



**GRAND MEDICA  
INDONESIA**

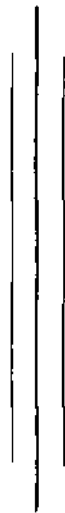
*Made SMILE and Be HEALTHY*

## PERSONAL DATA

No. MCU : 0673/GMI-MCU/1/2022  
No. Badge : -  
N a m a : **AGNES THESIA MERISTA, Nn.**  
U m u r : 27 tahun  
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**  
Jabatan : Admin Invoice  
Tgl Pemeriksaan : 20/01/2022  
Alamat : *Kebun Sayur Jl. Al Falah RT 32 No. 3 Baru Ilir, Balikpapan Barat.*

PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE  
TAHUN 2022



NAMA : Agnes Thesia Merista  
TANGGAL LAHIR : 31 Agustus 1994  
JENIS KELAMIN : Perempuan  
S/N :  
IGG :  
DEPT/SERVICE :  
LOKASI KERJA : Balikpapan OFFICE  
JENIS PEMERIKSAAN :  Pre-employment  
 Annual  
 Pre-retirement

**Medical Department**

**HEALTH SURVEILLANCE**

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

**IDENTITAS PEGAWAI**

1. Posisi : Admin Invoice
2. Golongan Darah : A / B / AB / <sup>⊕</sup> 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 : kebudh sayur Jl. Patah PI 32 NO 3  
Baru Tiri Balikpapan Barat  
Telpon /HP 081262357353
6. No. Extension Telpon. : Kantor : ..... Kamar (untuk lapangan) .....

**HANYA UNTUK GALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN**

No.	Posisi	Lama Kerja	Perusahaan	Lama paparan dalam jam/hari					
				Stang	Debu	Kena	Radiasi	Ergonomi	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 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Tekanan darah rendah | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Jantung              | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. Stroke               | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Kencing Manis        | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |

- |                           |       |          |                                     |
|---------------------------|-------|----------|-------------------------------------|
| 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. Thypus                 | 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 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 | <input checked="" type="checkbox"/>  |
|   |       |          | <i>Bila tidak, langsung ke no. 6</i>   |
| 2. Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan ?                        |       |          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                            |
| 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6 |
| 8. Apakah Anda menderita penyakit yang dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir ?       | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/>  |

## KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah anda pernah merokok ?

1. Ya 2. Tidak

*Bila tidak, laksanakan 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 laksanakan 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

2. Rokok lainnya

*Dari no. 11 laksanakan ke pertanyaan alkohol*

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

*Laksanakan ke pertanyaan alkohol*

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

## KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol ?

1. Ya 2. Tidak

*Bila tidak, laksanakan ke olahraga*

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

1. Ya 2. Tidak

*Bila tidak, laksanakan ke olahraga*

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

1. Ya 2. Tidak

*Bila tidak, laksanakan 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. 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 ?  5

**RWYAT PENYAKIT KELUARGA**

- 1. Apakah ada diantara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut
  - a. Tekanan darah tinggi 1. Ya    2. Tidak     2
  - 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
- 2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut
  - a. Tekanan darah tinggi 1. Ya    2. Tidak     2
  - 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 ?
- 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     1
- 8. Apakah dalam satu tahun terakhir pola haid Anda teratur ? 1. Ya    2. Tidak     1
- 9. Apakah ada rasa sakit yang berhubungan dengan haid ? 1. Ya    2. Tidak
- 10. Apakah Anda sering menderita keputihan ? 1. Ya    2. Tidak     1

*Doa tidak terganggu ke no. 3*

## KELUARGA BERENCANA

1. Apakah keluarga Anda mengikuti 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. PIH      6. Vasektomi

3. Suntik      7. Tubektomi

4. Susuk      8. Lainnya

## RIWAYAT VAKSINASI

1. Apakah anda pernah mendapatkan vaksinasi tetanus ?

1. Ya      3. Tidak tahu       1

2. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkan 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, 20 Januari 2022

Nama dan tanda tangan karyawan

*CTF*  
*01*

( Agnes Theya Merista )

## MEDICAL CHECK UP –2022

## PHYSICAL EXAMINATION

NAME	AGNES THESIA MERISTA, Nn.	S/N	-	DEPT	-
------	---------------------------	-----	---	------	---

## I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	127/80	mmHg	Pulse	75	x/m	Respiration	20	x/m	Temp.	36,5	°C
Weight (W)	58	kg	Height (H)	156	cm	BMI	23,83	Waist	82	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⊙		✓	
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/Spitting/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	Penis/Testis/Scrotum epididymis/ Varicocele/ Scars/ Discharge/ Circumcised/ Piercing		
		FEMALE	Vulva/Vagina/ Cervix/ Uterus/ Adnexae/ Rectocele/ Bartholini gland/ Urethra/ Discharge		✓
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	-	-	20/50	20/50		<input checked="" type="checkbox"/>	Normal
Near	20/50	20/30	-	-		<input type="checkbox"/>	Red – Green Absent
Visual fields (Normal > 70°)			Left	85°	Right	85°	Colour Blind

**II. LABORATORIUM SUMMARY***See attached result*

<input checked="" type="checkbox"/>	Normal	COMMENT :
<input type="checkbox"/>	Abnormal	

**III. CHEST X-RAY***See attached result*

Pneumoconiosis	Yes	No <input checked="" type="checkbox"/>
If Yes – ILO Classification		
Evidence of TB	Yes	No <input checked="" type="checkbox"/>
Other Abnormalities		
COMMENT	Foto Thorax Normal	

**IV. ECG (Optional for over 35 years of age)***See attached result*

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

CONCLUSION	Change since last audiometric examination	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 :	0673/GMI-MCU/I/2022		
Name :	<b>AGNES THESIA MERISTA, Nn.</b>		Company : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Gender :	Perempuan		Occupation : Admin Invoice
DOB / Age :	31/08/1994 / 27 Yo.		Test Date : 20/01/2022
Height (cm) :	156	Weight (kg) :	58 BMI : 23,83

**Jakarta Cardiovascular Risk Table**

Risk Factor	Score	Result	Poin
<b>Sex</b>	Female	Female	0
	Male		
<b>Age</b>	25-34	27	-4
	35-39		
	40-44		
	45-49		
	50-54		
	55-59		
	60-64		
<b>Blood Pressure</b>	Normal	127/80	0
	High Normal		
	Grade 1 Hypertension		
	Grade 2 Hypertension		
	Grade 3 Hypertension		
<b>BMI (Kg/m2)</b>	13,79 - 25,99	23,83	0
	26,00 - 29,99		
	30,00 - 35,58		
<b>Smoke</b>	Never	Never	0
	Ex Smoker		
	Smoker		
<b>Diabetes Mellitus</b>	No	No	0
	Yes		
<b>Physical Exercise/Activity</b>	No	Low	1
	Low		
	Medium		
	High		
<b>Total Point</b>			<b>-3</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

<b>Result</b>
Estimated 10-year CVD Risk
<b>2,6%</b>
Risk Category
<b>Low Risk</b>

**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.*

**Nomor Lab.**  
(Lab. Number) : 0673 /GMI-MCU/I/2022

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama**  
(Name) : AGNES THESIA MERISTA, Nn. / Perempuan **Umur**  
(Age) : 27 Tahun  
(Years old)

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

**Perusahaan**  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan**  
(Date of Analysis) : 20 Januari 2022

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>HEMATOLOGI RUTIN</b>			
Hemoglobine ( Hgb )	12,0	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0	g/dL
Hematocrit ( Hct )	35,0	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35,0- 45,0	%
Erythrocyt (RBC)	5,0	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5	10 <sup>6</sup> sel/mm <sup>3</sup>
Leucocyt (WBC)	7,8	Dewasa : 4,0 - 10,0	10 <sup>3</sup> /μL
<b>Differential Count</b>			
Basophile	0,1	0 - 2	%
Eosinophile	1,4	0 - 3	%
Neutrofil	57,0	50 - 70	%
Lymphocyte	34,9	20 - 40	%
Monocyte	6,5	3 - 12	%
MCV	80	80 - 100	fL
MCH	27	27 - 34	pg/cell
MCHC	33	32 - 36	g/dL
RDW- CV	12,8	11 - 16	%
RDW-SD	33,6	35 - 56	fL
Thrombocyt	279	140 - 440	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
<b>KIMIA KLINIK</b>			
<b>METABOLISME GLUKOSA/DIABETES</b>			
Glucose Fasting	100	Normal : 70 - 110	mg/dL
<b>PROFIL LEMAK</b>			
Cholesteroi total	103	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240	mg/dL
Triglycerides	70	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : >= 500	mg/dL

**Nomor Lab.** : 0673 /GMI-MCU/I/2022  
(Lab. Number)

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama** (Name) : AGNES THESIA MERISTA, Nn. / Perempuan **Umur** (Age) : 27 Tahun (Years old)  
**Pekerjaan** (Job Position) : ADMIN INVOICE **Dokter** (Doctor) : Dr. Hendra AZ  
**Perusahaan** (Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan** (Date of Analysis) : 20 Januari 2022

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
HDL Cholesterol	55	Rendah : < 40 Tinggi : >= 60	mg/dL
LDL Cholesterol	50	Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 - 129 Batas tinggi : 130 - 159 Tinggi : 160 - 189 Sangat tinggi : > 190	mg/dL
Rasio LDL/HDL	0,9	CARDIO RISK INDEX (CRI) < 3 : Low risk 3 - 5 : Moderate risk > 5 : High risk	
<b>FUNGSI HATI</b>			
SGOT / AST	34	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	38	0 - 40	U/L
<b>FUNGSI GINJAL</b>			
Uric Acid	3,8	Laki-laki dewasa : 3,5 - 7,2 Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0	mg/dL
Creatinine	1,2	0,8 - 1,4	mg/dL
Ureum	19	10 - 50	mg/dL
<b>URINALISA</b>			
<b>MAKROSKOPIS URIN</b>			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Jernih		
<b>KIMIA</b>			
Berat jenis	1,025	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/ $\mu$ L

**Nomor Lab.**  
(Lab. Number) : 0673 /GMI-MCU/1/2022

**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama**  
(Name) : AGNES THESIA MERISTA, Nn. / Perempuan **Umur**  
(Age) : 27 Tahun  
(Years old)

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

**Perusahaan**  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan**  
(Date of Analysis) : 20 Januari 2022

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
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 : 20 Januari 2022

Penanggung Jawab Laboratorium,

 **Laboratorium**  
**GRAND Medica**  
Dr. Hendra Agus Z

Analisis Laboratorium

  
Syamsiar Am. Ak



**Nomor Pasien**  
(Patient Number)

**Nomor Film**  
(Film Number) : 673

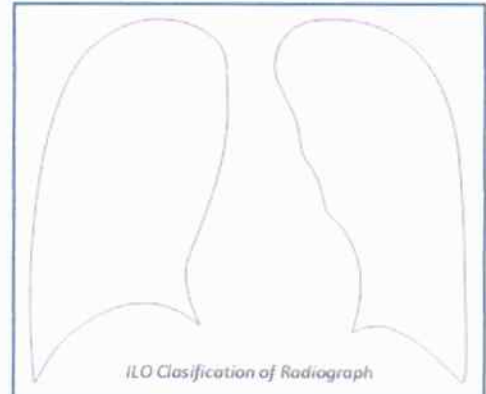
**Data Pasien (Patient Detail)**

**Nama**  
(Name) : AGNES THESIA MERISTA, Nn.  
**Umur**  
(Age) : 27 Tahun  
(years old)  
**Jenis Kelamin**  
(Gender) : Male

**Perusahaan**  
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA  
**Pekerjaan**  
(Occupation) : ADMIN INVOICE  
**Tgl Pemeriksaan**  
(Date of Analysis) : 20 Januari 2022

**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)

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

**Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)**

Foto thorax normal

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



ID : 673  
Name : Agnes Thesia Merista  
Age : 27 Years  
Gender : Female  
Department: PT. Inspektindo

HR : 75 BPM  
P Dur : 107 ms  
PR int : 154 ms  
QRS Dur : 73 ms  
QT/QTc int : 374/418 ms  
P/QRS/T axis : 189/53 °  
RV5/SV1 amp : 0.955/0.269 mV  
RV6/SV2 amp : 1.224 mV  
RV6/SV2 amp : 0.907/0.911 mV

Technician : Rinda And.Kep  
Report Confirmed by:

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

TRR

**dr. ACHMAD YUSRI, SpJP**  
SPECIALIS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH

