

MEDICAL CHECK UP REPORT



NAME : Teguh Setiawan
SEX : Male
COMPANY : PT. Inspektindo Sinergi Persada
MEDICAL RECORD : 01 99 33
DATE OF VISIT : May 2, 2020

PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN BERKALA 2020

Nama : Teguh Setiawan

Berikut ini adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan tanggal : 2 Mei 2020

Temuan

- Riwayat Kesehatan 1 Tahun terakhir ditemukan masalah : **Kencing manis.**
- Riwayat Penyakit keluarga ditemukan masalah : **Kencing manis, Asma.**
- Riwayat Vaksinasi - Tetanus (Tidak).
- Hepatitis (Tidak).
- Kebiasaan Merokok : Tidak
- Konsumsi Alkohol : Tidak.
- Aktivitas Olahraga : **Ya (2x/bulan)**
- Hasil pemeriksaan Fisik : **Indeks Massa Tubuh : Kelebihan berat badan (BMI : 29,07)**
- Hasil pemeriksaan X - Ray dalam batas normal.
- Hasil pemeriksaan EKG dalam batas normal (Sinus Rhythm).
- Hasil pemeriksaan Treadmill : Negative Ischemic Response.
- Hasil pemeriksaan Audiometri dalam batas normal.
- Hasil pemeriksaan Laboratorium : **Darah : RBC 6,40 M/ul, MCV 67 fL, MCH 23 pg, Total Cholesterol 242 mg/dl, LDL Cholesterol 172 mg/dl, HDL Kolestrol 35 mg/dl, Bilirubin Direk 0.26 mg/dl, Uric Acid 7,4 mg/dl, SGPT 61 IU/L, Glucose Fasting 294 mg/dl, Glucose 2 HPP 322 mg/dl**
- Hasil pemeriksaan Urine : **Glucose (++)**

STATUS KESEHATAN

Kategori	CATATAN
<input type="checkbox"/> 1A	Tidak ditemukan masalah kesehatan
<input type="checkbox"/> 1B	Ditemukan masalah kesehatan yang tidak serius
<input type="checkbox"/> 2	Ditemukan masalah kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok risiko rendah
<input checked="" 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 : Administrator
Di : Office

Saran - saran

- Disarankan konsul ke Dokter Spesialis Penyakit Dalam sehubungan dengan hasil pemeriksaan laboratorium.
- Diet rendah lemak dan tinggi serat.
- Diet rendah gula dan karbohidrat.
- Diet rendah purin.
- Minum air putih 2-3 liter/hari.
- Lakukan olahraga minimal 3x/minggu.
- Turunkan berat badan hingga mencapai berat badan normal.
(BMI = Underweight < 18,5, Normal 18,5-24,9, Overweight 25-29,9, Obese ≥ 30)

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. Yuslie Andeline

EXAMINATION RESULTS

Name : Teguh Setiawan	Date of Visit : May 2, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 99 33
Date of Birth : September 10, 1978	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
HISTORY OF DISEASE		
- Complaint at present	None	
- Past history of disease		
▪ Hypertension, Hypotension	None	
▪ Heart disease	None	
▪ Asthma	None	
▪ Dyspepsia	None	
▪ Hemorrhoids	None	
▪ Chronic Skin Disease	None	
▪ Alergic	None	
▪ Diaebetic	Yes	
▪ Jaundice	None	
▪ Arthritics	None	
▪ Kidney Stone / Neuphrolithiasis	None	
▪ Eyes	None	
▪ Ears	None	
▪ Nose	None	
▪ Mouth / Teeth	None	
▪ Cancer/tumor	None	
▪ Hemophilia	None	
▪ Epilepsies	None	
▪ Acrophobia	None	
▪ Pyschiatric Disorder	None	
▪ Gynecological Problem	None	
▪ TBC	None	
▪ Malaria	None	
▪ Tipus	None	
▪ Genital Disease	None	
▪ Others	None	
FAMILY HISTORY OF DISEASE		
- Diabetic	Yes	
- Hypertension	None	
- Heart Disease	None	
- Asthma	None	
- Cancer	None	
- Stroke / CVA	None	
- Alergic	None	
- Others	None	
HABITS		
- Smoking	None	
- Alcohol / Drugs	None	
- Exercise	2X/Month	80 Minute
IMMUNIZATIONS HISTORY		
- Have you had a tetanus vaccination	None	
- Have you had hepatitis vaccination	None	

MEDICAL CHECK UP EXAMINATION FORM

A. GENERAL CONDITION

Blood Pressure (supine)	122 / 80 mmHg
Pulse	87 x /mn
Respiration	18 x /mn
Temperature	36.5 °C

Weight (W)	85 kg
Height (H)	172 cm
BMI	29.07

LP: 04.5 cm

*BMI = W / H² (Underweight <18.5, Normal 18.5-24.9, Overweight 25-29.9, Obese ≥30)

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

B. PHYSICAL

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

Approved by GP :

LABORATORY RESULTS

Name : Teguh Setiawan	Date of Visit : May 2, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 99 33
Date of Birth : September 10, 1978	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
HEMATOLOGY		
Automated Blood Count		
- WBC	6,9	4.5 - 10.0 K/ul
- RBC	6,40	M : 4.7-6.1 M/ul F : 4.2-5.4 M/ul
- Haemoglobine	14,9	M : 13-18 g/dl F : 12-16 g/dl
- Haematocrite	43%	M : 42-52% F : 37-47%
- MCV	67	80- 100 fL
- MCH	23	26 - 34 pg
- MCHC	35	32 - 36 g/dL
- Thrombocyte	250	150 - 450 K/ul
- ESR	10	M : 0 - 10 mm/h : F : 0 - 20 mm/h
- Diff. Count :		
Basophil	0%	0 - 1%
Eosinophil	0%	2 - 4%
Stab	2%	3 - 5%
Segment	59%	55 - 65%
Lymphocyte	37%	25 - 35%
Monocyte	2%	3 - 6%
BLOOD CHEMISTRY		
LIPID PROFILE		
- Total Cholesterol	242	<200 mg/dl
- HDL Cholesterol	35	M : >35 mg/dl F : >45 mg/dl
- LDL Cholesterol	172	<150 mg/dl
- Trygliceride	176	30 - 200 mg/dl
RENAL FUNCTION		
- Ureum	23	10 - 50 mg/dl
- Creatinine	0,69	M : 0.6-1.1 mg/dl F : 0.5-1.0 mg/dl
- Uric Acid	7,4	M : <7 mg/dl F : <5.7 mg/dl
LIVER FUNCTION		
- Total Bilirubin	0.80	0-1.1 mg/dl
- Bilirubin Direk	0,26	0-0.25 mg/dl
- Bilirubin Indirek	0,54	0-0.75 mg/dl
- SGOT	36	M : 0-37 IU/L F : 0-31 IU/L
- SGPT	61	M : 0-42 IU/L F : 0-32 IU/L
DIABETES		
- Glucose Fasting	294	70-110 mg/dl
- Glucose 2 HPP	322	<140 mg/dl

LABORATORY RESULTS


Name : Teguh Setiawan	Date of Visit : May 2, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 99 33
Date of Birth : September 10, 1978	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
URINALYSIS		
MACROSCOPIC		
- Color	Yellow	
- Turbidity	Clear	
- S. Gravity	1.030	1.010 - 1.030
- pH	5,0	4.8 - 7.4
- Leucocyte (Enzymatic)	Negative	Negative
- Glucose	Positive (++)	Negative
- Nitrite	Negative	Negative
- Bilirubin	Negative	Negative
- Blood	Negative	Negative
- Urobilinogen	Negative	Negative
- Protein	Negative	Negative
- Keton	Negative	Negative
MICROSCOPIC		
- WBC	1 - 2	0 - 4
- RBC	0 - 1	0 - 1
- Ephitel	1 - 2	+ / Positive
- Cylinder	Negative	Negative
- Crystal Oxalat	Negative	Negative
- Bacteria	Negative	Negative
- Others	Negative	Negative

Technician of Laboratory

()

Head of Laboratory


Dr. Yussie Andeline

RADIOLOGY RESULT

Name : Teguh Setiawan	Date of Visit : May 2, 2020
Sex : Male	Rontgen Record : 0 1 5 2
Date of Birth : September 10, 1978	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.

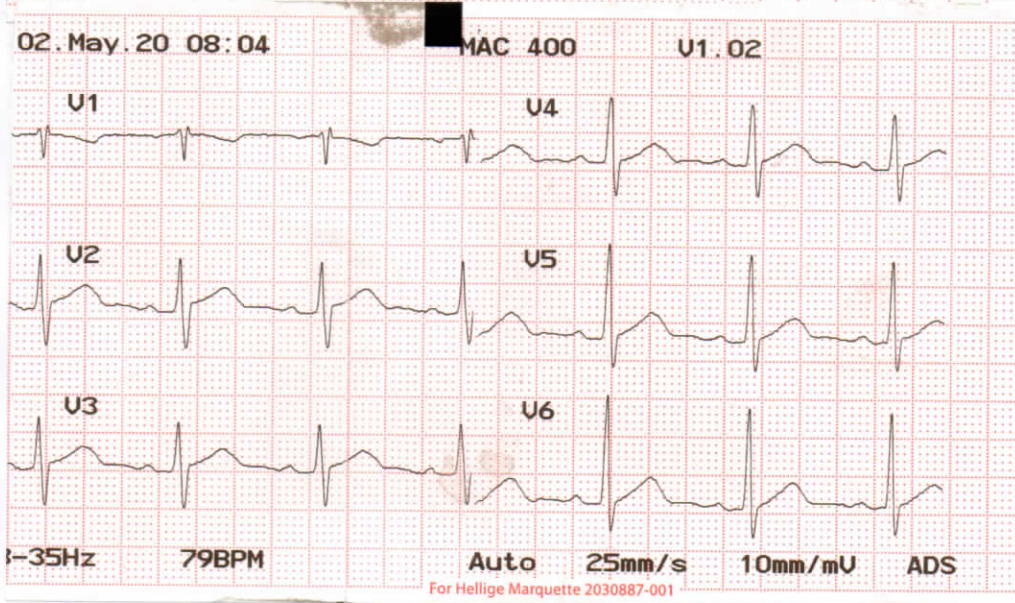
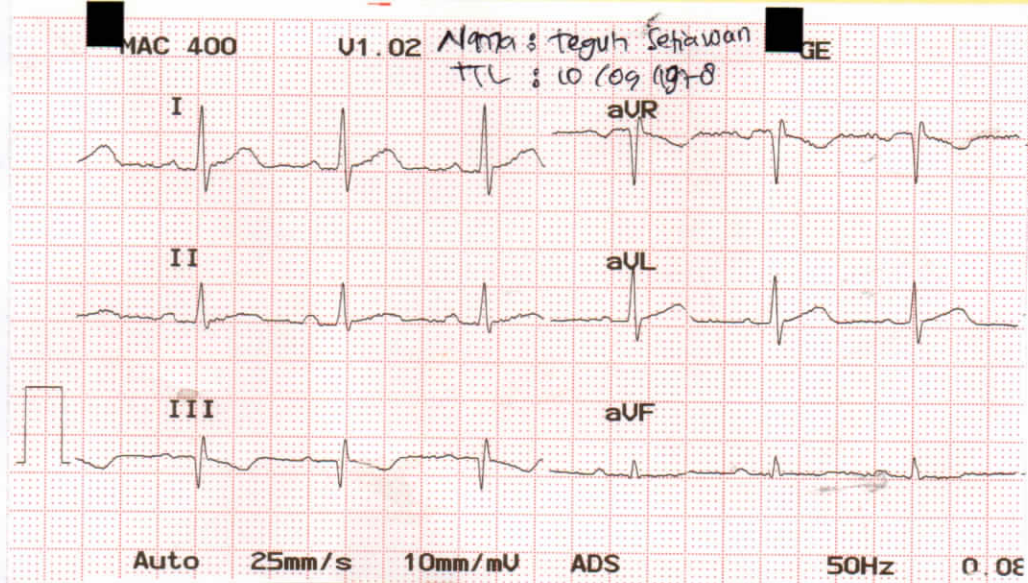
Kesan : Tidak tampak kelainan radiologik pada foto thorax ini.

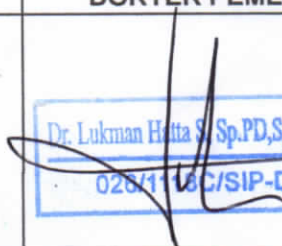
Salam Sejawat,



ECG RESULT

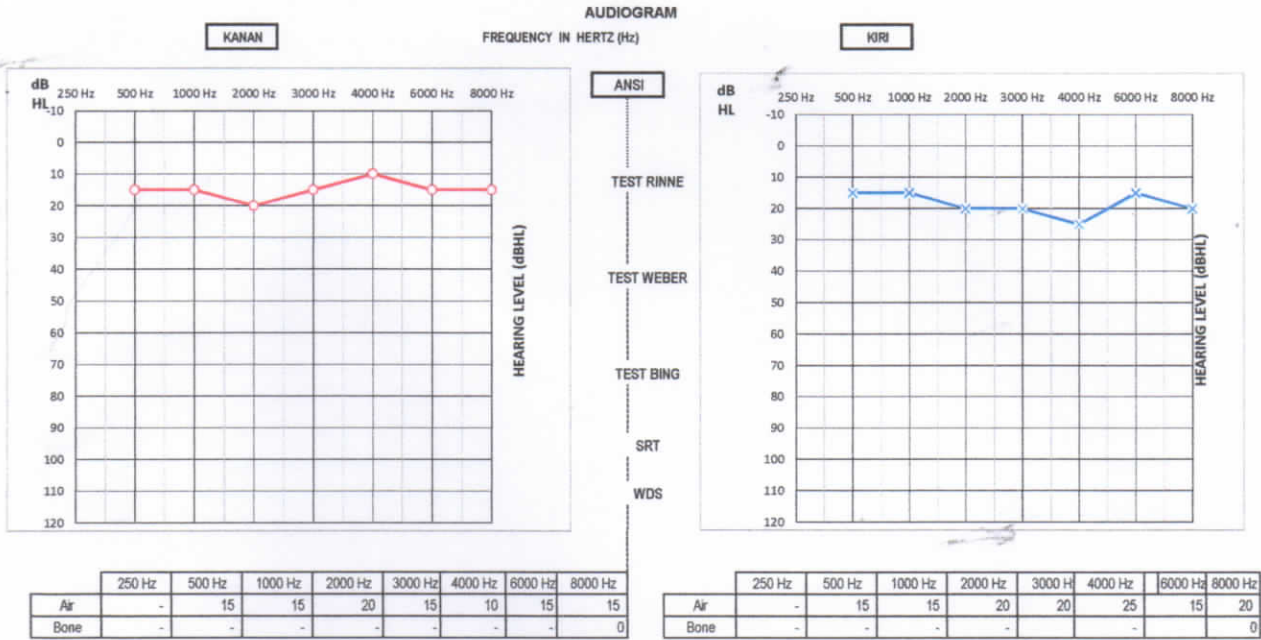
Name : Teguh Setiawan	Date of Visit : May 2, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 99 33
Date of Birth : September 10, 1978	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada



KESIMPULAN	DOKTER PEMERIKSA
Normal	 Dr. Lukman Hetta S. Sp.PD, Sp.KI, FINASIM 020/1108/SIP-D/2017

AUDIOMETRY RESULT

Name : Teguh Setiawan	Date of Visit : May 2, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 99 33
Date of Birth : September 10, 1978	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada



Test oleh : Ahmad Anisid
Dokter : Dr. Erica Lukman Sp.THT - MGH

AUDIOGRAM CODE

EAR	COL	AC		BC	
		UM	M	UM	M
R	RED	O	Δ	<	
L	BLUE	X	□	>	
NO RESPONSE					

AC _____ BC _____

<p style="text-align: center;">Kesimpulan</p> <p>Teslinga kanan + kiri dalam batas normal.</p>	<p style="text-align: center;">Dokter Pemeriksa</p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Dr. Erica Lukman, Sp. THT-KL 026/1125C/SIP-D/X/2016</p> </div>
--	---

TREADMILL TEST RESULT

Name : Teguh Setiawan	Date of Visit : May 2, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 99 33
Date of Birth : September 10, 1978	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

LAPORAN TREADMILL EXERCISE TEST (PROTOKOL BRUCE)

EKG Pretest : Normal sinus rhythm

Lama Test : 7 Menit 32 Detik

Tekanan Darah Awal : 120/80 mmHg Tekanan Darah Maksimal : 150/90 mmHg

Denyut Jantung Tercapai : 166 x/menit Denyut Jantung Maksimal : 173 x/menit

Test dihentikan karena

- Fatigue
- Dyspneu
- 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 - 1 mm
- Bermakna (ST Depresi > 1 mm)

Tingkat kebugaran jasmani

- Rendah
- Kurang
- Sedang
- Baik
- Sangat baik

Kapasitas aerobik : 9 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, 21/5/20
Dokter Pemeriksa,

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

Q-Stress Final Report

2/05/2020

10:06:16 AM

Attending Referring

Patient Teguh Setiawan

MRN 2/05/2020 10:05:36

DOB 10/09/1978 Age 41 Ht 172 cm

Sex MALE Wt 86 kg

Medication

Resting HR 109 Target HR 152

Resting SBP 122 Max Predicted HR 179

Resting DBP 80 % Max HR 93

Worst-case ST Level -1.0 V1

Worst-case ST Slope -18 V1

Max HR 166

Max SBP 150

Max DBP 90

Total Exercise Time 07:32

METs(a) 10.1

Protocol

HRxBP

Billing Code

Bruce

23240

Reason for Test

Reason for Ending Test

Observation

Conclusion

Kardiologi Ischemic Myo

Dr. Dewi Ayu P, Sp. JP
026/1286/SIP-D/IV/2018
Dr Dewi Ayu

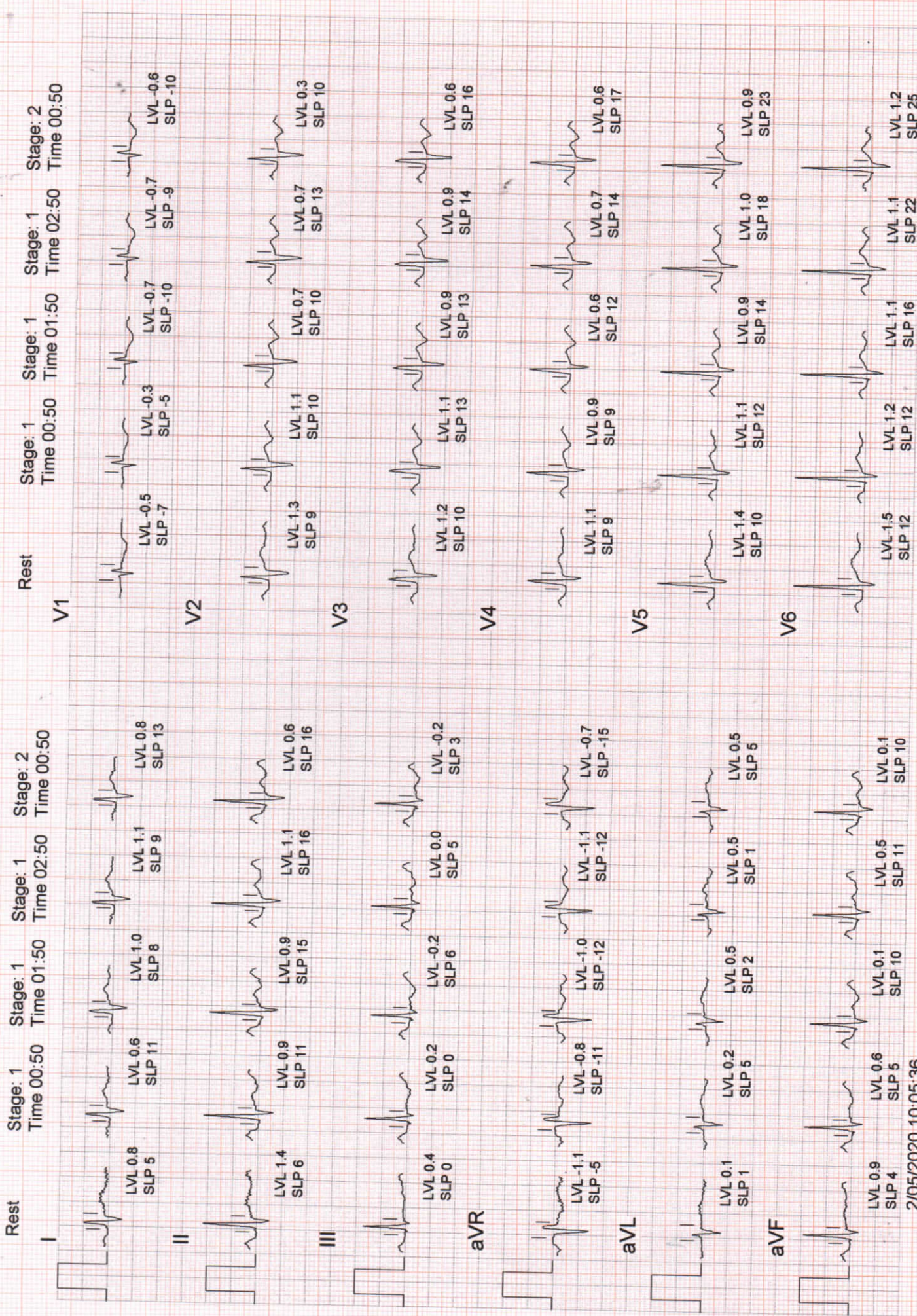
Tabular Summary

Teguh Setiawan

Stage	Total Stage Time	HR	Current ER	BP	HRxBP	TM Speed km/h	TM Grade %	LVL II	LVL V2	LVL V5
REST	01:09	109	0	122/80	13298	1.9	0.0	1.4	1.3	1.4
Stage 1	01:00	122	0	122/80	14884	2.7	10.0	0.9	1.1	1.1
	02:00	122	0	122/80	14884	2.7	10.0	0.9	0.7	0.9
	03:00	127	0	122/80	15494	2.7	10.0	1.1	0.7	1.0
Stage 2	01:00	135	0	120/90	16200	4.0	12.0	0.6	0.3	0.9
	02:00	149	0	120/90	17880	4.0	12.0	0.7	0.4	1.0
	03:00	152	0	120/90	18240	4.0	12.0	0.6	0.1	0.9
Stage 3	01:00	164	0	---/---	---	5.4	14.0	0.4	0.0	0.7
	01:32	165	0	140/90	23100	5.4	14.0	0.4	0.0	0.8
Stop exercise at 07:32										
RECOVERY	01:00	149	0	140/90	20860	1.9	0.0	1.1	1.1	1.4
	02:00	136	0	140/90	19040	1.9	0.0	0.7	0.6	0.8
	03:00	130	0	140/90	18200	1.9	0.0	0.3	0.3	0.4
	04:00	128	0	140/90	17920	1.9	0.0	0.1	0.1	0.1
	05:00	126	0	150/90	18900	1.9	0.0	0.0	0.2	0.2
	05:17	124	0	150/90	18600	0.0	0.0	0.0	0.3	0.2

Average Beat Summary

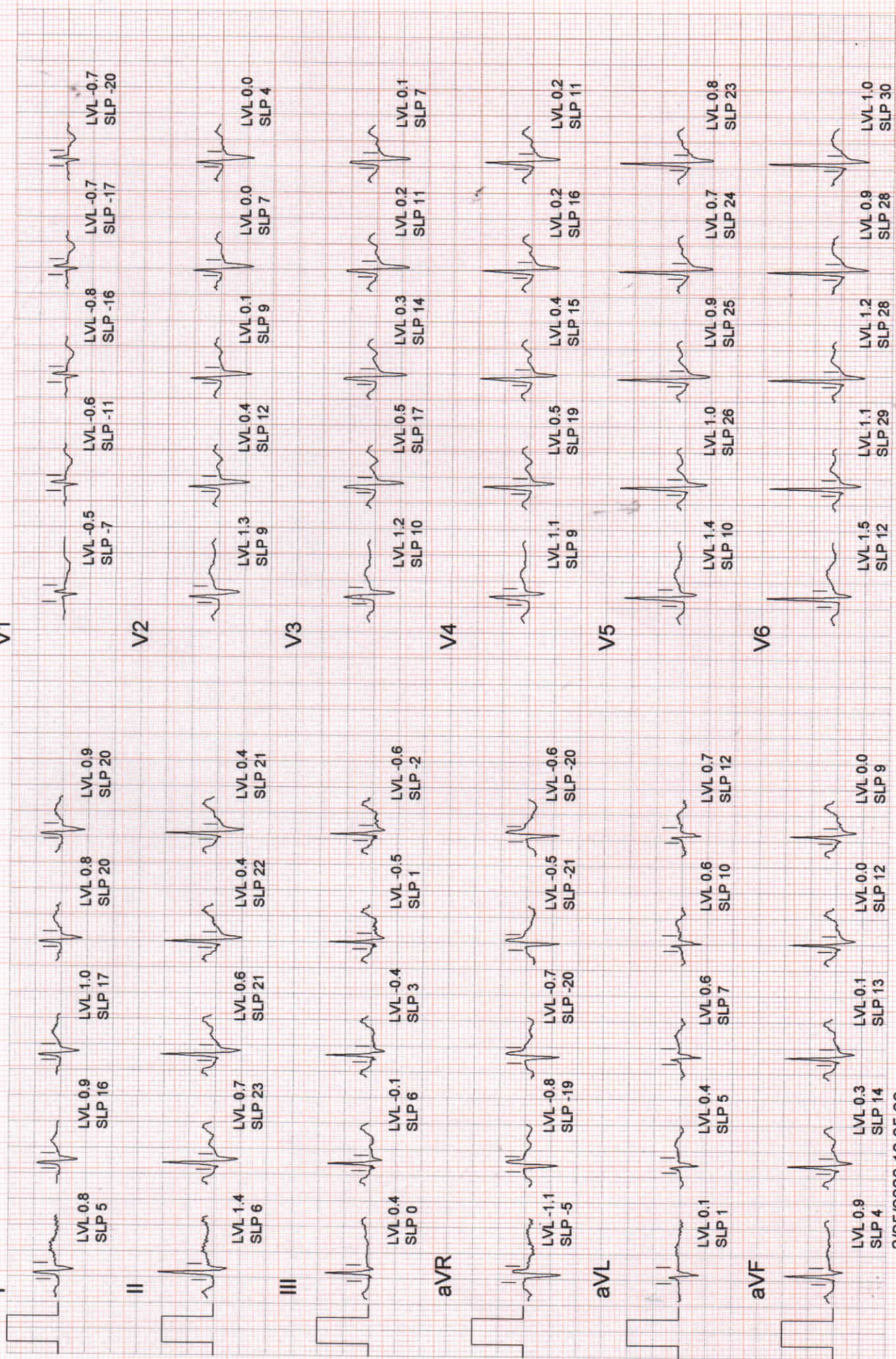
Teguh Setiawan



Average Beat Summary

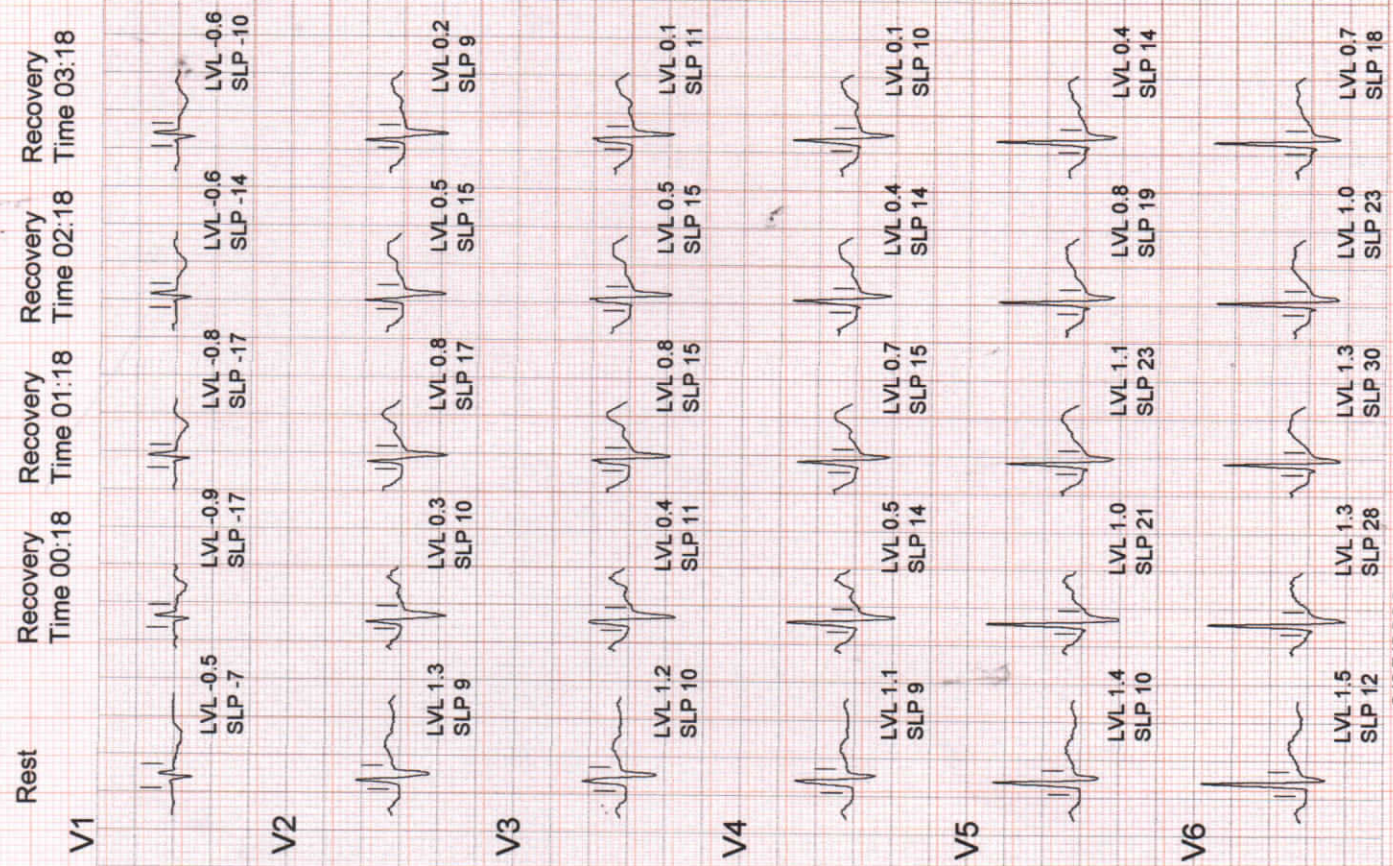
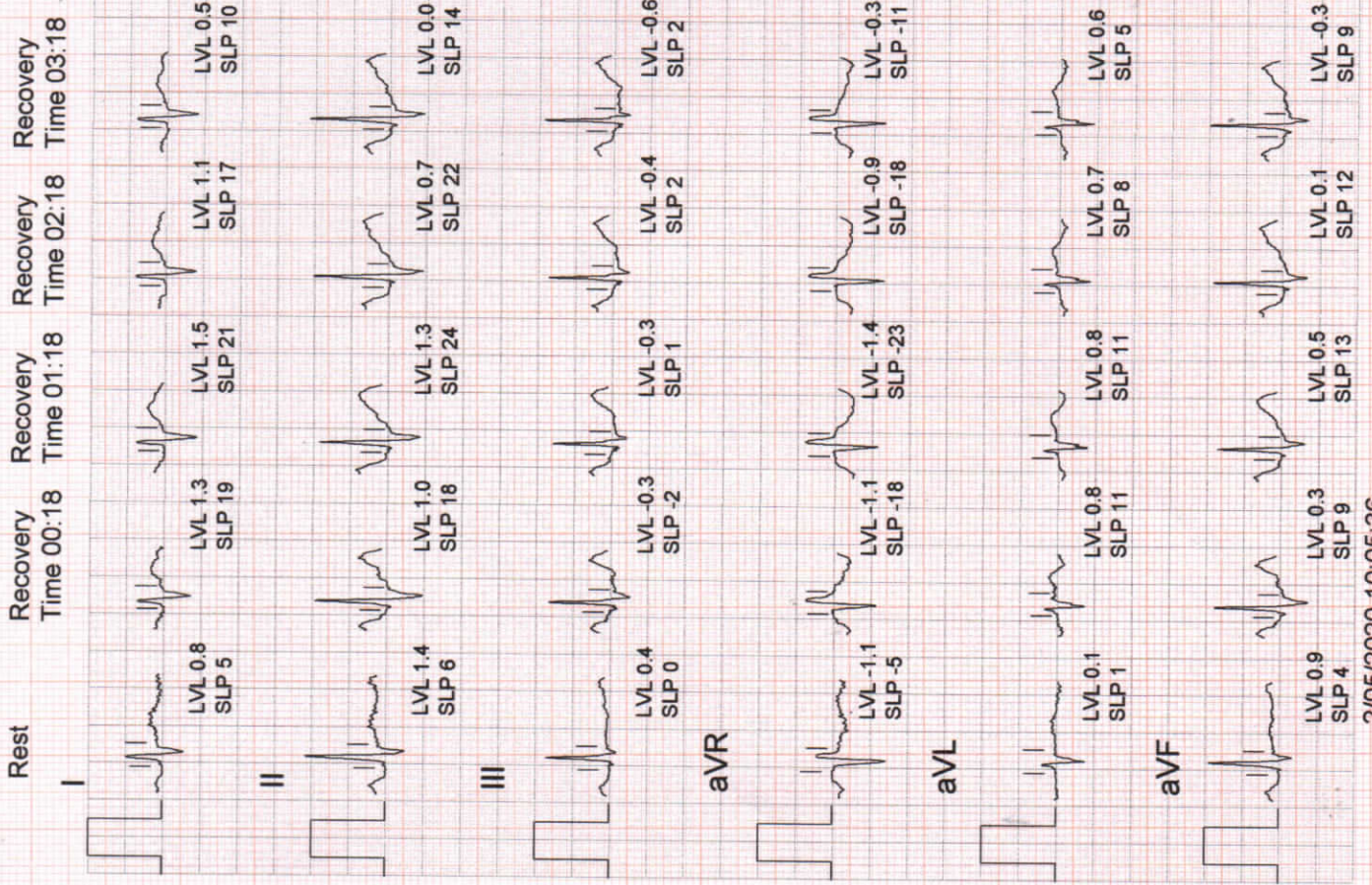
Teguh Setiawan

Rest Stage: 2 Time 01:50 Stage: 2 Time 02:50 Stage: 3 Time 01:30 Stage: 3 Time 00:50 Stage: 3 Time 01:30



Average Beat Summary

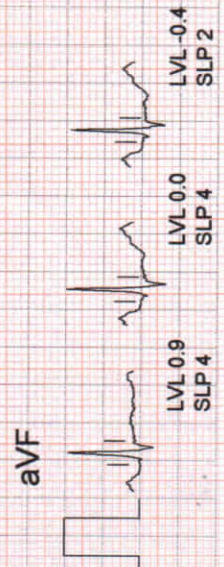
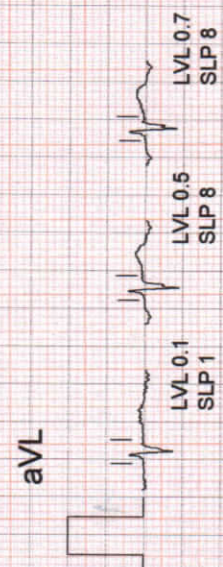
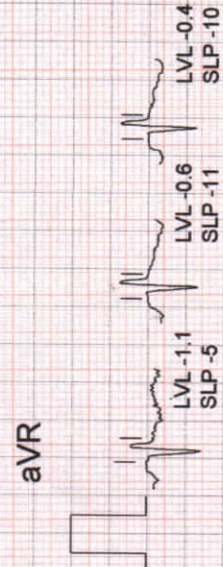
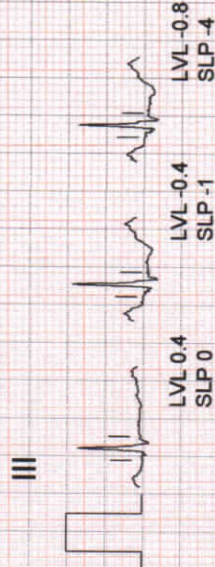
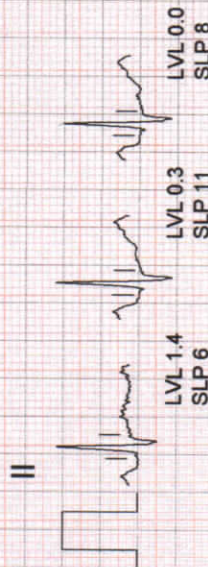
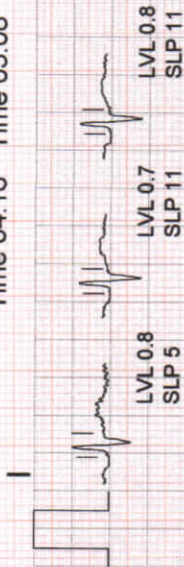
Teguh Setiawan



Average Beat Summary

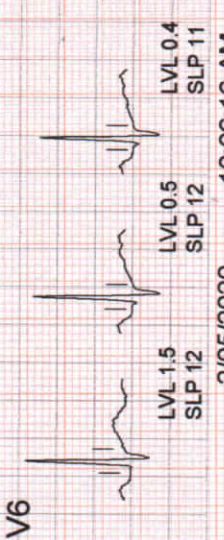
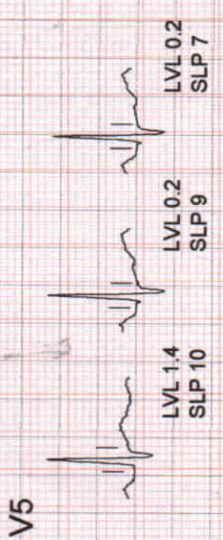
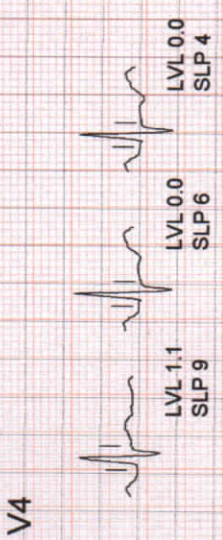
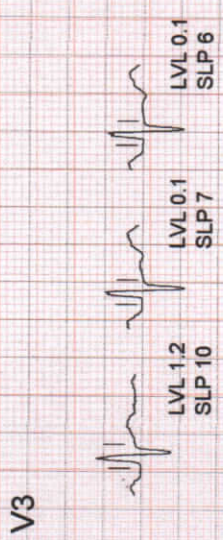
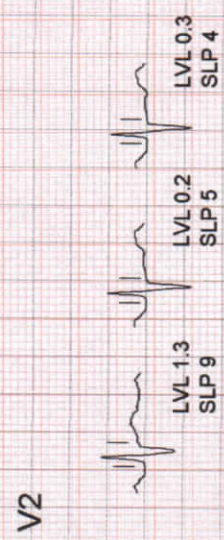
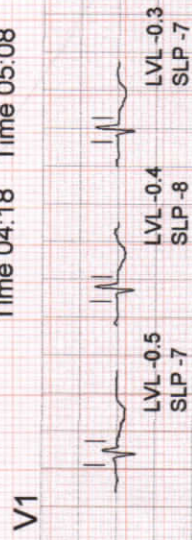
Teguh Setiawan

Rest Recovery Time 04:18 Time 05:08



2/05/2020 10:05:36

Rest Recovery Time 04:18 Time 05:08



2/05/2020

10:06:16 AM

Teguh Setiawan
 2/05/2020 10:05:36
 10/09/1978
 12-Lead Manual (simultaneous)

Protocol

Bruce
 Stage
 Spd/Grd

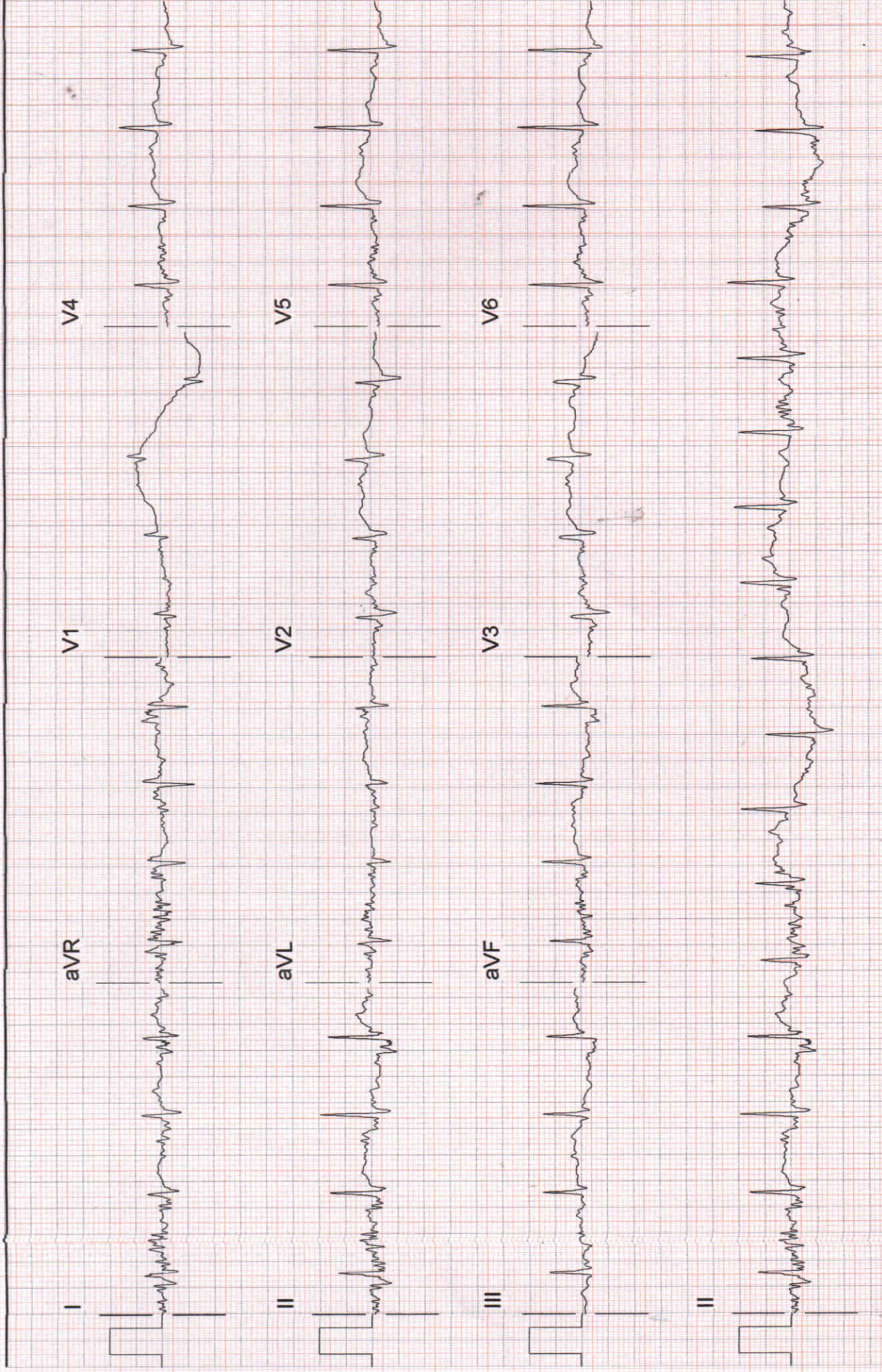
Rest 00:40
 1.9 km/h 0.0%

RPE
 METs(a)
 BP

HR
 Target HR
 Max HR

11834 V5

97
 152 II
 97 V2
 11834 V5
 1.3 SLP
 1.4 SLP
 1.3 SLP



Teguh Setiawan
2/05/2020 10:05:36

10/09/1978

12-Lead Manual (simultaneous)

Protocol

Bruce

Rest 00:45

1.9 km/h 0.0%

RPE

METS(a)

BP

Previous BP

HR

Target HR

Max HR

HRxBP

100

152

100

12200

--

1.0

122/80

122/80

100

152

100

12200

9

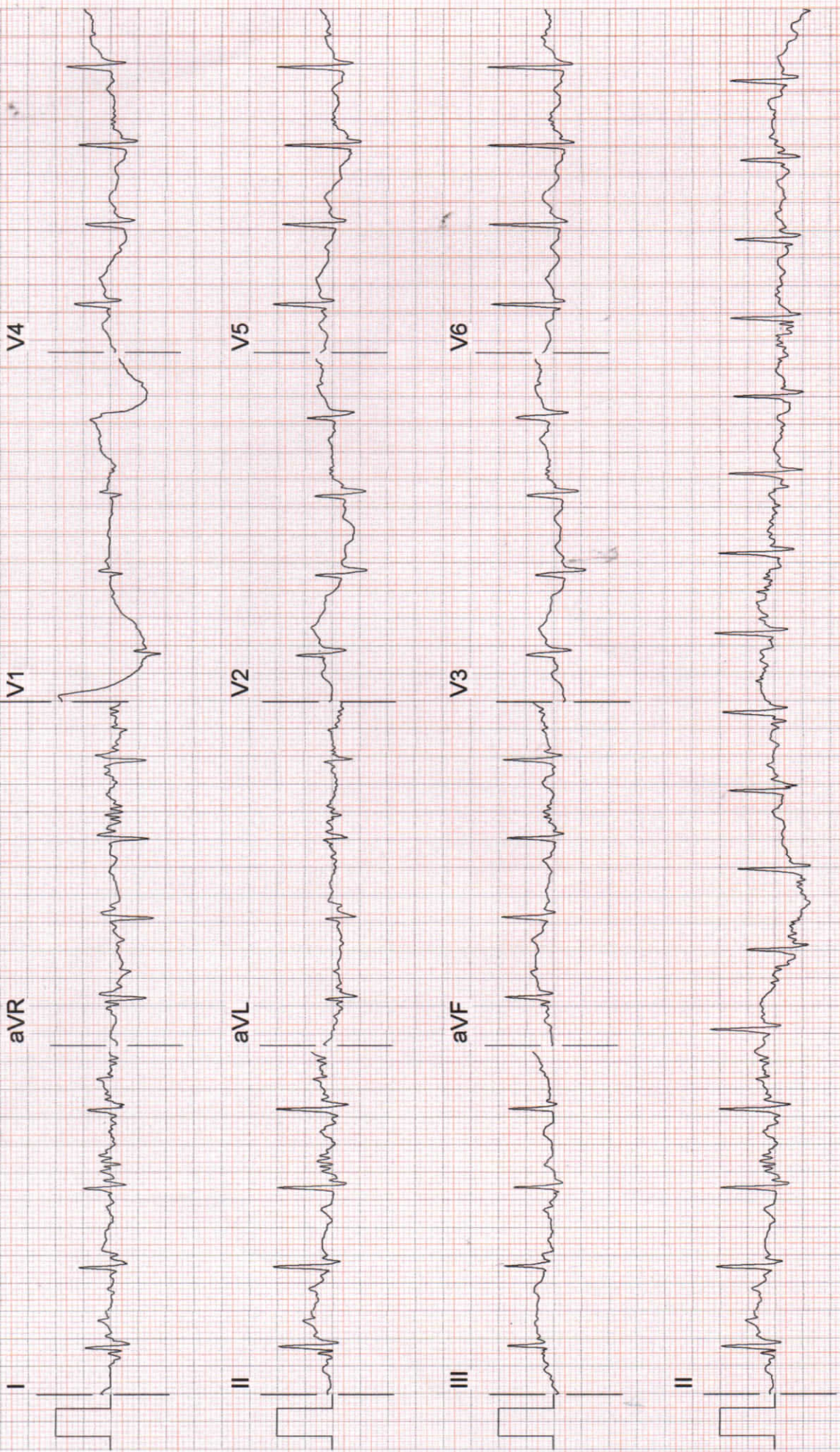
11

10

LVL 1.3

LVL 1.4

LVL 1.3



Teguh Setiawan
 2/05/2020 10:05:36
 10/09/1978
 12-Lead (simultaneous)

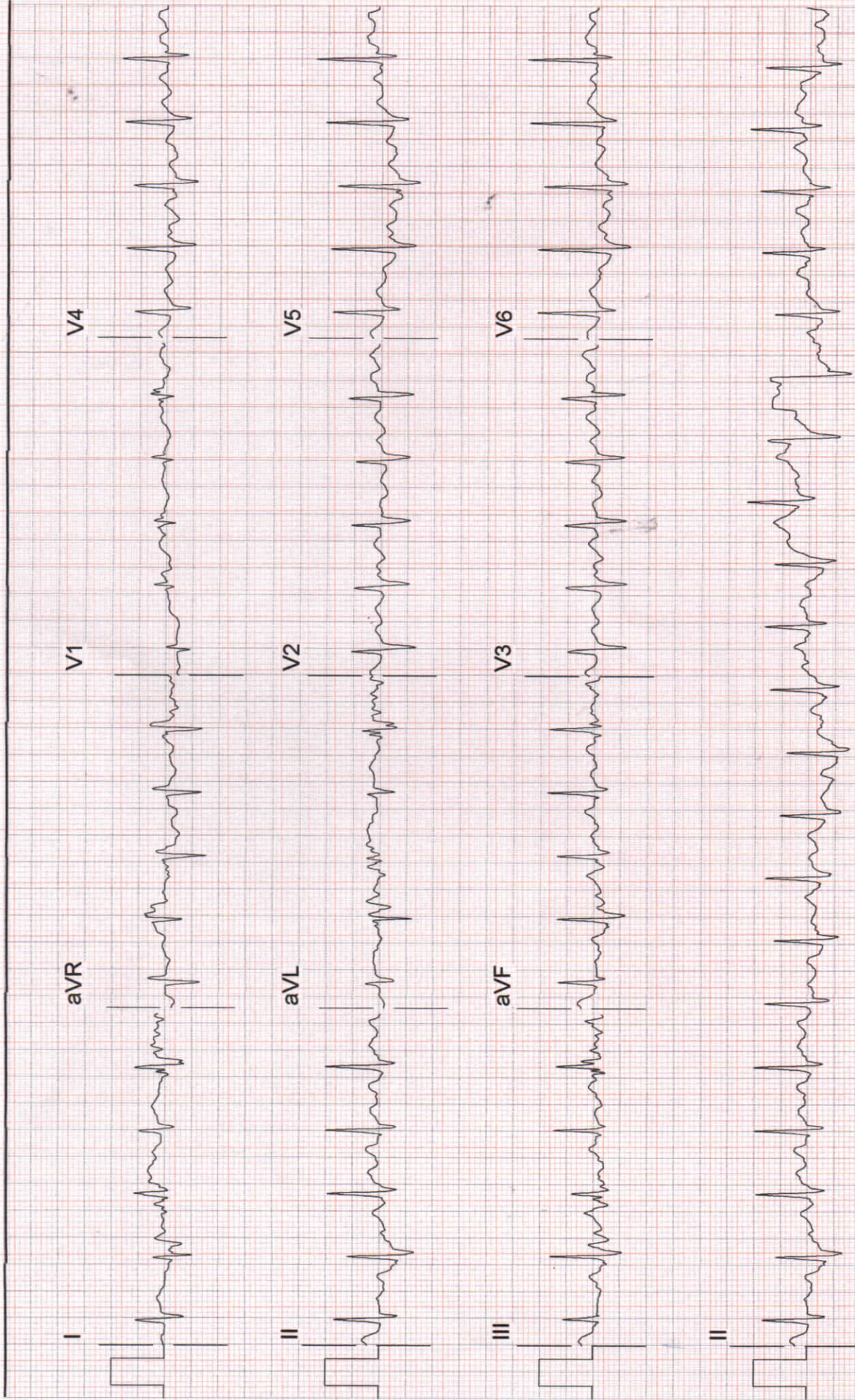
Protocol

Bruce
 Stage
 Spd/Grd

1 02:59 02:59
 2.7 km/h 10.0%

RPE -- HR 127
 METs(a) 4.6 Target HR 152 II
 BP 122/80 Max HR 128 V2
 Previous BP 122/80 HRxBP 15494 V5
 LVL 1.0 SLP 18

LVL 1.1 SLP 16
 LVL 0.7 SLP 13
 LVL 1.0 SLP 18



Teguh Setiawan
 2/05/2020 10:05:36
 10/09/1978
 12-Lead (simultaneous)

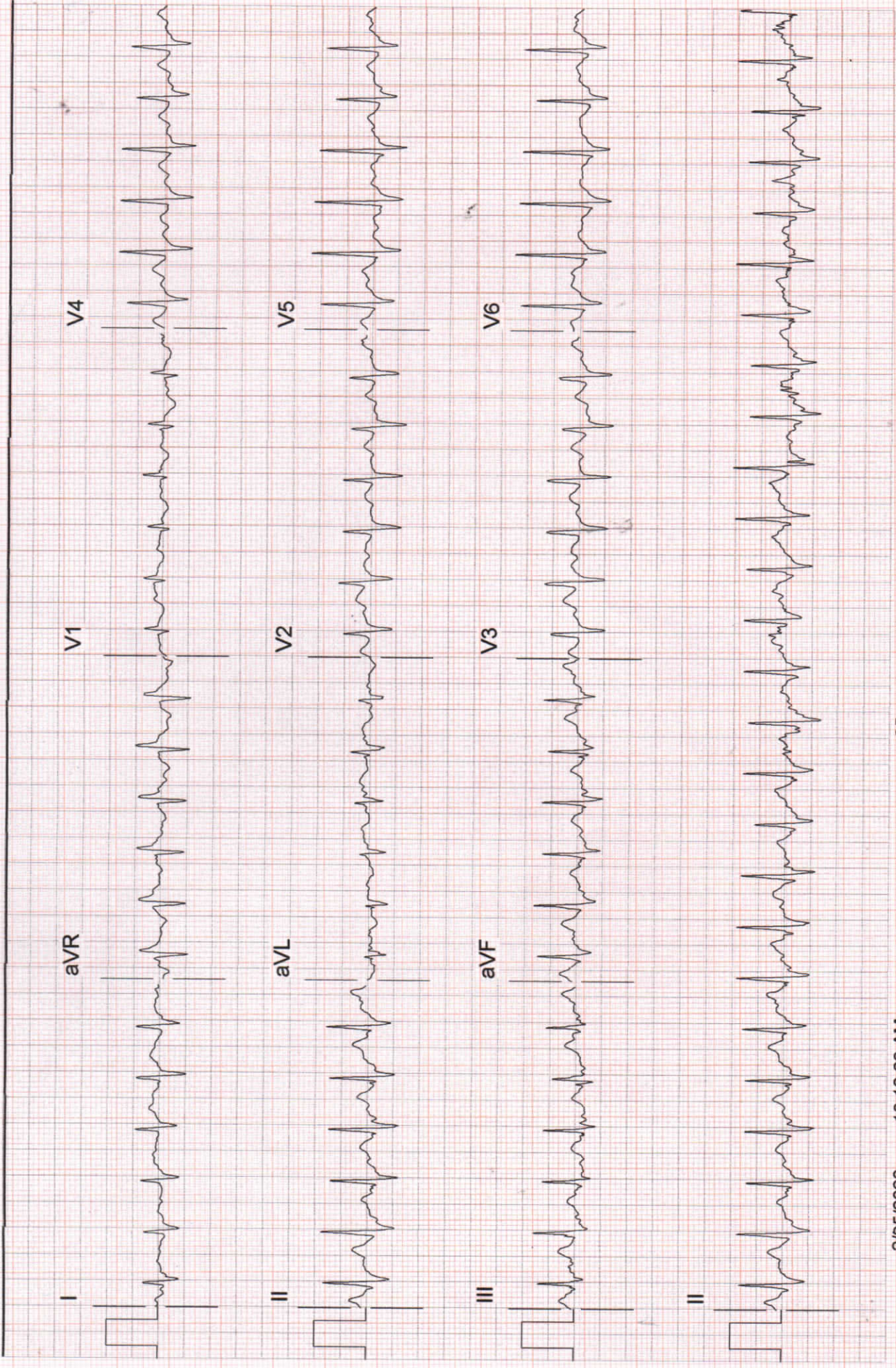
Protocol

Bruce
 Stage
 Spd/Grd

2 02:59 05:59
 4.0 km/h 12.0%

RPE --
 METs(a) 7.0
 BP 120/90
 Previous BP 120/90

HR 152
 Target HR 152 II
 Max HR 153 V2
 HRxBP 18240 V5
 LVL 0.6 SLP 21
 LVL 0.1 SLP 9
 LVL 0.9 SLP 25



Teguh Setiawan
 2/05/2020 10:05:36
 10/09/1978
 12-Lead (simultaneous)

Protocol

Bruce
 Stage
 Spd/Grd

3 01:31 07:31
 5.4 km/h 14.0%

RPE -- HR 165
 METs(a) 10.1 Target HR 152
 BP 140/90 Max HR 166 V2
 Previous BP 120/90 HRxBP 23100 V5

LVL 0.4 SLP 21
 LVL 0.0 SLP 4
 LVL 0.8 SLP 23

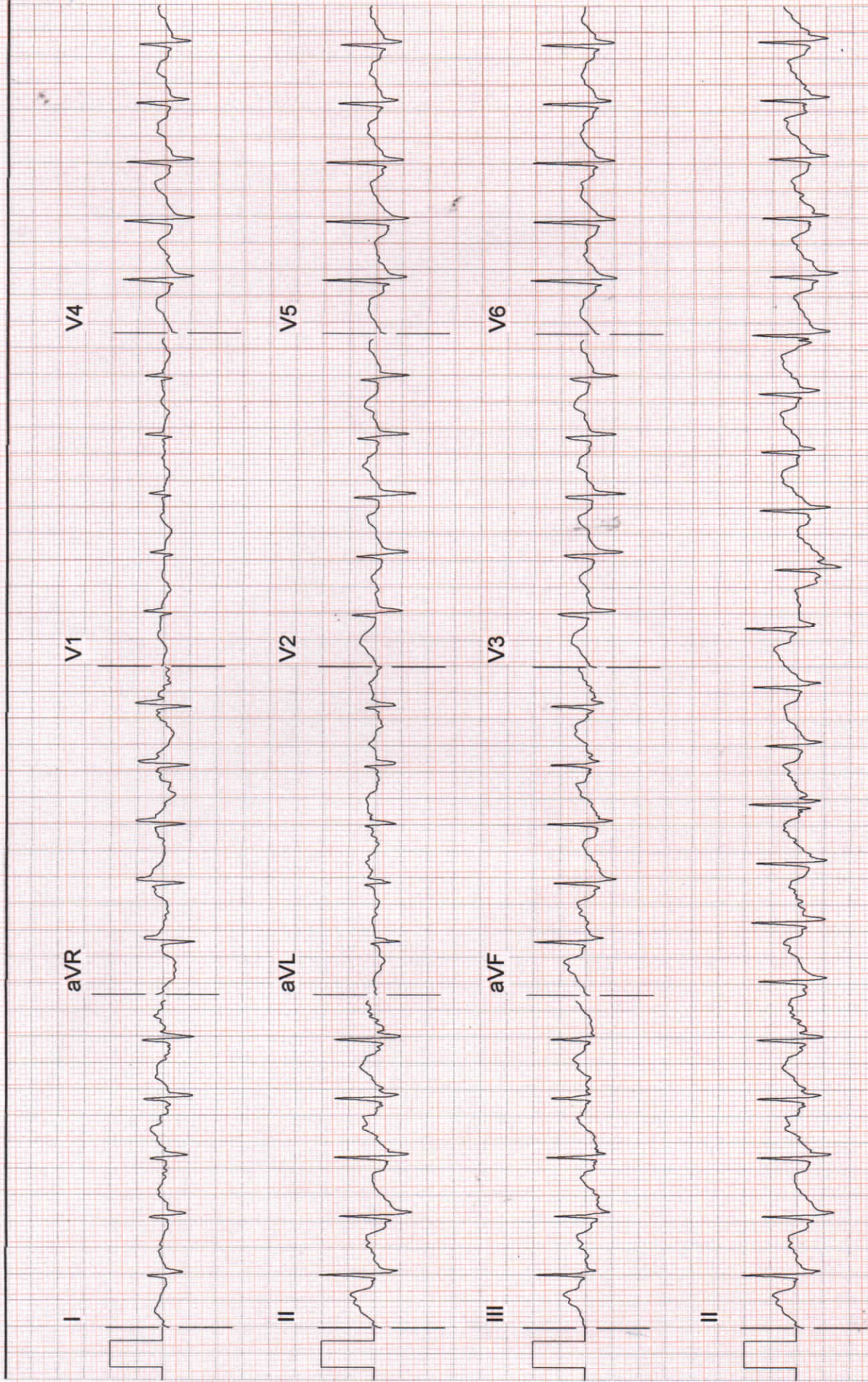


Teguh Setiawan
2/05/2020 10:05:36
10/09/1978
12-Lead (simultaneous)

Protocol
Bruce
Stage
Spd/Grd

Recov 02:00
1.9 km/h 0.0%

RPE -- HR 136
METs(a) 10.1 Target HR 152 II
BP 140/90 Max HR 166 V2
Previous BP 140/90 HRxBP 19040 V5
LVL 0.7 SLP 25
LVL 0.6 SLP 15
LVL 0.8 SLP 19

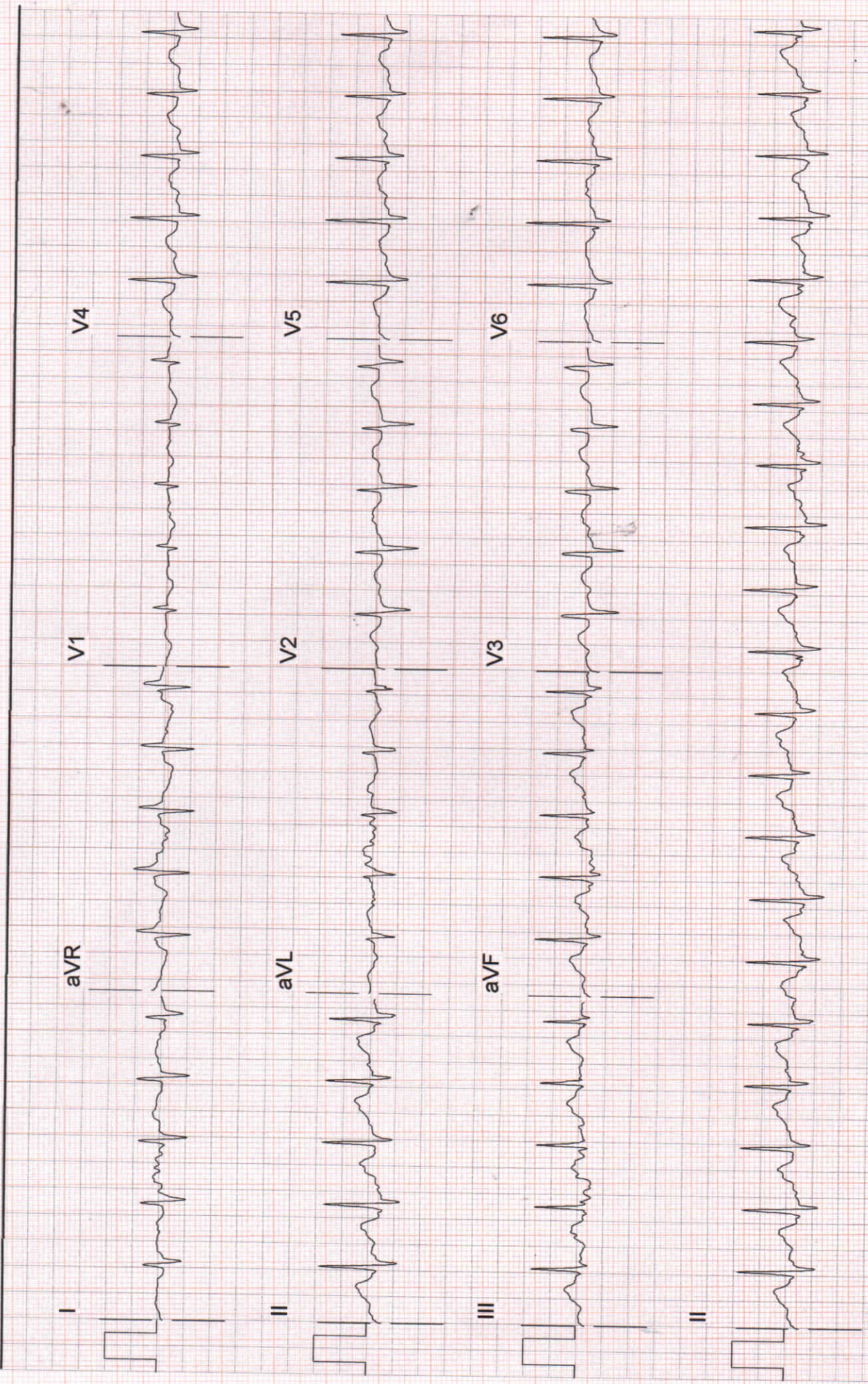


Teguh Setiawan
 2/05/2020 10:05:36
 10/09/1978
 12-Lead (simultaneous)

Protocol
 Bruce
 Stage
 Spd/Grd

Recov 04:00
 1.9 km/h 0.0%

RPE -- HR 128
 METs(a) 10.1 Target HR 152 II
 BP 140/90 Max HR 166 V2
 Previous BP 140/90 HRxBP 17920 V5
 LVL 0.1 SLP 11
 LVL 0.1 SLP 7
 LVL 0.1 SLP 10



SUPPORTIVE INVESTIGATION

Name	: Teguh Setiawan	Date of Visit	: May 2, 2020
Sex	: Male	Medical Record	: 01 99 33
Date of Birth	: September 10, 1978	Company	: PT. Inspektindo Sinergi Persada

I. LABORATORIUM SUMMARY

<input checked="" type="checkbox"/> Normal	COMMENT :	Blood : RBC 6,40 M/ul, MCV 67 fL, MCH 23 pg, Total Cholesterol 242 mg/dl, LDL Cholesterol 172 mg/dl, HDL Kolestrol 35 mg/dl, Bilirubin Direk 0.26 mg
		Uric Acid 7,4 mg/dl, SGPT 61 IU/L, Glucose Fasting 292 mg/dl, Glucose 2 HPP 322 mg/dl
<input type="checkbox"/> Abnormal		Urine : Glucose (++)

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. JAKARTA CARDIO VASCULAR SCORE

Total Score	: 3
<input type="checkbox"/> Low Risk	(CV 10 < 10%)
<input checked="" type="checkbox"/> Moderate Risk	(CV 10 = 10-20%)
<input type="checkbox"/> High Risk	(CV 10 > 20%)

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

Permintaan Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor F_OH_017

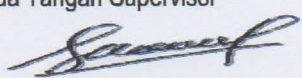
BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)		
Nama Lengkap Teguh Setiawan	Tanggal Lahir (tgl – bln – thn) 10 september 1978	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) Administrator	Nama Perusahaan PT.Inspektindo	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah Jl. Mayjen Sutoyo RT 41 No 59 Balikpapan 76113	Nomor Telepon / HP 081248748100	Tanggal Pemeriksaan (tgl – bln – thn) 05 Mei 2020

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"/> <i>Sedentary Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Non-sedentary Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Onshore Oil & Gas Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Offshore Oil & Gas Worker</i> |
| <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> <i>Fire Emergency Responder Team</i> | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang | <input type="checkbox"/> <i>Operator Alat Berat</i> |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / <i>Diver</i> | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> <i>Pilot</i> | <input type="checkbox"/> <i>Food Handler</i> |
| <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | <input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium | | |
-
- Pemeriksaan berkala (*Periodic*), untuk kategori posisi:
- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> <i>Sedentary Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Non-sedentary Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Onshore Oil & Gas Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Offshore Oil & Gas Worker</i> |
| <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> <i>Fire Emergency Responder Team</i> | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang | <input type="checkbox"/> <i>Operator Alat Berat</i> |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / <i>Diver</i> | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> <i>Pilot</i> | <input type="checkbox"/> <i>Food Handler</i> |
| <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):

<hr style="border: 0; border-top: 1px dotted black;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px dotted black;"/>

Tanda Tangan Supervisor  Saut Haomoan Sembiring	Tanggal (tgl – bln – thn) 05 Mei 2020
--	--

F_OH_018_Formulir Evaluasi Contractor Fitness To Work

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

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)		
Nama Lengkap <i>Teguh Setiawan</i>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <i>Sang 10-09-1978</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <i>Administrator</i>	Nama Perusahaan <i>PT. INSPEKTINDO</i>	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah <i>Jl Mayjen Sutopo RT 41 NO 59</i>	Nomor Telepon / HP <i>0812 40 740 190</i>	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) <i>2 - 05 - 2020</i>

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 kelaian 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.	<i>Epilepsy / ayan</i>	<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 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? <input type="checkbox"/> Ya (saat ini merokok atau berhenti merokok ≤ 2 tahun) <input type="checkbox"/> Mantan/bekas (jika berhenti merokok > 2 tahun, tetapi ≤ 10 tahun) <input checked="" type="checkbox"/> Tidak (tidak pernah merokok atau telah berhenti merokok > 10 tahun)	Aktivitas fisik anda? <input type="checkbox"/> Ringan <input checked="" type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa: <i>usia 50, Diabetes, stroke</i>
--	--	---

Riwayat Perawatan di RS: _____

Tanda Tangan Karyawan 	Tanggal (tgl - bln - thn) <i>2 - 05 - 2020</i>
---------------------------	---

BAGIAN C. Pemeriksaan (diisi oleh petugas kesehatan)												
ANTROPOMETRI & TANDA-TANDA VITAL												
TINGGI BADAN	BERAT BADAN	IMT	LINGKAR PERUT	TEKANAN DARAH	DENYUT NADI 87 x/mt							
172 cm	86 kg	29,07	99,5 cm	122/80 mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur							
PEMERIKSAAN EKG				PEMERIKSAAN TREADMILL								
HASIL: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal Jelaskan:				Dilakukan pada usia > 40 thn atau ≤ 40 thn dengan Skor Kardiovaskular Jakarta (SKJ) kategori risiko tinggi (≥ 5) HASIL: <input checked="" type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Lainnya: Catatan: Jakarta Cardiovascular Score (3)								
PEMERIKSAAN VO2 MAX, Hanya untuk Fireman dan Sekuriti												
Hasil VO2 Max: mls/kg/min Catatan:				Fireman: target VO2 max: 39 – 42 mls/kg/min. Sekuriti: target VO2 max: 34 – 42 mls/kg/min.								
PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN DADA												
Hasil : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan: _____												
PEMERIKSAAN SPIROMETRI												
<ul style="list-style-type: none"> Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek <i>Fit to Work Fireman</i> jika hasil spirometri FEV1 dan FVC < 80%, harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia* <input type="checkbox"/> Tidak menderita TB 				Hasil Pemeriksaan <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:33%;">FEV1</th> <th style="width:33%;">FVC</th> <th style="width:33%;">Rasio FEV1/FVC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> Kesimpulan: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal: Obstruktif / Restriktif /			FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC			
FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC										
Catatan: _____ Hasil evaluasi LLN: _____												
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa			Tanggal Pemeriksaan							
PEMERIKSAAN MATA												
Standard:												
<ul style="list-style-type: none"> Minimal visus 20/40 untuk <i>Driver</i> dengan atau tanpa kaca koreksi untuk setiap mata Lapangan pandang horizontal minimal 70° pada masing-masing mata untuk <i>Driver</i> dan <i>Crane Operator</i> Dapat mengenali atau membedakan warna lampu pengatur lalu lintas (Merah, Kuning dan Hijau) Buta satu mata TIDAK <i>qualified</i> untuk mengemudi Kaca mata untuk koreksi agar disebutkan didalam <i>Medical Clearance</i> 												
	Tanpa Koreksi			Dengan Koreksi			Tes Buta Warna	Lapang Pandang				
	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Buta Warna Total <input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian	Kanan: Kiri: Visual Depth				
Jarak Jauh	20/20 6/6	20/20 6/6	20/20 6/6	20/ 6/	20/ 6/	20/ 6/						
Jarak Dekat	J# 1+	J# 1+	J# 1+	J#	J#	J#						
Kesimpulan: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pakai Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak Pakai Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak Normal (jelaskan)												
Catatan: _____												
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa			Tanggal Pemeriksaan							
elvi					2-05-2020							

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

PEMERIKSAAN TELINGA (Audiometri/Tes Berbisik)																																																							
Standar:																																																							
<ul style="list-style-type: none"> • Dapat mendengar suara bisikan dari jarak > 1,65 meter dengan atau tanpa alat bantu dengar (<i>hearing aid</i>) ATAU • Rata-rata penurunan pendengaran pada telinga yang terbaik < 40 dB dengan atau tanpa menggunakan alat bantu dengar 																																																							
Menggunakan alat bantu dengar? <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak																																																							
Tes Berbisik	Telinga Kanan meter	Telinga Kiri meter																																																					
Audiometri (dB):																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">Telinga Kiri</th> </tr> <tr> <th>Hz</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>3000</th> <th>4000</th> <th>6000</th> <th>8000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>15</td> <td>15</td> <td>20</td> <td>15</td> <td>25</td> <td>15</td> <td>20</td> </tr> </tbody> </table>				Telinga Kiri								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		15	15	20	15	25	15	20	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">Telinga Kanan</th> </tr> <tr> <th>Hz</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>3000</th> <th>4000</th> <th>6000</th> <th>8000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>15</td> <td>15</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>10</td> <td>15</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table>				Telinga Kanan								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		15	15	20	20	10	15	15
Telinga Kiri																																																							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																
	15	15	20	15	25	15	20																																																
Telinga Kanan																																																							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																
	15	15	20	20	10	15	15																																																
Ambang dengar rata-rata		Telinga Kiri 13,57 dB	Telinga Kanan 10,71 dB																																																				
Kesimpulan: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan																																																							
Catatan:																																																							
Nama Pemeriksa FAJAR		Tanda Tangan Pemeriksa <i>Jar</i>	Tanggal Pemeriksaan 2 - Mei - 2020																																																				

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: RBC 6.40 m ³ /ul, MCV 67 fl, MCH 23 pg.
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 type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: Bil. Direk 0.26 mg/dl, SGPT 61 u/L Uric Acid 7.4 mg/dl Glucose fasting 294 mg/dl, Glucose 2 HPP 322 mg/dl.
Urine Analisa lengkap	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:
Kultur Feses (khusus untuk food handler)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:

JAGIAN D. Pemeriksaan Dokter

Garis bawah setiap kelainan yang ditemukan. Jelaskan setiap temuan tersebut pada tempat yang telah disediakan. (Y=Ya, T= Tidak)

No	Bagian Tubuh/Sistem	Pemeriksaan	Y	T	Penjelasan
1	Kepala	Ada tanda-tanda cedera?		✓	
2	Mata	Pupil tidak normal, reaksi terhadap cahaya, akomodasi, gerakan mata, keseimbangan otot-otot mata, gerakan-gerakan ekstraokuler, nystagmus, exophthalmos <i>Retinopati, katarak, afakia, glaucoma, degenerasi macular (kirim ke Spesialis jika diperlukan)</i>		✓	
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 <i>mengganggu proses menelan dan bernafas</i>)		✓	
5	Dada dan sistem pernafasan	Benjolan abnormal, kelainan dinding dada, laju pernafasan, suara pernafasan, wheezing, gangguan fungsi pernafasan, siansis (Temuan yang abnormal mungkin memerlukan pemeriksaan tambahan seperti uji fungsi paru dan X-ray)		✓	

6	Sistem jantung dan pembuluh darah	Murmur, suara tambahan, pembesaran jantung, pemakaian alat pacu jantung, defibrillator implant, pulse abnormal, suara (bruit) arterial, dan vena varikosis		✓
7	Abdomen dan organ didalamnya	Pembesaran hati, limpa, adanya massa, dan kelemahan dinding abdomen yang bermakna		✓
8	Tulang belakang dan muskuloskeletal	Ada riwayat operasi, cedera, kelainan bentuk, keterbatasan pergerakan (ROM), keaktifan anggota tubuh		✓
9	Sistem perkemihan	Hernia		✓
10	Ekstremitas (tangan dan kaki)	Kehilangan atau cacat: tungkai, kaki, jari kaki, tangan, jari tangan, kelainan bentuk, atrophy, kelemahan, kelumpuhan, clubbing, edema, hypotonic, insufisiensi cengkraman, insufisiensi mobilitas dan kekuatan tungkai bawah Mohon tes kekuatan otot dan reflex bagi driver, operator alat berat, operator crane, awak mobil tanki		✓
11	Persyarafan	Gangguan: keseimbangan, koordinasi, bicara, reflek tendon asimetris Abnormal: fungsi sensori/positional, ataksia/reflek patellar/Babinsky Lakukan tes Romberg untuk pekerja di ketinggian, contoh: scaffolder, inspector lifting		✓
12	Kulit dan kelenjar getah bening	Dematitis: scabies, eksim, jerawat Benjolan pada leher, ketiak, pangkal paha		✓
13	Tumor dan keganasan	Adanya benjolan yang tidak normal, kelainan yang mengarah ke keganasan		✓
14	Penampilan umum	Bersih/kotor, rapi/tidak rapi		
15	Lainnya, jelaskan			

Khusus untuk Food Handler


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

Komentar Dokter : (jelaskan penemuan signifikan yang tertera di atas)

BMI : 20,07


RBC : 6,4 , MCV 67, MCH 23, Total kolesterol 242, LDL kolesterol 172, HDL Kolesterol 35, Bilirubin direk 0,26, AV : 7,4, SGPT 61, BDP : 204 , Glukosa 25PP 322. Urine : Glukosa ++

BAGIAN E. REKOMENDASI KELOMPOK KERJA

<p>Klasifikasi Kelaikan Kerja:</p> <p><input type="checkbox"/> A. Laik Kerja, masa berlaku: <input type="checkbox"/> 6 bulan <input type="checkbox"/> 1 tahun</p> <p><input type="checkbox"/> B. Laik Kerja Dengan Batasan:</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>	<p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsul ke Dokter Spesialis Penyakit Dalam, - Diet rendah gula & lemak. - Turunkan BB sampai ideal. 	
<p><input checked="" type="checkbox"/> C. Tidak Laik Kerja:</p> <p><input type="checkbox"/> Permanen <input checked="" type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah ...<u>2</u>... minggu/bulan</p> <p><input type="checkbox"/> D. Tidak dapat memenuhi evaluasi yang diminta, dengan alasan:</p> <p>_____</p>	<p>Catatan:</p> <p><input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata</p> <p><input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar</p>	
<p>Nama Dokter Pemeriksa <u>Dr. Yussie Andeline</u> dr. Yussie Andeline</p>	<p>Tanda Tangan </p>	<p>Tanggal (tgl-bin-thn) 4/5' 2020.</p>
<p>Nama Rumah Sakit/Klinik Panacea Clinic.</p>	<p>Alamat Rumah Sakit/Klinik KOMP. Balikpapan Baru AB2 NO 17-20 Balikpapan.</p>	

F_OH_019_ Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN			
Nama Lengkap Teguh Setiawan	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 10.09.1978	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja:
Nama Perusahaan 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 checked="" type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Offshore
Posisi Utama:			
<input type="checkbox"/> Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Non-sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker	<input type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker
<input type="checkbox"/> Sekuriti	<input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team	<input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang	<input type="checkbox"/> Operator Alat Berat
<input type="checkbox"/> Penyelam / Diver	<input type="checkbox"/> Kru Kapal	<input type="checkbox"/> Pilot	<input type="checkbox"/> Food Handler
<input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan	<input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium		
Posisi Tambahan:			

REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK		
<input type="checkbox"/> A. Laik Kerja masa berlaku: <input type="checkbox"/> 6 bulan <input type="checkbox"/> 1 tahun		
<input type="checkbox"/> B. Laik Kerja Dengan Batasan		
1.		
2.		
3.		
<input checked="" type="checkbox"/> C. Tidak Laik Kerja: <input type="checkbox"/> Permanen <input checked="" type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah..... 2 (minggu/bulan)		
<input type="checkbox"/> D. Tidak Dapat Memenuhi Evaluasi Yang Diminta, dengan alasan:		
Rekomendasi (jika diperlukan tindak lanjut): Konsil ke Dokter Penyakit Dalam, Diet rendah gula & lemak, Turunkan BB sampai ideal.		
Catatan: <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar		
Nama Dokter Pemeriksa Dr. Yussie Andeline 026703551P-Andeline	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-blh-thn) 4/05/2020
Nama Rumah Sakit/Klinik Paracea Clinic	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik KOMP. Balikpapan Baru AB2 no 17-20	

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 : Teguh Setiawan
 Tanggal Lahir : 10 - 09 - 1978
 Pekerjaan : Administratur
 Perusahaan : PT. Inspektindo Smergi Persada Nomor Pegawai : 19140
 Alamat : Jl Mayjen Sutoyo RT 41 No 59
 Nomor Telepon : 0812 48 748 1000

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

Rumah Sakit/Klinik : Panacea
 Alamat : _____
 Nomor Telepon : _____

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 Smergi Persada
 Alamat : _____ Nomor Telepon : _____

Nama : _____ Perusahaan/Instansi : PHKT
 Alamat : _____ Nomor Telepon : _____

Untuk keperluan (mohon dijelaskan) : MCU

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 [Signature] Tanggal 02 / 05 / 2020
 Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

Tanda Tangan Saksi [Signature] Hubungan Dengan Pemberi Wewenang Tanggal 02 / 05 / 2020
 (Tgl - Bln - Thn)