



## SELEKSI KESEHATAN CALON PASKIBRAKA 2023

### Daftar Riwayat Kesehatan

Provinsi : \_\_\_\_\_  
Kabupaten : \_\_\_\_\_  
Putra/Putri : \_\_\_\_\_  
Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan : \_\_\_\_\_

### Daftar Riwayat Kesehatan Calon Paskibraka

#### I. Identitas

1. Nama : \_\_\_\_\_  
2. Nomor Peserta : \_\_\_\_\_  
3. NIK : \_\_\_\_\_  
4. Tempat, tanggal Lahir : \_\_\_\_\_  
5. Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_  
6. Alamat : \_\_\_\_\_

#### II. Riwayat Penyakit Dahulu : Riwayat penyakit yang pernah diderita sebelum mengikuti seleksi menjadi Calon Paskibraka. (Isilah dengan jujur dan bertanggung jawab. Riwayat kesehatan ini tidak termasuk dalam kategori penilaian, tetapi data ini dibutuhkan sebagai keterangan penunjang kesehatan).

#### A. Beri tanda centang pada setiap pernyataan di bawah ini.

Jenis Penyakit	Ya	Tidak	Jenis Penyakit	Ya	Tidak	Jenis Penyakit	Ya	Tidak
Sering flu/ sakit tenggorokan			Maag/ Lambung			Sering sakit kepala		
Asthma			Batu empedu			Gangguan bicara		
TBC			Hernia			Ayan/ epilepsi		
Radang Paru			Ambeyen/ Hemorrhoid			Diabetes melitus/ kencing manis		
Radang selaput paru			Gangguan saluran Kencing			Gonorrhoea/ kencing nanah		
Bronkitis			Gangguan ginjal			Demam Tifoid/ Tipes		
Stroke			Batu Ginjal			Masalah Haid		
Demam Reumatik			Nyeri punggung			Malaria		
Darah tinggi			Gangguan sendi			Patah tulang		
Darah rendah			Sakit kulit			Pingsan berulang		
Nyeri dada kiri			Sulit tidur			Alergi obat/ makanan		
Varises			Penyakit mata			Tumor		
Gangguan saluran cerna			Gugup/Gangguan Mental			Masalah telinga		

#### B. Pilih jawaban Ya atau Tidak dan berikan penjelasannya.

	Ya	Tidak	Keterangan / Penjelasan
1 Apakah saat ini sedang konsumsi obat rutin selain vitamin ?			
2 Pernah batuk lama lebih dari 2 minggu ?			tahun....
3 Pernah mengalami kelainan air seni / kencing ?			tahun....
4 Riwayat pernah dirawat rumah sakit			tahun.....
5 Riwayat pernah dioperasi			Tahun..... Tindakan ....
			Tahun.... Tindakan ....
6 Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan ?	( )	( )	
a. Trauma kepala saat kecelakaan	( )	( )	
b. Dirawat setelah kecelakaan	( )	( )	
c. Saat kecelakaan, kehilangan kesadaran	( )	( )	
7 Apakah pernah dikonsultasikan pada dokter spesialis saraf ?			
8 Apakah pernah dikonsultasikan pada dokter spesialis jiwa?			
9 Apakah Anda mengalami penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir ini?			
10 Apakah pernah ditolak asuransi kesehatan ?			
11 Apakah saat ini merasa dalam keadaan sehat ?			
12 Apakah Anda sehari - hari merokok ?			sudah berapa lama.... berapa batang per hari ....
13 Apakah Anda peminum minuman beralkohol ?			sudah berapa lama ?
14 (Wanita) Haid			
a. Durasi / lama haid ..... hari			
b. Interval haid : setiap berapa hari sekali )			
c. Adakah Nyeri haid/ dismenore			
15 Alergi			
a. Alergen (jika apa muncul alergi)			
b. Gejala alergi yang pernah muncul			

#### C. Pemeriksaan Fisik

Tanda vital	TD : / mmHg	Suhu : C
	Nadi : X/ menit	Respirasi : x/menit
Pemeriksaan Fisik Umum (Head to Toe)	Normal	
	Kelainan :	
Pemeriksaan Visus Sederhana	OS : /	OD : /
Kaca mata / lensa kontak	Tidak menggunakan / menggunakan *)	
Tes Ishihara (tes buta warna)	Tidak buta warna / Buta warna total/ Buta warna parsial *)	
Tes Narkoba Sederhana (Urine)**		
Tes Kehamilan (Urine) - wanita	Hamil/ tidak hamil *)	

\*) coret yang tidak perlu

Saya adalah dokter yang memeriksa pasien di atas menyatakan bahwa yang bersangkutan pada hari ini dinyatakan SEHAT / TIDAK SEHAT\*) dan LAYAK / TIDAK LAYAK\*) mengikuti Pelatihan Kepaskibrakaan.

....., ..... 2023

Dokter,

**\*\*) Tes Narkoba Sederhana dilakukan setelah kandidat terpilih menjadi Capaska Kabupaten**

(.....)

NIP.