



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 23/4/19

Date: 23/04/2019

File Number: 1002017

Patient Name: Azzam Dawood Ballal

اسم المريض: 1002017

Date Of Birth: 06/02/1980 Gender: M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality: (الجنسية): Sudanese

Occupation: Housewife

Address: Sakina, Khartoum

Phone No. (رقم الهاتف): 0515340227

E-MAIL: azzam.dawood@igmail.com

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 اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes	Blood Pressure
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي 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؟	Yes	High Blood Pressure
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	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 بولية أو تناسلية؟	No	
	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعاني 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
	Other conditions من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 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 الحصر 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 التجريبية المقدمة لي. كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالأدنى 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 تخفي الملف الصحية و أتفهم ان اي 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: 23.10.14 /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نصية 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 : احوال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاطي 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

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	Azza Dawood, A Baloor	IDN:	784198017382031	Mother Name:	
Name (Ar)	عزة دأود, عبدالله بلور	Card Number:	092802143	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	JOR الأردن	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	03
Issue Date:	25/01/2019	Date of Birth:	06/02/1980	Sponsor Name:	عصام بن مصطفى مخلوف
Expiry Date:	08/12/2020	Husband IDN:		Sponsor Number:	59054731
Marital Status:	02	Residency Number:	20120043082111	Residency Expiry:	08/12/2020
Residency Type:	03	Occupation:	10	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				



Photo

Signature Image

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

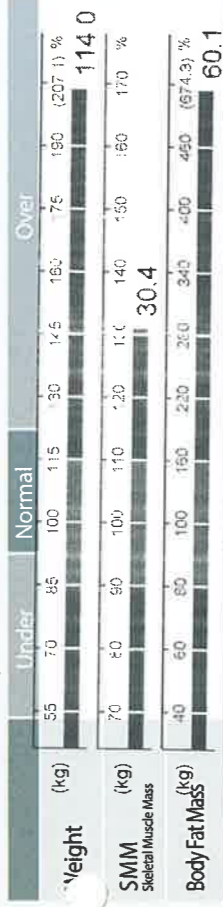
4/23/2019

ID 230419-8 | Height 160cm | Age 39 | Gender Female | Test Date & Time 23.04.2019. 18:09

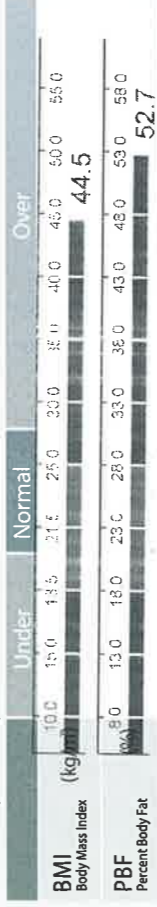
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	39.8 (28.0~34.2)
For building muscles	Protein (kg)	10.6 (7.5~9.1)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.45 (2.59~3.17)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	60.1 (11.0~17.6)
Sum of the above	Weight (kg)	114.0 (46.8~63.3)

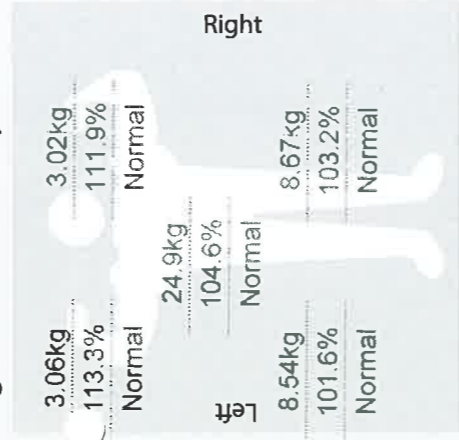
Muscle-Fat Analysis



Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	114.0
SMM (kg)	30.4
PBF (%)	52.7

InBody Score

48 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A higher score indicates a better score overall.

Weight Control

Target Weight 70.0 kg
 Weight Control -44.0 kg
 Fat Control -44.0 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio



Visceral Fat Level



Research Parameters

Fat Free Mass 53.9 kg
 Basal Metabolic Rate 1535 kcal (2076~2456)
 Obesity Degree 207 % (90~110)
 Recommended Calorie Intake 2081 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	201	Golf	217
Walking	228	Yoga	228
Badminton	258	Table Tennis	258
Tennis	342	Bicycling	342
Boxing	342	Basketball	342
Mountain Climbing	372	Jumping Rope	399
Aerobics	399	Jogging	399
Soccer	399	Swimming	399
Japanese Fencing	570	Racketball	570
Squash	570	Taekwondo	570

* Based on 1 minute weight
 * Based on 15 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail



Impedance

KA 3.4
 IR 1.1
 Z (kΩ) 307.4
 FL 26.0
 RL 192.1
 F (Hz) 275.2
 CL 22.6
 CR 169.9