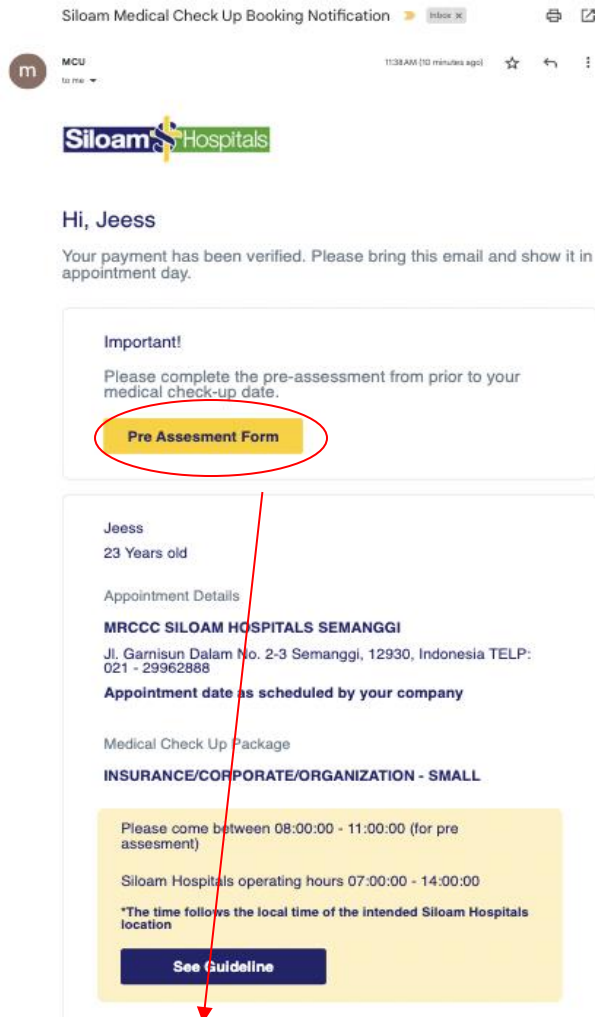




Panduan Pengisian formulir sebelum Medical
Check Up (Formulir Pra-pemeriksaan) Versi
Bahasa Indonesia

Anda akan mendapatkan notifikasi email dari mcu@siloamhospitals.com, Silahkan menekan tombol kuning seperti gambar di bawah untuk dapat mengakses pengisian Form pra pemeriksaan. Selanjutnya anda akan diarahkan ke website kami untuk mengakses formulir pra pemeriksaan



1. Klik untuk mengakses formulir pra-pemeriksaan



Pre-Assessment Forms

Please make sure that you have completed the forms prior to your medical check up date.

Form	Status	Action
MEDICAL HISTORY FORM	INCOMPLETE	Fill Form
OCCUPATIONAL HAZARDS FORM	INCOMPLETE	Fill Form
DEPRESSION ANXIETY STRESS SCALE (DASS) FORM	INCOMPLETE	Fill Form

2. Anda akan diarahkan ke bagian formulir yang harus diisi. Terdapat 3 formulir pra pemeriksaan. Apabila status masih "Belum selesai" Mohon untuk lengkapi ketiga formulir sebelum kedatangan anda di rumah sakit.

Medical History Form: Mohon untuk mengisi informasi dengan benar untuk memastikan penilaian yang akurat

The screenshot shows the top navigation bar of the Siloam Hospitals website. It includes the Siloam Hospitals logo, contact information (1-500-181, 1-500-911), social media icons, a language dropdown set to English, and a My Account link. Below the navigation bar is a search bar with the text 'Search in Siloam Hospitals' and a search button. A banner below the search bar reads 'FIND BEST MEDICAL CHECK UP PACKAGE FOR YOU'.

MEDICAL HISTORY FORM

Form fields for patient information:

- Name Pasien / Patient Name
- Order ID
- Tanggal Janji Temu / Date As Scheduled by Your Company
- Rumah Sakit / Siloam Hospital of Choice

Prescription

Are you regularly taking any doctor's prescribed or over the counter or herbal supplements?

- Yes
- No

Medical History

High Blood Pressure

- Yes
- No

Chest Pain

- Yes
- No

Impaired vision

- Yes
- No

Sinusitis

- Yes
- No

Asthma

- Yes

Heart Disease

- Yes
- No

Palpitation

- Yes
- No

Hearing Loss

- Yes
- No

Tuberculosis

- Yes
- No

Pneumonia

- Yes

Submit

Petunjuk

Formulir Medical History terdiri dari 7 kategori :

- Riwayat resep obat**
 - Pilih ya dan jelaskan apabila anda sedang menjalani pengobatan secara rutin
- Riwayat Kesehatan**
 - Anda akan ditanyai apabila sebelumnya anda pernah mengalami kondisi kesehatan seperti hipertensi, penyakit jantung, dll
 - Harap jawab ya apabila anda mengalami kondisi tersebut atau tidak apabila tidak pernah
 - Apabila anda mengalami kondisi kesehatan lain yang tidak ada di daftar, silahkan tambahkan di bagian "Lainnya"
- Riwayat Vaksinasi**
 - Anda akan ditanya jika anda pernah menerima vaksin tertentu, seperti Hepatitis B, Typhoid, Dll.
 - Harap jawab ya jika anda pernah menerima vaksin tersebut atau tidak
 - Apabila anda pernah menerima vaksin yang tidak tersedia di daftar, Silahkan tambahkan di bagian "Lainnya".
- Riwayat Keluarga**
 - Anda akan ditanyai tentang riwayat kesehatan keluarga anda
 - Harap jawab ya apabila keluarga utama anda (ayah, ibu, atau saudara) mengalami kondisi kesehatan tersebut atau tidak apabila mereka tidak ada
 - Apabila keluarga anda mengalami kondisi kesehatan lainnya selain yang tertera di daftar, silahkan tambahkan atau isi di bagian "lainnya"
- Riwayat Perokok**
 - Anda akan ditanyai tentang kebiasaan merokok Anda, harap untuk mengisi Ya jika anda pernah merokok dan jelaskan atau tidak jika anda tidak pernah merokok.
- Riwayat Konsumsi alkohol**
 - Anda akan ditanya tentang kebiasaan konsumsi alkohol, Isiya jika Anda pernah mengonsumsi alkohol sebelumnya jelaskan atau tidak jika Anda belum pernah mengonsumsi alkohol sebelumnya
 - Riwayat alat reproduksi Wanita (Khusus untuk Wanita)**
 - Kolom ini hanya untuk wanita, kosongkan jika Anda pria

Klik submit apabila anda sudah selesai mengisi semua pertanyaan

Occupational Hazard Form: Mohon untuk mengisi informasi dengan benar untuk memastikan penilaian yang akurat

Occupational Hazards Form

Form fields: Nama Pasien (Patient Name), Order ID, Tanggal Janji Temu (Date As Scheduled by Your Company), Rumah Sakit (Siloam Hospital of Choice).

Occupational Hazards

	Past		Present	
	Year	Year	Year	Year
Physical Hazards	Yes	No	Yes	No
Noise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extreme temperature:Heat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extreme temperature:Cold	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ionizing radiation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non-ionizing radiation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Whole body vibration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segmental vibration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Others	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Explanation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chemical Hazards	Yes	No	Yes	No
Dust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organic solvent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heavy metals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irritants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pesticide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metal fume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Others	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Submit

Petunjuk

Formulir The Occupational Hazard terdiri dari 5 bagian yang dibagi menjadi 2 kolom (“Dulu” untuk lalu dan “sekarang” untuk saat ini). Silakan isi berapa tahun Anda berada di posisi masa lalu dan saat ini.

1. Bahaya fisik

- Anda akan ditanyai apakah pernah terpapar paparan bahaya yang mengganggu fisik anda, seperti kebisingan, panas, dll.
- Jawab ya jika Anda pernah terpapar bahaya tersebut atau tidak jika belum. Silakan isi informasi untuk masa lalu dan saat ini.
- Jika Anda pernah terkena eksposur lain yang tidak ada dalam daftar, silakan tambahkan pada segmen “lainnya”

2. Bahaya Kimia

- Anda akan ditanyai apakah pernah terkena paparan bahaya bahan kimia, seperti logam berat, pelarut, dll
- Jawab ya jika Anda pernah terpapar atautidak jika belum. Silakan isi informasi untuk masa lalu dan saat ini.
- Jika Anda pernah terkena eksposur lainnya yang tidak ada dalam daftar, silakan tambahkan pada segmen “lainnya”

3. Bahaya ergonomis

- Anda akan ditanyai jika anda pernah terkena paparan bahaya ergonomis, seperti postur canggung, dll
- Jawab ya jika Anda pernah terpapar atautidak jika belum. Silakan isi informasi untuk masa lalu dan saat ini
- Jika Anda pernah terkena eksposur lain yang tidak ada dalam daftar, silakan tambahkan pada segmen “lainnya”

4. Paparan biologis

- Anda akan ditanya jika anda pernah terkena paparan bahaya biologis, seperti mikroorganisme, dll
- Jawab ya jika Anda pernah terpapar bahaya atautidak jika belum. Silakan isi informasi untuk masa lalu dan saat ini.
- Jika Anda pernah terkena eksposur lain yang tidak ada dalam daftar, silakan tambahkan pada segmen “lainnya”

5. Paparan psikososial

- Anda akan ditanyai apabila anda pernah Tekena paparan psikososial, seperti jam kerja yang panjang, kekerasan, dll
- Jawab ya jika Anda pernah terpapar bahaya tersebut atau tidak jika belum. Silakan isi informasi untuk posisi Anda sebelumnya dan saat ini.
- Jika Anda pernah mengalami eksposur lain yang tidak ada dalam daftar, silakan tambahkan pada segmen “lainnya”

Klik submit apabila anda sudah selesai mengisi semua pertanyaan

Depression Anxiety Stress Scale (DASS) Form: Mohon untuk mengisi informasi dengan benar untuk memastikan penilaian yang akurat

2 811-8951-181 Contact Center: 1-500-181 siloamhospitals Siloam Hospitals For emergency 1-500-911

als Make an Appointment medical check up Laboratory & Radiology Hospitals & Centers Medical Package Siloam Information

DEPRESSION ANXIETY STRESS SCALE (DASS) FORM

Patient Name

Order ID

Patient Name

Order ID

Appointment Date

Hospital

Date As Scheduled by Your Company

Siloam Hospital of Choice

Occupational History

Last Shift

Day

Night

Work Roster

Days into Roster

Length of work per day

Use of Personal Protective equipment

No

Rare

Always

Working at confined space

Yes

No

Working at high

Yes

No

Operating Heavy Equipment

Yes

No

Petunjuk :

Bapak/Ibu/Saudara diminta untuk menjawab dengan cara memberi tanda silang (X) pada salah satu kolom yang paling sesuai dengan pengalaman Bapak/Ibu/Saudara selama satu minggu belakangan ini. Tidak ada jawaban yang benar ataupun salah, karena itu isilah sesuai dengan keadaan diri Bapak/Ibu/Saudara yang sesungguhnya, yaitu berdasarkan jawaban pertama yang terlintas dalam pikiran Bapak/Ibu/ Saudara.

Kuesioner ini terdiri dari berbagai pernyataan yang mungkin sesuai dengan pengalaman Bapak/Ibu/Saudara dalam menghadapi situasi hidup sehari-hari. Terdapat empat pilihan jawaban yang disediakan untuk setiap pernyataan yaitu:

- 0: Tidak sesuai dengan saya sama sekali, atau tidak pernah.
- 1: Sesuai dengan saya sampai tingkat tertentu, atau kadang kadang.
- 2: Sesuai dengan saya sampai batas yang dapat dipertimbangkan, atau lumayan sering.
- 3: Sangat sesuai dengan saya, atau sering sekali.

Klik Submit apabila anda sudah mengisi semua pertanyaan

Submit

Setelah selesai mengisi kedua formulir, status form akan berubah menjadi “selesai”. Staf Medical check up kami akan mengkonfirmasi informasi medis anda pada hari pemeriksaan Anda.

Pre-Assessment Forms

Please make sure that you have completed the forms prior to your medical check up date.

Patient Name Gender, Age		
Form	Status	Action
MEDICAL HISTORY FORM	COMPLETED	Edit
Form	Status	Action
OCCUPATIONAL HAZARDS FORM	COMPLETED	Edit
Form	Status	Action
DEPRESSION ANXIETY STRESS SCALE (DASS) FORM	COMPLETED	Edit

Anda telah selesai mengisi formulir pra pemeriksaan, Harap untuk tiba di rumah sakit pilihan anda pada hari pemeriksaan sebelum jam 9 pagi (waktu setempat) dan pergi ke kantor Medical Check up untuk menyelesaikan proses pendaftaran anda. Apabila anda memerlukan bantuan, jangan ragu untuk menghubungi PIC anda

Terima kasih telah memilih Siloam Hospitals. Kami berharap dapat melayani anda dengan perjalanan perawatan kesehatan terbaik.

Frequently Asked Questions

- **Saya tidak mendapatkan email dari mcu@siloamhospitals.com, bagaimana mendapatkan preassessment form?**

Apabila tidak mendapatkan email dari mcu@siloamhospitals.com, Anda dapat langsung mengunjungi www.siloamhospitals.com/mcu dan melakukan login menggunakan nomor hp yang Anda gunakan saat pendaftaran. Akses akun saya, buka Riwayat transaksi, dan pilih appointment MCU terbaru. *(Panduan terlampir pada slide selanjutnya)*

- **Saya sudah berhasil login, namun tidak dapat menemukan form medis/preassessment yang perlu di isi?**

Mohon pastikan bahwa Anda login menggunakan nomor HP yang sama dengan nomor HP yang digunakan saat melakukan pendaftaran ke Siloam Hospitals.

- **Saya tidak dapat melakukan pengisian form medis melalui digital, apakah form dapat di isi di rumah sakit?**

Ya, formulir juga dapat di isi secara manual pada hari pemeriksaan Medical Check Up Anda. Namun, kami menyarankan form dapat diisi secara digital sebelum sampai ke Rumah Sakit agar mengurangi waktu tunggu dan risiko penularan penyakit melalui kertas atau bolpoin yang digunakan.

