

MEDICAL CHECK UP REPORT



NAME : Agus Salim Asbar
SEX : Male
COMPANY : PT. Inspektindo Sinergi Persada
MEDICAL RECORD : 01 92 71
DATE OF VISIT : October 16, 2019
NEXT VISIT : October 16, 2020

PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN KARYAWAN BARU 2019

Nama : Agus Salim Asbar

Berikut ini adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan tanggal : 16 Oktober 2019

- Temuan
- Riwayat Kesehatan 1 Tahun terakhir ditemukan masalah : takut pada ketinggian, mata, dan gigi/mulut.
 - Riwayat Penyakit keluarga tidak ditemukan masalah.
 - Riwayat Vaksinasi : - Tetanus (Tidak Diketahui).
- Hepatitis (Tidak Diketahui).
 - Kebiasaan Merokok : Tidak
 - Konsumsi Alkohol : Tidak.
 - Aktivitas Olahraga : Ya (2x/bulan).
 - Hasil pemeriksaan Fisik : - Visus Mata : Terdapat penurunan ketajaman penglihatan pada kedua mata (ODS)
(sudah dikoreksi dengan kacamata)
- Gigi : Terdapat beberapa Gigi Caries.
 - Hasil pemeriksaan X - Ray dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan EKG dalam batas normal (Sinus Takikardi).
 - Hasil pemeriksaan Treadmill : Negative Ischemic Response.
 - Hasil pemeriksaan Audiometri dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan Spirometri dalam batas normal.
 - Hasil pemeriksaan Laboratorium : Darah : Thrombocyte 145 K/ul, Total Cholesterol 270 mg/dl.

STATUS KESEHATAN

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

KESIMPULAN

- FIT
 UNFIT
 TEMPORARY UNFIT


Sebagai : Inspektur
 Di : Remote Area

- Saran - saran
- Disarankan konsul ke Dokter sehubungan dengan hasil pemeriksaan laboratorium.
 - Disarankan konsul ke Dokter Gigi untuk melakukan perawatan lebih lanjut.
 - Diet rendah lemak dan tinggi serat.
 - Lakukan olahraga minimal 3x/minggu.

Kembali Kontrol : 16 Oktober 2020

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

Direktur,


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

Dokter Penanggung Jawab MCU,


 Dr. Yussie Andeline

KUESIONER PEMERIKSAAN KESEHATAN

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

IDENTITAS PEGAWAI

Nama Lengkap : AGUS SALIM ASBAR
 Tempat Tanggal Lahir : JAKARTA, 08-08-1982
 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: .1. orang, Anak perempuan: .1. orang
 Alamat sekarang : Jl. A. Yani, Gg. MAWAN INDAH PT. 12 KEL. MUARA, JAWA PESISIR
 Telepon / HP: 08134870776
 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	NDT	6THN	PT. SHAS	1 Jam	-	2. 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 : 2-3 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 | 2 |
| b. Tekanan darah rendah | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |
| c. Jantung | 1. Ya | 2. Tidak | 2 |

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

RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

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

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

Bila tidak langsung ke no. 5
- Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan?

--	--
- Apakah Anda perlu mendapatkan perawatan di rumah sakit karena kecelakaan tersebut?

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

4. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan akibat kecelakaan tersebut?

5. Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh?

1. Ya 2. Tidak

6. Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit?

1. Ya 2. Tidak

Bila tidak langsung ke no. 8

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

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

1. Ya 2. Tidak

KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah Anda pernah merokok?

1. Ya 2. Tidak

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

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

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

KONSUMSI ALKOHOL

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

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

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

4. Berapa hari Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan?

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

AKTIFITAS FISIK DAN OLAHRAGA

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

2. Berapa kali Anda berolahraga dalam sebulan? x

3. Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga tiap kalinya? (dalam menit)

4. Bagaimana intensitas olahraga yang Anda lakukan? 1. Ringan 4. Berat
2. Sedang 5. Sangat berat
3. Cukup berat

POLA KONSUMSI BAHAN MAKANAN

1. Berapa hari dalam seminggu biasanya Anda makan buah-buahan?

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

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, 16 Oktober 2019.


(..... Agus Sahim ASBAR.....)

MEDICAL CHECK UP EXAMINATION FORM

A. GENERAL CONDITION

Blood Pressure (supine)	127 / 92	mmHg
Pulse	81	x /mn
Respiration	18	x /mn
Temperature	36.9	°C

Weight (W)	63.4 kg
Height (H)	164 cm
BMI	23.57

LP : 91. cm -
TD : 110 / 80

*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	
DISTANT	6/	6/	6/	6/	<input checked="" type="checkbox"/> Normal
NEAR	/40	/40	/6	/6	<input type="checkbox"/> Red - Green Absent
					<input type="checkbox"/> Colour Blind

B. PHYSICAL

NO	PHYSICAL	A- Abnormal N- Normal (circle word of importance and explain)		A	N	Describe abnormalities in detail
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- sorie (touch, prick, vibrate) / Coordination/Ramberg			✓	
21	Muscular System	Strength/Wasting/Development			✓	
22	Rectal Examination	Sphincter tone/Hemorrhoids/Fissure/Masses/Prostate			✓	

Approved by GP : _____



Permintaan Evaluasi Contractor Fitness to Work F_OH_017

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

Nama Lengkap <i>Agus Fahim Kibar</i>	Tanggal Lahir (tgl – bln – thn) <i>08/08/1982</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title)	Nama Perusahaan <i>BP</i>	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah <i>Jl. A. Yani; Gg. Mawar - Indah, RT. 12 Kel. Muara Jawa pesisir</i>	Nomor Telepon / HP <i>081348707176</i>	Tanggal Pemeriksaan (tgl – bln – thn) <i>16 Oct 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:
- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> Driver mobil penumpang | <input type="checkbox"/> Awak Mobil Tanki | <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> Food handler | <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | |
| <input type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker | <input type="checkbox"/> Onshore Non Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> Sedentary Worker: Jakarta / Pasir Ridge | | |
- Pemeriksaan berkala (Periodic), untuk kategori posisi:
- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team | <input type="checkbox"/> Sekuriti | <input type="checkbox"/> Driver mobil penumpang | <input type="checkbox"/> Awak Mobil Tanki | <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat |
| <input type="checkbox"/> Penyelam / Diver | <input type="checkbox"/> Kru Kapal | <input type="checkbox"/> Food handler | <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan | |
| <input type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker | <input type="checkbox"/> Onshore Non Sedentary Worker | <input type="checkbox"/> 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 <i>Agus Salim Asbar</i>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <i>08/08/1982</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <i>-</i>	Nama Perusahaan <i>ISP</i>	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah <i>Jl. A. Yani, Gg. Mawar, Indah, RT 12 Kel. Muara Jawa</i>	Nomor Telepon / HP <i>081348707176</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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14. Penyakit atau kelainan jantung Palpitasi/jantung berdebar Nyeri/rasa tertekan atau terbakar pada dada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Patah tulang, terkilir, dislokasi, amputasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsy / ayan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Anemia/kurang darah	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	27. Nyeri sendi, rematik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 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"/>

skan untuk setiap jawaban Ya: _____

Apakah Anda merokok? Ya Tidak

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

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

Obat-obatan yang dikonsumsi saat ini:

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

Ya

Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa:

Tidak

Riwayat Perawatan di RS: _____

Tanda Tangan Karyawan

Tanggal (tgl - bln - thn)

Agus Salim Asbar

10/10/2015

BAGIAN C. Pemeriksaan (diisi oleh petugas kesehatan)

ANTROPOMETRI & TANDA-TANDA VITAL

TINGGI BADAN	BERAT BADAN	IMT	LINGKAR PERUT	TEKANAN DARAH	DENYUT NADI 81 x/mt
164 cm	63.4 kg	23.57	91 cm	110/80 mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur

PEMERIKSAAN EKG (Dilakukan pada usia ≥ 40 thn atau jika ada indikasi gangguan jantung) HASIL: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal Jelaskan: _____	Beri tanda \checkmark jika ada: <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Merokok <input type="checkbox"/> Hypercholesterolemia <input type="checkbox"/> EKG abnormal <input type="checkbox"/> Riwayat penyakit jantung dalam keluarga sebelum usia 60 tahun Jika FRS $>10\%$ atau, ada 2 atau lebih kategori diatas, LAKUKAN Treadmill	PEMERIKSAAN TREADMILL HASIL: <input checked="" 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
83.8	79.4	88.19

Kesimpulan:
 Normal Tidak Normal: Obstruktif / Restriktif /

Catatan: _____
 *) Hasil evaluasi LLN: _____

Nama Pemeriksa	Tanda Tangan Pemeriksa	Tanggal Pemeriksaan
elvi		16-10-19

PEMERIKSAAN MATA

Standard:
 Minimal visus 20/40 untuk Driver dengan atau tanpa kaca koreksi untuk setiap mata

- Lapangan pandang horizontal minimal 70° pada masing-masing mata
- Dapat mengenali atau membedakan warna lampu pengatur lalu lintas (Merah, Kuning dan Hijau)
- Buta satu mata **TIDAK qualified** untuk mengemudi
- Kaca mata untuk koreksi agar disebutkan didalam *Medical Clearance*

	Tanpa Koreksi			Dengan Koreksi			Tes Buta Warna	Lapang Pandang
	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri		
Jarak Jauh	20/ 6/ 40	20/ 6/ 40	20/ 6/ 40	20/ 6/ 6	20/ 6/ 6	20/ 6/ 6	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Buta Warna Total <input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian	Kanan: Kiri: Visual Depth
Jarak Dekat	J#	J#	J#	J# 1+	J# 1+	J# 1+		

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

Catatan: _____

Nama Pemeriksa	Tanda Tangan Pemeriksa	Tanggal Pemeriksaan
lma		16/10/2019

PEMERIKSAAN TELINGA (Audiometri/Tes berbisik)

Standar:

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

Menggunakan alat bantu dengar? Ya Tidak

Tes Berbisik Telinga Kanan meter Telinga Kiri meter

Audiometri (dB):

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

Telinga Kanan							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	15	20	20	25	20	20	20

Ambang dengar rata-rata Telinga Kiri 22,5 dB Telinga Kanan 18, 25 dB

Kesimpulan: Normal Tidak Normal, jelaskan

Catatan: ...

Nama Pemeriksa

Ahmad Zaidi

Tanda Tangan Pemeriksa

Auz

Tanggal Pemeriksaan

16.10.2019

PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pemeriksaan	Hasil
Darah rutin (HB, Sel darah putih, Hitung Jenis, LED)	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: <i>Thrombocyte 145 k/ml</i>
Kimia darah (Gula darah, 2hpp*, Kolesterol HDL) *) jika ada riwayat DM	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal: <i>Total Cholesterol 270 mg/dl</i>
Urine (Darah, Glukosa, protein, Sedimen)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:
Stool Culture (khusus untuk food handler)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:

BAGIAN D. Pemeriksaan Dokter

Garis bawahi setiap kelainan yang ditemukan. Jelaskan setiap temuan tersebut pada tempat yang telah disediakan. (Y=Ya, T= Tidak)

No	Bagian Tubuh/Sistem	Pemeriksaan	Y	T	Penjelasan
1	Kepala	Ada tanda-tanda cedera?		<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Mata	Pupil tidak normal, reaksi terhadap cahaya, akomodasi, gerakan mata, keseimbangan otot-otot mata, gerakan-gerakan ekstraokuler, nystagmus, exophthalmos Retinopati, katarak, afakia, glaucoma, degenerasi macular (kirim ke Spesialis jika diperlukan)		<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Telinga	Pengerasan (scarring) membrane timpani, penyumbatan kanalis eksternal, perforasi membrane timpani		<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Hidung, mulut dan tenggorokan	Deformitas (yang tidak dapat diperbaiki dan mengganggu proses menelan dan 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"/>	

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

gigi : caries

lab. Darah : Total kolesterol : 270 mg/dl

hemoglobin : 145 K/ul.

BAGIAN D. REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK

F.1 Status Contractor Fitness to Work:

A. *Fit to Work*, masa berlaku: 6 bulan tahun

B. *Fit to Work with Restriction:*

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

C. *Not Fit to Work:*

Permanen Sementara, dievaluasi setelah minggu/bulan

D. *Cannot Comply with Requested Evaluation*, dengan alasan:

F.2 Rekomendasi:

- diet rendah lemak tinggi serat.

F.3 Catatan:

- Harus menggunakan kaca mata
 Harus menggunakan alat bantu dengar

Nama Dokter Pemeriksa Andehae

026/318/SIP-D/11/2017

dr. Yussie Andeline

Tanda Tangan

Tanggal (tgl-bln-thn)

(tanggal rekomendasi diberikan - dokter menandatangani clearance)

18 Oktober 2019

Nama Rumah Sakit/Klinik

Panacea Klinik

Alamat Rumah Sakit/Klinik

Komplek Balikpapan Baru Blok AB-2
No. 17-20


F_OH_019_ Resume Evaluasi Contractor Fitness to Work

IDENTITAS KARYAWAN			
Nama Lengkap <i>Agus Salim Asbar</i>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <i>08/08/1982</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja: <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Nama Perusahaan <i>ISP</i>	FFD Procedure <input type="checkbox"/> Pre-placement <input type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Return to Work <input type="checkbox"/> For Cause		
Posisi Utama: <input type="checkbox"/> Fire Emergency Responder Team (FERT) <input type="checkbox"/> Sekuriti <input type="checkbox"/> Driver Mobil Penumpang <input type="checkbox"/> Awak Mobil Tanki <input type="checkbox"/> Operator Alat Berat <input type="checkbox"/> Penyelam/Diver <input type="checkbox"/> Kru Kapal <input type="checkbox"/> Food handler <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan <input checked="" type="checkbox"/> Offshore Oil & Gas Worker <input type="checkbox"/> Onshore Non Sedentary Worker <input type="checkbox"/> Sedentary Worker: Jakarta/ Pasir Ridge			
Posisi Tambahan: _____			

REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK

<input checked="" type="checkbox"/> A. Fit to Work , masa berlaku: <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun
<input type="checkbox"/> B. Fit to Work with Restriction: 1. 2. 3. 4.
<input type="checkbox"/> C. Not Fit to Work: <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah.....minggu/bulan
<input type="checkbox"/> D. Cannot Comply with Requested Evaluation , dengan alasan:
Rekomendasi (jika diperlukan tindak lanjut): <i>diet rendah lemak tinggi serat</i>

Catatan: Harus menggunakan kaca mata Harus menggunakan alat bantu dengar

Nama Dokter Pemeriksa <i>Dr. Yusie Andeline</i>	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-bin-thn) <i>18 Oktober 2019</i>
Nama Rumah Sakit/Klinik <i>Panacea Klinik</i>	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit/Klinik <i>Komplek Balikpapan Baru Blok-AB2 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) <i>/ /</i>
--	--------------	------------------------------------

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Agus Salim Asbar
Tanggal Lahir : 08 Agustus 1982
Pekerjaan : Swasta
Perusahaan : ISP Nomor Pegawai : _____
Alamat : Jl. A. Yani Gg. Mawar Indah RT. 12
Nomor Telepon : 081348707176

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

Rumah Sakit/Klinik : PANANCTA
Alamat : Jl. MT. HARYONO. BLOK. AB 2. NO 18-20 BPPN.
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 : _____
Alamat : _____ Nomor Telepon : _____

Nama : Agus Salim Asbar Perusahaan/Instansi : ISP
Alamat : Jl. A. Yani Gg. Mawar Indah RT 12 Kel. Muora Jawa Barat Nomor Telepon : 081348707176

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 [Signature] Tanggal 16 / 10 / 2019
Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

Tanda Tangan Saksi [Signature] Tanggal 16 / 10 / 2019
Hubungan Dengan Pemberi Wewenang (Tgl - Bln - Thn)

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Agus Salim Asbar
Tanggal Lahir : 08 - 08 - 1982
Pekerjaan : Ast. Inspector
Perusahaan : ISP Nomor Pegawai : _____
Alamat : Jl. A Yani 99 Mawar Indah Rt. 12
Nomor Telepon : 0813 48 707 176

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

Rumah Sakit/Klinik : Daracea Klinik
Alamat : Komp BB AB2 NO 17 - 20, 25
Nomor Telepon : (0512) 877 8088

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 : Agus Salim Asbar Perusahaan/Instansi : PHKT
Alamat : Jl. A Yani 99 Mawar Indah Nomor Telepon : _____

Nama : Agus Salim Asbar Perusahaan/Instansi : ISP
Alamat : Jl. A Yani 99 Mawar Indah Nomor Telepon : _____

Untuk keperluan (mohon dijelaskan) : _____

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

Saya mengajukan permintaan salinan dari lembar persetujuan ini : Ya Tidak

Tanda Tangan _____ Tanggal _____
Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

Tanda Tangan Saksi

Relugas Medis

Hubungan Dengan Pemberi Wewenang

Tanggal 16 / 10 / 16
(Tgl - Bln - Thn)

LABORATORY RESULTS

Name : Agus Salim Asbar	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 71
Date of Birth : August 8, 1982	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
HEMATOLOGY		
Automated Blood Count		
- WBC	7.7	4.5 - 10.0 K/ul
- RBC	5.33	M : 4.7-6.1 M/ul F : 4.2-5.4 M/ul
- Haemoglobine	15.9	M : 13-18 g/dl F : 12-16 g/dl
- Haematocrite	44%	M : 42-52% F : 37-47%
- MCV	83	80- 100 fL
- MCH	30	26 - 34 pg
- MCHC	36	32 - 36 g/dL
- Thrombocyte	145	150 - 450 K/ul
- ESR	7	M : 0 - 10 mm/h : F : 0 - 20 mm/h
- Diff. Count :		
Basophil	0%	0 - 1%
Eosinophil	2%	2 - 4%
Stab	2%	3 - 5%
Segment	61%	55 - 65%
Lymphocyte	30%	25 - 35%
Monocyte	5%	3 - 6%
BLOOD CHEMISTRY		
LIPID PROFILE		
- Total Cholesterol	270	<200 mg/dl
- HDL Cholesterol	50	M : >35 mg/dl F : >45 mg/dl
DIABETES		
- Glucose Fasting	96	70-110 mg/dl

LABORATORY RESULTS

Name : Agus Salim Asbar	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 71
Date of Birth : August 8, 1982	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST NAME	RESULTS	NORMAL RANGE
URINALYSIS		
MACROSCOPIC		
- Color	Yellow	
- Turbidity	Clear	
- S. Gravity	1.020	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 : Agus Salim Asbar	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 71
Date of Birth : August 8, 1982	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 : AGUS SALIM ASBAR	Date of Visit : OCTOBER 16, 2019
Sex : MALE	Rontgen Record : 0 6 3 0
Date of Birth : AUGUST 08, 1982	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.

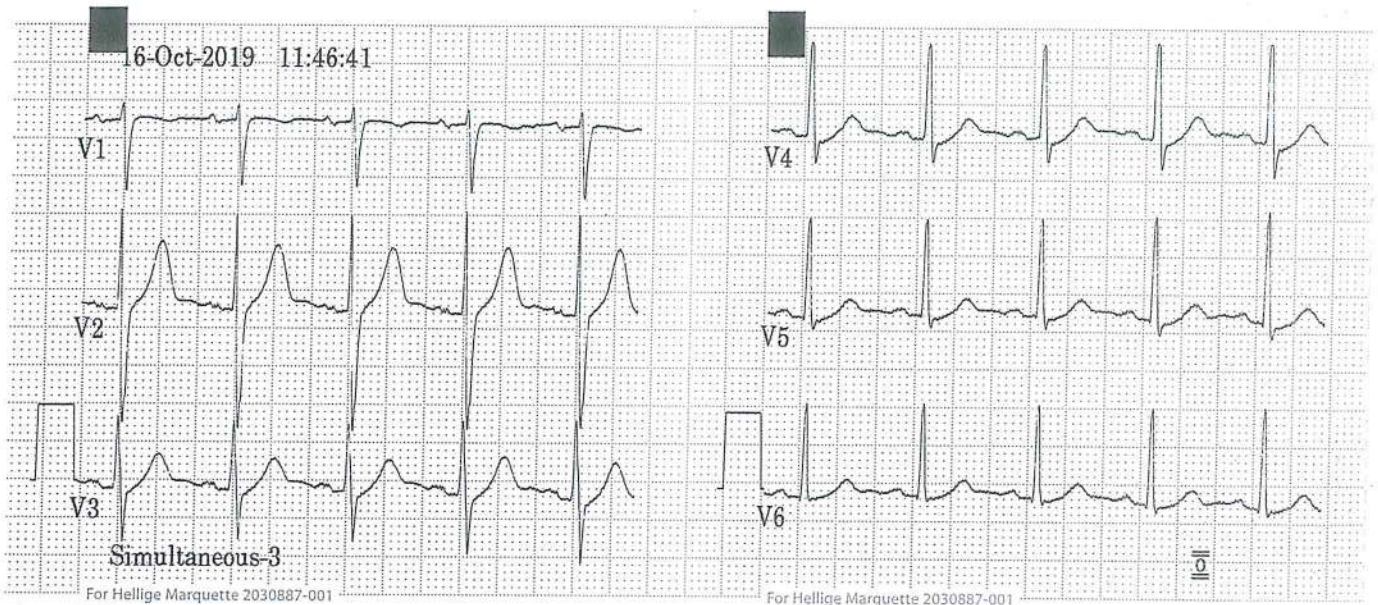
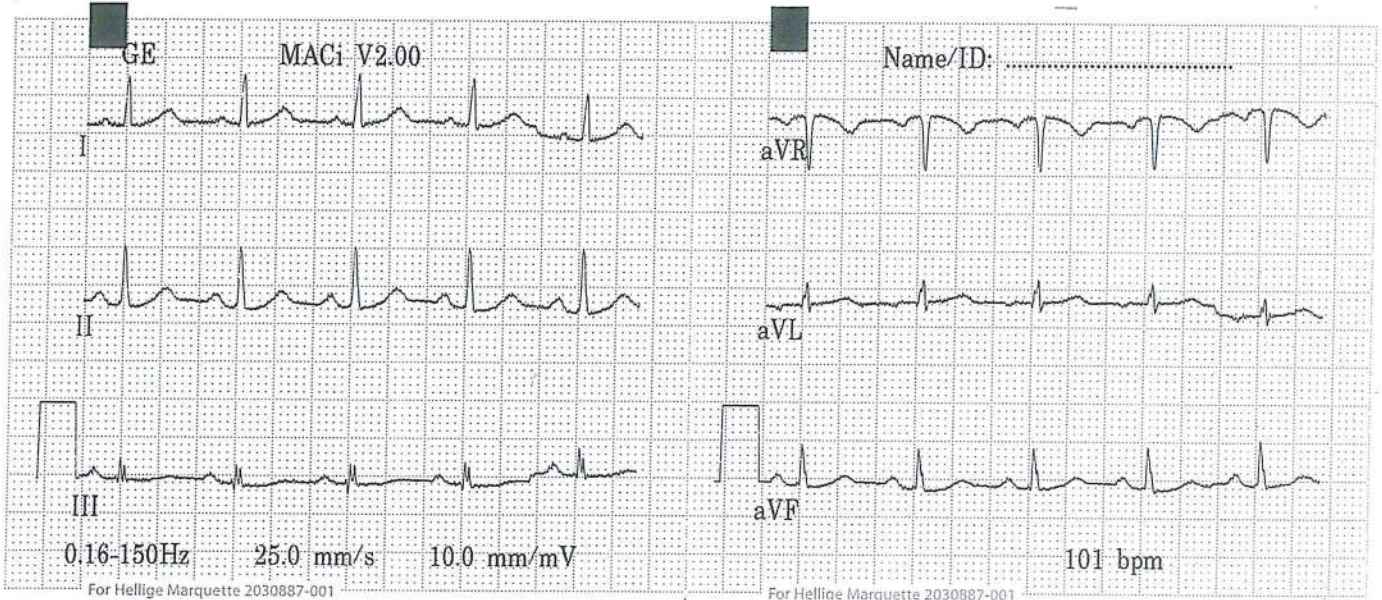
Kesan : Tidak tampak kelainan radiologik pada foto thorax ini.

Salam Sejahter,

A
Dr. Nurmawanti Masdin, Sp. R.
02615578/SIP-D/MX/2016

ECG RESULT

Name : Agus Salim Asbar	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 71
Date of Birth : August 8, 1982	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada



KESIMPULAN	DOKTER PEMERIKSA
<p>Sinus Takikardia (HR 101/m)</p>	<p>Dr. Lukman Hatta S, Sp.PD, Sp.KL, FINASIM 0267118C/S/P-D/1/2017</p>

SPIROMETRY RESULT

Name : Agus Salim Asbar	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 71
Date of Birth : August 8, 1982	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

TEST REPORT

Name: AGUS SALIM
IDNo: 681
Date: 10/16/2019 14:20
Sex: Male Age: 38
HT: 164.0 cm WT: 63.0 kg
BSA: 1.68 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	3.17	3.93 80.7
FEV0.5	L	2.33	2.68 86.9
FEV1.0	L	2.68	3.28 81.7
FEV1%(G)	%	84.54	84.05 100.6
FEV1%(T)	%	*	
FEV1/VCpr	%	68.2	
PEF	L/s	7.04	8.09 87.0
PEF25	L/s	7.03	7.45 94.4
PEF50	L/s	5.78	4.29 134.7
PEF75	L/s	1.37	1.73 79.2

ITEM	MEAS	PRED	%PRED
FVC	L	3.12	3.93 79.4
FEV0.5	L	2.40	2.68 89.6
FEV1.0	L	2.75	3.28 83.8
FEV1%(G)	%	88.14	84.05 104.9
FEV1%(T)	%	*	
FEV1/VCpr	%	70.0	
PEF	L/s	8.56	8.09 105.8
PEF25	L/s	8.56	7.45 114.9
PEF50	L/s	6.17	4.29 143.8
PEF75	L/s	1.52	1.73 87.9

ITEM	MEAS	PRED	%PRED
FVC	L	3.09	3.93 78.6
FEV0.5	L	2.33	2.68 86.9
FEV1.0	L	2.66	3.28 81.1
FEV1%(G)	%	86.08	84.05 102.4
FEV1%(T)	%	*	
FEV1/VCpr	%	67.7	
PEF	L/s	8.81	8.09 108.9
PEF25	L/s	8.81	7.45 118.3
PEF50	L/s	6.00	4.29 139.9
PEF75	L/s	1.36	1.73 78.6

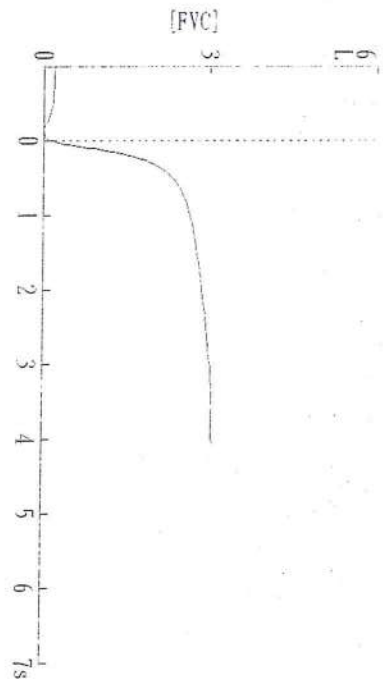
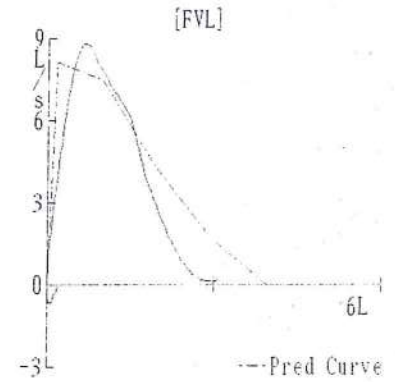
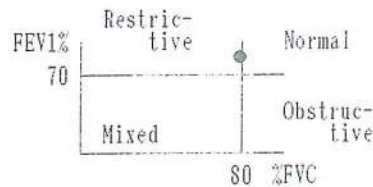
[CALIBRATION REPORT]

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 : Restrictive
Staging : Mild
BD Improvement : ---

[EVALUATION GRAPH]



KESIMPULAN	DOKTER PEMERIKSA
<p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Mild Restrictive</p>	<p style="text-align: center;">dr. Maurits Sp. P.</p>

AUDIOMETRY RESULT

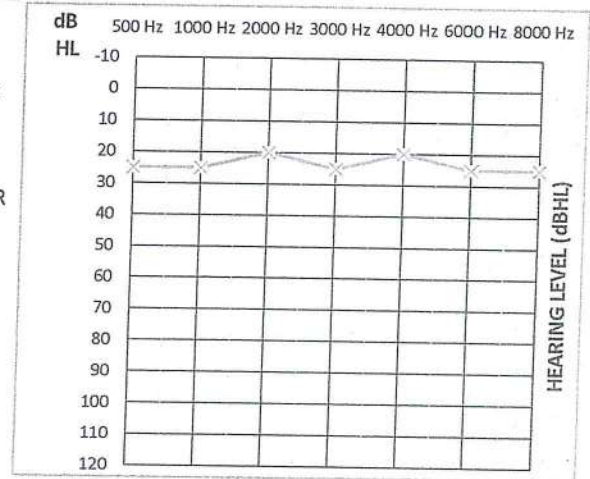
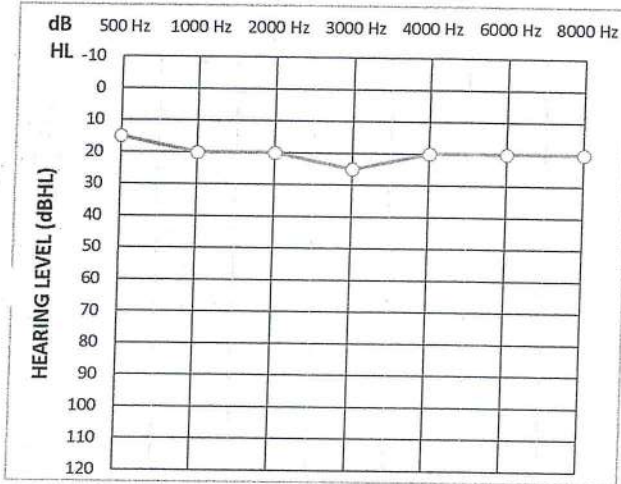
Name : Agus Salim Asbar	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 71
Date of Birth : August 08, 1982	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

AUDIOGRAM FREQUENCY IN HERTZ (Hz)

KANAN

KIRI

ANSI



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

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


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 _____

Kesimpulan	Dokter Pemeriksa
Telinga kanan + kiri, dalam batas normal	 Dr. Erica Lukman Sp. THT. KL. 026/11250. SIP D-X 7316

SUPPORTIVE INVESTIGATION

Name : Agus Salim Asbar	Date of Visit : October 16, 2019
Sex : Male	Medical Record : 01 92 71
Date of Birth : August 8, 1982	Company : PT. Inspektindo Sinergi Persada

I. LABORATORIUM SUMMARY

<input type="checkbox"/> Normal	COMMENT : Blood : Thrombocyte 145 K/ul, Total Cholesterol 270 mg/dl.
<input checked="" type="checkbox"/> Abnormal	

II. CHEST X-RAY

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

III. ECG

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

IV. TREADMILL

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

V. SPIROMETRY

Test	Predicted	Observed	Percentage	
FVC	3.93	3.12	79.4	%
FEV 1	3.28	2.75	83.8	%
FEV / FVC			88.14	%

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 :
<input type="checkbox"/> Abnormal	Recommended action :
	Refer to safety department : <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No

TREADMILL TEST RESULT			
Name	: Agus Salim Asbar	Date of Visit	: October 16, 2019
Sex	: Male	Medical Record	: 01 92 71
Date of Birth	: August 08, 1982	Company	: PT. Inspektindo Sinergi Persada

LAPORAN TREADMILL EXERCISE TEST
(PROTOKOL BRUCE)

EKG Pretest : Normal sinus rhythm

Lama Test : 10 Menit 9 Detik

Tekanan Darah Awal : 120/75 mmHg Tekanan Darah Maksimal : 140/95 mmHg

Denyut Jantung Tercapai : 185 x/menit Denyut Jantung Maksimal : 183 x/menit

Test dihentikan karena

- Fatigue
- Dyspneu
- Angina
- Pusing
- Terdapat perubahan segmen ST-T
- Target denyut jantung tercapai
- Respon Hipersensitif

Perubahan segmen ST-T

- Tidak terdapat perubahan
- Upsloping
- ST depresi 0,5 - 1mm
- Bermakna (ST Depresi > 1 mm)

Tingkat kebugaran jasmani

- Rendah
- Kurang
- Sedang
- Baik
- Sangat baik

Kapasitas aerobik : 11 mets

Kesimpulan

- Negative Ischemic Response
- Positive Ischemic Response
- Boderline stress test
- Target denyut jantung tidak tercapai
- Fit untuk bekerja dilokasi/Remote Area
- Unfit untuk bekerja dilokasi/Remote area

Balikpapan, 16/10/19
Dokter Pemeriksa,

Dr. Dewi Ayu P., Sp. JP
028/1188/SIP-D/IV/2018
Dewi Ayu P.

2-Stress Final Report

16/10/2019 1:24:48 PM

Attending
Referring

Patient **Agus Salim Asbar**
MRN **16/10/2019 13:24:32**
DOB **8/08/1982** Age **37** Ht **164** cm
Sex **MALE** Wt **63** kg

Medication

Resting HR	111	Target HR	156	Max HR	185	Protocol	Bruce
Resting SBP	120	Max Predicted HR	183	Max SBP	140	HRxBP	25900
Resting DBP	75	% Max HR	101	Max DBP	85	Billing Code	
Worst-case ST Level			-1.6 III	Total Exercise Time			10:04
Worst-case ST Slope			-23 III	METs(a)			12.8

Reason for Test

Reason for Ending Test

Observation

Conclusion

Negative Ischemic Response



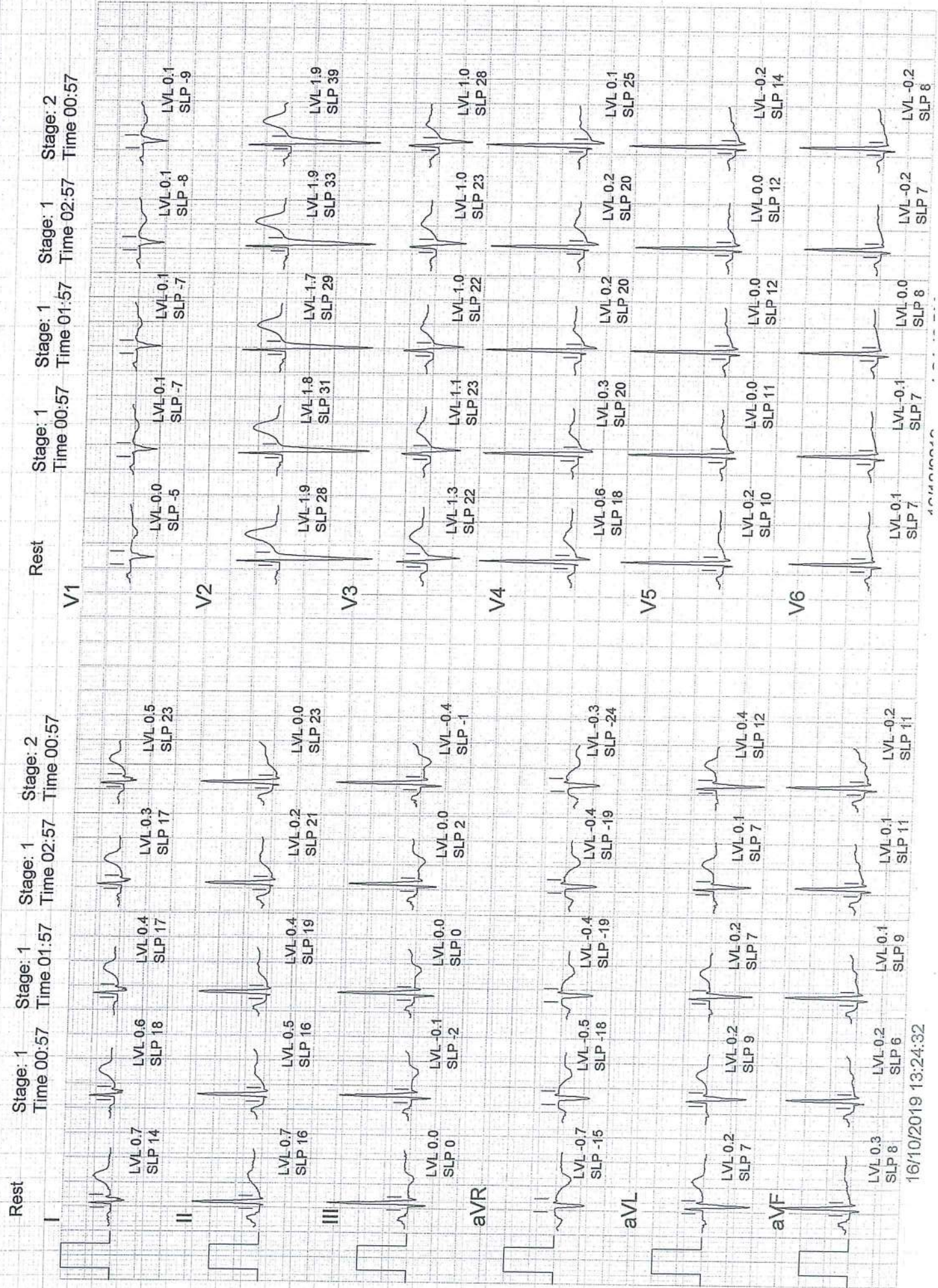
Tabular Summary

Agus Salim Asbar

Stage	Total Stage Time	HR	Current ER	BP	HRxBP	TM Speed km/h	TM Grade %	LVL II	LVL V2	LVL V5
REST	00:50	111	0	120/75	13320	1.9	0.0	0.7	1.9	0.2
Stage 1	01:00	113	0	120/75	13560	2.7	10.0	0.5	1.8	0.0
	02:00	116	0	120/75	13920	2.7	10.0	0.4	1.7	0.0
	03:00	115	0	127/75	14605	2.7	10.0	0.2	1.9	0.0
Stage 2	01:00	132	0	130/80	17160	4.0	12.0	0.0	1.9	-0.2
	02:00	131	0	130/80	17030	4.0	12.0	0.0	2.1	-0.2
	03:00	132	0	130/80	17160	4.0	12.0	0.0	1.9	-0.3
Stage 3	01:00	164	0	135/80	22140	5.4	14.0	-0.1	2.0	-0.5
	02:00	164	0	135/80	22140	5.4	14.0	-0.5	2.6	-0.2
	03:00	169	0	140/85	23660	5.4	14.0	0.4	2.5	-0.2
Stage 4	01:00	184	1	140/85	25760	6.7	16.0	0.0	2.8	-0.4
	01:04	184	1	140/85	25760	6.7	16.0	0.0	2.8	-0.4
Stop exercise at 10:04										
RECOVERY	01:00	156	0	140/90	21840	1.9	0.0	1.5	5.2	1.3
	02:00	138	0	140/90	19320	1.9	0.0	1.9	4.2	1.2
	03:00	133	0	130/85	17290	1.9	0.0	0.9	2.8	0.2
	04:00	132	0	120/85	15840	1.9	0.0	-0.1	1.9	-0.5
	04:23	123	0	120/85	14760	0.0	0.0	-0.4	2.0	-0.5

Average Beat Summary

Agus Salim Asbar

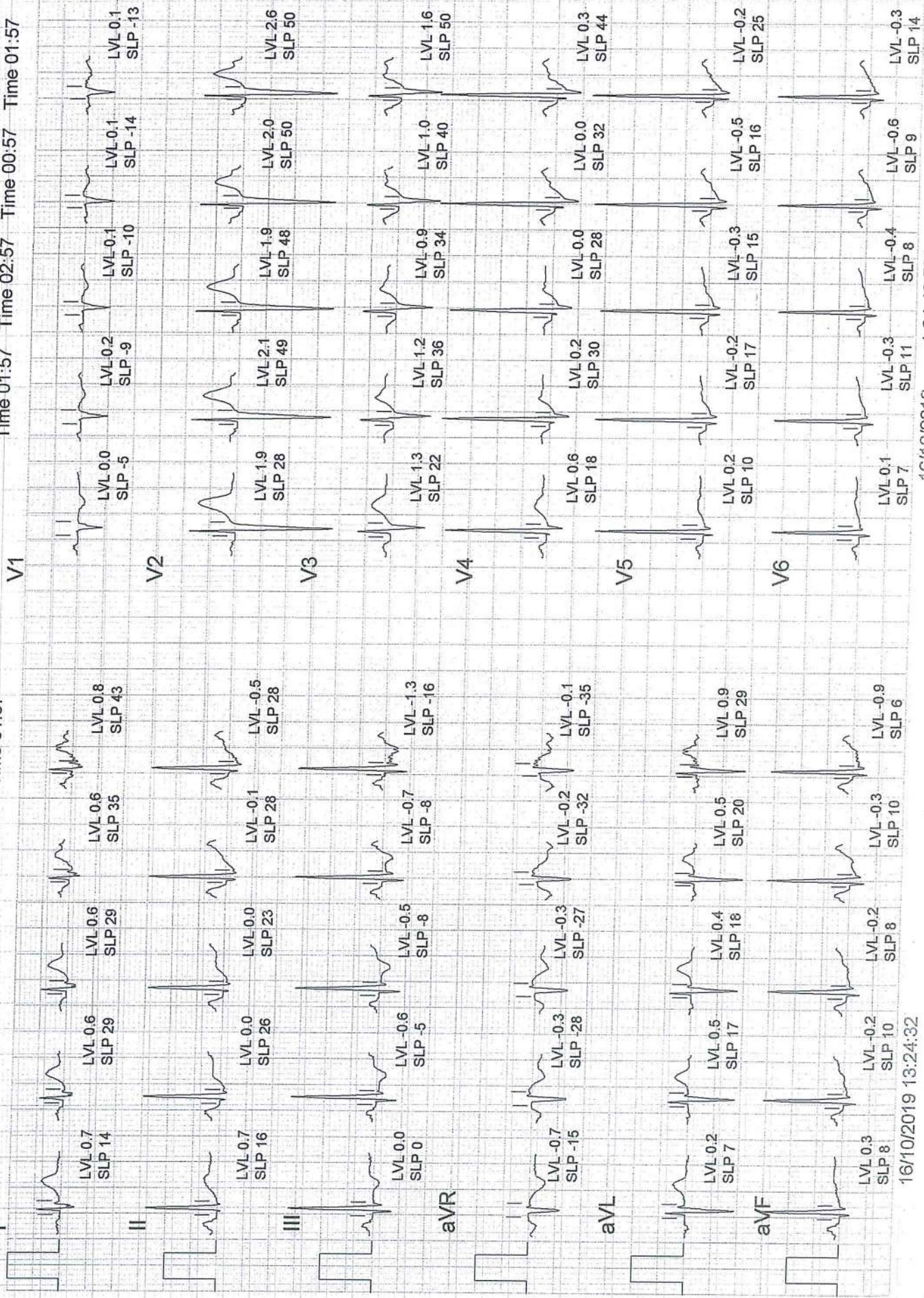


16/10/2019 13:24:32

Average Beat Summary

Agus Salim Asbar

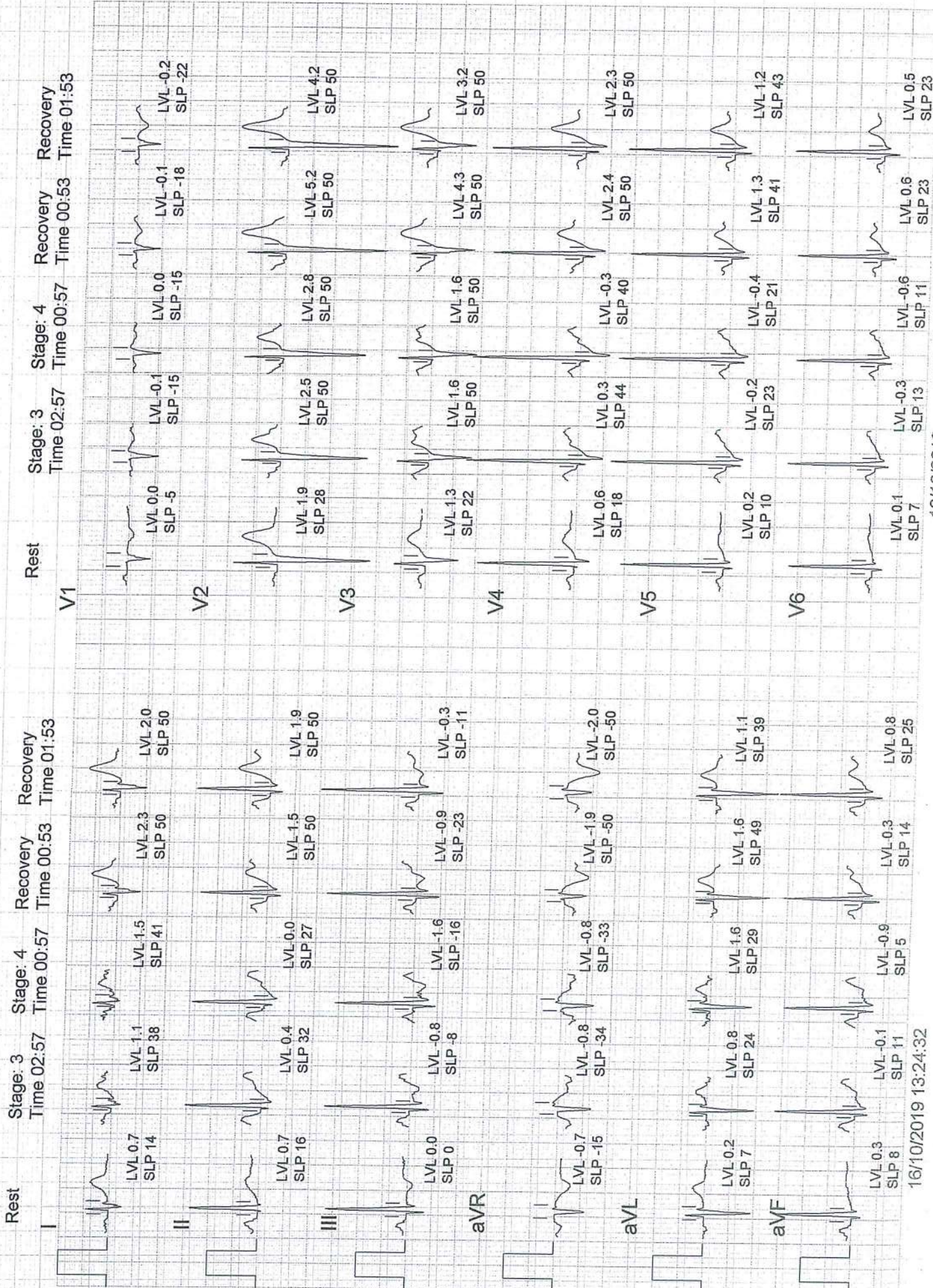
Rest Stage: 2 Time 01:57 Stage: 2 Time 02:57 Stage: 3 Time 00:57 Stage: 3 Time 01:57



16/10/2019 13:24:32

Average Beat Summary

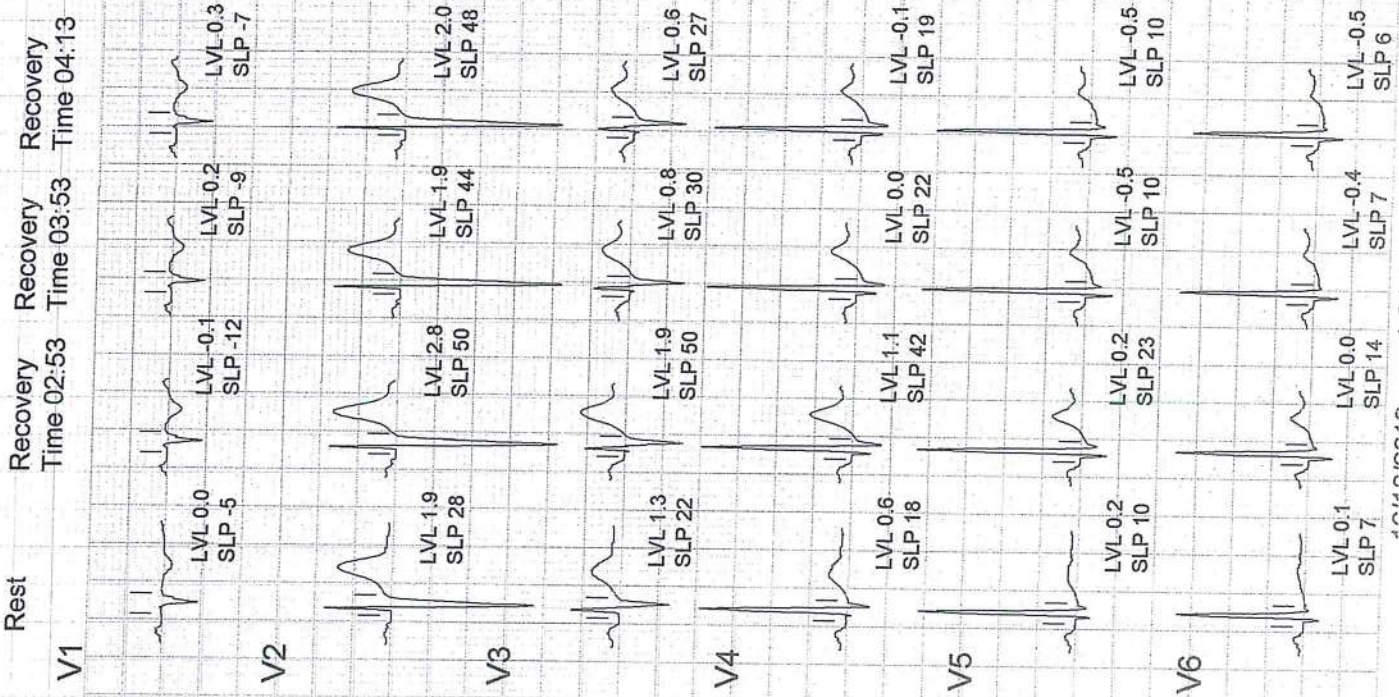
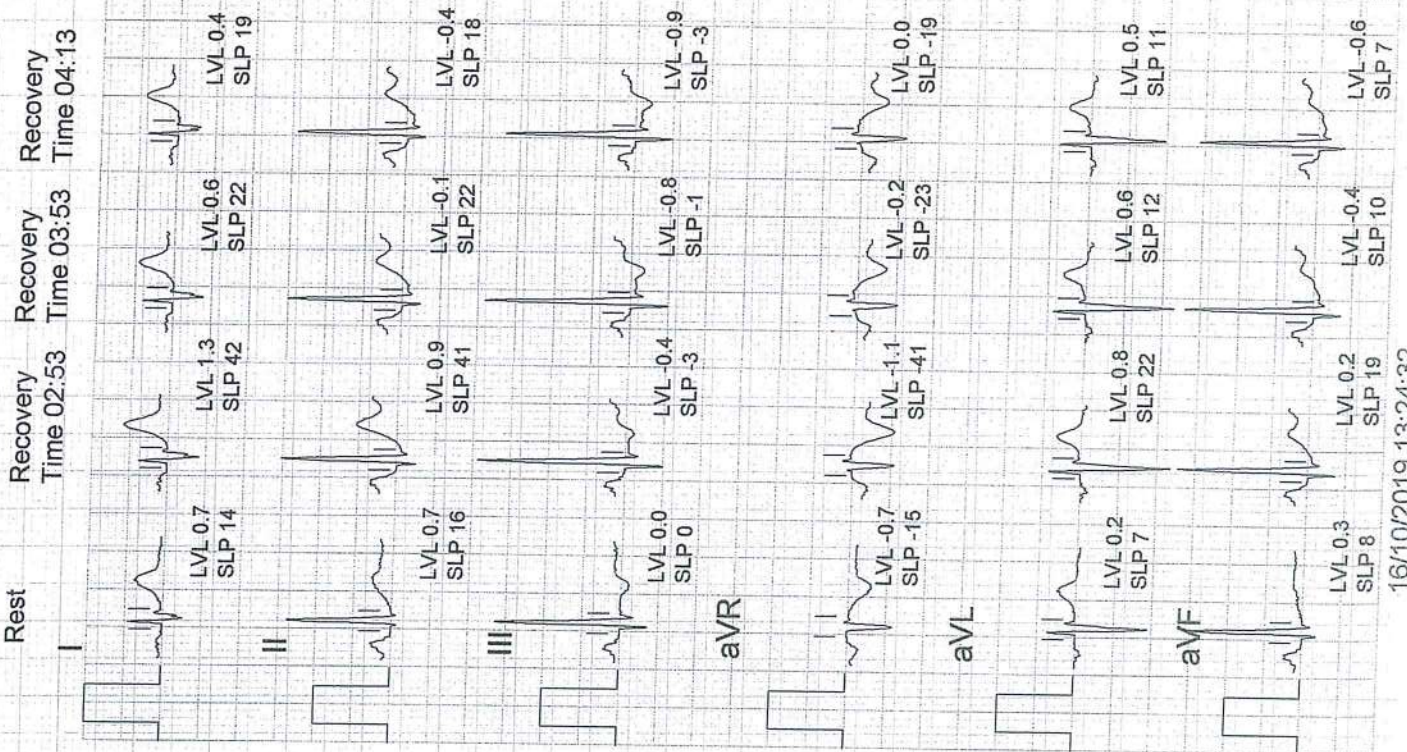
Agus Salim Asbar



16/10/2019 13:24:32

Average Beat Summary

Agus Salim Asbar

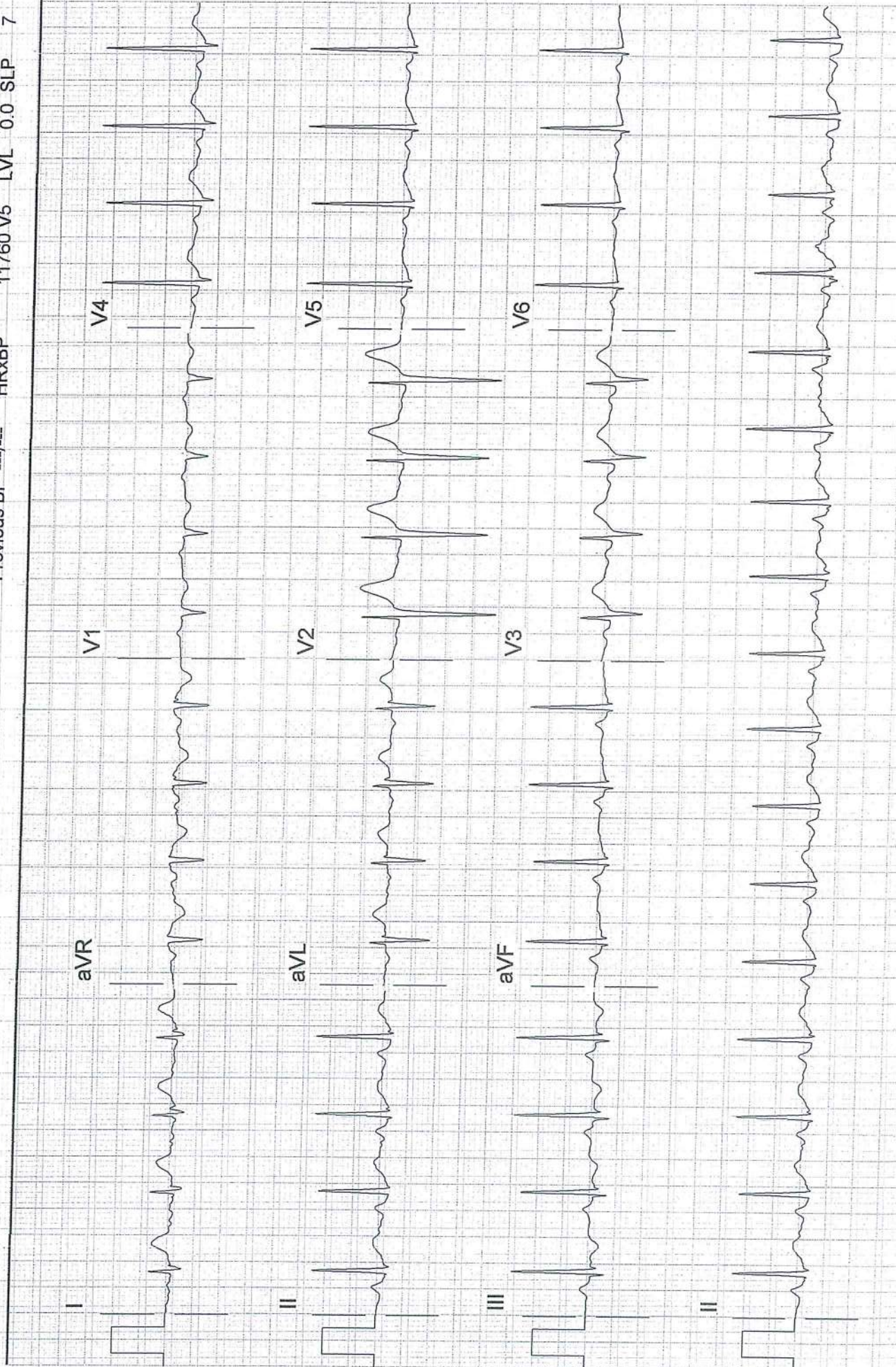


16/10/2019 13:24:32

Agus Salim Asbar
 16/10/2019 13:24:32
 8/08/1982

12-Lead Manual (simultaneous)
 Protocol Bruce Stage
 Spd/Grd 0.0 km/h 0.0%

RPE -- HR 98
 METs(a) 1.0 Target HR 156 II
 BP 120/75 Max HR 98 V2
 Previous BP ---/--- HRxBP 11760 V5
 LVL 0.4 SLP 13
 LVL 1.8 SLP 27
 LVL 0.0 SLP 7



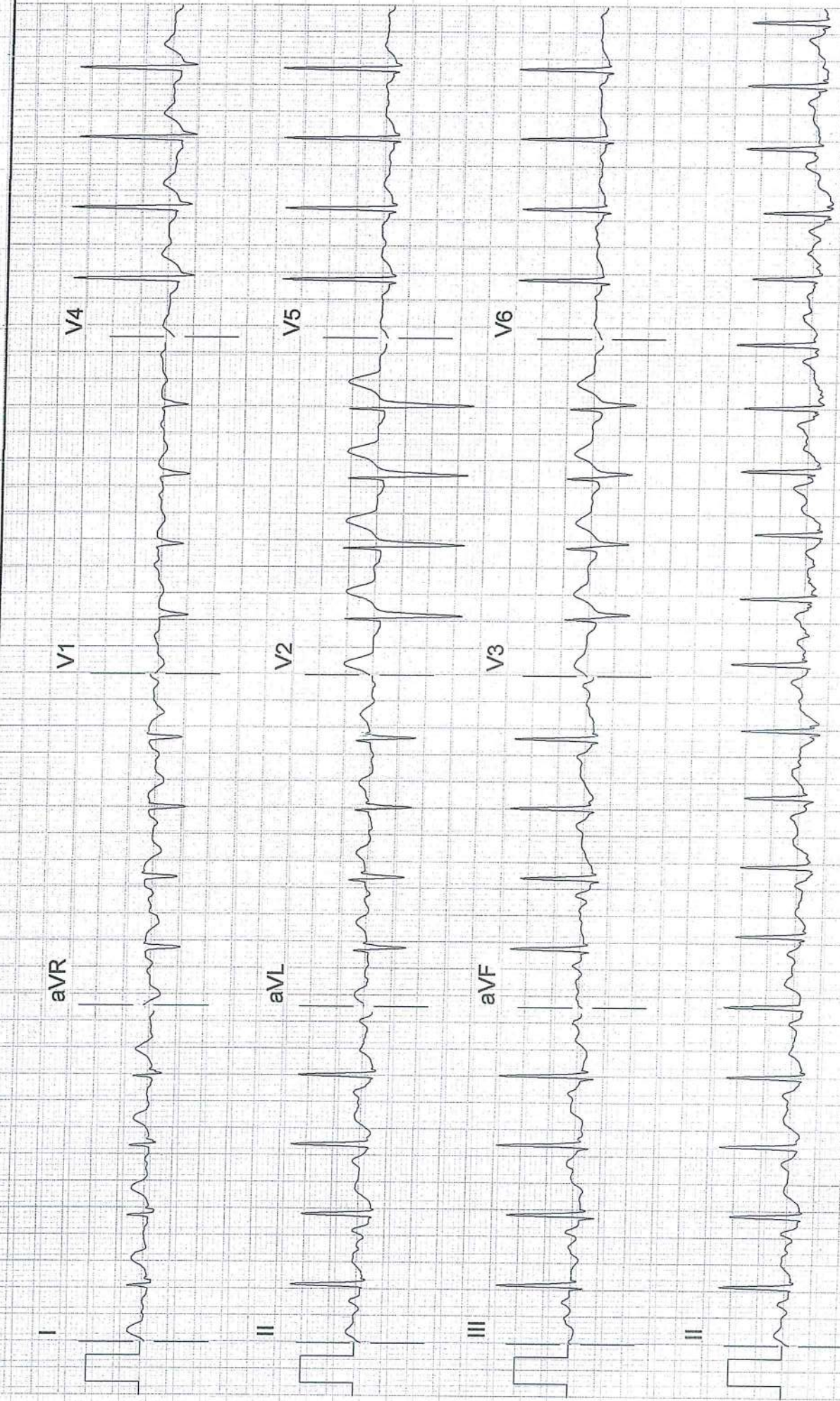
16/10/2019 1:25:13 PM

25 mm/sec 40 mm/mV

Agus Salim Asbar
 16/10/2019 13:24:32
 8/08/1982
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage
 Spd/Grd
 1 02:59 02:59
 2.7 km/h 10.0%

RPE --
 METs(a) 4.6
 BP 127/75
 Previous BP 120/75
 HR 115
 Target HR 156 II
 Max HR 130 V2
 HRxBP 14605 V5
 LVL 0.2 SLP 21
 LVL 1.9 SLP 33
 LVL 0.0 SLP 12



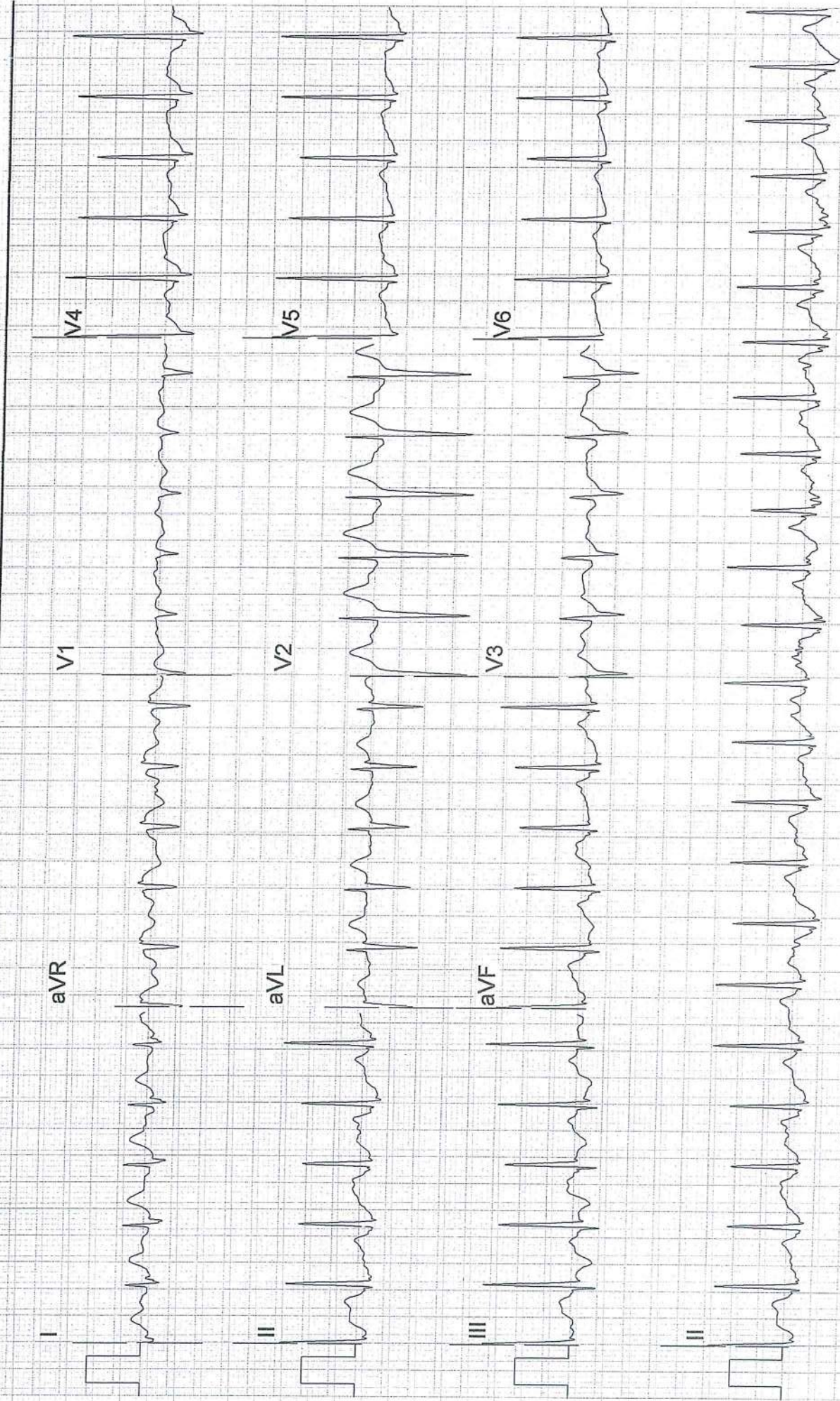
16/10/2019 1:28:37 PM

25 mm/sec 40 mm/mV

Agus Salim Asbar
 16/10/2019 13:24:32
 8/08/1982
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage 2 02:59 05:59
 Spd/Grd 4.0 km/h 12.0%

RPE -- HR 132
 METs(a) 7.0 Target HR 156 II
 BP 130/80 Max HR 139 V2
 Previous BP 130/80 HRxBP 17160 V5
 LVL 0.0 SLP 23
 LVL 1.9 SLP 48
 LVL -0.3 SLP 15



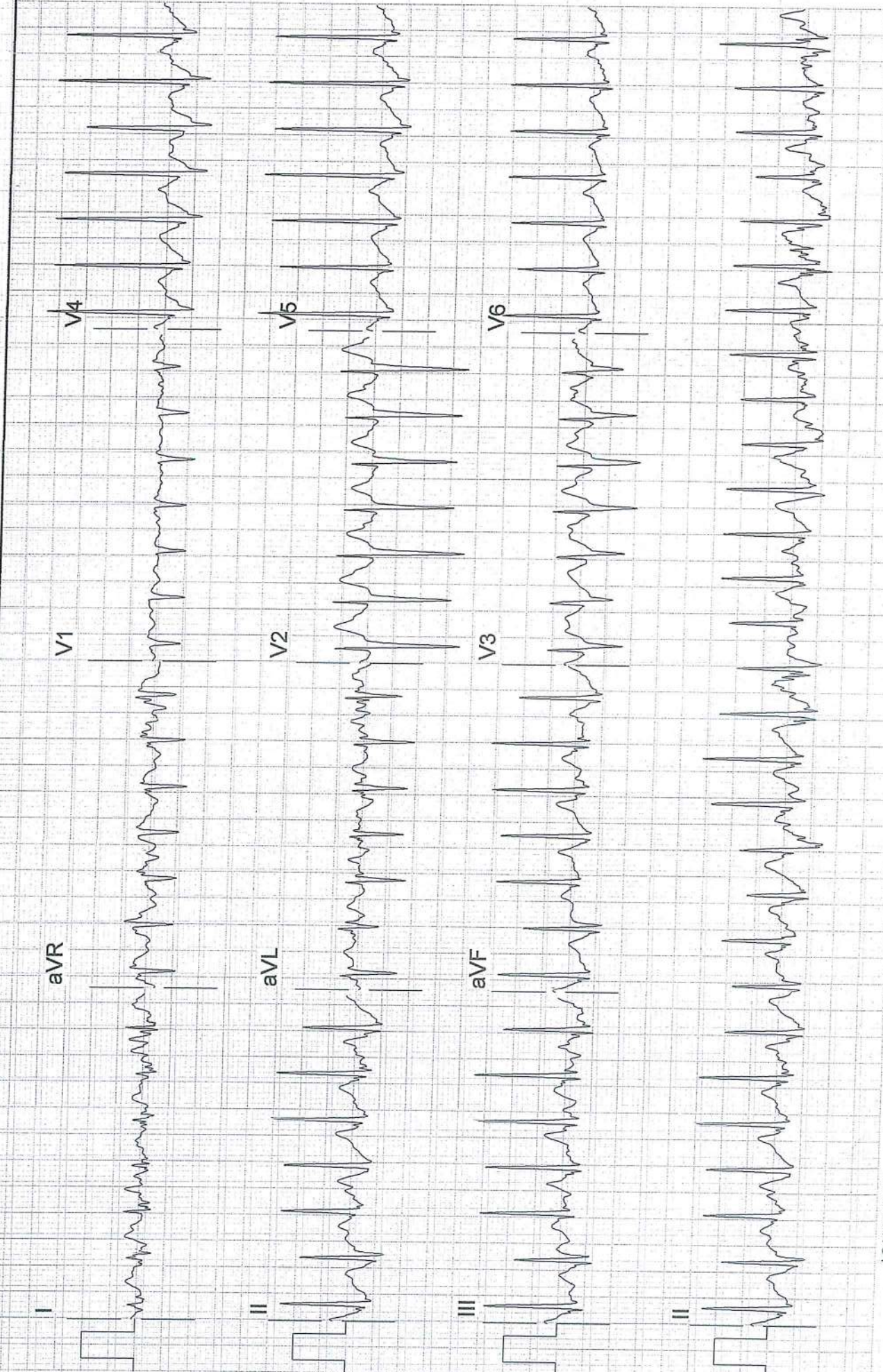
16/10/2019 1:31:37 PM

25 mm/sec 40 mm/mV

Agus Salim Asbar
 16/10/2019 13:24:32
 8/08/1982
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage
 Spd/Grd
 3 02:59 08:59
 5.4 km/h 14.0%

RPE --
 METs(a) 10.1
 BP 140/85
 Previous BP 135/80
 HR 169
 Target HR 156
 Max HR 170
 HRxBP 23660 V5
 LVL 0.4 SLP 32
 LVL 2.5 SLP 50
 LVL -0.2 SLP 23



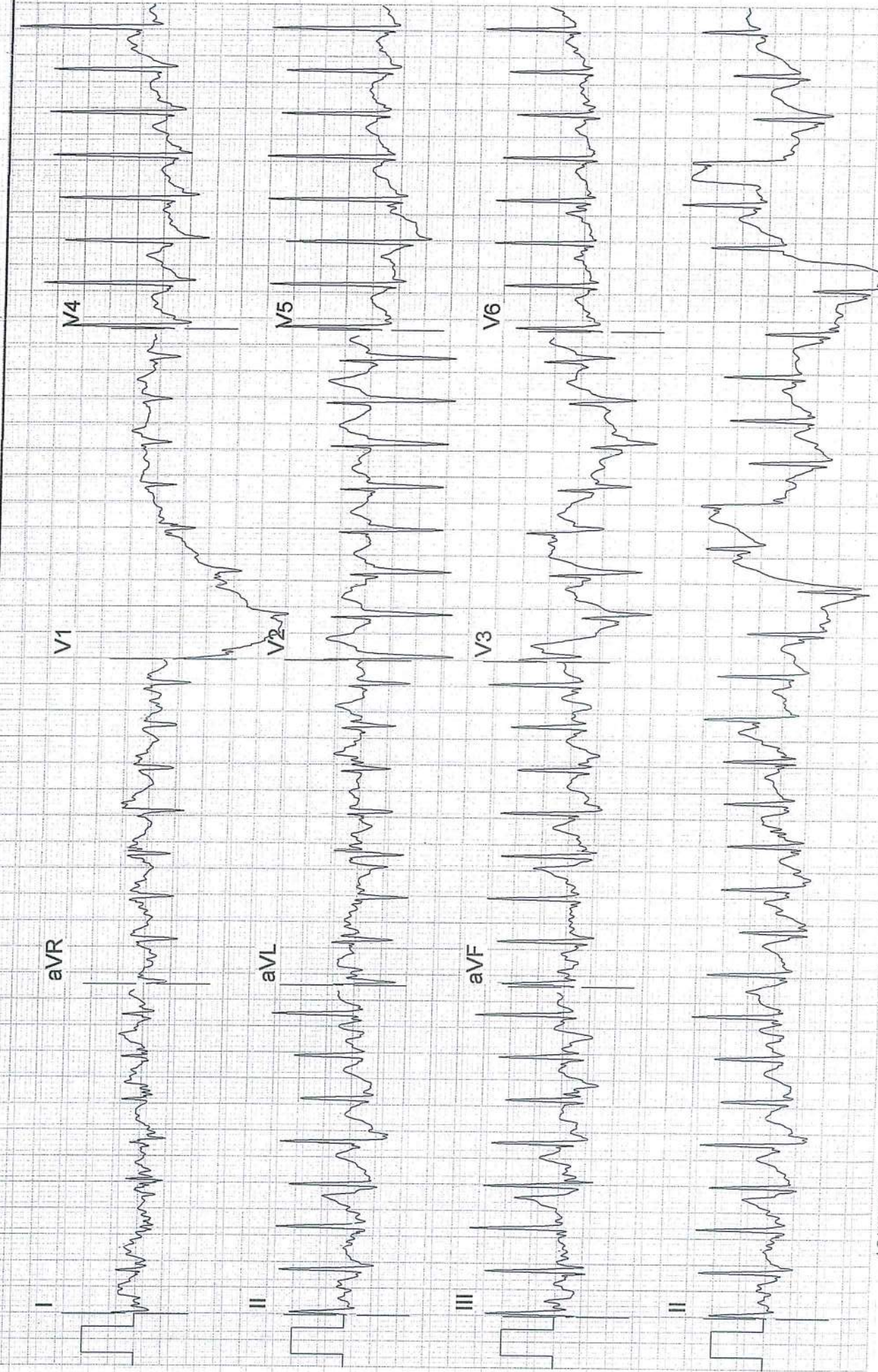
16/10/2019 1:34:37 PM

25 mm/sec 10 mm/mV

Agus Salim Asbar
 16/10/2019 13:24:32
 8/08/1982
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage
 Spd/Grd
 4 01:03 10:03
 6.7 km/h 16.0%

RPE METs(a) HR Target HR 184
 BP 140/85 Max HR 156 II
 Previous BP 140/85 HRxBP 184 V2 25760 V5
 LVL 0.0 SLP 27
 LVL 2.8 SLP 50
 LVL -0.4 SLP 21



16/10/2019 1:35:41 PM

25 mm/sec 40 mm/mV

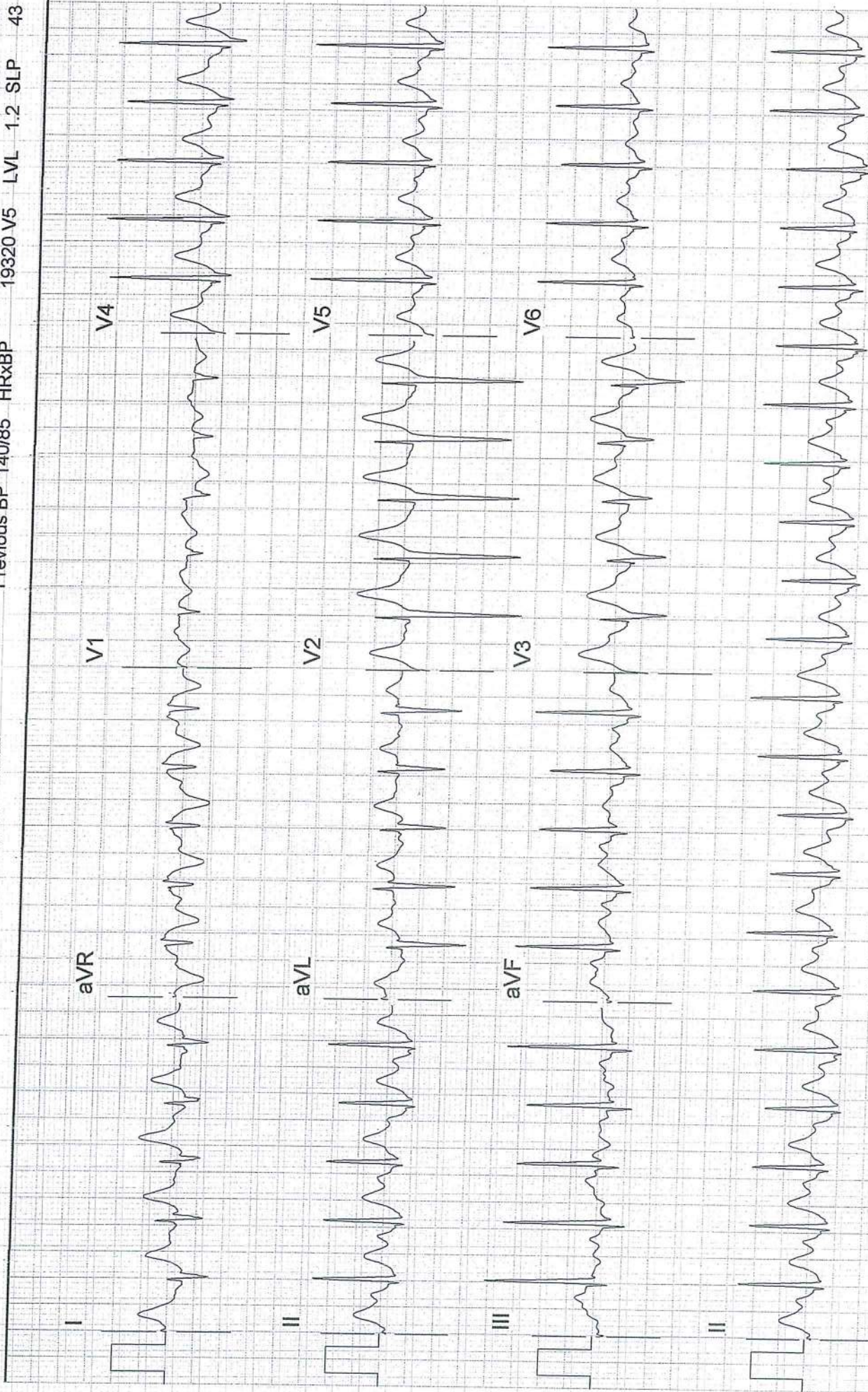
Agus Salim Asbar
 16/10/2019 13:24:32
 8/08/1982

12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce Stage
 Spd/Grd

Recov 02:00
 1.9 km/h 0.0%

RPE METs(a) HR
 BP 12.8 Target HR 138
 Max HR 156 II
 Previous BP 140/90 185 V2
 HRxBP 140/85 19320 V5
 LVL 1.9 SLP 50
 LVL 4.2 SLP 50
 LVL 1.2 SLP 43



16/10/2019 1:37:42 PM

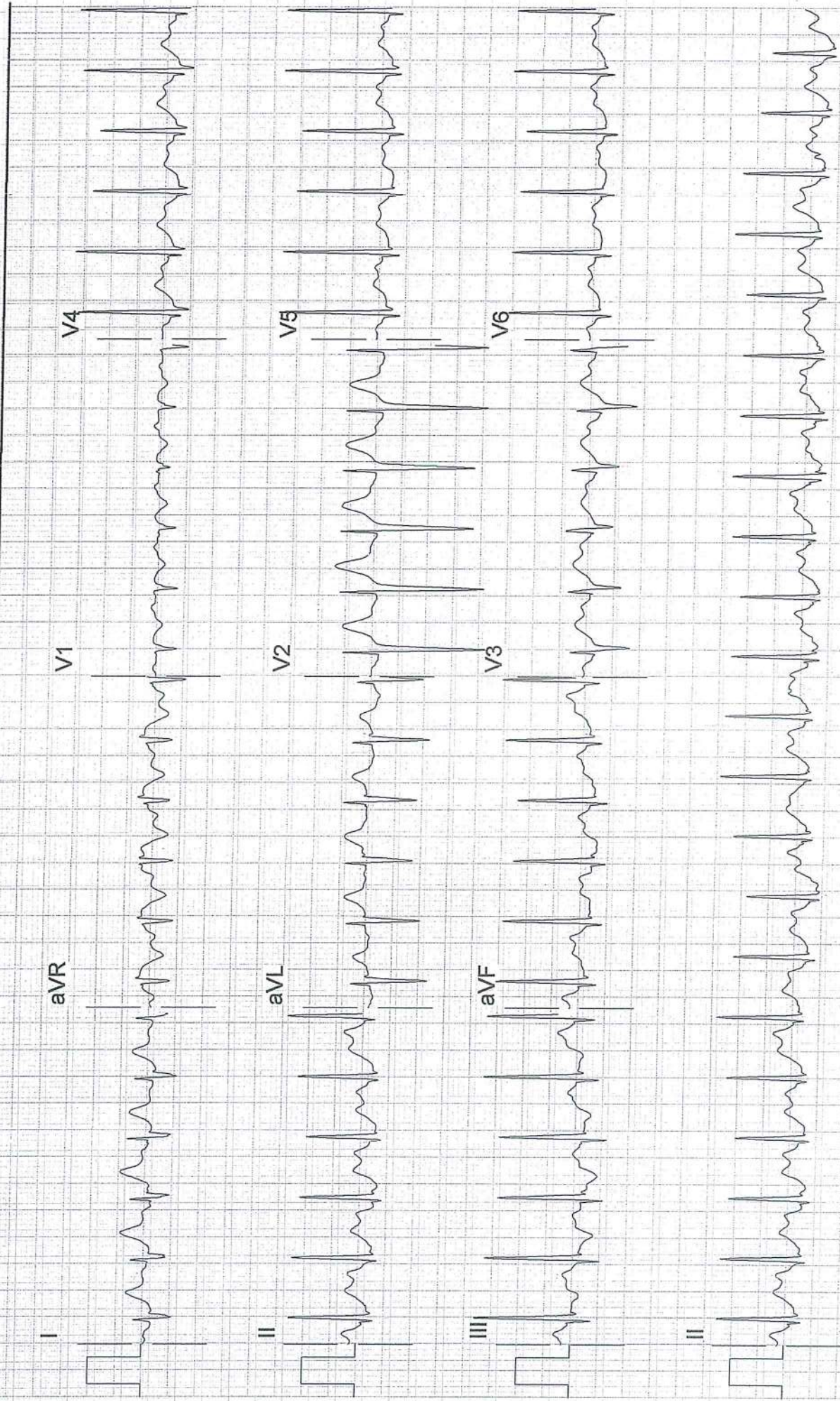
25 mm/sec 10 mm/mV

Agus Salim Asbar
 16/10/2019 13:24:32
 8/08/1982
 12-Lead (simultaneous)

Protocol Bruce
 Stage
 Spd/Grd

Récov 04:00
 1.9 km/h 0.0%

RPE METs(a) HR
 BP 12.8 Target HR 132
 Previous BP 130/85 Max HR 156 II
 HRxBP 15840 V5 LVL -0.1 SLP 22
 LVL 1.9 SLP 44
 LVL -0.5 SLP 10



16/10/2019 1:39:42 PM

25 mm/sec 10 mm/mV DIANE ON MAP