



**GRAND MEDICA
INDONESIA**

Make SMILE and Be HEALTHY

PERSONAL DATA

No. MCU : 7617/GMI-MCU/XII/2021
No. Badge : -
N a m a : **TEGUH SETIAWAN, Tn.**
U m u r : 43 tahun
Perusahaan : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Jabatan : Driver
Tgl Pemeriksaan : 09/12/2021
Alamat : Jl. Mayjend. Sutoyo RT 64 No. 59 Balikpapan.

7617



PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA

HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE TAHUN 2021



NAMA : Teguh Setiawan
TANGGAL LAHIR : 10 September 1970
JENIS KELAMIN : Laki - Laki
S/N :
IGG :
DEPT/SERVICE :
LOKASI KERJA : PBM
JENIS PEMERIKSAAN : Pre-employment
 Annual
 Pre-retirement

Medical Department

HEALTH SURVEILLANCE

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

IDENTITAS PEGAWAI

- 1. Posisi : DRIVER
- 2. Golongan Darah : A / B / AB / O Rhesus : + / -
- 3. Status : (1) Belum kawin (2) Kawin (3) Janda (4) Duda (5) Cerai
- 4. Jumlah anak : Anak laki-laki Orang, Anak Perempuan ..2...orang
- 5. Alamat sekarang : Jemberan sutoyo RT 04 NO 59
17 alihpagan
- 6. No. Extension Telpon. : Kantor : Kamar (untuk lapangan)

HANYA UNTUK CALON KARYAWAN : RIWAYAT PEKERJAAN

No.	Posisi	Lama Kerja	Perusahaan	Lama paparan dalam jam/hari					
				Siang	Dulu	Kuda	Rudal	Ripetensi	lain-lain
	<u>DRIVER</u>	<u>24h</u>	<u>PT ISP</u>						

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 dalam sehari.

- 1. Office : _____ jam/hari
- 2. Warehouse : _____ jam/hari
- 3. Workshop : _____ jam/hari
- 4. Process area : _____ jam/hari
- 5. Well/Offshore : _____ jam/hari

PETUNJUK PENGISIAN : ISILAH NOMOR YANG SESUAI DENGAN JAWABAN ANDA PADA KOTAK JAWABAN YANG TELAH TERSEDIA DI SAMPING KANAN. JANGAN MELINGKARI ATAU MENCORET 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 2
- e. Kencing Manis 1. Ya 2. Tidak 1

- | | | | |
|---------------------------|-------|----------|-------------------------------------|
| f. Timbul benjolan/tumor | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| g. Ayan / Gangguan syaraf | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| h. Asma | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| i. Batu ginjal | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| j. Alergi | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| k. Thypus | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| l. TBC | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| m. Malaria | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| n. Penyakit kelamin | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| o. Kuning / Hepatitis | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| p. Gangguan jiwa | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| q. Takut pada ketinggian | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| r. Mata | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| s. Hidung | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| t. Telinga | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| u. Gigi / mulut | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| v. Lambung | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| w. Wasir | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| x. Kulit | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| y. Sendi - sendi | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| z. Kandungan | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |

RIWAYAT KECELAKAAN KERJA DAN PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

- | | | | |
|---|-------|----------|--|
| 1. Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah mengalami kecelakaan akibat kerja ? | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | | <i>Bila tidak, langsung ke no. 6</i> |
| 2. Bila YA, berapa kali dalam setahun terakhir Anda mengalami kecelakaan ? | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. 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 ? | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. Apakah timbul gangguan fungsi maupun kecacatan setelah sembuh ? | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| 6. Dalam satu tahun terakhir apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit ? | 1. Ya | 2. Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | | <i>Bila tidak, langsung ke no. 8</i> |
| 7. Berapa jumlah hari Anda dirawat di rumah sakit secara keseluruhan dalam satu tahun terakhir ? | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Apakah Anda menderita penyakit yang dikontrol terus menerus selama satu tahun terakhir ? | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |

KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah anda pernah merokok ?

1. Ya 2. Tidak
Bila tidak, langung ke alkohol

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 isap setiap harinya ?

5. Jenis rokok apa yang Anda isap ? (DITULIS MEREK)

1. Kadar nikotin rendah

2. Kadar nikotin sedang

3. Kadar nikotin tinggi

6. Seberapa sering Anda menghisap 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 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 satu hari, rokok manakah yang sulit di lewatkan ?

1. Rokok pertama di pagi

2. Rokok lainnya

Dari no. 11 langung ke pertanyaan alkohol

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

Langung ke pertanyaan alkohol

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

KONSUMSI ALKOHOL

1. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol ?

1. Ya 2. Tidak
Bila tidak, langung ke olahraga

2. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir ?

1. Ya 2. Tidak
Bila tidak, langung ke olahraga

3. Apakah Anda minum minuman beralkohol dalam 4 minggu terakhir ?

1. Ya 2. Tidak
Bila tidak, langung ke olahraga

4. Berapa kali Anda minum minuman beralkohol dalam sebulan ?

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

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 ?

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 diantara Ayah/Ibu Anda menderita penyakit berikut
- a. Tekanan darah tinggi 1. Ya 2. Tidak
 - b. Penyakit jantung 1. Ya 2. Tidak
 - c. Stroke 1. Ya 2. Tidak
 - d. Kencing manis 1. Ya 2. Tidak
 - e. Kanker 1. Ya 2. Tidak
 - f. Alergi 1. Ya 2. Tidak
 - g. Asma 1. Ya 2. Tidak
2. Apakah ada saudara kandung Anda menderita penyakit berikut
- a. Tekanan darah tinggi 1. Ya 2. Tidak
 - b. Penyakit jantung 1. Ya 2. Tidak
 - c. Stroke 1. Ya 2. Tidak
 - d. Kencing manis 1. Ya 2. Tidak
 - e. Kanker 1. Ya 2. Tidak
 - f. Alergi 1. Ya 2. Tidak
 - g. Asma 1. Ya 2. Tidak
3. Di antara Ayah/Ibu/Saudara Kandung Anda, apakah ada yang meninggal karena penyakit-penyakit di atas pada usia kurang dari 45 tahun untuk laki-laki dan 55 tahun untuk perempuan ? 1. Ya 2. Tidak

UNTUK KARYAWAN WANITA

1. Apakah saat ini Anda sedang hamil ? 1. Ya 2. Tidak
- Bila tidak, lampirkan ke no. 3
2. Berapa bulan umur kehamilan Anda saat ini ?
3. Berapa jumlah kehamilan yang pernah Anda alami (termasuk kehamilan kali ini) ?
4. Berapa jumlah keguguran yang pernah Anda alami ?
5. Kapan hari pertyama haid terakhir Anda ? / /
6. Berapa umur Anda pada saat haid pertama ?
7. Berapa banyak pada saat Anda haid ? 1. Banyak 2. Sedikit
8. Apakah dalam satu tahun terakhir pola haid Anda teratur ? 1. Ya 2. Tidak
9. Apakah ada rasa sakit yang berhubungan dengan haid ? 1. Ya 2. Tidak
10. Apakah Anda sering menderita keputihan ? 1. Ya 2. Tidak

KELUARGA BERENCANA

1. Apakah keluarga Anda mengikuti keluarga berencana ?

1. Ya 2. Tidak

Bila tidak langung ke Vaksinasi

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, 09 - Desember 2021.

Nama dan tanda tangan karyawan

(..... Teguh Setiawan)

MEDICAL CHECK UP -2021

PHYSICAL EXAMINATION

NAME	TEGUH SETIAWAN, Tn.	S/N	-	DEPT	-
------	---------------------	-----	---	------	---

I. VITAL SIGN

Blood Pressure (supine)	130/70	mmHg	Pulse	79	x/m	Respiration	18	x/m	Temp.	36,4	°C
Weight (W)	87	kg	Height (H)	177	cm	BMI	27,77	Waist	103	cm	

(*) BMI = W / H² (Underweight = <18, Normal 18-25, Overweight 25-30, Obese > 30)

II. PHYSICAL EXAMINATION

No	PHYSICAL	A = ABNORMAL; N = NORMAL	A	N	Describe abnormalities in detail (circle words of importance and explain)
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		✓	
5	NOSE / SINUSES	Septum/obstruction/ Turbinate /Discharges		✓	
6	MOUTH / THROAT	Odor/Lips/Tongue/Tonsils/ Gums/ Pharynx		✓	
7	TEETH	Caries @, Filling(F), Missing (M), Radix@	✓		Caries, Radix, Missing
8	NECK	Adenopathi/Thyroid/Carotids/ Trachea/ Veins/ Mass/ Spine/ Motion/ Bruit		✓	
9	BACK / SPINE	Kyphosis/Scoliosis/ Lordosis/ Mobility/ CVA/ Bone/ Tenderness/ Other deformities		✓	
10	THORAX	Symmetry/Movement/Contour / Tender		✓	
11	BREAST	Size/Consistency/ Nipples/ Areola / Discharge/ Palpable mass/ enderness/ Nodes/ Scars		✓	
12	HEART	Rate/Rhythm/Apical/Impulse/Trills/ Quality of sound/Intensity/Spitting/Extra sound/Murmurs		✓	
13	CHEST / LUNG	Excursion/Dullness or Hyper-resonance of percussion/ Quality of breath sound/ Rates/ Wheezing/Ronchi/ Bruit		✓	
14	ABDOMEN	Bowel sounds/ Appearance/ Liver/ Spleen/ Masses/ Hemias/ Murmur/ Contour/ Tenderness/ Bruit/ Nodes		✓	
15	GROIN	Hernia/Inguinal nodes/Femoral pulses		✓	
16	GENITAL	MALE		✓	
		FEMALE			
17	EXTREMITIES	Deformity/Clubbing/Cyanosis/Edema/Nail/ Peripheral pulses/ Calf tenderness/Joints for swelling/ ROM		✓	
18	JOINTS	ROM/ Swelling / Inflammation /Deformity		✓	
19	SKIN	Color/Birthmark/Scars/ Tattoos /Texture/Rash/ Eczema / ulcers/Piercing		✓	
20	NEUROLOGICAL	Reflexes/Cranial nerve/Tremor/Paralysis/Motoric/ Sensor (touch,prick,vibrate)/ Coordination/ Romberg		✓	Romberg Test : Negative
21	MUSCULAR SYSTEM	Strength/Wasting/Development		✓	
22	RECTAL EXAM.	Sphincter tonus/ Hemorrhoids/ Fissure/ Masses /Prostate		✓	

SUPPORTIVE INVESTIGATIONS

I. VISION

Vision	Unaided		With Spectacles		Depth Perception	Colour Blindness	
	Left	Right	Left	Right			
Distant	20/30	20/30				✓	Normal
Near	20/40	20/40					Red – Green Absent
Visual fields (Normal > 70°)			Left	85°	Right	85°	Colour Blind

II. LABORATORIUM SUMMARY

See attached result

	Normal	COMMENT: Glukosa : Positif +++, Gula Darah Puasa 270 mg/dL (Tinggi), Asam Urat 7,6 mg/dL (Meningkat).
✓	Abnormal	

III. CHEST X-RAY

See attached result

Pneumoconiosis	Yes	No	✓
If Yes – ILO Classification			
Evidence of TB	Yes	No	✓
Other Abnormalities			
COMMENT	Foto Thorax Normal		

IV. ECG (Optional for over 35 years of age)

See attached result

Normal	✓	Abnormal	(specify) : Sinus Rhythm
--------	---	----------	--------------------------

V. TREADMILL (Optional for over 35 years of age)

See attached result

Normal	Abnormal	(specify) :
--------	----------	-------------

VI. SPIROMETRY (Optional for dust exposure, respiratory chronic disease,)

See attached result

Test	Observed	Predicted	% Prediction	
VC				%
FVC				%
FEV 1				%
FEV/FVC				%

VII. AUDIOMETRY (Optional for noise exposure, previous hearing problem,)

See attached result

CONCLUSION		Change since last audiometric examination	Yes
✓	Normal	If Yes, what change :	No
	Abnormal	Recommended Action:	
		Refer to safety department: <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	

Patient Data

ID Number :	7617/GMI-MCU/XII/2021		
Name :	TEGUH SETIAWAN, Tn.		Company : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA
Gender :	Laki-Laki		Occupation : Driver
DOB / Age :	10/09/1978	/ 43 Yo.	Test Date : 09/12/2021
Height (cm)	177	Weight (kg) :	87
		BMI :	27,77

Jakarta Cardiovascular Risk Table

Risk Factor		Score	Result	Poin	Determine the 10-year CVD risk (%)		
Sex	Female	0	Male	1	Total Points	10-year CVD risk (%)	
	Male	1			-4	Low Risk	<1
Age	25-34	-4	43	-2	-3	Low Risk	2,6
	35-39	-3			-2	Low Risk	4,2
	40-44	-2			-1	Low Risk	5,8
	45-49	0			0	Low Risk	7,4
	50-54	1			1	Low Risk	9
	55-59	2			2	Moderate Risk	10,0
	60-64	3			3	Moderate Risk	13,1
Blood Pressure	Normal	0	130/70	1	4	Moderate Risk	17,2
	High Normal	1			5	High Risk	20,0
	Grade 1 Hypertension	2			6	High Risk	21,2
	Grade 2 Hypertension	3			7	High Risk	22,5
	Grade 3 Hypertension	4			8	High Risk	23,7
BMI (Kg/m ²)	13,79 - 25,99	0	27,77	1	9	High Risk	25
	26,00 - 29,99	1			10	High Risk	26,2
	30,00 - 35,58	2			11	High Risk	27,5
Smoke	Never	0	Never	0	12	High Risk	28,7
	Ex Smoker	3			13	High Risk	>30
	Smoker	4					
Diabetes Mellitus	No	0	No	0	Result		
	Yes	2			Estimated 10-year CVD Risk		
Physical Exercise/Activity	No	2	Low	1	10,0%		
	Low	1			Risk Category		
	Medium	0			Moderate Risk		
	High	-3					
Total Point				2			

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.
(Lab. Number) : 7617 /GMI-MCU/XII/2021

Data Pasien (Patient Detail)

Nama (Name)	: TEGUH SETIAWAN, Tn.	/ Laki-Laki	Umur (Age)	: 43 Tahun (Years old)
Pekerjaan (Job Position)	: DRIVER		Dokter (Doctor)	: Dr. Hendra AZ
Perusahaan (Company)	: PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA		Tgl Pemeriksaan (Date of Analysis)	: 9 Desember 2021

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
HEMATOLOGI			
HEMATOLOGI RUTIN			
Hemoglobine (Hgb)	14,7	Laki-laki dewasa : 13,0-18,0 Perempuan dewasa : 12,0-16,0	g/dL
Hematocrit (Hct)	45,5	Laki-laki dewasa : 40,0 - 50,0 Perempuan dewasa : 35 ,0- 45,0	%
Erythrocyt (RBC)	4,5	Laki-laki dewasa : 4,4-5,6 Perempuan dewasa : 3,8-5,5	10 ⁶ sel/mm ³
Leucocyt (WBC)	7,5	Dewasa : 4,0 - 10,0	10 ³ /μL
Differential Count			
Basophile	0,1	0 - 2	%
Eosinophile	1,0	0 - 3	%
Neutrofil	54,5	50 - 70	%
Lymphocyte	35,5	20 - 40	%
Monocyte	3,3	3 - 12	%
MCV	87	80 - 100	fL
MCH	27	27 - 34	pg/cell
MCHC	35	32 - 36	g/dL
RDW- CV	14	11 - 16	%
RDW-SD	37	35 - 56	fL
Thrombocyt	238	140 - 440	10 ³ /mm ³
KIMIA KLINIK			
METABOLISME GLUKOSA/DIABETES			
Glucose Fasting	270	Normal : 70 - 110	mg/dL
PROFIL LEMAK			
Cholesterol total	170	Yang diinginkan : < 200 Batas tinggi : 200 - 240 Tinggi : >= 240	mg/dL
Triglycerides	110	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. : 7617 /GMI-MCU/XII/2021
(Lab. Number)

Data Pasien (Patient Detail)

Nama : TEGUH SETIAWAN, Tn. / Laki-Laki **Umur** : 43 Tahun
(Name) *(Age)* *(Years old)*
Pekerjaan : DRIVER **Dokter** : Dr. Hendra AZ
(Job Position) *(Doctor)*
Perusahaan : PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA **Tgl Pemeriksaan** : 9 Desember 2021
(Company) *(Date of Analysis)*

PEMERIKSAAN / Examination	HASIL / Result	NILAI RUJUKAN / Reference Value	SATUAN
LDL Cholesterol	91	Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 - 129 Batas tinggi : 130 - 159 Tinggi : 160 - 189 Sangat tinggi : > 190	mg/dL
Rasio LDL/HDL	1,6	CARDIO RISK INDEX (CRI) < 3 : Low risk 3 - 5 : Moderate risk > 5 : High risk	
FUNGSI HATI			
SGOT / AST	25	0 - 37	U/L
SGPT / ALT	28	0 - 40	U/L
FUNGSI GINJAL			
Uric Acid	7,6	Laki-laki dewasa : 3,5 - 7,2 Perempuan dewasa : 2,6 - 6,0	mg/dL
Creatinine	1,0	0,8 - 1,4	mg/dL
Ureum	28	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	Positif +++	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

Tanggal pengambilan sampel : 9 Desember 2021

Penanggung Jawab
Laboratorium,

 **Laboratorium
GRAND Medica**
Dr. Hendra Agus Z

Analisis Laboratorium


Syamsiar Am. Ak





Nomor Pasien
(Patient Number)

Nomor Film
(Film Number) : 7617

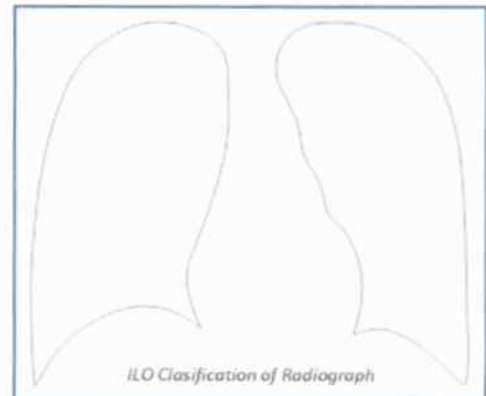
Data Pasien (Patient Detail)

Nama
(Name) : **TEGUH SETIAWAN, Tn.**
Umur
(Age) : **43** Tahun
(years old)
Jenis Kelamin
(Gender) : **Male**

Perusahaan
(Company) : **PT. INSPEKTINDO SINERGI PERSADA**
Pekerjaan
(Occupation) : **DRIVER**
Tgl Pemeriksaan
(Date of Analysis) : **09 Desember 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
Spesialis Radiologi

Patient Data

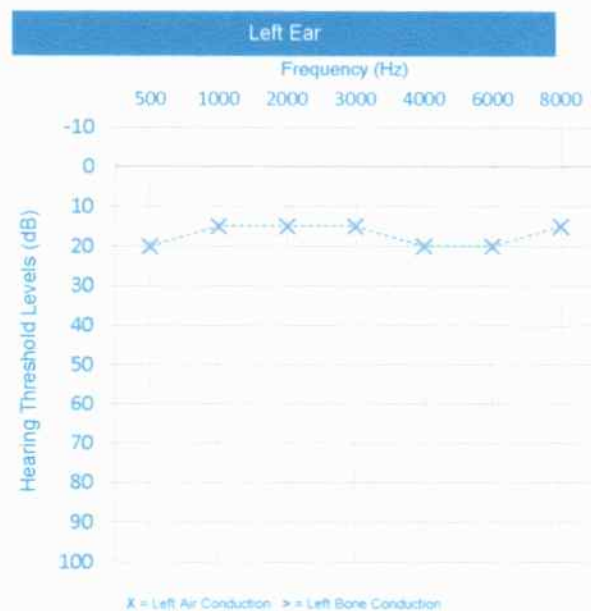
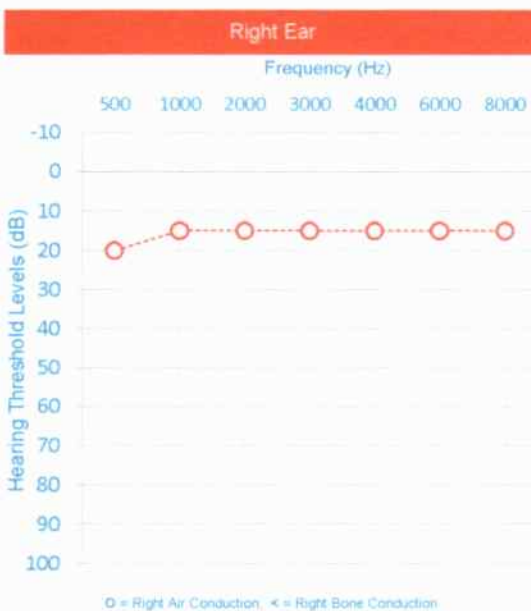
ID Number	7617	Gender	Laki-laki
First Name	TEGUH	Occupation	Driver
Last Name	SETIAWAN	Company	PT. Inspektindo Sinergi Persada
Age	43 Yo.	Test Date	09 Desember 2021

Occupational Noise Exposure

Present	Type of work Driver	Period of work 3 Years	Hearing Protection Worn No
Previous 1)	-	-	-
2)	-	-	-
Military Services	<input type="checkbox"/>		

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	Susi Rindayani 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	20	15	15	15	15	15	15	15,0
Bone								15,0

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	20	15	15	15	20	20	15	16,7
Bone								16,7

Conclusion / Medical Report

Right Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.
 Left Ear : Fungsi pendengaran dalam batas normal.

Signature 
 dr. Hendra A.Z.

Instrument used
 SIBELSOUND 427

Standard
 OSHA



ID : 7617
Name : Teguh Setiawan
Age : 43 Years
Department: PT. Inspektindo

Gender : Male

HR : 79 BPM
P Dur : 107 ms
PR int : 188 ms
QRS Dur : 83 ms
QT/QTc int : 369/425 ms
P/QRS/T axis : 36/5/-3 °
RV5/SV1 amp : 0.653/0.506 mV
RV5+SV1 amp : 1.159 mV
RV6/SV2 amp : 0.808/0.558 mV

Technician : Rinda A.Mid.Keper
Report Confirmed by:

Diagnosis Information:
800: Sinus Rhythm
Normal ECG

eesm

dr. AGHMAD YUSRI, SpJP
SPEKIALIS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH

