



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALUKU

Jl. Laksdya Leo Wattimena, Negeri Lama – Ambon, Kode Pos : 97233
Telepon : (0911) 362943, Fax : (0911) 362949

Website : www.poltekkes-maluku.ac.id, email : poltekkes_ambon06@yahoo.com



Nomor : PP.01.01/1.2/2213/2023
Lampiran : Satu Lembar
Hal : Permohonan Pemeriksaan Kesehatan

30 Mei 2023

Yth,

1. Direktur Rumah Sakit Umum Pemerintah se Provinsi Maluku
2. Direktur Rumah Sakit Umum Swasta se Provinsi Maluku
3. Kepala Puskesmas se Provinsi Maluku

Di –

Tempat.-

Sehubungan dengan pemeriksaan Uji Kesehatan Seleksi Penerimaan Mahasiswa Baru (Sipenmaru) Poltekkes Kemenkes Maluku Tahun Akademik 2023/2024, kami mohon bantuan Bapak/Ibu Direktur Rumah Sakit dan Kepala Puskesmas kiranya berkenan memfasilitasi pemeriksaan kesehatan bagi Calon Mahasiswa Baru Poltekkes Kemenkes Maluku Tahun Akademik 2023/2024.

Sehubungan dengan hal tersebut, disampaikan bahwa untuk pemeriksaan Kesehatan Calon Mahasiswa Baru di Poltekkes Kemenkes di seluruh Wilayah Republik Indonesia telah ditetapkan Standar yang sama (sebagaimana Formulir pemeriksaan kesehatan terlampir). Formulir pemeriksaan kesehatan tersebut, tidak akan mengurangi mekanisme dan PROTAP pemeriksaan kesehatan yang berlaku di Rumah Sakit Umum dan Puskesmas yang Bapak/Ibu pimpin.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian
Kesehatan Maluku,



Hairudin Rasako, SKM.,M.Kes

**FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATAN
SIPENMARU BERSAMA (SIMAMA)
POLTEKKES KEMENKES MALUKU
TAHUN AKADEMIK 2023/2024**

Foto 4x6 cm
berwarna dengan
latar merah

*diisi oleh peserta

Nama Peserta : Jenis Kelamin :
Tanggal Lahir : Umur :
Nomor Peserta : Nomor Kontak :
Prodi Pilihan :

*diisi oleh dokter pemeriksa

Dokter Pemeriksa : Tgl Periksa :
Tempat/alamat pemeriksaan : Nomor Kontak :

Nomor SIP :

NO	JENIS PEMERIKSAAN	NORMAL	KELAINAN	KETERANGAN
1	FISIK/ VISUAL			
	Tekanan darah :			
	Nadi :			
	Tinggi Badan : cm			
	Berat Badan : Kg			
2	MATA			
	Buta Warna : parsial / total			
	Visus			
	Strabismus			
3	TELINGA			
	Kiri			
	Kanan			
4	TYROID			
5	JANTUNG (bising jantung)			
6	PARU-PARU (tidak perlu photo thorax)			
7	ABDOMEN			
8	REFLEK			
	Pupil			
	Triceps			
	Patela			
	Achilles			
9	WICARA			
	Cadel			
	Gagap			
10	EKSTREMITAS : Tremor : Ya / Tidak			

Riwayat Penyakit yang pernah atau sedang diderita dan Cacat Fisik

1	Epilepsi	Ya / Tidak	5	Diabetes Melitus (DM)	Ya / Tidak
2	Gangguan Jiwa	Ya / Tidak	6	Hipertensi	Ya / Tidak
3	Asma	Ya / Tidak	7	Cacat Fisik	Ya / Tidak
4	Jantung	Ya / Tidak	8	Lainnya :	Ya / Tidak

Kesimpulan :

....., Juni 2023
Dokter Pemeriksa

.....
NIP/NIK/No.SIP: