

## PERSONAL DATA

**No. MCU** : 5439/GMI-MCU/IX/2021  
**No. Badge** : -  
**N a m a** : **ACHMAD WAHYU SYAMSURI, Tn.**  
**U m u r** : 26 tahun  
**Perusahaan** : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**  
**Jabatan** : Asst. Inspector  
**Tgl Pemeriksaan** : 25/09/2021  
**Alamat** : -



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE  
TAHUN 2021



NAMA : Achmad Wahyu Syamsuri  
TANGGAL LAHIR : 27/10/1999  
JENIS KELAMIN : Laki - Laki  
S/N : .....  
IGG : .....  
DEPT/SERVICE : .....  
LOKASI KERJA : .....  
JENIS PEMERIKSAAN :  Pre-employment  
 Annual  
 Pre-retirement



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

### RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

- |   |       |          |  |
|---|-------|----------|--|
| 1. Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah mengalami kecelakaan akibat kerja ?               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/>                                       |
|   |       |          | <i>Bila tidak, langsung ke no. 6</i>                           |
| 2. Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan ?                        |       |          | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |
| 3. Apakah Anda perlu mendapatkan perawatan di rumah sakit karena kecelakaan tersebut ?            | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/>                                       |
| 4. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut ? |       |          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh ?                                | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/>                                       |
| 6. Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit ?                          | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/>                                       |
|   |       |          | <i>Bila tidak, langsung ke no. 8</i>                           |
| 7. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir ?  |       |          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 8. Apakah Anda menderita penyakit yang dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir ?       | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/>                                       |

## KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah anda pernah merokok ?

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

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

2  0

3. Apakah saat ini Anda merokok ?

1. Ya, setiap hari  1

2. Ya, tidak setiap hari

3. Tidak - bila tidak langsung ke no. 14

4. Berapa banyak rokok yang Anda isap setiap harinya ?

0  8

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

1. Kadar nikotin rendah  2

2. Kadar nikotin sedang

3. Kadar nikotin tinggi

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

1. Tidak pernah  3

2. Kadang-kadang

3. Selalu

7. Berapa menit sehabis bangun tidur Anda mulai merokok?

1  2  0

8. Apakah Anda lebih banyak merokok dalam 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 satu hari, rokok manakah yang sulit di lewatkan ?

1. Rokok pertama di pagi  1

*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  1

*Bila tidak, langsung ke olahraga*

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

1. Ya 2. Tidak  2

*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)

6  0

2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan ?

3  8

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

6  0

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

**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

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

**UNTUK KARYAWAN WANITA**

- 1. Apakah saat ini Anda sedang hamil ? 1. Ya    2. Tidak      
*Bila tidak, lompat ke no. 3*
- 2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini ?
- 3. Berapa jumlah kehamilan yang pernah Anda alami (termasuk kehamilan kali ini) ?
- 4. Berapa jumlah keguguran yang pernah Anda alami ?
- 5. Kapan hari 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     

*Bila tidak langsung ke Vaksinasi*

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

1. Kondom      5. IUD     

2. Pil      6. Vasektomi

3. Suntik      7. Tubektomi

4. Susuk      8. Lainnya

## RIWAYAT VAKSINASI

1. Apakah anda pernah mendapatkan vaksinasi tetanus ?

1. Ya      3. Tidak tahu       2

2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkn vaksinasi hepatitis ?

1. Ya      3. Tidak tahu       2

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, 25 09 2021

Nama dan tanda tangan karyawan



(Ahmad Wahyu Samsuri)

## MEDICAL CHECK UP –2021

## PHYSICAL EXAMINATION

NAME	ACHMAD WAHYU SYAMSURI, Tn.	S/N	-	DEPT	-
------	----------------------------	-----	---	------	---

## I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	110/60	mmHg	Pulse	66	x/m	Respiration	20	x/m	Temp.	36	°C
Weight (W)	63	kg	Height (H)	179	cm	BMI	19,66	Waist	66	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, Radix
8	NECK	Adenopathi/Thyroid/Carotids/ Trachea/ Veins/ Mass/ Spine/ Motion/ Bruit		✓	
9	BACK / SPINE	Kyphosis/Scoliosis/ Lordosis/ Mobility/ CVA/ Bone/ Tenderness/ Other deformities		✓	
10	THORAX	Symmetry/Movement/Contour / Tender		✓	
11	BREAST	Size/Consistency/ Nipples/ Areola / Discharge/ Palpable mass/ enderness/ Nodes/ Scars		✓	
12	HEART	Rate/Rhythm/Apical/Impulse/Trills/ Quality of sound/Intensity/Splitting/Extra sound/Murmurs		✓	
13	CHEST / LUNG	Excursion/Dullness or Hyper-resonance of percussion/ Quality of breath sound/ Rales/ Wheezing/Ronchi/ Bruit		✓	
14	ABDOMEN	Bowel sounds/ Appearance/ Liver/ Spleen/ Masses/ Hernias/ Murmur/ Contour/ Tenderness/ Bruit/ Nodes		✓	
15	GROIN	Hernia/Inguinal nodes/Femoral pulses		✓	
16	GENITAL	MALE		✓	
		FEMALE			
17	EXTREMITIES	Deformity/Clubbing/Cyanosis/Edema/Nail/ Peripheral pulses/ Calf tenderness/Joints for swelling/ ROM		✓	
18	JOINTS	ROM/ Swelling / Inflammation /Deformity		✓	
19	SKIN	Color/Birthmark/Scars/ Tattoos /Texture/Rash/ Eczema / ulcers/Piercing		✓	
20	NEUROLOGICAL	Reflexes/Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/ Sensor (touch,prick,vibrate) Coordination/ Romberg		✓	Romberg Test : Negative
21	MUSCULAR SYSTEM	Strength/Wasting/Development		✓	
22	RECTAL EXAM.	Sphincter tonus/ Hemorrhoids/ Fissure/ Masses /Prostate		✓	



## SUPPORTIVE INVESTIGATIONS

### I. VISION

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

### II. LABORATORIUM SUMMARY

See attached result

	Normal	<b>COMMENT:</b> Asam Urat : 7,3 mg/dL (Meningkat).
✓	Abnormal	

### III. CHEST X-RAY

See attached result

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

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

See attached result

Normal	✓	Abnormal	(specify) : Sinus Rhythm
--------	---	----------	--------------------------

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

See attached result

Normal	Abnormal	(specify) :
--------	----------	-------------

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

See attached result

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

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

See attached result

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





**Patient Data**

ID Number :	5439/GMI-MCU/IX/2021		
Name :	<b>ACHMAD WAHYU SYAMSURI, Tn.</b>	Company :	PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Gender :	Laki-Laki	Occupation :	Asst. Inspector
DOB / Age :	27/10/1994 / 26 Yo.	Test Date :	25/09/2021
Height (cm)	179	Weight (kg) :	63
		BMI :	19,66

**Jakarta Cardiovascular Risk Table**

Risk Factor	Score	Result	Poin
<b>Sex</b>	Female	Male	1
	Male		
<b>Age</b>	25-34	26	-4
	35-39		
	40-44		
	45-49		
	50-54		
	55-59		
	60-64		
<b>Blood Pressure</b>	Normal	110/60	0
	High Normal		
	Grade 1 Hypertension		
	Grade 2 Hypertension		
	Grade 3 Hypertension		
<b>BMI (Kg/m2)</b>	13,79 - 25,99	19,66	0
	26,00 - 29,99		
	30,00 - 35,58		
<b>Smoke</b>	Never	Smoker	4
	Ex Smoker		
	Smoker		
<b>Diabetes Mellitus</b>	No	No	0
	Yes		
<b>Physical Exercise/Activity</b>	No	Medium	0
	Low		
	Medium		
	High		
<b>Total Point</b>			<b>1</b>

**Determine the 10-year CVD risk (%)**

Total Points	10-year CVD risk (%)	
-4	Low Risk	<1
-3	Low Risk	2,6
-2	Low Risk	4,2
-1	Low Risk	5,8
0	Low Risk	7,4
1	Low Risk	9
2	Moderate Risk	10,0
3	Moderate Risk	13,1
4	Moderate Risk	17,2
5	High Risk	20,0
6	High Risk	21,2
7	High Risk	22,5
8	High Risk	23,7
9	High Risk	25
10	High Risk	26,2
11	High Risk	27,5
12	High Risk	28,7
13	High Risk	>30

**Result**

Estimated 10-year CVD Risk

**9,0%**

Risk Category

**Low Risk**
**Advice**

Patients with **HIGH RISK** scores should be counseled aggressively about social factors contributing to their risk (smoking, exercise, weight, diet, etc) and also managed with blood pressure and lipid evaluation.

**References**

Kusmana. Dede. *The Jakarta Cardiovascular Score, A Modified Framingham Score, Is A Simple Method For Cardiovascular Risk Stratification In Developing Countries. 21st Scientific Meeting of the International Society of Hypertension, 2006; 201.*



**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

Result of Laboratorium Analysis

**Nomor Lab.** : 5439 /GMI-MCU/IX/2021  
(Lab. Number)

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama (Name)** : ACHMAD WAHYU .S, Tn. / Laki-Laki **Umur (Age)** : 26 Tahun (Years old)  
**Pekerjaan (Job Position)** : ASST INSPECTOR **Dokter (Doctor)** : Dr. Hendra AZ  
**Perusahaan (Company)** : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)** : 25 September 2021

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>HEMATOLOGI RUTIN</b>			
Hemoglobine ( Hgb )	15,9	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0	g/dL
Hematocrit ( Hct )	45,2	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35,0- 45,0	%
Erythrocyt (RBC)	4,9	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5	10 <sup>6</sup> sel/mm <sup>3</sup>
Leucocyt (WBC)	5,2	Dewasa : 4,0 - 10,0	10 <sup>3</sup> / $\mu$ L
<b>Differential Count</b>			
Basophile	0,1	0 - 2	%
Eosinophile	1,5	0 - 3	%
Neutrofil	54,5	50 - 70	%
Lymphocyte	35,6	20 - 40	%
Monocyte	6,1	3 - 12	%
MCV	88	80 - 100	fL
MCH	28	27 - 34	pg/cell
MCHC	35	32 - 36	g/dL
RDW- CV	13	11 - 15	%
RDW-SD	44	35 - 56	fL
Thrombocyt	245	140 - 440	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
<b>KIMIA KLINIK</b>			
<b>METABOLISME GLUKOSA/DIABETES</b>			
Glucose Fasting	71	Normal : 70 - 110	mg/dL
<b>PROFIL LEMAK</b>			
Cholesterol total	108	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240	mg/dL
Triglycerides	82	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : >= 500	mg/dL
HDL Cholesterol	55	Rendah : < 40	ma/ml





**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

Result of Laboratorium Analysis

**Nomor Lab.** : 5439 /GMI-MCU/IX/2021  
(Lab. Number)

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama** (Name) : ACHMAD WAHYU .S, Tn. / Laki-Laki **Umur** (Age) : 26 Tahun (Years old)  
**Pekerjaan** (Job Position) : ASST INSPECTOR **Dokter** (Doctor) : Dr. Hendra AZ  
**Perusahaan** (Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan** (Date of Analysis) : 25 September 2021

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
LDL Cholesterol	37	Tinggi : >= 60 Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 - 129 Batas tinggi : 130 - 159 Tinggi : 160 - 189 Sangat tinggi : > 190	mg/dL
Rasio LDL/HDL	0,7	CARDIO RISK INDEX (CRI) < 3 : Low risk 3 - 5 : Moderate risk > 5 : High risk	
<b>FUNGSI HATI</b>			
SGOT / AST	22	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	12	0 - 40	U/L
<b>FUNGSI GINJAL</b>			
Uric Acid	7,3	Laki-laki dewasa : 3,5 - 7,2 Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0	mg/dL
Creatinine	0,8	0,8 - 1,4	mg/dL
Ureum	29	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 : 25 September 2021

Penanggung Jawab  
Laboratorium,

Dr. Hendra Agus Z



Analisis Laboratorium

Syamsiar Am. Ak







**Nomor Pasien**  
(Patient Number) :

**Nomor Film**  
(Film Number) : 5439

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama**  
(Name) : **ACHMAD WAHYU SYAMSURI, Tn.**

**Perusahaan**  
(Company) : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**

**Umur**  
(Age) : **26** Tahun  
(years old)

**Pekerjaan**  
(Occupation) : **ASST INSPECTOR**

**Jenis Kelamin**  
(Gender) : **Male**

**Tgl Pemeriksaan**  
(Date of Analysis) : **25 September 2021**

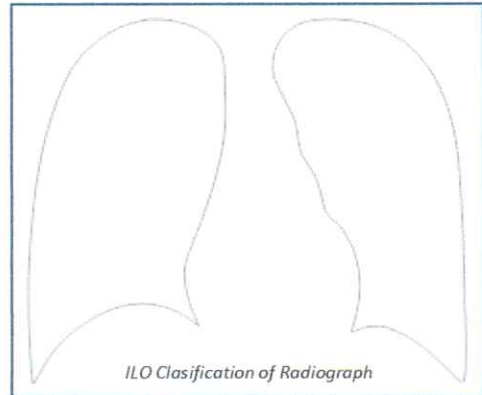
**Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)**

**Jenis Pemeriksaan**  
(Type of Examination) : **Foto thorax**

**Posisi Penyinaran**  
(Exposure Position) : **PA**

**Kondisi Penyinaran**  
(Exposure Condition) : **kV : 58**

**mAs : 0,30**



**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)

<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →
<input checked="" type="radio"/> No	Yes →

**Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)**

Foto Thorax normal

**dr. ABDUL HAKIS, Sp.Rad**  
Spesialis Radiologi



**Patient Data**

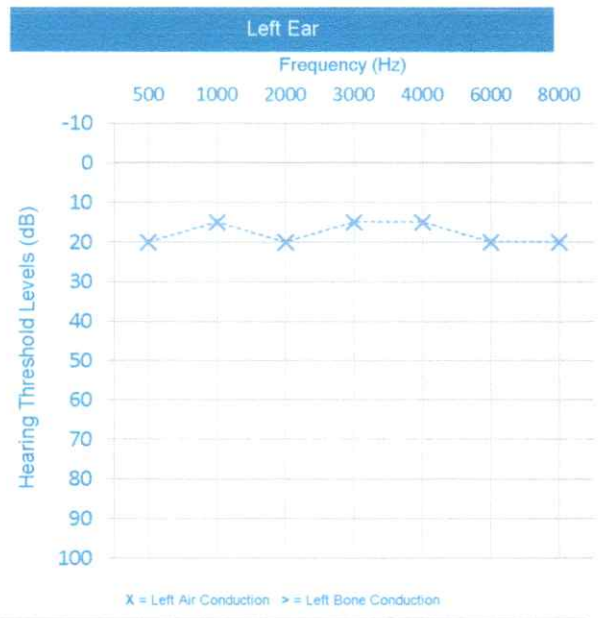
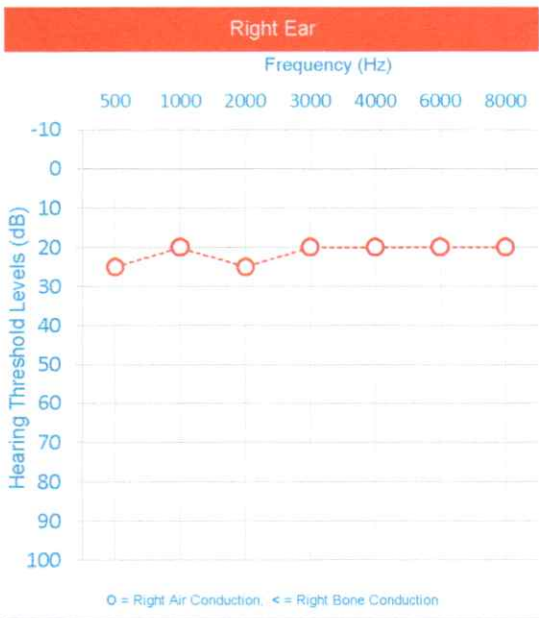
ID Number	5439	Gender	Laki-laki
First Name	ACHMAD	Occupation	Asst. Inspector
Last Name	WAHYU. S	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	26 Yo.	Test Date	25 September 2021

**Occupational Noise Exposure**

<b>Present</b>	Type of work Asst. Inspector	Period of work -	Hearing Protection Worn No
<b>Previous</b>	1) -	-	-
	2) -	-	-
<b>Military Services</b>	<input type="checkbox"/>		

**Test Detail**

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



**Right Ear Observation and Test Result**

Canal	Normal							HTL
Ear Drum	Normal							RIGHT
Conduction	Frequency (Hz)							EAR
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
	Air	25	20	25	20	20	20	
Bone								0,0

**Left Ear Observation and Test Result**

Canal	Normal							HTL
Ear Drum	Normal							LEFT
Conduction	Frequency (Hz)							EAR
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
	Air	20	15	20	15	15	20	
Bone								0,0

**Conclusion / Medical Report**

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

Signature   
 dr. Hendra A.Z.

Instrument used  
 SIBEL SOUND 427

Standard  
 OSHA





ID : 5439  
Name : Achmad Wahyu S  
Age : 26 Years  
Gender : Male  
Department: PT. Inspektindo

HR : 66 BPM  
P Dur : 109 ms  
PR int : 152 ms  
QRS Dur : 85 ms  
QT/QTc int : 362/379 ms  
P/QRS/T axis : 72/70/68 °  
RV5/SV1 amp : 1.425/2.047 mV  
RV5+SV1 amp : 3.472 mV  
RV6/SV2 amp : 1.211/2.350 mV

Technician : Rinda A.M/d.Kep  
Report Confirmed by:

Diagnosis Information:  
800: Sinus Rhythm  
734: Suspect Anteroseptal Myocardial Infarction?  
(V1,V2)

*Handwritten signature*

**dr. ACHMAD YUSRI, S.G.P.P.**  
**SPEKIALIS AMFONG DAN PEMBULUH DARAH**

