



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 9 / 4 / 19

Date: ... / ... / ..... File Number: 100.19222

Patient Name: Amal Amin اسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 23 / 3 / 1962 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): .....

Nationality (الجنسية): J.ordan.. Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): .....

Phone No. (رقم الهاتف): 0503429341

E-MAIL: .....

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

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



### 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 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 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 للفحوصات و الاجراءات الجراحية و العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 قدمته لدي فتحي 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: ... / ... / .....

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 (دم ضغط):	/	Blood Sugar (دم سكر):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight gain

Disease History التاريخ المرضي:	Diabetic
Allergies الحساسية:	—
Medications الأدوية:	once a week vit Calcophage , Iron Diff. , D 50,000 IU.
Pregnancy الحمل:	—
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , ادخال المستشفى:	—
Smoking (التدخين):	<del>Y</del> / <del>N</del>
Alcohol (تعاطي الكحول):	<del>Y</del> / <del>N</del>
Drugs (تعاطي العقاقير):	<del>Y</del> / <del>N</del>

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص





REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO\*

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	Amal,Amin,Yousef,Abuobeid	IDN:	784196286827058	Mother Name:	
Name (Ar)	امل امين يوسف ابو عبيد	Card Number:	086128798	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	02/11/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	31/10/2019	Date of Birth:	23/03/1962	Sponsor Name:	حافظ محمد علي نمر
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	07960842
Residency Type:	03	Residency Number:	30120043012410	Residency Expiry:	31/10/2019
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)	40.2 ( 28.0~34.2 )
For building muscles	Protein (kg)	10.8 ( 7.5~9.1 )
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.65 ( 2.59~3.17 )
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	50.7 ( 11.0~17.6 )
Sum of the above	Weight (kg)	105.3 ( 46.8~63.3 )

InBody Score

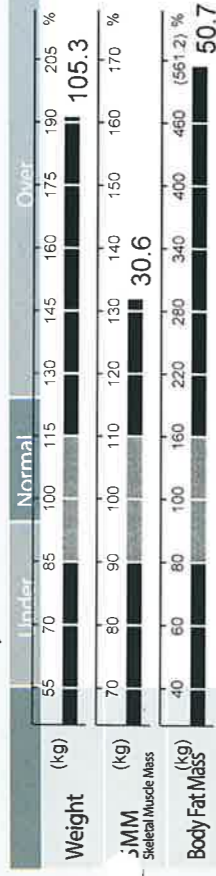
58 / 100 Points

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

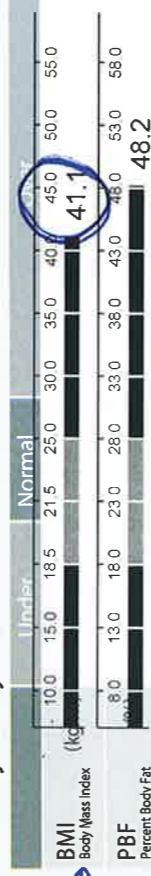
## Weight Control

Target Weight	70.9 kg
Weight Control	- 34.4 kg
Fat Control	- 34.4 kg
Muscle Control	0.0 kg

## Muscle-Fat Analysis



## Obesity Analysis

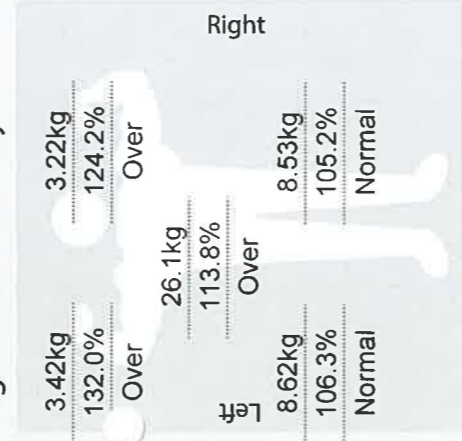


السمنة العالية

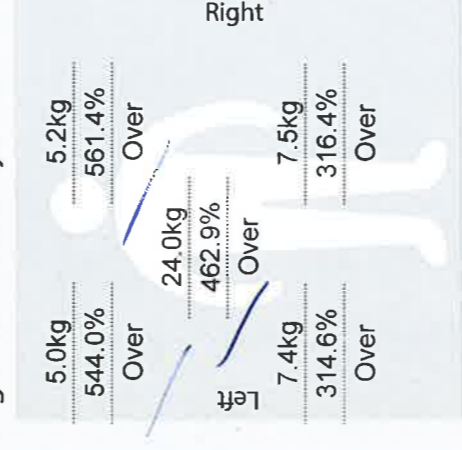
## Research Parameters

Fat Free Mass	54.6 kg
Basal Metabolic Rate	1548 kcal ( 1946~2296 )
Obesity Degree	191 % ( 90~110 )
Recommended calorie intake	1865 kcal

## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

Weight (kg)	105.3
SMM (kg)	30.6
PBF (%)	48.2

## Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail



## Impedance

RA	LA	TR	RL	LL
291.4	272.2	20.4	198.0	191.4
258.6	238.9	18.4	174.8	168.3