

**DATA CALON MAHASISWA BARU
TAHUN AKADEMIK 2024/2025
(DIISI CALON MAHASISWA BARU)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :
Nama :
Tempat Tanggal Lahir :
Usia :tahun
Jenis Kelamin* : (Laki-laki / Perempuan)
Alamat Asal :
.....
No. Telepon Calon Mahasiswa :
No. Handphone Calon Mahasiswa :
Agama :
Kewarganegaraan* : WNI/WNA
Nama Orang Tua/ Wali :
No. Telepon Orang Tua/ Wali :
No. Handphone Orang Tua/ Wali :
Alasan Masuk Fakultas Kedokteran¹ : 1. Kemauan Sendiri
2. Kemauan Ayah / Ibu
3. Kemauan Orang Lain, Sebutkan.....

Saya menyatakan bahwa seluruh Data yang saya tuliskan dalam seluruh berkas Formulir Kesehatan ini adalah benar dan memberikan ijin penggunaan data untuk kepentingan pendidikan/penelitian.

,/ / 2024
Calon Mahasiswa Baru

(.....)
nama lengkap dan tanda tangan

* coret yang tidak perlu
¹ Lingkari Pilihan Anda

ANAMNESA

ISI SEMUA PERTANYAAN BERIKUT INI BERIKAN **TANDA CENTANG (√)** PADA PILIHAN YANG PALING SESUAI DENGAN KEADAAN CAMABA.

NO	APAKAH ANDA (dari kecil sampai dewasa) PERNAH MENGALAMI	YA	TIDAK
1.	Riwayat sering sakit kepala berulang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Riwayat jatuh terbentur pada kepala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Riwayat kejang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Riwayat Penyakit Paru-paru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Riwayat batuk berulang/lama lebih dari 1 bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Riwayat penyakit asma/sesak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Riwayat sering pingsan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Riwayat operasi/dirawat di rumah sakit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Riwayat Penyakit saluran pencernaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Riwayat muntah darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Riwayat berak darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Riwayat batuk darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Riwayat Penyakit Jantung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Riwayat keringat dingin tangan/kaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Riwayat biru pada bibir/tangan/kaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Riwayat demam berulang selama sekitar 2 bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Riwayat diare berulang selama sekitar 2 bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Riwayat sariawan berulang selama sekitar 2 bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Riwayat kesemutan yang berulang & terus menerus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Riwayat gangguan pendengaran/telinga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Riwayat gangguan penglihatan/mata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Apakah Anda sedang haid? (khusus perempuan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Apakah anda sedang berpuasa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Apakah anda sedang sakit*?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	*Jika Ya, Sebutkan jenis keluhan/sakit : _____		
25.	Apakah anda sedang mengalami Demam/Panas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Apakah anda sedang Batuk/Pilek/Flu/Nyeri Tenggorokan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Apakah anda mengalami pusing/sakit kepala?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Apakah anda mengalami mual/muntah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Apakah 1-3 hari sebelum tes Anda mengonsumsi obat/vitamin? Jika Ya, sebutkan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORM PEMERIKSAAN FISIK

IDENTITAS (Diisi Calon Mahasiswa Baru)

Nama : _____

Program Studi : S. KEDOKTERAN

HASIL PEMERIKSAAN FISIK

(diisi oleh dokter/pemeriksa)

1. PEMERIKSAAN BERAT BADAN & TINGGI BADAN

Tinggi Badan:cm Berat Badan :.....Kg

2. PEMERIKSAAN TEKANAN DARAH & NADI

Tensi :/..... mmHg Nadi : X/menit (reguler/ireguler)*

3. PEMERIKSAAN FISIK

Sebelum melakukan pemeriksaan fisik mohon **dokter mengkonfirmasi** lembar anamnesa yang telah diisi secara mandiri oleh calon mahasiswa baru di **form 2**
Kemudian **lingkari** pemeriksaan fisik yang telah didapatkan pada tabel berikut ini:

Keadaan umum	Tampak sehat/tampak sakit		
Gait*	dBN/ abnormal		
Kepala*	dBN /lesi kulit /deformitas/anemi/ikterik		
Leher*	dBN /Lesi kulit /deformitas/pembesaran kelenjar tiroid/pembesaran kelenjar getah bening		
Thorax*	dBN /Lesi kulit /deformitas		
Pulmo*	Vesikuler / Bronkovesikuler		
	Rhonki + / -	Wheezing + / -	
Cor*	S1 S2 tunggal / suara jantung tambahan.		
	Mur-mur +/- di.....		
Abdomen*	dBN /lesi kulit /tumor abdomen/spider nevi		
	Hepar dBN / hepatomegali/ sirosis hepatitis		
	Lien : dBN / splenomegaly		
Ekstremitas*	dBN /Lesi kulit /deformitas/kelainan bentuk atau warna kuku		
	Kekuatan motorik: dbn/ lemah		
Kesimpulan*	Dalam batas normal/Abnormal		
Catatan khusus			
Nama Dokter Mohon tulis dengan jelas		Paraf**	

* Lingkari Pilihan Anda

**Wajib Stempel Basah Rumah Sakit pemerintah kota/kabupaten

FORM PEMERIKSAAN TELINGA

IDENTITAS (Diisi Calon Mahasiswa Baru)

Nama : _____

Program Studi* : S. KEDOKTERAN

HASIL PEMERIKSAAN TELINGA :

(diisi oleh dokter spesialis THT)

	Dekstra	Sinistra
Auricula*	Normal/Abormal Tuliskan detail jika abnormal:	Normal/Abormal Tuliskan detail jika abnormal:
Kanalis auricalis*	paten/tidak paten (kongenital/serumen obsturan) Tuliskan detail jika abnormal:	paten/tidak paten (kongenital/serumen obsturan) Tuliskan detail jika abnormal:
Membrana thympani *	intak/tidak intak/retraksi Tuliskan detail jika abnormal:	intak/tidak intak/retraksi Tuliskan detail jika abnormal:
Tes bisik*	normal/abnormal	normal/abnormal
Kesimpulan*	dBN/Ditemukan kelainan	

Nama Dokter Mohon tulis dengan jelas		Paraf**	
------------------------------------------------	--	----------------	--

* Lingkari Pilihan Anda

**Wajib Stempel Basah Rumah Sakit pemerintaah kota/kabupaten

FORM PEMERIKSAAN MATA

IDENTITAS (Diisi Calon Mahasiswa Baru)

Nama : _____

Program Studi* : S. KEDOKTERAN

HASIL PEMERIKSAAN MATA :

(diisi oleh dokter spesialis MATA)

Apabila memakai kacamata, kacamata **tidak** perlu dilepas

- a. Tajam penglihatan sentral :
 - Mata Kanan : Pakai kaca mata / tanpa kaca mata*
 - Mata Kanan dgn pinhole : Pakai kaca mata / tanpa kaca mata*
 - Mata Kiri : Pakai kaca mata / tanpa kaca mata*
 - Mata Kiri dgn pinhole : Pakai kaca mata / tanpa kaca mata*
- b. Tajam Penglihatan Warna** : () Tidak Buta Warna
 () Buta Warna Parsial
 () Buta Warna Total

<u>Pemeriksaan meliputi :</u>			
VISUS ODS	:		
TIO ODS	:		
SEGMENT ANT ODS	:		
FUNDUS ODS	:		
ISHIHARA TEST ODS	:		
<u>KESIMPULAN :</u> dBN/Kelainan			
Nama Dokter : Mohon tulis dengan jelas		Paraf***	

* Lingkari Pilihan Anda
 ** Centang Pilihan Anda
 ***Wajib Stempel Basah Rumah Sakit pemerintah kota/kabupaten

FORM BEBAS NARKOBA**IDENTITAS** (Diisi Calon Mahasiswa Baru)

Nama : _____

Program Studi : S. KEDOKTERAN

PEMERIKSAAN BEBAS NARKOBA

Pemeriksaan Bebas Narkoba meliputi parameter :

1. Metamphetamin
2. Amphetamine
3. Morphin
4. THC
5. Cocain
6. Benzodiazepine

Keterangan :

- ✓ Surat keterangan bebas narkoba cukup mencantumkan minimal 3 dari parameter tersebut di atas
- ✓ Surat keterangan bebas narkoba dikeluarkan dari rumah sakit kepolisian kota/kabupaten, rumah sakit pemerintah kota/kabupaten atau BNN dan wajib Stempel dari badan yang mengeluarkan surat tersebut
- ✓ Surat keterangan bebas narkoba dari Puskesmas dan Laboratorium diluar institusi tersebut di atas tidak dapat diterima.

SURAT PERNYATAAN HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : _____

Program Studi : S. KEDOKTERAN

Menyatakan bahwa hasil dari Pemeriksaan Kesehatan saya, sebagai salah satu persyaratan menjadi Mahasiswa Baru Fakultas Kedokteran Universitas Swadaya Gunung Jati (FK UGJ) tahun 2024 telah dilakukan dengan sebenar-benarnya dan tidak ada unsur ketidakjujuran. Apabila dikemudian hari ditemukan ada ketidakjujuran, maka saya siap menerima konsekuensi dengan kemungkinan sanksi terberat dikeluarkan sebagai mahasiswa FK UGJ.

Mengetahui,
Orangtua/wali Camaba

ttd

(Nama terang)

Kota asal....., tanggal.....

Yang membuat pernyataan
Camaba

ttd & materai 10.000

(Nama terang)