



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Date: ٨ / ١ / ٢٠١٩

File Number: 1001425

Patient Name: Hanadi, E. Samia

اسم المريض: 1001425

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 19 / 12 / 1975 Gender: M / (E)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): EGYPT

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): ش. ١٢٠

Phone No. (رقم الهاتف): 0587473709

E-MAIL: k.amogk

How did you know about us:

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
الحالة الطبية <td>Medical Condition</td> <td></td> <td></td>	Medical Condition		
هل تناولت أي أدوية أو تلقيت أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	لا	
هل تناولت أي ستيرويدات أو مضغبات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	لا	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	لا	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطيت من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness	لا	في الذراع صرابط
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	لا	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميغبات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	لا	
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	لا	
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	لا	
هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	لا	
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	لا	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, jaundice, Other liver diseases	لا	
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	لا	
هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	لا	
هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	لا	
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	Other conditions HSV, HIV...etc	لا	



Medical Consent Form

- I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician
- I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.
- I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.
- I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج بانتخاب كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية المرضية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لدي قمتي الملف صحيفاً، و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
Weight (الوزن): Kg	Blood Type (نوعية الدم):
Height (الطول): cm	Blood Sugar (سكر الدم):
Pulse (النبض): ppm	
Blood Pressure (ضغط الدم): /	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

→ *Isulin resistance. **
wic acid ↑

Disease History: التاريخ المرضي:	<i>Non.</i>
Allergies الحساسية:	<i>Non</i>
Medications الأدوية:	<i>Vit D. weekly Omegas X 2 a week</i>
Pregnancy الحمل:	<i>Shaklen</i>
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , ائحال المستشفى:	
Smoking (التدخين): Y / N	Drugs (تداعلي العقاقير): Y / N
Alcohol (الكحول): Y / N	

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Over weight.

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No.

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm Data

Public Data Verification report

File	Valid Signature?
Non-Modifiable Data (SF3)	False
Modifiable Data (SF5)	False
Holder Signature Image (SF7)	False
Photography	False
Home Address	False
Work Address	False

Card Holder Information

Name	Hanaadi,Moustafa,Mohamed,Elsamra	IDN:	784197569791938	Mother Name:	
Name (Ar)	هاندي مصطفى محمد السمره	Card Number:	084327222	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	11/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	05/07/2019	Date of Birth:	19/12/1975	Sponsor Name:	عبد الدين على حسن على
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	05564754
Residency Type:	03	Residency Number:	30120073010254	Residency Expiry:	05/07/2019
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

1/8/2019

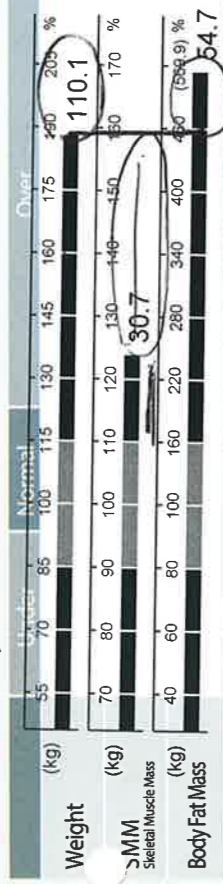
ID 080119-2

Height 165cm | Age 43 | Gender Female | Test Date & Time 08.01.2019. 12:38

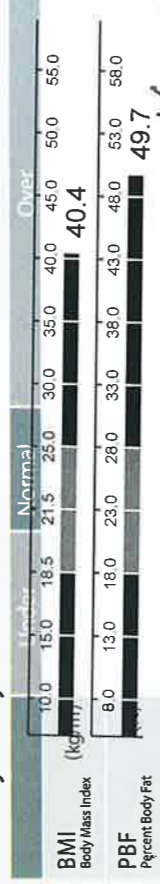
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	40.6 (29.8~36.4)
For building muscles	Protein (kg)	10.8 (8.0~9.8)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.96 (2.75~3.37)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	54.7 (11.7~18.7)
Sum of the above	Weight (kg)	110.1 (49.7~67.3)

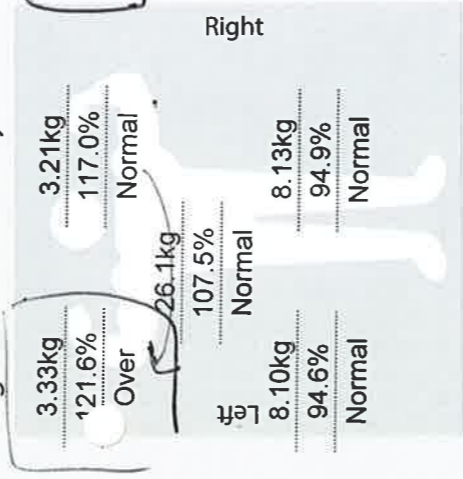
Muscle-Fat Analysis



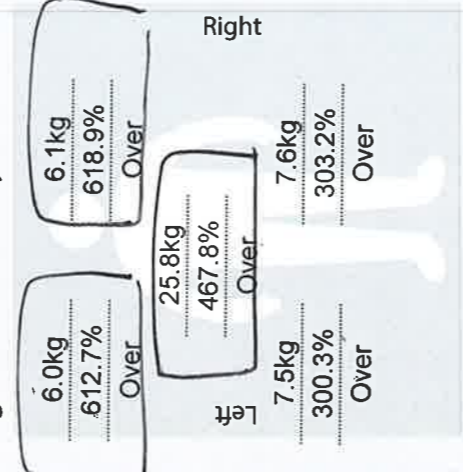
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	110.1
SMM (kg)	30.7
PBF (%)	49.7

InBody Score

52/100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 71.9 kg

Weight Control -38.2 kg

Fat Control -38.2 kg

Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

1.06 (0.75 0.85)

Visceral Fat Level

Level 20 (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass 55.4 kg

Basal Metabolic Rate 1566 kcal (2018~2384)

Obesity Degree 188 % (90~110)

Recommended calorie intake 2053 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	194	Gateball	209
Walking	220	Yoga	220
Badminton	249	Table Tennis	249
Tennis	330	Bicycling	330
Boxing	330	Basketball	330
Mountain Climbing	359	Jumping Rope	385
Aerobics	385	Jogging	385
Soccer	385	Swimming	385
Japanese Fencing	551	Racketball	551
Squash	551	Taekwondo	551

*Based on your current weight

*Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

RA LA TR RL LL

Z (Ω) 20 kHz | 332.7 316.5 18.7 229.7 228.5

100 kHz | 301.5 286.5 16.0 206.4 206.0