



PERSONAL DATA

No. MCU : 1268/GMI-MCU/III/2021
No. Badge : -
N a m a : **ARIES WANDY ASBAR, Tn.**
U m u r : 36 tahun
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Jabatan : **Inspection Testing**
Tgl Pemeriksaan : **04 Maret 2021**
Alamat : *Jl. A. Yani RT 012 Handil II*

Tgl. Skrining : 04/03/2021

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

Nama Lengkap: ARIES WANDY ASBAR, Tn.	Tgl. Lahir: 19/04/1984	Jenis Kelamin : Laki-Laki
Nama Perusahaan: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Alamat Rumah: Jl. A. Yani RT 012 Handil II	Telp./HP : 0813 4749 3154

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 mengalami Demam akut (>38 C)/riwayat demam dan batuk? Terdapat 3 atau lebih gejala/tanda akut berikut: demam/riwayat demam, batuk, kelelahan, sakit kepala, myalgia, nyeri tenggorokan, pilek/hidung tersumbat, sesak nafas, mual/muntah, diare, penurunan kesadaran.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Apakah anda mengalami gejala ISPA Berat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Apakah anda mengalami gejala anosmia akut (hilangnya kemampuan indra penciuman) atau ageusia (hilangnya kemampuan indra perasa) dengan tidak ada penyebab lainnya.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Faktor Risiko :	Ya	Tidak
1. Pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat tinggal atau bepergian di negara/wilayah Indonesia yang melaporkan transmisi lokal.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Pada 14 hari terakhir sebelum muncul gejala memiliki riwayat tinggal atau bekerja di tempat berisiko tinggi penularan (riwayat kontak erat dengan kasus probable/konfirmasi)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Pada 14 hari terakhir sebelum muncul gejala bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan, baik melakukan pelayanan medis, dan non-medis serta petugas yang melaksanakan investigasi, pemantauan kasus dan kontak.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

Pengukuran Suhu Tubuh (°C)	Laju Pernapasan (x/menit)	Saturasi Oksigen (%)
36,4	18	98




Bagian D. Pemeriksaan Fisik (diisi oleh dokter pemeriksa)

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

Bagian E. Kategori Penilaian

Kategori	Kriteria	Kesimpulan
• Kasus Suspek	Gejala No. 1 atau No. 2 atau No. 3 DAN salah satu faktor risiko	<input type="checkbox"/>
• Kasus Probable	Gejala No. 1 atau No. 2 atau No. 3 DAN No. 4 DAN salah satu faktor risiko	<input type="checkbox"/>
• Kasus Konfirmasi	Hasil RT-PCR Positif, Hasil Rapid Antigen Positif dan memenuhi kriteria probable.	<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.

Petugas Skrining  Suparlan	Dokter Pemeriksa   dr. Nenra 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 ARIES WANDY ASBAR, Tn.	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) 19/04/1984	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) Inspection Testing	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. A. Yani RT 012 Handil II	Nomor Telepone / HP 0813 4749 3154	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 04/03/2021

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	<input type="checkbox"/> Awak Mobil Tangki	

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	<input type="checkbox"/> Awak Mobil Tangki	

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) 04/03/2021
-------------------------	--

F_OH_018_Formulir Evaluasi Contractor Fitness To Work

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

BAGIAN A. Identitas Karyawan (diisi dengan lengkap oleh karyawan)		
Nama Lengkap ARIES WANDY ASBAR	Tanggal Lahir (tgl - bln - thn) 19-04-1984	Jenis Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan (Job Title) Inspection Testing	Nama Perusahaan PT. INSPEKTINDO SINERGI PERKASA	Lokasi Kerja <input checked="" type="checkbox"/> Onshore <input checked="" type="checkbox"/> Offshore
Alamat Rumah Jl. A.YANI RT-012 (HANDIL II)	Nomor Telepon / HP 0813 4749 3154	Tanggal Pemeriksaan (tgl - bln - thn) 04-03-2021

BAGIAN B. Riwayat Kesehatan Karyawan (diisi dengan benar oleh karyawan dan dituntun oleh petugas kesehatan)

Sejak Medical Check Up terakhir, apakah Anda pernah atau sedang mengalami: T = Tidak, Y = Ya

		T	Y			T	Y			T	Y
1.	Mengalami gegar otak atau cedera kepala	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13.	Rasa lelah yang berlebihan tanpa alasan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25.	Sakit atau cedera leher dan atau tulang belakang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Gangguan mata atau penurunan fungsi penglihatan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.	Penyakit atau kelaian jantung Palpitasi/jantung berdebar Nyeri/irasa 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"/>
3.	Epilepsy / ayan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.	Anemia/kurang darah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.	Nyeri sendi, rematik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Gangguan pendengaran	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.	Penyakit maag atau gangguan pencernaan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.	Menggunakan alat bantu gerak/protesa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Penurunan kesadaran, pusing, pingsan, vertigo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17.	Hepatitis (sakit kuning)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.	Masalah otot dan syaraf	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Gangguan atau kelemahan/kelumpuhan pada anggota gerak (lengan dan atau tungkai)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.	Penurunan berat badan yang berlebih	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30.	Mati rasa, kesemutan, gemetar atau kejang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Penyakit kencing manis Jika ya, apakah menggunakan insulin?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.	Benjolan pada pembuluh getah bening (leher, ketiak dan pangkal paha)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.	Menggunakan obat-obatan rutin baik yang diresepkan dokter maupun tidak	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Suara serak menetap	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.	TBC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32.	Ruam kulit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Asma, gangguan pemapasan, sesak nafas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.	Buang air besar berwarna gelap/hitam	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33.	Pernah operasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Tekanan darah tinggi Pengobatan untuk tekanan darah tinggi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22.	Gangguan system perkemihan: ginjal, kantung kemih	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34.	Masalah emosi, sering gugup, depresi, fobia atau gangguan kejiwaan lain	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Stroke	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23.	Hernia/burut/fusus tunun	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35.	Mengonsumsi alkohol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Tumor atau kanker	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.	Alergi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36.	Menggunakan narkoba	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan untuk setiap jawaban Ya: _____

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

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

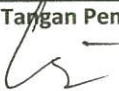
Obat-obatan yang dikonsumsi saat ini: _____

Apakah ada orangtua dan/atau saudara kandung yang meninggal sebelum usia 60 tahun karena penyakit jantung pembuluh darah (misal: serangan jantung, stroke, darah tinggi, dll)	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Bila Ya, jelaskan usia berapa & sakit apa:
---	---


Riwayat Perawatan di RS: _____

Tanda Tangan Karyawan 	Tanggal (tgl - bln - thn) 04-03-2021
---------------------------	--

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 67 x/mt						
169 cm	62 kg	21,7 cm	76 cm	120 / 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 Catatan :			Fireman : Target VO2 Max : 39 - 42 mls/kg/min Sekuriti : Target VO2 Max : 34 - 42 mls/kg/min								
PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN DADA											
Hasil : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan :											
PEMERIKSAAN SPIROMETRI											
<ul style="list-style-type: none"> Pemeriksaan dilakukan ketika tidak sedang dalam kondisi flu/pilek Fit to Work Fireman jika hasil spirometri FEV1 dan FVC < 80% harus dievaluasi dengan perhitungan LLN Pneumobile Indonesia* <input checked="" type="checkbox"/> Tidak menderita TB			Hasil Pemeriksaan <table border="1"> <thead> <tr> <th>FEV1</th> <th>FVC</th> <th>Rasio FEV1/FVC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> Kesimpulan : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:			FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC			
FEV1	FVC	Rasio FEV1/FVC									
Catatan : 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	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	Kanan : 85°			
Jarak Jauh	20/20 6/	20/20 6/	20/20 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 9-R/20			
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					
Sri Handayani						04/03/2021					

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>25</td> <td>25</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>25</td> <td>20</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Telinga Kiri								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		25	25	20	20	25	20		<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>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Telinga Kanan								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		25	25	15	15	15	15	
Telinga Kiri																																																							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																
	25	25	20	20	25	20																																																	
Telinga Kanan																																																							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																																
	25	25	15	15	15	15																																																	
Ambang dengar rata-rata		Telinga Kiri : 21,7 dB			Telinga Kanan : 15,0 dB																																																		
Kesimpulan : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal, jelaskan :																																																							
Catatan :																																																							
Nama Pemeriksa		Tanda Tangan Pemeriksa			Tanggal Pemeriksaan																																																		
Eka Wanda, A.Md.Kep					04/03/2021																																																		
PEMERIKSAAN LABORATORIUM																																																							
Pemeriksaan		Hasil																																																					
Panel Hitung Darah Lengkap : Hb, Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Hematokrit, Trombosit, LED, Red Cell, Indices (MCV, HCH, MCHC).		<input checked="" type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Tidak Normal																																																			
Panel Kimia Darah : • Profil Lipid : Total Kolesterol, HDL, LDL dan Trigliserida • Fungsi Hati : Total Bilirubin, Direct & Indirect Bilirubin, SGOT dan SGPT • Fungsi Ginjal : Asam Urat, Ureum dan Kreatinin. • Gula Darah Puasa & Gula Darah 2 jam setelah makan		<input type="checkbox"/> Normal		<input checked="" type="checkbox"/> Tidak Normal <i>Cholesterol : 215 mg/dL (Meningkat, N < 200 mg/dL), LDL : 134 mg/dL (Meningkat, N < 130 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 bawahhi 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 (+).																																																	
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 varikosis	✓	
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, 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 cengkraman, insufisiensi mobilitas dan kekuatan tungkai bawah	✓	Kekuatan Otot (5/5 ; 5/5)
		Mohon test kekuatan otot dan reflek 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.	✓	Romberg Test : Negative
		Lakukan tes Romberg untuk pekerja di ketinggian, contoh : Scaffolder, Inspector Lifting.		
12	Kulit dan kelenjar getah bening	Dermatitis : Scabies, Eksim, jerawat, benjolan pada leher, ketiak, pangkal paha.	✓	
13	Tumor dan keganasan	Adanya benjolan yang tidak normal, kelainan yang mengarah ke keganasan.	✓	
14	Penampilan Umum	Bersih/kotor, rapi/tidak rapi.	✓	Bersih, Rapi.
15	Lainnya, jelaskan			-

Khusus untuk Food Handler

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

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

.....

.....

.....

.....

BAGIAN E. REKOMENDASI KELOMPOK KERJA

Klasifikasi Kelaikan Kerja <input checked="" type="checkbox"/> A. Memenuhi Syarat, masa berl <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 Tahun <input type="checkbox"/> B. Memenuhi Syarat Dengan Catatan : 1. - 2. - 3. - <input type="checkbox"/> C. Tidak Memenuhi Syarat <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara dievaluasi setelah..... minggu/bulan		Rekomendasi : * Pertahankan Berat Badan IDEAL, perhatikan batasan normal Berat Badan. * Diet RENDAH LEMAK ; Batasi Makan GORENGAN; Periksa ulang Lab LEMAK DARAH 3 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. * - * -
Catatan Lain Jika ada : _____ <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kacamata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar		
Nama Dokter Pemeriksa dr. Hendra AZ.	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-bln-thn) 04/03/2021
Nama Rumah Sakit / Klinik GRAND MEDICA CLINIC	Alamat 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 : 0542-7214553.	

F_OH_021_Persetujuan Membuka Informasi Medis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aries Wandy Asbur
Tanggal Lahir : 19-04-1984
Pekerjaan : Inspection Testing
Perusahaan : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA Nomor Pegawai : _____
Alamat : Jl. A. YANI RT-012 (HANDIL II)
Nomor Telepon : 081347493154

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):

- Catatan medis lengkap
- Pemeriksaan laboratorium
- Pemeriksaan mata
- Pemeriksaan Fisik
- Spirometri
- Informasi penyakit/cedera
- Laporan X-Ray
- Audiogram
- EKG
- Lainnya (mohon dijelaskan) _____

Selanjutnya informasi tersebut dapat diberikan kepada pihak-pihak berikut:

Nama : _____ Perusahaan/Instansi : PT. ISP
Alamat : _____ Nomor Telepon : _____

Nama : _____ Perusahaan/Instansi : PHKT
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 04 / 03 / 2021
Karyawan atau wakil yang sah (Tgl - Bln - Thn)

Sri H. _____
Tanda Tangan Saksi

Team Medical Check Up _____ Tanggal 04 / 03 / 2021
Hubungan Dengan Pemberi Wewenang (Tgl - Bln - Thn)

F_OH_019_Resume Evaluasi Kelaikan Kerja Kontraktor

IDENTITAS KARYAWAN		No. REG : 1268/GMI-MCU/III/2021	
Nama Lengkap ARIES WANDY ASBAR, Tn.	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) 19/04/1984	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 : Inspection Testing			
<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	<input type="checkbox"/> Awak Mobil Tangki	
Posisi Tambahan : -			

REKOMENDASI CONTRACTOR FITNESS TO WORK

<input checked="" type="checkbox"/> A Memenuhi Syarat , masa berlaku : <input type="checkbox"/> 6 bulan <input checked="" type="checkbox"/> 1 tahun	Tanggal MCU : 04/03/2021
<input type="checkbox"/> B Memenuhi Syarat Dengan Catatan	
1. -	
2. -	
3. -	
4. -	
<input type="checkbox"/> C Tidak Memenuhi Syarat : <input type="checkbox"/> Permanen <input type="checkbox"/> Sementara, dievaluasi setelah minggu/bulan.	
Rekomendasi (Jika diperlukan tindak lanjut) :	
* Jaga pola makan, Diet Rendah Lemak.	
* -	
* -	
* -	

Catatan : <input type="checkbox"/> Harus menggunakan kaca mata <input type="checkbox"/> Harus menggunakan alat bantu dengar		
Nama Dokter Pemeriksa dr. Hendra AZ. No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/XI/2017	Tanda Tangan 	Tanggal (tgl-bln-thn) 09/03/2021
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 2021



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

Balikpapan, 09/03/2021

PERIODIC

Nama : ARIES WANDY ASBAR, Tn.	Umur : 36 tahun	No. Badge : -
Posisi : Inspection Testing	MCU ID : 1268/GMI-MCU/III/2021	Jabatan Tambahan : -

Berikut adalah kesimpulan hasil pemeriksaan medical check up yang telah dilaksanakan pada tanggal :
04/03/2021

TEMUAN :

- * Berat Badan = 62 Kg (Normal), BMI = 21,71 ; BB Ideal = 51,41 - 71,40 Kg. LP = 76 cm (M : N ≤ 90 cm, F : N ≤ 80 cm).
- * Riwayat Kesehatan = Tidak ada keluhan kesehatan. MEROKOK : TIDAK. Aktivitas Fisik : SEDANG.
- * Hazard di Tempat Kerja = Bising, bahan kimia . Riwayat Kesehatan Keluarga = Tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga.
- * Fisik = TD : 120/70 mmHg (Normal). Gigi : Caries (+). Kekuatan Otot Extremitas : 5/5 ; 5/5. Romberg Test : Negative
- * Fisik = Mata : VOD : 20/20 (Normal), VOS : 20/20 (Normal), Jaeger Test : J1, VD : 9-R/20, VF ODS : 85°(Normal). Test Buta Warna : Normal.
- * Lab = Darah Lengkap (Hematology) : Dalam batas normal. Urine : Dalam batas normal.
- * Lab = Kimia Darah : Kolesterol : 215 mg/dL (Meningkat, N < 200 mg/dL), LDL : 134 mg/dL (Meningkat, N < 130 mg/dL).
- * Rekam Jantung (EKG) = Normal Sinus Rhythm. Rontgen Dada (Thorax) = Dalam batas normal.
- * Audiometri = Dalam batas normal.
- * **Skor Kardiovaskuler Jakarta = -2 → 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 Notes (Fit dengan Catatan)
<input type="checkbox"/>	Not Fit (Tidak dapat bekerja di area PHKT)
<input type="checkbox"/>	Failed to comply with requested evaluations (Karyawan tidak di ijin untuk bekerja di area PHKT sampai evaluasi Fit For Duty diselesaikan)

Sebagai : Inspection Testing

Di : All Area Onshore & Offshore



SARAN - SARAN :

- * Pertahankan Berat Badan IDEAL, perhatikan batasan normal Berat Badan.
- * Diet RENDAH LEMAK ; Batasi Makan GORENGAN; Periksa ulang Lab LEMAK DARAH 3 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 : 04/03/2022

Mengetahui :

Hormat Kami,
Dokter Pemeriksa,



dr. Hendra AZ.

No. SKP : KEP.350/BINWASK3-PNK3/KK/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



Patient Data

ID Number	: 1268/GMI-MCU/III/2021	Company	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Name	: ARIES WANDY ASBAR, Tn.	Occupation	: Inspection Testing
Gender	: Male	Test Date	: 04/03/2021
DOB / Age	: 19/04/1984 / 36 Yo.	BMI	: 21,7
Height (cm)	: 169	Weight (kg)	: 62

Jakarta Cardiovascular Risk Table

Risk Factor	Score	Result	Poin	Determine the 10-year CVD risk (%)																																																									
Sex	Female	Male	1	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Total Points</th> <th colspan="2">10-year CVD risk (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>-4</td><td>Low Risk</td><td>1</td></tr> <tr><td>-3</td><td>Low Risk</td><td>2,6</td></tr> <tr><td>-2</td><td>Low Risk</td><td>4,2</td></tr> <tr><td>-1</td><td>Low Risk</td><td>5,8</td></tr> <tr><td>0</td><td>Low Risk</td><td>7,4</td></tr> <tr><td>1</td><td>Low Risk</td><td>9</td></tr> <tr><td>2</td><td>Moderate Risk</td><td>10,0</td></tr> <tr><td>3</td><td>Moderate Risk</td><td>13,1</td></tr> <tr><td>4</td><td>Moderate Risk</td><td>17,2</td></tr> <tr><td>5</td><td>High Risk</td><td>20,0</td></tr> <tr><td>6</td><td>High Risk</td><td>21,2</td></tr> <tr><td>7</td><td>High Risk</td><td>22,5</td></tr> <tr><td>8</td><td>High Risk</td><td>23,7</td></tr> <tr><td>9</td><td>High Risk</td><td>25</td></tr> <tr><td>10</td><td>High Risk</td><td>26,2</td></tr> <tr><td>11</td><td>High Risk</td><td>27,5</td></tr> <tr><td>12</td><td>High Risk</td><td>28,7</td></tr> <tr><td>13</td><td>High Risk</td><td>>30</td></tr> </tbody> </table>	Total Points	10-year CVD risk (%)		-4	Low Risk	1	-3	Low Risk	2,6	-2	Low Risk	4,2	-1	Low Risk	5,8	0	Low Risk	7,4	1	Low Risk	9	2	Moderate Risk	10,0	3	Moderate Risk	13,1	4	Moderate Risk	17,2	5	High Risk	20,0	6	High Risk	21,2	7	High Risk	22,5	8	High Risk	23,7	9	High Risk	25	10	High Risk	26,2	11	High Risk	27,5	12	High Risk	28,7	13	High Risk	>30
	Total Points				10-year CVD risk (%)																																																								
-4	Low Risk	1																																																											
-3	Low Risk	2,6																																																											
-2	Low Risk	4,2																																																											
-1	Low Risk	5,8																																																											
0	Low Risk	7,4																																																											
1	Low Risk	9																																																											
2	Moderate Risk	10,0																																																											
3	Moderate Risk	13,1																																																											
4	Moderate Risk	17,2																																																											
5	High Risk	20,0																																																											
6	High Risk	21,2																																																											
7	High Risk	22,5																																																											
8	High Risk	23,7																																																											
9	High Risk	25																																																											
10	High Risk	26,2																																																											
11	High Risk	27,5																																																											
12	High Risk	28,7																																																											
13	High Risk	>30																																																											
Male	1																																																												
Age	25-34	36	-3																																																										
	35-39			-4																																																									
	40-44			-3																																																									
	45-49			-2																																																									
	50-54			0																																																									
	55-59			1																																																									
	60-64			2																																																									
Blood Pressure	Normal	Normal	0																																																										
	High Normal			1																																																									
	Grade 1 Hypertension			2																																																									
	Grade 2 Hypertension			3																																																									
	Grade 3 Hypertension			4																																																									
BMI (Kg/m2)	13,79 - 25,99	21,71	0																																																										
	26,00 - 29,99			1																																																									
	30,00 - 35,58			2																																																									
Smoke	Never	Never	0																																																										
	Ex Smoker			3																																																									
	Smoker			4																																																									
Diabetes Mellitus	No	No	0																																																										
	Yes			2																																																									
Physical Exercise/Activity	No	Medium	0																																																										
	Low			2																																																									
	Medium			1																																																									
	High			0																																																									
Total Point			-2	Result																																																									
				Estimated 10-year CVD Risk																																																									
				4,2%																																																									
				Risk Category																																																									
				Low Risk																																																									

Advice

Patients with **HIGH RISK** scores should be counseled aggressively about social factors contributing to their risk (smoking, exercise, weight, diet, etc) and also managed with blood pressure and lipid evaluation.

References

Kusmana, Dede. *The Jakarta Cardiovascular Score, A Modified Framingham Score, Is A Simple Method For Cardiovascular Risk Stratification In Developing Countries. 21st Scientific Meeting of the International Society of Hypertension, 2006; 201.*



HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab. : 1268 /GMI-MCU/III/2021
(Lab. Number)

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama : ARIES WANDY ASBAR, Tn. / Laki-Laki
(Name) **Umur** : 36 Tahun
(Age) (Years old)

Pekerjaan : INSPECTION TESTING
(Job Position) **Dokter** : Dr. Hendra AZ
(Doctor)

Perusahaan : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
(Company) **Tgl Pemeriksaan** : 4 Maret 2021
(Date of Analysis)

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
HEMATOLOGI			
HEMATOLOGI RUTIN			
Hemoglobine (Hgb)	14,0	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0	g/dL
Hematocrit (Hct)	10,9	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35 ,0- 45,0	%
Erythrocyt (RBC)	4,6	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5	10 ⁶ sel/mm ³
Leucocyt (WBC)	7,1	Dewasa : 4,0 - 10,0	10 ³ /μL
Differential Count			
Basophile	0,6	0 - 2	%
Eosinophile	1,4	0 - 3	%
Neutrofil	55,0	50 - 70	%
Lymphocyte	35,4	20 - 40	%
Monocyte	6,6	3 - 12	%
MCV	87	80 - 100	fL
MCH	30	27 - 34	pg/cell
MCHC	35	32 - 36	g/dL
RDW- CV	12,5	11 - 16	%
RDW-SD	39,9	35 - 56	fL
Thrombocyt	174	140 - 440	10 ³ /mm ³
KIMIA KLINIK			
METABOLISME GLUKOSA/DIABETES			
Glucose Fasting	105	Normal : 70 - 110	mg/dL
PROFIL LEMAK			
Cholesterol total	215	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240	mg/dL
Triglycerides	119	Normal : < 150 Batas tinggi : 150 - 199 Tinggi : 200 - 499 Sangat tinggi : >= 500	mg/dL
HDL Cholesterol	57	Rendah : < 40 Tinggi : >= 60	mg/dL





HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Result of Laboratorium Analysis

Nomor Lab. : 1268 /GMI-MCU/III/2021
(Lab. Number)

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama : ARIES WANDY ASBAR, Tn. / Laki-Laki
(Name)
Umur : 36 Tahun
(Age)
Pekerjaan : INSPECTION TESTING
(Job Position)
Dokter : Dr. Hendra AZ
(Doctor)
Perusahaan : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
(Company)
Tgl Pemeriksaan : 4 Maret 2021
(Date of Analysis)

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
LDL Cholesterol	134	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	19	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	22	0 - 40	U/L
FUNGSI GINJAL			
Uric Acid	6,6	Laki-laki dewasa : 3,5 - 7,2 Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0	mg/dL
Creatinine	0,9	0,8 - 1,4	mg/dL
Ureum	10	10 - 50	mg/dL
URINALISA			
MAKROSKOPIS URIN			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Jernih		
KIMIA			
Berat jenis	1,025	Normal : 1,003 - 1,035	
pH	6,5	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/μL
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) : 1268 /GMI-MCU/III/2021

Dokter Konsulen
dr. Novita Indayani, Sp. PK

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name)	: ARIES WANDY ASBAR, Tn. / Laki-Laki	Umur (Age)	: 36 Tahun (Years old)
Pekerjaan (Job Position)	: INSPECTION TESTING	Dokter (Doctor)	: Dr. Hendra AZ
Perusahaan (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA	Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)	: 4 Maret 2021

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 : 4 Maret 2021

Penanggung Jawab
Laboratorium,



laboratorium
GRAND Medica

Analisis Laboratorium



Syamsiar Am. Ak



Nomor Pasien
(Patient Number) :

Nomor Film
(Film Number) : 1268

Data Pasien (Patient Detail)

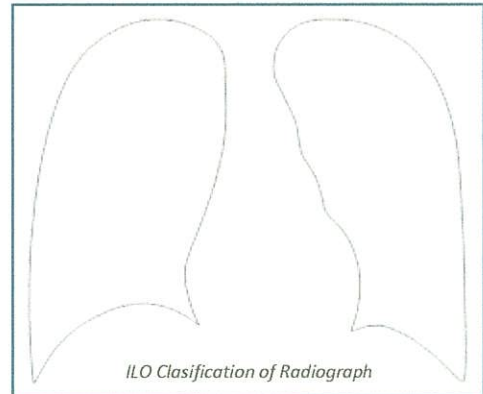
Nama (Name) :	ARIES WANDY ASBAR, Tn.	Perusahaan (Company) :	PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Umur (Age) :	36 Tahun (years old)	Pekerjaan (Occupation) :	INSPECTION TESTING
Jenis Kelamin (Gender) :	Male	Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis) :	04 Maret 2021

Rincian Pemeriksaan (Examination Detail)

Jenis Pemeriksaan
(Type of Examination) : Foto thorax

Posisi Penyinaran
(Exposure Position) : PA

Kondisi Penyinaran
(Exposure Condition) : kV : 58
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 HARIS, Sp.Rad
 (Radiologist signature)
Spesialis Radiologi



Patient Data

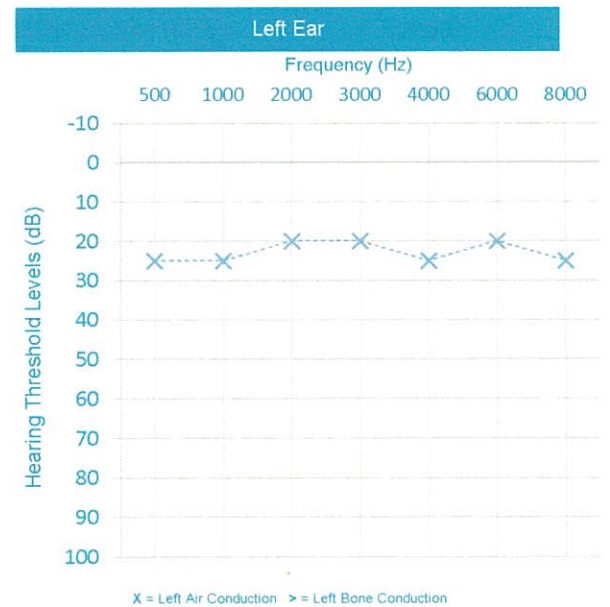
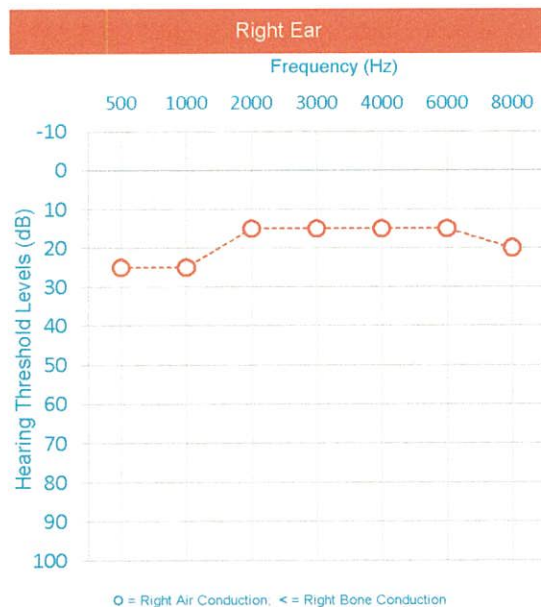
ID Number	1268	Gender	Laki-laki
First Name	ARIES WANDY	Occupation	Inspection Testing
Last Name	ASBAR	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	36 Yo.	Test Date	04 Maret 2021

Occupational Noise Exposure

Present	Type of work Inspection Testing	Period of work 2 Years	Hearing Protection Worn Yes
Previous 1)	-	-	-
2)	-	-	-
Military Services	-		

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	Eka Wanda A.Md. Kep		


Right Ear Observation and Test Result

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

Left Ear Observation and Test Result

Canal	Normal							HTL
Ear Drum	Normal							LEFT
Conduction	Frequency (Hz)							EAR
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
	Air	25	25	20	20	25	20	
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.

Instrument used
SIBEL SOUND 400

Standard
OSHA



04-03-2021 09:41:19

ID : 1268
Name : Aries Wandy Asbar
Age : 36 Years Gender : Male
Department: PT. Inspektindo

HR : 67 BPM
P Dur : 114 ms
PR int : 147 ms
QRS Dur : 87 ms
QT/QTc int : 364/385 ms
P/QRS/T axis : 64/72/41 °
RV5/SV1 amp : 2.429/1.905 mV
RV5+SV1 amp : 4.334 mV
RV6/SV2 amp : 1.987/2.674 mV

Diagnosis Information:
800: Sinus Rhythm
Normal ECG

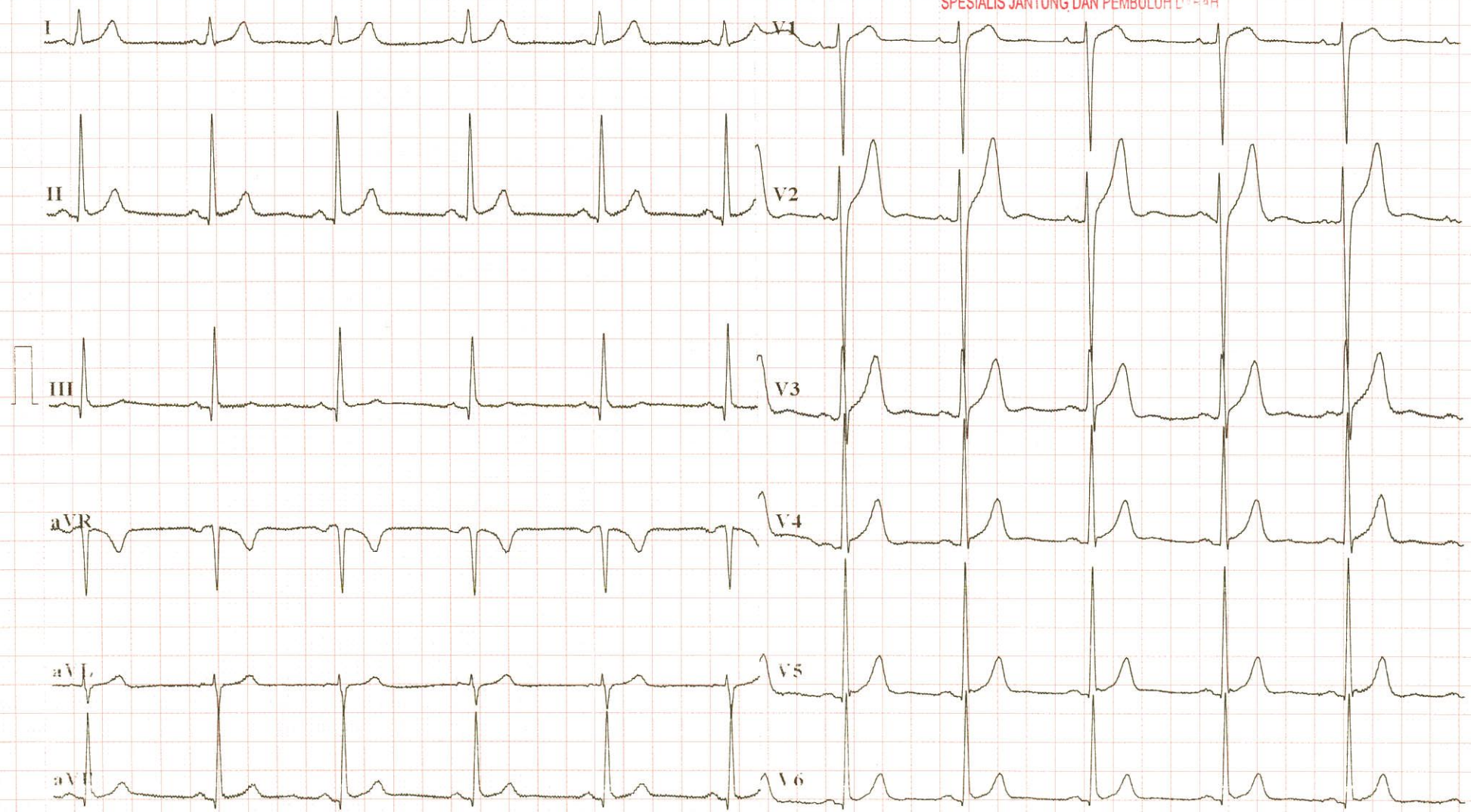


Regu

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

dr. ACHMAD YUSRI, SpJP

SPESIALIS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH



ARIES WANDY ASBAR, Tr.

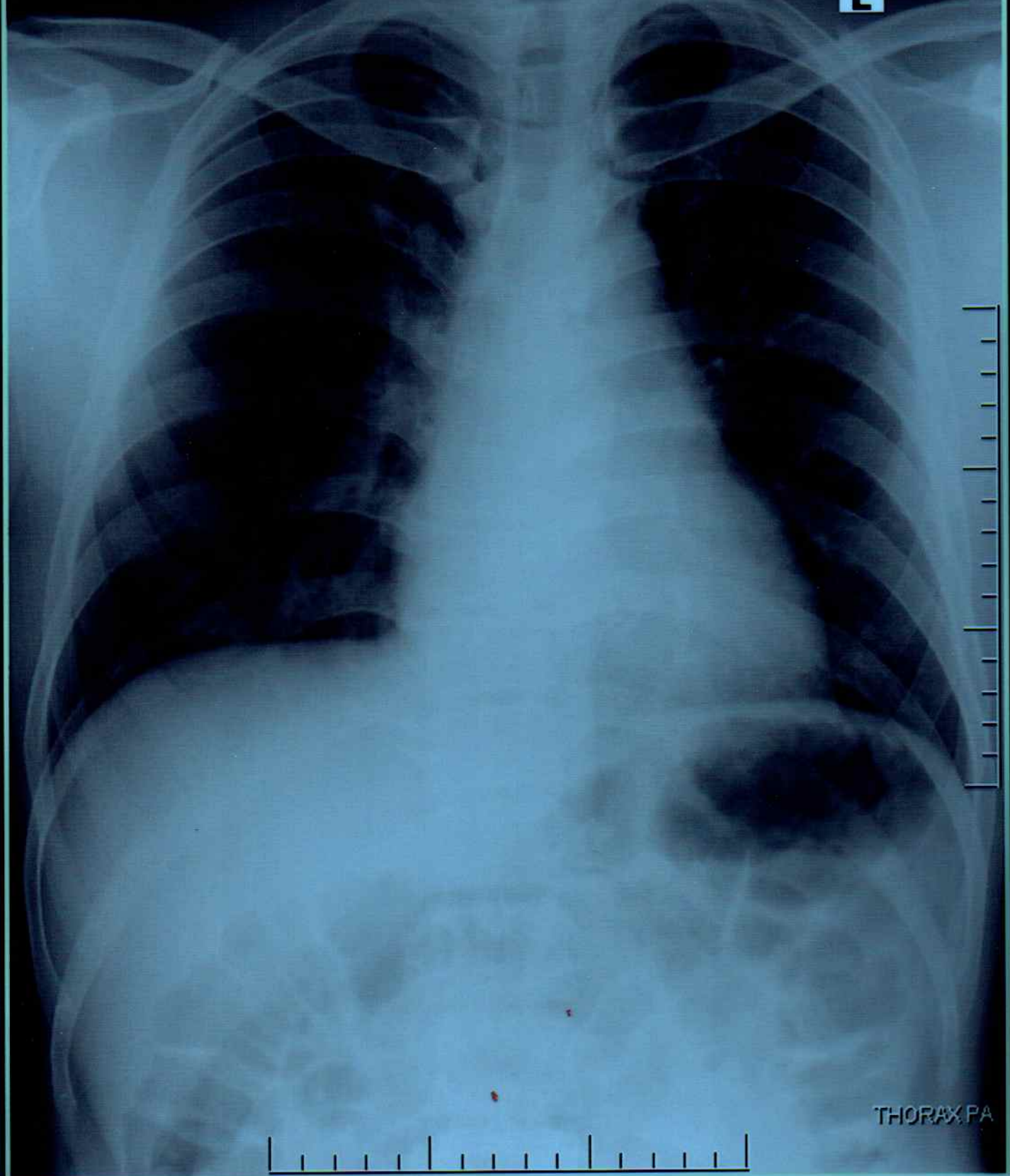
1268

[M]

04.03.2021

09:47:28

KLINIK GRAND MEDICA



THORAX PA