



**KLINIK PRATAMA MEDIKA ANDALAS  
UNIVERSITAS ANDALAS**

Gedung Bagonjong Klinik Pratama Medika Andalas-Universitas Andalas  
Limau Manis Padang-25163 Telp. 082387223017

**CHEK LIST PEMERIKSAAN  
(DIISI OLEH PETUGAS DENGAN TANDA "v" DALAM KOTAK)**

		No. Registrasi	<input type="text"/>
Pemeriksaan Antropometri	<input type="checkbox"/>	Pemeriksaan Dokter Gigi	<input type="checkbox"/>
Pemeriksaan Vital Sign	<input type="checkbox"/>	Pemeriksaan Npaza 3 Panel	<input type="checkbox"/>
Pemeriksaan Medik Umum	<input type="checkbox"/>	Pemeriksaan HIV	<input type="checkbox"/>
		Padang,.....20....	
		Direktur	
		Klinik Pratama Medika Andalas	
		(.....)	



**KLINIK PRATAMA MEDIKA ANDALAS  
UNIVERSITAS ANDALAS**

Gedung Bagonjong Klinik Pratama Medika Andalas-Universitas Andalas  
Limau Manis Padang-25163 Telp. 082387223017

**SURAT KETERANGAN PEMERIKSAAN HIV**

No. Registrasi

Pada hari ini..... Tgl..... Telah dilakukan pemeriksaan HIV terhadap :

Nama	:	.....
Fakultas	:	.....
Umur	:	.....
Jenis Kelamin	:	.....
Alamat	:	.....
Tanda Tangan	:	.....
No. Sput	:	.....
Hasil tes	:	.....

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Padang, .....20....

Dokter Pemeriksa

(.....)



**KLINIK PRATAMA MEDIKA ANDALAS  
UNIVERSITAS ANDALAS**

Gedung Bagonjong Klinik Pratama Medika Andalas-Universitas Andalas  
Limau Manis Padang-25163 Telp. 082387223017

**Form 3**

**Form Pemeriksaan Kesehatan  
Mahasiswa Baru Universitas Andalas**

No. Registerasi

**Identitas Diri**

Nama : ..... Sex : L/P  
Tempat/ Tgl lahir : ...../..... Suku : .....  
Fakultas : ..... Jurusan : .....  
Alamat : Jalan/Desa : ..... RT/RW : .....  
Kelurahan : ..... Kecamatan : .....  
Kabupaten/Kota : ..... Provinsi : .....  
No Telp/Email : ...../.....

**Anamnesis (Riwayat Penyakit Dahulu dan Sekarang)**

Pemeriksaan : Berat Badan : Tinggi Badan :  
Tekanan Darah : Irama :  
Nadi Frekuensi : Sclera :  
Konjungtiva :  
Nasal :  
Tonsil :  
Jantung dan Paru :  
Abdomen :  
Ekstremitas :

**KESIMPULAN**

Padang,  
Dokter Pemeriksa

(.....)



**KLINIK PRATAMA MEDIKA ANDALAS  
UNIVERSITAS ANDALAS**

Gedung Bagonjong Klinik Pratama Medika Andalas-Universitas Andalas  
Limau Manis Padang-25163 Telp. 082387223017

**SURAT KETERANGAN PEMERIKSAAN NAPZA**

NO.

No. Registrasi

Pada hari ini..... Tgl..... Telah dilakukan pemeriksaan NAPZA terhadap :

Nama : .....

No. BP : .....

Fakultas : .....

Umur : .....

Jenis Kelamin : .....

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

Tanda Tangan : .....

No. Pot : .....

Hasil tes dengan parameter

1. Amphetamin : .....

2. Methamphetamin : .....

3. THC : .....

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Padang, .....20.....

Dokter Pemeriksa

.....)



**KLINIK PRATAMA MEDIKA ANDALAS  
UNIVERSITAS ANDALAS**

Gedung Bagonjong Klinik Pratama Medika Andalas-Universitas Andalas  
Limau Manis Padang-25163 Telp. 082387223017

**FORMULIR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS  
(INFORMED COSENT)**

No. Registrasi

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Umur : .....

Jenis Kela : .....

Alamat : .....

No. KTP : .....

No. HP : .....

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya dan tanpa paksaan bahwa saya :

**MENYETUJUI**

Untuk dilakukan tindakan medis berupa : Pemeriksaan kesehatan, NAPZA dan tes HIV terhadap saya sen dan saya SETUJU dan memberi izin kepada Klinik Pratama Medika Andalas untuk memberitahukan hasil pemeriksaan saya kepada Pimpinan Universitas Andalas

Demikianlah persetujuan ini saya buat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Padang, Tgl.....bln.....

Mengetahui  
Orang Tua / Wali

Yang membuat pernyataan  
Mahasiswa

materai 6000

(.....)

(.....)

Nama Jelas

Nama jelas