

MEDICAL CHECK UP REPORT



NAME : Mahendra Jayadi S
SEX : Male
COMPANY : PT. Inspektindo Sinergi Persada
MEDICAL RECOR : 01 92 72
DATE OF VISIT : October 16, 2019
NEXT VISIT : October 16, 2020

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 : Mahendra Jayadi, ST
 Tempat Tanggal Lahir : Rappang, 04 Februari 1996
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Agama : Islam
 Jabatan / Pekerjaan : Asst. Inspector
 Status : (1) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
 Jumlah Anak : Anak laki-laki: ...orang, Anak perempuan: ...orang
 Alamat sekarang : Jl. PROJEKAL
 Telepon / HP : 082155629617.....
 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	Asst. ISP	1 thn	ISP						

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 : _____ jam/hari
2. Warehouse : 8 jam/hari
3. Workshop : _____ jam/hari
4. Process area : _____ jam/hari
5. Well/Offshore : _____ 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 checked="" type="checkbox"/> |
| b. Tekanan darah rendah | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Jantung | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |

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

RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

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

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

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 checked="" 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
Bila tidak langsung ke pertanyaan alcohol

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

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

4. Berapa banyak rokok yang Anda 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
2. Merokok diwaktu lainnya
12. Apakah Anda ingin berhenti merokok? 1. Ya 2. Tidak 1
13. Bila Ya, apakah Anda bersedia untuk mengikuti Program Berhenti Merokok? 1. Ya 2. Tidak 1
14. Sudah berapa lama Anda berhenti merokok? (tahun)

KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol? 1. Ya 2. Tidak 2
Bila tidak langsung ke pertanyaan olah raga
2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak 2
3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak 2
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) 30
2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan? 04
3. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya? (dalam menit) 60
4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan? 1. Ringan 4. Berat 2
2. Sedang 5. Sangat berat
3. Cukup berat

POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN

1. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan buah-buahan? 7
2. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan sayur-sayuran? 7

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"/> 2 |
|-------|----------|----------------------------|
- 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.

(Handwritten signature)

(.....mahendra Jusadi S.A.....)

MEDICAL CHECK UP EXAMINATION FORM

A. GENERAL CONDITION

Blood Pressure (supine)	107 / 77 mmHg
Pulse	79 x /mn
Respiration	18 x /mn
Temperature	36.5 °C

Weight (W)	82 kg
Height (H)	173 cm
BMI	27.40

Lp : 98 cm.

*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	6/6	6/6				

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		✓	
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	Extermities	Deformity/Clubbing/Cyanosis/Edema/Nail/Peripheral pulses/Calf tenderness/Joints for swelling/ROM		✓	
18	Joints	ROM/Sweeling/Inflammation/Deformity		✓	
19	Skin	Color/Birth Mark/Scars/Tatoos/Texture/Rash/Eczeme/ Ulcers/Piercing		✓	
20	Neurological	Reflexes/Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/Sen- sorial (touch, prick, vibrate) / Coordination/Romberg		✓	
21	Muscular System	Strength/Wasting/Development		✓	
22	Rectal Examination	Sphincter tone/Hemorrhoids/Fissure/Masses/Prostate		✓	

Lap pandang → dalam batas normal.

Approved by GP :

Dr. Gessy Lusiana S
449.1/328/P.3000/2018

Permintaan Evaluasi Contractor Fitness to Work F_OH_017

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

Nama Lengkap <i>Mahendra Jayadi S-A</i>	Tanggal Lahir (tgl – bln – thn) <i>04-02-1996</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <i>Ars. Inspektur</i>	Nama Perusahaan <i>LSP</i>	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah <i>Jl. Ptojakal</i>	Nomor Telepon / HP <i>082155629617</i>	Tanggal Pemeriksaan (tgl – bln – thn) <i>16 Okt 2019</i>

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:
- Fire Emergency Responder Team Sekuriti Driver mobil penumpang Awak Mobil Tanki Operator Alat Berat
- Penyelam / Diver Kru Kapal Food handler Tenaga Kesehatan
- Offshore Oil & Gas Worker Onshore Non Sedentary Worker Sedentary Worker: Jakarta / Pasir Ridge
- Pemeriksaan berkala (*Periodic*), untuk kategori posisi:
- Fire Emergency Responder Team Sekuriti Driver mobil penumpang Awak Mobil Tanki Operator Alat Berat
- Penyelam / Diver Kru Kapal Food handler Tenaga Kesehatan
- Offshore Oil & Gas Worker Onshore Non Sedentary Worker Sedentary Worker: Jakarta / Pasir Ridge
- Pemeriksaan setelah tidak masuk kerja dalam waktu yang lama (> 14 hari calendar) karena sakit/kecelakaan (*Return to Work*)
- For Cause:
- Paska Insiden
- 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 Mahendra Jayati, S.A	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 04 - 02 - 1996	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) Ass. Inspector	Nama Perusahaan LSP	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah Jl. PROJAKAL	Nomor Telepon / HP 08255629617	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 16 Okt 2019

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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Rasa lelah yang berlebihan tanpa alasan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Sakit atau cedera leher dan atau tulang belakang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gangguan mata atau penurunan fungsi penglihatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Penyakit atau kelaian jantung Palpitasi/jantung berdebar Nyeri/rasa tertekan atau terbakar pada dada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Patah tulang, terkilir, dislokasi, amputasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Epilepsy / ayun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Anemia/kurang darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Nyeri sendi, rematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gangguan pendengaran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Penyakit maag atau gangguan pencernaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Menggunakan alat bantu gerak/protesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Penurunan kesadaran, pusing, pingsan, vertigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Hepatitis (sakit kuning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Masalah otot dan syaraf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gangguan atau kelemahan/kelumpuhan pada anggota gerak (lengan dan atau tungkai)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Penurunan berat badan yang berlebih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Mati rasa, kesemutan, gemetar atau kejang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Penyakit kencing manis Jika ya, apakah menggunakan insulin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Benjolan pada pembuluh 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Suara serak menetap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Ruam kulit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Asma, gangguan pernafasan, sesak nafas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Buang air besar berwarna gelap/hitam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Pernah operasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tekanan darah tinggi Pengobatan untuk tekanan darah tinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Gangguan system perkemihan: ginjal, kantung kemih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Masalah emosi, sering gugup, depresi, fobia atau gangguan kejiwaan lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Hemia/burut/usus turun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Mengonsumsi alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tumor atau kanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Alergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Menggunakan narkoba	<input 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 Tidak

Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa: _____

Riwayat Perawatan di RS: _____

Tanda Tangan Karyawan Mahendra Jayati	Tanggal (tgl - bln - thn) 16 - 10 - 2019
--	---

BAGIAN C. Pemeriksaan (diisi oleh petugas kesehatan)

ANTROPOMETRI & TANDA-TANDA VITAL

TINGGI BADAN	BERAT BADAN	IMT	LINGKAR PERUT	TEKANAN DARAH	DENYUT NADI 79 x/mt
173 cm	79 kg	27,40	98 cm	107/77 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 √ 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

- Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek
- *Fit to Work* sebagai FERT jika hasil spirometri FEV1 dan FVC minimal <80% harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia*
 - Tidak menderita TB

Hasil Pemeriksaan		
FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC
93,5	100,0	80,5

Kesimpulan:
 Normal Tidak Normal: Obstruktif / Restriktif /

Catatan: _____
 *) Hasil evaluasi LLN: _____

Nama Pemeriksa	Tanda Tangan Pemeriksa	Tanggal Pemeriksaan
elvi		16.10.2019

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/	20/	20/	20/	20/	20/	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Buta Warna Total <input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian	Kanan:
	6/6	6/6	6/6	6/6	6/	6/		Kiri:
Jarak Dekat	J# 1+	J# 1+	J# 1+	J# 1+	J# 1+	J# 1+		Visual Depth

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

Catatan: _____

Nama Pemeriksa	Tanda Tangan Pemeriksa	Tanggal Pemeriksaan
elvi		16.10.19

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 (<i>hearing aid</i>) 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):							
Telinga Kiri				Telinga Kanan			
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	25	25	20	25	25	20	20
Ambang dengar rata-rata Telinga Kiri 22,8 dB				Telinga Kanan 20 dB			
Kesimpulan: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan							
Catatan: ...							
Nama Pemeriksa Ahmad Jusidi			Tanda Tangan Pemeriksa <i>ahj</i>			Tanggal Pemeriksaan 16 / 10 / 19	
PEMERIKSAAN LABORATORIUM							
Pemeriksaan				Hasil			
Darah rutin (HB, Sel darah putih, Hitung Jenis, LED)				<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: ESR : 13 mm/h.			
Kimia darah (Gula darah, 2hpp*, Kolesterol HDL) *) jika ada riwayat DM				<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: HbL : 33 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 bawah 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, kelaianan 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				

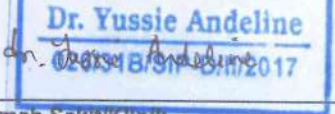

Khusus untuk Food Handler

16	Personal Hygiene	Penampilan kotor, kuku panjang, infeksi jamur, ada jerawat bernanah,			
----	------------------	--	--	--	--

Komentar Dokter : (jelaskan penemuan signifikan yang tertera di atas)


- Eka : 13 / HPL : 33 mg/dl
- merokok

BAGIAN D. REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK

F.1 Status 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. _____		F.2 Rekomendasi: - Hindari merokok
<input type="checkbox"/> C. Not Fit to Work: <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah minggu/bulan		F.3 Catatan: <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar
<input type="checkbox"/> D. Cannot Comply with Requested Evaluation , dengan alasan: _____		
Nama Dokter Pemeriksa  dr. Yussie Andeline 2013181030102017	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-bln-thn) (tanggal rekomendasi diberikan - dokter menandatangani clearance) 08 Oktober 2019
Nama Rumah Sakit/Klinik Panacea Clinic		Alamat Rumah Sakit/Klinik Komp BB Blok AB 2 no 17-20

F_OH_019_ Resume Evaluasi Contractor Fitness to Work

IDENTITAS KARYAWAN			
Nama Lengkap <i>Mahendra Jayadi S.A</i>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <i>09-02-1996</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja:
Nama Perusahaan <i>USP</i>	FFD Procedure <input type="checkbox"/> Pre-placement <input type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Return to Work <input type="checkbox"/> For Cause		<input checked="" type="checkbox"/> Office <input checked="" 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 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): <i>hindari merokok</i>		
Catatan: <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar		
Nama Dokter Pemeriksa <i>Dr. Yussie Andeline</i> <i>026/318/SIP-D/11/2017</i>	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-blh-thn) <i>18 Oktober 2019.</i>
Nama Rumah Sakit/Klinik <i>Panacea Clinic</i>	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik <i>Komp BB Blok AB 2 no 17-20</i>	

Untuk kategori pekerjaan kategori *high risk*: 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 : Mahendra Jayadi S.A
Tanggal Lahir : Rappang, 04 Februari 1996
Pekerjaan : Inspeksi
Perusahaan : ISP Nomor Pegawai : _____
Alamat : Jl. Projakal
Nomor Telepon : 082155629617

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

Rumah Sakit/Klinik : Pancaea clinic
Alamat : Jl. Komp. BB AB 2 A - 20125
Nomor Telepon : (042) 077 858

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 : Mahendra Jayadi S.A Perusahaan/Instansi : PHKT
Alamat : Jl. Projakal Nomor Telepon : _____

Nama : Mahendra Jayadi S.A Perusahaan/Instansi : PT. Inspektindo Sinergi Persada
Alamat : Jl. Projakal 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 16 / 10 / 2019
Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

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

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mahendra Jayadi S.A
Tanggal Lahir : 01 Februari 1996
Pekerjaan : Inspeksi
Perusahaan : LSP Nomor Pegawai : _____
Alamat : Jl. Projalakal
Nomor Telepon : 082155629613

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

Rumah Sakit/Klinik : PANACEA CLINIC
Alamat : Komp BB AB2 A - 20125
Nomor Telepon : (0542) 877 898

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 : Mahendra Jayadi S.A Perusahaan/Instansi : PHKT
Alamat : Jl. Projalakal Nomor Telepon : _____


Nama : Mahendra Jayadi S.A Perusahaan/Instansi : PT. Inspekindo Sinergi Persada
Alamat : Jl. Projalakal 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

16 10 2019
(Tgl - Bln - Thn)

Tanda Tangan Saksi

Hubungan Dengan Pemberi Wewenang

Tanggal

/ /
(Tgl - Bln - Thn)

LABORATORY RESULTS

Name	: Mahendra Jayadi S	Date of Visit	: October 16, 2019
Sex	: Male	Medical Record	: 01 92 72
Date of Birth	: February 4, 1996	Company	: PT. Inspektindo Sinergi Persada
TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE	
HEMATOLOGY			
Automated Blood Count			
- WBC	8.4	4.5 - 10.0 K/ul	
- RBC	5.6	M : 4.7-6.1 M/ul F : 4.2-5.4 M/ul	
- Haemoglobine	16.7	M : 13-18 g/dl F : 12-16 g/dl	
- Haematocrite	47%	M : 42-52% F : 37-47%	
- MCV	84	80- 100 fL	
- MCH	30	26 - 34 pg	
- MCHC	36	32 - 36 g/dL	
- Thrombocyte	301	150 - 450 K/ul	
- ESR	13	M : 0 - 10 mm/h : F : 0 - 20 mm/h	
- Diff. Count :			
Basophil	0%	0 - 1%	
Eosinophil	1%	2 - 4%	
Stab	2%	3 - 5%	
Segment	63%	55 - 65%	
Lymphocyte	32%	25 - 35%	
Monocyte	2%	3 - 6%	
BLOOD CHEMISTRY			
LIPID PROFILE			
- Total Cholesterol	182	<200 mg/dl	
- HDL Cholesterol	33	M : >35 mg/dl F : >45 mg/dl	
DIABETES			
- Glucose Fasting	89	70-110 mg/dl	

LABORATORY RESULTS

Name : Mahendra Jayadi S	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 72
Date of Birth : February 4, 1996	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	5.0	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
- Ephitel	0 - 1	+ / Positive
- Cylinder	Negative	Negative
- Crystal Oxalat	Negative	Negative
- Bacteria	Negative	Negative
- Others	Negative	Negative

LABORATORY RESULTS

Name : Mahendra Jayadi S	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 72
Date of Birth : February 4, 1996	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
DRUGS SCREENING TEST		
- Cocain	Negative	Negative
- Amphetamine	Negative	Negative
- THC	Negative	Negative
- Morphine	Negative	Negative
- Benzodiazepine	Negative	Negative
- Methamphetamine	Negative	Negative

Technician of Laboratory



(_____)

Head of Laboratory



Dr. Yussie Andeline

RADIOLOGY RESULT

Name : MAHENDRA JAYADI S. A	Date of Visit : OCTOBER 16, 2019
Sex : MALE	Rontgen Record : 0 6 2 9
Date of Birth : FEBRUARY 04, 1996	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 intak.

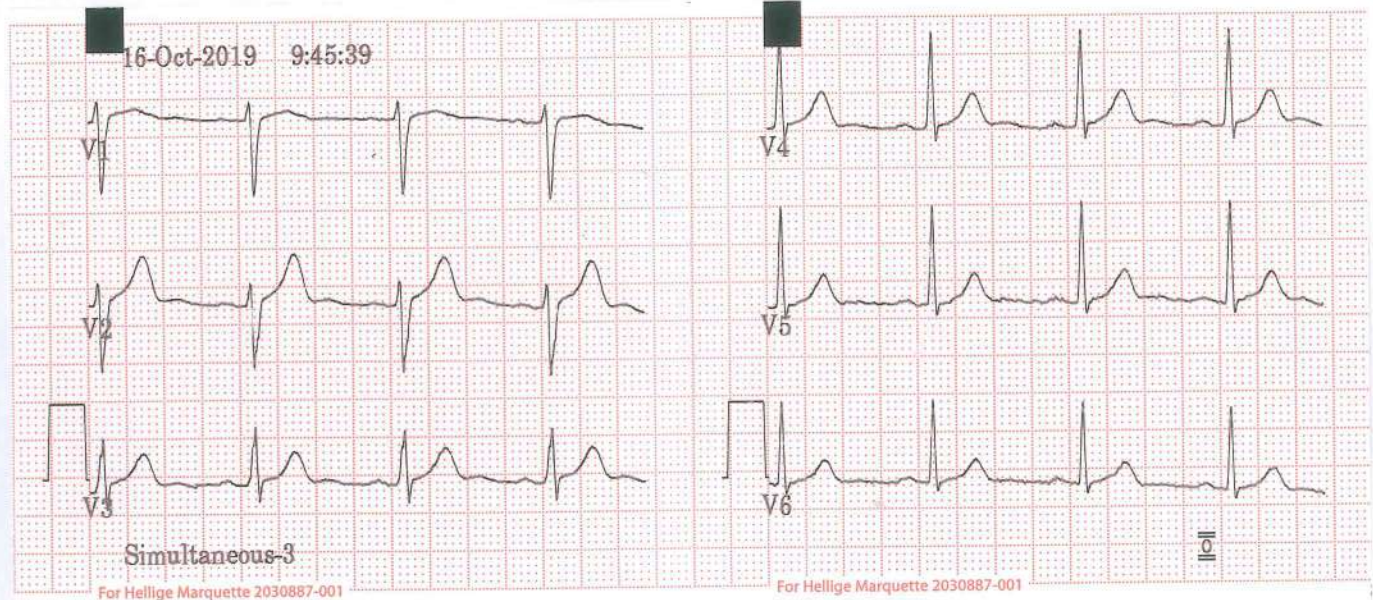
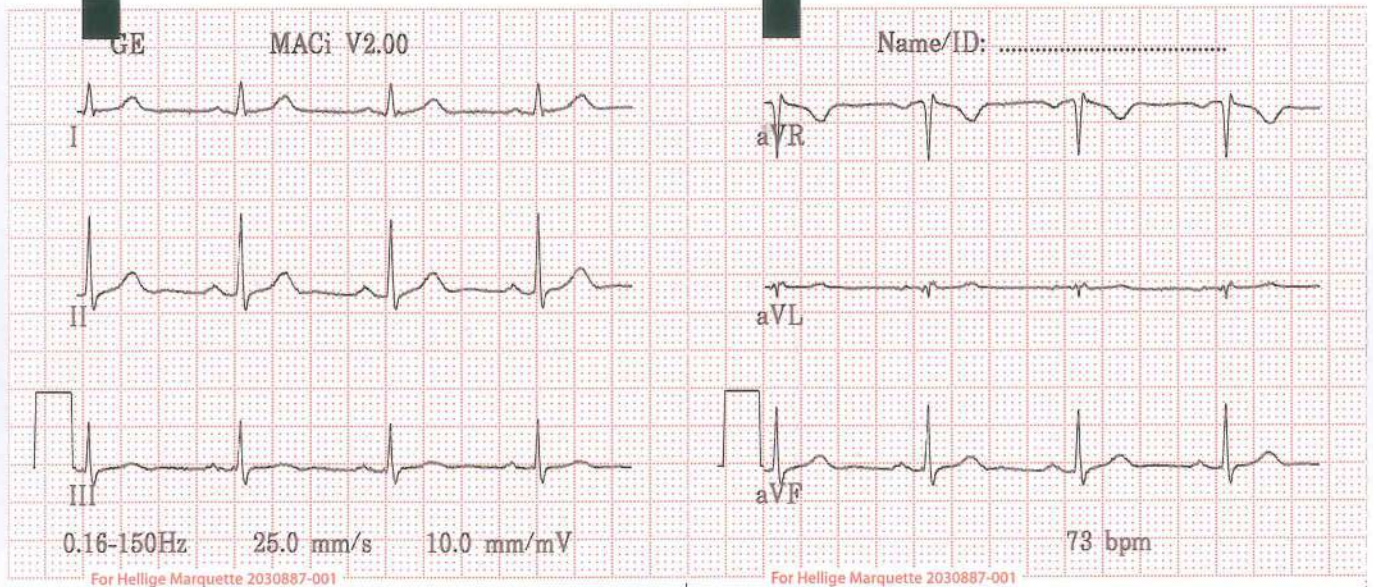
Kesan : Tidak tampak kelainan radiologik pada foto thorax ini.

Salam Sejawat,



ECG RESULT

Name : Mahendra Jayadi S	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 72
Date of Birth : February 4, 1996	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada



KESIMPULAN	DOKTER PEMERIKSA
Normal	<p>Dr. Lukman Hatta S, Sp.PD, Sp.KI, FINASIM 026/11180/SIP-DR/2017</p>

SPIROMETRY RESULT

Name : Mahendra Jayadi S	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 72
Date of Birth : February 4, 1996	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST REPORT

Name: MAHENDRA
IDNo: 6 8 2
Date: 10/16/2019 17:00
Sex: Male Age: 23
HT: 173.0 cm WT: 82.0 kg
BSA: 1.95 m² Race: Asian (100)
PB: 1013.1 hPa
Temp: 36.7 °C Humi: 50.0 %
Pred. Formula: Knudson
Cal. Date: 10/16/2019 07:25

Physi: _____

Com: _____

ITEM	MEAS	PRED	%PRED	
FVC	L	4.95	5.02	98.6
FEV0.5	L	2.91	3.11	93.6
FEV1.0	L	3.96	4.32	91.7
FEV1%(G)	%	80.00	85.37	93.7
FEV1%(T)	%	*		
FEV1/VCpr	%	78.9		
PEF	L/s	9.11	9.24	98.6
FEF25	L/s	6.72	8.44	79.6
FEF50	L/s	4.17	5.65	73.8
FEF75	L/s	1.69	2.49	67.9
FVC	L	4.96	5.02	98.8
FEV0.5	L	3.00	3.11	96.5
FEV1.0	L	3.98	4.32	92.1
FEV1%(G)	%	80.24	85.37	94.0
FEV1%(T)	%	*		
FEV1/VCpr	%	79.3		
PEF	L/s	8.46	9.24	91.6
FEF25	L/s	6.94	8.44	82.1
FEF50	L/s	4.57	5.65	80.9
FEF75	L/s	1.62	2.49	65.1

ITEM	MEAS	PRED	%PRED	
FVC	L	5.02	5.02	100.0
FEV0.5	L	3.01	3.11	96.8
FEV1.0	L	4.04	4.32	93.5
FEV1%(G)	%	80.48	85.37	94.3
FEV1%(T)	%	*		
FEV1/VCpr	%	80.5		
PEF	L/s	9.22	9.24	99.8
FEF25	L/s	6.91	8.44	81.9
FEF50	L/s	4.32	5.65	76.5
FEF75	L/s	1.74	2.49	69.9

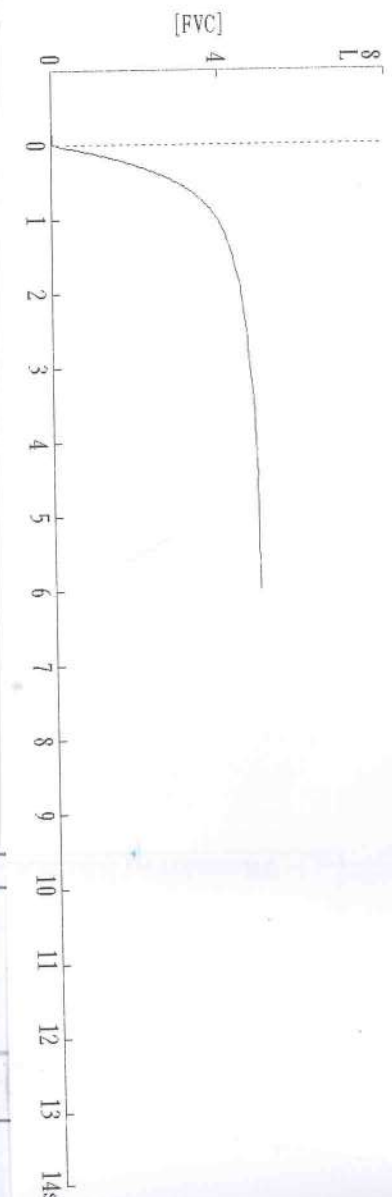
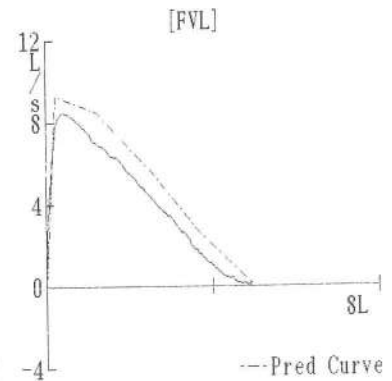
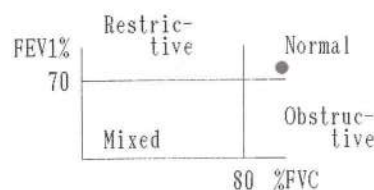
[CALIBRATION REPORT]

Cal. Date: 10/16/2019 07:25
Temp: 36.7 °C PB: 1013.1 hPa
Humi: 50.0 %
Syringe Cap.: 1L
Volume EX/IN: 0.99 / 1.00 L
Balance EX/IN: -1.0 / 0.0 %
Factor EX/IN: 1.00 / 0.97

[EVALUATION]

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

[EVALUATION GRAPH]



KESIMPULAN

Dulceen Gets Normal

SUPPORTIVE INVESTIGATION

Name : Mahendra Jayadi S	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 72
Date of Birth : February 4, 1996	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

I. LABORATORIUM SUMMARY

<input type="checkbox"/> Normal	COMMENT : Blood : ESR 13 mm/h, HDL Cholesterol 33 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	5.02	4.95	98.6	%
FEV 1	4.32	3.96	91.7	%
FEV / FVC			80.00	%

RESULT

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

VI. AUDIOMETRY

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

AUDIOMETRY RESULT

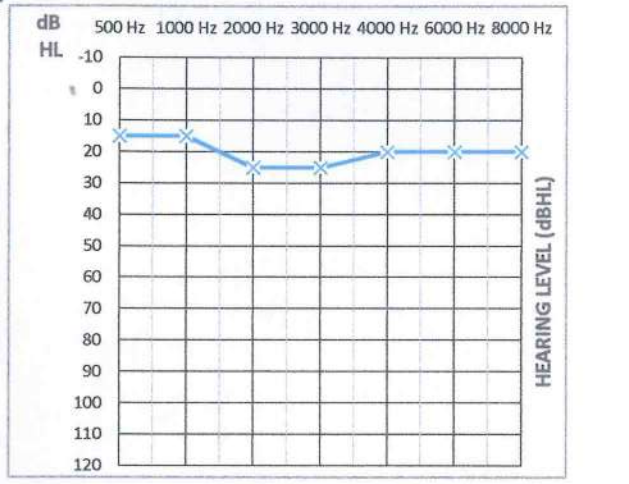
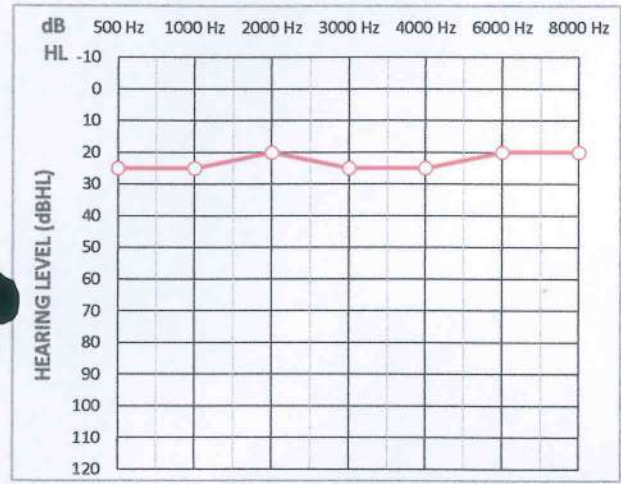
Name : Mahendra Jayadi	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 72
Date of Birth : February 04, 1996	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

AUDIOGRAM FREQUENCY IN HERTZ (Hz)

KANAN

KIRI

ANSI



- TEST RINNE
- TEST WEBER
- TEST BING
- SRT
- WDS

AUDIOGRAM CODE

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

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

No Response ↓

AC _____

<p>Kesimpulan</p> <p><i>Telinga Kanan + Kiri : dalam batas normal</i></p>	<p>Dokter Pemeriksa</p> <div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>Dr. Erica Lukman, Sp. THT-KL</p> <p>026/11/25C/SIP-D/X/2016</p> </div>
--	--