



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 9/4/19

File Number: 1001921

Date: ... / ... /
Patient Name: Aya Mohamed اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 2/1/1996 Gender: M (F) Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Iraq Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان):
Phone No. (رقم الهاتف):
E-MAIL:

How did you know about us:

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؟	نعم	من العطور Perfumes
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض 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 (سرطان الدم) ، لوكيميا	نعم	انيميا خفيفة
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	نعم	سبت الحساسية من العطور أو البخاخات anti-allergics
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	تستخدم لولب لمنع الحمل. لا متاكل
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HIV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 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 أو تامين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الأخطار 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.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لدي فحسي للملف صحية، و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها بدون 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 إرادتي

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

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم بون السن القانونية):

التاريخ: / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، أحوال المستشفى

Smoking (التدخين): ~~Y~~ ~~N~~

Alcohol (الكحول): ~~Y~~ ~~N~~

Drugs (تعاقي العقاقير): ~~Y~~ ~~N~~

—

Perfun

Anti histamin

—

—

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

المصور 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	Aya,Mohammed,Zaki,Abdulghani,Shandala	IDN:	784199018754285	Mother Name:	
Name (Ar)	اوب محمد زكي عبد الله	Card Number:	087264859	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	العراق	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	03
Issue Date:	22/01/2018	Date of Birth:	02/01/1990	Sponsor Name:	مدير حفظ محمد علي نسر
Expiry Date:	28/12/2019	Husband IDN:		Sponsor Number:	12921384
Marital Status:	02	Residency Number:	20120153206714	Residency Expiry:	28/12/2019
Residency Type:	03	Occupation:	10	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				



Photo

Signature Image

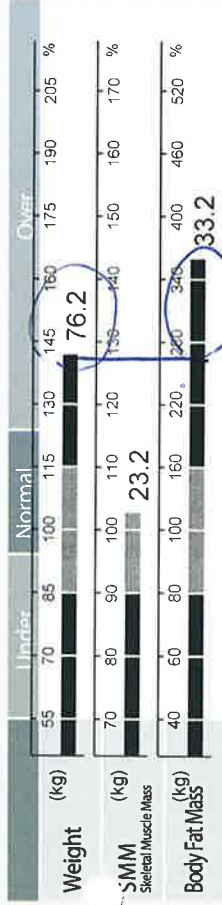
<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

4/9/2019

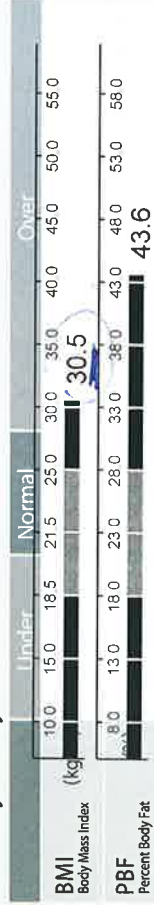
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	31.5 (27.4~33.4)
For building muscles	Protein (kg)	8.4 (7.3~8.9)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.12 (2.53~3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	33.2 (10.7~17.2)
Sum of the above	Weight (kg)	76.2 (45.6~61.8)

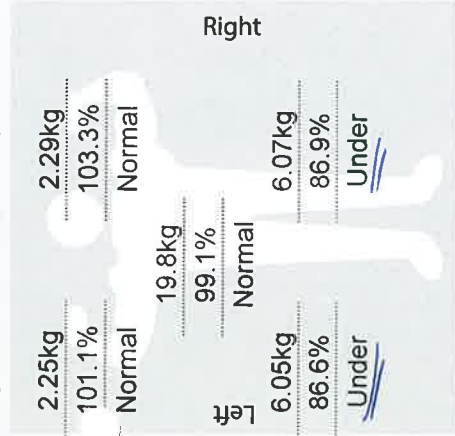
Muscle-Fat Analysis



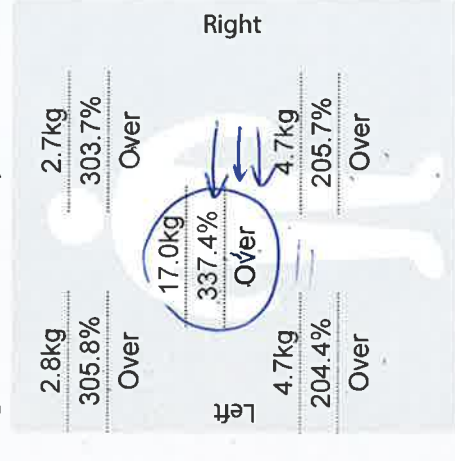
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	76.2
SMM (kg)	23.2
PBF (%)	43.6

InBody Score

61 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 55.8 kg
 Weight Control - 20.4 kg
 Fat Control - 20.4 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.98 (0.75 - 0.85)

Visceral Fat Level

Level 17 (Low 10 - High)

Research Parameters

Fat Free Mass 43.0 kg
 Basal Metabolic Rate 1298 kcal (1511~1764)
 Obesity Degree 142 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1737 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	134	Gateball	145
Walking	152	Yoga	152
Badminton	172	Table Tennis	172
Tennis	229	Bicycling	229
Boxing	229	Basketball	229
Mountain Climbing	248	Jumping Rope	267
Aerobics	267	Jogging	267
Soccer	267	Swimming	267
Japanese Fencing	381	Racketball	381
Squash	381	Taekwondo	381

* 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 (kΩ) 270 359.7 368.8 21.9 266.2 265.7
 I (mA) 327.7 336.2 19.0 242.8 243.4