



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002019

Date: 23/4/2019

Date: 23/4/2019

File Number: 1002019

Patient Name: Khaleedah Sadeq

اسم المريض: خالدة سديدة السعيد

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / ...

Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status (الحالة الاجتماعية): لا

Nationality (الجنسية): كويتية

Occupation (الوظيفة): لا

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 5721831831831831

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم
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 مميعات للدم؟	لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	نعم
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي موانع للحمل؟ هل تعانيين 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؟	لا
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟	لا
HSV, HIV...etc	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 ترويدي 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 نتائج للعلاج 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 أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 قدمته لدي قضي 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 الدم):
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم ضغط الدم): /	Blood Sugar (دم سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight gain

Disease History التاريخ المرضي:	—
Allergies الحساسية	—
Medications الأدوية	Iron Constipation
Pregnancy الحمل	—
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , ائحال للمستشفى	C.S.

Smoking (التدخين): ~~Y~~ / ~~N~~ Alcohol (الكحول): ~~Y~~ / ~~N~~ Drugs (العقاقير): ~~Y~~ / ~~N~~

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Normal

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

 دولة الكويت
STATE OF KUWAIT CIVIL ID CARD
Civil ID No 28611700559
الرقم المدني
الاسم
خالده عبد الرحيم علي
صادق

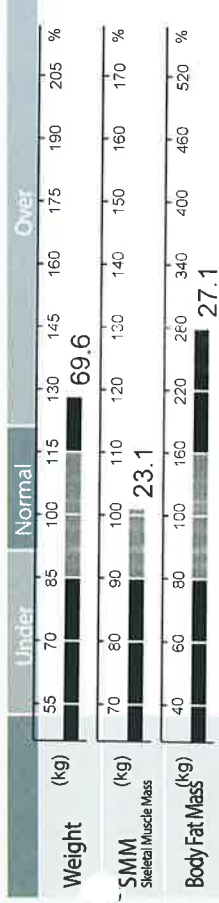

Name KHALEDAH ABDULRAHEEM ALI
SADEQ

للجنسية الكويتي
الجنس
Nationality KWT
Sex F
تاريخ الميلاد 17/11/1986
تاريخ الانتهاء 29/04/2023
Date of Birth
Expiry Date

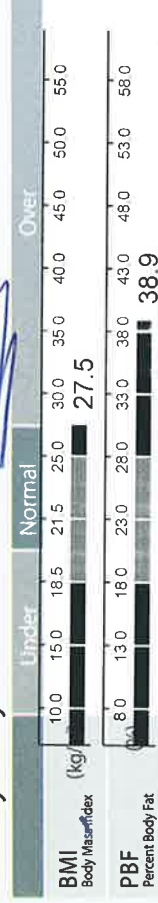
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	31.3 (27.7~33.9)
For building muscles	Protein (kg)	8.3 (7.4~9.0)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.91 (2.56~3.13)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	27.1 (10.9~17.4)
Sum of the above	Weight (kg)	69.6 (46.2~82.6)

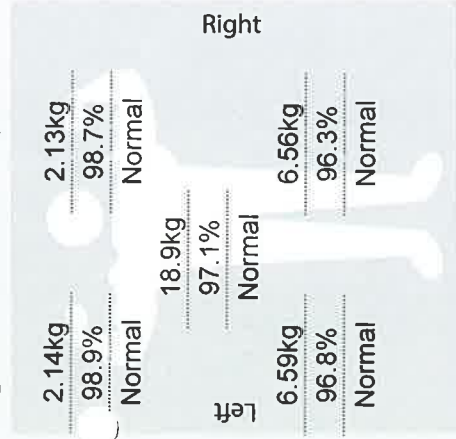
Muscle-Fat Analysis



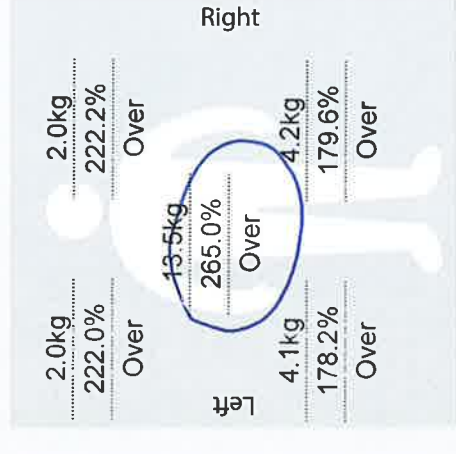
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	69.6
SMM (kg)	23.1
PBF (%)	38.9

InBody Score

66 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight	55.2 kg
Weight Control	- 14.4 kg
Fat Control	- 14.4 kg
Muscle Control	0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Under <input checked="" type="checkbox"/> Slightly Over <input type="checkbox"/> Over
PBF	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Slightly Over <input checked="" type="checkbox"/> Over

Waist-Hip Ratio



Visceral Fat Level



Research Parameters

Fat Free Mass	42.5 kg
Basal Metabolic Rate	1288 kcal (1412~1643)
Obesity Degree	128 % (90~110)
Recommended: calorie intake	1655 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	123	Gateball	132
Walking	139	Yoga	139
Badminton	157	Table Tennis	157
Tennis	209	Bicycling	209
Boxing	209	Basketball	209
Mountain Climbing	227	Jumping Rope	244
Aerobics	244	Jogging	244
Soccer	244	Swimming	244
Japanese Fencing	348	Racketball	348
Squash	348	Taekwondo	348

* 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 _{45°}	20 kΩ	338.3	337.9	26.4
I _{100 kHz}	307.8	307.6	23.7	212.4
		209.2		