



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002016

Date: 23/04/2019

Date: 23/04/2019

File Number: 1002016

Patient Name: ...
Date Of Birth: ...
Nationality: ...
Address: ...
E-MAIL: ...

اسم المريض: ...
الحالة الاجتماعية: ...
الوظيفة: ...
رقم الهاتف: ...
How did you know about us: ...

التاريخ الطبي Medical History	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم الذكر بالتفصيل
هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	Yes	Allergy medicine
هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	No	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	Yes	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness	No	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	No	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مسيلات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	No	
أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	No	
أمراض صدرية (آزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى)	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	No	
هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	No	
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	No	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	No	
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	No	
هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	No	
هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	No	
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	Other conditions HSV, HIV...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 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 لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم شاماً 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 القوم 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 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: 19/04/23..

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نصبة الدم):
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 ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

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

cAEAlOEBA83ODQyMI

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	Imed,,,Makhlouf	IDN:	784200510386061	Mother Name:	
Name (Ar)	عماد,,,بن عصام مخلوف	Card Number:	087273100	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	TUN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	تونس		
Issue Date:	22/01/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	16/01/2020	Date of Birth:	20/12/2005	Sponsor Name:	عصام بن مصطفى مخلوف
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	59054731
Residency Type:	03	Residency Number:	20120063067887	Residency Expiry:	16/01/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

No signature / بدون إمضاء

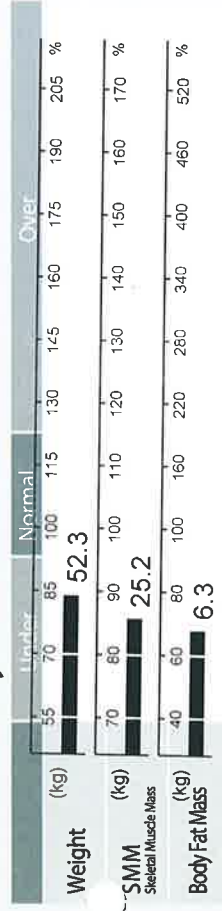
<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

4/23/2019

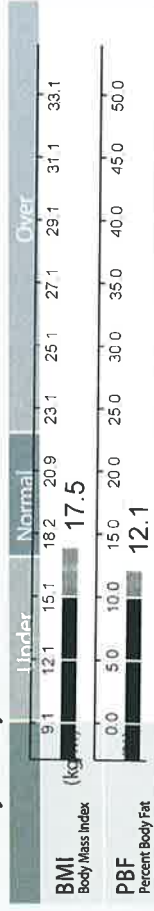
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	33.7 (35.0~42.8)
For building muscles	Protein (kg)	8.9 (9.4~11.4)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.36 (3.24~3.96)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	6.3 (7.5~14.9)
Sum of the above	Weight (kg)	52.3 (53.0~71.6)

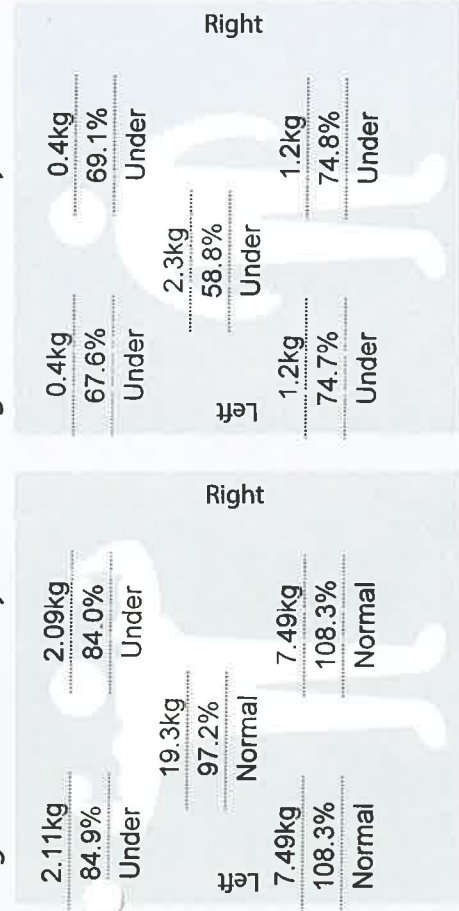
Muscle-Fat Analysis



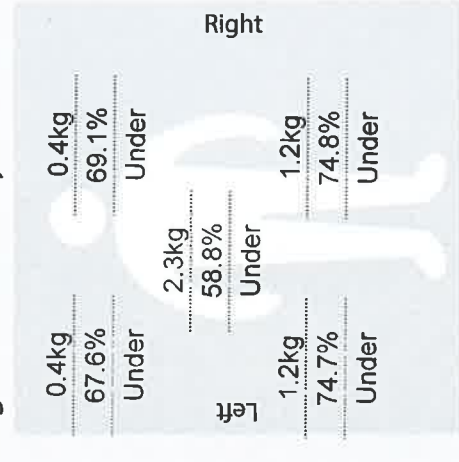
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	52.3
SMM (kg)	25.2
PBF (%)	12.1

InBody Score

70 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 62.3 kg
 Weight Control + 10.0 kg
 Fat Control + 3.0 kg
 Muscle Control + 7.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.78

Visceral Fat Level

Level 2

Research Parameters

Fat Free Mass 46.0 kg
 Basal Metabolic Rate 1363 kcal (1234~1426)
 Obesity Degree 84 % (90~110)

Recommended calorie intake 2709 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	92	Gateball	99
Walking	105	Yoga	105
Badminton	118	Table Tennis	118
Tennis	157	Bicycling	157
Boxing	157	Basketball	157
Mountain Climbing	171	Jumping Rope	183
Aerobics	183	Jogging	183
Soccer	183	Swimming	183
Japanese Fencing	262	Racketball	262
Squash	262	Taekwondo	262

* 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 (Ω) 23.8 444.2 439.0 23.8 312.6 312.3
 (Ω) 404.6 399.8 20.0 280.1 280.2

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	20.9 (20.2~24.6)
For building muscles	Protein (kg)	5.7 (5.4~6.6)
For strengthening bones	Minerals (kg)	1.94 (1.86~2.28)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	8.1 (6.1~12.2)
Sum of the above	Weight (kg)	36.6 (32.3~43.7)

InBody Score

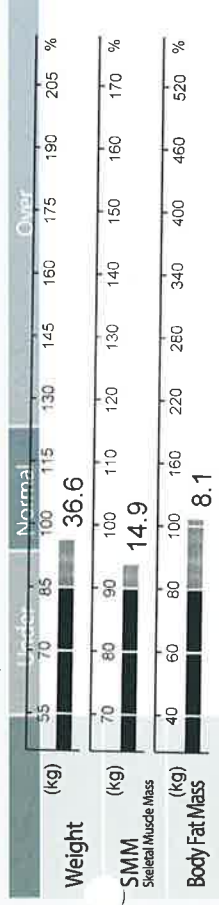
78 / 100 Points

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

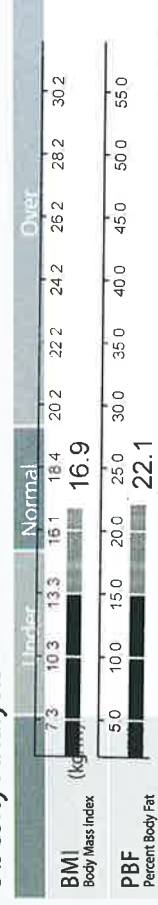
Weight Control

Target Weight 38.0 kg
 Weight Control + 1.4 kg
 Fat Control - 0.5 kg
 Muscle Control + 1.9 kg

Muscle-Fat Analysis



Obesity Analysis



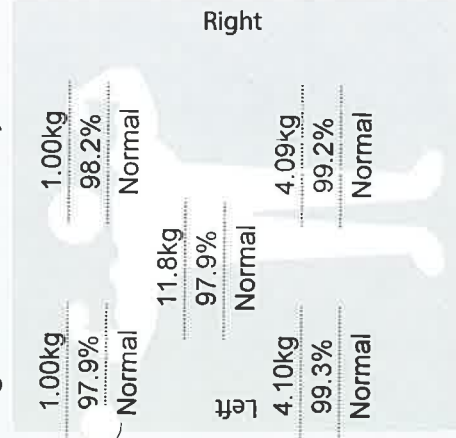
Visceral Fat Level



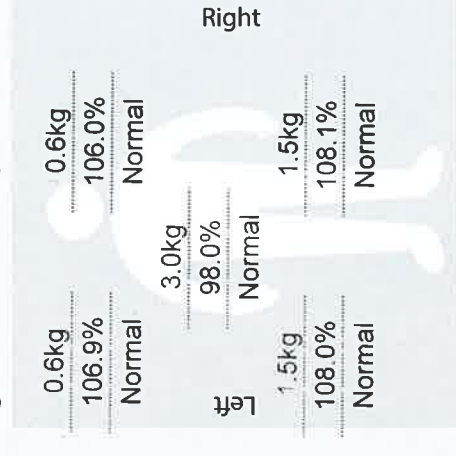
Research Parameters

Fat Free Mass 28.5 kg
 Basal Metabolic Rate 986 kcal (939~1066)
 Obesity Degree 96 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1885 kcal

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	36.6
SMM (kg)	14.9
PBF (%)	22.1

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	64	Gateball	70
Walking	73	Yoga	73
Badminton	83	Table Tennis	83
Tennis	110	Bicycling	110
Boxing	110	Basketball	110
Mountain Climbing	119	Jumping Rope	128
Aerobics	128	Jogging	128
Soccer	128	Swimming	128
Japanese Fencing	183	Racketball	183
Squash	183	Taekwondo	183

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail



Impedance

Z (Ω) 20 Hz 482.9 483.7 32.9 322.5 321.1
 100 Hz 441.2 443.4 28.4 290.3 289.8