

FORMULIR PEMERIKSAAN JANTUNG

Nama Calon Tertanggung/Peserta :	Tanggal Lahir :
----------------------------------	-----------------

RIWAYAT	Tidak	Ya	Jika "Ya", berikan perincian mengenai tanggal, lamanya, keadaannya, nama & alamat dokter / rumah sakit.
1. Nyeri atau rasa tidak enak di dada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Penyumbatan pembuluh darah jantung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Demam Rematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Tekanan Darah Tinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Denyut jantung tidak normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Penyakit pembuluh darah tepi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Penyakit jantung/pembuluh darah yang lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Sesak napas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Pembengkakan pada kaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Makan obat digitalis, nitroglicerine dll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Makan obat tekanan darah tinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Rontgen Dada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tanda tangan
Tertanggung/Peserta

HASIL PEMERIKSAAN TEKANAN DARAH DAN NADI (SEBELUM LATIHAN JASMANI)

		SISTOLIK		DIASTOLIK	
				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	<input type="text"/>
istirahat	<input type="text"/>
Jongkok bangun 10x	<input type="text"/>
2 menit setelah jongkok bangun	<input type="text"/>

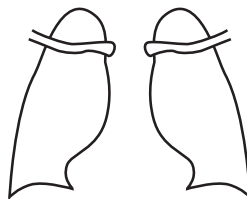
BISING JANTUNG

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)