



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 21/5/19

Date: 21/5/2019

File Number: 202164

Patient Name: Zaid Al-Sayid

اسم المريض: زيد السيد

Date Of Birth: ... / ... / ... Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): .....

Nationality (الجنسية): ... Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): ... Phone No. (رقم الهاتف): 055-899352

E-MAIL: ... How did you know about us: .....

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
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؟
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟
	Allergies هل لديك أي حساسية؟
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟
	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميغات الدم؟
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لويميا (سرطان الدم)
	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى
	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟
	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟
	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟
	Epilepsy or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟
	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟
	Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط etc

### 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 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 لتنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفعوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 لي فتحي للملف 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 الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارايتي

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

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

التاريخ: ... / ... / .....  
٢٩ / ٥ / ٢٠١٩

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight gain

Disease History: التاريخ المرضي:	—
Allergies: الحساسية:	—
Medications: الأدوية:	—
Pregnancy: الحمل:	—
Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة، الخال المستشفى:	—

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

signature

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

weight gain

الفحص Examination

BGA.

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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	Zubayda,Ibrahim,Daoud,,Aldowkat	IDN:	784199328461357	Mother Name:	
Name (Ar)	زيدة ابراهيم داود المويكات	Card Number:	091783926	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	15/11/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	11/11/2020	Date of Birth:	05/04/1993	Sponsor Name:	طاهر عبد الحميد يوسف المناصير
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0131040051
Residency Type:	03	Residency Number:	20120163101659	Residency Expiry:	11/11/2020
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

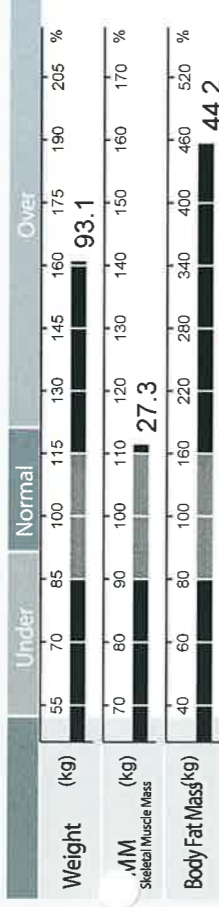
<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

5/21/2019

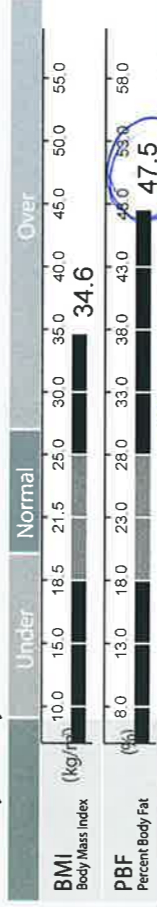
## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	35.7 ( 29.4~36.0 )
For building muscles	Protein (kg)	9.8 ( 7.9~9.7 )
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.38 ( 2.73~3.33 )
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	44.2 ( 11.6~18.5 )
Sum of the above	Weight (kg)	93.1 ( 49.1~66.5 )

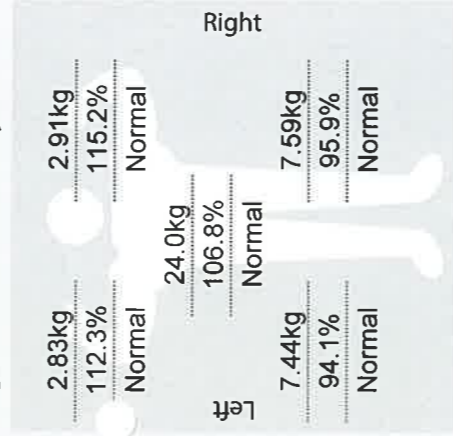
## Muscle-Fat Analysis



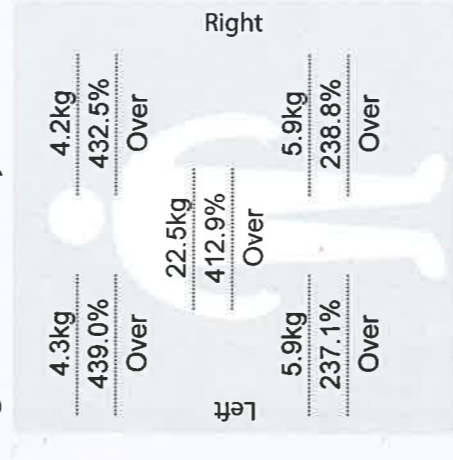
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

Weight (kg)	93.1
SMM (kg)	27.3
PBF (%)	47.5

## InBody Score

55 / 100 Points

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

## Weight Control

Target Weight 63.5 kg  
 Weight Control -29.6 kg  
 Fat Control -29.6 kg  
 Muscle Control 0.0 kg

## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

## Waist-Hip Ratio

1.07 ( 0.75 0.85 )

## Visceral Fat Level

Level 20 ( Low 10 High )

## Research Parameters

Fat Free Mass 48.9 kg  
 Basal Metabolic Rate 1426 kcal ( 1764~2073 )  
 Obesity Degree 161 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 1984 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	164	Gateball	177
Walking	186	Yoga	186
Badminton	210	Table Tennis	210
Tennis	279	Bicycling	279
Boxing	279	Basketball	279
Mountain Climbing	304	Jumping Rope	326
Aerobics	326	Jogging	326
Soccer	326	Swimming	326
Japanese Fencing	466	Racketball	466
Squash	466	Taekwondo	466

\* 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 IR RL LL  
 Z(α) 20 kHz 342.8 353.4 27.6 275.7 286.5  
 100 kHz 307.5 319.0 23.6 240.1 249.8