



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002383

Date: 23 / 6 / 2019

Date: 23 / 6 / 2019

File Number: 1002382

Patient Name: Alaa Al Jayoush

اسم المريض: أ.الد.س. الجيوسش

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 27 / 3 / 1998 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): سورية

طالبيته

Address (العنوان): Al-Jayoush, Hama

Phone No. (رقم الهاتف): 5.2.658.6588

E-MAIL: alaa.jayoush@orchidmc.com

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 حديثاً؟	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	نعم (Aspirin)
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا
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 مميوعات للدم؟	لا
Anemia, Leukemia (سرطان 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 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 السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 اقرار طبي

- لوافق 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 تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما 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 الألم 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 قدمته لذي فتحي الملف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها بدون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار 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: ... / ... / .....



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight gain

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة , ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): ~~Y~~ ~~N~~

Alcohol (تعاطي الكحول): ~~Y~~ ~~N~~

Drugs (تعاطي العقاقير): ~~Y~~ ~~N~~

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

BCA test.

Radiography الصور الشعاعية

التشخيص Diagnosis

under weight.





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	Alaa, Raad, Al Jayoush	IDN:	784199876986045	Mother Name:	
Name (Ar)	الأولاد، رعد، الجيوش	Card Number:	093473029	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	06/03/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	14/02/2021	Date of Birth:	27/03/1998	Sponsor Name:	رائد عبداللطيف الجيوش
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	06126805
Residency Type:	03	Residency Number:	20120153006810	Residency Expiry:	14/02/2021
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

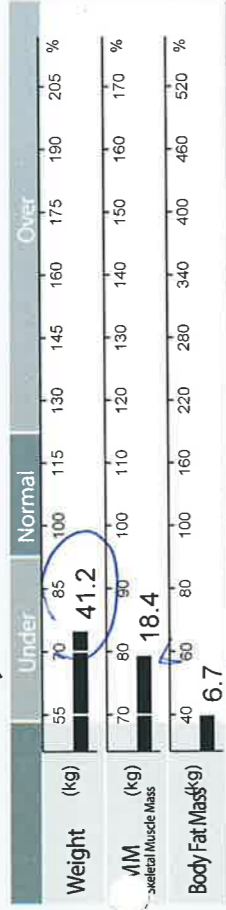
6/23/2019

ID 230619-3 | Height 160cm | Age 21 | Gender Female | Test Date & Time 23.06.2019. 17:41

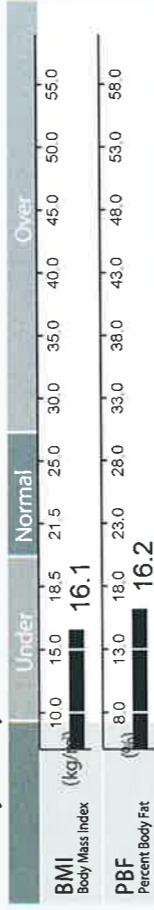
### Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	25.4 ( 28.0~34.2 )
For building muscles	Protein (kg)	6.7 ( 7.5~9.1 )
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.42 ( 2.59~3.17 )
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	6.7 ( 11.0~17.6 )
Sum of the above	Weight (kg)	41.2 ( 46.8~63.3 )

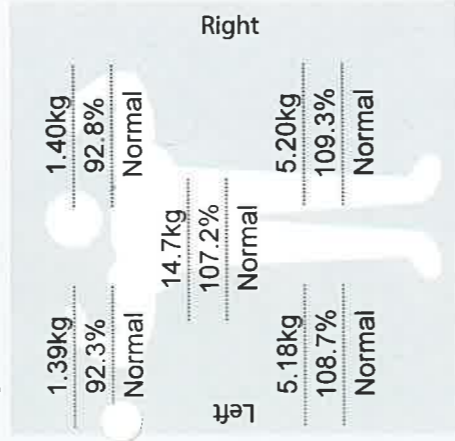
### Muscle-Fat Analysis



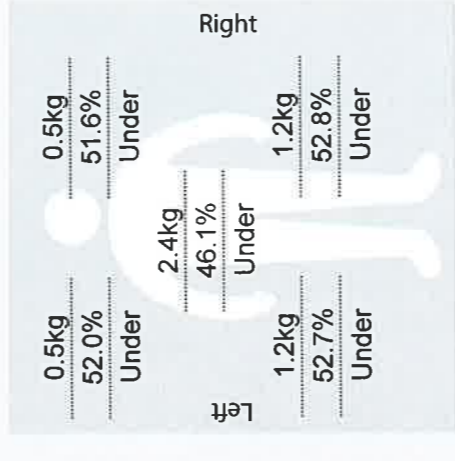
### Obesity Analysis



### Segmental Lean Analysis



### Segmental Fat Analysis



### Body Composition History

Weight (kg)	41.2
SMM (Skeletal Muscle Mass) (kg)	18.4
PBF (Percent Body Fat) (%)	16.2

### InBody Score

66 / 100 Points

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

### Weight Control

Target Weight 55.0 kg  
 Weight Control + 13.8 kg  
 Fat Control + 6.0 kg  
 Muscle Control + 7.8 kg

### Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

### Waist-Hip Ratio

0.80

### Visceral Fat Level

Level 2

### Research Parameters

Fat Free Mass 34.5 kg  
 Basal Metabolic Rate 1116 kcal ( 987~1124 )  
 Obesity Degree 75 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 2192 kcal

### Calorie Expenditure of Exercise

Golf	73	Gateball	78
Walking	82	Yoga	82
Badminton	93	Table Tennis	93
Tennis	124	Bicycling	124
Boxing	124	Basketball	124
Mountain Climbing	134	Jumping Rope	144
Aerobics	144	Jogging	144
Soccer	144	Swimming	144
Japanese Fencing	206	Racketball	206
Squash	206	Taekwondo	206

\* 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(Ω) 20 kHz 470.6 473.4 29.0 345.9 350.0  
 100 kHz 431.5 433.9 24.8 314.4 318.8





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-004156

Date: 23-06-2019

**RECEIPT VOUCHER**

AED 500.00

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002382 - ALAA 0 - 971526586588

The sum of Dhs. **Five Hundred Only**By Cash **500.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Pending advance for dietion pkg 1200 + vat

Made by Hiba

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail: [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)