

MEDICAL CHECK UP REPORT



NAME : Darsono
SEX : Male
COMPANY : PT. Inspektindo Sinergi Persada
MEDICAL RECORD : 01 97 30
DATE OF VISIT : December 6, 2019
NEXT VISIT : December 6, 2020

PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN KARYAWAN BARU 2019

Nama : Darsono

Berikut ini adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan tanggal : 6 Desember 2019

- Temuan
- Riwayat Kesehatan 1 Tahun terakhir tidak ditemukan masalah.
 - Riwayat Penyakit keluarga tidak ditemukan masalah.
 - Riwayat Vaksinasi : - Tetanus (Ya).
- Hepatitis (Ya).
 - Kebiasaan Merokok : Tidak (Berhenti merokok 4 tahun yang lalu).
 - Konsumsi Alkohol : Tidak.
 - Aktivitas Olahraga : Ya (2x/bulan).
 - Hasil pemeriksaan Fisik : - Mata : Terdapat Pterigium pada kedua mata
- Telinga : Terdapat cerumen (kotoran) pada telinga kanan
 - Hasil pemeriksaan X - Ray dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan EKG dalam batas normal (Sinus Rhythm).
 - Hasil pemeriksaan Treadmil I: Negative Response Ischemic
 - Hasil pemeriksaan Audiometri dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan Spirometri dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan Laboratorium : - Darah : MCHC 37 g/dl
- Urine : RBC (1-2).

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 : Helper
Di : Remote Area

- Saran - saran
- Disarankan konsul ke Dokter Spesialis Mata sehubungan dengan hasil pemeriksaan Fisik (Mata).
 - Disarankan konsul ke Dokter sehubungan dengan hasil pemeriksaan laboratorium dan untuk membersihkan telinga setiap 3 bulan
 - Minum air putih 2-3 liter/hari.
 - Lakukan olahraga minimal 3x/minggu.

Kembali Kontrol : 6 Desember 2020

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

Direktur,



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



Dokter Penanggung Jawab MCU,



Dr. Yussie Andeline

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 : DARSONO
 Tempat Tanggal Lahir : PASURBAN 26 - 12 - 1971
 Jenis Kelamin : LAKI : LAKI
 Agama : ISLAM
 Jabatan / Pekerjaan : HELPER
 Status : (1) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
 Jumlah Anak : Anak laki-laki: 3 orang, Anak perempuan: ... orang
 Alamat sekarang : JL. BIKU BAYU RT. 11 GUNUNG SETELENG PERAJAM
 Telepon / HP : 0853 8776 9296
 No. Ext Telp. : Kantor : 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	HELPER	10	PT. IMECO INTER SARANA	1/2 JAM	1/2 JAM	1/2 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 : 3 jam/hari
4. Process area : 4 jam/hari
5. Well/Offshore : _____ 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

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

RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

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

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

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

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

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

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

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. Merokok diwaktu lainnya

12. Apakah Anda ingin berhenti merokok? 1. Ya 2. Tidak

Bila tidak langsung ke pertanyaan alkohol

13. Bila Ya, apakah Anda bersedia untuk mengikuti Program Berhenti Merokok? 1. Ya 2. Tidak

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 pertanyaan olah raga

2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak

3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak

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) JAM

2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan?

3. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya? (dalam menit) 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 di antara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut

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

2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut

- | | | | |
|-------------------------|-------|----------|--------------------------|
| a. tekanan darah tinggi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| b. penyakit jantung | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| c. stroke | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| d. kencing manis | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| e. kanker | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| f. alergi | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| g. asma | 1. Ya | 2. Tidak | <input 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 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, 06 - 12 -2019.



(.....DARSONO.....)

MEDICAL CHECK UP EXAMINATION FORM

A. GENERAL CONDITION

Blood Pressure (supine)	121 / 84 mmHg
Pulse	20 x /mn
Respiration	23 x /mn
Temperature	36.9 °C

Weight (W)	52.7kg
Height (H)	162 cm
BMI	19.93

LP = 82

*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	6/7.5	6/7.5			<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Red - Green Absent <input type="checkbox"/> Colour Blind
NEAR					

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/Ptosis/Tension/ Eye lid/Bruit/Reflex/Range of Movement		<input checked="" type="checkbox"/>	Pterigium 00/05.
4	Ears	Ext. Canal/Membran perforation/Discharge/Tophi Hearing problem/Mastoids/Cerumen		<input checked="" type="checkbox"/>	Cerumen (kuning).
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/Arcolar/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/Serotum 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/Inflammation/Deformity		<input checked="" type="checkbox"/>	
19	Skin	Color/Birth Mark/Scars/Tatoos/Texture/Rash/Eczeme/ Uleers/Piercing		<input checked="" type="checkbox"/>	
20	Neurological	Reflexes/Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/Sen- sorie (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"/>	

Test Lap. pandang → DBN

Anyuan : konsul ke SpM

Approved by GP :

Dr. Gessy Adet Lusiana

449.1/328/S-SDPMPT/SIP-D/201

LABORATORY RESULTS

Name : Darsono	Date of Visit : December 6, 2019	
Sex : Male	Medical Record : 01 97 30	
Date of Birth : December 26, 1971	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada	
TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
HEMATOLOGY		
Automated Blood Count		
- WBC	5.6	4.5 - 10.0 K/ul
- RBC	5.81	M : 4.7-6.1 M/ul F : 4.2-5.4 M/ul
- Haemoglobine	17.3	M : 13-18 g/dl F : 12-16 g/dl
- Haematocrite	47%	M : 42-52% F : 37-47%
- MCV	81	80- 100 fL
- MCH	30	26 - 34 pg
- MCHC	37	32 - 36 g/dL
- Thrombocyte	219	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	67%	55 - 65%
Lymphocyte	25%	25 - 35%
Monocyte	3%	3 - 6%
BLOOD CHEMISTRY		
LIPID PROFILE		
- Total Cholesterol	198	<200 mg/dl
- HDL Cholesterol	48	M : >35 mg/dl F : >45 mg/dl
DIABETES		
- Glucose Fasting	101	70-110 mg/dl

LABORATORY RESULTS

Name : Darsono	Date of Visit : December 6, 2019	
Sex : Male	Medical Record : 01 97 30	
Date of Birth : December 26, 1971	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	6.5	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	0 - 1	0 - 4
- RBC	1 - 2	0 - 1
- Ephitel	0 - 1	+ / Positive
- Cylinder	Negative	Negative
- Crystal Oxalat	Negative	Negative
- Bacteria	Negative	Negative
- Others	Negative	Negative

LABORATORY RESULTS

Name : Darsono	Date of Visit : December 6, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 97 30
Date of Birth : December 26, 1971	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 : DARSONO	Date of Visit : DECEMBER 06, 2019
Sex : MALE	Rontgen Record : 0 7 2 8
Date of Birth : DECEMBER 26, 1971	Company PT.INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

TEST NAME : RONTGEN THORAX

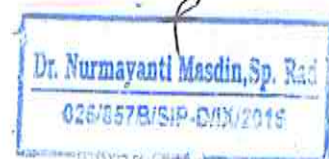
TS Yth.

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.

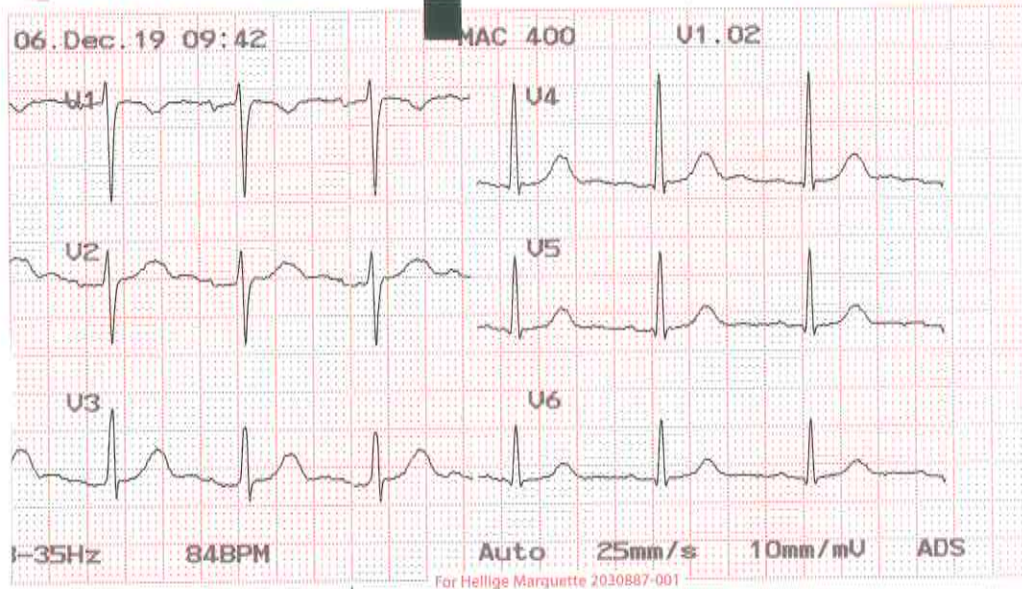
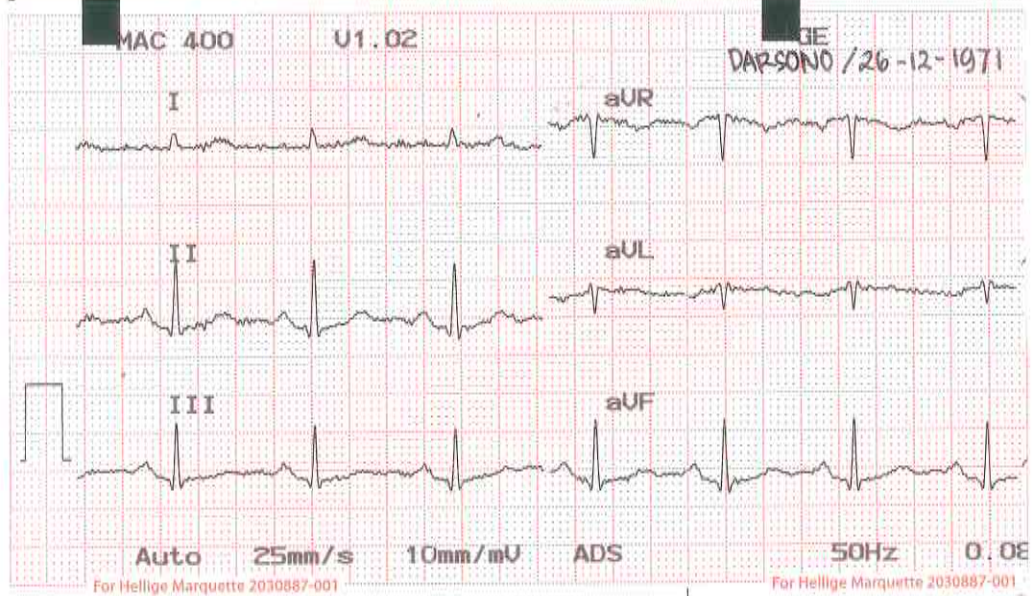
Kesan : Tidak tampak kelainan radiologik pada foto thorax ini.

Salam Sejawat,



ECG RESULT

Name	: Darsono	Date of Visit	: December 6, 2019
Sex	: Male	Medical Record	: 01 97 30
Date of Birth	: December 26, 1971	Company	: PT. Inspektindo Sinergi Persada



KESIMPULAN	DOKTER PEMERIKSA
Normal	<p>Dr. Lukman Hatta S, Sp.PD,Sp.KL, FINASIM</p> <p>026/1118C/SIP-D/2017</p>

SPIROMETRY RESULT

Name : Darsono	Date of Visit : December 6, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 97 30
Date of Birth : December 26, 1971	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST REPORT

Name: DARSONO
 IDNo: 4054
 Date: 12/06/2019 11:24
 Sex : Male Age : 48
 HT : 162.0 cm WT : 52.0 kg
 BSA : 1.53 m² Race: Asian (100)
 PB : 1013.1 hPa
 Temp: 36.7 °C Humi: 50.0 %
 Pred. Formula: Knudson
 Cal. Date: 12/06/2019 07:49

Physi: _____

Com: _____

ITEM	MEAS	PRED	%PRED	
FVC	L	3.27	3.46	94.5
FEV0.5	L	2.27	2.43	93.4
FEV1.0	L	2.77	2.86	96.9
FEV1%(G)	%	84.71	82.82	102.3
FEV1%(T)	%	*		
FEV1/VCpr	%	80.1		
PEF	L/s	6.39	7.55	84.6
PEF25	L/s	6.33	6.92	91.5
PEF50	L/s	5.28	3.78	139.7
PEF75	L/s	1.17	1.44	81.3

ITEM	MEAS	PRED	%PRED	
FVC	L	3.12	3.46	90.2
FEV0.5	L	2.26	2.43	93.0
FEV1.0	L	2.73	2.86	95.5
FEV1%(G)	%	87.50	82.82	105.7
FEV1%(T)	%	*		
FEV1/VCpr	%	78.9		
PEF	L/s	8.01	7.55	106.1
PEF25	L/s	8.01	6.92	115.8
PEF50	L/s	4.37	3.78	115.6
PEF75	L/s	1.37	1.44	95.1

ITEM	MEAS	PRED	%PRED	
FVC	L	3.28	3.46	94.8
FEV0.5	L	2.27	2.43	93.4
FEV1.0	L	2.78	2.86	97.2
FEV1%(G)	%	84.76	82.82	102.3
FEV1%(T)	%	*		
FEV1/VCpr	%	80.3		
PEF	L/s	9.31	7.55	123.3
PEF25	L/s	8.88	6.92	128.3
PEF50	L/s	3.79	3.78	100.3
PEF75	L/s	1.34	1.44	93.1

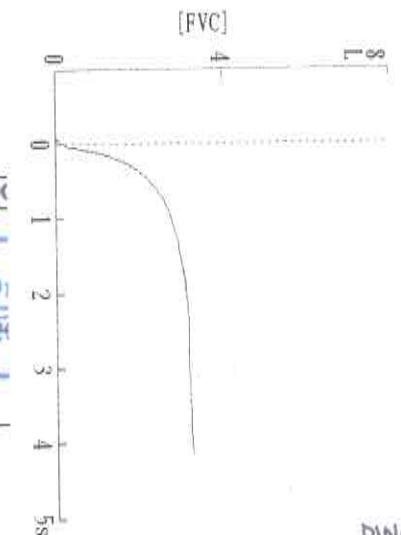
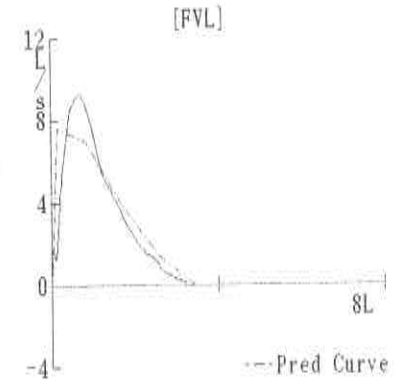
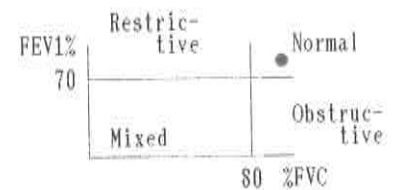
[CALIBRATION REPORT]

Cal. Date: 12/06/2019 07:49
 Temp : 36.7 °C PB : 1013.1 hPa
 Humi : 50.0 %
 Syringe Cap. : 1L
 Volume EX/IN : 0.99 / 1.01 L
 Balance EX/IN : -1.0 / +1.0 %
 Factor EX/IN : 0.97 / 0.97

[EVALUATION]

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

[EVALUATION GRAPH]



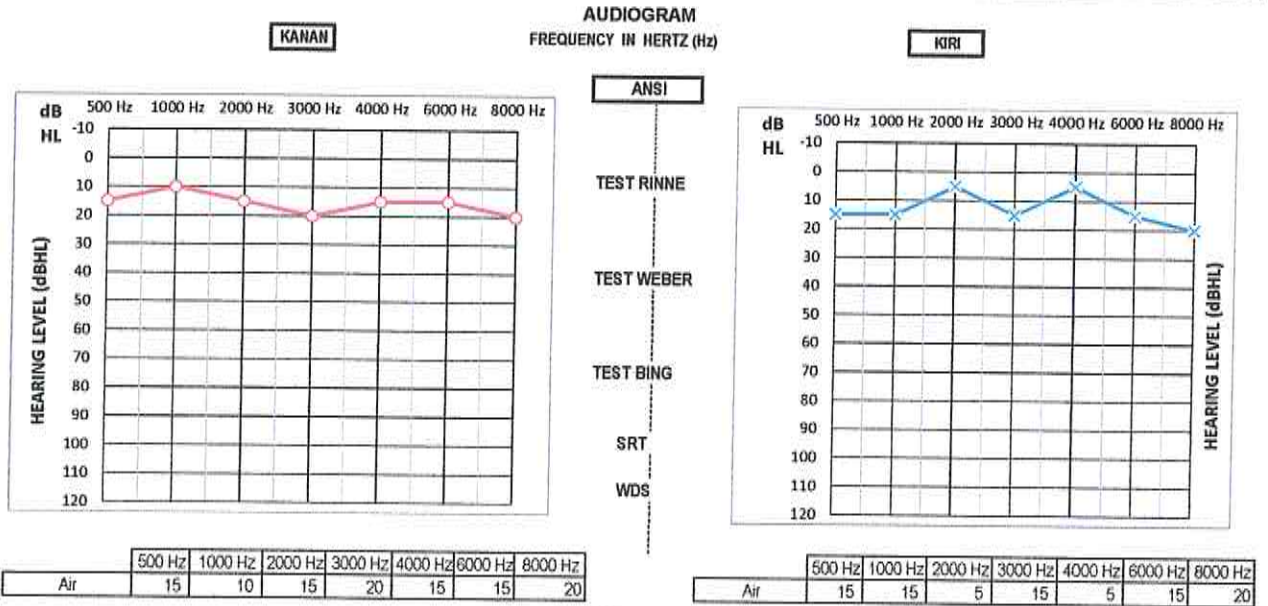
KESIMPULAN

Normal spirometry



AUDIOMETRY RESULT

Name	Darsono	Date of Visit	December 6, 2019
Sex	Male	Medical Record	01 97 30
Date of Birth	December 26, 1971	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada



AUDIOGRAM CODE

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

AC			
EAR	COL	UM	M
R	RED	○	△
L	BLUE	X	□
No Response ↓			

AC _____

Kesimpulan	Dokter Pemeriksa
Tangan kanan & kiri. Diduga baik normal	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. Erica Lukman, Sp. THT-KL 026/1125C/SIP-DIX/2015 </div>

SUPPORTIVE INVESTIGATION

Name : Darsono	Date of Visit : December 6, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 97 30
Date of Birth : December 26, 1971	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

I. LABORATORIUM SUMMARY

<input type="checkbox"/> Normal	COMMENT : - Blood : MCHC 37 g/dl - Urine : RBC (1-2).
<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	3.46	3.27	94.5	%
FEV 1	2.86	2.77	96.9	%
FEV / FVC			84.71	%

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	: Darsono	Date of Visit	: December 6, 2019
Sex	: Male	Medical Record	: 01 97 30
Date of Birth	: December 26, 1971	Company	: PT. Inspektindo Sinergi Persada

LAPORAN TREADMILL EXERCISE TEST
(PROTOKOL BRUCE)

EKG Pretest : Normal sinus rhythm
 Lama Test : 9 Menit 4 Detik
 Tekanan Darah Awal : 130/80 mmHg Tekanan Darah Maksimal : 150/90 mmHg
 Denyut Jantung Tercapai : 171 x/menit Denyut Jantung Maksimal : 173 x/menit

- Test dihentikan karena
- Fatigue
 - Dipsneu
 - 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 : 10 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, 7/12/19
Dokter Pemeriksa,



Dr. Dewi Ayu P, Sp. JP

 026/128B/SIP-D/IV/2018

Q-ress Final Report

6/12/2019

11:52:51 AM

Attending dr.dewi Sp.Jp
Referring

Patient **Tn. Darsono**
MRN **6/12/2019 11:52:43**
DOB **26/12/1971** Age **47** Ht **165 cm**
Sex **MALE** Wt **52 kg**

Medication

Resting HR	82	Target HR	147	Max HR	171	Protocol	Bruce
Resting SBP	130	Max Predicted HR	173	Max SBP	150	HRXBP	25650
Resting DBP	80	% Max HR	99	Max DBP	90	Billing Code	
Worst-case ST Level			-1.0 III	Total Exercise Time	09:11		
Worst-case ST Slope			1 III	METS(a)	10.1		

Reason for Test

Reason for Ending Test

Observation

Conclusion

Negative Testimoni Bruce

Dr. Dewi Ayu P, Sp. JP
026A2881SP-BMV/2018

Labular Summary

Tn. Darsono

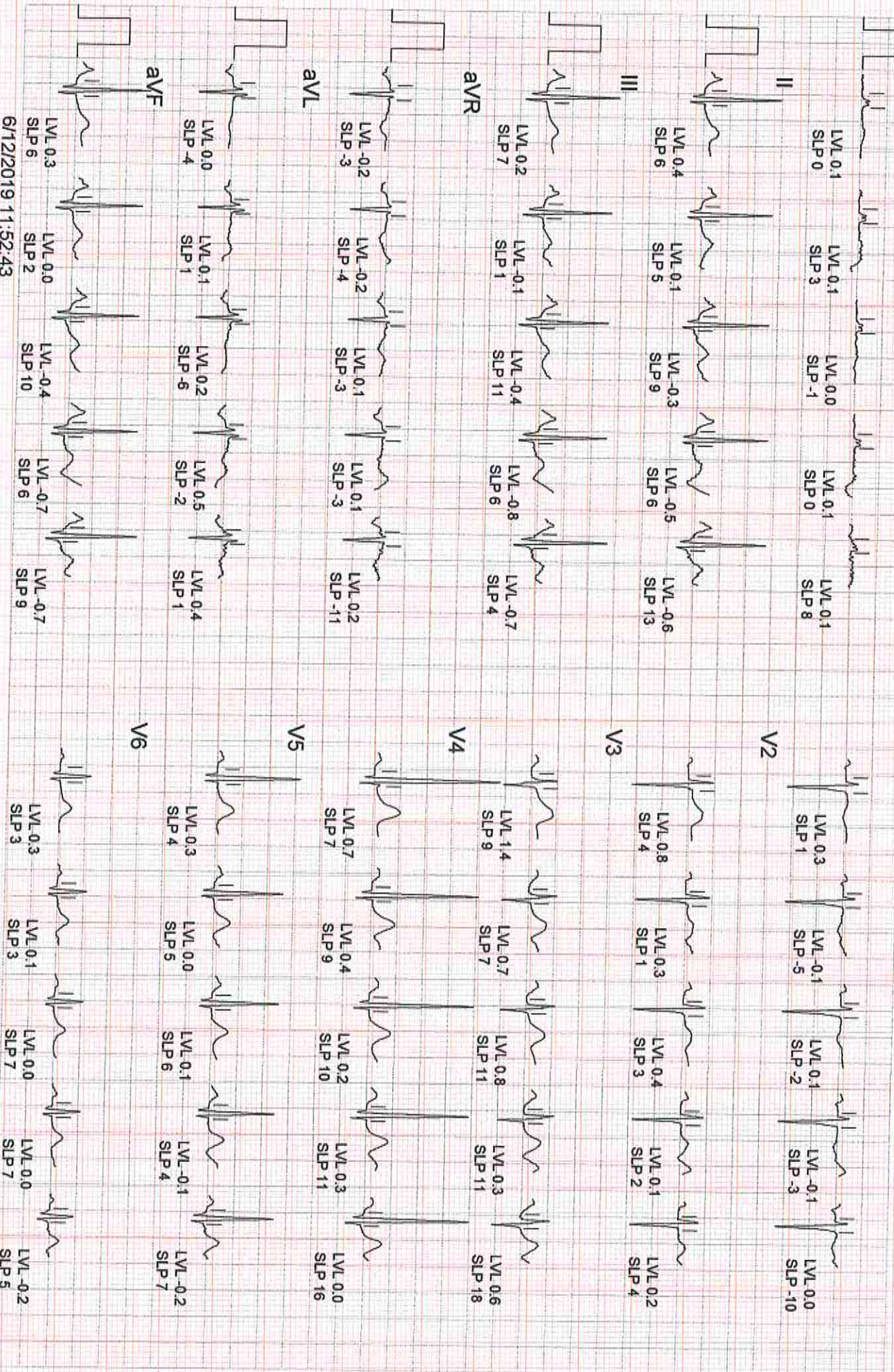
Stage	Total Stage Time	HR	Current ER	BP	HRxBP	TM Speed km/h	TM Grade %	LVL II	LVL V2	LVL V5
REST	03:05	82	0	130/ 80	10660	1.9	0.0	0.4	0.8	0.3
Stage 1	01:00	95	0	--/--	--	2.7	10.0	0.1	0.3	0.0
	02:00	102	0	--/--	--	2.7	10.0	-0.3	0.4	0.1
	03:00	108	0	130/ 80	14040	2.7	10.0	-0.5	0.1	-0.1
Stage 2	01:00	125	10	--/--	--	4.0	12.0	-0.6	0.2	-0.2
	02:00	138	5	--/--	--	4.0	12.0	-0.8	0.5	0.1
	03:00	141	1	140/ 90	19740	4.0	12.0	-0.4	0.4	-0.1
Stage 3	01:00	157	22	--/--	--	5.4	14.0	-0.2	0.4	-0.2
	02:00	161	20	150/ 90	24150	5.4	14.0	-0.2	0.8	0.2
	03:00	166	53	150/ 90	24900	5.4	14.0	0.1	0.8	0.3
Stage 4	00:11	169	52	--/--	--	6.7	16.0	0.3	0.9	0.5
Stop exercise at 09:11										
RECOVERY	01:00	142	26	--/--	--	1.9	0.0	1.4	2.2	1.2
	02:00	128	0	150/ 90	19200	1.9	0.0	0.4	1.1	0.5
	03:00	123	0	150/ 90	18450	1.9	0.0	0.0	0.8	0.0
	04:00	116	0	140/ 90	16240	1.9	0.0	0.1	0.7	0.1
	04:32	112	0	140/ 90	15680	0.0	0.0	-0.1	0.6	0.0

Average Beat Summary

Tn. Darsono

Rest Stage: 1 Time 00:54 Stage: 1 Time 01:54 Stage: 1 Time 02:54 Stage: 2 Time 00:54

Rest Stage: 1 Time 00:54 Stage: 1 Time 01:54 Stage: 1 Time 02:54 Stage: 2 Time 00:54



6/12/2019 11:52:43

6/12/2019

11:52:51 AM

Page 3 of 6

Average Beat Summary

Tn. Darsono

Rest Stage: 2 Time 01:54 Stage: 2 Time 02:54 Stage: 3 Time 00:54 Stage: 3 Time 01:54

I Rest Stage: 2 Time 01:54 Stage: 2 Time 02:54 Stage: 3 Time 00:54 Stage: 3 Time 01:54

II Rest Stage: 2 Time 01:54 Stage: 2 Time 02:54 Stage: 3 Time 00:54 Stage: 3 Time 01:54

III Rest Stage: 2 Time 01:54 Stage: 2 Time 02:54 Stage: 3 Time 00:54 Stage: 3 Time 01:54

aVR Rest Stage: 2 Time 01:54 Stage: 2 Time 02:54 Stage: 3 Time 00:54 Stage: 3 Time 01:54

aVL Rest Stage: 2 Time 01:54 Stage: 2 Time 02:54 Stage: 3 Time 00:54 Stage: 3 Time 01:54

aVF Rest Stage: 2 Time 01:54 Stage: 2 Time 02:54 Stage: 3 Time 00:54 Stage: 3 Time 01:54

V1 Rest Stage: 2 Time 01:54 Stage: 2 Time 02:54 Stage: 3 Time 00:54 Stage: 3 Time 01:54

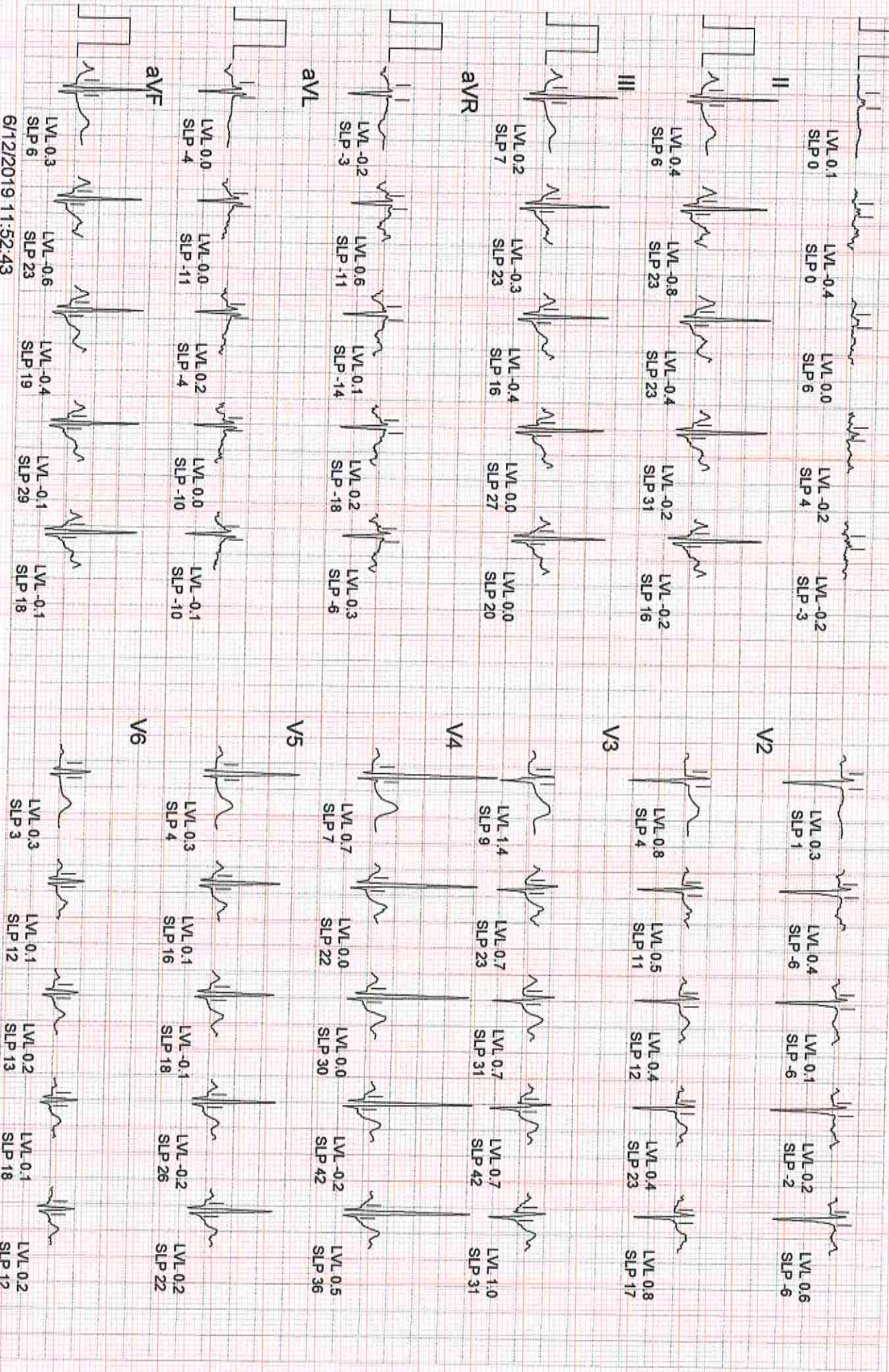
V2 Rest Stage: 2 Time 01:54 Stage: 2 Time 02:54 Stage: 3 Time 00:54 Stage: 3 Time 01:54

V3 Rest Stage: 2 Time 01:54 Stage: 2 Time 02:54 Stage: 3 Time 00:54 Stage: 3 Time 01:54

V4 Rest Stage: 2 Time 01:54 Stage: 2 Time 02:54 Stage: 3 Time 00:54 Stage: 3 Time 01:54

V5 Rest Stage: 2 Time 01:54 Stage: 2 Time 02:54 Stage: 3 Time 00:54 Stage: 3 Time 01:54

V6 Rest Stage: 2 Time 01:54 Stage: 2 Time 02:54 Stage: 3 Time 00:54 Stage: 3 Time 01:54

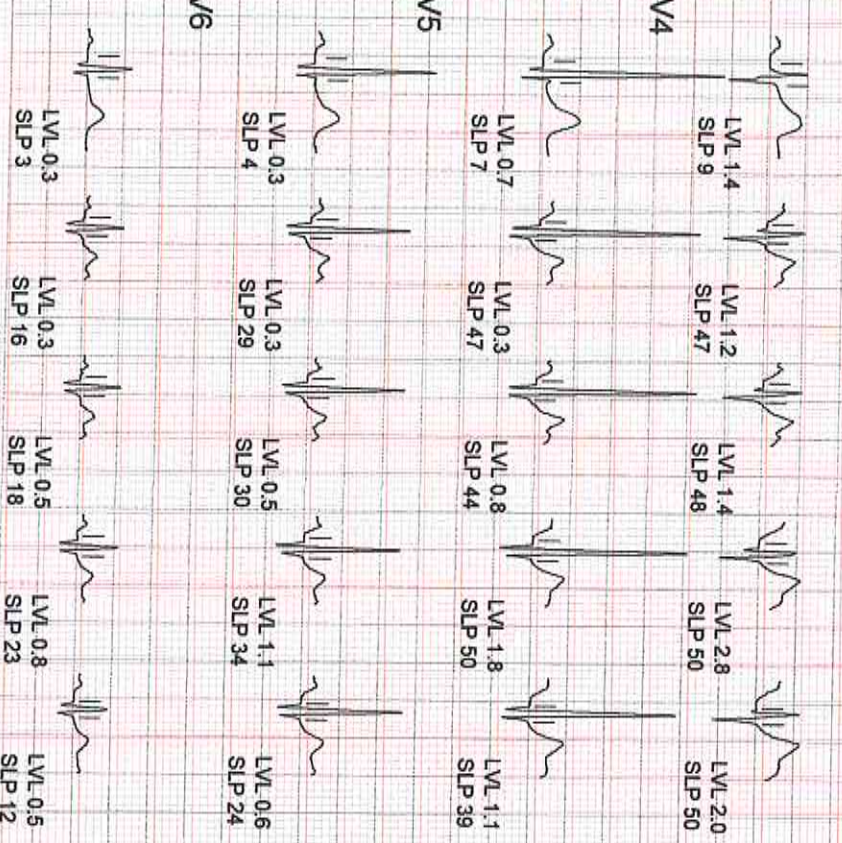
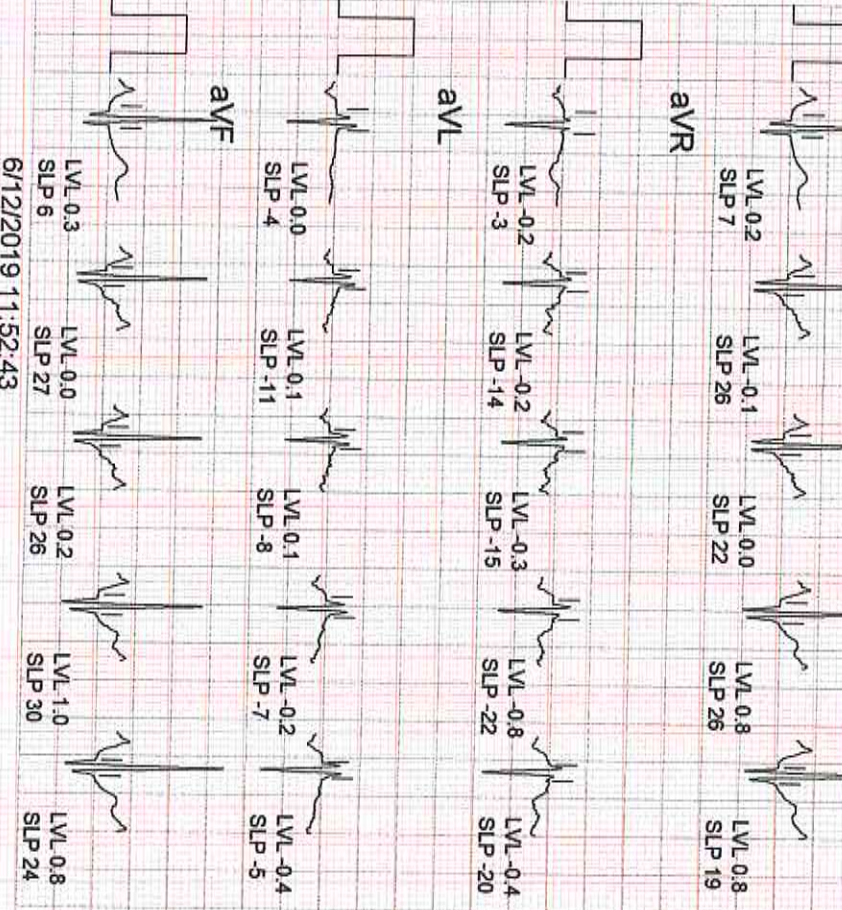
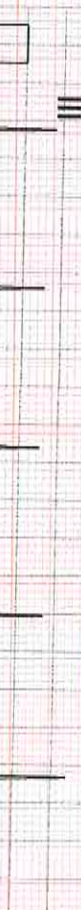


Average Beat Summary

Tn. Darsono

Rest Stage: 3 Stage: 4 Recovery Recovery
 Time 02:54 Time 00:04 Time 00:43 Time 01:43

Rest Stage: 3 Stage: 4 Recovery Recovery
 Time 02:54 Time 00:04 Time 00:43 Time 01:43



6/12/2019 11:52:43

6/12/2019

11:52:51 AM

Page 5 of 6

Average Beat Summary

Tn. Darsono

Rest Recovery Recovery Recovery
 Time 02:43 Time 03:43 Time 04:23

I LVL:0.1 SLP:0 LVL:0.0 SLP:2 LVL:-0.1 SLP:0 LVL:0.3 SLP:5

V1 Rest Recovery Recovery Recovery
 Time 02:43 Time 03:43 Time 04:23

LVL:0.3 SLP:1 LVL:0.1 SLP:3 LVL:0.2 SLP:3 LVL:0.3 SLP:3

II LVL:0.4 SLP:6 LVL:-0.1 SLP:14 LVL:-0.3 SLP:9 LVL:-0.1 SLP:9

V2 LVL:0.3 SLP:1 LVL:0.1 SLP:3 LVL:0.2 SLP:3 LVL:0.3 SLP:3

III LVL:0.2 SLP:7 LVL:-0.1 SLP:12 LVL:-0.2 SLP:8 LVL:-0.4 SLP:3

V3 LVL:0.8 SLP:4 LVL:0.8 SLP:22 LVL:0.6 SLP:14 LVL:0.6 SLP:11

avR LVL:0.2 SLP:7 LVL:-0.1 SLP:12 LVL:-0.2 SLP:8 LVL:-0.4 SLP:3

V4 LVL:1.4 SLP:9 LVL:1.2 SLP:33 LVL:0.9 SLP:22 LVL:0.7 SLP:18

avL LVL:-0.2 SLP:3 LVL:0.0 SLP:9 LVL:0.2 SLP:4 LVL:-0.1 SLP:7

V5 LVL:0.7 SLP:7 LVL:0.5 SLP:25 LVL:0.2 SLP:16 LVL:0.1 SLP:13

avF LVL:0.3 SLP:6 LVL:-0.1 SLP:12 LVL:-0.2 SLP:9 LVL:-0.3 SLP:6

V6 LVL:0.3 SLP:4 LVL:0.1 SLP:14 LVL:0.1 SLP:8 LVL:0.0 SLP:6

6/12/2019 11:52:43

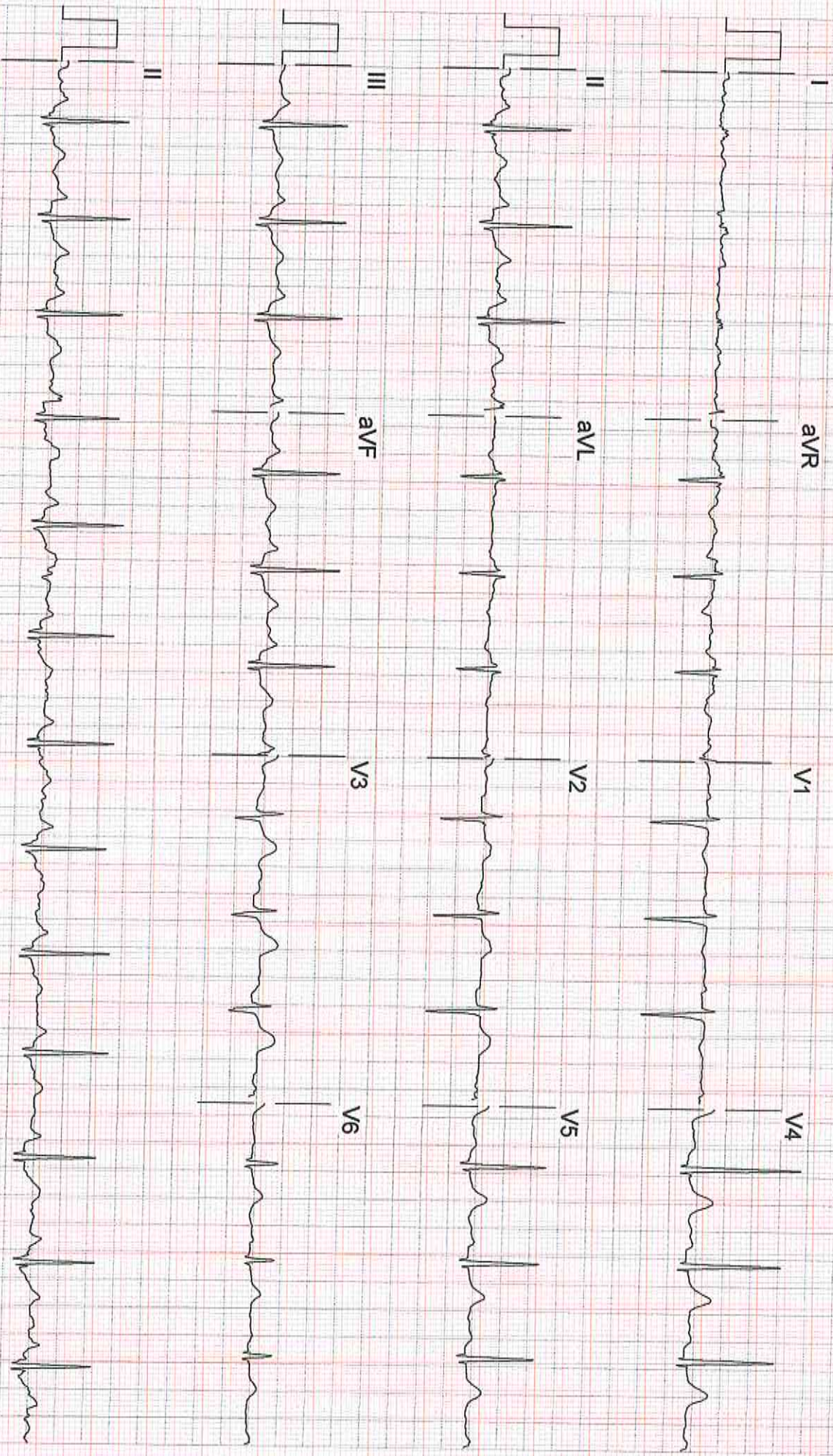
6/12/2019 11:52:51 AM

III. LARSONO
6/12/2019 11:52:43

26/12/1971
12-Lead Manual (simultaneous)

Protocol
Bruce
Stage
Spd/Grd
Rest 02:07
0.0 km/h 0.0%

RPE	HR	HR	HR	LVL	SLP	
1.0	77	Target HR	147	LVL	0.2	
BP	77	Max HR	V2	LVL	0.7	
Previous BP	130/80	HRxBP	100/10	V5	LVL	0.3
					SLP	4



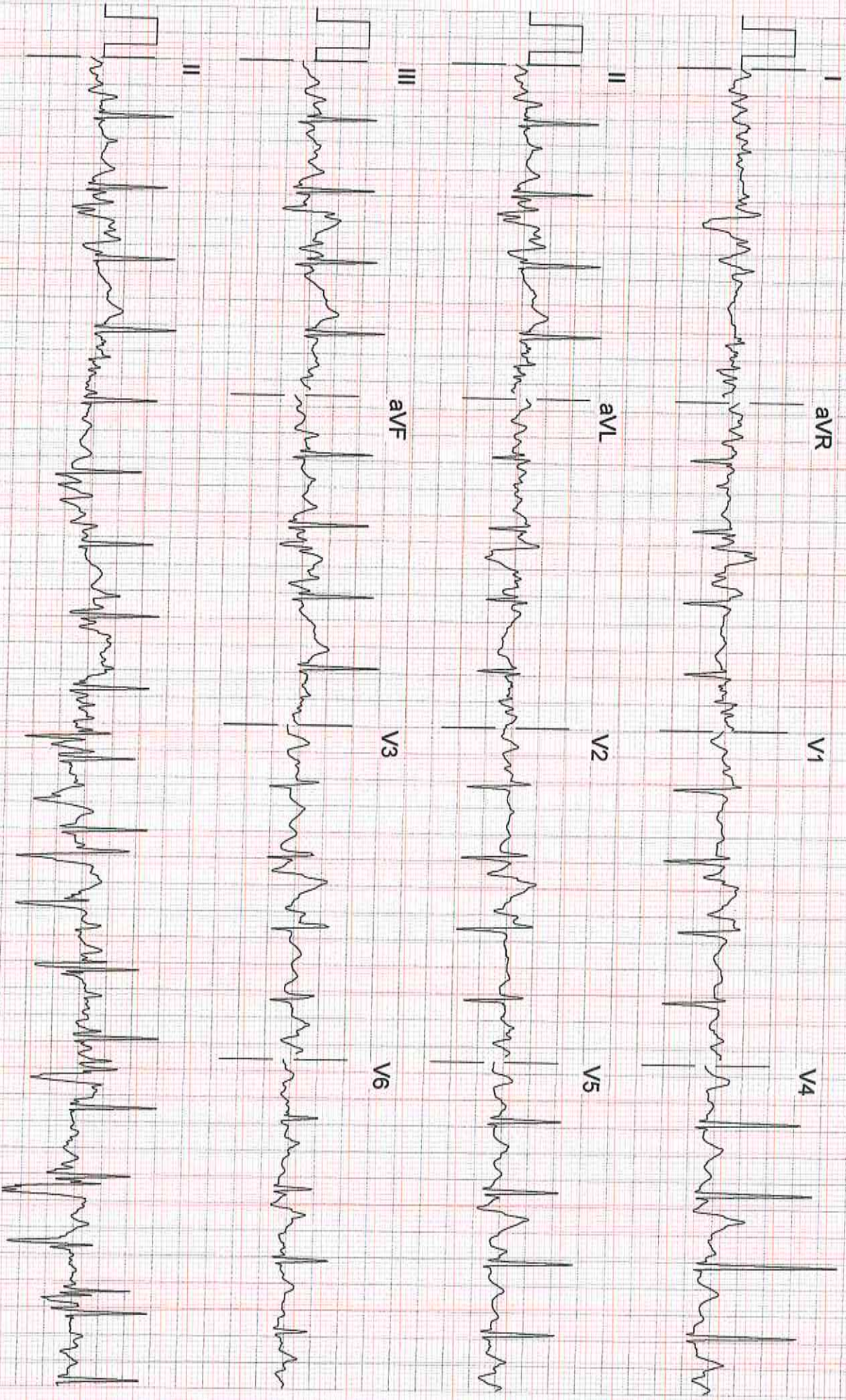
6/12/2019 11:54:58 AM

25 mm/sec 10 mm/mV BWF On MAF On Line On 40Hz On Page 1

In. Larsono
 6/12/2019 11:52:43
 26/12/1971
 12-Lead (simultaneous)

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

RPE	HR	HR	LVL
METS(a)	4.6	Target HR	147
BP	130/80	Max HR	109
Previous BP	130/80	HRxBP	140/40
		V5	V5
		LVL	-0.5 SLP
		LVL	0.1 SLP
		LVL	-0.1 SLP
			6
			2
			4



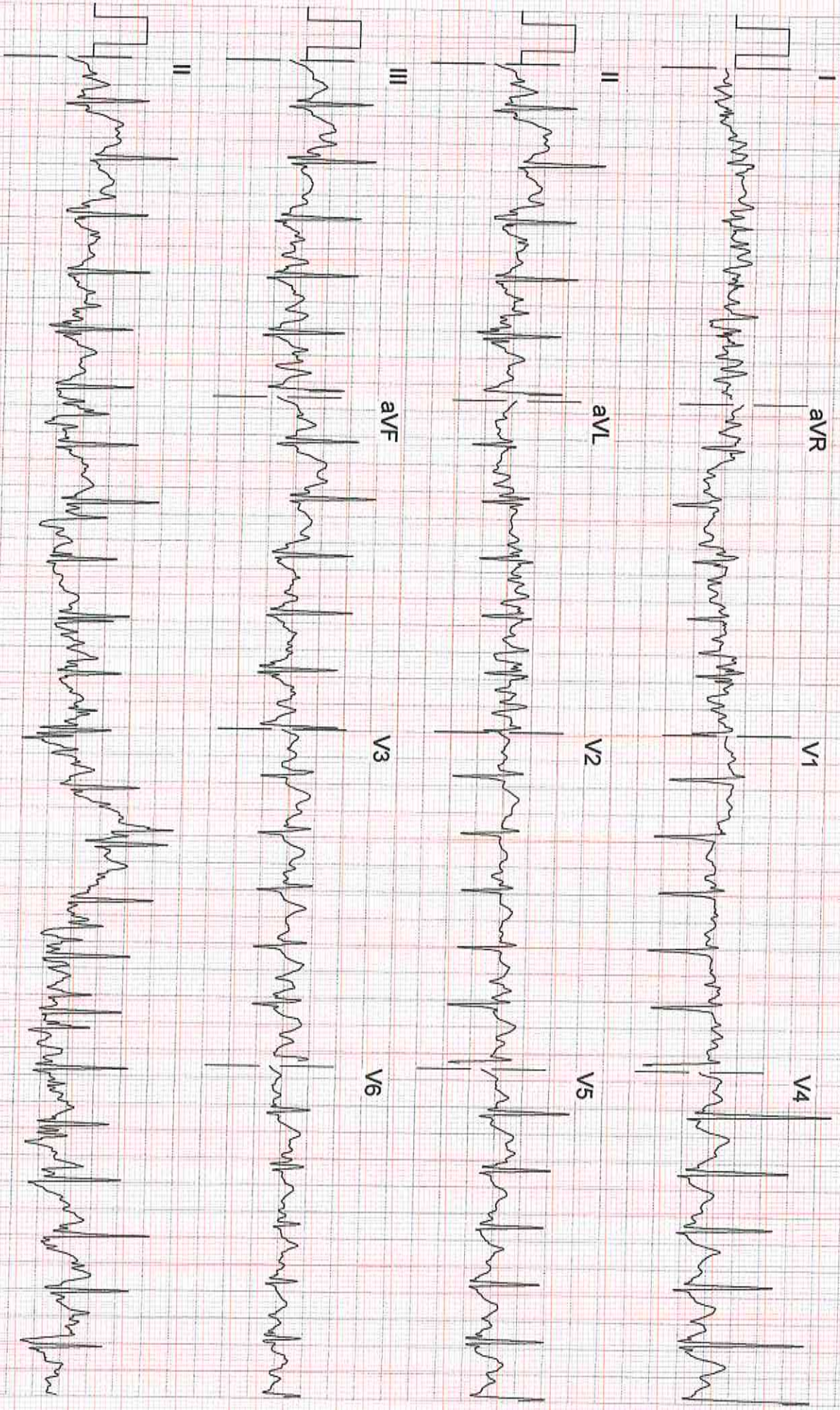
6/12/2019 11:58:55 AM

25 mm/sec 10 mm/mV BWF On MAF On Line On 40Hz On Page 2

III. Larsono
 6/12/2019 11:52:43
 26/12/1971
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage Spd/Grd 2.02:59 05:59
 4.0 km/h 12.0%

RPE	HR	HR	LVL	LVL	LVL
--	141	141	II	V2	V5
METS(a)	7.0	Target HR	147	LVL	-0.4 SLP
BP	140/90	Max HR	141	LVL	0.4 SLP
Previous BP	140/90	HRxBP	197/40	V5	LVL
					-0.1 SLP
					23
					12
					18



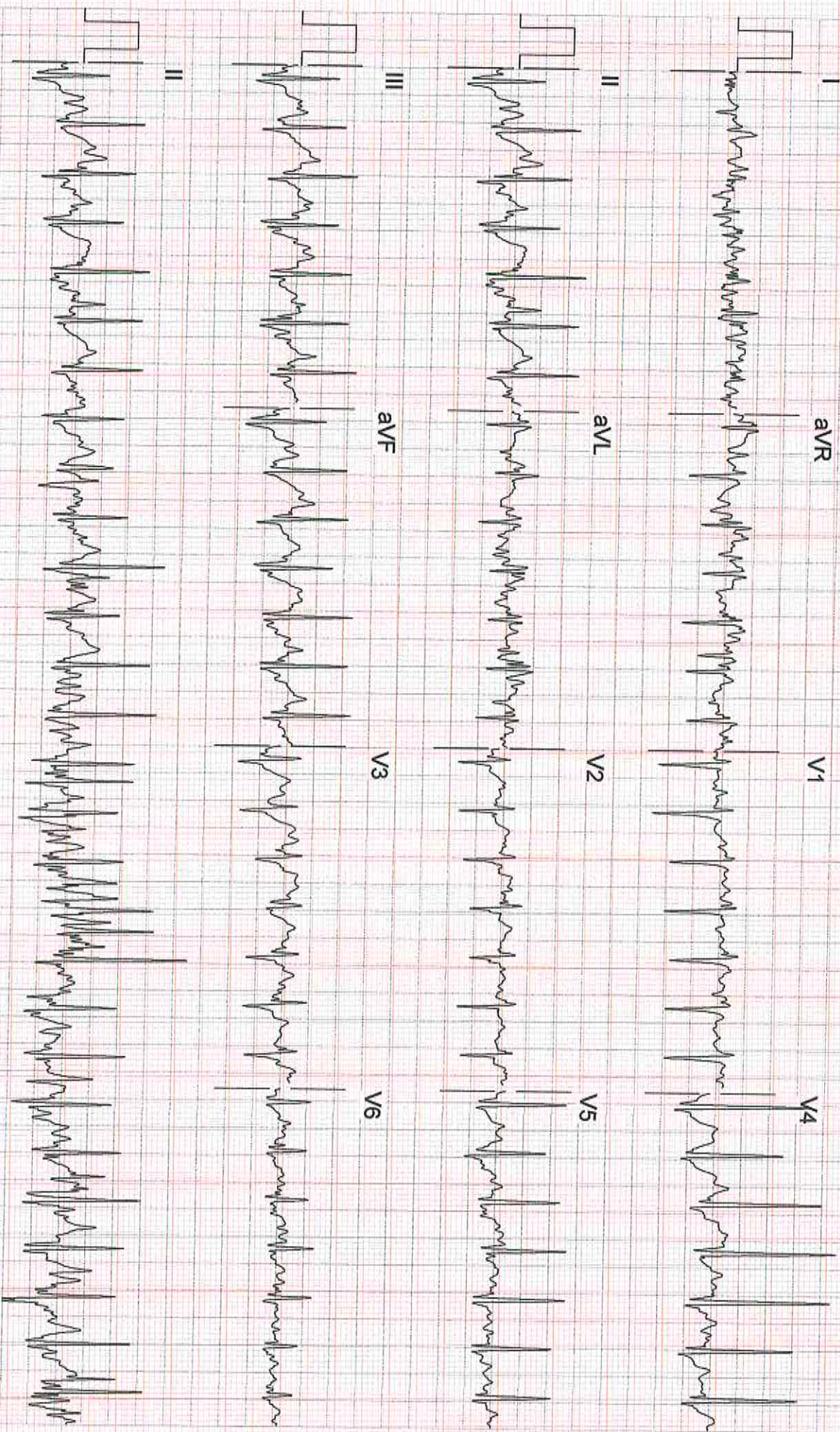
6/12/2019 12:01:55 PM

25 mm/sec 10 mm/mV BWF On MAF On Line On 40Hz On Page 3

I.N. Larson
 6/12/2019 11:52:43
 2612/1971
 12-Lead (simultaneous)

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

RPE	HR	HR	LVL	SLP
METS(a)	10.1	Target HR	147	11
BP	150/90	Max HR	168	V2
Previous BP	150/90	HRxBP	24900	V5
				LVL
				0.3
				SLP
				29

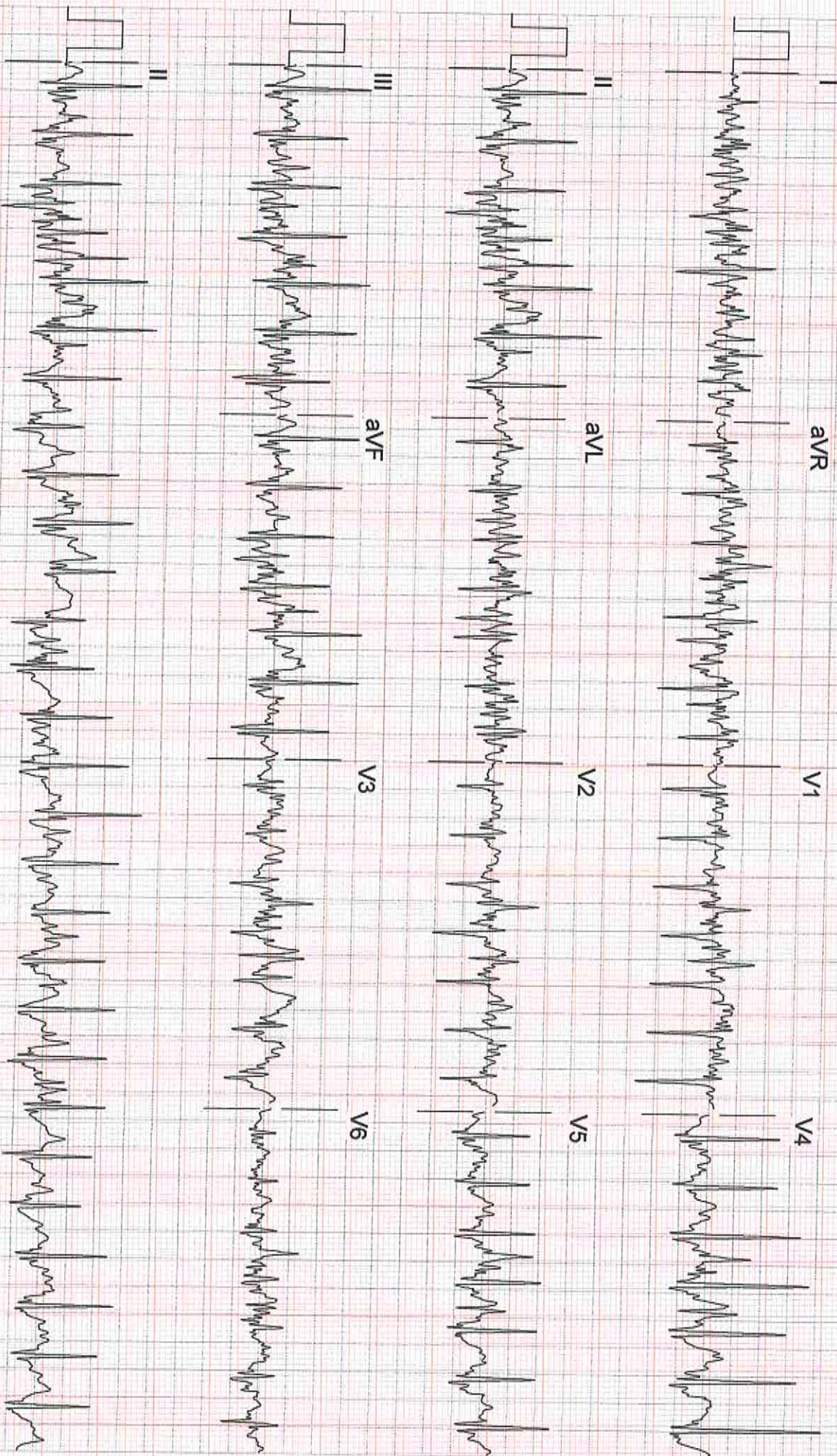


6/12/2019 12:04:55 PM

In. Larsono
 6/12/2019 11:52:43
 26/12/1971
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage
 Spd/Grd 4 00:10 09:10
 6.7 km/h 16.0%

RPE	HR	HR	LVL	SLP
METS(a) 10.1	Target HR 147	169	II	0.3
BP ---/---	Max HR 169		V2	0.9
Previous BP 150/90	HRxBP		V5	0.5
			LVL	SLP
				28
				27
				30

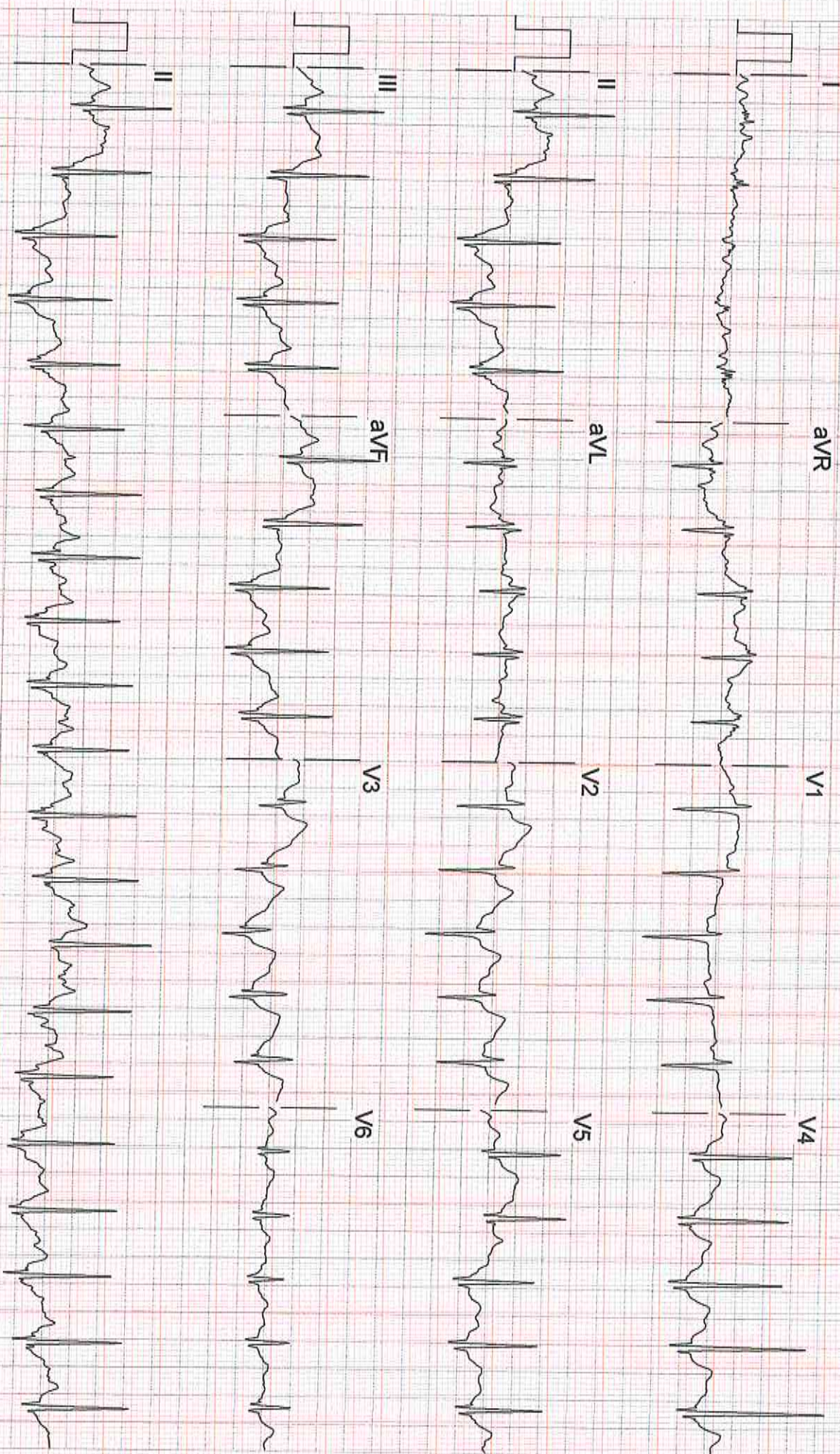


6/12/2019 12:05:06 PM

IN. Larson
 6/12/2019 11:52:43
 26/12/1971
 12-Lead (simultaneous)

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

RPE	HR	HR	LVL	SLP
METS(a)	Target HR	128	II	0.4
BP	Max HR	147	V2	1.1
Previous BP	HRxBP	171	V5	0.5
		19200	V6	SLP
				34
				34
				23



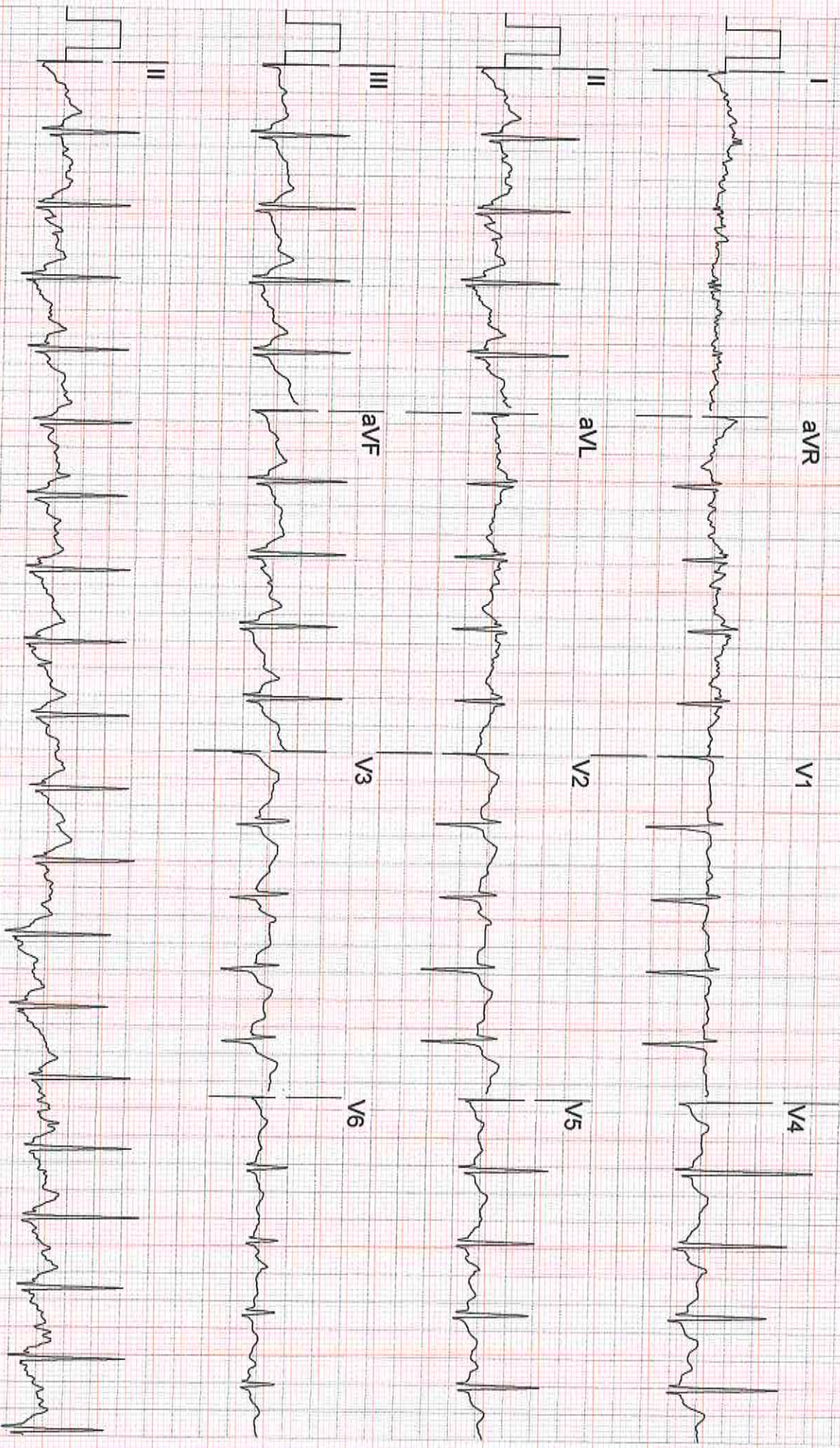
6/12/2019 12:07:07 PM

25 mm/sec 10 mm/mV BWF On MAF On Line On 40Hz On Page 6

I.N. Larson
 6/12/2019 11:52:43
 26/12/1971
 12-Lead (simultaneous)

Protocol
 Bruce
 Stage
 Spd/Grd
 1.9 km/h 0.0%

RPE	METS(a)	HR	Target HR	HR	LVL	SLP
-	10.1	147	147	116	II	0.1
BP	140/90	Max HR	171	V2	LVL	0.7
Previous BP	140/90	HRxBP	16240	V5	LVL	0.1
						SLP
						8



6/12/2019 12:09:07 PM

25 mm/sec 10 mm/mV BWF On MAF On Line On 40Hz On Page 7

Permintaan Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor F_OH_017

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)		
Nama Lengkap DARSONO	Tanggal Lahir (tgl – bln – thn) 26-12-1971	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title)	Nama Perusahaan PT. LSP.	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Offshore <input type="checkbox"/> Office
Alamat Rumah JL BINA BAKTI RT 11 GUMUNG SETELENG PENAJAM.	Nomor Telepon / HP 08530776296.	Tanggal Pemeriksaan (tgl – bln – thn)

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

- Pemeriksaan sebelum bekerja (Pre-placement), untuk kategori posisi:
- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Non-sedentary Worker | <input checked="" type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker | <input type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker |
| <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang | <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> Pilot | <input type="checkbox"/> Food Handler |
| <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | <input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium | | |
-
- Pemeriksaan berkala (Periodic), untuk kategori posisi:
- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Non-sedentary Worker | <input checked="" type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker | <input type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker |
| <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang | <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> Pilot | <input type="checkbox"/> Food Handler |
| <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | <input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium | | |
-
- Return to Work
Tidak masuk kerja \geq 14 hari kalendar karena sakit atau cedera, atau $<$ 14 hari jika kondisi medis dinilai serius, atau diturunkan saat masa on duty.
-
- For Cause:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Paska Insiden | <input type="checkbox"/> Supervisor menyangsikan kelaikan kerja pekerja |
|--|---|
-
- Job Transfer
Dilakukan sebelum pemindahan tugas ke posisi lain.

Komentar Supervisor (sebutkan tambahan pekerjaan lain atau faktor risiko di tempat kerja bila ada):

Tanda Tangan Supervisor	Tanggal (tgl – bln – thn)
-------------------------	---------------------------

F_OH_018 Formlir Evaluasi Contractor Fitness To Work

Prosedur CFTW: Pre-Placement Periodic Return to Work For Cause Job Transfer**BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)**

Nama Lengkap	DARSONO	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn)	26 - 12 - 1971	Jenis Kelamin	<input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title)	HELPER	Nama Perusahaan	PT. ISP	Lokasi Kerja	<input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah	JL PINIA BAKTI RT II GONDONG SETELANG PENAJAM	Nomor Telepon / HP		Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn)	

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. Mengonsumsi alkohol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tumor atau kanker	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Alergi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Menggunakan narkoba	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan untuk setiap jawaban Ya:

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

Aktivitas fisik anda? Ringan
 Sedang
 Berat

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

Obat-obatan yang dikonsumsi saat ini:

Apakah ada orangtua dan/atau saudara kandung yang meninggal sebelum usia 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)

06 - 12 - 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	5	15	5	15	20

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

Ambang dengar rata-rata Telinga Kiri 10 dB Telinga Kanan 13.75 dB

Kesimpulan: Normal Tidak Normal, jelaskan

Catatan:

Nama Pemeriksa Yenny M	Tanda Tangan Pemeriksa 	Tanggal Pemeriksaan 6-12-19
---------------------------	----------------------------	--------------------------------

PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pemeriksaan	Hasil
Panel hitung darah lengkap: Hb, Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Hematokrit, Trombosit, LED, Red Cell Indices (MCV, HCH, MCHC)	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: MCHC 37 g/dl
Panel Kimia darah • Profil Lipid: Total Kolesterol, HDL, LDL, dan Trigliserida • Fungsi Hati: Total bilirubin, Direct & Indirect Bilirubin, SGOT, dan SGPT • Fungsi ginjal: asam urat, ureum dan kreatinin. • Gula darah puasa & Gula darah 2 jam setelah makan	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:
Urine Analisa lengkap	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: RBC (1-2)
Kultur Feses (khusus untuk food handler)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:


BAGIAN D. Pemeriksaan Dokter

Garis 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?		✓	
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)		✓	
3	Telinga	Pengerasan (<i>scarring</i>) membrane timpani, penyumbatan kanalis eksternal, perforasi membrane timpani		✓	
4	Hidung, mulut dan tenggorokan	Deformitas (yang tidak dapat diperbaiki dan mengganggu proses menelan dan bernafas)		✓	
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)		✓	

F_OH_019_ Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN			
Nama Lengkap DARSONO	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 26 - 12 - 1971	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja:
Nama Perusahaan PT. LSP	CFTW Procedure <input type="checkbox"/> Pre-placement <input type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Return to Work <input type="checkbox"/> For Cause <input type="checkbox"/> Job Transfer		<input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Offshore
Posisi Utama:			
<input type="checkbox"/> Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Non-sedentary Worker	<input checked="" type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker	<input type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker
<input type="checkbox"/> Sekuriti	<input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team	<input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang	<input type="checkbox"/> Operator Alat Berat
<input type="checkbox"/> Penyelam / Diver	<input type="checkbox"/> Kru Kapal	<input type="checkbox"/> Pilot	<input type="checkbox"/> Food Handler
<input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan	<input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium		
Posisi Tambahan:			

REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK	
<input checked="" type="checkbox"/> A. Laik Kerja masa berlaku: <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun	
<input type="checkbox"/> B. Laik Kerja Dengan Batasan	
1.	
2.	
3.	
<input type="checkbox"/> C. Tidak Laik Kerja: <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah.....minggu/bulan	
<input type="checkbox"/> D. Tidak Dapat Memenuhi Evaluasi Yang Diminta, dengan alasan:	
Rekomendasi (jika diperlukan tindak lanjut):	
Catatan: <input checked="" type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar	
Nama Dokter Pemeriksa Dr. Yussie Andeline 026/31B/SIP-D/11/2017	Tanda Tangan  Tanggal (tgl-blh-thn) 9 - 12 - 2019
Nama Rumah Sakit/Klinik Panacea Clinic	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik Komp. Balikpapan Baru AB 2 100-17-20, 23 Balikpapan Baru, Balikpapan 76114 (0542) 877828

Harus dilakukan verifikasi CFTW oleh H&M PHKT untuk:

- Pekerja dengan kategori pekerjaan risiko tinggi yaitu: tenaga sekuriti, *fireman*, bekerja di ketinggian (*working at height*), bekerja di ruang terbatas (*confined space*), Awak Mobil Tanki (AMT), operator alat berat, *driver* mobil penumpang, dan penyelam / Teknik Bawah Air (TBA)
- Penjamah makanan (*food handler*) dan Tenaga Medis (*Health Care Worker*).

Persetujuan Health & Medical (gunakan huruf cetak)	Tanda Tangan	Tanggal (bb/hh/tttt)
		/ /

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : DARSONO
 Tanggal Lahir : 26-12-1971
 Pekerjaan : HELPER
 Perusahaan : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA Nomor Pegawai : _____
 Alamat : JL. BINA BAKTI RT 11 Gunung Seteleug
 Nomor Telepon : 0853 8776 9296

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

Rumah Sakit/Klinik : Panacea Clinic
 Alamat : Komp Balepapan Baru AB 2 NO-17-2012
 Nomor Telepon : (0812) 877808

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

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

Selanjutnya informasi tersebut dapat diberikan kepada pihak-pihak berikut:

Nama : _____ Perusahaan/Instansi : PT Inspektindo Sinergi persada
 Alamat : _____ Nomor Telepon : _____


Nama : _____ Perusahaan/Instansi : _____
 Alamat : _____ 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/psikiatris 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  _____ Tanggal 06 / 12 / 2019
 Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

 _____ Tanggal / /
 Tanda Tangan Saksi Hubungan Dengan Pemberi Wewenang (Tgl - Bln - Thn)