



PERSONAL DATA

No. MCU : 2668/MCU-ISP/MCU/XI/2020
No. Badge : -
N a m a : **ERMAWAN EKA SAPUTRA, Tn.**
U m u r : 27 tahun
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Jabatan : **Asst. Inspector**
Tgl Pemeriksaan : **09 Nopember 2020**
Alamat : *Jl. M. Hatta RT 22 Handil, KUKAR.*

Tgl. Skrining : 09/11/2020

No. : 2668

Bagian A. Identitas Pasien (diisi dengan lengkap oleh pasien yang berkunjung)

Nama Lengkap:	Tgl. Lahir:	Umur :	Jenis Kelamin :
ERMAWAN EKA SAPUTRA, Tn.	11/01/1993	27 tahun	Laki-Laki
Nama Perusahaan:	Alamat Rumah:	Telp./HP :	
PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Jl. M. Hatta RT 22 Handil, KUKAR.	0821 5369 2873	

Bagian B. Informasi Riwayat Kesehatan (diisi oleh pasien)

Berilah tanda centrang (v) pada setiap kolom pertanyaan sesuai keadaan sebenarnya:

Gejala:	Ya	Tidak
1. Apakah anda pernah mengalami demam atau riwayat demam dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Apakah anda pernah mengalami batuk/pilek/nyeri tenggorokan dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Apakah anda pernah mengalami sesak atau kesulitan bernapas (pneumonia) dalam 14 hari terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Faktor Risiko :	Ya	Tidak
1. Apakah anda memiliki riwayat perjalanan ke wilayah/negara/kota yang termasuk kategori transmisi lokal dalam waktu 14 hari terakhir.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jakarta <input type="checkbox"/> Manado <input type="checkbox"/> Bandung <input type="checkbox"/> Pontianak <input type="checkbox"/> Yogyakarta <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Depok <input type="checkbox"/> Denpasar <input type="checkbox"/> Tangerang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bogor <input type="checkbox"/>		
2. Memiliki riwayat paparan salah satu atau lebih:		
a. Riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19 ATAU	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Bekerja di fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 ATAU	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Memiliki riwayat kontak dengan hewan penular (jika hewan penular sudah teridentifikasi).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bagian C. Pemeriksaan Tanda Vital (diisi oleh petugas pemeriksa)

Pengukuran Suhu Tubuh (°C)	Laju Pernapasan (x/menit)	Laju Nadi (x/menit)
36	18	59

Bagian D. Pemeriksaan Fisik (diisi oleh dokter pemeriksa)

Suara Napas	Ronchi	Wheezing
Vesikuler +/-	-/-	-/-

Bagian E. Kategori Penilaian

Kategori	Keterangan	Kesimpulan
• Pasien Dalam Pengawasan (PDP)	Gejala No. 1 + No. 2 + No. 3 DAN faktor risiko No. 1 ATAU Gejala No. 1 ATAU No. 2 DAN salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2 ATAU Gejala No.3 (Berat)	<input type="checkbox"/>
• Orang Dalam Pemantauan (ODP)	Gejala No. 1 ATAU No.2 DAN Faktor Risiko No.1 ATAU Gejala No.2 DAN salah satu atau lebih Faktor risiko No. 2	<input type="checkbox"/>
• Orang Tanpa Gejala (OTG)	Tidak ada gejala DAN Memiliki faktor risiko No.2.	<input type="checkbox"/>
• Bukan Termasuk Salah Satunya.		<input checked="" type="checkbox"/>

Saya menyatakan bahwa jawaban dan pernyataan di atas adalah benar dan telah diisi sesuai dengan keadaan yang sesungguhnya. Saya setuju hasil pemeriksaan saya disimpan dalam bentuk dokumen tertulis maupun elektronik dan jika diperlukan informasi medis yang berhubungan dengan pekerjaan saya, dapat diberikan kepada pimpinan perusahaan tempat saya bekerja.

Pasien/Karyawan	Petugas Skrining	Dokter Pemeriksa
	 Suparlan	  dr. Hendra Az. No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017

Permintaan Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

F_OH_017

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)		
Nama Lengkap ERMAWAN EKA SAPUTRA, Tn.	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) 11/01/1993	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) Asst. Inspector	Nama Perusahaan PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore All Area <input type="checkbox"/> Office
Alamat Rumah : Jl. M. Hatta RT 22 Handil, KUKAR.	Nomor Telepone / HP 0821 5369 2873	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 09/11/2020

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 type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker | <input checked="" 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 ≥ 14 hari kalender karena sakit atau cedera, atau < 14 hari jika kondisi medis dinilai serius, atau diturunkan saat masa on duty

For Cause

- Pasca Insiden 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) 09/11/2020
-------------------------	--

F_OH_018 Formlir 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>Ermanan Eko S.</i>	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) <i>11 January 93</i>	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) <i>INSPECTION</i>	Nama Perusahaan <i>ISP</i>	Lokasi Kerja <input type="checkbox"/> Office <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah <i>Jl. M. Hatta Rt 22. Handik</i>	Nomor Telepon / HP	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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25.	Sakit atau cedera leher dan atau tulang belakang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Gangguan mata atau penurunan fungsi penglihatan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.	Penyakit atau kelaian jantung Palpitasi/jantung berdebar Nyeri/ rasa tertekan atau terbakar pada dada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26.	Patah tulang, terkilir, dislokasi, amputasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Epilepsy / ayan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.	Anemia/kurang darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.	Nyeri sendi, rematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Gangguan pendengaran	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.	Penyakit maag atau gangguan pencernaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.	Menggunakan alat bantu gerak/protesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Penurunan kesadaran, pusing, pingsan, vertigo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17.	Hepatitis (sakit kuning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.	Masalah otot dan syaraf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Gangguan atau kelemahan/kelumpuhan pada anggota gerak (lengan dan atau tungkai)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.	Penurunan berat badan yang berlebih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30.	Mati rasa, kesemutan, gemetar atau kejang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Penyakit kencing manis Jika ya, apakah menggunakan insulin?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.	Benjolan pada pembuluh getah bening (leher, ketiak dan pangkal paha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.	Menggunakan obat-obatan rutin baik yang diresepkan dokter maupun tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Suara serak menetap	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.	TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32.	Ruam kulit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Asma, gangguan pernafasan, sesak nafas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.	Buang air besar berwarna gelap/hitam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33.	Pernah operasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Tekanan darah tinggi Pengobatan untuk tekanan darah tinggi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22.	Gangguan system perkemihan: ginjal, kantung kemih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34.	Masalah emosi, sering gugup, depresi, fobia atau gangguan kejiwaan lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Stroke	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23.	Hernia/burut/usus turun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35.	Mengonsumsi alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Tumor atau kanker	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.	Alergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36.	Menggunakan narkoba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan untuk setiap jawaban Ya: _____

Anda Merokok? Ya (saat ini merokok atau berhenti merokok ≤ 2 tahun) Mantan/bekas (jika berhenti merokok > 2 tahun, tetapi ≤ 10 tahun) Tidak (tidak pernah merokok atau telah berhenti merokok > 10 tahun)

Aktivitas fisik anda? Ringan Sedang Berat

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

Obat-obatan yang dikonsumsi saat ini: _____

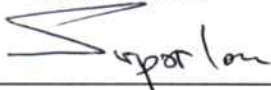

Apakah ada orangtua dan/atau saudara kandung yang meninggal sebelum usia 60 tahun karena penyakit jantung pembuluh darah (misal: serangan jantung, stroke, darah tinggi, dll) Ya Tidak

Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa: _____


Riwayat Perawatan di RS: _____

Tanda Tangan Karyawan 	Tanggal (tgl - bln - thn)
--	---------------------------

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 59 x/mt			
177 cm	76 kg	24,3 cm	84 cm	100 / 70 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 : Sinus Rhythm				Dilakukan pada usia > 40 thn atau ≤ 40 dengan Skor Kardiovaskuler 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			Fireman : Target VO2 Max : 39 - 42 mls/kg/min					
Catatan :			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 checked="" type="checkbox"/> Tidak menderita TB				Hasil Pemeriksaan				
				FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC		
Catatan :				Kesimpulan : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:				
Hasil Evaluasi LLN :								
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa			Tanggal Pemeriksaan			
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 di dalam Medical Clearance 								
	Tanpa Koreksi			Dengan Koreksi			Tes Buta Warna	Lapang Pandang
	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri	Kedua Mata	Mata Kanan	Mata Kiri		
Jarak Jauh	20/20	20/20	20/20				<input checked="" type="checkbox"/> Normal	Kanan : 85°
	6/	6/	6/	6/	6/	6/	<input type="checkbox"/> Buta warna Total	Kiri : 85°
Jarak Dekat	J# J1	J#	J#	J#	J#	J#	<input type="checkbox"/> Buta Warna Sebagian	Visual Dept
								7-R/30
Kesimpulan : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pakai Kacamata <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Pakai Kacamata <input type="checkbox"/> Tidak Normal (jelaskan)								
Catatan :								
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa			Tanggal Pemeriksaan			
					09/11/2020			

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

PEMERIKSAAN TELINGA (Audiometri/Tes berbisik)																																																							
Standar:																																																							
<ul style="list-style-type: none"> Dapat mendengar suara bisikan dari jarak > 1.65 meter dengan atau tanpa alat bantu dengar (hearing aid) 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"> <thead> <tr> <th colspan="8">Telinga Kiri</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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>15</td> <td>20</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>25</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Telinga Kiri								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		15	20	15	15	15	25		<table border="1"> <thead> <tr> <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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>25</td> <td>25</td> <td>25</td> <td>25</td> <td>15</td> <td>15</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Telinga Kanan								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		25	25	25	25	15	15	
Telinga Kiri																																																							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																
	15	20	15	15	15	25																																																	
Telinga Kanan																																																							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																
	25	25	25	25	15	15																																																	
Ambang dengar rata-rata		Telinga Kiri : 15 dB			Telinga Kanan : 21,7 dB																																																		
Kesimpulan : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan :																																																							
Catatan :																																																							
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa			Tanggal Pemeriksaan																																																		
Susi Rindayani, A.Md.Kep					09/11/2020																																																		
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 : <ul style="list-style-type: none"> 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 <i>Cholesterol : 229 mg/dL (↑), LDL : 141 mg/dL (↑), Trigliserida : 150 mg/dL (↑), Asam Uarat : 7,5 mg/dL (↑).</i>																																																		
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. Pemeriksa 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 (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 bernapas), gigi.	<input checked="" type="checkbox"/>		Gigi : Caries, Missing.																																																		
5	Dada dan sistem pernapasan	Benjolan abnormal, kelaian dinding dada, laju pernapasan, suara pernapasan, wheezing, gangguan fungsi pernapasan, sianosis (Temuan yang abnormal mungkin memerlukan pemeriksaan tambahan seperti uji fungsi paru dan X-ray)		<input checked="" type="checkbox"/>																																																			

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 verikosis	✓	
7	Abdomen dan organ di dalamnya	Pembesaran hati, limpa, adanya massa, dan kelemahan dinding abdomen yang bermakna	✓	
8	Tulang belakang dan muskuloskeletal	Ada riwayat operasi, cedera, kelaianan bentuk, keterbatasan pergerakan (ROM), keaktifan anggota tubuh	✓	
9	Sistem perkemihan	<i>Hernia</i>	✓	
10	Ekstremitas (tangan dan kaki)	Kehilangan atau cacat : tungkai, kaki, jemari kaki, tangan, jemari tangan, kelainan bentuk, atrophy, kelemahan, kelumpuhan, clubbing, edema, hypotonic, insufisiensi cengkraman, insufisiensi mobilitas dan kekuatan tungkai bawah Mohon test kekuatan otot dan reflek bagi Driver, Operator Alat Berat, Operator Crane, Awak Mobil Tanki.	✓	Kekuatan Otot (5/5 ; 5/5)
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.	✓	Romberg Test : Negative
12	Kulit dan kelenjar getah bening	Dermatitis : Scabies, Eksim, jerawat, benjolan pada leher, ketiak, pangkal paha.	✓	
13	Tumor dan keganasan	Adanya benjolan yang tidak normal, kelainan yang mengarah ke keganasan.	✓	
14	Penampilan Umum	Bersih/kotor, rapi/tidak rapi.	✓	Bersih, Rapi.
15	Lainnya, jelaskan			-

Khusus untuk Food Handler

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

Komentar Dokter : (Jelaskan penemuan signifikanyang tertera di atas).

.....

.....

.....

.....

BAGIAN E. REKOMENDASI KELAIKAN KERJA

<p>Klasifikasi Kelaikan Kerja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A. Laik Kerja, masa berlaku : <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 Tahun</p> <p><input type="checkbox"/> B. Laik Kerja Dengan Batasan :</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p><input type="checkbox"/> C. Tidak Laik Kerja</p> <p> <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara dievaluasi setelah..... minggu/bulan</p> <p><input type="checkbox"/> D. Tidak dapat memenuhi evaluasi yang diminta, dengan alasan :</p> <p>.....</p>	<p>Rekomendasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Pertahankan Berat Badan IDEAL, perhatikan batasan normal Berat Badan. * Diet RENDAH LEMAK dan RENDAH PURIN ; Periksa ulang Lab LEMAK DARAH dan ASAM URAT 1 bulan kemudian. * Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari. Lakukan perawatan gigi ke dokter GIGI. * OLAHRAGA secara teratur dan terukur untuk menjaga kesehatan JANTUNG dan KEBUGARAN tubuh. * - * -
--	--

<p>Nama Dokter Pemeriksa</p> <p>dr. Hendra AZ.</p>	<p>Tanda Tangan</p> 	<p>Tanggal (tgl-bln-thn)</p> <p>09/11/2020</p>
<p>Nama Rumah Sakit / Klinik</p> <p>GRAND MEDICA CLINIC</p>		
<p>Alamat Rumah Sakit / Klinik</p> <p>Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08, Gunung Bakaran Balikpapan, KALTIM. Telp. : 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158. Fax : 0542-7214553.</p>		

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Emawan Eka -S.
 Tanggal Lahir : 11 January 1993
 Pekerjaan : INSPECTION
 Perusahaan : ISP Nomor Pegawai : _____
 Alamat : JL. M. HATTA RT 22. HANJOE
 Nomor Telepon : 0821 8369 2873 (wa)

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

Rumah Sakit/Klinik : GRAND MEDICA CLINIC
 Alamat : Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08 Gn. Bakaran, Balikpapan.
 Nomor Telepon : 0542-7214552

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

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Catatan medis lengkap | <input type="checkbox"/> Pemeriksaan laboratorium | <input type="checkbox"/> Pemeriksaan mata | <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik |
| <input type="checkbox"/> Spirometri | <input type="checkbox"/> Informasi penyakit/cedera | <input type="checkbox"/> Laporan X-Ray | <input type="checkbox"/> Audiogram |
| <input type="checkbox"/> EKG | <input type="checkbox"/> Lainnya (mohon dijelaskan) _____ | | |

Selanjutnya informasi tersebut dapat diberikan kepada pihak-pihak berikut:

Nama : _____	Perusahaan/Instansi : <u>PT ISP</u>
Alamat : _____	Nomor Telepon : _____


Nama : _____	Perusahaan/Instansi : <u>PHKT</u>
Alamat : _____	Nomor Telepon : _____

Untuk keperluan (mohon dijelaskan) : _____

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

Saya mengajukan permintaan salinan dari lembar persetujuan ini : Ya Tidak

Tanda Tangan  _____ Tanggal 9 / 11 / 2020
 Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

 _____ Tanggal 09 / 11 / 2020
 Tanda Tangan Saksi Team Medical Check Up Hubungan Dengan Pemberi Wewenang (Tgl - Bln - Thn)

F_OH_019_Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN		No. REG : 2668/MCU-ISP/MCU/XI/2020	
Nama Lengkap ERMAWAN EKA SAPUTRA, Tn.	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) 11/01/1993	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Lokasi Kerja All Area
Nama Perusahaan PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	CFTW Procedure <input type="checkbox"/> Pre-Placement <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Offshore
Posisi Utama : Asst. Inspector			
<input type="checkbox"/> Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Non Sedentary Worker	<input type="checkbox"/> Onshore Oil & Gas Worker	<input checked="" 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	Berlaku s/d tanggal : 09/11/2021
<input type="checkbox"/> B Laik Kerja Dengan Batasan	
1.	
2.	
3.	
4.	
<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 mematuhi evaluasi yang diminta, dengan alasan :	
Rekomendasi (Jika diperlukan tindak lanjut) :	
* Diet RENDAH LEMAK dan RENDAH PURIN ; Periksa ulang Lab LEMAK DARAH dan ASAM URAT 1 bulan kemudian.	
* -	
* -	
* -	

Catatan : Harus menggunakan kaca mata Harus menggunakan alat bantu dengar

Nama Dokter Pemeriksa dr. Hendra AZ. No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/IKK/XI/2017	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-bln-thn) 09/11/2020
Nama Rumah Sakit / Klinik GRAND MEDICA CLINIC	Alamat & Nomor Telepon Rumah Sakit / Klinik Jl. Marsma R. Iswahyudi No. 19 RT 08, Gunung Bakaran Balikpapan, KALTIM. Telp. : 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158. Fax : 0542-72 Email : grandmedica@gmail.com	

Harus dilakukan verifikasi CFTW oleh H&M PHKT untuk :

- Pekerja dengan kategori pekerjaan risiko tinggi yaitu : Tenaga Sekuriti, Fireman, bekerja diketinggian, (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 (tgl/bln/thn)
..... /

HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN TAHUN 2020


PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Balikpapan, 12/11/2020

PERIODIC

Nama : ERMAWAN EKA SAPUTRA, Tn.	Umur : 27 tahun	No. Badge : -
Posisi : Asst. Inspector	MCU ID : 2668/MCU-ISP/MCU/XI/2020	Jabatan Tambahan : -

 Berikut adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan pada tanggal :
09/11/2020

TEMUAN :

- * Berat Badan = 76 Kg (Normal), BMI = 24,26 ; BB Ideal = 56,39 - 78,32 Kg. LP = 84 cm (M : N ≤ 90 cm, F : N ≤ 80 cm).
- * Riwayat Kesehatan = Tidak ada masalah kesehatan. MEROKOK : TIDAK. Aktivitas Fisik : BERAT.
- * Hazard di Tempat Kerja = Bising. Riwayat Kesehatan Keluarga = Tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga.
- * Fisik = TD : 100/70 mmHg (Normal). Gigi : Caries, Missing. Kekuatan Otot Extremitas (5/5 ; 5/5). Romberg Test : Negative
- * Fisik = Mata : VOD : 20/20 (Normal), VOS : 20/20 (Normal), Jaeger Test : J1, VD : 7-R/30, VF ODS : 85°(Normal). Test Buta Warna : Normal.
- * Lab = Darah Lengkap (Hematology) : Dalam batas normal. Urine : Dalam batas normal.
- * Kimia Darah : Kolesterol : 229 mg/dL (↗), LDL : 141 mg/dL (↗), Trigliserida : 150 mg/dL (↗), Asam Uarat : 7,5 mg/dL (↗).
- * Rekam Jantung (EKG) = Normal Sinus Rhythm. Rontgen Dada (Thorax) = Dalam batas normal.
- * Audiometri = Dalam batas normal.
- * Skor Kardiovaskuler Jakarta = -6 → **RISIKO RENDAH (CV10 < 10 %)**

STATUS KESEHATAN :

KATEGORI	CATATAN
<input checked="" type="checkbox"/>	Fit For Duty (Fit untuk bekerja normal) Validity Period : 1 Tahun
<input type="checkbox"/>	Fit with restriction (Fit dengan batasan tertentu)
<input type="checkbox"/>	Not Fit (Tidak dapat bekerja di area PHKT)
<input type="checkbox"/>	Failed to comply with requested evaluations (Karyawan tidak di ijinan untuk bekerja di area PHKT sampai evaluasi Fit For Duty diselesaikan)

Sebagai : Asst. Inspector

 Di : All Area Onshore & Offshore

SARAN - SARAN :

- * Pertahankan Berat Badan IDEAL, perhatikan batasan normal Berat Badan.
- * Diet RENDAH LEMAK dan RENDAH PURIN ; Periksa ulang Lab LEMAK DARAH dan ASAM URAT 1 bulan kemudian.
- * Konsul ke dokter bila timbul keluhan kesehatan. Banyak minum air putih 2-3 liter/hari. Lakukan perawatan gigi ke dokter GIGI.
- * OLAHRAGA secara teratur dan terukur untuk menjaga kesehatan JANTUNG dan KEBUGARAN tubuh.
- * -
- * -

 Bila masih ada hal yang perlu diperjelas, mohon segera menghubungi dokter pemeriksa di 0542-7214552, 0821 5721 3030, 0852 4998 3158.
Terima kasih atas kerjasamanya.

Catatan :


* Status Medical Check Up ini berlaku sampai dengan tanggal : 09/11/2021

Mengetahui :

 Hormat Kami,
Dokter Pemeriksa,

dr. Hendra AZ

No. SKP : KEP 350/BINWASK3-PNK3KK/XI/2017


 Jl. Marsma R. Iswahyudi No.19 RT.08
Balikpapan. Kalimantan Timur
P: 0542-721-4552; 0823-6655-3030
F: 0542-721-4553 E: grandmedica@gmail.com

dr.



JAKARTA CARDIOVASCULAR SCORE

Name : ERMAWAN EKA SAPUTRA, Tn. **Age (Years)** : 27
MCU No. : 2668/MCU-ISP/MCU/XI/2020 **Job** : Asst. Inspector
Date : 09/11/2020 **Company** : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

RISK FACTOR		SCORE	RESULT	Points
Sex	Female	0	Male	1
	Male	1		
Age	25-34	-4	27	-4
	35-39	-3		
	40-44	-2		
	45-49	0		
	50-54	1		
	55-59	2		
	60-64	3		
Blood Pressure	Normal	0	Normal	0
	High Normal	1		
	Grade 1 Hypertension	2		
	Grade 2 Hypertension	3		
	Grade 3 Hypertension	4		
BMI (Kg/m ²)	13,79-25,99	0	24,3	0
	26,00-29,99	1		
	30,00-35,58	2		
Smoke	Never	0	Never	0
	Ex Smoker	3		
	Smoker	4		
Diabetes Mellitus	No	0	No	0
	Yes	2		
Physical Exercise/Activity	No	2	High	-3
	Low	1		
	Medium	0		
	High	-3		
TOTAL SCORE				-6
CONCLUSION :		➔	LOW RISK (CV10 < 10%)	

NOTES :

Blood Pressure : Normal (<130/<85), High - Normal (130-139/85-89), Grade 1 Hypertension (140-159/90-99), Grade 2 Hypertension (160-179/100-109), Grade 3 Hypertension (>180/>110)

RISK LEVEL :

▶ -7 to 1 → Low Risk (CV10 < 10%). ▶ 2 to 4 → Moderate Risk (CV10 = 10-20%). ▶ ≥ 5 → High Risk (CV10 > 20%)



HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab.
(Lab. Number) : 2668 /GMI-MCU/XI/2020

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : ERMAWAN EKA .S, Tn. / Laki-Laki **Umur**
(Age) : 27 Tahun
(Years old)

Pekerjaan
(Job Position) : ASST INSPECTOR **Dokter**
(Doctor) : Dr. Hendra AZ

Perusahaan
(Company) : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan**
(Date of Analysis) : 9 November 2020

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
HEMATOLOGI			
HEMATOLOGI RUTIN			
Hemoglobine (Hgb)	13,8	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0	g/dL
Hematocrit (Hct)	36,7	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35 ,0- 45,0	%
Erythrocyt (RBC)	4,0	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5	10 ⁶ sel/mm ³
Leucocyt (WBC)	7,2	Dewasa : 4,0 - 10,0	10 ³ /µL
Differential Count			
Basophile	0	0 - 2	%
Eosinophile	5,3	0 - 3	%
Neutrofil	58,0	50 - 70	%
Lymphocyte	35,6	20 - 40	%
Monocyte	6,5	3 - 12	%
MCV	89	80 - 100	fL
MCH	31	27 - 34	pg/cell
MCHC	35	32 - 36	g/dL
RDW- CV	13,0	11 - 16	%
RDW-SD	43,4	35 - 56	fL
Thrombocyt	228	140 - 440	10 ³ /mm ³
KIMIA KLINIK			
METABOLISME GLUKOSA/DIABETES			
Glucose Fasting	110	Normal : 70 - 110	mg/dL
Glucose 2h pp	145	Normal : < 140 Gangguan toleransi glukosa : 140 - 199 Diabetes melitus : > 200	mg/dL
PROFIL LEMAK			
Cholesterol total	229	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240	mg/dL
Triglycerides	150	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : >= 500	mg/dL
HDL Cholesterol	58	Rendah : < 40 Tinggi : >= 60	mg/dL





HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab.
(Lab. Number) : 2668 /GMI-MCU/XI/2020

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name)	: ERMAWAN EKA .S, Tn. / Laki-Laki	Umur (Age)	: 27 Tahun (Years old)
Pekerjaan (Job Position)	: ASST INSPECTOR	Dokter (Doctor)	: Dr. Hendra AZ
Perusahaan (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)	: 9 November 2020

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
LDL Cholesterol	141	Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 - 129 Batas tinggi : 130 - 159 Tinggi : 160 - 189 Sangat tinggi : > 190	mg/dL
Rasio LDL/HDL	2,4	CARDIO RISK INDEX (CRI) < 3 : Low risk 3 - 5 : Moderate risk > 5 : High risk	
FUNGSI HATI			
SGOT / AST	26	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	37	0 - 40	U/L
FUNGSI GINJAL			
Uric Acid	7,5	Laki-laki dewasa :3,5 - 7,2 Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0	mg/dL
Creatinine	0,8	0,8 - 1,4	mg/dL
Ureum	29	10 - 50	mg/dL
URINALISA			
MAKROSKOPIS URIN			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Jernih		
KIMIA			
Berat jenis	1,025	Normal : 1,003 - 1,035	
pH	5,0	Normal : 4,5 - 8	
Protein	Negatif	Normal : < 7,5 (Negatif)	mg/dL
Glucose	Negatif	Normal : < 0,018 (Negatif)	mg/dL
Leukosit esterase	Negatif	Normal : < 9 (Negatif)	Leu/ μ L
Ketone	Negatif	Normal : < 2,5 (Negatif)	mg/dL
Urobilin	Negatif	Normal : < 0,2 (Negatif)	mg/dL
Bilirubin	Negatif	Normal : < 0,4 (Negatif)	mg/dL
Nitrite	Negatif	Normal : < 0,05 (Negatif)	mg/dL
Blood	Negatif	Normal : 1< 0,018 (Negatif)	mg/dL





HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab.
(Lab. Number) : 2668 /GMI-MCU/XI/2020

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name)	: ERMAWAN EKA .S, Tn. / Laki-Laki	Umur (Age)	: 27 Tahun (Years old)
Pekerjaan (Job Position)	: ASST INSPECTOR	Dokter (Doctor)	: Dr. Hendra AZ
Perusahaan (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)	: 9 November 2020

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
MIKROSKOPIS URIN			
Epithel	3-4		
WBC	2-3		
RBC	1-2		
Cast	Negatif		
Crystal	Negatif		
Bacterie	Negatif		
Others	Negatif		

Tanggal pengambilan sampel : 9 November 2020

Penanggung Jawab
Laboratorium,


Laboratorium
Dr. Hendra Agus Z
GRAND Medica

Analisis Laboratorium


Syamsiar Am. Ak





Nomor Pasien
(Patient Number) :

Nomor Film
(Film Number) : 2668

Data Pasien (Patient Detail)

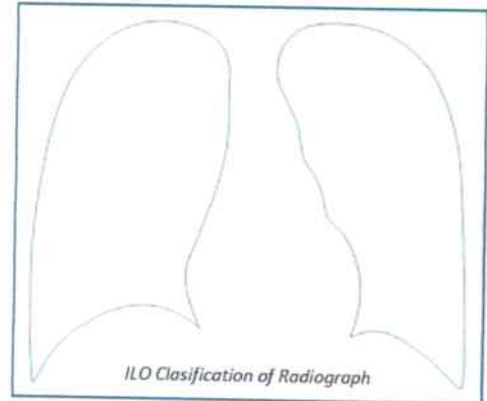
<u>Nama</u> (Name)	: ERMAWAN EKA SAPUTRA, Tn.	<u>Perusahaan</u> (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
<u>Umur</u> (Age)	: 27 <u>Tahun</u> (years old)	<u>Pekerjaan</u> (Occupation)	: ASST INSPECTOR
<u>Jenis Kelamin</u> (Gender)	: Male	<u>Tgl Pemeriksaan</u> (Date of Analysis)	: 09 November 2020

Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)

Jenis Pemeriksaan
(Type of Examination) : Thorax

Posisi Penyinaran
(Exposure Position) : PA

Kondisi Penyinaran
(Exposure Condition) : kV : 66
mAs : 0,30



Interpretasi Foto Thorak oleh Spesialis Radiologi
(Chest X-ray Interpretation by the Radiologist)

Penjelasan Keadaan Abnormal
(Comment on Abnormalities)

- Kelainan Tulang dan/atau Jaringan Lunak?
(Skeleton and/or Soft Tissue Abnormalities)
- Kelainan Bayangan Jantung?
(Abnormal heart shadows)
- Kelainan Hilus dan/atau Kelenjar Limfa?
(Abnormal hilar and/or lymphatic gland)
- Kelainan Diafragma dan Sudut Costophrenic?
(Abnormal Diaphragms and Costophrenic angles)
- Kelainan Paru-paru?
(Abnormal Lung Fields)
- Gambaran Lainnya dari Lesi TBC?
(Any evidence of tubercular lesions)
- Gambaran Abnormal Lainnya?
(Detail of Other Abnormalities)

No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →
No	Yes →

Kesimpulan Spesialis Radiologi (Radiologist Conclusion)

Foto Thorax Normal

dr. ABDUL HARISS, Sp.Rad
(Radiologist signature)
Spesialis Radiologi





**GRAND MEDICA
INDONESIA**

Patient Data

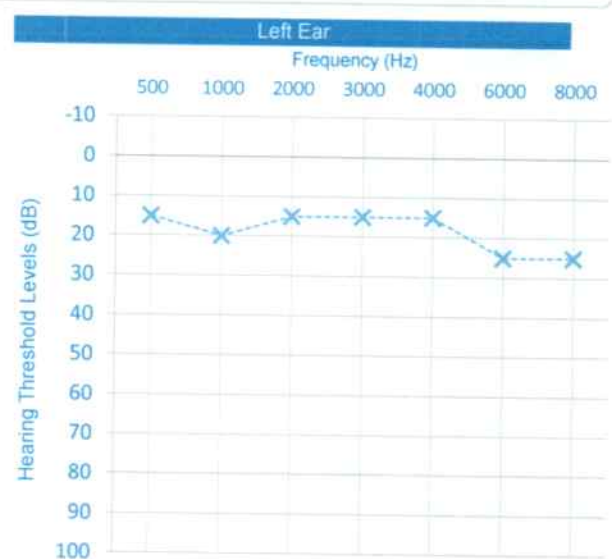
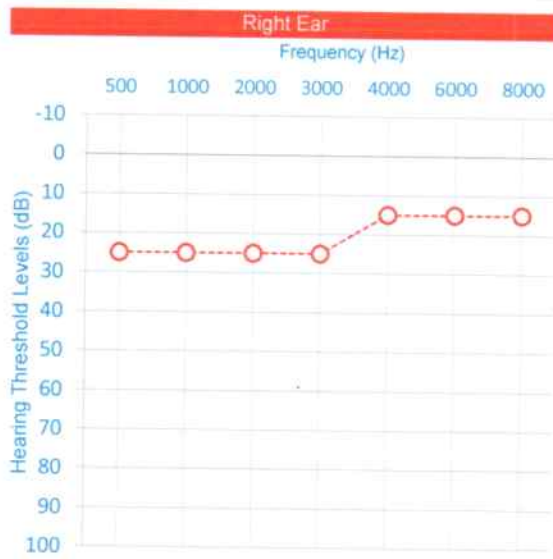
ID Number	2668	Gender	Laki-laki
First Name	ERMAWAN	Occupation	Asst. Inspecor
Last Name	EKA	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	27 Yo.	Test Date	09 November 2020

Occupational Noise Exposure

Present	Type of work Asst. Inspecor	Period of work -	Hearing Protection Worn: No
Previous	1) - 2) -	- -	- -
Military Services	<input type="checkbox"/>		

Otological History / Symptoms

<input type="checkbox"/> Serious Head Injury	<input type="checkbox"/> Bleeding	Detail:
<input type="checkbox"/> Broken Ear Drum	<input type="checkbox"/> Pressure/Fullness	
<input type="checkbox"/> Ear Surgery	<input type="checkbox"/> Pain	
<input type="checkbox"/> Ear Infection	<input type="checkbox"/> Tinnitus	
<input type="checkbox"/> Decrease Hearing	<input type="checkbox"/> Exposure to Loud Blast	
<input type="checkbox"/> Discharge	<input type="checkbox"/> Medication	



O = Right Air Conduction; < = Right Bone Conduction

X = Left Air Conduction; > = Left Bone Conduction

Test Detail

Test Location	<input checked="" type="checkbox"/> Sound Booth <input type="checkbox"/> Other	Hours Away from Noise	<input type="checkbox"/> < 14 hours <input type="checkbox"/> 14 - 24 hours <input type="checkbox"/> > 24 hours
Technician	Siti Normah, A.Md.Kep		

Right Ear Observation and Test Result

Left Ear Observation and Test Result

Canal	Normal	HTL	Canal	Normal	HTL													
Ear Drum	Normal	RIGHT	Ear Drum	Normal	LEFT													
Conduction	Frequency (Hz)							EAR										
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000											
Air	25	25	25	25	15	15	15	21,7	Air	15	20	15	15	15	25	25	15,0	
Bone								0,0	Bone									0,0

Conclusion / Medical Report

Right Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Left Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Signature

dr. Hendra A.Z.
Grand MEDICA INDONESIA

Instrument used
SIBEL SOUND 400

Standard
OSHA



ID : 2668
Name : Ermawan Eka Saputra
Age : 27 Years
Gender : Male
Department: PT. Inspektindo Sinergi Persad

HR : 59 BPM
P Dur : 118 ms
PR int : 177 ms
QRS Dur : 84 ms
QT/QTc int : 358/357 ms
P/QRS/T axis : 43/83/52 °
RV5/SV1 amp : 1.717/0.479 mV
RV5+SV1 amp : 2.196 mV
RV6/SV2 amp : 1.317/1.185 mV

Technician : Rinda A.Md. Kep
Report Confirmed by:

Diagnosis Information:
800: Sinus Rhythm
Normal ECG

TOP

Dr. Achmad Yusri, SpJP
Spesialis jantung dan pembuluh darah

