



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 11 / 6 / 19

Date: ... / ... / .....

File Number: 1002302

Patient Name: Shaden Ghazi

اسم المريض: شادن غازي

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 19/5/76 Gender (الجنس): M F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 05 7977075

E-MAIL: .....

How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا	عملية زرع كلى
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 الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (نقص الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	لا	
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 مانع للحمل؟ هل تعانين 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 HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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 إقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- 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 أمورا مختلفة عن ما نكر 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 العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى 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 قدمت لى فحسي للملف صحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 إرادتي

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

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

التاريخ: 11 / 6 / 2019 م

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
الوزن (Kg):	المؤشرات الحيوية
النبض (ppm):	الارتفاع (الطول): 167 cm
	نوع الدم (Blood Type):
	الضغط (الدم): /
	سكر الدم (Blood Sugar):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

For skin treatment  
of Cellulite.

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، عمليات المستشفى  
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (Smoking): ~~Y~~ / N

التدخين الكحول (Alcohol): ~~Y~~ / N

العقاقير (Drugs): ~~Y~~ / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

BLA test

الفحص Examination

BLA.

الصور الشعاعية Radiography

/

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Shaden Ghazi, داود هاجير	IDN:	784197630535405	Mother Name:	
Name (Ar)	شادن غازي داود هاجير	Card Number:	090110494	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	20/07/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	26/06/2020	Date of Birth:	19/05/1976	Sponsor Name:	فراس فيصل الحاج منير شاهين
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	04414881
Residency Type:	03	Residency Number:	60120163008919	Residency Expiry:	26/06/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

شادن غازي هاجر

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

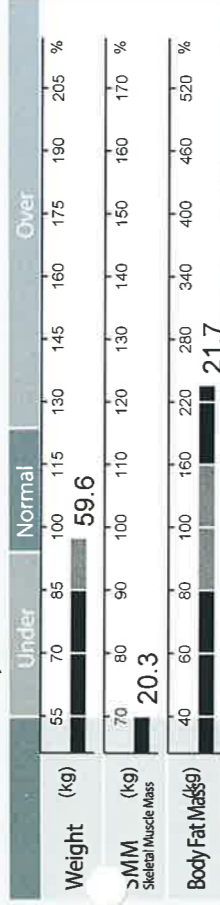
6/11/2019

ID 110619-1 | Height 167cm | Age 43 | Gender Male | Test Date & Time 11.06.2019. 16:30

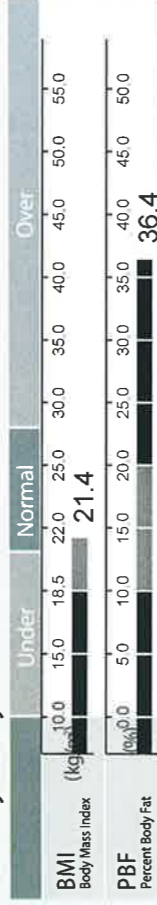
## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	27.7 ( 34.5~42.1 )
For building muscles	Protein (kg)	7.4 ( 9.3~11.3 )
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.75 ( 3.19~3.90 )
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	21.7 ( 7.4~14.7 )
Sum of the above	Weight (kg)	59.6 ( 52.2~70.6 )

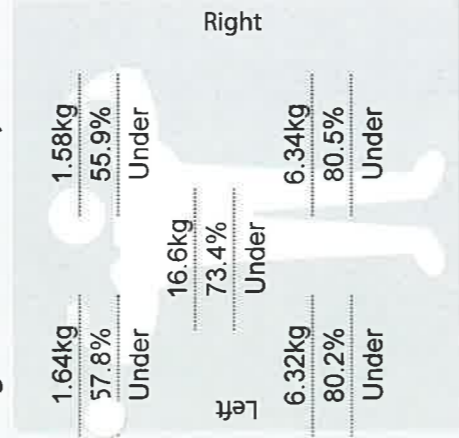
## Muscle-Fat Analysis



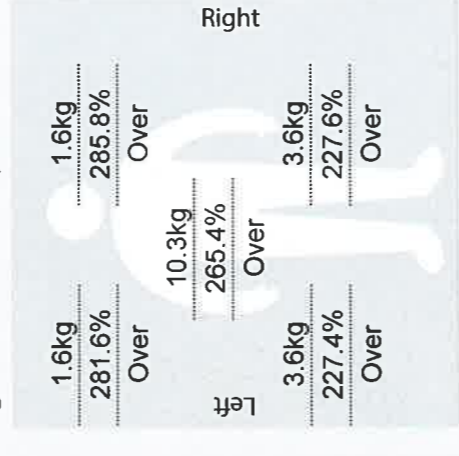
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

Weight (kg)	59.6
SMM (kg)	20.3
PBF (Percent Body Fat)	36.4

## InBody Score

53/100 Points

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

## Weight Control

Target Weight 61.3 kg  
 Weight Control + 1.7 kg  
 Fat Control - 12.5 kg  
 Muscle Control + 14.2 kg

## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

## Waist-Hip Ratio

0.87

## Visceral Fat Level

Level 10

## Research Parameters

Fat Free Mass 37.9 kg  
 Basal Metabolic Rate 1189 kcal ( 1355~1574 )  
 Obesity Degree 97 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 2555 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	105	Gateball	113
Walking	119	Yoga	119
Badminton	135	Table Tennis	135
Tennis	179	Bicycling	179
Boxing	179	Basketball	179
Mountain Climbing	194	Jumping Rope	209
Aerobics	209	Jogging	209
Soccer	209	Swimming	209
Japanese Fencing	298	Racketball	298
Squash	298	Taekwondo	298

\*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 kHz 513.1 495.5 31.1 324.0 326.0  
 100 kHz 472.9 456.1 27.2 296.1 298.3