



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002018

Date: 23/4 / 2019

Date: 23/4/2019

File Number: 1002018

Patient Name: Hamda AlAbdadi

اسم المريض: حمدة العبدادي

Date Of Birth: 31/12/1996 Gender: M / (F)

Marital Status: Single

Nationality: U.A.E. (الجنسية)

Occupation: Data Entry Operator (الوظيفة)

Address: Dubai, Alkhalifa 3 (العنوان)

Phone No: 0526-2182121 (رقم الهاتف)

E-MAIL:

How did you know about us: Instagram

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

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 المؤلف.
- 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 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 تماماً 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 الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الصلابة المرضية.
- 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 فحفي الملحق صحيحة و اتفهم 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: 23 / 4 / 2019

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (مصلحة 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 ، الخال للمستشفى

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

cAEAlOEBA83ODQxO'

Public Data Readed Suc

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	Hamda,Abdulla,Ibrahim,Abdulla,Alabdooli	IDN:	784199625090941	Mother Name:	Atiqah Abdulla
Name (Ar)	حمد,عبدالله,إبراهيم,عبدالله	Card Number:	092169634	Mother Name (Ar):	عقيلة عبدالله
Title:		Nationality (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	202000734
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	13/12/2018	Date of Birth:	31/08/1996	Sponsor Name:	
Expiry Date:	13/12/2028	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	99	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

4/23/2019

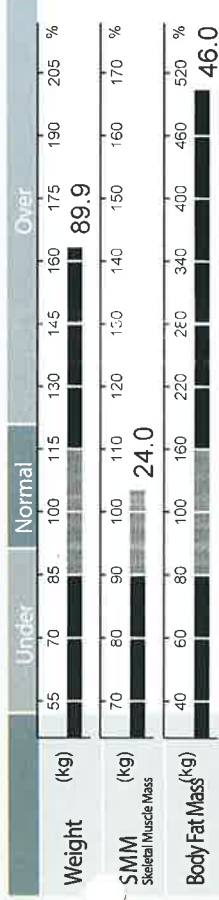
ID 230419-3 | Height 160cm | Age 22 | Gender Female | Test Date & Time 23.04.2019. 17:14

Body Composition Analysis

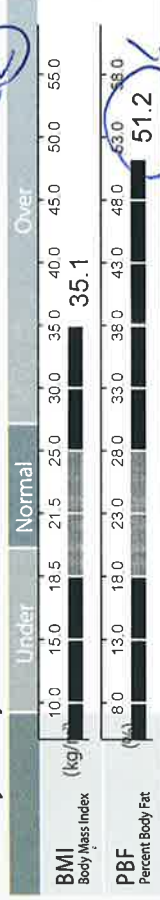
Total amount of water in body	Total Body Water (L)	32.1 (28.0~34.2)
For building muscles	Protein (kg)	8.6 (7.5~9.1)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.23 (2.59~3.17)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	46.0 (11.0~17.6)
Sum of the above	Weight (kg)	89.9 (46.8~63.3)

75-78

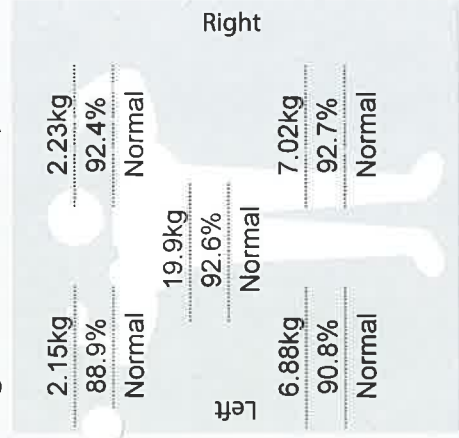
Muscle-Fat Analysis



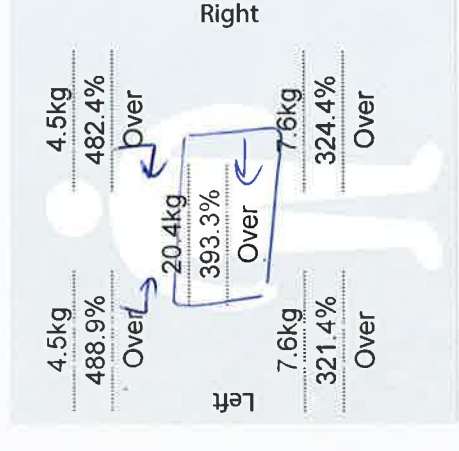
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	89.9
SMM (kg)	24.0
PBF (%)	51.2

InBody Score

49/100 Points

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

Weight Control

Target Weight 57.0 kg
 Weight Control - 32.9 kg
 Fat Control - 32.9 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.91

Visceral Fat Level

Level 20

Research Parameters

Fat Free Mass 43.9 kg
 Basal Metabolic Rate 1318 kcal (1716~2015)
 Obesity Degree 163 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1945 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf 158 Gateball 171
 Walking 180 Yoga 180
 Badminton 203 Table Tennis 203
 Tennis 270 Bicycling 270
 Boxing 270 Basketball 270
 Mountain Climbing 293 Jumping Rope 315
 Aerobics 315 Jogging 315
 Soccer 315 Swimming 315
 Japanese Fencing 450 Racketball 450
 Squash 450 Taekwondo 450

* 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) 20 Hz 407.4 427.1 26.0 246.8 254.2
 100 Hz 371.6 391.4 22.6 219.0 226.7