



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ...1.00.1895

Date: / /

Date: ... / ... / .....

File Number: ...1.00.1895.....

Patient Name: ...Sham M. Khatife.....

إسم المريض .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) : 3 / 12 / 1997 Gender (الجنس) : M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) ..... Single

Nationality (الجنسية) : ...Syrian.....

Occupation (الوظيفة) : ...Architectural Engineering Student

Address (العنوان) : ...sham.97@hotmail.com.....

Phone No. (رقم الهاتف) : ...050.1017054.....

E-MAIL: ...sham.97@hotmail.com.....

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

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES', give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديًا؟	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 تعاطى 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	NO	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	NO	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	NO	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	NO	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	NO	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مائع 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟	NO	
HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	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 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 يكتشف 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تامين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما 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 الى 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.
- أتفهم أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لي قد تخفي للملف الصحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 ب كامل ارادتي
- انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

التاريخ: 6/14/2019

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Tummy Bloating-

Disease History: التاريخ المرضي:	—
Allergies: الحساسية:	—
Medications: الأدوية:	—
Pregnancy: الحمل:	— Single
Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة، ابحال المستشفى:	—
Smoking (التدخين): Y / N	Y / <del>N</del>
Alcohol (الكحول): Y / N	Y / <del>N</del>
Drugs (العقاقير): Y / N	Y / <del>N</del>

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	Sham,Mwafak,,Khiiti	IDN:	784199780492056	Mother Name:	
Name (Ar)	شام موفق،،خيتي	Card Number:	089525202	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	13/06/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	09/06/2021	Date of Birth:	08/12/1997	Sponsor Name:	موفق محمد خيتي
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	05553842
Residency Type:	03	Residency Number:	30120093012266	Residency Expiry:	09/06/2021
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

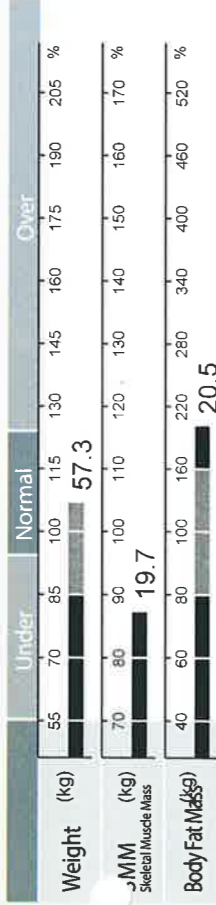
<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

4/6/2019

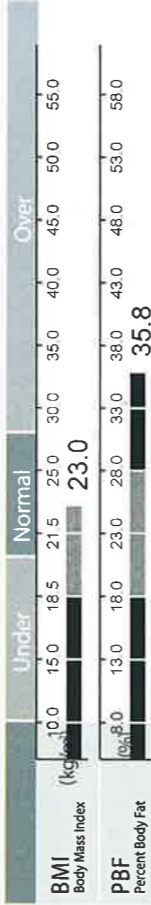
## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	26.9 ( 27.4~33.4 )
For building muscles	Protein (kg)	7.3 ( 7.3~8.9 )
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.65 ( 2.53~3.09 )
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	20.5 ( 10.7~17.2 )
Sum of the above	Weight (kg)	57.3 ( 45.6~61.8 )

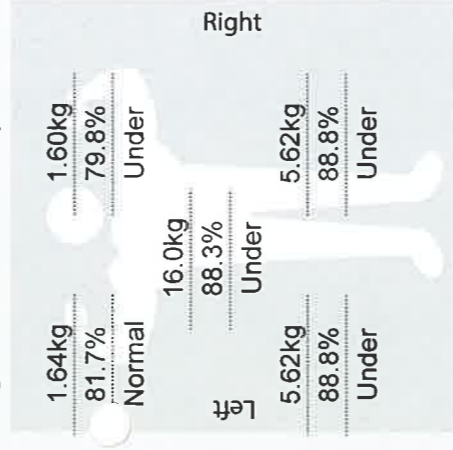
## Muscle-Fat Analysis



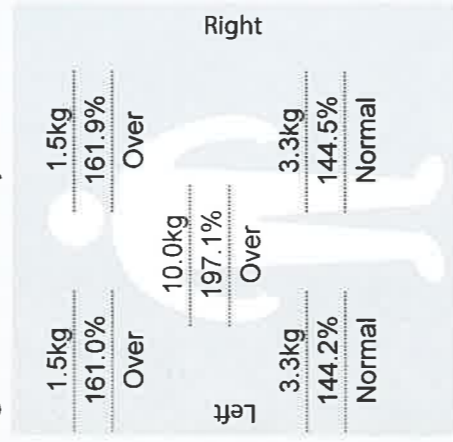
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

Weight (kg)	57.3
SMM (kg)	19.7
PBF (%)	35.8

## InBody Score

67 / 100 Points

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

## Weight Control

Target V/weight	53.7 kg
Weight Control	- 3.6 kg
Fat Control	- 8.2 kg
Muscle Control	+ 4.6 kg

## Obesity Evaluation

BMI	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Under <input type="checkbox"/> Slightly Over <input type="checkbox"/> Over
PBF	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Slightly Over <input checked="" type="checkbox"/> Over

## Waist-Hip Ratio



## Visceral Fat Level



## Research Parameters

Fat Free Mass	36.8 kg
Basal Metabolic Rate	1164 kcal ( 1228~1418 )
Obesity Degree	107 % ( 90~110 )
Recommended calorie intake	1594 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	101	Gateball	109
Walking	115	Yoga	115
Badminton	130	Table Tennis	130
Tennis	172	Bicycling	172
Boxing	172	Basketball	172
Mountain Climbing	187	Jumping Rope	201
Aerobics	201	Jogging	201
Soccer	201	Swimming	201
Japanese Fencing	287	Racketball	287
Squash	287	Taekwondo	287

\* Based on your current weight  
\* Based on 30 min rule duration

## Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail



## Impedance

RA	LA	TR	RL	LL
Z <sub>(α, 2)</sub> (Ω)	441.8	430.8	28.2	293.5
I <sub>(0, 1)</sub> (A)	404.3	395.3	25.0	265.5