



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إبتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: 1002990

Date: / /

Date: 1 / 10 / 2019

File Number: 1002990

Patient Name: Ramia Mohamed Al.

اسم المريض:

Date Of Birth: 06/10/1983 Gender: M / F

Marital Status: Married

Nationality: Sudan

Occupation: Medical Lab Tech

Address: Al. town - Sharjha

Phone No. (رقم الهاتف): 0553011793

E-MAIL: ramia200@hotmail.com

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 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 تعاليت من أي امراض؟	Yes	C section
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف 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) انيميا	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاليت من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأيدز، 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: ... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسبح 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 والخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والعلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج والإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية وأن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية والتاريخ الطبي الذي قدمته لي فتحي للملف الصحية و أتفهم ان اي 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 وفهمت 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 دون السن القانونية):

Rania ghohamed Ali

التاريخ: 19/05/2019

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (دمية الدم):
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (ضغط الدم): /	Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

F.g client hip area

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي): Y / N

1 pregnancy

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

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	Ramia,Mohamed,Ali,,Saich	IDN:	784198330257241	Mother Name:	
Name (Ar)	رامية محمد علي، صالح	Card Number:	090102285	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SDN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	السودان		
Issue Date:	20/07/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	17/07/2020	Date of Birth:	06/10/1983	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120182346222	Residency Expiry:	17/07/2020
ID Type:	IL	Occupation:	3133	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/1/2019

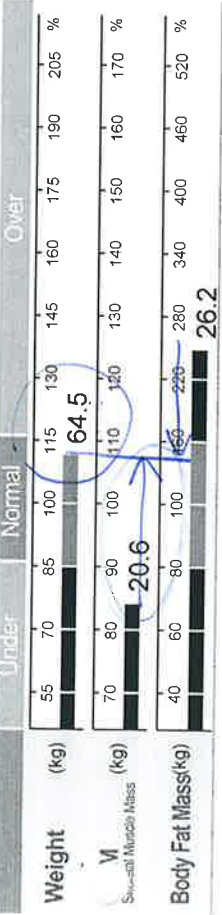


ID	Height	Age	Gender	Test Date / Time
011019-1	164cm	35	Female	01.10.2019. 13:21

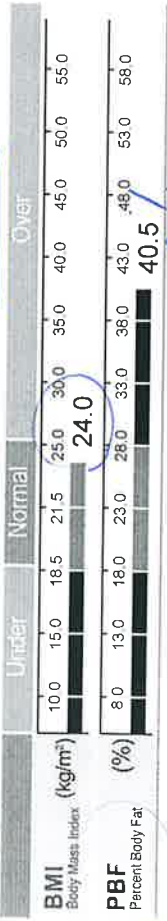
### Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	28.0	( 29.4~36.0 )
For building muscles	Protein	(kg)	7.5	( 7.9~9.7 )
For strengthening bones	Minerals	(kg)	2.76	( 2.73~3.33 )
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	26.2	( 11.6~18.5 )
Sum of the above	Weight	(kg)	64.5	( 49.1~66.5 )

### Muscle-Fat Analysis



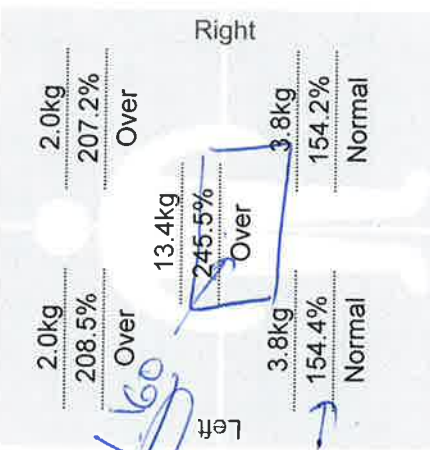
### Obesity Analysis



### Segmental Lean Analysis



### Segmental Fat Analysis



### Body Composition History

Weight (kg)	64.5
SMM (kg)	20.6
PBF (%)	40.5

### InBody Score

61 / 100 Points

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

### Weight Control

Target Weight 57.8 kg  
 Weight Control -6.7 kg  
 Fat Control -12.9 kg  
 Muscle Control +6.2 kg

### Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

### Waist-Hip Ratio

0.96

### Visceral Fat Level

Level 14

### Research Parameters

Fat Free Mass 38.3 kg  
 Basal Metabolic Rate 1198 kcal ( 1335~1550 )  
 Obesity Degree 112 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 1622 kcal

### Calorie Expenditure of Exercise

Golf	114	Gateball	123
Walking	129	Yoga	129
Badminton	146	Table Tennis	146
Tennis	194	Bicycling	194
Boxing	194	Basketball	194
Mountain Climbing	210	Jumping Rope	226
Aerobics	226	Jogging	226
Soccer	226	Swimming	226
Japanese Fencing	323	Racketball	323
Squash	323	Taekwondo	323

\*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(α) 20 Hz | 461.7 470.5 29.4 348.8 353.0  
 100 Hz | 425.2 433.2 25.6 317.2 320.7