



PERSONAL DATA

No. MCU : 3249/MCU-ISP/MCU/XII/2020
No. Badge : -
N a m a : **RENAULT ADY SATRYA, Tn.**
U m u r : 31 tahun
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Jabatan : **Asst. Inspector**
Tgl Pemeriksaan : **17 Desember 2020**
Alamat : *Jl. Karang Jawa No. 44 RT. 08 Balikpapan.*

Tgl. Skrining : 17/12/2020

No. : 3249

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

Nama Lengkap: RENAULT ADY SATRYA, Tn.	Tgl. Lahir: 25/01/1989	Umur : 31 tahun	Jenis Kelamin : Laki-Laki
Nama Perusahaan: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Alamat Rumah: Jl. Karang Jawa No. 44 RT. 08 Balikpapan.	Telp./HP : 0812 5300 6336	

Bagian B. Informasi Riwayat Kesehatan (diisi oleh pasien)

Berilah tanda centrang (✓) 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 ATAU	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Bekerja di fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 ATAU	<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)
36	18	70

Bagian D. Pemeriksaan Fisik (diisi oleh dokter pemeriksa)

Suara Napas	Ronchi	Wheezing
Vesikuler +/-	-/-	-/-

Bagian E. Kategori Penilaian

	Kesimpulan
• Pasien Dalam Pengawasan (PDP) Gejala No. 1 + No. 2 + No. 3 DAN faktor risiko No. 1 ATAU Gejala No. 1 ATAU No. 2 DAN salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2 ATAU Gejala No.3 (Berat)	<input type="checkbox"/>
• Orang Dalam Pemantauan (ODP) Gejala No. 1 ATAU No.2 DAN Faktor Risiko No.1 ATAU Gejala No.2 DAN salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2	<input type="checkbox"/>
• Orang Tanpa Gejala (OTG) Tidak ada gejala DAN 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
	 Suparlan	  dr. Hendra AZ. No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017

Permintaan Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

F_OH_017

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)		
Nama Lengkap RENAULT ADY SATRYA, Tn.	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) 25/01/1989	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) Asst. Inspector	Nama Perusahaan PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore All Area <input type="checkbox"/> Office
Alamat Rumah : Jl. Karang Jawa No. 44 RT. 08 Balikpapan.	Nomor Telepone / HP 0812 5300 6336	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 17/12/2020

BAGIAN B. Alasan Evaluasi (diisi dengan benar oleh supervisor / bagian kesehatan perusahaan kontraktor) Beri tanda pada kotak yang sesuai
--

Pemeriksaan sebelum bekerja (Pre-placement), untuk kategori posisi :

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Non Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker | <input checked="" 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 | | |

Pemeriksaan berkala (Periodic), untuk kategori posisi :

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Non Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker | <input type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker |
| <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang | <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> Pilot | <input type="checkbox"/> Food Handler |
| <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | <input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium | | |

Return to Work

Tidak masuk kerja ≥ 14 hari kalender karena sakit atau cedera, atau < 14 hari jika kondisi medis dinilai serius, atau diturunkan saat masa on duty

For Cause

- Pasca Insiden 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) 17/12/2020
-------------------------	--

F_OH_018 Formuli 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 Perault Ady Sabrya	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 25-01-1989	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) PROBLANOE	Nama Perusahaan PT ISP	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore <i>allan</i>
Alamat Rumah Jl. KAWA NO99 RT 08 BPPM	Nomor Telepon / HP 0815 5300 6336	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 17-12-2020

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 tertekan pada dada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26.	Patah tulang, terkilir, dislokasi, amputasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Epilepsy / ayan	<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 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 trejangan	<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 pembukuh getah bening (leher, ketiak dan pangkal paha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.	Menggunakan obat-obatan rutin baik yang diresepkan dokter maupun tidak	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Suara serak menetap	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.	TBC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32.	Rusak kulit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Astma, gangguan pernafasan, sesak nafas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.	Buang air besar berwarna gelaphitam	<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, kantong kemih	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34.	Masalah emosi, sering gugup, depresi, fobia atau gangguan kebesaran lain	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Stroke	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23.	Hernia/burungusus tunun	<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? Ya (saat ini merokok atau berhenti merokok ≤ 2 tahun) Mantan/bekas (jika berhenti merokok > 2 tahun, tetapi ≤ 10 tahun) Tidak (tidak pernah merokok atau telah berhenti merokok > 10 tahun)

Aktivitas fisik anda? Ringan Sedang Berat

Hazard di tempat kerja: Bising Getaran Benzene Radasi Bahan Kimia: Lainnya:

Obat-obatan yang dikonsumsi saat ini: **Tidak ada**

Apakah ada orang tua dan/atau saudara kandung yang meninggal sebelum usia 60 tahun karena penyakit jantung pembukuh darah (misal: serangan jantung, stroke, darah tinggi, dll)

Ya Tidak Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa: **13/44 thn**

Riwayat Perawatan di RS: _____


Tanda Tangan Karyawan




Tanggal (tgl - bln - thn)

17-01-2020


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

BAGIAN C. Pemeriksaan (diisi oleh Petugas Kesehatan)												
ANTROPOMETRI & TANDA-TANDA VITAL												
TINGGI BADAN	BERAT BADAN	IMT	LINGKAR PERUT	TEKANAN DARAH	DENYUT NADI 70 x/mt							
169 cm	54 kg	18,9 cm	74 cm	110 / 70 mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur							
PEMERIKSAAN EKG				PEMERIKSAAN TREADMILL								
HASIL : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal Jelaskan : Sinus Rhythm				Dilakukan pada usia > 40 thn atau ≤ 40 dengan Skor Kardiovaskuler Jakarta (SKJ) kategori Risiko tinggi (≥ 5). HASIL : <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Lainnya Catatan :								
PEMERIKSAAN VO2 MAX, Hanya untuk Fireman dan Sekuriti												
Hasil VO2 Max : mls/kg/min			Fireman : Target VO2 Max : 39 - 42 mls/kg/min									
Catatan :			Sekuriti : Target VO2 Max : 34 - 42 mls/kg/min									
PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN DADA												
Hasil : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan :												
PEMERIKSAAN SPIROMETRI												
<ul style="list-style-type: none"> Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek Fit to Work Fireman jika hasil spirometri FEV1 dan FVC < 80% harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia* <input checked="" type="checkbox"/> Tidak menderita TB				Hasil Pemeriksaan <table border="1"> <thead> <tr> <th>FEV1</th> <th>FVC</th> <th>Rasio FEV1/FVC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> Kesimpulan : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:			FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC			
FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC										
Catatan : Hasil Evaluasi LLN :												
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa			Tanggal Pemeriksaan							
PEMERIKSAAN MATA												
Standard:												
<ul style="list-style-type: none"> Minimal visus 20/40 untuk Driver dengan atau tanpa kaca koreksi untuk setiap mata Lapangan pandang horizontal minimal 70° pada masing-masing mata UNTUK Driver dan Crane Operator Dapat mengenali atau membedakan warna lampu pengatur lalu lintas (Merah, Kuning dan Hijau) Buta satu mata TIDAK qualified untuk mengemudi Kaca mata untuk koreksi agar disebutkan di dalam Medical Clearance 												
	Tanpa Koreksi			Dengan Koreksi			Tes Buta Warna	Lapang Pandang				
	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Buta warna Total <input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian	Kanan : 85°				
Jarak Jauh	20/30	20/30	20/30	6/	6/	6/		Kiri : 85°				
Jarak Dekat	J# J1	J#	J#	J#	J#	J#		Visual Dept 7-R/30				
Kesimpulan : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pakai Kacamata <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Pakai Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak Normal (jelaskan)												
Catatan :												
Nama Pemeriksa Suparian		Tanda Tangan Pemeriksa 			Tanggal Pemeriksaan 17/12/2020							

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

PEMERIKSAAN TELINGA (Audiometri/Tes berbisik)																																																							
Standar:																																																							
<ul style="list-style-type: none"> Dapat mendengar suara bisikan dari jarak > 1.65 meter dengan atau tanpa alat bantu dengar (hearing aid) ATAU Rata-rata penurunan pendengaran pada telinga yang terbaik < 40 dB dengan atau tanpa menggunakan alat bantu dengar 																																																							
Menggunakan alat bantu dengar? <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak																																																							
Tes Berbisik Telinga Kanan meter				Telinga Kiri meter																																																			
Audiometri (dB):																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">Telinga Kiri</th> </tr> <tr> <th>Hz</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>3000</th> <th>4000</th> <th>6000</th> <th>8000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>20</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Telinga Kiri								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		20	15	15	15	15	15		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">Telinga Kanan</th> </tr> <tr> <th>Hz</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>3000</th> <th>4000</th> <th>6000</th> <th>8000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>20</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>20</td> <td>20</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Telinga Kanan								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		20	15	15	15	20	20	
Telinga Kiri																																																							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																
	20	15	15	15	15	15																																																	
Telinga Kanan																																																							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																
	20	15	15	15	20	20																																																	
Ambang dengar rata-rata		Telinga Kiri : 15 dB			Telinga Kanan : 16,7 dB																																																		
Kesimpulan : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan :																																																							
Catatan :																																																							
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa			Tanggal Pemeriksaan																																																		
Susi Rindayani, A.Md.Kep					17/12/2020																																																		
PEMERIKSAAN LABORATORIUM																																																							
Pemeriksaan		Hasil																																																					
Panel Hitung Darah Lengkap : Hb, Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Hematokrit, Trombosit, LED, Red Cell, Indices (MCV, HCH, MCHC).		<input checked="" type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Tidak Normal																																																			
Panel Kimia Darah : <ul style="list-style-type: none"> Profil Lipid : Total Kolesterol, HDL, LDL dan Trigliserida Fungsi Hati : Total Bilirubin, Direct & Indirect Bilirubin, SGOT dan SGPT Fungsi Ginjal : Asam Urat, Ureum dan Kreatinin. Gula Darah Puasa & Gula Darah 2 jam setelah makan 		<input checked="" type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Tidak Normal																																																			
Urine Analisa lengkap		<input checked="" type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Tidak Normal																																																			
Kultur Feses (Khusus untuk Food Handler)		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Tidak Normal																																																			
BAGIAN D. Pemeriksa Pemeriksaan Dokter																																																							
Garis bawahi 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 (scarring) 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 bernapas), gigi.		<input checked="" type="checkbox"/>																																																			
5	Dada dan sistem pernapasan	Benjolan abnormal, kelaian dinding dada, laju pernapasan, suara pernapasan, wheezing, gangguan fungsi pernapasan, sianosis (Temuan yang abnormal mungkin memerlukan pemeriksaan tambahan seperti uji fungsi paru dan X-ray)		<input checked="" type="checkbox"/>																																																			

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

6	Sistem jantung dan pembuluh darah	Murmur, suara tambahan, pembesaran jantung, pemakaian alat pacu jantung, defibrillator implant, pulse abnormal, suara (bruit) arterial, dan vena verikosis	✓	
7	Abdomen dan organ di dalamnya	Pembesaran hati, limpa, adanya massa, dan kelemahan dinding abdomen yang bermakna	✓	
8	Tulang belakang dan muskuloskeletal	Ada riwayat operasi, cedera, kelaianan bentuk, keterbatasan pergerakan (ROM), keaktifan anggota tubuh	✓	
9	Sistem perkemihan	<i>Hernia</i>	✓	
10	Ekstremitas (tangan dan kaki)	Kehilangan atau cacat : tungkai, kaki, jemari kaki, tangan, jemari tangan, kelainan bentuk, atrophy, kelemahan, kelumpuhan, clubbing, edema, hypotonic, insufisiensi cengkraman, insufisiensi mobilitas dan kekuatan tungkai bawah	✓	Kekuatan Otot (5/5 ; 5/5)
		Mohon test kekuatan otot dan reflek bagi Driver, Operator Alat Berat, Operator Crane, Awak Mobil Tanki.		
11	Persyarafan	Gangguan : Keseimbangan, koordinasi, bicara, reflek tendon asimetris. Abnormal : Fungsi sensori/positional, ataksia/reflek patellar/Babinsky.	✓	Romberg Test : Negative
		Lakukan tes Romberg untuk pekerja di ketinggian, contoh : Scaffolder, Inspector Lifting.		
12	Kulit dan kelenjar getah bening	Dermatitis : Scabies, Eksim, jerawat, benjolan pada leher, ketiak, pangkal paha.	✓	
13	Tumor dan keganasan	Adanya benjolan yang tidak normal, kelainan yang mengarah ke keganasan.	✓	
14	Penampilan Umum	Bersih/kotor, rapi/tidak rapi.	✓	Bersih, Rapi.
15	Lainnya, jelaskan			
Khusus untuk Food Handler				
16	Personal Hygiene	Penampilan kotor, kuku panjang, infeksi jamur, ada jerawat bernanah.	✓	
Komentar Dokter : (Jelaskan penemuan signifikanyang tertera di atas).				
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				
BAGIAN E. REKOMENDASI KELAIKAN KERJA				
Klasifikasi Kelaikan Kerja <input checked="" type="checkbox"/> A. Laik Kerja, masa berlaku : <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 Tahun <input type="checkbox"/> B. Laik Kerja Dengan Batasan : 1. 2. 3. <input type="checkbox"/> C. Tidak Laik Kerja <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara dievaluasi setelah..... minggu/bulan <input type="checkbox"/> D. Tidak dapat memenuhi evaluasi yang diminta, dengan alasan :			Rekomendasi : <ul style="list-style-type: none"> * Pertahankan Berat Badan IDEAL, perhatikan batasan normal Berat Badan. * Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari. * OLAHRAGA secara teratur dan terukur untuk menjaga kesehatan JANTUNG dan KEBUGARAN tubuh. * - * - * - 	
Nama Dokter Pemeriksa dr. Hendra AZ.		Tanda Tangan  GRAND MEDICA INDONESIA		Tanggal (tgl-bln-thn) 17/12/2020
Nama Rumah Sakit / Klinik GRAND MEDICA CLINIC		Alamat Rumah Sakit / Klinik Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08, Gunung Bakaran Balikpapan, KALTIM. Telp. : 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158. Fax : 0542-7214553.		

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Renault Ady, Sabrya
Tanggal Lahir : 25-01-1989
Pekerjaan : FREELANCE
Perusahaan : PT ISP Nomor Pegawai : _____
Alamat : Jl. KR JAWA NO99 RT08 Balikpapan
Nomor Telepon : 0812 5300 6336

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

Rumah Sakit/Klinik : GRAND MEDICA CLINIC
Alamat : Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08 Gn. Bakaran, Balikpapan.
Nomor Telepon : 0542-7214552

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

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

Selanjutnya informasi tersebut dapat diberikan kepada pihak-pihak berikut:

Nama : _____	Perusahaan/Instansi : <u>PT. Inspektindo Sinergi Persada</u>
Alamat : _____	Nomor Telepon : _____
<hr/>	
Nama : _____	Perusahaan/Instansi : <u>PHKT</u>
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/psikiatrik 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

Karyawan atau wakil yang sah

Tanggal

17 / 12 / 2020
(Tgl - Bln - Thn)

Tanda Tangan Saksi

Team Medical Check Up

Hubungan Dengan Pemberi Wewenang

Tanggal

17 / 12 / 2020
(Tgl - Bln - Thn)

F_OH_019_Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN		No. REG : 3249/MCU-ISP/MCU/XII/2020	
Nama Lengkap RENAULT ADY SATRYA, Tn.	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) 25/01/1989	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja All Area
Nama Perusahaan PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	CFTW Procedure <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Offshore
Posisi Utama : Asst. Inspector			
<input type="checkbox"/> Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Non Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker	<input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker
<input type="checkbox"/> Sekuriti	<input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team	<input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang	<input type="checkbox"/> Operator Alat Berat
<input type="checkbox"/> Penyelam / Diver	<input type="checkbox"/> Kru Kapal	<input type="checkbox"/> Pilot	<input type="checkbox"/> Food Handler
<input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan	<input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium		

Posisi Tambahan : -

REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK

<input checked="" type="checkbox"/> A Laik Kerja, masa berlaku :	<input type="checkbox"/> 6 bulan	<input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun	Tanggal MCU :	17/12/2020
<input type="checkbox"/> B Laik Kerja Dengan Batasan	1. 2. 3. 4.			
<input type="checkbox"/> C Tidak Laik Kerja :	<input type="checkbox"/> Permanen	<input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah	minggu/bulan.	
<input type="checkbox"/> D Tidak dapat mematuhi evaluasi yang diminta, dengan alasan :				
Rekomendasi (Jika diperlukan tindak lanjut) :				
* -				
* -				
* -				
* -				

Catatan : <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar		
Nama Dokter Pemeriksa dr. Hendra AZ. No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-bln-thn) 24/12/2020
Nama Rumah Sakit / Klinik GRAND MEDICA CLINIC	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit / Klinik Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08, Gunung Bakaran Balikpapan, KALTIM. Telp. : 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158. Fax : 0542-72 Email : grandmedica@gmail.com	

Harus dilakukan verifikasi CFTW oleh H&M PHKT untuk :

- Pekerja dengan kategori pekerjaan risiko tinggi yaitu : Tenaga Sekuriti, Fireman, bekerja diketinggian, (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 (tgl/bln/thn)
..... /

HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN TAHUN 2020



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Balikpapan, 24/12/2020

PRE PLACEMENT

Nama : RENAULT ADY SATRYA, Tn.	Umur : 31 tahun	No. Badge : -
Posisi : Asst. Inspector	MCU ID : 3249/MCU-ISP/MCU/XII/2020	Jabatan Tambahan : -

Berikut adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan pada tanggal :
17/12/2020

TEMUAN :

- * Berat Badan = 54 Kg (Normal), BMI = 18,91 ; BB Ideal = 51,41 - 71,40 Kg. LP = 74 cm (M : N ≤ 90 cm, F : N ≤ 80 cm).
- * Riwayat Kesehatan = Tidak ada masalah kesehatan. MEROKOK : TIDAK. Aktivitas Fisik : RINGAN
- * Hazard di Tempat Kerja = N/A. Riwayat Kesehatan Keluarga = Ada keluarga yang meninggal sebelum usia 60 tahun.
- * Fisik = TD : 110/70 mmHg (Normal). Kekuatan Otot Extremitas (5/5 ; 5/5). Romberg Test : Negative
- * Fisik = Mata : VOD : 20/30 (Normal), VOS : 20/30 (Normal), Jaeger Test : J1, VD : 7-R/30, VF ODS : 85°(Normal). Test Buta Warna : Normal.
- * Lab = Darah Lengkap (Hematology) : Dalam batas normal. Urine : Dalam batas normal.
- * Lab = Kimia Darah : Dalam batas normal. Uji NAPZA (AMP, MOP, THC, MET, COC) = Negative.
- * Rekam Jantung (EKG) = Normal Sinus Rhythm. Rontgen Dada (Thorax) = Dalam batas normal.
- * Audiometri = Dalam batas normal.
- * Skor Kardiovaskuler Jakarta = -2 → **RISIKO RENDAH (CV10 < 10 %)**

STATUS KESEHATAN :

KATEGORI	CATATAN
<input checked="" type="checkbox"/>	Fit For Duty (Fit untuk bekerja normal) Validity Period : 1 Tahun
<input type="checkbox"/>	Fit with restriction (Fit dengan batasan tertentu)
<input type="checkbox"/>	Not Fit (Tidak dapat bekerja di area PHKT)
<input type="checkbox"/>	Failed to comply with requested evaluations (Karyawan tidak di ijinan untuk bekerja di area PHKT sampai evaluasi Fit For Duty diselesaikan)

Sebagai : Asst. Inspector

Di : All Area Onshore & Offshore



SARAN - SARAN :

- * Pertahankan Berat Badan IDEAL, perhatikan batasan normal Berat Badan.
- * Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari.
- * OLAHRAGA secara teratur dan terukur untuk menjaga kesehatan JANTUNG dan KEBUGARAN tubuh.
- * -
- * -
- * -

Bila masih ada hal yang perlu diperjelas, mohon segera menghubungi dokter pemeriksa di 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158.
Terima kasih atas kerjasamanya.

Catatan :

* Status Medical Check Up ini berlaku sampai dengan tanggal : 17/12/2021

Mengetahui :

Hormat Kami,
Dokter Pemeriksa,



dr. Hendia AZ.
Grand
MEDICA INDONESIA

No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3KK/XI/2017

Jl. Marsma R. Iswahyudi No.19 RT.08
Balikpapan, Kalimantan Timur
P: 0542-721-4552; 0823-6655-3030
F: 0542-721-4553 E: grandmedica@gmail.com

dr.





JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE

Name : **RENAULT ADY SATRYA, Tn.** Age (Years) : **31**
 MCU No. : **3249/MCU-ISP/MCU/XII/2020** Job : **Asst. Inspector**
 Date : **17/12/2020** Company : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**

RISK FACTOR		SCORE	RESULT	Points
Sex	Female	0	Male	1
	Male	1		
Age	25-34	-4	31	-4
	35-39	-3		
	40-44	-2		
	45-49	0		
	50-54	1		
	55-59	2		
	60-64	3		
Blood Pressure	Normal	0	Normal	0
	High Normal	1		
	Grade 1 Hypertension	2		
	Grade 2 Hypertension	3		
	Grade 3 Hypertension	4		
BMI (Kg/m2)	13,79-25,99	0	18,9	0
	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	Low	1
	Low	1		
	Medium	0		
	High	-3		
TOTAL SCORE				-2

CONCLUSION :



LOW RISK (CV10 < 10%)

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%)





SURAT KETERANGAN PEMERIKSAAN NARKOBA

No. : 3249/MCU-ISP/MCU/XII/2020

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : **dr. Hendra AZ.**
Jabatan : Clinic Manager
Alamat : Grand Medica Clinic - Balikpapan

Berdasarkan pemeriksaan yang kami lakukan terhadap :

N a m a : **RENAULT ADY SATRYA, Tn.**
Umur : 31 tahun
Pekerjaan : Asst. Inspector
Perusahaan : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Alamat : Jl. Karang Jawa No. 44 RT. 08 Balikpapan.

Jenis Pemeriksaan

* Amphetamine (AMP) : **Negative**
* Opiat / Morphine (MOP) : **Negative**
* Marijuana (THC) : **Negative**
* Metamphetamine (MET) : **Negative**
* Cocaine : **Negative**

**Sesuai dengan jenis pemeriksaan, tertanggal 17/12/2020
yang bersangkutan di nyatakan :**

"BEBAS NARKOBA / ZAT ADIKTIF"

Demikian surat keterangan ini kami buat dengan sebenarnya, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.



RENAULT ADY SATRYA, Tn.

Balikpapan, 17/12/2020
Grand Medica Clinic,



dr. Hendra AZ.

No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XII/2017





HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab.
(Lab. Number) : 3249 /GMI-MCU/XII/2020

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : RENAULT ADY SATRYA, Tn. / Laki-Laki **Umur**
(Age) : 31 Tahun
(Years old)

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

Perusahaan
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan**
(Date of Analysis) : 17 Desember 2020

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
HEMATOLOGI			
HEMATOLOGI RUTIN			
Hemoglobine (Hgb)	15,1	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0	g/dL
Hematocrit (Hct)	40,1	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35 ,0- 45,0	%
Erythrocyt (RBC)	4,6	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5	10 ⁶ sel/mm ³
Leucocyt (WBC)	7,8	Dewasa : 4,0 - 10,0	10 ³ /μL
Differential Count			
Basophile	0	0 - 2	%
Eosinophile	0,9	0 - 3	%
Neutrofil	68,9	50 - 70	%
Lymphocyte	26,2	20 - 40	%
Monocyte	4	3 - 12	%
MCV	86	80 - 100	fL
MCH	32,4	27 - 34	pg/cell
MCHC	33,6	32 - 36	g/dL
RDW- CV	14,4	11 - 16	%
RDW-SD	49,0	35 - 56	fL
Thrombocyt	347	140 - 440	10 ³ /mm ³
KIMIA KLINIK			
METABOLISME GLUKOSA/DIABETES			
Glucose Fasting	98	Normal : 70 - 110	mg/dL
Glucose 2h pp	102	Normal : < 140 Gangguan toleransi glukosa : 140 - 199 Diabetes melitus : > 200	mg/dL
PROFIL LEMAK			
Cholesterol total	191	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240	mg/dL
Triglycerides	88	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : >= 500	mg/dL
HDL Cholesterol	55	Rendah : < 40 Tinggi : >= 60	mg/dL





HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab.
(Lab. Number) : 3249 /GMI-MCU/XII/2020

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name)	: RENAULT ADY SATRYA, Tn. / Laki-Laki	Umur (Age)	: 31 Tahun (Years old)
Pekerjaan (Job Position)	: ASST.INSPECTOR	Dokter (Doctor)	: Dr. Hendra AZ
Perusahaan (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)	: 17 Desember 2020

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
LDL Cholesterol	118	Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 - 129 Batas tinggi : 130 - 159 Tinggi : 160 - 189 Sangat tinggi : > 190	mg/dL
Rasio LDL/HDL	2,2	CARDIO RISK INDEX (CRI) < 3 : Low risk 3 - 5 : Moderate risk > 5 : High risk	
FUNGSI HATI			
SGOT / AST	20	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	15	0 - 40	U/L
FUNGSI GINJAL			
Uric Acid	3,9	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	27	10 - 50	mg/dL
URINALISA			
MAKROSKOPIS URIN			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Jernih		
KIMIA			
Berat jenis	1,010	Normal : 1,003 - 1,035	
pH	5,0	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/ μ L
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





HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab.
(Lab. Number) : 3249 /GMI-MCU/XII/2020

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name)	: RENAULT ADY SATRYA, Tn. / Laki-Laki	Umur (Age)	: 31 Tahun (Years old)
Pekerjaan (Job Position)	: ASST.INSPECTOR	Dokter (Doctor)	: Dr. Hendra AZ
Perusahaan (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)	: 17 Desember 2020

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
MIKROSKOPIS URIN			
Epithel	3-4		
WBC	2-3		
RBC	1-2		
Cast	Negatif		
Crystal	Negatif		
Bacterie	Negatif		
Others	Negatif		
SKRINING TES NARKOBA			
Amphetamin (AMP)	Negatif	Negatif	
Morphine (MOP)	Negatif	Negatif	
Marijuana (THC)	Negatif	Negatif	
Metamphetamine (MET)	Negatif	Negatif	
Cocaine (CC)	Negatif	Negatif	

Tanggal pengambilan sampel : 17 Desember 2020

Penanggung Jawab
Laboratorium,
 **GRAND Medica**
Laboratorium
Dr. Hendra Agus Z

Analisis Laboratorium

Syamsiar Am. Ak





Nomor Pasien
(Patient Number)

Nomor Film
(Film Number) : 3249

Data Pasien (Patient Detail)

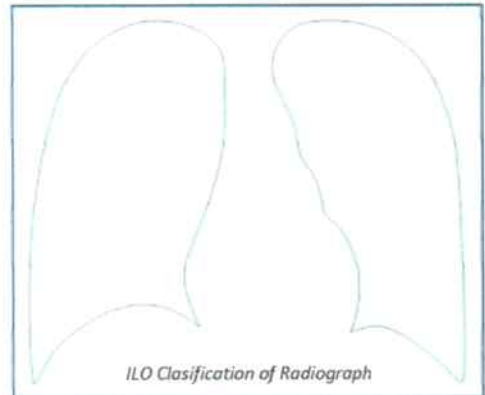
<u>Nama</u> (Name)	: RENAULT ADY SATRYA, Tn.	<u>Perusahaan</u> (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
<u>Umur</u> (Age)	: 31 Tahun (years old)	<u>Pekerjaan</u> (Occupation)	: ASST.INSPECTOR
<u>Jenis Kelamin</u> (Gender)	: Male	<u>Tgl Pemeriksaan</u> (Date of Analysis)	: 17 Desember 2020

Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)

Jenis Pemeriksaan
(Type of Examination) : Thorax

Posisi Penyinaran
(Exposure Position) : PA

Kondisi Penyinaran
(Exposure Condition) : kV : 66
mAs : 0,30



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

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

- | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1. <u>Kelainan Tulang dan/atau Jaringan Lunak?</u>
(Skleton and/or Soft Tissue Abnormalities) | <input checked="" type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes → |
| 2. <u>Kelainan Bayangan Jantung?</u>
(Abnormal heart shadows) | <input checked="" type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes → |
| 3. <u>Kelainan Hilus dan/atau Kelenjar Limfa?</u>
(Abnormal hilar and/or lymphatic gland) | <input checked="" type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes → |
| 4. <u>Kelainan Diafragma dan Sudut Costophrenic?</u>
(Abnormal Diaphragms and Costophrenic angles) | <input checked="" type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes → |
| 5. <u>Kelainan Paru-paru?</u>
(Abnormal Lung Fields) | <input checked="" type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes → |
| 6. <u>Gambaran Lainnya dari Lesi TBC?</u>
(Any evidence of tubercular lesions) | <input checked="" type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes → |
| 7. <u>Gambaran Abnormal Lainnya?</u>
(Detail of Other Abnormalities) | <input checked="" type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes → |

Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)

Foto thorax normal

dr. ABDUL HARIS, Sp.Rad
(Radiologist signature)
Spesialis Radiologi





Patient Data

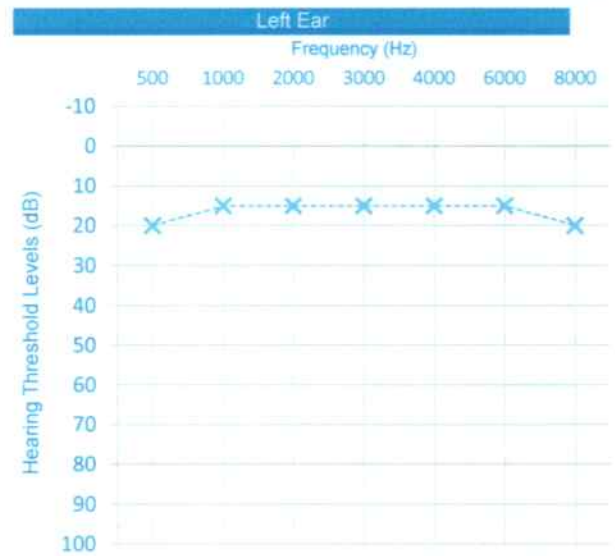
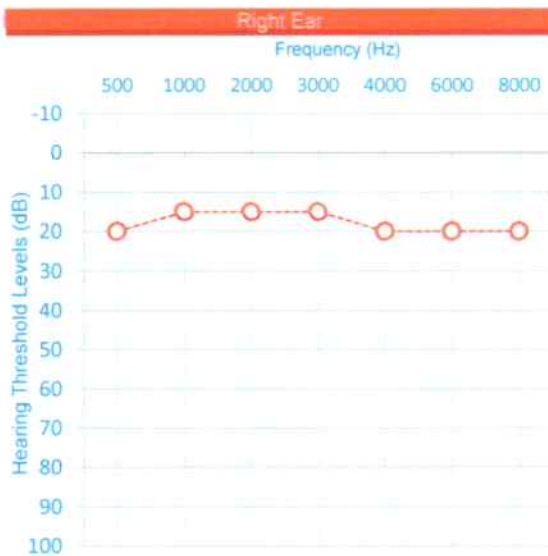
ID Number	3249	Gender	Laki-laki
First Name	RENAULT	Occupation	Asst. Inspector
Last Name	ADY. S	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	31 Yo.	Test Date	17 Desember 2020

Occupational Noise Exposure

Present	Type of work: Asst. Inspector	Period of work: 2 Weeks	Hearing Protection Worn Yes
Previous	1) - 2) -	- -	- -
Military Services	<input type="checkbox"/>		

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	



O = Right Air Conduction; <= Right Bone Conduction

X = Left Air Conduction; >= Left Bone Conduction

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	Susi Rindayani, A.Md.Kep		

Right Ear Observation and Test Result

Left Ear Observation and Test Result

Canal	Normal	HTL	Canal	Normal	HTL													
Ear Drum	Normal	RIGHT	Ear Drum	Normal	LEFT													
Conduction	Frequency (Hz)						EAR											
	500	1000	2000	3000	4000	6000		8000										
Air	20	15	15	15	20	20	20	16,7	Air	20	15	15	15	15	15	20	15,0	
Bone									Bone									11,0

Conclusion / Medical Report

Right Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Left Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Signature

dr. Hendra A.Z.

Instrument used
SIBELSOUND 400

Standard
OSHA



