



MEDICAL CHECK UP REPORT



NAME : Aries Wandy Asbar
SEX : Male
COMPANY : PT. Inspektindo Sinergi Persada
MEDICAL RECORD : 01 98 93
DATE OF VISIT : March 5, 2020
NEXT VISIT : March 5, 2021

PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN BERKALA 2020

Nama : Aries Wandy Asbar

Berikut ini adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan tanggal : 5 Maret 2020

- Temuan**
- Riwayat Kesehatan 1 Tahun terakhir tidak ditemukan masalah.
 - Riwayat Penyakit keluarga tidak ditemukan masalah.
 - Riwayat Vaksinasi : - Tetanus (Ya).
- Hepatitis (Ya).
 - Kebiasaan Merokok : Tidak
 - Konsumsi Alkohol : Tidak
 - Aktivitas Olahraga : Ya, 3x/bulan
 - Hasil pemeriksaan Fisik : Mulut/Tenggorokan : Terdapat peradangan kemerahan pada tenggorokan (Faring hiperemi)
 - Hasil pemeriksaan X - Ray dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan EKG dalam batas normal (Sinus Rhythm).
 - Hasil pemeriksaan Audiometri dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan Spirometri : Mild Restrictive
 - Hasil pemeriksaan Laboratorium : Darah : ESR 13 mm/h, Total Cholesterol 268 mg/dl, LDL Cholesterol 173 mg/dl, Tryglicerides 247 mg/dl, SGPT 44 IU/L.
 - Faktor Resiko Jantung Koroner berdasarkan Jakarta Score adalah Low Risk (10 years CAD event < 10%)

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 jin sakit)

KESIMPULAN

FIT
 UNFIT
 TEMPORARY UNFIT

Sebagai : Asst Inspector
Di : Remote Area

Saran - saran

- Disarankan konsultasi ke Dokter sehubungan dengan hasil pemeriksaan laboratorium dan (Tenggorokan) jika terdapat keluhan lebih lanjut
- Disarankan melakukan pemeriksaan Spirometry ulang 3 bulan yang akan datang.
- Disarankan menggunakan alat pelindung diri untuk telinga pada area bising.
- Diet rendah lemak dan tinggi serat.
- Minum air putih 2-3 liter/hari.
- Lakukan olahraga minimal 3x/minggu.

Kembali Kontrol : 5 Maret 2021

Bila masih ada yang perlu diperjelas, dapat menghubungi Dokter Pemeriksa di (0542) 877896.
Terima kasih atas kerjasama yang baik.

Direktur,

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



Dokter Penanggung Jawab MCU,

Dr. Yusele Andeline

EXAMINATION RESULTS

Name : Aries Wandy Asbar	Date of Visit : March 5, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 98 93
Date of Birth : April 19, 1984	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
HISTORY OF DISEASE		
- Complaint at present	None	
- Past history of disease		
▪ Hypertension, Hypotension	None	
▪ Heart disease	None	
▪ Asthma	None	
▪ Dyspepsia	None	
▪ Hemorrhoids	None	
▪ Chronic Skin Disease	None	
▪ Alergic	None	
▪ Diaebetic	None	
▪ Jaundice	None	
▪ Arthritics	None	
▪ Kidney Stone / Neuphrolithiasis	None	
▪ Eyes	None	
▪ Ears	None	
▪ Nose	None	
▪ Mouth / Teeth	None	
▪ Cancer/tumor	None	
▪ Hemophilia	None	
▪ Epilepsies	None	
▪ Acrophobia	None	
▪ Pyschiatric Disorder	None	
▪ Gynecological Problem	None	
▪ TBC	None	
▪ Malaria	None	
▪ Tipus	None	
▪ Genital Disease	None	
▪ Others	None	
FAMILY HISTORY OF DISEASE		
- Diabetic	None	
- Hypertension	None	
- Heart Disease	None	
- Asthma	None	
- Cancer	None	
- Stroke / CVA	None	
- Alergic	None	
- Others	None	
HABITS		
- Smoking	None	
- Alcohol / Drugs	None	
- Exercise	Yes, 3x/Month	30 Minute
IMMUNIZATIONS HISTORY		
- Have you had a tetanus vaccination	Yes	
- Have you had hepatitis vaccination	Yes	

EXAMINATION RESULTS

Name : Aries Wandy Asbar	Date of Visit : March 5, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 98 93
Date of Birth : April 19, 1984	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

GENERAL CONDITION

• Blood Pressure (123/83 mmHg	• Weight (W)	64,5 kg
• Pulse	86 x / minute	• Height (H)	167 cm
• Respiration	20 x / minute	• BMI	23,13
• Temperature	36,6 °C	*BMI = W / H ² (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
DISTANT	6/6	6/6			<input type="checkbox"/>	Red - Green Absent
NEAR					<input type="checkbox"/>	Colour Blind
VISUAL FIELDS (NORMAL > 70°)			Left		Right	

No.	PHYSICAL	A - Abnormal N - Normal (circle words of importance and explain)		A	N	Describes abnormalities in detail
1	General Appearance	Appearance age/Nutritional/Development/Mental & Emotional status/Posture/Gait/Speech			N	
2	Head/ Scalp	Size/Shape/Tender over sinuses/Hair/Eruption/Masses/Bruit			N	
3	Eyes	Conjunctiva/Sclera/Cornea/Pupils/Ptosis/Tension/ Eye lid/Bruit/Reflex/Range of movement			N	
4	Ears	Ext. canal/Membran perforation/Discharge/Tophi/ Hearing problem/Mastoids			N	
5	Nose / Sinuses	Septum/Obstruction/Turbinates/Discharges			N	
6	Mouth / Throat	Odor/Lips/Tongue/Tonsils/Gums/Pharynx		A		Farig Hiperemi
7	Teeth	Caries (O), Filling (F), Missing (X), Radix (√)			N	
8	Neck	Adenopathi/Thyroid/Carotids/Trachea/Veins/Mass/ Spine/Motion/Bruit			N	
9	Back / Spine	Kyphosis/Scoliosis/Lordosis/Mobility/CVA/Bone/ Tenderness/Other deformities			N	
10	Thorax	Symmetry/Movement/Contour/Tender			N	
11	Breast	Size/Consistency/Nipples/ Areolar/Discharge/Pal- pable mass/Tenderness/Nodes/Scars			N	
12	Heart	Rate/Rhythm/Apical/Impulse/Trills/Quality of Sound/ Intensity/Splitting/Extra sound/Murmurs			N	
13	Chest / Lung	Excursion/Dullness of Hyper-resonance of percussion/ Quality of breath sound/Rales/Wheezing/Ronchi/Bruit			N	
14	Abdomen	Bowel sounds/Appearance/Liver/Spleen/Masses/Her- nias/Murmur/Contour/Tenderness/Bruit/Nodes			N	
15	Groin	Hernia/Inguinal nodes/Femoral pulses			N	
16	Genital - Male	Penis/Testis/Scrotum epididymis/Varicocele/Scars/ Discharge/Circumcised/Piercing			N	
	- Female	Vulva/Vagina/Cervix/Uterus/Adnexae/Rectocele/Bartho- lini gland/Urethra/Discharge			-	
17	Extermities	Deformity/Clubbing/Cyanosis/Edema/Nail/Peripheral pulses/Calf tenderness/Joints for swelling/ROM			N	
18	Joints	ROM/Sweeling/Inflamation/Deformity			N	
19	Skin	Color/Birth Mark/Scars/Tatoos/Texture/Rash/Eczeme/ Ulcers/Piercing			N	
20	Neurological	Reflexes/Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/Sen- soric (touch, prick, vibrate) / Coordination/Romberg			N	
21	Muscular System	Strength/Wasting/Development			N	
22	Rectal Examination	Sphincter tone/Hemorrhoids/Fissure/Masses/Prostate			N	

LABORATORY RESULTS

Name : Aries Wandy Asbar	Date of Visit : March 5, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 98 93
Date of Birth : April 19, 1984	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada


TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
HEMATOLOGY		
Automated Blood Count		
- WBC	8,5	4.5 - 10.0 K/ul
- RBC	5,05	M : 4.7-6.1 M/ul F : 4.2-5.4 M/ul
- Haemoglobine	14,8	M : 13-18 g/dl F : 12-16 g/dl
- Haematocrite	42%	M : 42-52% F : 37-47%
- MCV	82	80- 100 fL
- MCH	29	26 - 34 pg
- MCHC	36	32 - 36 g/dL
- Thrombocyte	192	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	68%	55 - 65%
Lymphocyte	27%	25 - 35%
Monocyte	2%	3 - 6%
BLOOD CHEMISTRY		
LIPID PROFILE		
- Total Cholesterol	268	<200 mg/dl
- HDL Cholesterol	45	M : >35 mg/dl F : >45 mg/dl
- LDL Cholesterol	173	<150 mg/dl
- Trygliceride	247	30 - 200 mg/dl
RENAL FUNCTION		
- Ureum	33	10 - 50 mg/dl
- Creatinine	0.85	M : 0.6-1.1 mg/dl F : 0.5-1.0 mg/dl
- Uric Acid	6,8	M : <7 mg/dl F : <5.7 mg/dl
LIVER FUNCTION		
- Total Bilirubin	0,51	0-1.1 mg/dl
- Bilirubin Direk	0,18	0-0.25 mg/dl
- Bilirubin Indirek	0,33	0-0.75 mg/dl
- SGOT	30	M : 0-37 IU/L F : 0-31 IU/L
- SGPT	44	M : 0-42 IU/L F : 0-32 IU/L
- Gamma GT	44	8 - 61 U/L
DIABETES		
- Glucose Fasting	100	70-110 mg/dl
- Glucose 2 HPP	122	<140 mg/dl

LABORATORY RESULTS


Name : Aries Wandy Asbar	Date of Visit : March 5, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 98 93
Date of Birth : April 19, 1984	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
URINALYSIS		
MACROSCOPIC		
- Color	Yellow	
- Turbidity	Clear	
- S. Gravity	1.025	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

Technician of Laboratory

()

Head of Laboratory


Dr. Yussie Andeline

RADIOLOGY RESULT

Name : Aries Wandy Asbar	Date of Visit : March 5, 2020
Sex : Male	Rontgen Record : 0116
Date of Birth : April 19, 1984	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.

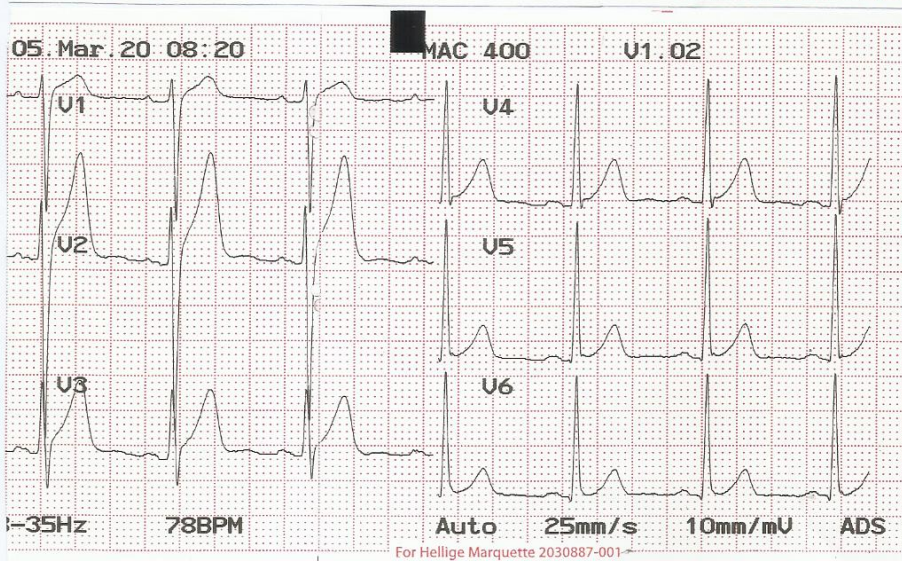
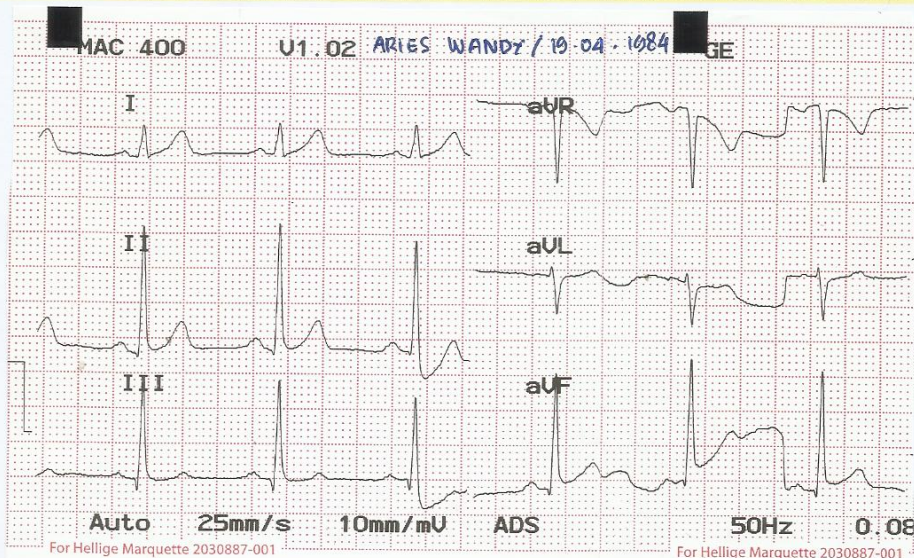
Kesan : Tidak tampak kelainan radiologik pada foto thorax ini.


Salam Sejawat,



ECG RESULT

Name	: Aries Wandy Asbar	Date of Visit	: March 5, 2020
Sex	: Male	Medical Record	: 01 98 93
Date of Birth	: April 19, 1984	Company	: PT. Inspektindo Sinergi Persada



KESIMPULAN	DOKTER PEMERIKSA
<p>sinus ritmis, HR 75 x/menit, normoaksis.</p>	<p> dr. Willy Anthony, Sp.PD</p>

AUDIOMETRY RESULT

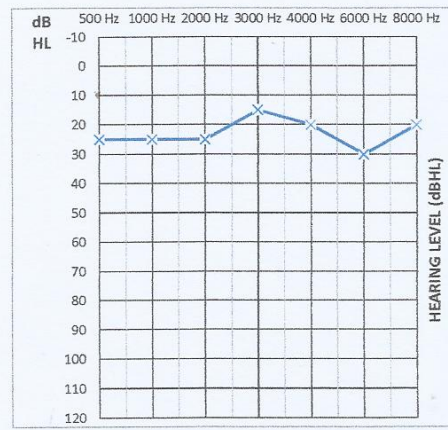
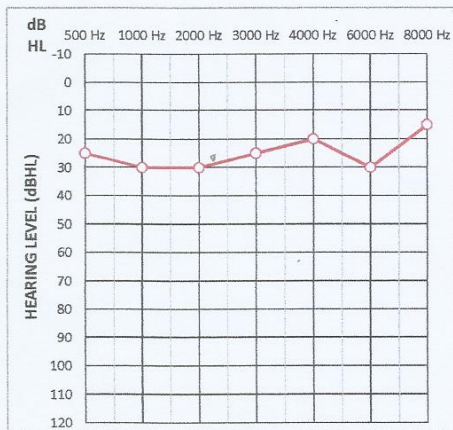
Name : Aries Wandy Asbar	Date of Visit : March 5, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 98 93
Date of Birth : April 19, 1984	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

AUDIOGRAM FREQUENCY IN HERTZ (Hz)

KANAN

KIRI

ANSI



	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
Air	25	30	30	25	20	30	15

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
Air	25	25	25	15	20	30	20

AUDIOGRAM CODE

Test oleh : Ahmad Junaidi
Dokter : Dr. Erica Lukman, Sp.THT-KL MQIH

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

No Response ↓

AC _____

KESIMPULAN	DOKTER PEMERIKSA
<p>Terdengar keau + klm, dala bunu rrrrr</p>	<p><i>[Signature]</i> Dr. Erica Lukman, Sp.THT-KL 026/1125C/SIP-D/X/2016</p>

SPIROMETRY RESULT

Name : Aries Wandy Asbar	Date of Visit : March 5, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 98 93
Date of Birth : April 19, 1984	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST REPORT

Name: ARIES
IDNo: 7 0 4
Date: 03/05/2020 14:01
Sex: Male Age: 35
HT: 167.0 cm WT: 64.0 kg
BSA: 1.71 m² Race: Asian (100)
PB: 1013.1 hPa
Temp: 36.5 °C Humi: 50.0 %
Pred. Formula: Knudson
Cal. Date: 03/05/2020 07:57

Physi: _____

Com: _____

ITEM	MEAS	PRED	%PRED	
FVC	L	3.27	4.27	76.6
FEV0.5	L	2.27	2.84	79.9
FEV1.0	L	2.76	3.57	77.3
FEV1%(G)	%	84.40	84.21	100.2
FEV1%(T)	%	*		
FEV1/VCpr	%	64.6		
PEF	L/s	9.28	8.48	109.4
FEF25	L/s	7.32	7.82	93.6
FEF50	L/s	3.69	4.60	80.2
FEF75	L/s	1.32	1.89	69.8

ITEM	MEAS	PRED	%PRED	
FVC	L	3.22	4.27	75.4
FEV0.5	L	2.24	2.84	78.9
FEV1.0	L	2.72	3.57	76.2
FEV1%(G)	%	84.47	84.21	100.3
FEV1%(T)	%	*		
FEV1/VCpr	%	63.7		
PEF	L/s	9.09	8.48	107.2
FEF25	L/s	7.03	7.82	89.9
FEF50	L/s	3.58	4.60	77.8
FEF75	L/s	1.24	1.89	65.6

ITEM	MEAS	PRED	%PRED	
FVC	L	3.17	4.27	74.2
FEV0.5	L	2.24	2.84	78.9
FEV1.0	L	2.70	3.57	75.6
FEV1%(G)	%	85.17	84.21	101.1
FEV1%(T)	%	*		
FEV1/VCpr	%	63.2		
PEF	L/s	8.61	8.48	101.5
FEF25	L/s	7.10	7.82	90.8
FEF50	L/s	3.79	4.60	82.4
FEF75	L/s	1.26	1.89	66.7

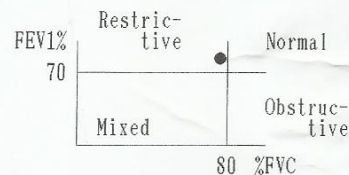
[CALIBRATION REPORT]

Cal. Date: 03/05/2020 07:57
Temp: 36.5 °C PB: 1013.1 hPa
Humi: 50.0 %
Syringe Cap.: 1L
Volume EX/IN: 1.01 / 1.00 L
Balance EX/IN: +1.0 / 0.0 %
Factor EX/IN: 1.00 / 0.99

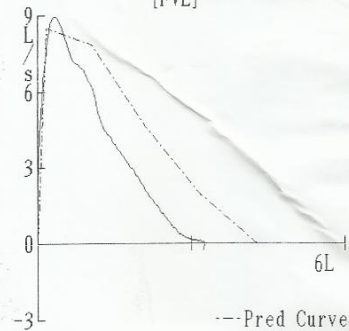
[EVALUATION]

Diagnosis : Restrictive
Staging : Mild
BD Improvement : ---

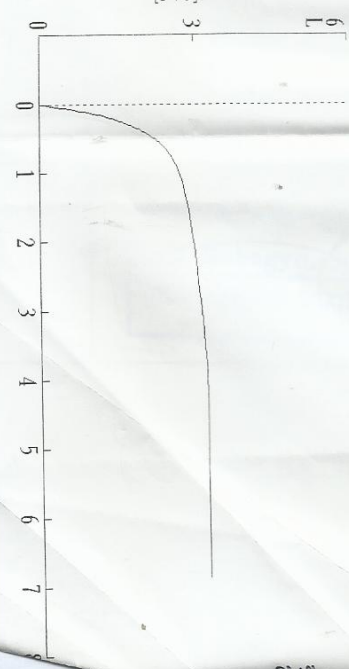
[EVALUATION GRAPH]



[FVL]



[FVC]



KESIMPULAN

Mild restriction

Evaluasi hasil UN. FEV1 : 90,5
FVC : 89,47
Normal Spirom

SUPPORTIVE INVESTIGATION

Name : Aries Wandy Asbar	Date of Visit : March 5, 2020
Sex : Male	Medical Record : 01 98 93
Date of Birth : April 19, 1984	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

I. LABORATORIUM SUMMARY

<input type="checkbox"/> Normal	COMMENT : Blood : ESR 13 mm/h, Total Cholesterol 268 mg/dl, LDL Cholesterol 173 mg/dl Tryglicerides 247 mg/dl, SGPT 44 IU/L
<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	4,27	3,17	74,2	%
FEV 1	3,57	2,7	75,6	%
FEV / FVC			85,17	%

RESULT

<input type="checkbox"/> Normal
<input checked="" type="checkbox"/> Restrictive (Mild)
<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 Kelaikan Kerja Kontraktor F_OH_017

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

Nama Lengkap <i>Atres Wandy Arbar</i>	Tanggal Lahir (tgl – bln – thn) <i>19-09-1984</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <i>Asst. Inspector</i>	Nama Perusahaan <i>PT Inspektindo Sinergi Perdana</i>	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah <i>Jl. A Yani Karang Mawar Indah</i>	Nomor Telepon / HP <i>0813 4949 3154</i>	Tanggal Pemeriksaan (tgl – bln – thn) <i>05-03-2020</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:
- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Non-sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker | <input type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker |
| <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang | <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> Pilot | <input type="checkbox"/> Food Handler |
| <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | <input type="checkbox"/> Petugas Sampling / Laboratorium | | |

- Pemeriksaan berkala (Periodic), untuk kategori posisi:
- | | | | |
|---|--|--|--|
| <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 | | |

- Return to Work
Tidak masuk kerja \geq 14 hari kalender 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 <i>FR PERMINTA S.</i>	Tanggal (tgl – bln – thn) <i>05 MAR 2020</i>
--	---

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 ARIES WANDY ASBAR	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 19-04-1984	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) INSPEKSI	Nama Perusahaan PT. INSPEKTING SINERGI PERSADA	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah Jl. A. YANI 69. MAWARINDAH HOLD	Nomor Telepon / HP 0813 4749 3154	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 05-04-2020

BAGIAN B. Riwayat Kesehatan Karyawan (diisi dengan benar oleh karyawan dan dituntun oleh petugas kesehatan)									
Sejak Medical Check Up terakhir, apakah Anda pernah atau sedang mengalami: T = Tidak, Y = Ya									
	T	Y		T	Y		T	Y	
1.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mengalami gegar otak atau cedera kepala			Rasa lelah yang berlebihan tanpa alasan			Sakit atau cedera leher dan atau tulang belakang			
2.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gangguan mata atau penurunan fungsi penglihatan			Penyakit atau kelaian jantung Palpitasi/jantung berdebar Nyeri/rasa tertekan atau terbakar pada dada			Patah tulang, terkilir, dislokasi, amputasi			
3.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsy / ayan			Anemia/kurang darah			Nyeri sendi, rematik			
4.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gangguan pendengaran			Penyakit maag atau gangguan pencernaan			Menggunakan alat bantu gerak/protesa			
5.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Penurunan kesadaran, pusing, pingsan, vertigo			Hepatitis (sakit kuning)			Masalah otot dan syaraf			
6.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gangguan atau kelemahan/kelumpuhan pada anggota gerak (lengan dan atau tungkai)			Penurunan berat badan yang berlebih			Mati rasa, kesemutan, gemetar atau kejang			
7.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Penyakit kencing manis Jika ya, apakah menggunakan insulin?			Benjolan pada pembuluh getah bening (leher, ketiak dan pangkal paha)			Menggunakan obat-obatan rutin baik yang diresepkan dokter maupun tidak			
8.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suara serak menetap			TBC			Ruam kulit			
9.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma, gangguan pernafasan, sesak nafas			Buang air besar berwarna gelap/hitam			Pemah operasi			
10.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tekanan darah tinggi Pengobatan untuk tekanan darah tinggi			Gangguan system perkemihan: ginjal, kantung kemih			Masalah emosi, sering gugup, depresi, fobia atau gangguan kejiwaan lain			
11.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stroke			Hernia/burut/usus turun			Mengonsumsi alkohol			
12.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumor atau kanker			Alergi			Menggunakan narkoba			
Jelaskan untuk setiap jawaban Ya: _____									
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: <input type="checkbox"/> Bising <input type="checkbox"/> Getaran <input type="checkbox"/> Benzene <input type="checkbox"/> Radiasi <input type="checkbox"/> Bahan Kimia:..... <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> Tidak Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa:				
Riwayat Perawatan di RS: _____									

Tanda Tangan Karyawan 	Tanggal (tgl - bln - thn) 05-04-2020
---------------------------	--

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

BAGIAN C. Pemeriksaan (diisi oleh petugas kesehatan)											
ANTROPOMETRI & TANDA-TANDA VITAL											
TINGGI BADAN	BERAT BADAN	IMT	LINGKAR PERUT	TEKANAN DARAH	DENYUT NADI <i>86</i> x/mt						
<i>168</i> cm	<i>64,5</i> kg	<i>23,13</i>	<i>85</i> cm	<i>120/80</i> mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur						
PEMERIKSAAN EKG			PEMERIKSAAN TREADMILL								
HASIL: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal Jelaskan:			Dilakukan pada usia > 40 thn atau ≤ 40 thn dengan Skor Kardiovaskular Jakarta (SKJ) kategori risiko tinggi (≥ 5) HASIL: <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Lainnya: Catatan:								
PEMERIKSAAN VO2 MAX, Hanya untuk Fireman dan Sekuriti											
Hasil VO2 Max: mls/kg/min Catatan:			Fireman: target VO2 max: 39 – 42 mls/kg/min. Sekuriti: target VO2 max: 34 – 42 mls/kg/min.								
PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN DADA											
Hasil : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan: _____											
PEMERIKSAAN SPIROMETRI											
<ul style="list-style-type: none"> Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek Fit to Work Fireman jika hasil spirometri FEV1 dan FVC < 80%, harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia* <input type="checkbox"/> Tidak menderita TB 			Hasil Pemeriksaan <table border="1"> <thead> <tr> <th>FEV1</th> <th>FVC</th> <th>Rasio FEV1/FVC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>75,6</i></td> <td><i>74,2</i></td> <td><i>85,17</i></td> </tr> </tbody> </table>			FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC	<i>75,6</i>	<i>74,2</i>	<i>85,17</i>
FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC									
<i>75,6</i>	<i>74,2</i>	<i>85,17</i>									
			Kesimpulan: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: Obstruktif (Restriktif / <i>Mixed</i>)								
Catatan: _____											
Hasil evaluasi LLN: <i>FEV1 : 90,5 FVC : 89,47 Rasio FEV1/FVC : 85,17 (Normal) → LLN</i>											
Nama Pemeriksa <i>elvi</i>		Tanda Tangan Pemeriksa <i>elvi</i>		Tanggal Pemeriksaan <i>05-03-2020</i>							
PEMERIKSAAN MATA											
Standard:											
<ul style="list-style-type: none"> Minimal visus 20/40 untuk Driver dengan atau tanpa kaca koreksi untuk setiap mata Lapangan pandang horizontal minimal 70° pada masing-masing mata untuk Driver dan Crane Operator Dapat mengenali atau membedakan warna lampu pengatur lalu lintas (Merah, Kuning dan Hijau) Buta satu mata TIDAK qualified untuk mengemudi Kaca mata untuk koreksi agar disebutkan didalam Medical Clearance 											
	Tanpa Koreksi		Dengan Koreksi			Tes Buta Warna	Lapang Pandang				
	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Buta Warna Total <input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian Kanan: <i>Normal</i> Kiri: <i>Normal</i> Visual Depth				
Jarak Jauh	<i>20/6</i>	<i>20/6</i>	<i>20/6</i>	<i>20/6</i>	<i>20/6</i>	<i>20/6</i>					
Jarak Dekat	<i>J# 1+</i>	<i>J# 1+</i>	<i>J# 1+</i>	<i>J#</i>	<i>J#</i>	<i>J#</i>					
Kesimpulan: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pakai Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak Pakai Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak Normal (jelaskan)											
Catatan:											
Nama Pemeriksa <i>elvi</i>		Tanda Tangan Pemeriksa <i>elvi</i>		Tanggal Pemeriksaan <i>05-03-2020</i>							


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

PEMERIKSAAN TELINGA (Audiometri/Tes berbisik)																																																							
Standar: • 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): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="8">Telinga Kiri</th> <th colspan="8">Telinga Kanan</th> </tr> <tr> <th>Hz</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>3000</th> <th>4000</th> <th>6000</th> <th>8000</th> <th>Hz</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>3000</th> <th>4000</th> <th>6000</th> <th>8000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>25</td> <td>25</td> <td>25</td> <td>15</td> <td>20</td> <td>30</td> <td>20</td> <td></td> <td>25</td> <td>30</td> <td>30</td> <td>25</td> <td>20</td> <td>30</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table>								Telinga Kiri								Telinga Kanan								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		25	25	25	15	20	30	20		25	30	30	25	20	30	15
Telinga Kiri								Telinga Kanan																																															
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																								
	25	25	25	15	20	30	20		25	30	30	25	20	30	15																																								
Ambang dengar rata-rata Telinga Kiri 23.75 dB				Telinga Kanan 26.25 dB																																																			
Kesimpulan: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan																																																							
Catatan: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Nama Pemeriksa</th> <th>Tanda Tangan Pemeriksa</th> <th>Tanggal Pemeriksaan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jemari</td> <td></td> <td>5 - 3 - 2020</td> </tr> </tbody> </table>								Nama Pemeriksa	Tanda Tangan Pemeriksa	Tanggal Pemeriksaan	Jemari		5 - 3 - 2020																																										
Nama Pemeriksa	Tanda Tangan Pemeriksa	Tanggal Pemeriksaan																																																					
Jemari		5 - 3 - 2020																																																					
PEMERIKSAAN LABORATORIUM																																																							
Pemeriksaan				Hasil																																																			
Panel hitung darah lengkap: Hb, Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Hematokrit, Trombosit, LED, Red Cell Indices (MCV, HCH, MCHC)				<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: <u>ESR : 13 mm/h</u>																																																			
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: <u>total kolesterol 268 mg/dl, LDL cholesterol 198 mg/dl, triglyceride 247 mg/dl, SGPT 44 IU/L</u>																																																			
Urine Analisa lengkap				<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:																																																			
Kultur Feses (khusus untuk food handler)				<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:																																																			
BAGIAN D. 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 (<i>scarring</i>) 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)		✓																																																			

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

6	Sistem jantung dan pembuluh darah	Murmur, suara tambahan, pembesaran jantung, pemakaian alat pacu jantung, defibrillator implant, pulse abnormal, suara (bruit) arterial, dan vena 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	Hernia		✓	
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 beramah,			
Komentar Dokter : (jelaskan penemuan signifikan yang tertera di atas)					
✓ Darah: Esr : 13, Total kolesterol 268, LDL 173, TG : 247, SGPT : 44.					

BAGIAN E. REKOMENDASI KELAIKAN KERJA

Klasifikasi Kelaikan Kerja: <input checked="" type="checkbox"/> A. Laik Kerja , masa berlaku: <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun <input type="checkbox"/> B. Laik Kerja Dengan Batasan: 1. _____ 2. _____ 3. _____		Rekomendasi: - diet Rendah lemak - Konjil ke Dokter Selubungan dengan Hare lab.
<input type="checkbox"/> C. Tidak Laik Kerja: <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah minggu/bulan		Catatan: <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar
<input type="checkbox"/> D. Tidak dapat memenuhi evaluasi yang diminta, dengan alasan:		
Nama Dokter/Pemeriksa: Andeline 026.312.51P-SIP-ORV2017	Tanda Tangan  panacea	Tanggal (tgl-bln-thn) 6/03/2020
Nama Rumah Sakit/Klinik Panacea clinic	Alamat Rumah Sakit/Klinik Komp Mall Balikpapan Baru Blok AB 2 INO. 14. 20	

F_OH_019_ Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN

Nama Lengkap ARIES WANDY ASBAR	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 19-09-1984	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja: PENAJAM
Nama Perusahaan PT. INSPEK TINDO SINEKTI PERSADA	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 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: **INSPECTOR LEVEL: 1**

REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK

 A. Laik Kerja masa berlaku: 6 bulan 1 tahun B. Laik Kerja Dengan Batasan

- 1.
- 2.
- 3.

 C. Tidak Laik Kerja: Permanen Sementara, dievaluasi setelah.....minggu/bulan D. Tidak Dapat Memenuhi Evaluasi Yang Diminta, dengan alasan:Rekomendasi (jika diperlukan tindak lanjut): **diet rendah lemak, konsul ke Dokter kelubangan dengan HSE pemeliharaan L&S.**Catatan: Harus menggunakan kaca mata Harus menggunakan alat bantu dengar

Nama Dokter Pemeriksa Dr. Yussie Andeline 026/318/SIP-D/11/2017	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-blh-thn) 06/03/2020
Nama Rumah Sakit/Klinik Panacea Clinic	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik Komp Mal Balikpapan Baru Blok AB 11 190.17-20 (0542) 877898	

Harus dilakukan verifikasi CFTW oleh H&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)
_____	_____	____/____/____

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : ARIES WANDY ASBAR
Tanggal Lahir : 19-04-1984
Pekerjaan : INSPEKSI
Perusahaan : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA Nomor Pegawai : _____
Alamat : JL. A-YAM 69 MAWARIMAH HANDIL-II
Nomor Telepon : 0813 4749 3154

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

Rumah Sakit/Klinik : Paradise clinic
Alamat : Komp Mall Balikpapan Blok AB 2 No. 17-20
Nomor Telepon : 0542 897999

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 Adhri Tanggal 05 / 03 / 2020
Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

df Tanggal 05 / 03 / 2020
Tanda Tangan Saksi Hubungan Dengan Pemberi Wewenang (Tgl - Bln - Thn)