

MEDICAL CHECK UP REPORT



NAME : Novied Nazar
SEX : Male
COMPANY : PT. Inspektindo Sinergi Persada
MEDICAL RECORD : 01 92 77
DATE OF VISIT : October 19, 2019
NEXT VISIT : October 19, 2020

PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN BERKALA 2019

Nama : Novied Nazar

Berikut ini adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan tanggal : 19 Oktober 2019

- Temuan
- Riwayat Kesehatan 1 Tahun terakhir tidak ditemukan masalah.
 - Riwayat Penyakit keluarga tidak ditemukan masalah.
 - Riwayat Vaksinasi : - Tetanus (Tidak Diketahui).
- Hepatitis (Tidak Diketahui).
 - Kebiasaan Merokok : Tidak (Berhenti merokok 3 bulan yang lalu).
 - Konsumsi Alkohol : Tidak.
 - Aktivitas Olahraga : Ya (2x/bulan).
 - Hasil pemeriksaan Fisik : - Index Masa Tubuh : Kelebihan berat badan (BMI : 27.75).
- Mulut/Tenggorokkan : Terdapat kemerahan pada tonsil (Tonsil hiperemis).
 - Hasil pemeriksaan X - Ray dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan EKG dalam batas normal (Sinus Rhythm).
 - Hasil pemeriksaan Audiometri dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan Spirometri dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan Laboratorium : Darah : Total Cholesterol 270 mg/dl.

STATUS KESEHATAN

| Kategori | CATATAN |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1A Tidak ditemukan masalah kesehatan |
| <input type="checkbox"/> | 1B Ditemukan masalah kesehatan yang tidak serius |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 2 Ditemukan masalah kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok risiko rendah |
| <input type="checkbox"/> | 3A Ditemukan masalah kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok risiko sedang |
| <input type="checkbox"/> | 3B Ditemukan masalah kesehatan yang dapat menjadi serius - Kelompok risiko tinggi |
| <input type="checkbox"/> | 4 Ditemukan keterbatasan fisik untuk melakukan pekerjaan secara normal, hanya cocok untuk pekerjaan ringan |
| <input type="checkbox"/> | 5 Dalam perawatan di rumah sakit atau dalam kondisi yang tidak memungkinkan untuk melakukan pekerjaan (status ijin sakit) |

KESIMPULAN

- FIT
 UNFIT
 TEMPORARY UNFIT
- Sebagai : Asisten Inspektur
 Di : Remote Area

- Saran - saran
- Disarankan konsul ke Dokter sehubungan dengan hasil pemeriksaan laboratorium dan hasil pemeriksaan fisik (mulut/ tenggorokkan) bila terdapat keluhan lebih lanjut.
 - Diet rendah lemak dan tinggi serat.
 - Lakukan olahraga minimal 3x/minggu.
 - Turunkan berat badan hingga mencapai berat badan normal.
(BMI = Underweight < 18,5, Normal 18,5-24,9, Overweight 25-29,9, Obese ≥ 30)

Kembali Kontrol : 19 Oktober 2020

Bila masih ada yang perlu diperjelas, dapat menghubungi Dokter Pemeriksa di (0542) 877898.
 Terima kasih atas kerjasama yang baik.

Direktur,



Dr. Erica Lukman, Sp. THT-KL, MQIH, Sp. KL



Dokter Penanggung Jawab MCU,



Dr. Yussie Andeline

KUESIONER PEMERIKSAAN KESEHATAN

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

IDENTITAS PEGAWAI

Nama Lengkap : NOVIED NABAR.
 Tempat Tanggal Lahir : BALIKAPAPAN 29. Juli 1994.
 Jenis Kelamin : LAKI-LAKI
 Agama : ISLAM
 Jabatan / Pekerjaan : ASST. DIRECTOR
 Status : (1) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
 Jumlah Anak : Anak laki-laki: ... orang, Anak perempuan: 1 orang
 Alamat sekarang : Jl. Cemara RT 54 NO 26
 Telepon / HP: 082255265164
 No. Ext Telp. : Kantor : Kamar (untuk lapangan) :

HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN

| No | Posisi | Lama Kerja | Perusahaan | Lama Paparan dalam jam/hari | | | | | |
|----|----------------------|------------|-----------------------------|-----------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| | | | | Bising | Kimia | Debu | Radiasi | Ergonomi | Lain-lain |
| 1 | <u>Mekanik</u> | <u>3th</u> | <u>PT. United Tractors.</u> | <u>3</u> | <u>3</u> | <u>8</u> | <u>1</u> | | |
| 2 | <u>ASST Impromat</u> | <u>4th</u> | <u>PT. ISP</u> | <u>5</u> | <u>2</u> | <u>2</u> | <u>1</u> | | |

HANYA UNTUK KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN

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

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

PETUNJUK PENGISIAN :

ISILAH NOMOR 1 ATAU 2 YANG SESUAI DENGAN JAWABAN ANDA PADA KOTAK JAWABAN YANG TELAH TERSEDIA DI SAMPING KANAN. JANGAN MELINGKARI (0) ATAU MENCORET (X) PADA PILIHAN JAWABAN

RIWAYAT KESEHATAN

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

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

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

RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

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

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

Bila tidak langsung ke no. 6
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?

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 langsung ke no. 8

7. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir?

8. Apakah Anda menderita penyakit yang harus dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir? 1. Ya 2. Tidak

KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah Anda pernah merokok? 1. Ya 2. Tidak 1
Bila tidak langsung ke pertanyaan alcohol

2. Sejak umur berapa Anda mulai merokok untuk pertama kalinya? 2 0

3. Apakah saat ini Anda merokok? 1. Ya, setiap hari 2. Ya, tidak setiap hari 3. Tidak – *bila tidak langsung ke no. 14* 3

4. Berapa banyak rokok yang Anda hisap setiap harinya?

5. Jenis rokok apa yang Anda hisap? (TULIS MEREK ROKOK) 1. Kretek 2. Filter

6. Seberapa sering Anda mengisap 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 2 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 1 hari waktu merokok, manakah yang sulit dilewatkan? 1. Merokok pertama di pagi
2. Merokok diwaktu lainnya

12. Apakah Anda ingin berhenti merokok? 1. Ya 2. Tidak

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

14. Sudah berapa lama Anda berhenti merokok? (tahun) 3 bulan

KONSUMSI ALKOHOH

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

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

3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak

4. Berapa hari Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan?

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

AKTIFITAS FISIK DAN OLAHRAGA

1. Berapa banyak waktu yang Anda habiskan untuk duduk setiap harinya? (dalam menit dan termasuk waktu yang dihabiskan untuk duduk di tempat kerja maupun di waktu luang) 360

2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan? 2

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? 5

2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran? 5

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

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

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

2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut

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

3. Di antara Ayah/Ibu/Saudara kandung Anda, apakah ada yang meninggal karena penyakit-penyakit di atas pada usia kurang dari 45 th untuk laki-laki dan 55 th untuk perempuan?

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

UNTUK KARYAWAN WANITA

1. Apakah saat ini Anda sedang hamil?

- | | | |
|-------|----------|--------------------------|
| 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
|-------|----------|--------------------------|
- Bila tidak langsung ke no. 3*

2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

3. Berapa jumlah kehamilan yang pernah dialami (termasuk kehamilan kali ini)?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

4. Berapa jumlah keguguran yang pernah dialami?

| |
|--|
| |
|--|

5. Kapan hari pertama haid terakhir anda?

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

6. Berapa umur Anda pada saat haid pertama?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

7. Berapa banyak darah pada saat Anda haid?

- | | | |
|-----------|------------|--------------------------|
| 1. Banyak | 2. Sedikit | <input type="checkbox"/> |
|-----------|------------|--------------------------|

8. Apakah dalam satu tahun terakhir pola haid Anda teratur?

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

9. Apakah ada rasa sakit yang berhubungan dengan haid?

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

10. Apakah Anda sering menderita keputihan?

1. Ya 2. Tidak

KELUARGA BERENCANA

1. Apakah keluarga Anda mengikuti Keluarga Berencana?

1. Ya 2. Tidak

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. Tidak

2. Apakah Anda pernah mendapatkan vaksinasi hepatitis?

1. Ya 3. Tidak tahu
2. Tidak

DONOR DARAH

1. Bersediakah Anda mendonorkan darah bila dibutuhkan?


1. Ya 2. Tidak

2. Kapan Anda melakukan donor darah terakhir?

/ /

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

Balikpapan, 16 Oktober 2019.


(Novred Nazari)

MEDICAL CHECK UP EXAMINATION FORM

A. GENERAL CONDITION

| | |
|-------------------------|---------------|
| Blood Pressure (supine) | 123 / 84 mmHg |
| Pulse | 87 x /mn |
| Respiration | 20 x /mn |
| Temperature | 36.7 °C |

| | |
|------------|---------|
| Weight (W) | 77.4 kg |
| Height (H) | 167 cm |
| BMI | 27.75 |

*BMI = W / H² (Underweight <18.5, Normal 18.5-24.9, Overweight 25-29.9, Obese ≥30)

| VISION | Unaided | | With Spectacles | | Colour Blindness | |
|---------|---------|-------|-----------------|-------|--|---|
| | Left | Right | Left | Right | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Red - Green Absent |
| DISTANT | 6/6 | 6/6 | | | <input type="checkbox"/> Colour Blind | |
| NEAR | | | | | | |

B. PHYSICAL

| NO | PHYSICAL | A- Abnormal N- Normal (circle word of importance and explain) | | | Describe abnormalities in detail |
|----|--------------------|--|---|---|-------------------------------------|
| | | | A | N | |
| 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/Cerumen | | ✓ | |
| 5 | Nose/Sinuses | Septum/Obstruction/Turbinates/Discharges | | ✓ | |
| 6 | Mouth/Throat | Odor/Lips/Tounge/Tonsils/Gums/Pharynx | | ✓ | Tonsil hyperemias |
| 7 | Teeth | Caries (O), Filling (F), Missing (X), Radix (v) | ✓ | | 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| | | | | | 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 8 | Neck | Adenopathi/Thyroid/Carotids/Trachea/Veins/ Mass Spain/Motion/Bruit | | ✓ | |
| 9 | Back/Spain | Kyphosis/Scoliosis/Lordosis/Mobility/CVA/Bone/ Tenderness/Other deformities | | ✓ | |
| 10 | Thorax | Symmetry/Movement/Contour/Tender | | ✓ | |
| 11 | Breast | Size/Consistency/Nipples/Areolar/Discharge/Pal- pable mass/Tenderness/Nodes/Scars | | ✓ | |
| 12 | Heart | Rate/Rhythm/Apical/Impulse/Trills/Quality of Sound/ Intensity/Splitting/Extra sound/Murmurs | | ✓ | |
| 13 | Chest/Lung | Excursion/Dullness of 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/Sweeling/Inflamation/Deformity | | ✓ | |
| 19 | Skin | Color/Birth Mark/Scars/Tatoos/Texture/Rash/Eczeme/ Uleers/Piercing | | ✓ | |
| 20 | Neurological | Reflexes/Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/Sen- soric (touch, prick, vibrate) / Coordination/Romberg | | ✓ | |
| 21 | Muscular System | Strength/Wasting/Development | | ✓ | |
| 22 | Rectal Examination | Sphincter tone/Hemorrhoids/Fissure/Masses/Prostate | | ✓ | |

Lap Panday → DBN

Approved by GP :

Dr. Gessydet Luciana S

449.1/328/... PMPT/SIP-D/2018

LABORATORY RESULTS

| | |
|--------------------------------------|--|
| Name : Novied Nazar | Date of Visit : October 19, 2019 |
| Sex : Male | Medical Record : 01 92 77 |
| Date of Birth : July 24, 1994 | Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada |

| TEST NAME | RESULTS | NORMAL RANGE |
|------------------------|---------|-----------------------------------|
| HEMATOLOGY | | |
| Automated Blood Count | | |
| - WBC | 5.4 | 4.5 - 10.0 K/ul |
| - RBC | 5.05 | M : 4.7-6.1 M/ul F : 4.2-5.4 M/ul |
| - Haemoglobine | 15.5 | M : 13-18 g/dl F : 12-16 g/dl |
| - Haematocrite | 45% | M : 42-52% F : 37-47% |
| - MCV | 90 | 80- 100 fL |
| - MCH | 31 | 26 - 34 pg |
| - MCHC | 34 | 32 - 36 g/dL |
| - Thrombocyte | 181 | 150 - 450 K/ul |
| - ESR | 10 | M : 0 - 10 mm/h : F : 0 - 20 mm/h |
| - Diff. Count : | | |
| Basophil | 0% | 0 - 1% |
| Eosinophil | 2% | 2 - 4% |
| Stab | 3% | 3 - 5% |
| Segment | 58% | 55 - 65% |
| Lymphocyte | 30% | 25 - 35% |
| Monocyte | 7% | 3 - 6% |
| BLOOD CHEMISTRY | | |
| LIPID PROFILE | | |
| - Total Cholesterol | 270 | <200 mg/dl |
| - HDL Cholesterol | 49 | M : >35 mg/dl F : >45 mg/dl |
| DIABETES | | |
| - Glucose Fasting | 93 | 70-110 mg/dl |
| | | |
| | | |

LABORATORY RESULTS

| | |
|--------------------------------------|--|
| Name : Novied Nazar | Date of Visit : October 19, 2019 |
| Sex : Male | Medical Record : 01 92 77 |
| Date of Birth : July 24, 1994 | Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada |

| TEST NAME | RESULTS | NORMAL RANGE |
|-------------------------|----------|---------------|
| URINALYSIS | | |
| MACROSCOPIC | | |
| - Color | Yellow | |
| - Turbidity | Clear | |
| - S. Gravity | 1.010 | 1.010 - 1.030 |
| - pH | 6.5 | 4.8 - 7.4 |
| - Leucocyte (Enzymatic) | Negative | Negative |
| - Glucose | Negative | Negative |
| - Nitrite | Negative | Negative |
| - Bilirubin | Negative | Negative |
| - Blood | Negative | Negative |
| - Urobilinogen | Negative | Negative |
| - Protein | Negative | Negative |
| - Keton | Negative | Negative |
| MICROSCOPIC | | |
| - WBC | 0 - 1 | 0 - 4 |
| - RBC | 0 - 1 | 0 - 1 |
| - Ephilatel | 1 - 2 | + / Positive |
| - Cylinder | Negative | Negative |
| - Crystal Oxalat | Negative | Negative |
| - Bacteria | Negative | Negative |
| - Others | Negative | Negative |

Technician of Laboratory



(_____)

Head of Laboratory



Dr. Yussie Andeline

RADIOLOGY RESULT

| | |
|--------------------------------------|---|
| Name : NOVIED NAZAR | Date of Visit : OCTOBER 19, 2019 |
| Sex : MALE | Rontgen Record : 0 6 3 4 |
| Date of Birth : JULY 24, 1994 | Company PT.INSPEKTINDO SINERGI PERSADA |

TEST NAME : RONTGEN THORAX


TS Yth.

Foto Thorax

- Corakan bronchovaskuler paru dalam batas normal.
- Tidak tampak proses spesifik pada kedua paru.
- Jantung tidak membesar.
- Kedua sinus dan diafragma normal.
- Tulang - tulang intact.

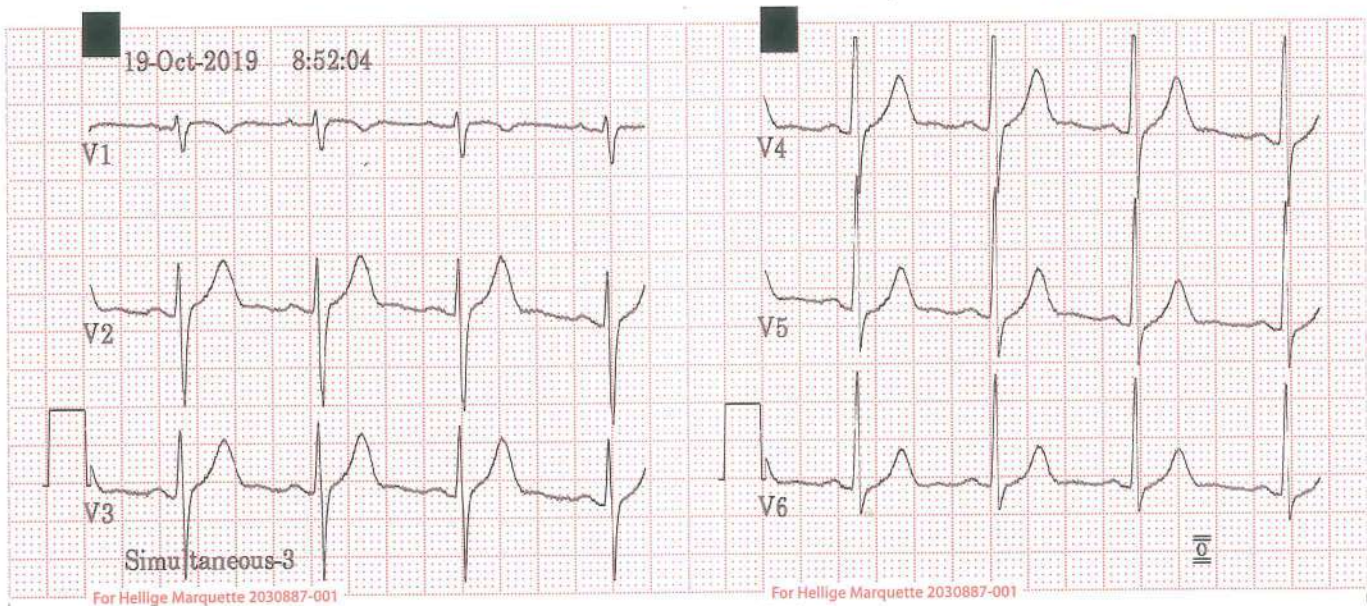
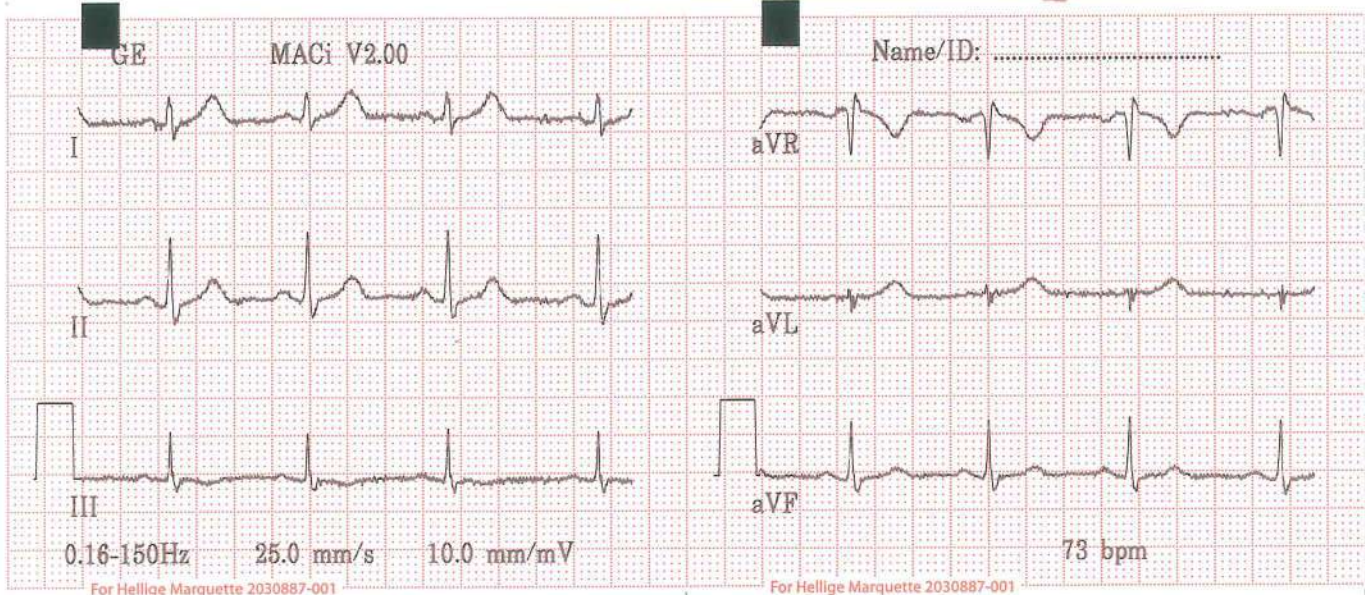
Kesan : Tidak tampak kelainan radiologik pada foto thorax ini. ✓

Salam Sejahter,


Dr. Nurmayanti Masdin, Sp. Rad
026/857B/SIP-D/IX/2015

ECG RESULT

| | |
|--------------------------------------|--|
| Name : Novied Nazar | Date of Visit : October 19, 2019 |
| Sex : Male | Medical Record : 01 92 77 |
| Date of Birth : July 24, 1994 | Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada |



| KESIMPULAN | DOKTER PEMERIKSA |
|------------|---|
| Normal | <p>Dr. Lukman Hatta S, Sp.PD, Sp.KL, Fi 026/1118C/SIP-DA/2017</p> |

SPIROMETRY RESULT

| | |
|--------------------------------------|--|
| Name : Novied Nazar | Date of Visit : October 19, 2019 |
| Sex : Male | Medical Record : 01 92 77 |
| Date of Birth : July 24, 1994 | Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada |

TEST REPORT

Name: NOVIED N
IDNo: 686
Date: 10/19/2019 11:27
Sex: Male Age: 25
HT: 167.0 cm WT: 77.4 kg
BSA: 1.86 m² Race: Asian (100)
PB: 1013.1 hPa
Temp: 36.7 °C Humi: 50.0 %
Pred. Formula: Knudson
Cal. Date: 10/19/2019 07:39

Physi: _____

Com: _____

| ITEM | MEAS | PRED | %PRED | |
|-----------|------|-------|-------|-------|
| FVC | L | 4.31 | 4.57 | 94.3 |
| FEV0.5 | L | 2.99 | 3.02 | 99.0 |
| FEV1.0 | L | 3.76 | 3.86 | 97.4 |
| FEV1%(G) | % | 87.24 | 85.61 | 101.9 |
| FEV1%(T) | % | * | | |
| FEV1/VCpr | % | 82.3 | | |
| PEF | L/s | 8.67 | 9.11 | 95.2 |
| FEF25 | L/s | 7.74 | 8.31 | 93.1 |
| FEF50 | L/s | 5.13 | 4.97 | 103.2 |
| FEF75 | L/s | 2.07 | 2.12 | 97.6 |

| ITEM | MEAS | PRED | %PRED | |
|-----------|------|-------|-------|-------|
| FVC | L | 4.43 | 4.57 | 96.9 |
| FEV0.5 | L | 3.09 | 3.02 | 102.3 |
| FEV1.0 | L | 3.93 | 3.86 | 101.8 |
| FEV1%(G) | % | 88.71 | 85.61 | 103.6 |
| FEV1%(T) | % | * | | |
| FEV1/VCpr | % | 86.0 | | |
| PEF | L/s | 8.89 | 9.11 | 97.6 |
| FEF25 | L/s | 7.97 | 8.31 | 95.9 |
| FEF50 | L/s | 5.16 | 4.97 | 103.8 |
| FEF75 | L/s | 2.51 | 2.12 | 118.4 |

ITEM MEAS PRED %PRED

| | | | | |
|-----------|-----|-------|-------|-------|
| FVC | L | 4.45 | 4.57 | 97.4 |
| FEV0.5 | L | 3.05 | 3.02 | 101.0 |
| FEV1.0 | L | 3.93 | 3.86 | 101.8 |
| FEV1%(G) | % | 88.31 | 85.61 | 103.2 |
| FEV1%(T) | % | * | | |
| FEV1/VCpr | % | 86.0 | | |
| PEF | L/s | 9.32 | 9.11 | 102.3 |
| FEF25 | L/s | 7.65 | 8.31 | 92.1 |
| FEF50 | L/s | 5.28 | 4.97 | 106.2 |
| FEF75 | L/s | 2.44 | 2.12 | 115.1 |

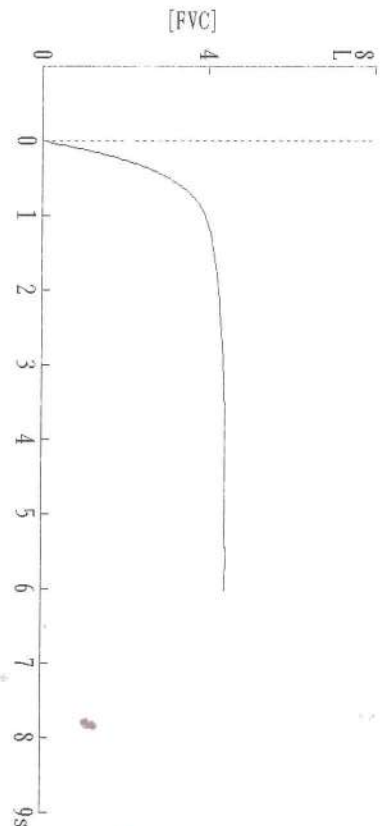
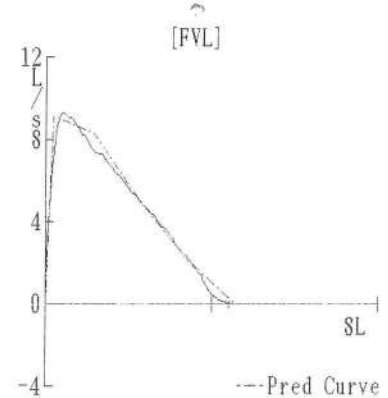
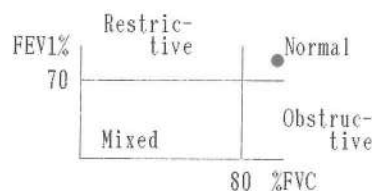
[CALIBRATION REPORT]

Cal. Date: 10/19/2019 07:39
Temp: 36.7 °C PB: 1013.1 hPa
Humi: 50.0 %
Syringe Cap.: 1L
Volume EX/IN: 1.01 / 1.01 L
Balance EX/IN: +1.0 / +1.0 %
Factor EX/IN: 1.02 / 0.97

[EVALUATION]

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

[EVALUATION GRAPH]



KESIMPULAN

Normal spirometry

DOKTER PEMERIKSA

Dr. Subagyo, Sp.P
026/111B/SIP/51X/17

AUDIOMETRY RESULT

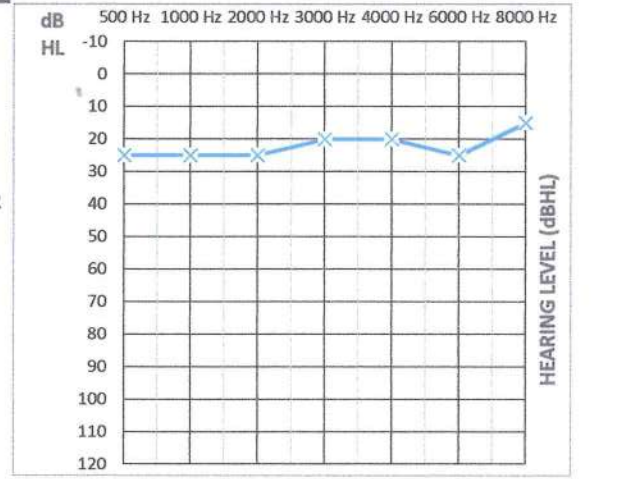
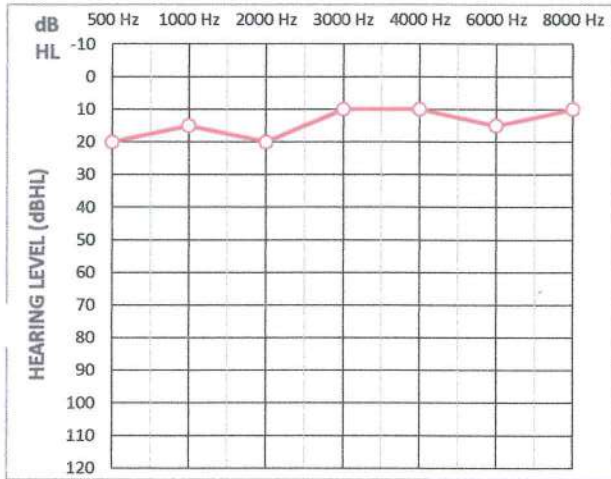
| | |
|-------------------------------|---|
| Name : Novied Nazar | Date of Visit : October 19, 2019 |
| Sex : Male | Medical Record : 01 92 77 |
| Date of Birth : July 24, 1994 | Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada |

AUDIOGRAM FREQUENCY IN HERTZ (Hz)

KANAN

KIRI

ANSI



AUDIOGRAM CODE

Test oleh : Ahmad Junaidi
Dokter : Dr. Erica Lukman Sp. THT. MCH

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

No Response ↓

AC _____

| | |
|--|--|
| <p style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">Kesimpulan</p> <p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Telinga kanu + kir. dalam btm rmd</p> | <p style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">Dokter Pemeriksa</p> <div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p style="margin: 0;">Dr. Erica Lukman, Sp. THT-KL</p> <p style="margin: 0;">026/1125C/SIP-D/X/2016</p> </div> |
|--|--|

SUPPORTIVE INVESTIGATION

| | |
|--------------------------------------|--|
| Name : Novied Nazar | Date of Visit : October 19, 2019 |
| Sex : Male | Medical Record : 01 92 77 |
| Date of Birth : July 24, 1994 | Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada |

I. LABORATORIUM SUMMARY

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Normal | COMMENT : Blood : Total Cholesterol 270 mg/dl. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Abnormal | |

II. CHEST X-RAY

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

III. ECG

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

IV. SPIROMETRY

| Test | Predicted | Observed | Percentage | |
|-----------|-----------|----------|------------|---|
| FVC | 4.57 | 4.45 | 97.4 | % |
| FEV 1 | 3.86 | 3.93 | 101.8 | % |
| FEV / FVC | | | 88.31 | % |

RESULT

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

V. AUDIOMETRY

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

Permintaan Evaluasi Contractor Fitness to Work F_OH_017

| BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan) | | | |
|---|--|---|--|
| Nama Lengkap NOVIED NAZAR | Tanggal Lahir (tgl – bln – thn) 24-07-1994 | Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan | |
| Pekerjaan (Job Title) ASST - INSPECTOR | Nama Perusahaan PT. ISP | Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore | |
| Alamat Rumah Jl. Cemala RT 34 NO 26 | Nomor Telepon / HP 082255265164 | Tanggal Pemeriksaan (tgl – bln – thn) 19-10-19 | |

| BAGIAN B. Alasan Evaluasi (diisi dengan benar oleh supervisor / bagian kesehatan perusahaan kontraktor) Beri tanda pada kotak yang sesuai | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pemeriksaan sebelum bekerja (Pre-placement), untuk kategori posisi: | | | |
| <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> Driver mobil penumpang | <input type="checkbox"/> Awak Mobil Tanki <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> Food handler | <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan |
| <input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker | <input type="checkbox"/> Onshore Non Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Sedentary Worker: Jakarta / Pasir Ridge | |
| <input type="checkbox"/> Pemeriksaan berkala (Periodic), untuk kategori posisi: | | | |
| <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> Driver mobil penumpang | <input type="checkbox"/> Awak Mobil Tanki <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> Food handler | <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan |
| <input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker | <input type="checkbox"/> Onshore Non Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Sedentary Worker: Jakarta / Pasir Ridge | |
| <input type="checkbox"/> Pemeriksaan setelah tidak masuk kerja dalam waktu yang lama (> 14 hari calendar) karena sakit/kecelakaan (Return to Work) | | | |
| <input type="checkbox"/> For Cause: | | | |
| <input type="checkbox"/> Paska Insiden | | | |
| <input type="checkbox"/> Supervisor menyangsikan kelaikan kerja pekerja | | | |

Komentar Supervisor:

| | |
|-------------------------|---------------------------|
| Tanda Tangan Supervisor | Tanggal (tgl – bln – thn) |
|-------------------------|---------------------------|

F_OH_018_Formulir Evaluasi Contractor Fitness To Work

Prosedur CFTW: Pre-Placement Periodic Return to Work For Cause

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)

| | | |
|--|---|--|
| Nama Lengkap MOUED NARAZI | Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 29-07-1984 | Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan |
| Pekerjaan (Job Title) ASST. INSPECTOR | Nama Perusahaan PT. ISP | Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore |
| Alamat Rumah Jl. Cemara No 39 No 26 | Nomor Telepon / HP 082255205164 | Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 19-10-19 |

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 kelaian jantung Palpitasi/jantung berdebar Nyeri/rasa tertekan atau terbakar pada dada | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. Patah tulang, terkilir, dislokasi, amputasi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. Menggunakan alat bantu gerak/protesa | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Penurunan kesadaran, pusing, pingsan, vertigo | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Hepatitis (sakit kuning) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. Masalah otot dan syaraf | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Gangguan atau kelemahan/kelumpuhan pada anggota gerak (lengan dan atau tungkai) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Penurunan berat badan yang berlebih | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. Mati rasa, kesemutan, gemetar atau kejang | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Penyakit kencing manis Jika ya, apakah menggunakan insulin? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Benjolan pada pembuluh getah bening (leher, ketiak dan pangkal paha) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31. Menggunakan obat-obatan rutin baik yang diresepkan dokter maupun tidak | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Suara serak menetap | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. TBC | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 32. Ruam kulit | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Asma, gangguan pernafasan, sesak nafas | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Buang air besar berwarna gelap/hitam | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33. Pernah operasi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Tekanan darah tinggi Pengobatan untuk tekanan darah tinggi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Gangguan system perkemihan: ginjal, kantung kemih | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34. Masalah emosi, sering gugup, depresi, fobia atau gangguan kejiwaan lain | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Stroke | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. Hernia/burut/usus turun | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. Mengkonsumsi 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: _____

Apakah Anda merokok? Ya Tidak

Apakah Anda merolah raga secara rutin minimal 3x/minggu? Ya Tidak

Hazard di tempat kerja: Bising Getaran Benzene Radiasi Bahan Kimia:..... Lainnya:

Obat-obatan yang dikonsumsi saat ini: _____

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

Ya

Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa:

Tidak

Riwayat Perawatan di RS: _____

Tanda Tangan Karyawan



Tanggal (tgl - bln - thn)

19-10-19

BAGIAN C. Pemeriksaan (diisi oleh petugas kesehatan)

ANTROPOMETRI & TANDA-TANDA VITAL

| | | | | | |
|--------------|-------------|-------|---------------|---------------|--|
| TINGGI BADAN | BERAT BADAN | IMT | LINGKAR PERUT | TEKANAN DARAH | DENYUT NADI 77 x/mt |
| 167 cm | 77,4 kg | 27,75 | 95 cm | 123/84 mmHg | <input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur |

| | | |
|--|--|---|
| PEMERIKSAAN EKG (Dilakukan pada usia ≥ 40 thn atau jika ada indikasi gangguan jantung) HASIL: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal Jelaskan: _____ | Beri tanda \checkmark jika ada: <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Merokok <input type="checkbox"/> Hypercholesterolemia <input type="checkbox"/> EKG abnormal <input type="checkbox"/> Riwayat penyakit jantung dalam keluarga sebelum usia 60 tahun Jika FRS $>10\%$ atau, ada 2 atau lebih kategori diatas, LAKUKAN Treadmill | PEMERIKSAAN TREADMILL HASIL: <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Lainnya: Catatan: _____ |
|--|--|---|

PEMERIKSAAN VO2 MAX (Hanya untuk Fire and Emergency Responder Team/FERT)

| |
|---|
| Hasil VO2 Max: mls/kg/min Khusus FERT, target VO2 max: 39 – 42 mls/kg/min. Catatan: |
|---|

PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN DADA (Diperiksa jika ada indikasi)

Hasil: Normal Tidak Normal, jelaskan: _____

PEMERIKSAAN HASIL PEMERIKSAAN SPIROMETRI

| <ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek • <i>Fit to Work</i> sebagai FERT jika hasil spirometri FEV1 dan FVC minimal $<80\%$ harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia* <input type="checkbox"/> Tidak menderita TB Catatan: _____ *) Hasil evaluasi LLN: _____ | Hasil Pemeriksaan <table border="1"> <tr> <th>FEV1</th> <th>FVC</th> <th>Rasio FEV1/FVC</th> </tr> <tr> <td>101,8</td> <td>97,4</td> <td>88,31</td> </tr> </table> Kesimpulan: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal: Obstruktif / Restriktif / | FEV1 | FVC | Rasio FEV1/FVC | 101,8 | 97,4 | 88,31 |
|---|--|-------|----------------|----------------|-------|------|-------|
| | FEV1 | FVC | Rasio FEV1/FVC | | | | |
| 101,8 | 97,4 | 88,31 | | | | | |

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| Nama Pemeriksa Fenty Ratih | Tanda Tangan Pemeriksa [Signature] | Tanggal Pemeriksaan 19/10/2019 |
|--------------------------------------|--|--|

PEMERIKSAAN MATA

- Standard:**
- Minimal visus 20/40 untuk Driver dengan atau tanpa kaca koreksi untuk setiap mata
 - Lapangan pandang horizontal minimal 70° pada masing-masing mata
 - 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 didalam *Medical Clearance*

| | Tanpa Koreksi | | | Dengan Koreksi | | | Tes Buta Warna | Lapang Pandang |
|-------------|---------------|------------|------------|----------------|------------|-----------|---|---|
| | Kedua Mata | Mata Kanan | Mata Kiri | Kedua Mata | Mata Kanan | Mata Kiri | | |
| Jarak Jauh | 20/ 6/C | 20/ 6/C | 20/ 6/C | 20/ 6/ | 20/ 6/ | 20/ 6/ | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Buta Warna Total <input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian | Kanan: $> 75\%$ Kiri: $> 75\%$ Visual Depth |
| Jarak Dekat | J# L+ | J# L+ | J# L+ | J# | J# | J# | | |

Kesimpulan: Normal Pakai Kacamata Tidak Pakai Kacamata Tidak Normal (jelaskan)

Catatan: _____

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| Nama Pemeriksa Fenty Ratih | Tanda Tangan Pemeriksa [Signature] | Tanggal Pemeriksaan 19/10/2019 |
|--------------------------------------|--|--|

PEMERIKSAAN TELINGA (Audiometri/Tes berbisik)

Standar:

- Dapat mendengar suara bisikan dari jarak > 1.65 meter dengan atau tanpa alat bantu dengar (*hearing aid*) ATAU
- Rata-rata penurunan pendengaran pada telinga yang terbaik < 40 dB dengan atau tanpa menggunakan alat bantu dengar

Menggunakan alat bantu dengar? Ya Tidak

Tes Berbisik Telinga Kanan meter Telinga Kiri meter

Audiometri (dB):

| Telinga Kiri | | | | | | | |
|--------------|-----|------|------|------|------|------|------|
| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
| | 25 | 25 | 25 | 20 | 20 | 25 | 15 |

| Telinga Kanan | | | | | | | |
|---------------|-----|------|------|------|------|------|------|
| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
| | 20 | 15 | 20 | 10 | 10 | 15 | 10 |

Ambang dengar rata-rata Telinga Kiri 23.75 dB Telinga Kanan 16.25 dB

Kesimpulan: Normal Tidak Normal, jelaskan

Catatan: ...

| | | |
|--|---|--|
| Nama Pemeriksa Ahmad Dunaidi | Tanda Tangan Pemeriksa <i>Awf</i> | Tanggal Pemeriksaan 19 / 10 / 2019 |
|--|---|--|

PEMERIKSAAN LABORATORIUM

| Pemeriksaan | Hasil |
|---|--|
| Darah rutin (HB, Sel darah putih, Hitung Jenis, LED) | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal: |
| Kimia darah (Gula darah, 2hpp*, Kolesterol HDL) *) jika ada riwayat DM | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: total kolesterol 270 mg/dl |
| Urine (Darah, Glukosa, protein, Sedimen) | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal: |
| Stool Culture (khusus untuk food handler) | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal: |

BAGIAN D. 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? | | ✓ | |
| 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) | | ✓ | |
| 3 | Telinga | Pengerasan (scarring) membrane timpani, penyumbatan kanalis eksternal, perforasi membrane timpani | | ✓ | |
| 4 | Hidung, mulut dan tenggorokan | Deformitas (yang tidak dapat diperbaiki dan mengganggu proses menelan dan bernafas) | | ✓ | |
| 5 | Dada dan sistem pernafasan | Benjolan abnormal, kelainan dinding dada, laju pernafasan, suara pernafasan, wheezing, gangguan fungsi pernafasan, sianosis (Temuan yang abnormal mungkin memerlukan pemeriksaan tambahan seperti uji fungsi paru dan X-ray) | | ✓ | |

| | | | | |
|----|-------------------------------------|---|---|--------------|
| 6 | Sistem jantung dan pembuluh darah | Murmur, suara tambahan, pembesaran jantung, pemakaian alat pacu jantung, defibrillator implant, pulse abnormal, suara (bruit) arterial, dan vena varikosis | ✓ | |
| 7 | Abdomen dan organ didalamnya | Pembesaran hati, limpa, adanya massa, dan kelemahan dinding abdomen yang bermakna | ✓ | |
| 8 | Tulang belakang dan muskuloskeletal | Ada riwayat operasi, cedera, kelainan bentuk, keterbatasan pergerakan (ROM), keaktifan anggota tubuh | ✓ | |
| 9 | Sistem perkemihan | <i>Hernia</i> | ✓ | |
| 10 | Ekstremitas (tangan dan kaki) | Kehilangan atau cacat: tungkai, kaki, jari kaki, tangan, jari tangan, kelainan bentuk, atrophy, kelemahan, kelumpuhan, clubbing, edema, hypotonic, insufisiensi cengkraman, insufisiensi mobilitas dan kekuatan tungkai bawah | ✓ | |
| | | Mohon tes kekuatan otot dan reflex 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 | ✓ | |
| | | 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 signifikan yang tertera di atas)

kolesrol 220 mg/dl.
IMT : 29,75 (kelebihan berat badan)

BAGIAN D. REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK


| | |
|---|--|
| <p>F.1 Status Contractor Fitness to Work:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A. Fit to Work, masa berlaku: <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun</p> <p><input type="checkbox"/> B. Fit to Work with Restriction:</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> | <p>F.2 Rekomendasi:</p> <p>Diet rendah lemak Diet - rendah kalori</p> |
|---|--|

| | |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> C. Not Fit to Work:</p> <p><input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah minggu/bulan</p> <p><input type="checkbox"/> D. Cannot Comply with Requested Evaluation, dengan alasan:</p> <p>_____</p> | <p>F.3 Catatan:</p> <p><input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata</p> <p><input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar</p> |
|--|--|

| | | |
|---|--|---|
| <p>Nama Dokter Pemeriksa</p> <p>Dr. Aya Sophia</p> | <p>Tanda Tangan</p>  | <p>Tanggal (tgl-bln-thn) (tanggal rekomendasi diberikan - dokter menandatangani clearance)</p> <p>22-10-19</p> |
| <p>Nama Rumah Sakit/Klinik</p> <p>Panacea Clinic</p> | <p>Alamat Rumah Sakit/Klinik</p> <p>Komp. Muli Bahupapan Baru Blok AB 2 No. 17-20</p> | |

F_OH_019_ Resume Evaluasi Contractor Fitness to Work

| IDENTITAS KARYAWAN | | | |
|--|---|---|---------------|
| Nama Lengkap NOVIED NAZAR | Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) 24-7-1984 | Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan | Lokasi Kerja: |
| Nama Perusahaan PT. Inspefindo Snera Persada | FFD Procedure <input type="checkbox"/> Pre-placement <input checked="" type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Return to Work <input type="checkbox"/> For Cause | <input checked="" type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore | |
| Posisi Utama: <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team (FERT) <input type="checkbox"/> Sekuriti <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang <input type="checkbox"/> Awak Mobil Tanki <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat <input type="checkbox"/> Penyelam/Diver <input type="checkbox"/> Kru Kapal <input type="checkbox"/> Food handler <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan <input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker <input type="checkbox"/> Onshore Non Sedentary Worker <input type="checkbox"/> Sedentary Worker: Jakarta/Pasir Ridge | | | |
| Posisi Tambahan: _____ | | | |

| REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK | | |
|--|---|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> A. Fit to Work , masa berlaku: <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun | | |
| <input type="checkbox"/> B. Fit to Work with Restriction: | | |
| 1. _____ | | |
| 2. _____ | | |
| 3. _____ | | |
| 4. _____ | | |
| <input type="checkbox"/> C. Not Fit to Work: <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah.....minggu/bulan | | |
| <input type="checkbox"/> D. Cannot Comply with Requested Evaluation , dengan alasan: | | |
| Rekomendasi (jika diperlukan tindak lanjut): Diet rendah lemak, diet rendah kalori | | |
| Catatan: <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar | | |
| Nama Dokter Pemeriksa Dr. Aya Sophia | Tanda Tangan  | Tanggal (tgl-bln-thn) |
| Nama Rumah Sakit/Klinik 190.1307.SIP-01/DPMP | Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik | |
| Panacea Clinic | Komp. Mall Balikpapan Baru blok AB 2 no. 17-20 | |
| Untuk kategori pekerjaan kategori <i>high risk</i> : Security, FERT, diver (penyelam), working at height, confined space, awak mobil tanki, operator alat berat, driver mobil penumpang perlu dilakukan verifikasi oleh H&M PHKT | | |
| Persetujuan Health & Medical (gunakan huruf cetak) | Tanda Tangan | Tanggal (bb/hh/tttt) |
| _____ | _____ | ____/____/____ |

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : NOVIED NAZAR
Tanggal Lahir : 24-07-1994
Pekerjaan : ASST. INSPEKTOR
Perusahaan : PT. ISP Nomor Pegawai : 19123
Alamat : Jl. Cempaka RT 39 No 26
Nomor Telepon : 082255269164

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

Rumah Sakit/Klinik : PANACEA Clinic
Alamat : Jl. Balikpapan Baru
Nomor Telepon : _____

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

- Catatan medis lengkap Pemeriksaan laboratorium Pemeriksaan mata Pemeriksaan Fisik
 Spirometri Informasi penyakit/cedera Laporan X-Ray Audiogram
 EKG Lainnya (mohon dijelaskan) _____

Selanjutnya informasi tersebut dapat diberikan kepada pihak-pihak berikut:


Nama : _____ Perusahaan/Instansi : PT. Inspektindo Sinergi Persada
Alamat : _____ Nomor Telepon : _____

Nama : _____ Perusahaan/Instansi : _____
Alamat : _____ Nomor Telepon : _____

Untuk keperluan (mohon dijelaskan) : _____

Saya memahami kecuali saya menjelaskan secara spesifik informasi yang diungkapkan termasuk tapi tidak terbatas pada informasi riwayat, diagnosa dan atau pengobatan atas penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan, penyakit yang berhubungan dengan mental/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  Tanggal 19 / 10 / 19
Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

 Tanda Tangan Saksi Hubungan Dengan Pemberi Wewenang Tanggal 19 / 10 / 19
(Tgl - Bln - Thn)

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : NOUED NAZAR
Tanggal Lahir : 29-07-1994
Pekerjaan : ASST - INSPECTOR
Perusahaan : PT - ISP Nomor Pegawai : 19123
Alamat : JL. Cemeria Rt 34 No 26
Nomor Telepon : 0822 95 265 164

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

Rumah Sakit/Klinik : Paradisa
Alamat : Jl. Balikpapan Baru
Nomor Telepon : _____

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

- Catatan medis lengkap Pemeriksaan laboratorium Pemeriksaan mata Pemeriksaan Fisik
 Spirometri Informasi penyakit/cedera Laporan X-Ray Audiogram
 EKG Lainnya (mohon dijelaskan) _____

Selanjutnya informasi tersebut dapat diberikan kepada pihak-pihak berikut:


Nama : _____ Perusahaan/Instansi : PHKT
Alamat : _____ Nomor Telepon : _____

Nama : _____ Perusahaan/Instansi : _____
Alamat : _____ Nomor Telepon : _____

Untuk keperluan (mohon dijelaskan) : _____

Saya memahami kecuali saya menjelaskan secara spesifik informasi yang diungkapkan termasuk tapi tidak terbatas pada informasi riwayat, diagnosa dan atau pengobatan atas penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan, penyakit yang berhubungan dengan mental/psikiatris dan atau penyakit menular, termasuk *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*.

Saya mengajukan permintaan salinan dari lembar persetujuan ini : Ya Tidak

Tanda Tangan  Tanggal 19 / 10 / 19
Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

 Tanggal 19 / 10 / 19
Tanda Tangan Saksi Hubungan Dengan Pemberi Wewenang (Tgl - Bln - Thn)