



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 18/6/19

Date: 18/6/2019

File Number: 1002342

Patient Name: Bushra El Abd

إسم المريض: بشار العبد

Date Of Birth: / /

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: (الجنسية):

Occupation: (الوظيفة):

Address: (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 5207881

E-MAIL: .....

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

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا / نعم	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	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؟	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 (فقر الدم)، لوكيميا	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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	
Pepitic 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 HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الحلا البسيط 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: 16/2/2019

### 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 يكشف 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 لتنتائج العلاج 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 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قد بقي السلف 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: ... / ... / .....

استشارة 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 within 10kg - 13kg-

Disease History: التاريخ المرضي: Fibrosese extract from the

Allergies: الحساسية: — / constipation

Medications: الأدوية: —

Pregnancy: الحمل: —

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة , ادخال المستشفى: —

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

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

weight gain.

الفحص Examination

BCA.

المصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan خطة العلاج**

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO

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	Bouchra,,,El Abdi	IDN:	784197692849256	Mother Name:	
Name (Ar)	بشري,,,العبدي	Card Number:	087095479	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	12/01/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	05/01/2020	Date of Birth:	18/07/1976	Sponsor Name:	صلاون هويرى بيري للتجميل
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172614144	Residency Expiry:	05/01/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/18/2019

ID 180619-1 | Height 159cm | Age 39 | Gender Female | Test Date & Time 18.06.2019. 14:11

## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	36.6 ( 27.7~33.9 )
For building muscles	Protein (kg)	9.8 ( 7.4~9.0 )
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.50 ( 2.56~3.13 )
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	34.7 ( 10.9~17.4 )
Sum of the above	Weight (kg)	84.6 ( 46.2~62.6 )

## InBody Score

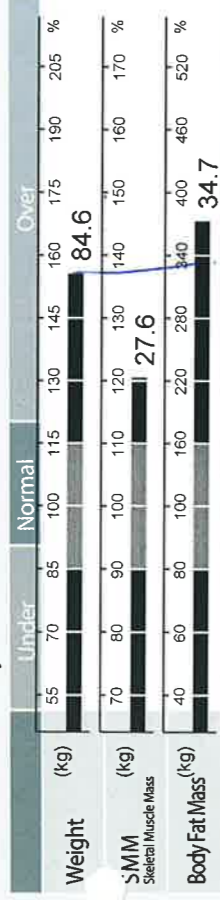
68 / 100 Points

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

## Weight Control

Target Weight 64.8 kg  
 Weight Control - 19.8 kg  
 Fat Control - 19.8 kg  
 Muscle Control 0.0 kg

## Muscle-Fat Analysis



## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

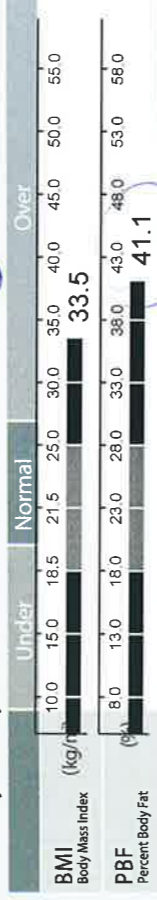
## Waist-Hip Ratio

0.98

## Visceral Fat Level

Level 17

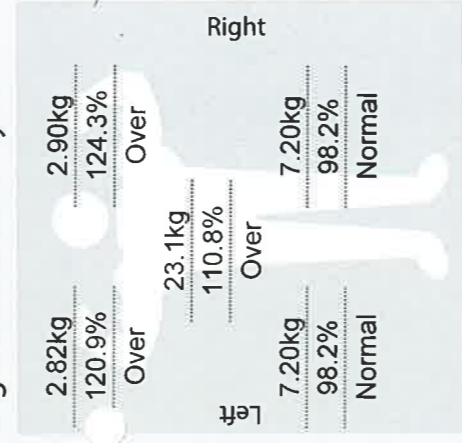
## Obesity Analysis



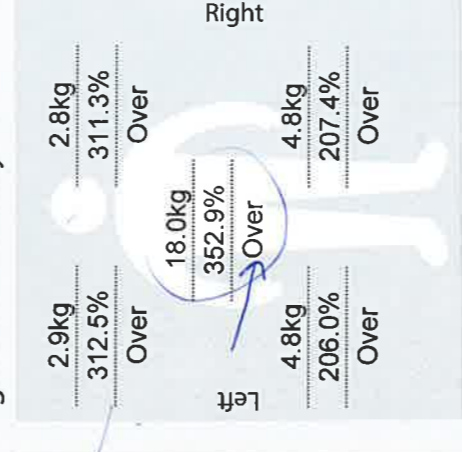
## Research Parameters

Fat Free Mass 49.9 kg  
 Basal Metabolic Rate 1447 kcal ( 1636~1918 )  
 Obesity Degree 156 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 1764 kcal

## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

Weight (kg)	84.6
SMM (kg)	27.6
PBF (%)	41.1

## Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



## Impedance

RA LA TR RL LL  
 Z (Ω) 20 kHz | 290.7 300.5 20.8 225.4 222.9  
 100 kHz | 262.6 270.7 18.2 201.0 198.9