



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ...1002380

Date: 23/6/2019

File Number: ...1002380.....
Date: 23/6/2019
Patient Name: Herak Manjifikation
Date Of Birth: 19/06/1997 Gender: (M) / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single.....
Nationality (الجنسية): Syria Occupation (الوظيفة): Student
Address (العنوان): Sharqan Street 3/90, Sharjah Phone No: 0509852195
E-MAIL: h.rafo.grog@hotmail.com How did you know about us: family member

| التاريخ الطبي Medical History | | | |
|--|---------------|--------------------|---|
| Medical Condition | الحالة الطبية | 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 تلقي أي علاجات حديثاً؟ | | 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 امراض؟ | | No | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | | No | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ | | No | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا | | No | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى | | No | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض بولية أو تناسلية؟ | | No | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي ممانع للحمل؟ هل تتعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | | No | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى | | No | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟ | | No | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟ | | No | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟ | | No | |
| Other conditions HIV, HSV...etc هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط | | 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: 23 / 06 / 2019

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المعقول.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 اي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات 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 الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التوريم أو التزيف 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 لى قمتي الملف صحيحة و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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): 183 cm |
| Pulse (النبض): ppm | Blood Pressure (دم الضغط): / |
| | Blood Type (دم فصيلة): |
| | Blood Sugar (دم سكر): |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Plan to loss-weight
By going to ~~GYM~~ GYM

| | |
|---|------------------------------|
| Disease History: التاريخ المرضي: | No. |
| Allergies: الحساسية | No. |
| Medications: الأدوية | No. |
| Pregnancy: الحمل | _____ |
| Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة، الخال المستشفى | Betakothe glucose deficiency |
| Smoking (التخين): Y / N | Alcohol (الكحول): Y / N |
| | Drugs (العقاقير): Y / N |

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة و السريرية

Normal

Examination: الفحص

BCA.

Radiography: الصور الشعاعية

Diagnosis: التشخيص

Normal case 9kg ↓
But He is looking
to go for

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO'

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 | Herak,Harair,,Manjikian | IDN: | 784199757098480 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | هراك،هرراير،مانجيكيان | Card Number: | 091599065 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | SYR | Family ID: | |
| Title (Ar): | | Nationality (Ar): | الجمهورية العربية السورية | | |
| Issue Date: | 05/11/2018 | Sex: | M | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 31/10/2019 | Date of Birth: | 19/06/1997 | Sponsor Name: | هرراير خبير مانجيكيان |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 05525100 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 30120073036769 | Residency Expiry: | 31/10/2019 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 02 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

6/23/2019

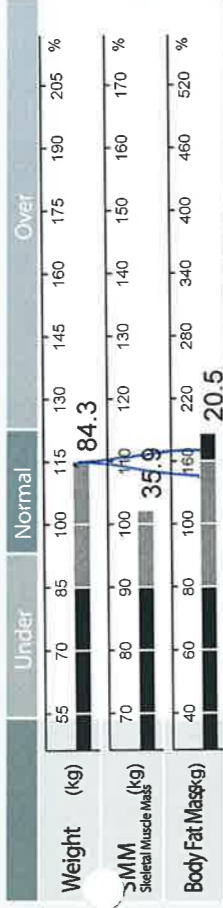
ID
230619-1

Height 183cm
Age 22
Gender Male
Test Date & Time 28.06.2019. 14:44

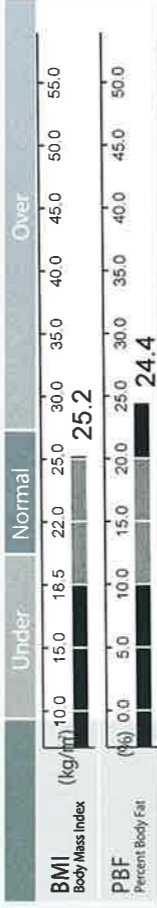
Body Composition Analysis

| | | |
|-------------------------------|----------------------|--------------------|
| Total amount of water in body | Total Body Water (L) | 46.7 (41.4~50.6) |
| For building muscles | Protein (kg) | 12.5 (11.1~13.5) |
| For strengthening bones | Minerals (kg) | 4.57 (3.83~4.69) |
| For storing excess energy | Body Fat Mass (kg) | 20.5 (8.9~17.7) |
| Sum of the above | Weight (kg) | 84.3 (62.6~84.8) |

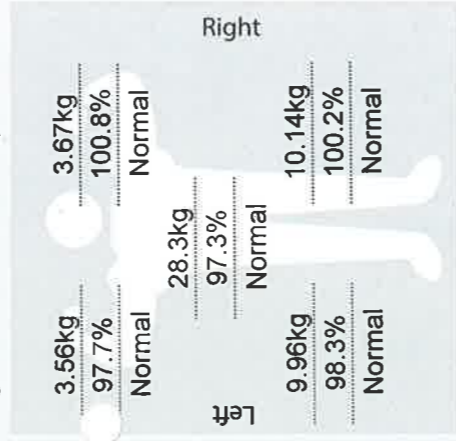
Muscle-Fat Analysis



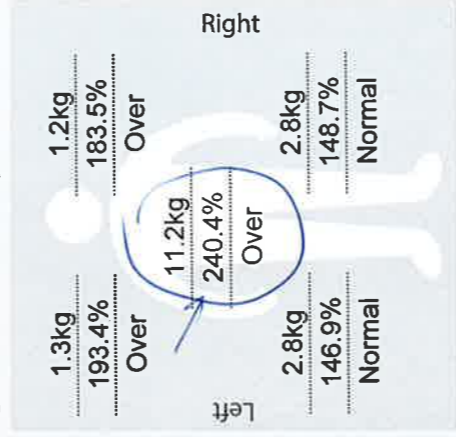
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

| | |
|-------------|------|
| Weight (kg) | 84.3 |
| SMM (kg) | 35.9 |
| PBF (%) | 24.4 |

InBody Score

72/100 Points

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

Weight Control

Target Weight 75.0 kg
Weight Control -9.3 kg
Fat Control -9.3 kg
Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.95

Visceral Fat Level

Level 9

Research Parameters

Fat Free Mass 63.8 kg
Basal Metabolic Rate 1747 kcal (1763~2073)
Obesity Degree 114 % (90~110)
Recommended calorie intake 3037 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

| | | | |
|-------------------|-----|--------------|-----|
| Golf | 148 | Gateball | 160 |
| Walking | 169 | Yoga | 169 |
| Badminton | 191 | Table Tennis | 191 |
| Tennis | 253 | Bicycling | 253 |
| Boxing | 253 | Basketball | 253 |
| Mountain Climbing | 275 | Jumping Rope | 295 |
| Aerobics | 295 | Jogging | 295 |
| Soccer | 295 | Swimming | 295 |
| Japanese Fencing | 422 | Racketball | 422 |
| Squash | 422 | Taekwondo | 422 |

*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

Z(Ω) 20 kHz 306.3 316.0 24.1 257.9 267.3
100 Hz 277.7 289.3 21.0 229.0 237.7