

MEDICAL CHECK UP REPORT



NAME : Sariyadi
SEX : Male
COMPANY : PT. Inspektindo Sinergi Persada
MEDICAL RECORD : 01 97 33
DATE OF VISIT : December 6, 2019
NEXT VISIT : December 6, 2020

KUESIONER PEMERIKSAAN KESEHATAN

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

IDENTITAS PEGAWAI

Nama Lengkap : Sari Jati
 Tempat Tanggal Lahir : Panajam 03-12-1993
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Agama : Islam
 Jabatan / Pekerjaan : Helper
 Status : (X) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
 Jumlah Anak : Anak laki-laki: ...orang, Anak perempuan: ...orang
 Alamat sekarang : Jl. Uncah Rt. 01 Gunung Sereang
 Telepon / HP : 0857 0577 2500
 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	2 tahun	Rahma Karya Mandiri	-	-	-	-	-	-

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 : - jam/hari
4. Process area : - 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

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

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

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

RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

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

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

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

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

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

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

5. Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh?

1. Ya 2. Tidak 2

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

1. Ya 2. Tidak 2

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 2

KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah Anda pernah merokok?

1. Ya 2. Tidak 1

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

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

2. Filter

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

1. Tidak pernah 2

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 2

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

1. Ya 2. Tidak 2

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

1. Ya 2. Tidak 2

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

13. Bila Ya, apakah Anda bersedia untuk mengikuti Program Berhenti Merokok? 1. Ya 2. Tidak
Bila tidak langsung ke pertanyaan alkohol

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

KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol? 1. Ya 2. Tidak

2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak
Bila tidak langsung ke pertanyaan olah raga

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)

2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan?

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

4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan? 1. Ringan 4. Berat
2. Sedang 5. Sangat berat
3. Cukup berat

POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN

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

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

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

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

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

2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut

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

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"/> 2 |
|-------|----------|----------------------------|

UNTUK KARYAWAN WANITA

1. Apakah saat ini Anda sedang hamil?

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

KELUARGA BERENCANA

1. Apakah keluarga Anda mengikuti Keluarga Berencana?

1. Ya 2. Tidak 2

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 3
2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi hepatitis?

1. Ya 3. Tidak tahu 3
2. Tidak

DONOR DARAH

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan?

1. Ya 2. Tidak 1

2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir?

- / - / -

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

Balikpapan, 6 - Desember2019.


Sari Jadi

(.....)

MEDICAL CHECK UP EXAMINATION FORM

A. GENERAL CONDITION

Blood Pressure (supine)	103 / 69 mmHg
Pulse	66 x /mn
Respiration	20 x /mn
Temperature	36.7 °C

Weight (W)	61.4 kg
Height (H)	164 cm
BMI	22.83

Up: 85

*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	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Red - Green Absent
DISTANT	6/6	6/6			<input 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		✓		
2	Head/Scalp		✓		
3	Eyes		✓		
4	Ears		✓		
5	Nose/Sinuses		✓		
6	Mouth/Throat		✓		
7	Teeth		✓	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		✓		
9	Back/Spine		✓		
10	Thorax		✓		
11	Breast		✓		
12	Heart		✓		
13	Chest/Lung		✓		
14	Abdomen		✓		
15	Groin		✓		
16	Genital		✓		
	- Male		✓		
	- Female		✓		
17	Extremities		✓		
18	Joints		✓		
19	Skin		✓		
20	Neurological		✓		
21	Muscular System		✓		
22	Rectal Examination		✓		

Tes Lap Panday → dbn .

Approved by GP: Dr. Gessy Adet Lusiana S

449.1/328/P.3/DPMP/STP-D/2018

LABORATORY RESULTS

Name	: Sariyadi	Date of Visit	: December 6, 2019
Sex	: Male	Medical Record	: 01 97 33
Date of Birth	: December 3, 1993	Company	: PT. Inspektindo Sinergi Persada
TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE	
HEMATOLOGY			
Automated Blood Count			
- WBC	11,2	4.5 - 10.0 K/ul	
- RBC	5,4	M : 4.7-6.1 M/ul F : 4.2-5.4 M/ul	
- Haemoglobine	16,1	M : 13-18 g/dl F : 12-16 g/dl	
- Haematocrite	45%	M : 42-52% F : 37-47%	
- MCV	84	80- 100 fL	
- MCH	30	26 - 34 pg	
- MCHC	36	32 - 36 g/dL	
- Thrombocyte	380	150 - 450 K/ul	
- ESR	20	M : 0 - 10 mm/h : F : 0 - 20 mm/h	
- Diff. Count :			
Basophil	0%	0 - 1%	
Eosinophil	0%	2 - 4%	
Stab	0%	3 - 5%	
Segment	79%	55 - 65%	
Lymphocyte	19%	25 - 35%	
Monocyte	2%	3 - 6%	
BLOOD CHEMISTRY			
LIPID PROFILE			
- Total Cholesterol	251	<200 mg/dl	
- HDL Cholesterol	50	M : >35 mg/dl F : >45 mg/dl	
DIABETES			
- Glucose Fasting	84	70-110 mg/dl	

LABORATORY RESULTS

Name : Sariyadi	Date of Visit : December 6, 2019	
Sex : Male	Medical Record : 01 97 33	
Date of Birth : December 3, 1993	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	0 - 1	0 - 1
- Ephitel	0 - 1	+ / Positive
- Cylinder	Negative	Negative
- Crystal Oxalat	Negative	Negative
- Bacteria	Negative	Negative
- Others	Negative	Negative

LABORATORY RESULTS

Name : Sariyadi	Date of Visit : December 6, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 97 33
Date of Birth : December 3, 1993	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 : SARIYADI	Date of Visit : DECEMBER 06, 2019
Sex : MALE	Rontgen Record : 0 7 3 0
Date of Birth : DECEMBER 03, 1993	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.

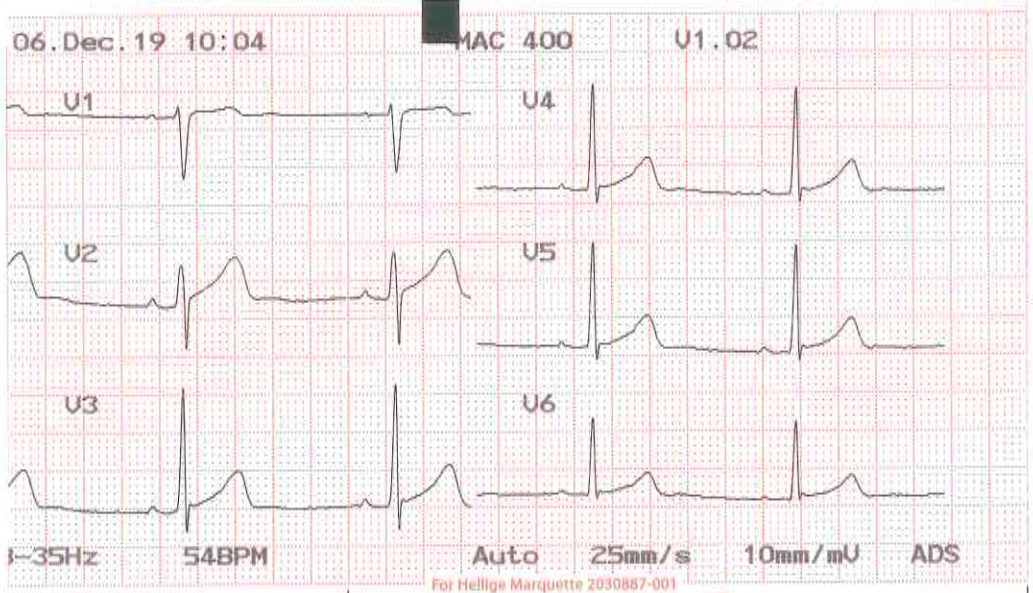
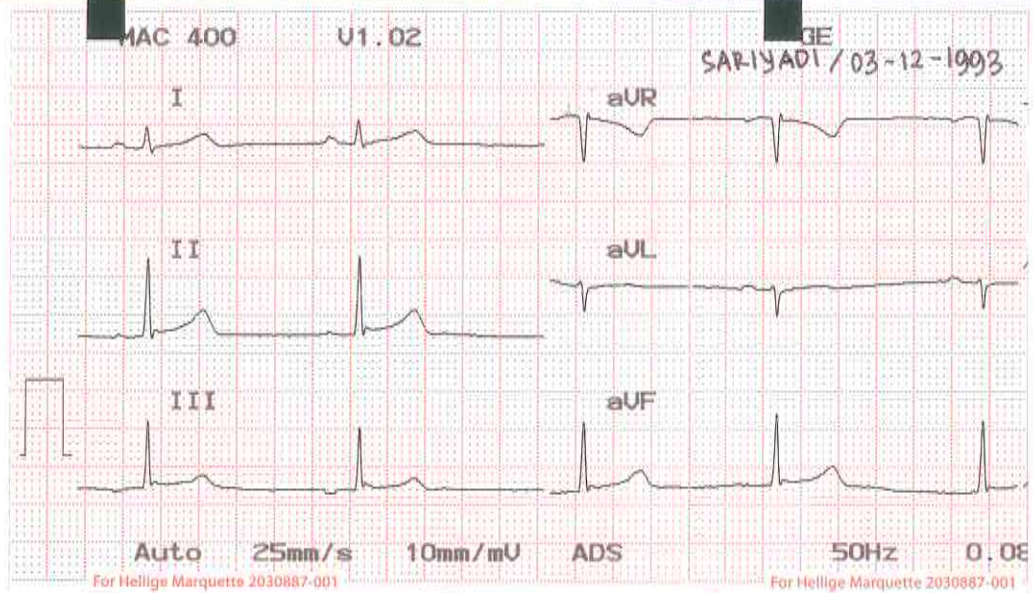
Kesan : Tidak tampak kelainan radiologik pada foto thorax ini.

Salam Sejawat,

f
Dr. Nurmawanti Masdin, Sp. Rad
026385751500-0100015

ECG RESULT

Name	: Sariyadi	Date of Visit	: December 6, 2019
Sex	: Male	Medical Record	: 019733
Date of Birth	: December 3, 1993	Company	: PT. Inspektindo Sinergi Persada



KESIMPULAN	DOKTER PEMERIKSA
Sinus Bradikard (HR 54/m)	Dr. Lukman Hatta S, Sp.PD, Sp.KI, FINASIM 026/11180/SIP-D/2017

SPIROMETRY RESULT

Name : Sariyadi	Date of Visit : December 6, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 97 33
Date of Birth : December 3, 1993	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST REPORT

Name: SARIYADI
IDNo: 4055
Date: 12/06/2019 11:43
Sex: Male Age: 26
HT: 164.0 cm WT: 61.0 kg
BSA: 1.66 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	3.92	4.28	91.6
FEV0.5	L	2.00	2.88	69.4
FEV1.0	L	2.84	3.63	78.2
FEV1%(G)	%	72.45	85.73	84.5
FEV1%(T)	%	*		
FEV1/VCpr	%	66.4		
PEF	L/s	6.23	8.51	73.2
FEF25	L/s	4.41	7.87	56.0
FEF50	L/s	2.41	4.73	51.0
FEF75	L/s	0.99	2.00	49.5

ITEM MEAS PRED %PRED

FVC	L	3.88	4.28	90.7
FEV0.5	L	1.94	2.88	67.4
FEV1.0	L	2.76	3.63	76.0
FEV1%(G)	%	71.13	85.73	83.0
FEV1%(T)	%	*		
FEV1/VCpr	%	64.5		
PEF	L/s	6.13	8.51	72.0
FEF25	L/s	4.32	7.87	54.9
FEF50	L/s	2.26	4.73	47.8
FEF75	L/s	1.05	2.00	52.5

ITEM MEAS PRED %PRED

FVC	L	4.15	4.28	97.0
FEV0.5	L	2.17	2.88	75.3
FEV1.0	L	3.01	3.63	82.9
FEV1%(G)	%	72.53	85.73	84.6
FEV1%(T)	%	*		
FEV1/VCpr	%	70.3		
PEF	L/s	6.51	8.51	76.5
FEF25	L/s	5.22	7.87	66.3
FEF50	L/s	2.60	4.73	55.0
FEF75	L/s	0.95	2.00	47.5

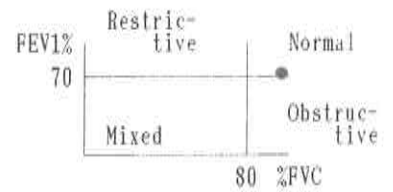
[CALIBRATION REPORT]

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

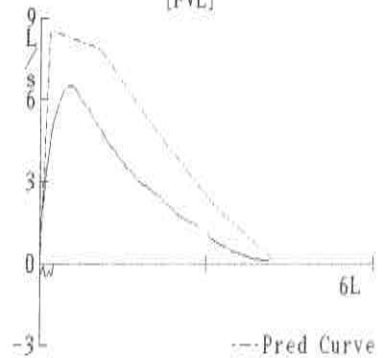
[EVALUATION]

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

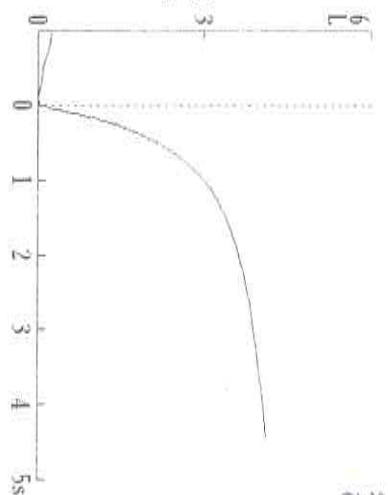
[EVALUATION GRAPH]



[FVL]



[FVC]

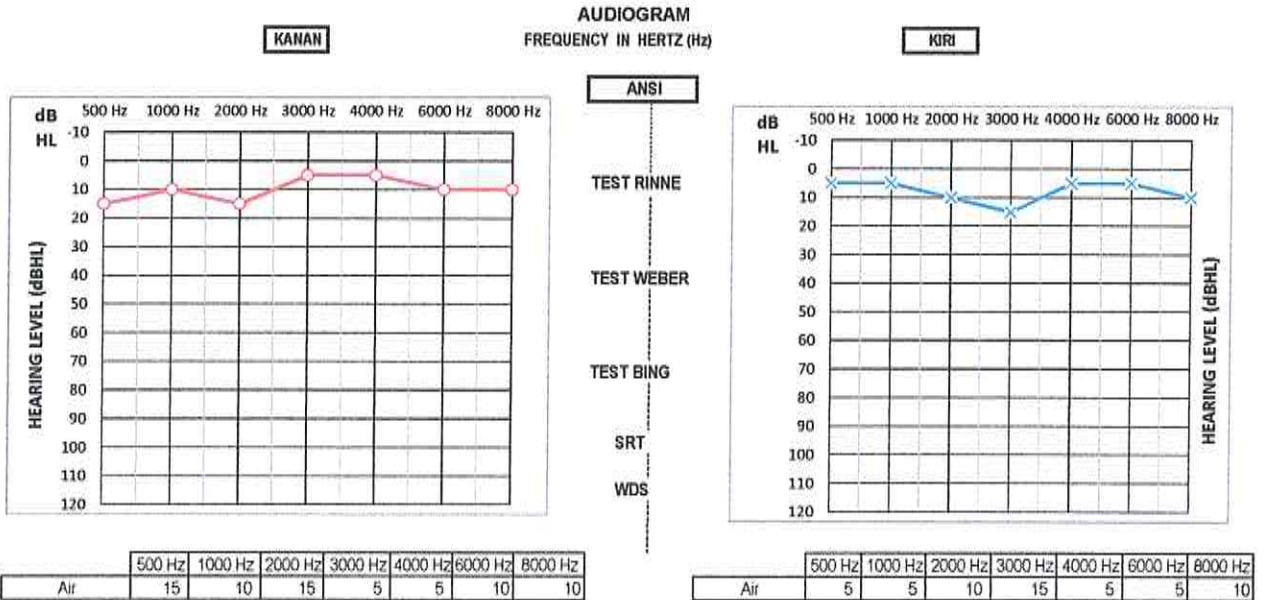


KESIMPULAN

Mild Obstruction

AUDIOMETRY RESULT

Name	Sariyadi	Date of Visit	December 6, 2019
Sex	Male	Medical Record	01 97 33
Date of Birth	December 3, 1993	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada



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

AUDIOGRAM CODE

AC			
EAR	COL	UM	M
R	RED	O	Δ
L	BLUE	X	□

No Response ↓

AC _____

Kesimpulan	Dokter Pemeriksa
<p>Telinga Kiri & Kanan; Jela bening normal</p>	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>Dr. Erica Lukman, Sp. THT-KL 026/1125C/SIP-D/X/2016</p> </div>

SUPPORTIVE INVESTIGATION

Name : Sariyadi	Date of Visit : December 6, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 97 33
Date of Birth : December 3, 1993	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

I. LABORATORIUM SUMMARY

<input type="checkbox"/> Normal	COMMENT : Blood : WBC 11.2 K/uI, ESR 20 mm/h, Total Cholesterol 251 mg/dl
<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal	

II. CHEST X-RAY

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

III. ECG

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

IV. SPIROMETRY

Test	Predicted	Observed	Percentage	
FVC	4.28	3.92	91.6	%
FEV 1	3.63	2.84	78.2	%
FEV / FVC			72.45	%

RESULT

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

V. 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 <i>Sari Yadi</i>	Tanggal Lahir (tgl – bln – thn) <i>03 - 12 - 1993</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <i>HELPER</i>	Nama Perusahaan <i>PT. INSPEKSI & SINDI PERSEKUTU</i>	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Offshore <input type="checkbox"/> Office
Alamat Rumah <i>JL. UNOAL 14.01 GN. SIKILANG</i>	Nomor Telepon / HP <i>085700772500</i>	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"/> <i>Sedentary Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Non-sedentary Worker</i> | <input checked="" 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 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):

Tanda Tangan Supervisor

Tanggal (tgl – bln – thn)

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>Sari Yadi</i>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <i>03 - 12 - 1993</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <i>HELPER</i>	Nama Perusahaan <i>PT. INSPEKINDOSINERGI PERSEK</i>	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah <i>Jl. Unocal Rt 01 Gn. Steung</i>	Nomor Telepon / HP <i>0857-0577-2500</i>	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.	<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 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? <input checked="" 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 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 type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa: _____
---	---

Riwayat Perawatan di RS: _____

Tanda Tangan Karyawan <i>Sari Yadi</i>	Tanggal (tgl - bln - thn) <i>06 - 12 - 2019</i>
---	--

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
	5	5	10	15	5	5	10

Telinga Kanan							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	15	10	15	5	5	10	10

Ambang dengar rata-rata Telinga Kiri 61,25 dB

Telinga Kanan 11,25 dB

Kesimpulan: Normal Tidak Normal, jelaskan

Catatan:

Nama Pemeriksa

Yenny M

Tanda Tangan Pemeriksa

Yenny M

Tanggal Pemeriksaan

6-12-2019

PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pemeriksaan

Hasil

Panel hitung darah lengkap:

Hb, Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Hematokrit, Trombosit, LED, Red Cell Indices (MCV, HCH, MCHC)

Normal

Tidak Normal:
WBC: 11,2 k/ul, ESR 20 mm/h

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

Normal

Tidak Normal:
Total Kolesterol 251 mg/dl

Urine Analisa lengkap

Normal

Tidak Normal:

Kultur Feses (khusus untuk food handler)

Normal

Tidak Normal:

BAGIAN 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?		<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Mata	Pupil tidak normal, reaksi terhadap cahaya, akomodasi, gerakan mata, keseimbangan otot-otot mata, gerakan-gerakan ekstraokuler, nystagmus, exophthalmos Retinopati, katarak, afakia, glaucoma, degenerasi macular (kirim ke Spesialis jika diperlukan)		<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Telinga	Pengerasan (<i>scarring</i>) membrane timpani, penyumbatan kanalis eksternal, perforasi membrane timpani		<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Hidung, mulut dan tenggorokan	Deformitas (yang tidak dapat diperbaiki dan mengganggu proses menelan dan bernafas)		<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Dada dan sistem pernafasan	Benjolan abnormal, kelainan dinding dada, laju pernafasan, suara pernafasan, wheezing, gangguan fungsi pernafasan, sianosis (Temuan yang abnormal mungkin memerlukan pemeriksaan tambahan seperti uji fungsi paru dan X-ray)		<input checked="" type="checkbox"/>	

F_OH_019_ Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN			
Nama Lengkap <i>Sari Yadi</i>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <i>03-12-1993</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja:
Nama Perusahaan <i>INSPEKSI KOSIRATI PUSKOP</i>	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

A. Laik Kerja masa berlaku: 6 bulan 1 tahun

B. Laik Kerja Dengan Batasan

- 1.
- 2.
- 3.

C. Tidak Laik Kerja: Permanen Sementara, dievaluasi setelah.....minggu/bulan

D. Tidak Dapat Memenuhi Evaluasi Yang Diminta, dengan alasan:

Rekomendasi (jika diperlukan tindak lanjut): *Konsul Spesialis Paru terkait Spirometri, Diet rendah lemak*

Catatan: Harus menggunakan kaca mata Harus menggunakan alat bantu dengar

Nama Dokter Pemeriksa	Tanda Tangan	Tanggal (tgl-bln-thn)
<i>Dr. Yussie A.</i> <i>0207518/SIP</i>		<i>9-12-19</i>
Nama Rumah Sakit/Klinik	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik	
<i>Panacea Clinic</i>	<i>Komp. Uai. Balikpapan Baru Ab 2 No. 17-20125. Balikpapan Baru, Balikpapan 7614 (0542) 87-7898</i>	

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 : Sari Jasi
Tanggal Lahir : 03-12-1993
Pekerjaan : HRIPAS
Perusahaan : PT. INSPEKTABO Sinergi Persada Nomor Pegawai : _____
Alamat : Jl. unocal Rt. 01 Gn. Srieng
Nomor Telepon : 0857-0577-2500

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

Rumah Sakit/Klinik : Panacea clinic
Alamat : Komp. Mall fantasi Blok AB2 NO17-20125
Nomor Telepon : 0542-877898

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

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Catatan medis lengkap | <input type="checkbox"/> Pemeriksaan laboratorium | <input type="checkbox"/> Pemeriksaan mata | <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik |
| <input type="checkbox"/> Spirometri | <input type="checkbox"/> Informasi penyakit/cedera | <input type="checkbox"/> Laporan X-Ray | <input type="checkbox"/> Audiogram |
| <input type="checkbox"/> EKG | <input type="checkbox"/> Lainnya (mohon dijelaskan) _____ | | |

Selanjutnya informasi tersebut dapat diberikan kepada pihak-pihak berikut:

Nama : _____ Perusahaan/Instansi : _____
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 Sari Jasi Tanggal 06 / 12 / 1993
Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

Tanda Tangan Saksi Yenny M. Perawat MCV Tanggal 06 / 12 / 2019
Hubungan Dengan Pemberi Wewenang (Tgl - Bln - Thn)