



Date: ٢٠١٩ / ١٢ / ١٥

File Number: 1001057

Patient Name: Lobna Gnadeldin Aly Hassan Aly

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ١١ / ١١ / ١٩٩٦

Marital Status (الحالة الاجتماعية): (F)

Nationality (الجنسية): Egypt

Phone No. (رقم الهاتف): 0555805385

E-MAIL: friend

How did you know about us: friend

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	لا
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات الدم؟	لا
Anemia, Leukemia (نقص الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي منع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا
Other conditions: HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	لا

إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل

نعم / لا

نعم

لا

نعم

لا

لا

لا

لا

لا

نعم

لا

لا

لا

لا

لا

نعم

لا

أنا فتيما منيات

بعض أنواع المأكولات

Sea food

straw berries

egg

أزمات رابو موسي

كان هنا نقص

TSH



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 أسمع الطبيب 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 يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو 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 الألم أو الحساسية

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 قدمته لي تغطي الملف صحيحة و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بياتي 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):

Subra

التاريخ: ١٩ / ١ / ١٢

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

سبب زيارة المريض للحياة Chief Complaint

loss weight.
Hips x area

Disease History: التاريخ المرضي:	
Allergies الحساسية:	Strawberries, egg, kiwi, sea food
Medications الأدوية:	Vitamins
Pregnancy الحمل:	
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة، ادخال للمستشفى:	
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N
	Drugs (العقاقير): Y / N
	once shisha

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Dehydration

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAFAIOEBA83ODQxO

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	Lobna,Emadeldin,Aly,Hassan,Aly	IDN:	784199646190605	Mother Name:	
Name (Ar)	لبنى عبدالدين على حسن على	Card Number:	084331442	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:	20/11/1996	Sponsor Name:	عبد الدين على حسن على
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	05564754
Residency Type:	03	Residency Number:	30119973067640	Residency Expiry:	05/07/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

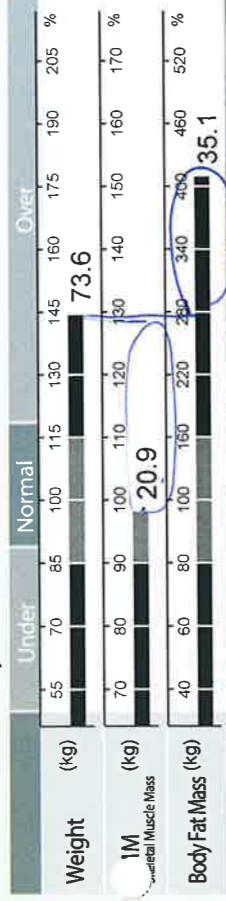
1/12/2019

ID 120119-1 | Height 154cm | Age 22 | Gender Female | Test Date & Time 12.01.2019. 17:58

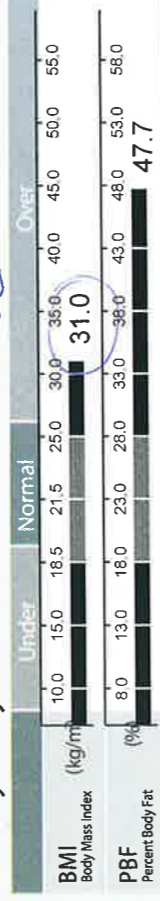
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	28.2 (26.0~31.8)
For building muscles	Protein (kg)	7.5 (6.9~8.5)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.76 (2.40~2.94)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	35.1 (10.2~16.3)
Sum of the above	Weight (kg)	73.6 (43.3~58.7)

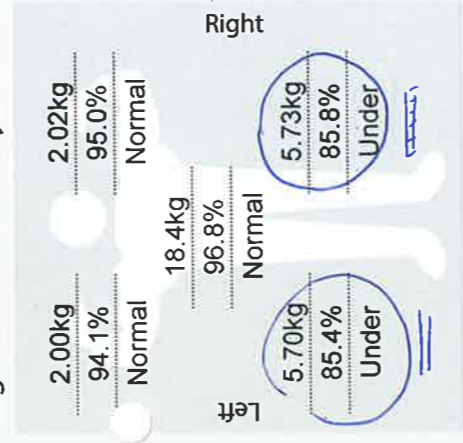
Muscle-Fat Analysis



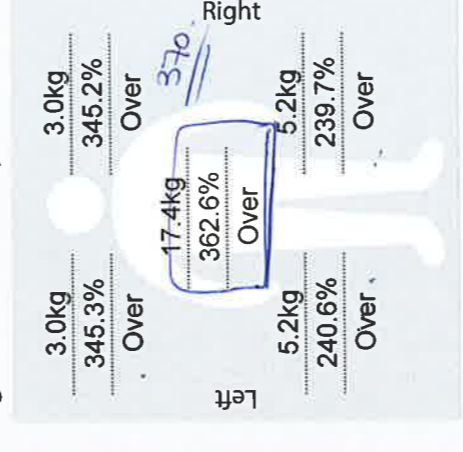
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	73.6
SMM (kg)	20.9
PBF (%)	47.7

InBody Score

56 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 50.9 kg
 Weight Control -22.7 kg
 Fat Control -23.4 kg
 Muscle Control +0.7 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.95 (0.75 - 0.85)

Visceral Fat Level

Level 18 (Low 10 - High)

Research Parameters

Fat Free Mass 38.5 kg
 Basal Metabolic Rate 1202 kcal (1472~1717)
 Obesity Degree 144 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1726 kcal


Calorie Expenditure of Exercise

Golf 130 Gateball 140
 Walking 147 Yoga 147
 Badminton 166 Table Tennis 166
 Tennis 221 Bicycling 221
 Boxing 221 Basketball 221
 Mountain Climbing 240 Jumping Rope 258
 Aerobics 258 Jogging 258
 Soccer 258 Swimming 258
 Japanese Fencing 368 Racketball 368
 Squash 368 Taekwondo 368

* 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₍₅₀₎ 20 kHz | 413.4 419.0 25.9 295.6 298.9
 100 kHz | 374.5 379.0 22.1 263.0 263.8