



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 12/3/19

Date: 12/3/2019

File Number: 1001753

Patient Name: Haruna Samad Baretkaht

اسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 19/7/1988 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Egyptian

Occupation (الوظيفة): Teacher

Address (العنوان): Alkhan Palace

Phone No. (رقم الهاتف): 050175730

E-MAIL: Haruna Samad 24@yahoo.com

How did you know about us: .....

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



### 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 services, 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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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

Date: 19/03/2019

### نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسبح الطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل وخدمة أفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية والعلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج والإجراءات الطبية أو التجميلية المقامة لي، كما أتفهم الاخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالالتهاب أو التورم أو النزف أو الام أو الحساسية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة الفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزف أو الام أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المطويات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمنه لي قضي الهدف صحية. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكمال اراضي.
- انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs					
Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	159 cm	Blood Type (دمية الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دمية الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

weight gain.

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Non.

Medications الأدوية

—

Pregnancy الحمل

—

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة : اذخال للمستشفى

C-section (3 times)

Smoking (التدخين): Y / N N

Alcohol (الكحول): Y / N N

Drugs (تداعلي العقاقير): Y / N N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

BIA test.

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

**خطة العلاج Treatment Plan**

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED 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**

<b>Name</b>	Mariya Jamal Hassan,,,Elsaid Barakat	<b>IDN:</b>	784198673602037	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	مروه جمال حسن,,,السعيد بركات	<b>Card Number:</b>	082501081	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	EGY	<b>Family ID:</b>	
<b>Title (Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	مصر	<b>Sponsor Type:</b>	03
<b>Issue Date:</b>	13/03/2017	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Name:</b>	اسلام سلمى حسن السعيد بركات
<b>Expiry Date:</b>	11/03/2019	<b>Date of Birth:</b>	19/07/1986	<b>Sponsor Number:</b>	11023122
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Residency Number:</b>	11/03/2019
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Number:</b>	10120133000664	<b>Occupation Field:</b>	00
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	99		



Photo

Signature Image

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

3/12/2019



8kg

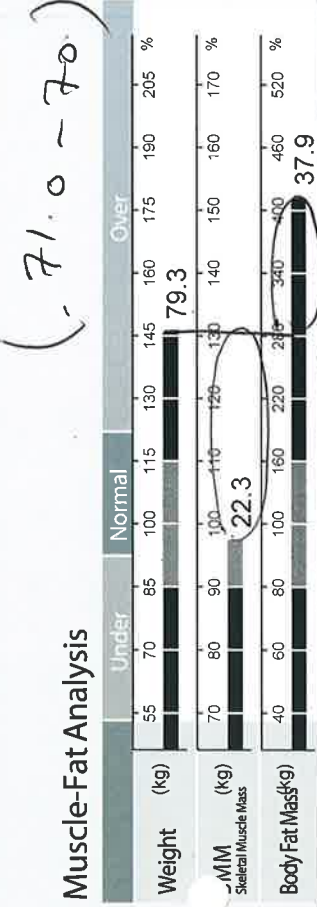
Marwa Zewo

ID 120319-1 | Height 159cm | Age 32 | Gender Female | Test Date & Time 12.03.2019. 15:19

### Body Composition Analysis

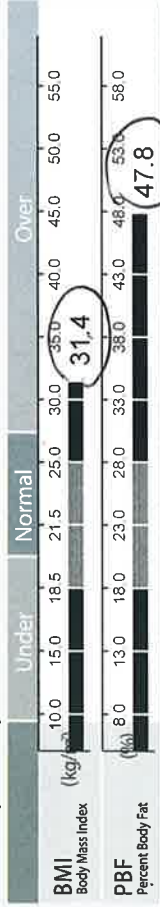
Total amount of water in body	Total Body Water (L)	30.2 ( 27.7~33.9 )
For building muscles	Protein (kg)	8.1 ( 7.4~9.0 )
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.09 ( 2.56~3.13 )
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	37.9 ( 10.9~17.4 )
Sum of the above	Weight (kg)	79.3 ( 46.2~62.6 )

### Muscle-Fat Analysis

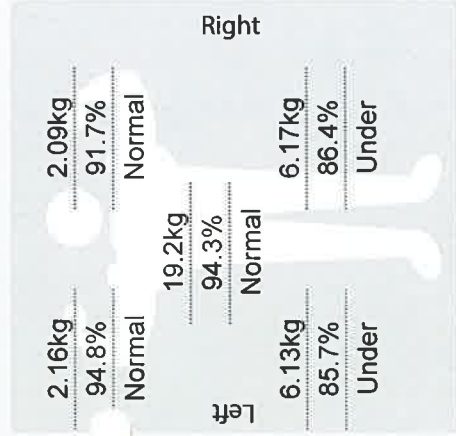


N. over 29.9, obese 1kg

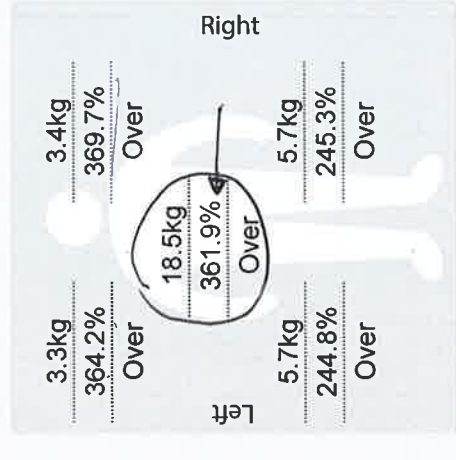
### Obesity Analysis



### Segmental Lean Analysis



### Segmental Fat Analysis



### Body Composition History

Weight (kg)	79.3
SMM (kg)	22.3
PBF (%)	47.8

### InBody Score

54/100 Points

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

### Weight Control

Target Weight 54.4 kg  
Weight Control - 24.9 kg  
Fat Control - 25.4 kg  
Muscle Control + 0.5 kg

### Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
PBF  Normal  Slightly Over  Over

### Waist-Hip Ratio

0.97

### Visceral Fat Level



### Research Parameters

Fat Free Mass 41.4 kg  
Basal Metabolic Rate 1263 kcal ( 1557~1821 )  
Obesity Degree 146 % ( 90~110 )  
Recommended calorie intake 1757 kcal

### Calorie Expenditure of Exercise

Golf	140	Gateball	151
Walking	159	Yoga	159
Badminton	179	Table Tennis	179
Tennis	238	Bicycling	238
Boxing	238	Basketball	238
Mountain Climbing	259	Jumping Rope	278
Aerobics	278	Jogging	278
Soccer	278	Swimming	278
Japanese Fencing	397	Racketball	397
Squash	397	Taekwondo	397

\* 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(G) 20 kHz | 421.5 406.0 24.0 279.1 282.7  
100 kHz | 385.4 369.4 20.5 253.7 256.7