



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1003030

Date: / /

Date: 8/16/2017 File Number: 1003030
Patient Name: M. Muhammad Saad Al-Murad
Date Of Birth: 2/17/1991 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية)
Nationality: Jordanian Occupation: General Farmer
Address: Nablus, Palestine Phone No. (رقم الهاتف): 050-5003990
E-MAIL: muhammad-murad@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 الإجابة نعم انكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ | ✓ | Insulin 2years Back. |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟ | | |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | | |
| Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ | | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟ | | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكميا | | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى | | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ | | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟ | ✓ | Diabetic type 1 |
| Other conditions HIV, HCV, etc...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc | | |



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 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 الأفضل 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتائج 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 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 لدي قمضي للملف صحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان 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: 2015/10/20

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

| المؤشرات الحيوية Vital Signs | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| Weight (الوزن): Kg | Blood Type (نمط الدم): |
| Height (الطول): 169 cm | Blood Sugar (سكر الدم): 200 - 220 |
| Blood Pressure (الضغط الدم): / | |

Chief Complaint: سبب زيارة المريض للعيادة
 (78.1kg) Control Blood Sugar (overweight).
 - high Blood sugar.
 - low Blood sugar 37

Disease History: التاريخ المرضي: _____

Allergies: الحساسية: _____

Medications: الأدوية: Hematology + tensepa.

Pregnancy: الحمل: _____

Previous Surgeries, Hospitalization, عمليات سابقة، الخال للمستشفى: _____

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

Daily 7 Heads

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة و السريرية

Examination: الفحص

BCA

Radiography: الصور الشعاعية

Diagnosis: التشخيص

105 kg
 in 8 month 58 kg
 ↓
 70-75 kg. one year
 ↓
 78 kg two month.
 (70 kg target weight)

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAI0EBAA83ODQxO*

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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 | Mahmoud,Saed,Mohammad,Murad | IDN: | 784199190584039 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | محمود سعيد محمد مبراد | Card Number: | 093391819 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | JOR | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | الأردن | | |
| Issue Date: | 01/03/2019 | Sex: | M | Sponsor Type: | 06 |
| Expiry Date: | 26/02/2021 | Date of Birth: | 21/07/1991 | Sponsor Name: | شركة مصانع الاصبغ الوطني المحدودة فرع العقوليات |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 02 | Residency Number: | 30120102011777 | Residency Expiry: | 26/02/2021 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 9321 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

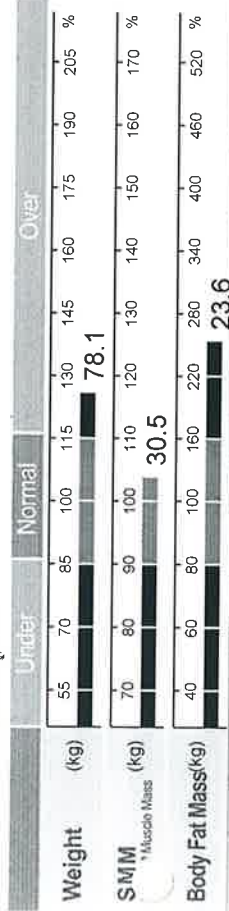
10/8/2019

ID 081019-1 | Height 168cm | Age 28 | Gender Male | Test Date / Time 08.10.2019. 14:47

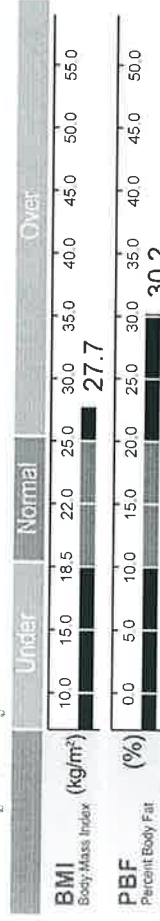
Body Composition Analysis

| | | |
|-------------------------------|----------------------|--------------------|
| Total amount of water in body | Total Body Water (L) | 39.9 (34.9~42.7) |
| For building muscles | Protein (kg) | 10.7 (9.4~11.4) |
| For strengthening bones | Minerals (kg) | 3.85 (3.23~3.95) |
| For storing excess energy | Body Fat Mass (kg) | 23.6 (7.5~14.9) |
| Sum of the above | Weight (kg) | 78.1 (52.8~71.4) |

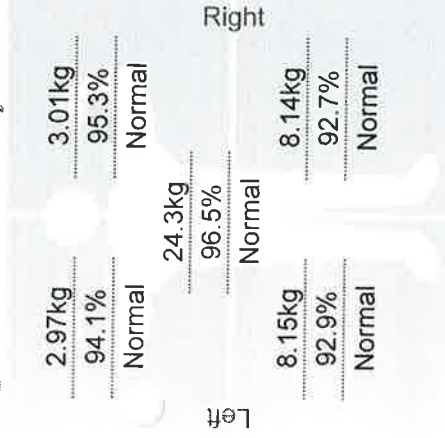
Muscle-Fat Analysis



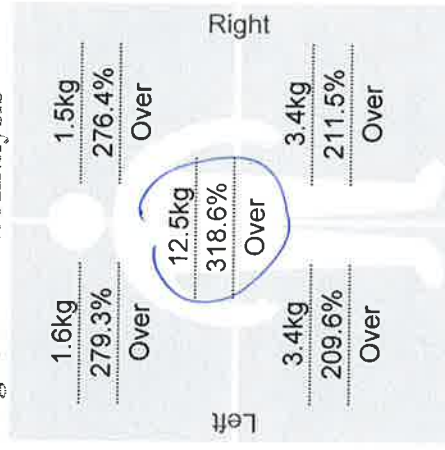
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

| | |
|-------------|------|
| Weight (kg) | 78.1 |
| SMM (kg) | 30.5 |
| PBF (%) | 30.2 |

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 64.1 kg
 Weight Control - 14.0 kg
 Fat Control - 14.0 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.92

Visceral Fat Level

Level 9 (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass 54.5 kg
 Basal Metabolic Rate 1547 kcal (1661~1947)
 Obesity Degree 126 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2281 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

| | | | |
|-------------------|-----|--------------|-----|
| Golf | 138 | Gateball | 148 |
| Walking | 156 | Yoga | 156 |
| Badminton | 177 | Table Tennis | 177 |
| Tennis | 234 | Bicycling | 234 |
| Boxing | 234 | Basketball | 234 |
| Mountain Climbing | 255 | Jumping Rope | 273 |
| Aerobics | 273 | Jogging | 273 |
| Soccer | 273 | Swimming | 273 |
| Japanese Fencing | 391 | Racketball | 391 |
| Squash | 391 | Taekwondo | 391 |

* 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 kHz 321.3 326.3 21.6 252.9 249.2
 100 kHz 287.0 291.8 18.3 223.2 221.6