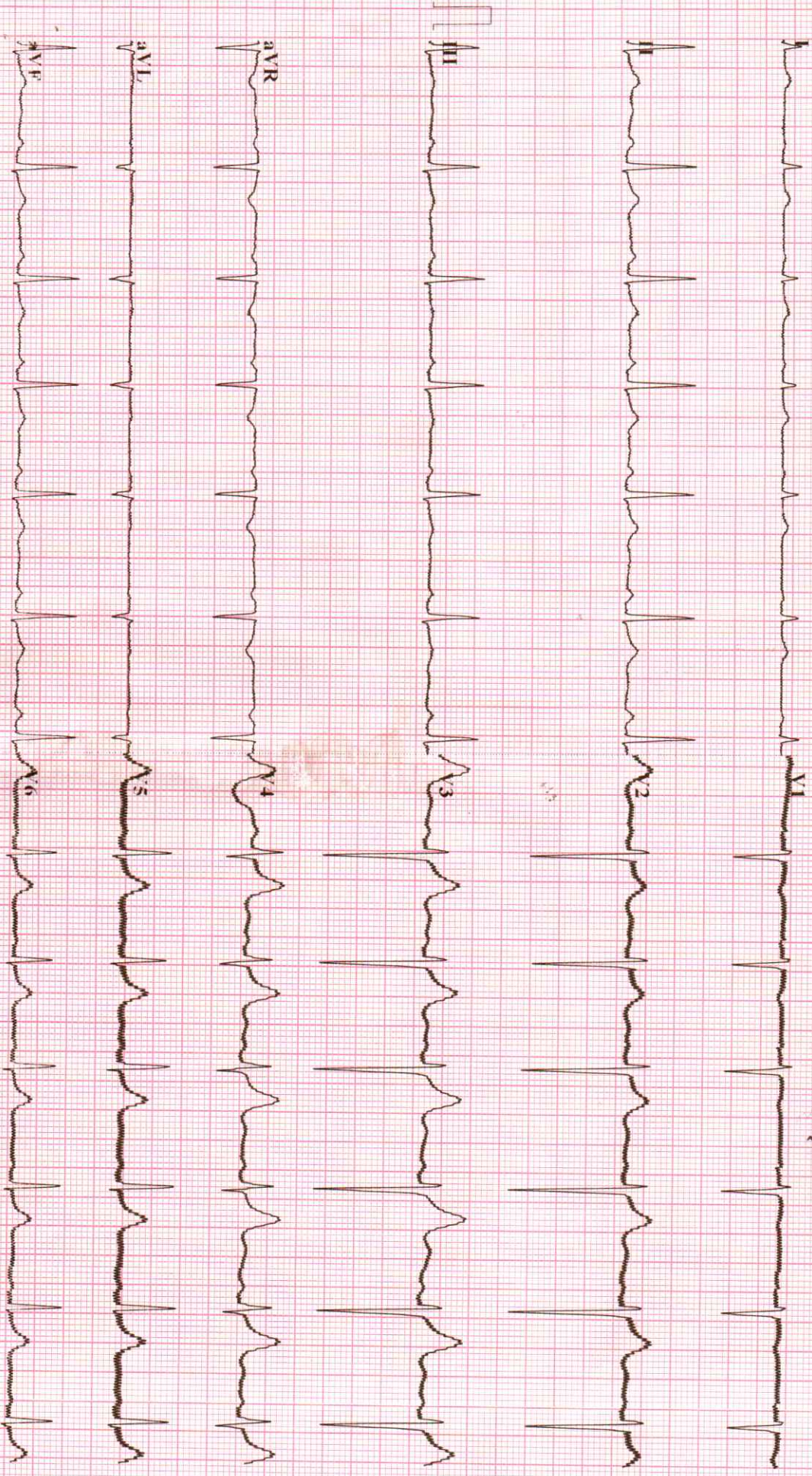
HR : 74 BPM  
P Dur : 101 ms  
PR int : 169 ms  
QRS Dur : 78 ms  
QT/QTc int : 366/408 ms  
P/QRS/T axis : 72/77/59 °  
RV5/SV1 amp : 0.969/0.988 mV  
RV6/SV1 amp : 1.957 mV  
RV6/SV2 amp : 0.846/1.930 mV

Diagnosis Information:  
800: Sinus Rhythm  
\*\*\*Normal ECG\*\*\*

resn

Technician : Rinda Amd. Kep  
Report Confirmed by:

**dr. ACHMAD YUSRI, SpJP**  
SESI, AG, DANTUNG, DAN PEMBUAH DARAH





# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

ID: 1190

Section:

Name: Wahyudhi

Sex: Male

Age: 37

Exam Time: 31-05-2020 19:31

DOB: 1983-04-03 Height: 176.00 cm <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Hypertension Address: Telephone:	Race: Oriental Race Weight: 55.00 kg <input type="checkbox"/> Diabetic <input type="checkbox"/> Hyperlipidemia <input type="checkbox"/> History of MI <input type="checkbox"/> Family History	Indications: MCU Medications:
---	--	----------------------------------

Stage Name	HR(bpm)	BP(mmHg)	Protocol Name:	Summary	Result	Max Values	ST Segment
PRE-EXE	92	110/70	BRUCE				
EXE1	112	110/70	Target HR:	156 bpm	HR: 176 bpm	10:50	Max Elevation: 0.42 mV 11:50 V3
EXE2	139	----/----	Exercise Time:	12:26 mm:ss	Target HR: 112.8 %		Max Depression: -0.27 mV 07:20 III
EXE3	170	----/----	Max Speed:	6.8 km/h	METS: 13.5 METs	09:30	Max Elevation Change: 0.28 mV 11:50 V3
EXE4	174	120/70	Max Grade:	16.0 %	HR*BP: 16720.0 bpm*mmHg 10:50		Max Depression Change: -0.25 mV 07:20 III
REC1	167	130/70	Exceed +/-100uV Leads:	I III III aVR aVF V2 V3 V4 V5	SYS: 130.0 mmHg 12:25 DIA: 70.0 mmHg 00:15		
		DUKE Score: ----					

Total Beats: 1765 Total V: 6 V Pairs: 0 V Run: 0 V bigeminal: 0 V trigeminal: 0 Total Long: 0		Arrhythmia Abnormal Beats: 7 Total S: 1 S Pairs: 0 S Run: 0 S bigeminal: 0 S trigeminal: 0	Reason for End: Symptoms:
---	--	--	------------------------------

Conclusions:

*Negative beta wave response*

Operator:

  
 dr. Achmad Yusri SpJP  
 Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah  
 Reviewing Physician:





# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

Average QRS

ID: 1190

Section:

Name: Wahyudhi

Sex: Male

Age: 37

Exam Time: 31-05-2020 19:31

Time: 00:20	Time: 03:20	Time: 06:20	Time: 09:20	Time: 12:00	Time: 12:10
HR: 94 bpm BP: 110/70 mmHg	HR: 115 bpm BP: 110/70 mmHg	HR: 142 bpm BP: 110/70 mmHg	HR: 171 bpm BP: 110/70 mmHg	HR: 174 bpm BP: 120/70 mmHg	HR: 167 bpm BP: 120/70 mmHg
0.05 I 90	0.04 I 25	0.04 I 94	0.12 I 58	0.03 I 98	0.06 I 33
0.05 II 85	-0.02 II 31	-0.07 II 29	-0.03 II 90	-0.09 II 50	-0.02 II 29
0.00 aVR 87	-0.05 aVR 83	-0.11 aVR 82	-0.15 aVR 74	-0.12 aVR 72	-0.08 aVR 86
-0.05 aVL 92	-0.01 aVL 83	0.02 aVL 90	-0.04 aVL 56	0.03 aVL 35	-0.02 aVL 67
0.02 aVF 86	0.05 aVF 97	0.07 aVF 91	0.14 aVF 17	0.07 aVF 15	0.07 aVF 93
0.03 V1 14	-0.03 V1 20	-0.09 V1 63	-0.09 V1 01	-0.11 V1 35	-0.05 V1 89
0.01 V2 90	0.02 V2 76	0.04 V2 93	-0.00 V2 48	0.03 V2 53	-0.02 V2 13
0.10 V3 74	0.07 V3 10	0.09 V3 50	0.13 V3 31	0.09 V3 30	0.16 V3 12
0.17 V4 53	0.12 V4 49	0.16 V4 04	0.25 V4 24	0.16 V4 89	0.28 V4 54
0.18 V5 50	0.10 V5 40	0.09 V5 12	0.11 V5 37	0.09 V5 88	0.25 V5 30
0.10 V6 61	0.04 V6 86	0.02 V6 76	-0.01 V6 82	-0.03 V6 22	0.10 V6 31
0.06 20.20	0.02 23.02	0.00 18.69	-0.01 41.16	-0.05 50.32	0.05 36.41





# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

## ECG Strips

ID: 1190

Section:

Name: Wahyudhi

Sex: Male

Age: 37

Exam Time: 31-05-2020 19:31

Time: 00:23

Stage: 1 / 6 ] PRE-EXE 00:23 [ 0.0 Km/h 0.0 % ]

HR: 94 bpm

BP: 110/70 mmHg

10mm/mV 25mm/s





# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

## ECG Strips

ID:1190

Section:

Name:Wahyudhi

Sex:Male

Age:37

Exam Time:31-05-2020 19:31

Time:03:10

Stage: [ 2 / 6 ] EXE1 02:40 [ 2.7 Km/h 10.0 % ]

HR:112 bpm

BP:110/70 mmHg

10mm/mV 25mm/s





# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

## ECG Strips

ID: 1190

Section:

Name: Wahyudhi

Sex: Male

Age: 37

Exam Time: 31-05-2020 19:31

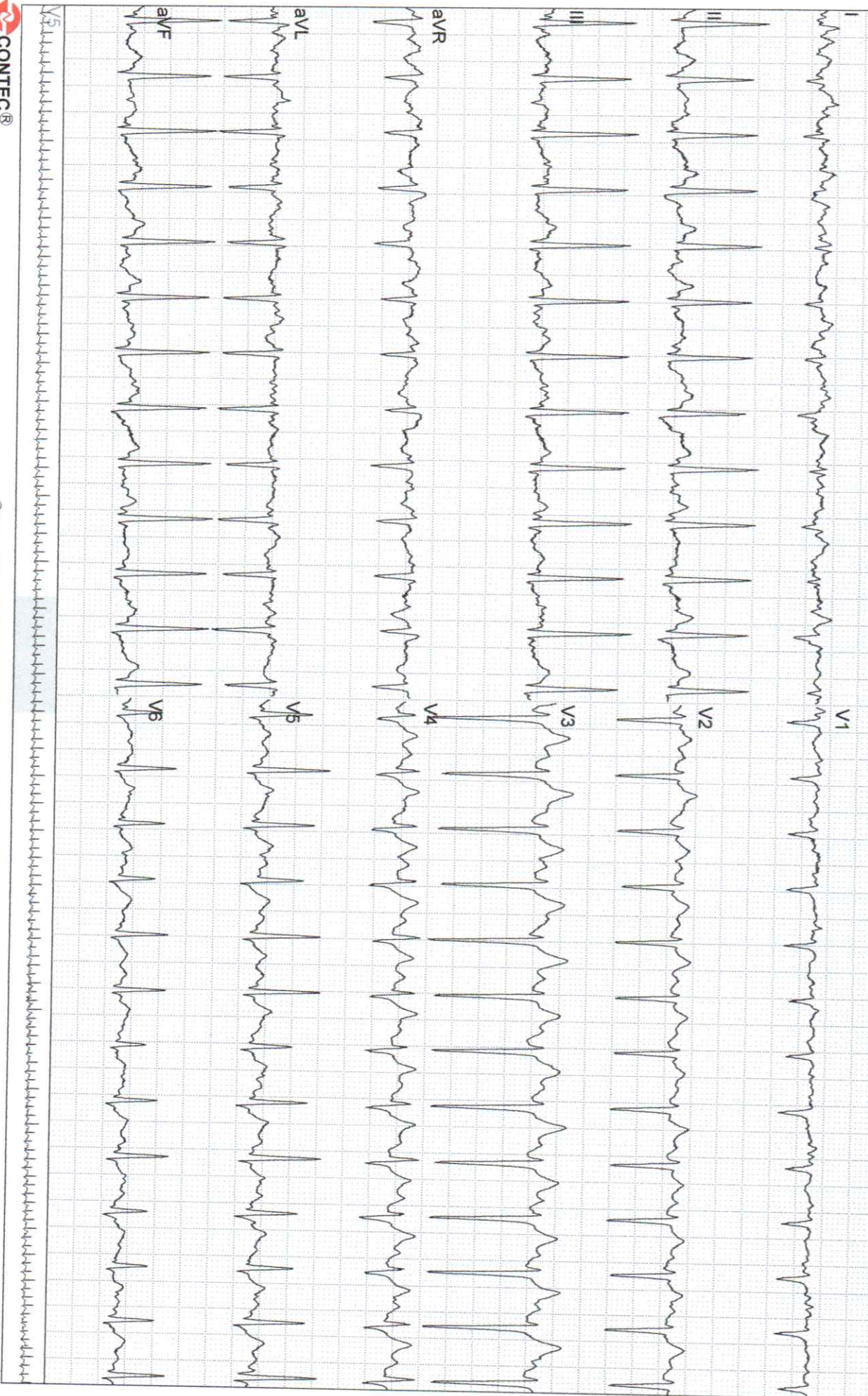
Time: 06:30

Stage: [ 4 / 6 ] EXE3 00:00 [ 5.5 Km/h 14.0 % ]

HR: 145 bpm

BP: 110/70 mmHg

10mm/mV 25mm/s





# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

## ECG Strips

ID:1190

Section:

Name:Wahyudhi

Sex:Male

Age:37

Exam Time:31-05-2020 19:31

Time:09:30

Stage: [ 5 / 6 ] EXE4 00:00 [ 6.8 Km/h 16.0 % ]

HR:171 bpm

BP:110/70 mmHg

10mm/mV 25mm/s





# Grand Medica Indonesia Stress Exercise Report

## ECG Strips

ID:1190      Section:      Name:Wahyudhi      Sex:Male      Age:37      Exam Time:31-05-2020 19:31

Time:12:03      Stage:[ 6 / 6 ]      Recovery 00:01 [ 0.0 Km/h 0.0 % ]      HR:174 bpm      BP:120/70 mmHg      10mm/mV 25mm/s

