



lactating 4 month Baby.
Date: 9 / 4 / 19
Date: 9 / 4 / 19

File No:

Date: 9 / 4 / 19

File Number: 10019117

Patient Name: Dana Fathi Al-Jamal

اسم المريض: دانه

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 2 / 2 / 92

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): أردنية

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): المشارة

Phone No. (رقم الهاتف): 0552264117

E-MAIL:

How did you know about us:

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



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 إقرار 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي. كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات 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 الصساسة
- 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 للملف صحيحة. و اتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار 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: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight gain after giving birth

Disease History: التاريخ المرضي:	/
Allergies: الحساسية:	/
Medications: الأدوية:	OsteoCare
Pregnancy: الحمل:	/
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة، ايدال المستشفى	— Normal delivery
Smoking: التدخين: / N	Alcohol (الكحول): Y / N
	Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO*

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	Dana, Fathi, Mohammad, Aljamaal	IDN:	784199265285314	Mother Name:	
Name (Ar)	دانه فثي محمد الجمل	Card Number:	092734874	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	22/01/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	27/12/2021	Date of Birth:	02/02/1992	Sponsor Name:	مجدى احمد منصور حنين
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	64111733
Residency Type:	03	Residency Number:	301201830041740	Residency Expiry:	27/12/2021
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

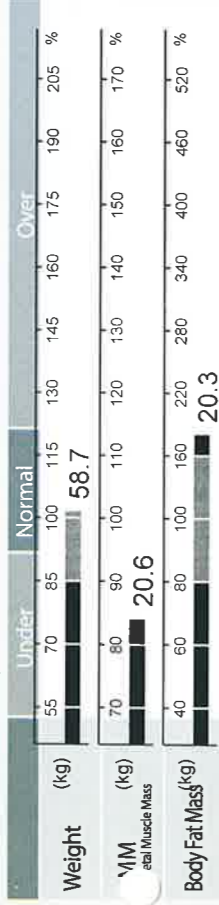
<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

4/9/2019

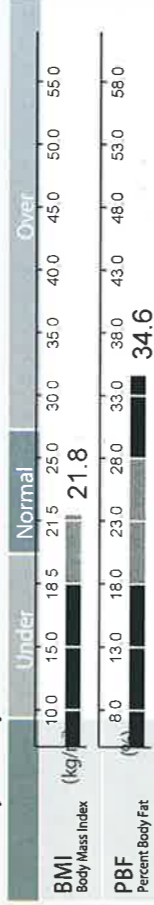
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	28.1 (29.4~36.0)
For building muscles	Protein (kg)	7.5 (7.9~9.7)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.76 (2.73~3.33)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	20.3 (11.6~18.5)
Sum of the above	Weight (kg)	58.7 (49.1~66.5)

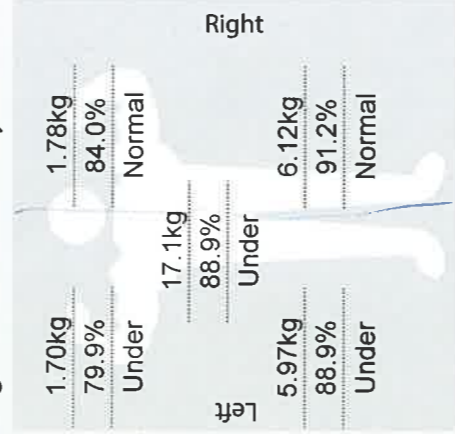
Muscle-Fat Analysis



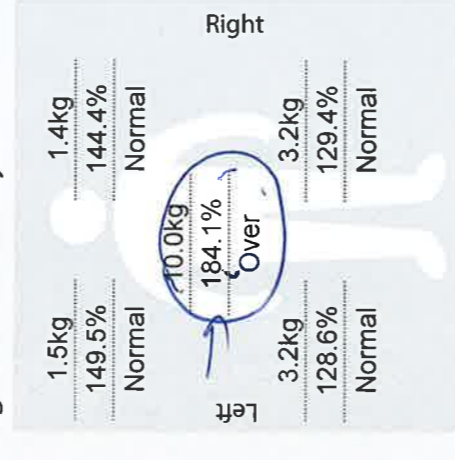
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	58.7
SMM (kg)	20.6
PBF (%)	34.6

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 Weight 57.8 kg
 Weight Control -0.9 kg
 Fat Control -7.0 kg
 Muscle Control +6.1 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.89

Visceral Fat Level

Level 9

Research Parameters

Fat Free Mass 38.4 kg
 Basal Metabolic Rate 1200 kcal (1249~1444)
 Obesity Degree 102 % (90~110)
 Recommended Calorie Intake 1616 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	103	Gateball	112
Walking	117	Yoga	117
Badminton	133	Table Tennis	133
Tennis	176	Bicycling	176
Boxing	176	Basketball	176
Mountain Climbing	191	Jumping Rope	206
Aerobics	206	Jogging	206
Soccer	206	Swimming	206
Japanese Fencing	294	Racketball	294
Squash	294	Taekwondo	294

* 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

Z₁₀₀ LA 456.5 480.5 28.9 323.6 342.2
 IOP₁₀₀ RL 416.4 441.0 25.3 292.9 310.2