

Nomor SPAJ/K :

FORMULIR PEMERIKSAAN JANTUNG

Nama Calon Tertanggung/ Peserta :

Tanggal Lahir :

RIWAYAT

- 1. Nyeri atau rasa tidak enak di dada
- 2. Penyumbatan pembuluh darah jantung
- 3. Demam Rematik
- 4. Tekanan Darah Tinggi
- 5. Denyut jantung tidak normal
- 6. Penyakit pembuluh darah tepi
- 7. Penyakit Jantung/pembuluh darah yang lain
- 8. Sesak Napas
- 9. Pembengkakan pada kaki
- 10. Makan obat digitalis, nitroglicerine dll.
- 11. Makan obat tekanan darah tinggi
- 12. Rontgen Dada
- 13. EKG

Tidak	Ya
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika "Ya", berikan perincian mengenai: tanggal, lamanya, keadaannya, nama & alamat dokter & rumah sakit

Tanda tangan
Tertanggung/Peserta

HASIL PEMERIKSAAN TEKANAN DARAH DAN NADI (SEBELUM LATIHAN JASMANI)

SISTOLIK

DIASTOLIK

Melemahnya Suara

Menghilangnya Suara

	SISTOLIK	Melemahnya Suara	Menghilangnya Suara
Duduk	Kanan <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Kiri <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Berbaring	Kanan <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Kiri <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RITME

Teratur Tidak teratur

Jika tidak teratur, jelaskan:

.....

Jika ada ekstra sistol berapa permenit:

.....

	Denyut Nadi
istirahat	<input type="text"/>
Jongkok bangun 10c	<input type="text"/>
2 menit setelah jongkok bangun	<input type="text"/>

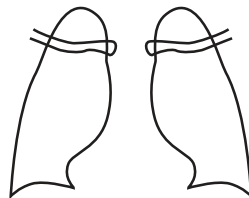
BISING JANTUNG

Tidak Ada Sistolik Diastolik
 Derajat: 1 2 3 4 5 6
 Keras Kasar Halus Blowing

Apakah terdengar :

	Tidak	Ya
Pada istirahat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setelah latihan jasmani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pada inspirasi dalam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pada ekspirasi dalam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berdiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berbaring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berbaring ke kiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LOKASI



Berilah tanda dengan :

xxxx = daerah bising jantung
 = bising jantung terdengar paling jelas
 → = penjaluran bising jantung

THRILL

Tidak Ada Ada
 Sistolik Diastolik

Dimana :

PEMBESARAN JANTUNG

Tidak Ada
 Ringan
 Berat

TANDA KEGAGALAN JANTUNG

	Tidak	Ya
Sesak napas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sianosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tekanan Vena jugularis meningkat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pembengkakan mata kaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ronchi basal paru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CATATAN DAN KETERANGAN DIAGNOSA

Tanggal :

Nama & Alamat Lengkap Dokter Pemeriksa

(Tanda tangan & Cap Dokter)