



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ...1001888

Date: 6/4/2019

Date: 6/4/2019

File Number: ...1001888

Patient Name: Amami Asaad

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 27/9/1988 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Syrian

Occupation (الوظيفة): Property consultant

Address (العنوان): Amami Asaad@hotmail.com

Phone No. (رقم الهاتف): 0563992871

E-MAIL: amami.asaad@hotmail.com

How did you know about us: ...i.m.s.ta

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



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 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 باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج 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 للقصورات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقوي 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي الملف صحية 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

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

التاريخ: 2019/04/06

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	163 cm	Blood Type (دم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

—

الحساسية Allergies

Dust (No more)

الأدوية Medications

On Medication (Individual - to let her to sleep)

الحمل Pregnancy

—

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، أحوال المستشفى

—

Smoking (التدخين): Y / N

Y

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعيات العقاقير): Y / N

habibey bobby

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

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

Name	Amani,Omar,Asaad	IDN:	784198198196184	Mother Name:	
Name (Ar)	اماني,عمر,اسعد	Card Number:	084404156	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	17/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	10/07/2019	Date of Birth:	29/09/1981	Sponsor Name:	وحدة الزاوية للاستثمار والتطوير العقاري ذ.م.م / فرع
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	40120172039402	Residency Expiry:	10/07/2019
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/6/2019

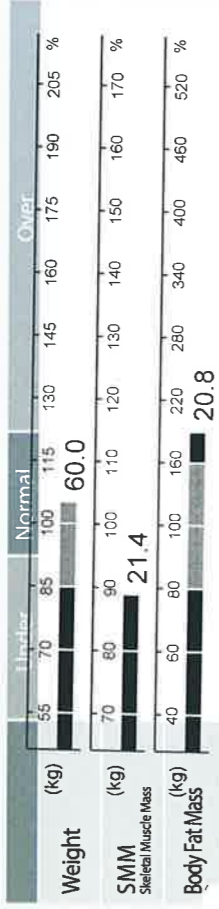
(5) kg. → 5 sessions + 5 consultations = 2000
to loss wt ↓
= 7 session.

ID 060419-3 | Height 163cm | Age 37 | Gender Female | Test Date & Time 06.04.2019. 17:17

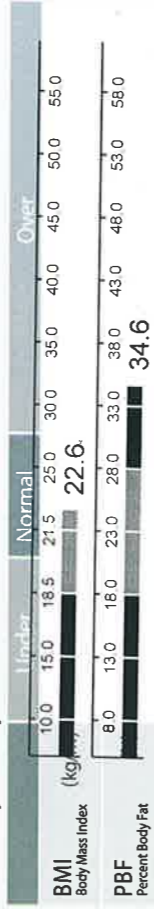
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	28.7 (29.1~35.5)
For building muscles	Protein (kg)	7.7 (7.8~9.6)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.77 (2.69~3.29)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	20.8 (11.4~18.3)
Sum of the above	Weight (kg)	60.0 (48.5~65.7)

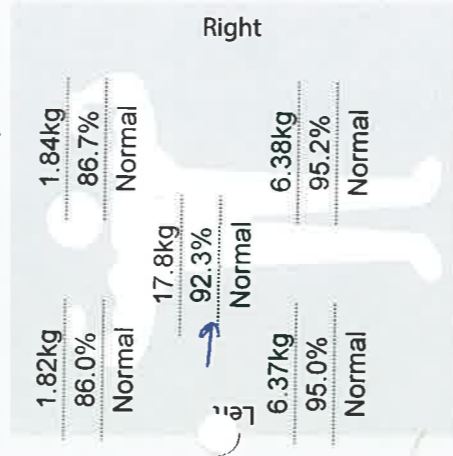
Muscle-Fat Analysis



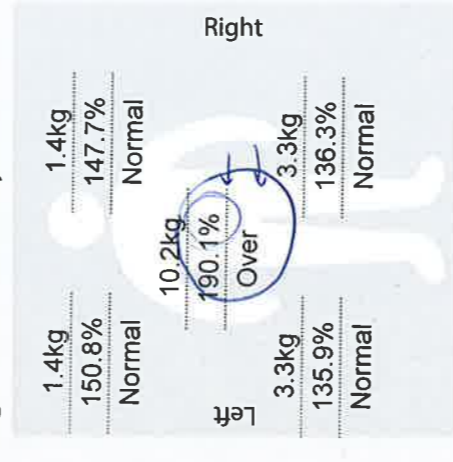
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	60.0
SMM (kg)	21.4
PBF (%)	34.6

InBody Score

68/100 Points

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

Weight Control

Target Weight 57.1 kg
 Weight Control -2.9 kg
 Fat Control -7.7 kg
 Muscle Control +4.8 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.88

Visceral Fat Level

Level 9

Research Parameters

Fat Free Mass 39.2 kg
 Basal Metabolic Rate 1217 kcal (1268~1468)
 Obesity Degree 105 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1553 kcal

Calore Expenditure of Exercise

Golf	106	Gateball	114
Walking	120	Yoga	120
Badminton	136	Table Tennis	136
Tennis	180	Bicycling	180
Boxing	180	Basketball	180
Mountain Climbing	196	Jumping Rope	210
Aerobics	210	Jogging	210
Soccer	210	Swimming	210
Japanese Fencing	300	Racketball	300
Squash	300	Taekwondo	300

* 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: 448.1 450.5 32.0 319.5 320.1
 100 kHz: 403.6 409.5 27.3 283.8 285.3