



**GRAND MEDICA  
INDONESIA**

*Maka SMILE and Be HEALTHY*

## PERSONAL DATA

No. MCU : 2631/GMI-MCU/XI/2020  
No. Badge : -  
N a m a : **TARMIDI, Tn.**  
U m u r : 29 tahun  
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**  
Jabatan : Driver  
Tgl Pemeriksaan : 06/11/2020  
Alamat : Jl. Soekarno Hatta RT. 19 Muara Jawa Ulu, Kec. Muara Jawa.

Tgl. Skrining : 06/11/2020

No. : 2631

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

Nama Lengkap: <b>TARMIDI, Tn.</b>	Tgl. Lahir: <b>07/04/1991</b>	Umur : <b>29</b> tahun	Jenis Kelamin : <b>Laki-Laki</b>
Nama Perusahaan: <b>PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA</b>	Alamat Rumah: <b>Jl. Soekarno Hatta RT. 19 Muara Jawa Ulu, Kec. Muara Jawa.</b>	Telp./HP : <b>0852 4634 9054</b>	

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

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

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

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

Pengukuran Suhu Tubuh (°C)	Laju Pernapasan (x/menit)	Laju Nadi (x/menit)
<b>36</b>	<b>20</b>	<b>60</b>

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

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

**Bagian E. Kategori Penilaian**

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

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

Pasien/Karyawan	Petugas Skrining	Dokter Pemeriksa
	 <b>Suparlan</b>	 <b>dr. Malikinnas</b> SIP: 449.1/2/5/P.3/DPMPPT/SIP-D/2018



**PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**

## HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE TAHUN 2020



NAMA : JARMUDI  
TANGGAL LAHIR : 07-04-1991  
JENIS KELAMIN : Laki-laki  
S/N :  
IGG :  
DEPT/SERVICE :  
LOKASI KERJA :  
JENIS PEMERIKSAAN :  Pre-employment  
 Annual  
 Pre-retirement

**Medical Department**

**HEALTH SURVEILLANCE**

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

**IDENTITAS PEGAWAI**

- 1. Posisi : .....
- 2. Golongan Darah : **A / B / AB / O** Rhesus : **+ / -**
- 3. Status : (1) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
- 4. Jumlah anak : Anak laki-laki ..... Orang, Anak Perempuan ..... orang
- 5. Alamat sekarang : **Jl. Hl. Srikarno Rt. 19 kel. Murni Jember**  
**Kec. Murni Jember** .....
- 6. No. Extension Telpon. : Kantor : ..... Telpon/HP **085246349054**  
Kamar (untuk lapengan) .....

**HANYA UNTUK GALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN**

No.	Posisi	Lama Kerja	Perusahaan	Lama paparan dalam jumlah/hari					
				Silang	Debu	Kimia	Radikal	Biogenik	lain-lain

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

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

- 1. Office : 8 jam/hari
- 2. Warehouse : \_\_\_\_\_ jam/hari
- 3. Workshop : \_\_\_\_\_ jam/hari
- 4. Process area : \_\_\_\_\_ jam/hari
- 5. Well/Offshore : \_\_\_\_\_ jam/hari

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

**RIWAYAT KESEHATAN**

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

- a. Tekanan darah tinggi 1. Ya 2. Tidak  2
- b. Tekanan darah rendah 1. Ya 2. Tidak  2
- c. Jantung 1. Ya 2. Tidak  2
- d. Stroke 1. Ya 2. Tidak  2
- e. Kencing Manis 1. Ya 2. Tidak  2

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

**RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT**

1. Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah mengalami kecelakaan akibat kerja ? 1. Ya    2. Tidak      
*Bila tidak, lingsung 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
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, lingsung ke no. 8*
7. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir ?
8. Apakah Anda menderita penyakit yang dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir ? 1. Ya    2. Tidak

### KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah anda pernah merokok ?

1. Ya 2. Tidak  2  
*Bila tidak, langsung ke alkohol*

2. Sejak umur berapa Anda mulai merokok untuk pertama kalinya ?

3. Apakah saat ini Anda merokok ?

1. Ya, setiap hari

2. Ya, tidak setiap hari

3. Tidak - bila tidak langsung ke no. 14

4. Berapa banyak rokok yang Anda isap setiap harinya ?

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

1. Kadar nikotin rendah

2. Kadar nikotin sedang

3. Kadar nikotin tinggi

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

1. Tidak pernah

2. Kadang-kadang

3. Selalu

7. Berapa menit sehabis bangun tidur Anda mulai merokok?

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

1. Ya 2. Tidak

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

1. Ya 2. Tidak

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

1. Ya 2. Tidak

11. Dalam satu hari, rokok manakah yang sulit di lewatkan ?

1. Rokok pertama di pagi

*Dari no. 11 langsung ke pertanyaan alkohol*

2. Rokok lainnya

12. Apakah anda ingin berhenti merokok?

1. Ya 2. Tidak

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

1. Ya 2. Tidak

*Langsung ke pertanyaan alkohol*

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

### KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol ?

1. Ya 2. Tidak  2  
*Bila tidak, langsung ke olahraga*

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

1. Ya 2. Tidak   
*Bila tidak, langsung ke olahraga*

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

1. Ya 2. Tidak   
*Bila tidak, langsung ke olahraga*

4. Berapa kali Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan ?

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

### AKTIFITAS FISIK DAN OLAHRAGA

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

2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan ?

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

4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan ?

1. Ringan 4. Berat  2  
2. Sedang 5. Sangat berat  
3. Cukup berat

**POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN**

- 1. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan buah-buahan ? 2
- 2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran ? 6

**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

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

**UNTUK KARYAWAN WANITA**

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

## KELUARGA BERENCANA

1. Apakah keluarga Anda mengikut keluarga berencana ?

1. Ya    2. Tidak     2

*Bila tidak terganggu ke Vaksinasi*

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

1. Kondom    5. IUD   

2. Pil    6. Vasektomi

3. Suntik    7. Tubektomi

4. Susuk    8. Lainnya

## RIWAYAT VAKSINASI

1. Apakah anda pernah mendapatkan vaksinasi tetanus ?

1. Ya    3. Tidak tahu     3

2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkkan 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-Nov-..... 2020

Nama dan tanda tangan karyawan

  
(.....)  
TARUNA



**MEDICAL CHECK UP –2020**

**PHYSICAL EXAMINATION**

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

**I. VITAL SIGN**

Blood Pressure (supine)	110/70 mmHg	Pulse	60 x/m	Respiration	20 x/m	Temp.	36 -C
Weight (W)	79 kg	Height (H)	167 cm	BMI	28,33	Waist	84 cm

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

**II. PHYSICAL EXAMINATION**

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

## SUPPORTIVE INVESTIGATIONS

### I. VISION

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

### II. LABORATORIUM SUMMARY

	Normal	<b>COMMENT:</b> Cholesterol 234 mg/dL (Meningkat), Trigliserida 173 mg/dL (Meningkat), LDL 142 mg/dL (Meningkat), Asam Urat 7,5 mg/dL (Meningkat)	<i>See attached result</i>
✓	Abnormal		

### III. CHEST X-RAY

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

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

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

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

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

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

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

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

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







**JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE**

Name : TARMIDI, Tn.  
MCU No. : 2631/GMI-MCU/XI/2020  
Date : 06/11/2020

Age (Years) : 29  
Job : Driver  
Company : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

RISK FACTOR		SCORE	RESULT	Points
Sex	Female	0	Male	1
	Male	1		
Age	25-34	-4	29	-4
	35-39	-3		
	40-44	-2		
	45-49	0		
	50-54	1		
	55-59	2		
	60-64	3		
Blood Pressure	Normal	0	110/70	0
	High Normal	1		
	Grade 1 Hypertension	2		
	Grade 2 Hypertension	3		
	Grade 3 Hypertension	4		
BMI (Kg/m <sup>2</sup> )	13,79-25,99	0	28,33	1
	26,00-29,99	1		
	30,00-35,58	2		
Smoke	Never	0	Never	0
	Ex Smoker	3		
	Smoker	4		
Diabetes Mellitus	No	0	No	0
	Yes	2		
Physical Exercise/Activity	No	2	Medium	0
	Low	1		
	Medium	0		
	High	-3		
<b>TOTAL SCORE</b>				<b>-2</b>
<b>CONCLUSION :</b>		➔	<b>LOW RISK (CV10 &lt; 10%)</b>	

**NOTES :**

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

**RISK LEVEL :**

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







**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

*Result of Laboratorium Analysis*

**Nomor Lab.**  
(Lab. Number) : 2631 /GMI-MCU/XXI/2020

Dokter Konsulen  
dr. Novita Indayani, Sp. PK

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama**  
(Name) : TARMIDI, Tn. / Laki-Laki **Umur**  
(Age) : 29 Tahun  
(Years old)

**Pekerjaan**  
(Job Position) : DRIVER **Dokter**  
(Doctor) : Dr. Hendra AZ

**Perusahaan**  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan**  
(Date of Analysis) : 6 November 2020

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>HEMATOLOGI RUTIN</b>			
Hemoglobine ( Hgb )	13,9	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0	g/dL
Hematocrit ( Hct )	39,8	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35,0- 45,0	%
Erythrocyt (RBC)	4,3	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5	10 <sup>6</sup> sel/mm <sup>3</sup>
Leucocyt (WBC)	6	Dewasa : 4,0 - 10,0	10 <sup>3</sup> /µL
<b>Differential Count</b>			
Basophile	0,2	0 - 2	%
Eosinophile	3,1	0 - 3	%
Neutrofil	52,8	50 - 70	%
Lymphocyte	36	20 - 40	%
Monocyte	7,9	3 - 12	%
MCV	90	80 - 100	fL
MCH	28	27 - 34	pg/cell
MCHC	35	32 - 36	g/dL
RDW- CV	12,6	11 - 16	%
RDW-SD	42,5	35 - 56	fL
Thrombocyt	368	140 - 440	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
<b>KIMIA KLINIK</b>			
<b>METABOLISME GLUKOSA/DIABETES</b>			
Glucose Fasting	110	Normal : 70 - 110	mg/dL
<b>PROFIL LEMAK</b>			
Cholesterol total	234	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240	mg/dL
Triglycerides	173	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : >= 500	mg/dL
HDL Cholesterol	57	Rendah : < 40 Tinggi : >= 60	mg/dL
LDL Cholesterol	142	Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 - 129	





**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

*Result of Laboratorium Analysis*

**Nomor Lab.** : 2631 /GMI-MCU/XI/2020  
*(Lab. Number)*

Dokter Konsulen  
**dr. Novita Indayani, Sp. PK**

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama** (Name) : TARMIDI, Tn. / Laki-Laki  
**Umur** (Age) : 29 Tahun (Years old)  
**Pekerjaan** (Job Position) : DRIVER  
**Dokter** (Doctor) : Dr. Hendra AZ  
**Perusahaan** (Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA  
**Tgl Pemeriksaan** (Date of Analysis) : 6 November 2020

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
		Batas tinggi : 130 - 159	mg/dL
		Tinggi : 160 - 189	
		Sangat tinggi : > 190	
Rasio LDL/HDL	2	CARDIO RISK INDEX (CRI)	
		< 3 : Low risk	
		3 - 5 : Moderate risk	
		> 5 : High risk	
<b>FUNGSI HATI</b>			
SGOT / AST	21	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	29	0 - 40	U/L
<b>FUNGSI GINJAL</b>			
Uric Acid	7,5	Laki-laki dewasa : 3,5 - 7,2 Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0	mg/dL
Creatinine	0,9	0,8 - 1,4	mg/dL
Ureum	23	10 - 50	mg/dL
<b>URINALISA</b>			
<b>MAKROSKOPIS URIN</b>			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Jernih		
<b>KIMIA</b>			
Berat jenis	1,010	Normal : 1,003 - 1,035	
pH	6,5	Normal : 4,5 - 8	
Protein	Negatif	Normal : < 7,5 (Negatif)	mg/dL
Glucose	Negatif	Normal : < 0,018 (Negatif)	mg/dL
Leukosit esterase	Negatif	Normal : < 9 (Negatif)	Leu/µL
Ketone	Negatif	Normal : < 2,5 (Negatif)	mg/dL
Urobilin	Negatif	Normal : < 0,2 (Negatif)	mg/dL
Bilirubin	Negatif	Normal : < 0,4 (Negatif)	mg/dL
Nitrite	Negatif	Normal : < 0,05 (Negatif)	mg/dL
Blood	Negatif	Normal : 1 < 0,018 (Negatif)	mg/dL

Tanggal pengambilan sampel : 6 November 2020

Penanggung Jawab  
Laboratorium,

 **Laboratorium  
GRAND Medica**

Analisis Laboratorium

  
Syamsiah Am. Ak





**Nomor Pasien**  
(Patient Number)

**Nomor Film**  
(Film Number) : 2631

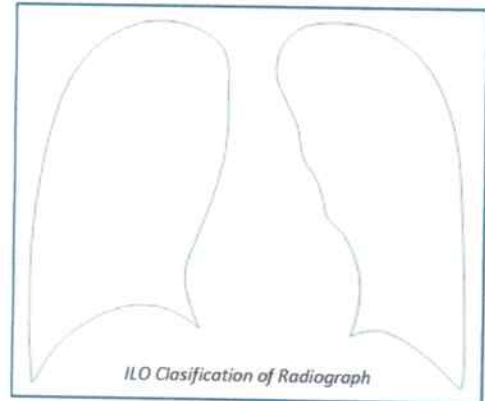
**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama**  
(Name) : TARMIDI, Tn.  
**Umur**  
(Age) : 29 **Tahun**  
(years old)  
**Jenis Kelamin**  
(Gender) : Male

**Perusahaan**  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA  
**Pekerjaan**  
(Occupation) : DRIVER  
**Tgl Pemeriksaan**  
(Date of Analysis) : 06 November 2020

**Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)**

**Jenis Pemeriksaan**  
(Type of Examination) : Thorax  
**Posisi Penyinaran**  
(Exposure Position) : PA  
**Kondisi Penyinaran**  
(Exposure Condition) : kV : 66  
mAs : 0,30



ILO Classification of Radiograph

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

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

- Kelainan Tulang dan/atau Jaringan Lunak?**  
(Skeleton and/or Soft Tissue Abnormalities)
- Kelainan Bayangan Jantung?**  
(Abnormal heart shadows)
- Kelainan Hilus dan/atau Kelenjar Limfa?**  
(Abnormal hilar and/or lymphatic gland)
- Kelainan Diafragma dan Sudut Costophrenic?**  
(Abnormal Diaphragms and Costophrenic angles)
- Kelainan Paru-paru?**  
(Abnormal Lung Fields)
- Gambaran Lainnya dari Lesi TBC?**  
(Any evidence of tubercular lesions)
- Gambaran Abnormal Lainnya?**  
(Detail of Other Abnormalities)

No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →

**Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)**

Foto thorax normal

dr. ABDUL HADIS, Sp.Rad  
(Radiologist signature)

Spesialis Radiologi





**Patient Data**

ID Number: 2631      Gender: Laki-laki  
 First Name: TARMIDI      Occupation: Driver  
 Last Name: -      Company: PT. Inspektindo Sinergi Persada  
 Age: 29 Yo.      Test Date: 06 November 2020

**Occupational Noise Exposure**

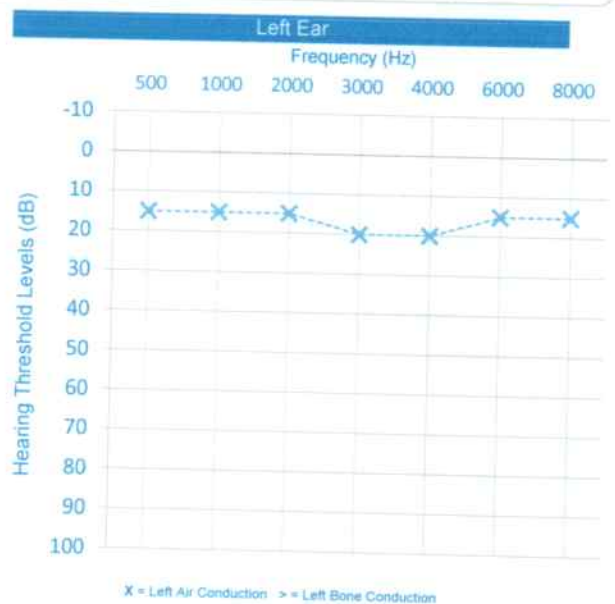
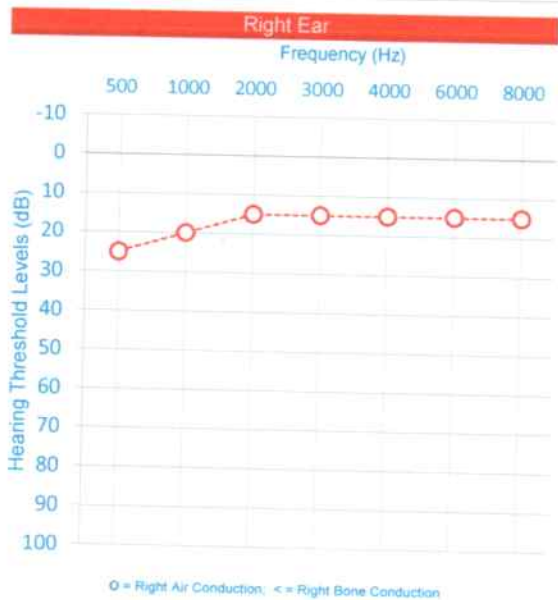
Type of work:  Present Driver      Period of work: -      Hearing Protection Worn:  No

Previous: 1) -      -      -  
 2) -      -      -

Military Services:  -

**Otological History / Symptoms**

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



**Test Detail**

Test Location:  Sound Booth     Other      Hours Away from Noise:  < 14 hours     14 - 24 hours     > 24 hours

Technician: Susi Rindayani, A.Md.Kep

**Right Ear Observation and Test Result**

**Left Ear Observation and Test Result**

Right Ear								HTL	Left Ear								HTL
Canal								RIGHT	Canal								LEFT
Ear Drum								EAR	Ear Drum								EAR
Conduction	Frequency (Hz)							HTL	Conduction	Frequency (Hz)							HTL
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000			500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
Air	25	20	15	15	15	15	15	15,0	Air	15	15	15	20	20	15	15	18,3
Bone								0,0	Bone								0,0

**Conclusion / Medical Report**

Right Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.  
 Left Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Signature

*Grand Medica Indonesia*  
 dr. Hendra A.Z.

Instrument used  
 SIBELSOUND 400

Standard  
 OSHA





ID : 2631  
Name : Tarnidi  
Age : 29 Years  
Gender : Male  
Department: PT. Inspektindo Sinergi Persad

HR : 60 BPM  
P Dur : 110 ms  
PR int : 146 ms  
QRS Dur : 88 ms  
QT/QTc int : 373/375 ms  
P/QRS/T axis : 24/54/39 °  
RV5/SV1 amp : 2.213/0.496 mV  
RV5+SV1 amp : 2.709 mV  
RV6/SV2 amp : 1.652/0.247 mV

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

trn

Technician : Rinda A.Md. Kep  
Report Confirmed by:

dr. ACHMAD YUSRI, SpJP  
SPECIALIS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH

