

# MEDICAL CHECK UP REPORT



NAME : Eko Taufik Nugroho  
SEX : Male  
COMPANY : PT. Inspektindo Sinergi Persada  
MEDICAL RECORD : 01 97 31  
DATE OF VISIT : December 6, 2019  
NEXT VISIT : December 6, 2020

**PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**  
**HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN KARYAWAN BARU 2019**

Nama : Eko Taufik Nugroho

Berikut ini adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan tanggal : 6 Desember 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 2 tahun yang lalu).
  - Konsumsi Alkohol : Pernah (tidak dalam 12 bulan terakhir).
  - Aktivitas Olahraga : Ya (3x/bulan).
  - Hasil pemeriksaan Fisik :Gigi : Terdapat karang Gigi pada rahang atas dan bawah.
  - 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 261 mg/dl.  
- Urine : S. Gravity 1.005.

**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 Sebagai : Helper  
 UNFIT Di : Remote Area  
 TEMPORARY UNFIT

- Saran - saran
- Disarankan konsul ke Dokter sehubungan dengan hasil pemeriksaan laboratorium.
  - Disarankan konsul ke Dokter Gigi untuk melakukan perawatan setiap 6 bulan.
  - Diet rendah lemak dan tinggi serat.
  - Hindari konsumsi minuman beralkohol.
  - Lakukan olahraga minimal 3x/minggu.

Kembali Kontrol : 6 Desember 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, MQUIH, Sp. KL



Dokter Penanggung Jawab MCU,



Dr. Yussie Andelina

## 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 : Eko Taufik Nugroho  
 Tempat Tanggal Lahir : Balikpapan, 28 Juli 1989  
 Jenis Kelamin : laki-laki  
 Agama : Islam  
 Jabatan / Pekerjaan : Helper Inspector  
 Status : (1) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai  
 Jumlah Anak : Anak laki-laki: 1 orang, Anak perempuan: .... orang  
 Alamat sekarang : Jl. Siaga Dalam Rt. 17  
 Telepon / HP: 0812 62404407  
 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
	Teknisi	3 Tahun	PT. Kamayaria Makmur	8 Jam					
	Storeman	5 bulan	PT. Gobel Dharma						
	Teknisi	4 Tahun	PT. Bukadri Vision			8 Jam			

### 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 : \_\_\_\_\_ jam/hari
3. Workshop : \_\_\_\_\_ jam/hari
4. Process area : 8 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"/>            |
| 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. Thyphus	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?
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. Merokok diwaktu lainnya
12. Apakah Anda ingin berhenti merokok? 1. Ya 2. Tidak   
*Bila tidak langsung ke pertanyaan alkohol*
13. Bila Ya, apakah Anda bersedia untuk mengikuti Program Berhenti Merokok? 1. Ya 2. Tidak
14. Sudah berapa lama Anda berhenti merokok? (tahun)    2 tahun

### KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol? 1. Ya 2. Tidak   
*Bila tidak langsung ke pertanyaan olah raga*
2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak
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)   5 jam
2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan?  3 kali
3. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya? (dalam menit)  30
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?  1
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"/> |
| b. penyakit jantung     | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| c. stroke               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| d. kencing manis        | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| e. kanker               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| f. alergi               | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| g. asma                 | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |

2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut

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

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"/> |
|-------|----------|--------------------------|

**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, 6 Desember .....2019.

  
(Eko Taufik Nugroha)



**MEDICAL CHECK UP EXAMINATION FORM**

**A. GENERAL CONDITION**

Blood Pressure (supine)	137/85 mmHg
Pulse	85 x/mn
Respiration	20 x/mn
Temperature	36.7 °C

Weight (W)	59.1 kg
Height (H)	162 cm
BMI	22.52

\*BMI = W / H<sup>2</sup> (Underweight <18.5, Normal 18.5-24.9, Overweight 25-29.9, Obese ≥30)

VISION	Unaided		With Spectacles		Colour Blindness
	Left	Right	Left	Right	
DISTANT	6/6	6/6			<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Red - Green Absent <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		<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Head/Scalp		<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Eyes		<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Ears		<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Nose/Sinuses		<input checked="" type="checkbox"/>	
6	Mouth/Throat		<input checked="" type="checkbox"/>	
7	Teeth			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		<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Back/Spain		<input checked="" type="checkbox"/>	
10	Thorax		<input checked="" type="checkbox"/>	
11	Breast		<input checked="" type="checkbox"/>	
12	Heart		<input checked="" type="checkbox"/>	
13	Chest/Lung		<input checked="" type="checkbox"/>	
14	Abdomen		<input checked="" type="checkbox"/>	
15	Groin		<input checked="" type="checkbox"/>	
16	Genital		<input checked="" type="checkbox"/>	
	- Male		<input checked="" type="checkbox"/>	
	- Female		<input checked="" type="checkbox"/>	
17	Extermitities		<input checked="" type="checkbox"/>	
18	Joints		<input checked="" type="checkbox"/>	
19	Skin		<input checked="" type="checkbox"/>	
20	Neurological		<input checked="" type="checkbox"/>	
21	Muscular System		<input checked="" type="checkbox"/>	
22	Rectal Examination		<input checked="" type="checkbox"/>	

Approved by Dr. Tiara Serjoning Arum

026/239C/SIP-D/VII/2018

## LABORATORY RESULTS

<b>Name</b>	: Eko Taufik Nugroho	<b>Date of Visit</b>	: December 6, 2019
<b>Sex</b>	: Male	<b>Medical Record</b>	: 01 97 31
<b>Date of Birth</b>	: July 28, 1989	<b>Company</b>	: PT. Inspektindo Sinergi Persada
TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE	
<b>HEMATOLOGY</b>			
Automated Blood Count			
- WBC	6,0	4.5 - 10.0 K/ul	
- RBC	5,5	M : 4.7-6.1 M/ul F : 4.2-5.4 M/ul	
- Haemoglobine	15,6	M : 13-18 g/dl F : 12-16 g/dl	
- Haematocrite	45%	M : 42-52% F : 37-47%	
- MCV	83	80- 100 fL	
- MCH	29	26 - 34 pg	
- MCHC	34	32 - 36 g/dL	
- Thrombocyte	285	150 - 450 K/ul	
- ESR	5	M : 0 - 10 mm/h : F : 0 - 20 mm/h	
- Diff. Count :			
Basophil	0%	0 - 1%	
Eosinophil	1%	2 - 4%	
Stab	3%	3 - 5%	
Segment	52%	55 - 65%	
Lymphocyte	41%	25 - 35%	
Monocyte	3%	3 - 6%	
<b>BLOOD CHEMISTRY</b>			
<b>LIPID PROFILE</b>			
- Total Cholesterol	281	<200 mg/dl	
- HDL Cholesterol	49	M : >35 mg/dl F : >45 mg/dl	
<b>DIABETES</b>			
- Glucose Fasting	103	70-110 mg/dl	

## LABORATORY RESULTS

<b>Name</b>	: Eko Taufik Nugroho	<b>Date of Visit</b>	: December 6, 2019
<b>Sex</b>	: Male	<b>Medical Record</b>	: 01 97 31
<b>Date of Birth</b>	: July 28, 1989	<b>Company</b>	: PT. Inspektindo Sinergi Persada
TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE	
<b>URINALYSIS</b>			
<b>MACROSCOPIC</b>			
- Color	Yellow		
- Turbidity	Clear		
- S. Gravity	1.005	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	
<b>MICROSCOPIC</b>			
- 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

<b>Name</b> : Eko Taufik Nugroho	<b>Date of Visit</b> : December 6, 2019
<b>Sex</b> : Male	<b>Medical Record</b> : 01 97 31
<b>Date of Birth</b> : July 28, 1989	<b>Company</b> : PT. Inspektindo Sinergi Persada

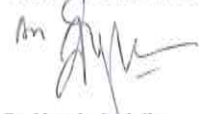
TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
<b>DRUGS SCREENING TEST</b>		
- Cocain	Negative	Negative
- Amphetamine	Negative	Negative
- THC	Negative	Negative
- Morphine	Negative	Negative
- Benzodiazepine	Negative	Negative
- Methamphetamine	Negative	Negative

Technician of Laboratory



( \_\_\_\_\_ )

Head of Laboratory



Dr. Yussie Andeline

## RADIOLOGY RESULT

<b>Name</b> : EKO TAUFIK NUGROHO	<b>Date of Visit</b> : DECEMBER 06, 2019
<b>Sex</b> : MALE	<b>Rontgen Record</b> : 0 7 2 7
<b>Date of Birth</b> : JULY 28, 1989	<b>Company</b> 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.

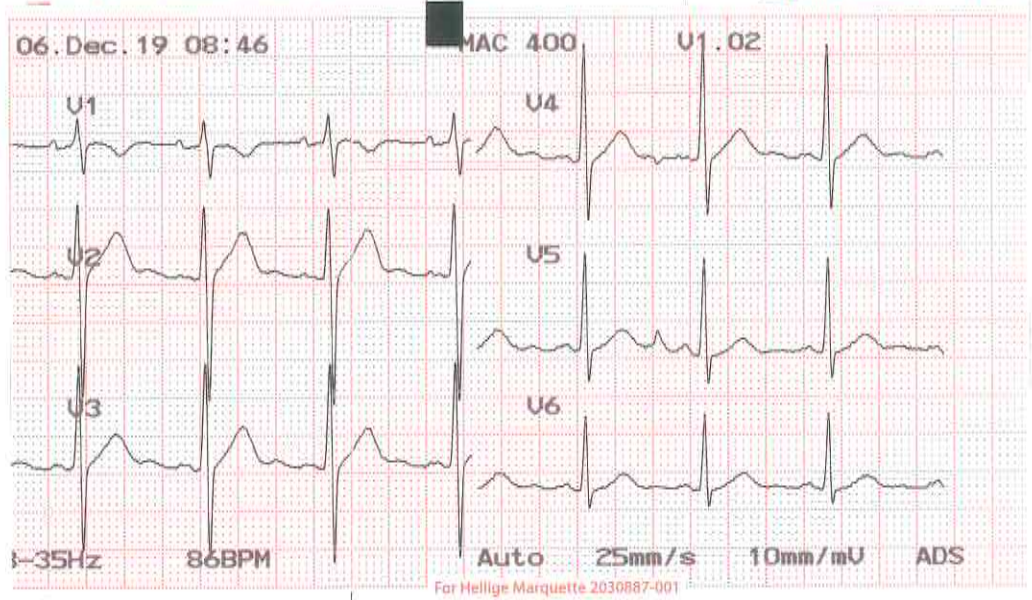
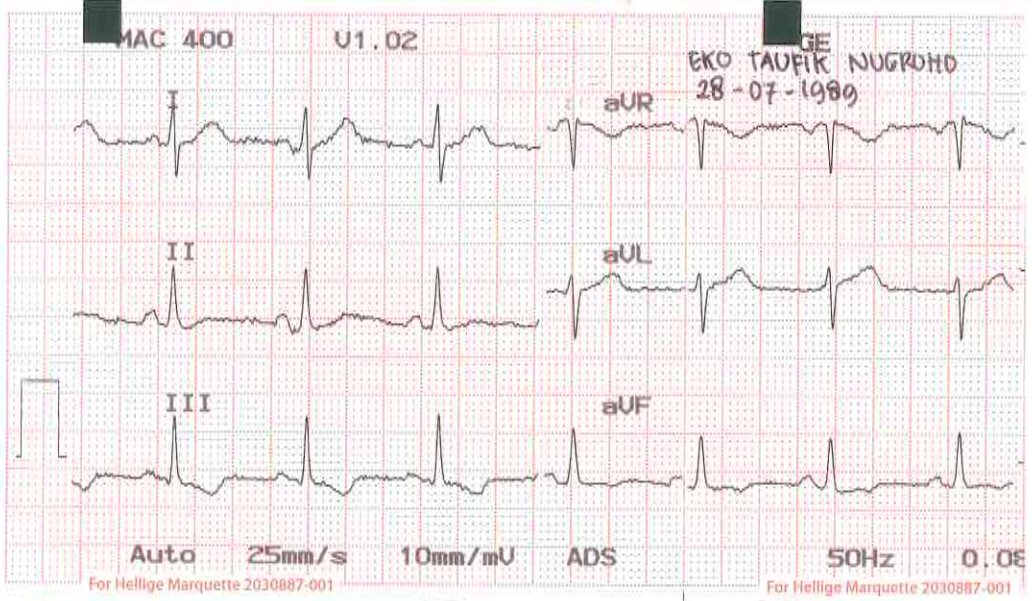
**Kesan** : Tidak tampak kelainan radiologik pada foto thorax ini.

Salam Sejawat,

*f*  
Dr. Nurmayanti Msdln, Sp. Rad  
020/0078/519-0111/2019

## ECG RESULT

Name	: Eko Taufik Nugroho	Date of Visit	: December 6, 2019
Sex	: Male	Medical Record	: 01 97 31
Date of Birth	: July 28, 1989	Company	: PT. Inspektindo Sinergi Persada



KESIMPULAN	DOKTER PEMERIKSA
Normal	<p>Dr. Lukman Hata S, Sp.PD, Sp.KL, FINASIM</p> <p>026/11/BC/SIP-D/1/2017</p>

## SPIROMETRY RESULT

Name : Eko Taufik Nugroho	Date of Visit : December 6, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 97 31
Date of Birth : July 28, 1989	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

### TEST REPORT

Name: EKO TAUFIK  
IDNo: 4053  
Date: 12/06/2019 11:08  
Sex : Male Age : 30  
HT : 162.0 cm WT : 59.0 kg  
BSA : 1.62 m<sup>2</sup> Race: Asian (100)  
PB : 1013.1 hPa  
Temp: 36.7 °C Humi: 50.0 %  
Pred. Formula: Knudson  
Cal. Date: 12/06/2019 07:49

Physi: \_\_\_\_\_

Com: \_\_\_\_\_

ITEM	MEAS	PRED	%PRED
FVC	L	3.47	4.00 86.8
FEV0.5	L	2.40	2.74 87.6
FEV1.0	L	2.96	3.38 87.6
FEV1%(G)	%	85.30	85.34 100.0
FEV1%(T)	%	*	
FEV1/VCpr	%	74.0	
PEF	L/s	9.81	8.18 119.9
PEF25	L/s	8.12	7.55 107.5
PEF50	L/s	3.97	4.44 89.4
PEF75	L/s	1.45	1.85 78.4

ITEM	MEAS	PRED	%PRED
FVC	L	3.78	4.00 94.5
FEV0.5	L	2.68	2.74 97.8
FEV1.0	L	3.28	3.38 97.0
FEV1%(G)	%	86.77	85.34 101.7
FEV1%(T)	%	*	
FEV1/VCpr	%	82.0	
PEF	L/s	10.80	8.18 132.0
PEF25	L/s	8.51	7.55 112.7
PEF50	L/s	4.27	4.44 96.2
PEF75	L/s	1.77	1.85 95.7

ITEM	MEAS	PRED	%PRED
FVC	L	3.69	4.00 92.3
FEV0.5	L	2.59	2.74 94.5
FEV1.0	L	3.18	3.38 94.1
FEV1%(G)	%	86.18	85.34 101.0
FEV1%(T)	%	*	
FEV1/VCpr	%	79.5	
PEF	L/s	9.95	8.18 121.6
PEF25	L/s	8.39	7.55 111.1
PEF50	L/s	4.36	4.44 98.2
PEF75	L/s	1.70	1.85 91.9

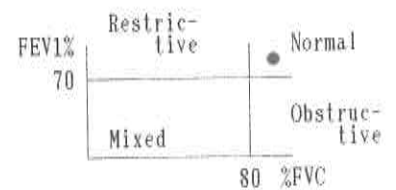
### [ CALIBRATION REPORT ]

Cal. Date: 12/06/2019 07:49  
Temp : 36.7 °C PB : 1013.1 hPa  
Humi : 50.0 %  
Syringe Cap. : 1L  
Volume EX/IN : 0.99 / 1.01 L  
Balance EX/IN : -1.0 / +1.0 %  
Factor EX/IN : 0.97 / 0.97

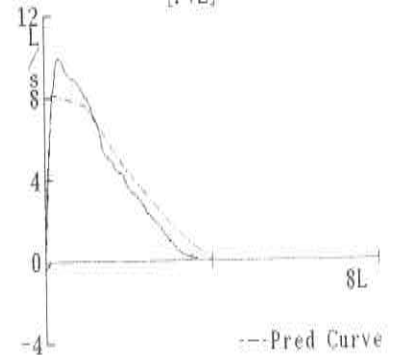
### [ EVALUATION ]

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

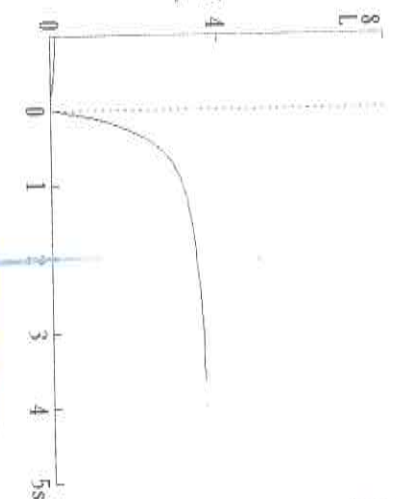
### [ EVALUATION GRAPH ]



### [ FVL ]



### [ FVC ]

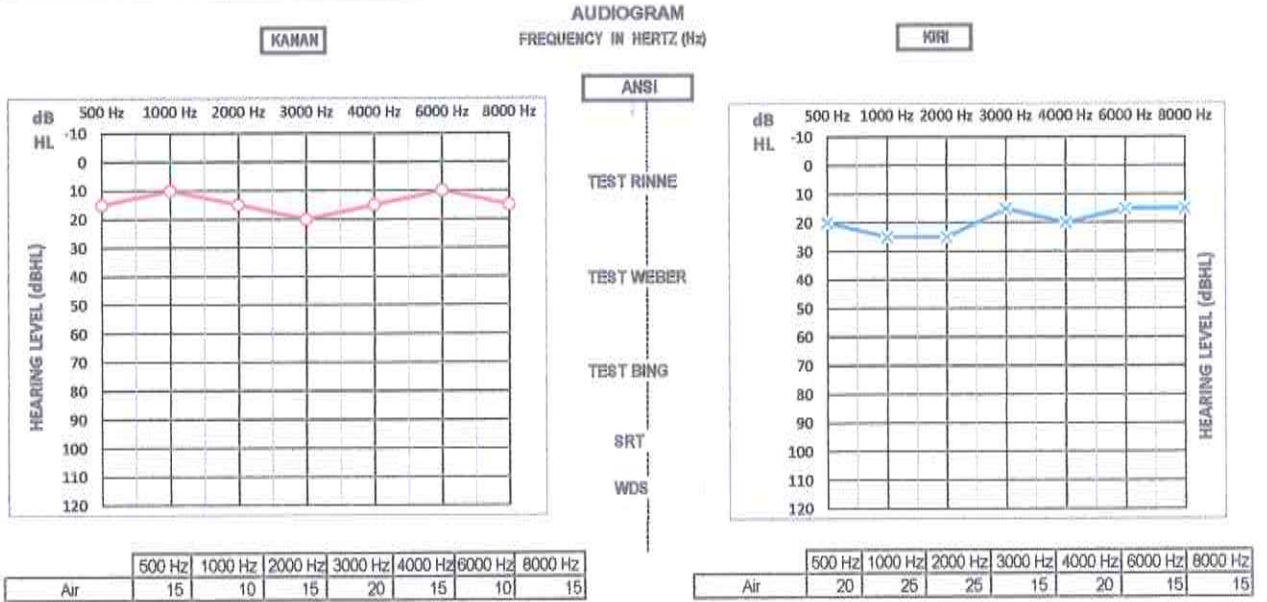


### KESIMPULAN

Normal spirometry

## AUDIOMETRY RESULT

Name	: Eko Taufik	Date of Visit	: December 6, 2019
Sex	: Male	Medical Record	: 01 97 31
Date of Birth	: July 28, 1989	Company	: PT. Inspektindo Sinergi Persada



ANSI

TEST RINNE

TEST WEBER

TEST BING

SRT

WDS

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 \_\_\_\_\_

Keimpulan	Dokter Pemeriksa
<p>Telinga kanan + kiri. Sejalan baik normal</p>	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; text-align: center;"> <p><b>Dr. Erica Lukman, Sp. THT, KL</b> 026/1125C/SIP-DIX/2016</p> </div>



## SUPPORTIVE INVESTIGATION

<b>Name</b> : Eko Taufik Nugroho	<b>Date of Visit</b> : December 6, 2019
<b>Sex</b> : Male	<b>Medical Record</b> : 01 97 31
<b>Date of Birth</b> : July 28, 1989	<b>Company</b> : PT. Inspektindo Sinergi Persada

### I. LABORATORIUM SUMMARY

<input type="checkbox"/> Normal	<b>COMMENT :</b>	- Blood : Total Cholesterol 261 mg/dl.
<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal		- Urine : S. Gravity 1.005.

### 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		
<b>COMMENT</b>	Within normal limits	

### III. ECG

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

### IV. SPIROMETRY

Test	Predicted	Observed	Percentage	
FVC	94,5	3,78	94,5	%
FEV 1	97,0	3,28	97,0	%
FEV / FVC			86,77	%

### RESULT

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

### V. AUDIOMETRY

<b>CONCLUSION</b>	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 Kelaikan Kerja Kontraktor F\_OH\_017

<b>BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)</b>		
Nama Lengkap <i>Eko Taufik Nugroho</i>	Tanggal Lahir (tgl – bln – thn) <i>28 Juli 1989</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <i>Helper Inspector</i>	Nama Perusahaan <i>PT. Inspektindo Sinergi</i>	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah <i>Jl. Siaga Dalam Rt. 17</i>	Nomor Telepon / HP <i>0812 6240 4407</i>	Tanggal Pemeriksaan (tgl – bln – thn)

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

- Pemeriksaan sebelum bekerja (*Pre-placement*), untuk kategori posisi:
- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Sedentary Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Non-sedentary Worker</i>          | <input checked="" type="checkbox"/> <i>Onshore Oil &amp; Gas Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Offshore Oil &amp; Gas Worker</i> |
| <input type="checkbox"/> Sekuriti                | <input type="checkbox"/> <i>Fire Emergency Responder Team</i> | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang                         | <input type="checkbox"/> <i>Operator Alat Berat</i>           |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / <i>Diver</i> | <input type="checkbox"/> Kru Kapal                            | <input type="checkbox"/> <i>Pilot</i>                                   | <input type="checkbox"/> <i>Food Handler</i>                  |
| <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan        | <input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium      |   |   |
- 
- Pemeriksaan berkala (*Periodic*), untuk kategori posisi:
- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Sedentary Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Non-sedentary Worker</i>          | <input type="checkbox"/> <i>Onshore Oil &amp; Gas Worker</i> | <input type="checkbox"/> <i>Offshore Oil &amp; Gas Worker</i> |
| <input type="checkbox"/> Sekuriti                | <input type="checkbox"/> <i>Fire Emergency Responder Team</i> | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang              | <input type="checkbox"/> <i>Operator Alat Berat</i>           |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / <i>Diver</i> | <input type="checkbox"/> Kru Kapal                            | <input type="checkbox"/> <i>Pilot</i>                        | <input type="checkbox"/> <i>Food Handler</i>                  |
| <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan        | <input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium      |  |   |
- 
- Return to Work*  
Tidak masuk kerja  $\geq$  14 hari kalendar karena sakit atau cedera, atau  $<$  14 hari jika kondisi medis dinilai serius, atau diturunkan saat masa *on duty*.
- 
- For Cause*:
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Paska Insiden | <input type="checkbox"/> Supervisor menyangsikan kelaikan kerja pekerja |
|--|---|
- 
- Job Transfer*  
Dilakukan sebelum pemindahan tugas ke posisi lain.

**Komentar Supervisor** (sebutkan tambahan pekerjaan lain atau faktor risiko di tempat kerja bila ada):

---



---

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

## F\_OH\_018\_Formulir Evaluasi Contractor Fitness To Work

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

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)		
Nama Lengkap <i>Eko Taufik Nugroho</i>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <i>28 Juli 1989</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <i>Helper Inspector</i>	Nama Perusahaan <i>Pt. Inspektinda Sinergi Persada</i>	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah <i>Jl. Siaga Dalam Rt. 17</i>	Nomor Telepon / HP <i>0812 62 404407</i>	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn)

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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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. Mengonsumsi alkohol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Tumor atau kanker	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Alergi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Menggunakan narkoba	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Jelaskan untuk setiap jawaban Ya: Relat Tahun 2007, bagian Paha

Anda Merokok? <input type="checkbox"/> Ya (saat ini merokok atau berhenti merokok ≤ 2 tahun) <input type="checkbox"/> Mantan/bekas (jika berhenti merokok > 2 tahun, tetapi ≤ 10 tahun) <input checked="" type="checkbox"/> Tidak (tidak pernah merokok atau telah berhenti merokok > 10 tahun)	Aktivitas fisik anda? <input type="checkbox"/> Ringan <input checked="" type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Berat
---	---


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)	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa:
---	---

Riwayat Perawatan di RS: \_\_\_\_\_


Tanda Tangan Karyawan Eko Taufik Nugroho	Tanggal (tgl - bln - thn) 28 Juli 1989
---	---

PEMERIKSAAN TELINGA (Audiometri/Tes berbisik)							
<b>Standar:</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dapat mendengar suara bisikan dari jarak &gt; 1,65 meter dengan atau tanpa alat bantu dengar (<i>hearing aid</i>) ATAU</li> <li>• Rata-rata penurunan pendengaran pada telinga yang terbaik &lt; 40 dB dengan atau tanpa menggunakan alat bantu dengar</li> </ul>							
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
	20	25	25	15	20	15	15
Ambang dengar rata-rata		Telinga Kiri ..... 23,5 ..... dB			Telinga Kanan ..... 13,75 ..... dB		
Kesimpulan: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan .....							
Catatan:							
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa			Tanggal Pemeriksaan		
PEMERIKSAAN LABORATORIUM							
Pemeriksaan		Hasil					
Panel hitung darah lengkap: Hb, Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Hematokrit, Trombosit, LED, Red Cell Indices (MCV, HCH, MCHC)		<input checked="" type="checkbox"/> Normal			<input type="checkbox"/> Tidak Normal: .....		
Panel Kimia darah • Profil Lipid: Total Kolesterol, HDL, LDL, dan Trigliserida • Fungsi Hati: Total bilirubin, Direct & Indirect Bilirubin, SGOT, dan SGPT • Fungsi ginjal: asam urat, ureum dan kreatinin. • Gula darah puasa & Gula darah 2 jam setelah makan		<input type="checkbox"/> Normal			<input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: Total Cholesterol 201 mg/dl		
Urine Analisa lengkap		<input type="checkbox"/> Normal			<input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: S. gravity 1.005		
Kultur Feses (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?		<input checked="" type="checkbox"/>			
2	Mata	Pupil tidak normal, reaksi terhadap cahaya, akomodasi, gerakan mata, keseimbangan otot-otot mata, gerakan-gerakan ekstraokuler, nystagmus, exophthalmos Retinopati, katarak, afakia, glaucoma, degenerasi macular (kirim ke Spesialis jika diperlukan)		<input checked="" type="checkbox"/>			
3	Telinga	Pengerasan ( <i>scarring</i> ) membrane timpani, penyumbatan kanalis eksternal, perforasi membrane timpani		<input checked="" type="checkbox"/>			
4	Hidung, mulut dan tenggorokan	Deformitas (yang tidak dapat diperbaiki dan mengganggu proses menelan dan bernafas)		<input checked="" type="checkbox"/>			
5	Dada dan sistem pernafasan	Benjolan abnormal, kelaian 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)		<input checked="" type="checkbox"/>			

## F\_OH\_019\_ Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN			
Nama Lengkap <i>Eto Taufik Nugroho</i>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <i>28 Juli 1989</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja:
Nama Perusahaan <i>Pt. Inspektindo Sinergi</i>	CFTW Procedure <input type="checkbox"/> Pre-placement <input type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Return to Work <input type="checkbox"/> For Cause <input type="checkbox"/> Job Transfer		<input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Offshore
Posisi Utama:			
<input type="checkbox"/> Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Non-sedentary Worker	<input checked="" type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker	<input type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker
<input type="checkbox"/> Sekuriti	<input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team	<input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang	<input type="checkbox"/> Operator Alat Berat
<input type="checkbox"/> Penyelam / Diver	<input type="checkbox"/> Kru Kapal	<input type="checkbox"/> Pilot	<input type="checkbox"/> Food Handler
<input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan	<input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium		

Posisi Tambahan:

REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK		
<input checked="" type="checkbox"/> A. Laik Kerja masa berlaku: <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun		
<input type="checkbox"/> B. Laik Kerja Dengan Batasan		
1.		
2.		
3.		
<input type="checkbox"/> C. Tidak Laik Kerja: <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah.....minggu/bulan		
<input type="checkbox"/> D. Tidak Dapat Memenuhi Evaluasi Yang Diminta, dengan alasan:		
Rekomendasi (jika diperlukan tindak lanjut):	<i>Diet rendah lemak tinggi serat</i>	
Catatan: <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar		
Nama Dokter Pemeriksa	Tanda Tangan	Tanggal (tgl-blh-thn)
<i>Dr. Xessie Adeline</i> 026/31 SIP-D/11/2017		<i>9-12-19</i>
Nama Rumah Sakit/Klinik	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik	
<i>Panacea Clinic</i>	<i>Komp. Mal Baikpapan Baru Blok AB 2 No. 17-20</i>	

Harus dilakukan verifikasi CFTW oleh H&amp;M PHKT untuk:

- Pekerja dengan kategori pekerjaan risiko tinggi yaitu: tenaga sekuriti, *fireman*, bekerja di ketinggian (*working at height*), bekerja di ruang terbatas (*confined space*), Awak Mobil Tanki (AMT), operator alat berat, *driver* mobil penumpang, dan penyelam / Teknik Bawah Air (TBA)
- Penjamah makanan (*food handler*) dan Tenaga Medis (*Health Care Worker*).

Persetujuan Health & Medical (gunakan huruf cetak)	Tanda Tangan	Tanggal (bb/hh/tttt)
		<i>/ /</i>

## F\_OH\_021\_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Eko Taufik Nugroho  
 Tanggal Lahir : 28 Juli 1989  
 Pekerjaan : Helper Inspektor  
 Perusahaan : PT. Inspektindo Sinergi Persada Nomor Pegawai : \_\_\_\_\_  
 Alamat : Jl. Siaga Dalam Rt. 17  
 Nomor Telepon : 0812 6240 4407

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

Rumah Sakit/Klinik : Panacea Clinic  
 Alamat : Komp. Mat Balikpapan Baru Blok AB 2 No. 17-20  
 Nomor Telepon : (0542) - 877898

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 : <u>PT. Inspektindo Sinergi Persada</u>
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 Eko Taufik Nugroho Tanggal 06 / 12 / 2019  
 Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

[Signature] Tanggal 6 / 12 / 2019  
 Tanda Tangan Saksi Hubungan Dengan Pemberi Wewenang (Tgl - Bln - Thn)