



pas photo  
3x4

# Surat Keterangan Kesehatan, Bebas Narkoba dan Buta Warna Mahasiswa Baru Universitas Riau

Nomor : /UN 19.5.3.2.7/MP/2018

Dokter yang bertanda tangan di bawah ini telah memeriksa dengan teliti

Diisi oleh Calon Mahasiswa	
Nama : _____ Tempat/Tgl Lahir/Umur : _____ / _____ Thn Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita Alamat : _____ Jalur : <input type="checkbox"/> SNMPTN <input type="checkbox"/> SBMPTN <input type="checkbox"/> PBUD <input type="checkbox"/> BIDIK MISI <input type="checkbox"/> JALUR MANDIRI	Fakultas : <input type="checkbox"/> FISIP <input type="checkbox"/> FAPERIKA <input type="checkbox"/> FKIP <input type="checkbox"/> F Hukum <input type="checkbox"/> FEKON <input type="checkbox"/> F Teknik <input type="checkbox"/> FMIPA <input type="checkbox"/> F Kedokteran <input type="checkbox"/> FAPERTA <input type="checkbox"/> PSIK Jurusan : _____

Setelah dilakukan Anamnesis dan pemeriksaan fisik disimpulkan bahwa calon mahasiswa ini : \*

**Sehat**       **Tidak Sehat**

Tinggi Badan : Cm  
Berat Badan : Kg  
Tekanan Darah : mmHg  
Gol.Darah :

### Hasil Pemeriksaan Narkoba di dalam Urine

Pada calon Mahasiswa Ini telah dilakukan pemeriksaan Narkoba dalam Urine yang bersangkutan dengan hasil sebagai berikut : \*

THC <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Negatif	COC <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Negatif
AMP <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Negatif	MET <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Negatif
MOP <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Negatif	BZO <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Negatif

### Hasil Pemeriksaan Buta Warna

Setelah dilakukan pemeriksaan Buta Warna dengan Metode **Ishihara test for Colour Blindness**

ternyata hasilnya : \*  **Normal (Tidak Buta Warna)**  
                           **Buta Warna :**    **TOTAL**  
   **PARTIAL (REDGREEN DEFICIENCY)**

Demikian Surat Keterangan Ini dibuat untuk dapat dipergunakan seperlunya

Pekanbaru, .....  
Dokter,

Keterangan :

( \_\_\_\_\_ )  
NIP.

\* : Oleh Dokter Pemeriksa