



File No: 1001852

Date: 2/4/2019

Date: 2/4/2019

File Number: 1001852

Patient Name: Dalal Khamis الويلامية دلال خميس

اسم المريض: دلال خميس

Date Of Birth (الجنسية): 1/1/1985 (تاريخ الميلاد)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) Single

Nationality (الجنسية): Egyptian

Occupation: (الوظيفة)

Address (العنوان): 231 Yehia Street

Phone No. (رقم الهاتف): 010 2234214

E-MAIL: dalakhamis@hotmail.com

How did you know about us: (كيف تعرفنا)

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم	لجراحة عمليه للحوار
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 تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	نعم	أزمة تنفسية
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HSV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السيط	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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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 أتعلم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتعلم 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.
- أقرض الطبيب المعالج بالتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لتتاجع العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما أتعلم الاضرار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتعلم تماماً كافة الاضرار 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
- أتعلم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل انتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحتي الملف صحيفياً و أتعلم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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
- انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد
- توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: 2019 / 11 / 2



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
Weight (الوزن): Kg	Blood Type (دم فصية الدم):
Height (الطول): 157 cm	Blood Sugar (سكر الدم):
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم ضغط الدم): /

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظمي العقاقير): Y / N

Symbicort (Inhalation Powder)

tonsillectomy.

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

(18 sessions Eudlyonaid) to give
Finger-In her tumour area
Bst

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQXO

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	Dalal,Khamis,Khadoom,Khamis,Al Zaabi	IDN:	784199190248379	Mother Name:	Fawziya
Name (Ar)	دلال دلت خميس زين خادوم الزعبي	Card Number:	084004907	Mother Name (Ar):	فوزية
Title:		Nationality (Ar):	OMN سلطنة عمان	Family ID:	
Issue Date:	21/06/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	21/06/2022	Date of Birth:	01/01/1991	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

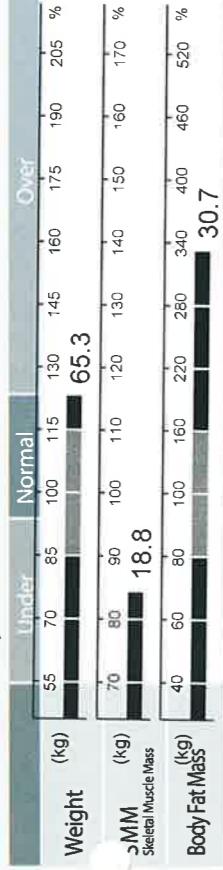
4/2/2019

ID 020419-3 | Height 167cm | Age 28 | Gender Female | Test Date & Time 02.04.2019. 16:46

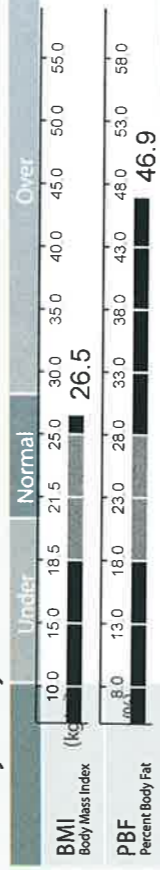
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	25.3 (27.0~33.0)
For building muscles	Protein (kg)	6.9 (7.2~8.8)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.42 (2.49~3.05)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	30.7 (10.6~17.0)
Sum of the above	Weight (kg)	65.3 (45.0~61.0)

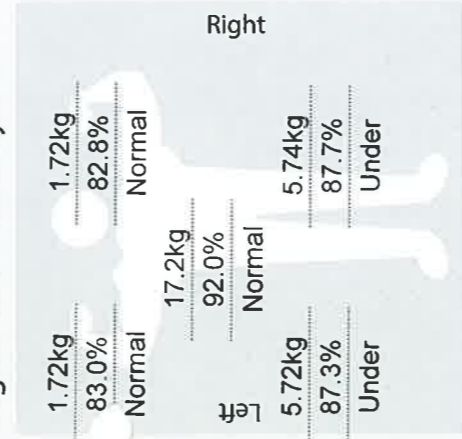
Muscle-Fat Analysis



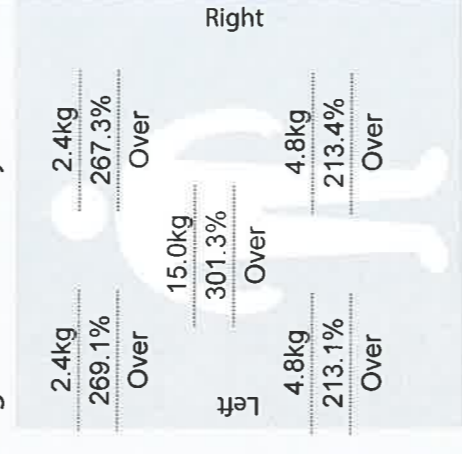
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	65.3
SMM (kg)	18.8
PBF (%)	46.9

InBody Score

55 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 53.0 kg
 Weight Control - 12.3 kg
 Fat Control - 18.5 kg
 Muscle Control + 6.2 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.93

Visceral Fat Level

Level 16 (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass 34.6 kg
 Basal Metabolic Rate 1118 kcal (1347~1565)
 Obesity Degree 123 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1622 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf 115 | Gateball 124
 Walking 131 | Yoga 131
 Badminton 148 | Table Tennis 148
 Tennis 196 | Bicycling 196
 Boxing 196 | Basketball 196
 Mountain Climbing 213 | Jumping Rope 229
 Aerobics 229 | Jogging 229
 Soccer 229 | Swimming 229
 Japanese Fencing 327 | Racketball 327
 Squash 327 | Taekwondo 327

* 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 stiz / 517.7 515.0 34.7 364.9 368.3
 100 stiz / 461.4 460.8 28.7 321.0 325.0