



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Lactating 7.5 month Baby

Date: 9 / 4 / 2019

Date: ... / ... /

File Number: 1001916

Patient Name: Nubasa Jamal

إسم المريض: نوبسا الجمل

Date Of Birth: 25/2/84 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) Married

Nationality: (الجنسية) ...

Occupation:

Address (العنوان): Dubai

Phone No. (رقم الهاتف): 050-1524907

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History			
Medical Condition	الحالة الطبية	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 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؟		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 الدم؟		No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكيميا		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 في الكلى أو تناسلية؟		No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع 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 السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟		No	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc 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 يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نذكر 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 لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون ممحاجة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لي تحمي الملف صحيحة 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ٢٠١٩ / ١٢ / ١٩

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Consultation

التاريخ المرضي: Disease History

Lactobacifery

الحساسية: Allergies

No allergy

الأدوية: Medications

Vit only

الحمل: Pregnancy

C.S.

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ايدخال المستشفى

Smoking (التدخين): ~~Y~~ / ~~N~~

Alcohol (الكحول): ~~Y~~ / ~~N~~

Drugs (تعاطي العقاقير): ~~Y~~ / ~~N~~

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

Normal weight gain after
Pregnancy Examination

NO

الصور الشعاعية Radiography

NO

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	Nuha Fatchi, Mohammad	IDN:	784198417591793	Mother Name:	
Name (Ar)	نهي فتيحي محمد بن الجمل	Card Number:	079050096	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	29/06/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	09/06/2019	Date of Birth:	25/02/1984	Sponsor Name:	زكريا غلب احمد الجمل
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	07049607
Residency Type:	03	Residency Number:	20120073056211	Residency Expiry:	09/06/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

4/9/2019

ID 090419-1

Height 176cm

Age 35

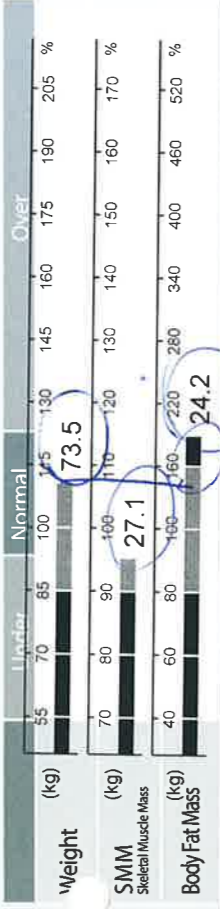
Gender Female

Test Date & Time 09.04.2019. 13:02

Body Composition Analysis

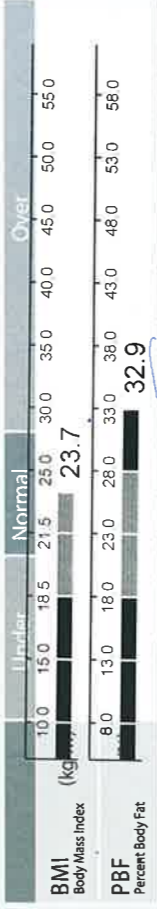
Total amount of water in body	Total Body Water (L)	36.0 (33.9~41.5)
For building muscles	Protein (kg)	9.6 (9.1~11.1)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.69 (3.14~3.84)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	24.2 (13.3~21.3)
Sum of the above	Weight (kg)	73.5 (56.6~76.6)

Muscle-Fat Analysis

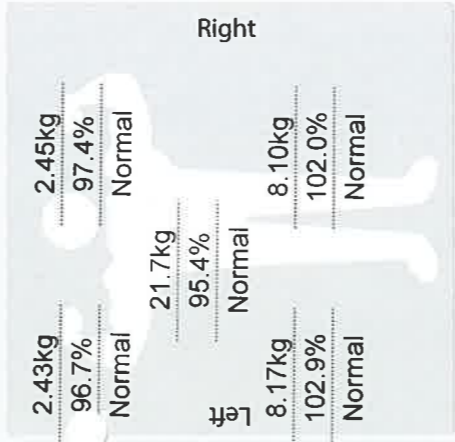


68kg

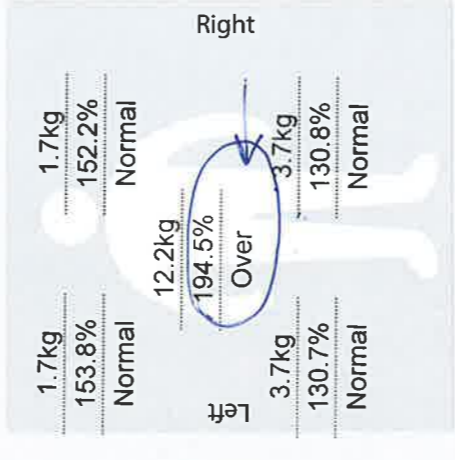
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	73.5
SMM (kg)	27.1
PBF (%)	32.9

InBody Score

69 / 100 Points

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

Weight Control

Target V/Weight	66.6 kg
Weight Control	-6.9 kg
Fat Control	-8.9 kg
Muscle Control	+2.0 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 checked="" type="checkbox"/> Slightly Over	<input type="checkbox"/> Over	

Waist-Hip Ratio

0.92 (0.75 - 0.85)

Visceral Fat Level

Level 11 (Low 10 - High)

Research Parameters

Fat Free Mass	49.3 kg
Basal Metabolic Rate	1435 kcal (1470~1715)
Obesity Degree	110 % (90~110)
Recommended calorie intake	2314 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	129	Gateball	140
Walking	147	Yoga	147
Badminton	166	Table Tennis	166
Tennis	221	Bicycling	221
Boxing	221	Basketball	221
Mountain Climbing	240	Jumping Rope	257
Aerobics	257	Jogging	257
Soccer	257	Swimming	257
Japanese Fencing	368	Racketball	368
Squash	368	Taekwondo	368

* 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 (Ω)	219.4	437.1	440.8	25.2
I (mA)	398.8	403.5	22.2	281.0
			314.0	306.7
			281.0	275.6