

Laporan Pemeriksaan Kesehatan Umum

Nama subjek		Nomor daftar penduduk	
pemeriksaan		Institusi pemeriksaan kesehatan	<input type="checkbox"/> Kunjungan <input type="checkbox"/> pemeriksaan di tempat

Komentar Umum Pemeriksaan Kesehatan

Determinasi - ☐ Normal A ☐ Normal B (batasan) ☐ Dugaan penyakit umum
☐ Dugaan hipertensi atau diabetes mellitus (Perlu tes diagnostik) ☐ Abnormal

◆ Bpk./Ibu/Nn. ○○○ sudah diperiksa untuk pemeriksaan kesehatan umum dan selain itu pemeriksaan , , .

* Harap lihat hasil dan rekomendasi penilaian gaya hidup untuk penilaian gaya hidup Anda.

◆ Bpk./Ibu/Nn. , Anda memerlukan perawatan kesehatan terkait hal-hal berikut ini.

▷ Dugaan Penyakit:

* Jika Anda didiagnosis dengan dugaan hipertensi atau diabetes melitus, Anda dapat menjalani tes diagnostik di rumah sakit atau klinik terdekat. Tagihan medis untuk kunjungan pertama Anda untuk menjalani tes diagnostik akan disubsidi (Anda harus menjalani tes sebelum tanggal 31 Januari tahun berikutnya.)
Jika Anda memenuhi syarat untuk menerima manfaat medis, Anda dapat menjalani tes diagnostik di klinik terdekat sesuai Undang-Undang Bantuan Perawatan Medis.

▷ Penyakit dikonfirmasi:

▷ Manajemen gaya hidup

▷ Lain-lain

* Hasil tes darah dapat berbeda menurut kriteria referensi yang digunakan oleh masing-masing institusi pemeriksaan kesehatan dalam determinasi normal A, normal B, dan dugaan penyakit.

Jenis tes	Penyakit objektif	Item pemeriksaan	Hasil (nilai referensi)
Mengukur pemeriksaan	Obesitas / Obesitas abdominal	Tinggi (cm) / berat (kg)	/
		BMI (kg/m ²)	<input type="checkbox"/> Berat badan kurang (di bawah 18,5) <input type="checkbox"/> Normal (18,5-24,9) <input type="checkbox"/> Kelebihan berat badan (25-29,9) <input type="checkbox"/> Obesitas (30 dan lebih tinggi)
		Pinggang (cm)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Obesitas abdominal (Laki-laki: 90 dan lebih tinggi; Perempuan: 85 dan lebih tinggi)
	Abnormalitas ketajaman penglihatan	Ketajaman penglihatan (kiri/kanan)	<input type="checkbox"/> Dikoreksi
	Abnormalitas ketajaman pendengaran	Ketajaman pendengaran (kiri/kanan)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dugaan penyakit
	Hipertensi (sistolik/diastolik)	/ mmHg	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Prahipertensi (sistolik: 120-139, atau diastolik: 80-99) <input type="checkbox"/> Dugaan hipertensi (140 dan lebih tinggi atau 90 dan lebih tinggi)

Tes darah	Anemia	Hemoglobin (g/dL)		Laki-laki: 13-16,5 Perempuan: 12-15,5	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> dll. <input type="checkbox"/> Dugaan anemia
	Diabetes Melitus	Gula darah puasa (mg/dL)		Di bawah 100	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dugaan gangguan gula darah puasa <input type="checkbox"/> Diabetes melitus
	Dislipidemia	Total kolesterol (mg/dL)		Di bawah 200	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dugaan hiperkolesterolemia <input type="checkbox"/> Dugaan hipertrigliseridemia <input type="checkbox"/> Dugaan kolesterol HDL rendah <input type="checkbox"/> Diabetes melitus
		Kolesterol HDL (mg/dL)		Di bawah 60	
		Trigliserida (mg/dL)		Di bawah 150	
		Kolesterol LDL (mg/dL)		Di bawah 130	
	Gangguan ginjal	Kreatinin serum (mg/dL)		1.5 dan lebih rendah	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dugaan penyakit ginjal
		Laju saring glomerulus (e-GFR) (mL/min/1.73 m ²)		60 dan lebih tinggi	
	Gangguan hati	AST(SGOT)(IU/L)		40 dan lebih rendah	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dugaan penyakit liver
		ALT(SGPT)(IU/L)		35 dan lebih rendah	
		Gamma-GTP (γGTP)(IU/L)		Laki-laki: 63 dan lebih rendah Perempuan: 35 dan lebih rendah	

Urinalisis	Proteinuria	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Batasan <input type="checkbox"/> Dugaan proteinuria
------------	-------------	--

Radiografi	Radiografi dada	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> TBC tidak aktif <input type="checkbox"/> Dugaan penyakit: <input type="checkbox"/> Lain-lain:
------------	-----------------	--

Pemeriksaan fisik (kuesioner)	Riwayat diagnosis medis di masa lalu		Terapi obat	
	Gaya hidup	<input type="checkbox"/> Perlu berhenti merokok <input type="checkbox"/> Perlu membatasi minuman beralkohol <input type="checkbox"/> Perlu olahraga <input type="checkbox"/> Perlu latihan otot * Berkonsultasilah kepada dokter Anda.		

	Berlaku atau tidak	Hasil
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Berlaku <input type="checkbox"/> Tidak berlaku	Antigen permukaan <input type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> Persis ()
		Antibodi permukaan <input type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> Persis ()
		<input type="checkbox"/> Antibodi terdeteksi <input type="checkbox"/> Antibodi tidak terdeteksi <input type="checkbox"/> Diduga pembawa antigen virus Hepatitis B <input type="checkbox"/> Diagnosis ditunda
Depresi	<input type="checkbox"/> Berlaku <input type="checkbox"/> Tidak berlaku	<input type="checkbox"/> Tidak ada gejala depresi (0~4 poin) <input type="checkbox"/> Gejala depresi ringan (5~9 poin) <input type="checkbox"/> Dugaan depresi sedang (10~19 poin) <input type="checkbox"/> Dugaan depresi parah (20~27 poin)
Gangguan fungsi kognitif	<input type="checkbox"/> Berlaku <input type="checkbox"/> Tidak berlaku	<input type="checkbox"/> Tidak ada keabnormalan tertentu (0~5 poin) <input type="checkbox"/> Dugaan gangguan fungsi kognitif (6 poin dan lebih tinggi)
Tes kepadatan tulang	<input type="checkbox"/> Berlaku <input type="checkbox"/> Tidak berlaku	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Osteopenia <input type="checkbox"/> Osteoporosis
Penilaian fungsional fisik lanjut usia	<input type="checkbox"/> Berlaku <input type="checkbox"/> Tidak berlaku	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fungsi fisik menurun
Penilaian fungsional lanjut usia (kuesioner)	<input type="checkbox"/> Berlaku <input type="checkbox"/> Tidak berlaku	Penurunan <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Risiko penurunan tinggi
		Kemampuan untuk melakukan kegiatan sehari-hari <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Perlu bantuan dalam kegiatan sehari-hari
		Vaksinasi <input type="checkbox"/> Perlu suntikan vaksin influenza <input type="checkbox"/> Perlu suntikan vaksin pneumokokus <input type="checkbox"/> Tidak perlu suntikan vaksin
		Gangguan mikturisi <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dugaan gangguan mikturisi

Penilaian Risiko Penyakit Kardiovaskular

*Penyakit kardiovaskular merujuk pada penyakit termasuk stroke, serangan jantung, dll.

Nama ○○○	Jenis kelamin ○○	Usia ○○	Tanggal pemeriksaan 0000-00-00
----------	------------------	---------	-----------------------------------

Risiko penyakit kardiovaskular

Risiko Anda terkena penyakit kardiovaskular
(Dibandingkan rata-rata untuk
(usia) (jenis kelamin) Anda)

0,00 kali

Kemungkinan Anda terkena penyakit kardiovaskular dalam 10 tahun

Bpk./Ibu/Nn. ○○○

Rata-rata untuk (usia) (jenis kelamin) Anda

0,0%















0,0%



Usia kardiovaskular

00 tahun

Ketahui faktor-faktor kesehatan

Faktor-faktor kesehatan	Kondisi saat ini	→	Kondisi sasaran	Sinyal kesehatan
 Berat badan Lingkar pinggang			Di bawah 65 kg Di bawah 90 cm	
 Olahraga			Lima kali seminggu atau lebih	
 Minuman beralkohol			Tidak lebih dari 2 gelas	
 Tekanan darah			Di bawah 120/80	
 Merokok			Tidak merokok	
 Gula darah puasa			Di bawah 100	
 Total kolesterol Kolesterol LDL			Di bawah 200 Di bawah 130	

Bpk./Ibu/Nn. , hasil di atas adalah kondisi kesehatan Anda saat ini dan sasaran berdasarkan jawaban kuesioner dan hasil tes Anda. Anda perlu secara aktif memperbaiki faktor-faktor yang sinyalnya menunjuk pada “Waspada” atau “Bahaya”. Jika Anda sedang mengonsumsi obat-obatan untuk hipertensi, diabetes melitus, atau dislipidemia, hasil sinyal kesehatan Anda akan menunjuk pada “Waspada” meskipun tekanan darah, gula darah puasa, dan kolesterol Anda berada dalam kondisi sasaran. Teruslah menjaga kondisi kesehatan Anda.

※ Karena sasaran di atas mengikuti pedoman umum, sasaran dapat bervariasi tergantung kondisi kesehatan Anda. Berkonsultasilah kepada dokter Anda.

Untuk memperbaiki faktor-faktor kesehatan

Kemungkinan Anda terkena penyakit kardiovaskular dalam 10 tahun harus dikurangi sebesar

00% (0,0% -> 0,0%)

Usia kardiovaskular

00 -> 00

Dengan ini dinyatakan bahwa informasi di atas adalah hasil pemeriksaan kesehatan Anda.

20 . . .

Tanggal penilaian:

Dokter: Lisensi (Kualifikasi) / No.

Nama

(Tanda Tangan)

(Institusi Perawatan Medis

)

Hasil Penilaian Gaya Hidup

Nama subjek		Nomor daftar penduduk	
pemeriksaan		Institusi pemeriksaan kesehatan	<input type="checkbox"/> Kunjungan <input type="checkbox"/> pemeriksaan di tempat

Merokok	<input type="checkbox"/> Bukan perokok <input type="checkbox"/> Mantan perokok <input type="checkbox"/> Saat ini perokok <input type="checkbox"/> Perokok hanya dengan rokok elektrik		
	Penilaian ketergantungan nikotin	<input type="checkbox"/> Rendah (0–3 poin) <input type="checkbox"/> Sedang (4-6 poin) <input type="checkbox"/> Tinggi (7-10 poin)	
	Rekomendasi untuk berhenti merokok	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
	Rekomendasi	<input type="checkbox"/> Konsultasi dan edukasi <input type="checkbox"/> Terapi pengobatan (Terapi pengganti nikotin, bupropion, dan varenicline) <input type="checkbox"/> Rujukan (pusat antirokok dan klinik)	

Konsumsi alkohol	<input type="checkbox"/> Bukan peminum <input type="checkbox"/> Peminum ringan <input type="checkbox"/> Peminum berat <input type="checkbox"/> Dugaan gangguan konsumsi alkohol		
	Rekomendasi untuk berhenti/membatasi minuman beralkohol	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
	Rekomendasi	<input type="checkbox"/> Konsultasi dan edukasi <input type="checkbox"/> Rujukan (pusat rehabilitasi alkohol dan klinik) <input type="checkbox"/> Terapi pengobatan	

Olahraga	<input type="checkbox"/> Kurang olahraga <input type="checkbox"/> Olahraga dasar <input type="checkbox"/> Olahraga untuk meningkatkan kesehatan		
	<input type="checkbox"/> Kurang latihan otot <input type="checkbox"/> Latihan otot yang tepat		
	Rekomendasi olahraga	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
	Jenis Rekomendasi:	<input type="checkbox"/> Jalan cepat <input type="checkbox"/> Berenang <input type="checkbox"/> Mendaki gunung <input type="checkbox"/> Senam aerobik <input type="checkbox"/> Peregangan <input type="checkbox"/> Latihan otot <input type="checkbox"/> Lainnya ()	
	Waktu:	<input type="checkbox"/> 10 menit <input type="checkbox"/> 15–30 menit <input type="checkbox"/> Lebih dari 30 menit <input type="checkbox"/> Lainnya ()	
Frekuensi:	<input type="checkbox"/> 1–2 kali seminggu <input type="checkbox"/> 3-4 kali seminggu <input type="checkbox"/> Lebih dari 5 kali seminggu		

Nutrisi	<input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kurang		
	Rekomendasi nutrisi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
	Rekomendasi	<input type="checkbox"/> Harap tingkatkan asupan makanan. (<input type="checkbox"/> Produk susu <input type="checkbox"/> Protein <input type="checkbox"/> Sayuran) <input type="checkbox"/> Harap dikurangi (<input type="checkbox"/> Lemak <input type="checkbox"/> Gula sederhana <input type="checkbox"/> Salinitas (Garam)) <input type="checkbox"/> Kebiasaan makan sehat (<input type="checkbox"/> Tidak pernah melewatkan sarapan <input type="checkbox"/> Mengonsumsi beragam makanan seimbang) <input type="checkbox"/> Rujukan (Kelas edukasi nutrisi)	

Obesitas	<input type="checkbox"/> Berat badan normal <input type="checkbox"/> Kelebihan berat badan <input type="checkbox"/> Obesitas		
	Rekomendasi untuk obesitas	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
	Rekomendasi	<input type="checkbox"/> Harap kurangi jumlah asupan makanan. <input type="checkbox"/> Harap kurangi jumlah dan frekuensi konsumsi alkohol. <input type="checkbox"/> Harap lihat rekomendasi untuk olahraga. <input type="checkbox"/> Lainnya ()	
		<input type="checkbox"/> Harap kurangi makanan ringan pada siang dan malam hari. <input type="checkbox"/> Harap kurangi asupan makanan di luar dan makanan cepat saji. <input type="checkbox"/> Rujukan (Klinik obesitas)	