

E. Formulir Pemeriksaan Kesehatan Seleksi Calon Paskibraka Tingkat Kabupaten/Kota

**FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATAN
SELEKSI CALON PASKIBRAKA TINGKAT KABUPATEN/KOTA**

Tanggal pemeriksaan :..... 2024

Provinsi :..... Kabupaten/Kota :..... Putra/Putri)*

Identitas Peserta Seleksi Calon Paskibraka Tingkat Kabupaten/Kota:

Nama Lengkap		NIK	
Nomor Peserta		Tempat dan Tanggal Lahir	
No. Telp/HP			

Riwayat Penyakit:

Beri tanda centang pada setiap pernyataan di bawah ini.

Pertanyaan	Ya	Tidak	Pertanyaan	Ya	Tidak	Pertanyaan	Ya	Tidak
Mengalami Infeksi Sal Nafas Atas > 4x dalam setahun?			Sakit kepala > 1 x dalam seminggu?			Mengalami nyeri punggung dalam 3 bulan terakhir?		
Pernah menderita penyakit paru /Asthma/TBC/Radang paru?			Mengalami pingsan dalam 3 bulan terakhir?			Pernah patah tulang?		
Adakah varises di kaki?			Riwayat kejang/ayan/epilepsi dalam 1 tahun terakhir?			Sedang mengonsumsi obat-obatan rutin selain vitamin?		
Adakah riwayat ambeyen/BAB berdarah?			Memiliki gigi berlubang > 5 gigi?			Riwayat operasi dengan bius umum?		
Riwayat mengalami gangguan saluran cerna > 1x dalam seminggu?			Riwayat mengalami sakit telinga/telinga berdenging dalam 3 bulan terakhir?			Gangguan haid hingga tidak dapat melakukan aktifitas (wanita)?		
Pernah mengalami nyeri dada atau jantung berdebar?			Riwayat gangguan tidur dalam 3 bulan terakhir?			Merokok dalam 1 bulan terakhir?		
Mengalami riwayat sakit ginjal/infeksi sal kemih berulang dalam 3 bulan terakhir?			Adakah gangguan bicara?			Ketergantungan minuman beralkohol?		

Riwayat alergi obat/makanan/bahan kimia dan lain sebagainya (sebutkan)

.....

Pemeriksaan Fisik Umum:

Pemeriksaan Fisik Umum	Hasil Pemeriksaan	Standar Kesehatan Calon Paskibraka Tingkat Kabupaten/Kota
TB/BB	Cm / kg	Memenuhi kriteria sesuai Surat Edaran ini
Tanda vital	TD : / MmHg	Normal
	Nadi : X/menit	Normal
	Suhu : C	Normal
	Respirasi : X/m	Normal
Pemeriksaan Fisik Umum (head to toe)	Normal/kelainan Tulis temuan kelainannya	Normal
Pemeriksaan Mata Sederhana <ul style="list-style-type: none"> • Buta Warna/Isihara • Visus 	Tidak buta warna/Buta warna parsial/total OD/..... OS/.....	Tidak buta warna 6/6 – maksimal 6/12 (toleransi)
Kaca Mata/lensa kontak	Menggunakan/Tidak menggunakan	Tidak menggunakan
Tes Kehamilan	Hamil/Tidak hamil	Tidak hamil

Penilaian Seleksi Kesehatan Calon Paskibraka Tingkat Kabupaten/Kota:

- Memenuhi standar kesehatan Calon Paskibraka Tingkat Kabupaten/Kota
 Tidak memenuhi standar kesehatan Calon Paskibraka Tingkat Kabupaten/Kota

.....,2024

Dokter Pemeriksa,

(.....)