



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002044

Date: 27/4/2019

Date: 27/4/2019

File Number: 1002044

Patient Name: Haisar Mohamed

اسم المريض: حيسار محمد

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1/8/2006

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): فلسطين

Occupation (الوظيفة): حابة

Address (العنوان): السراية

Phone No. (رقم الهاتف): 055668717

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 حثيثاً؟	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو 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 ميوعات للدم؟	No
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 في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين 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 الغدة الدرقية؟	No
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟	No
HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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 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 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 ممسحة بالفحوصات 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 الحساسية 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 فحسي الفلف صحيحة و أتفهم ان أي 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 علي كامل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

صحة

التاريخ: ٢٠١٩ / ١١ / ٢٧

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight gain (c In 2 year)

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، اإخال المستشفى

Smoking (التدخين): ~~Y~~ / N

Alcohol (الكحول): ~~Y~~ / N

Drugs (تعايط المعاقير): ~~Y~~ / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

weight gain (

الفحص Examination

BCA Test 24 kg.↑

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Obese

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

after 2 weeks Repeat BUA-

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQYMI

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	Maisara,M,W,Almallahi	IDN:	784200657263719	Mother Name:	
Name (Ar)	ميسرة محمد زيد الملاحى	Card Number:	084180706	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	06/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	20/06/2019	Date of Birth:	11/08/2006	Sponsor Name:	محمد وحيد احمد الملاحى
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	38222651
Residency Type:	03	Residency Number:	30120073012122	Residency Expiry:	20/06/2019
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

No signature / بدون إمضاء

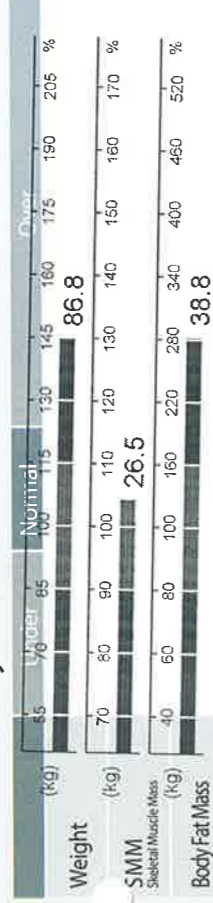
<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

4/27/2019

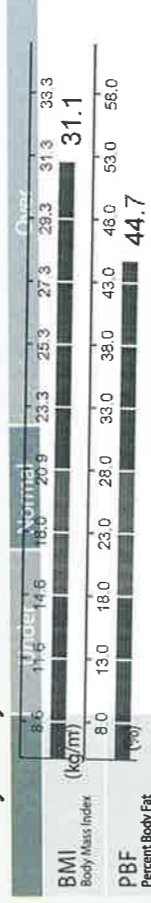
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	35.0 (30.5~37.3)
For building muscles	Protein	(kg)	9.5 (8.2~10.0)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	3.47 (2.83~3.45)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	38.8 (11.0~22.1)
Sum of the above	Weight	(kg)	86.8 (51.0~69.0)

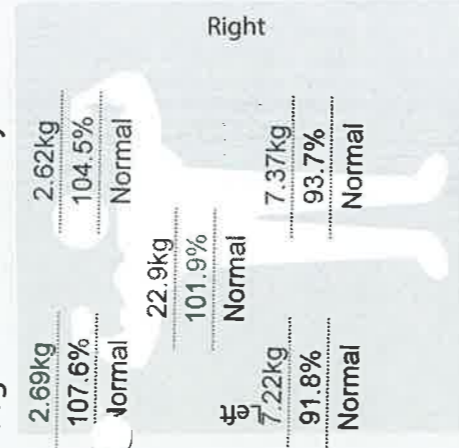
Muscle-Fat Analysis



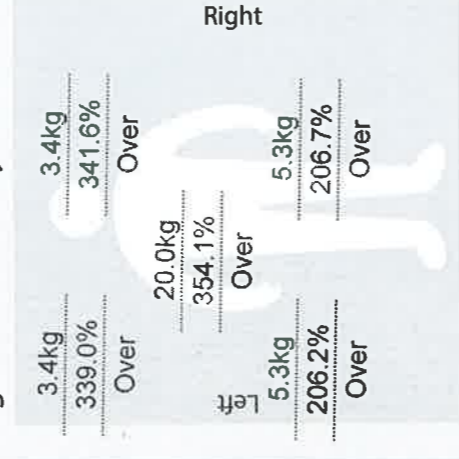
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	86.8								
SMM (kg)	26.5								
PBF (%)	44.7								

InBody Score

57 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 62.3 kg
 Weight Control -24.5 kg
 Fat Control -24.5 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

1.06 (0.75 - 0.85)

Visceral Fat Level

Level 20 (Low - 10 - High)

Research Parameters

Fat Free Mass 48.0 kg
 Basal Metabolic Rate 1406 kcal (1669~1958)
 Obesity Degree 145 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2508 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	153	Gateball	165
Walking	174	Yoga	174
Badminton	196	Table Tennis	196
Tennis	260	Bicycling	260
Boxing	260	Basketball	260
Mountain Climbing	283	Jumping Rope	304
Aerobics	304	Jogging	304
Soccer	304	Swimming	304
Japanese Fencing	434	Racketball	434
Squash	434	Taekwondo	434

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 404.2 389.2 25.5 303.1 318.4
 100 Hz 364.3 351.0 21.4 270.1 283.1