

Nomor Pendaftaran/Form :

\_\_\_\_\_  
Nama Calon Peserta PSB NFBS :

## **Petunjuk Umum**

### **Form . Tes Kesehatan**

1. Setelah form ini di cetak (*print*), peserta membawa form ini kepada lembaga yang dituju (Rumah Sakit Pemerintah/Swasta/ Laboratorium /Dokter Praktek berijin resmi)
2. Peserta melakukan tes kesehatan sesuai waktu yang disepakati bersama lembaga tester
3. Setelah diputuskan hasilnya, peserta membawa hasil dalam keadaan tertutup saat pelaksanaan seleksi akademik,. dilengkapi dengan dokumen pelengkap :
  - a. Hasil Foto Rontgen Dada (Thorax)
  - b. Hasil Laboratorium berupa : (1) HbSAg, (2) darah RUTIN (3) urine RUTIN (4) Sgot-SgPt
  - c. Narkoba dengan 3 indikator : Amphetamin, Mariyuana, Morphin
4. Prinsip tes kesehatan ini adalah kejujuran, tanpa paksaan dan penuh tanggung jawab.
5. Kesulitan atau bantuan dalam melakukan tes kesehatan ini dapat menghubungi panitia, pada hari dan jam kerja via telepon : +62 877-7149-0170 (Ust Siti Eha Nurseha) atau email : [kliniknfbs@gmail.com](mailto:kliniknfbs@gmail.com)



**PESANTREN IBNU SALAM NURUL FIKRI**  
**STATUS KESEHATAN UNTUK PENERIMAAN SANTRI BARU 2019/2020**

Nama:	
No Tes:	
Umur:	
Asal Sekolah:	
Tanggal pemeriksaan	

**A. Anamnesa (Diisi oleh peserta / di bantu oleh dokter), Jawablah dengan lengkap dan benar**

1. Kebiasaan	a. Kebersihan	Membersihkan	Frekuensi	
		Gosok Gigi		
		Tubuh/Mandi		
	b. Pola Makan dan minum	Rambut		
		Jenis	Frekuensi	
		Makan dan minum		
		Susu		
	c. Apakah anda pernah merokok:	Buah		
Kesukaan				
d. Apakah Anda pernah mengkonsumsi Obat-obat terlarang:				
2. Penyakit yang pernah diderita		Ya/Tahun	Tidak	
	1. Thypus			
	2. Hepatitis			
	3. TBC			
	4. Asma			
	5. Jantung			
	6. Gondongan			
	7. Penyakit Tulang			
	8. ISPA ( Infeksi saluran pernapas atas			
	<b>9. Alergi, Terhadap apa sebutkan</b>			
	10. Gastritis			
	11. Hemofilia			
	12. Thalassemia			
	13. Penyakit kulit			
	14. Penyakit Ginjal			
	15. Cedera, Sebutka Organ yang terkena			
	16. Operasi, Sebutkan			
Riwayat penyakit keluarga	Ayah			
	Ibu			
	Saudara Kandung			

## B. PEMERIKSAAN FISIK ( Diisi oleh Dokter)

### 1. Tanda tanda Vital

Keadaan Umum : Sehat / Sakit	
Tekanan Darah :	mmHg
Tinggi Badan :	Cm
Berat Badan :	Kg
Bentuk Muka :	
Warna Rambut :	
Kebersihan Rambut :	Terlur kutu: +/-

### 2. Mata

Bagian	Kanan	Kiri
Kelopak Mata	Ptosis simetris	Ptosis simetris
Sklera	Ikterik/Tidak ikterik	Ikterik/Tidak ikterik
Konjungtiva	Anemis/ Tidak	Anemis/ Tidak
Lensa	Jernih / Keruh	Jernih / Keruh
Visus		
Ishihara	Buta Warna: Ya/tidak, Parsial/ Total	

### 3. Mulut dan Gigi

Bagian	Hasil Pemeriksaan
Gigi	Caries: + / - , Calculus: + / - , Gigi Tanggal:
Mulut	Oral Higiene: Baik, Cukup, Kurang, Stomatitis: + / -

### 4. THT

Bagian	Kanan	Kiri
Telinga	Tanda radang: +/- , Serumen: +/- , Gendang telinga: Intak/Perforasi/Tak terlihat	Tanda radang: +/- , Serumen: +/- , Gendang telinga: Intak/Perforasi/Tak terlihat
Hidung	Hiperemis: +/- Sinusitis: +/-	Hiperemis: +/- Sinusitis: +/-
Tenggorokan	Tonsil:..... Hiperemis: +/-	Tonsil:..... Hiperemis: +/-
KGB	Pembesaran: Ada/ tidak	Pembesaran: Ada/ tidak

### 5. Dada

Bagian	kanan	kiri
Inspeksi	Simetris/tidak simetris	Simetris/tidak simetris
Paru:		
a.Perkusi	Sonor/ hipersonor	Sonor/ hipersonor
b.Palpasi		
c.Auskultasi	Vesikuler/ronki + / - , Wheezing + / -	Vesikuler/ronki + / - , Wheezing + / -
d.Jantung	ictus cordis:.....BJ I/II:....., ga	

### 6. Abdomen

Bagian	Hasil pemeriksaan
Inspeksi	soepel/tidak, lain-lain:
Palpasi	H/L:.....NT: + / -
Auskultasi	BU:.....

### 7. Ekstremitas

Bagian	Hasil pemeriksaan Kanan	Kiri
Sensorik		
Motorik		
Refleks		
Cacat	Ada/tidak, Lokasi:.....	Ada/tidak, Lokasi:.....
Kuku:		

### 8. Kulit dan kelamin

Bagian	Hasil Pemeriksaan	Analisa pemeriksaan
Kulit	Sianosis: + / - , Warna kulit:	Menular/tidak, psoriasis + / -
Kelamin:		

Laboratorium / Penunjang :

Darah Perifer Lengkap: \_\_\_\_\_

Urin Lengkap: \_\_\_\_\_

HbsAg: \_\_\_\_\_

SGOT/SGPT: \_\_\_\_\_

Rontgen Thorax: \_\_\_\_\_

Px NARKOBA : \_\_\_\_\_

**Pemeriksaan Narkoba 3 Parameter Amphetamin, Mariyuana, Morphin**

Kesimpulan:

1. Gizi:IMT: \_\_\_\_\_ (Kurang / baik/ lebih)
- 2.a Sehat tanpa catatan
- 2.b Sehat dengan catatan, ada riwayat penyakit:.....
- 2.c Tidak sehat karena:.....

**Catatan: Lampiran ini wajib dibawa bersamaan dengan berkas kesehatan lainnya saat melakukan tes Akademik.**

Dengan ini saya menyatakan bahwa data diatas adalah benar, tanpa ada intervensi dari luar.  
Sesuai dengan sumpah dan jabatan.

\_\_\_\_\_  
Dokter yang memeriksa,

\_\_\_\_\_  
No Telp :