



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: .....

Date: 15 / 12 / 2019

Date: ... / ... / ... File Number: ..... 1503576  
Patient Name: Dana Mashaaleh .....  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 27 / 11 / 1999 Gender (الجنس): M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): .....  
Nationality (الجنسية): ..... Occupation (الوظيفة): .....  
Address (العنوان): ..... Phone No. (رقم الهاتف): 54339914  
E-MAIL: dana.mashaaleh@orchidmc.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 حديداً؟	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 امراض؟	نعم	ولادة وتغذية / التهاب B
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض 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 (فقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	نعم	استحباب الكبد الوبائي
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، 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

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،

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

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمور 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 او تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية او 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 الي 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 قمتي للملف 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 الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكمال ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):



التاريخ: ٢٠١٩. / ١٢. / ١٥

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight loss  
- thighs.

التاريخ المرضي: Disease History

Hepatic B

الحساسية Allergies

No.

الأدوية Medications

vit D, (50,000)

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة , احوال المستشفى

Smoking (التدخين): ~~Y~~ / ~~N~~

Alcohol (الكحول): ~~Y~~ / ~~N~~

Drugs (العقاقير): ~~Y~~ / ~~N~~

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور 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	Dana.Basim.Salim,Marashdeh	IDN:	784199024272603	Mother Name:	
Name (Ar)	دانا ياسم سليم,مرشده	Card Number:	096926951	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	JOR الأردن	Family ID:	
Issue Date:	16/10/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	08/10/2021	Date of Birth:	27/11/1990	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0120271019
Residency Type:	03	Residency Number:	40120153007890	Residency Expiry:	08/10/2021
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

12/15/2019



ID 151219-1 | Height 162cm | Age 29 | Gender Female | Test Date / Time 15.12.2019 14:16

### Body Composition Analysis

Total amount of water in my body	Total Body Water (L)	33.3 ( 28.7~35.1 )
What I need to build muscles	Protein (kg)	9.0 ( 7.7~9.5 )
What I need for strong bones	Mineral (kg)	3.34 ( 2.65~3.25 )
Where my excess energy is stored	Body Fat Mass (kg)	34.6 ( 11.3~18.1 )
Sum of the above	Weight (kg)	80.2 ( 47.9~64.9 )

### InBody Score

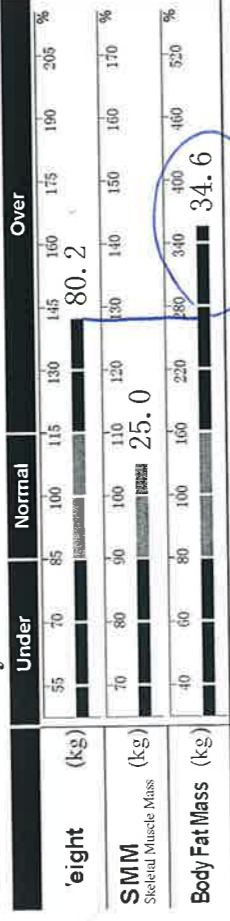
61/100 Points

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

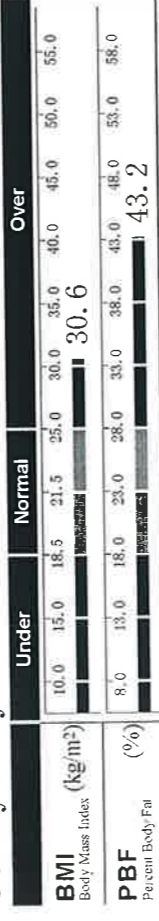
### Weight Control

Target Weight 59.2 kg  
 Weight Control -21.0 kg  
 Fat Control -21.0 kg  
 Muscle Control 0.0 kg

### Muscle-Fat Analysis



### Obesity Analysis



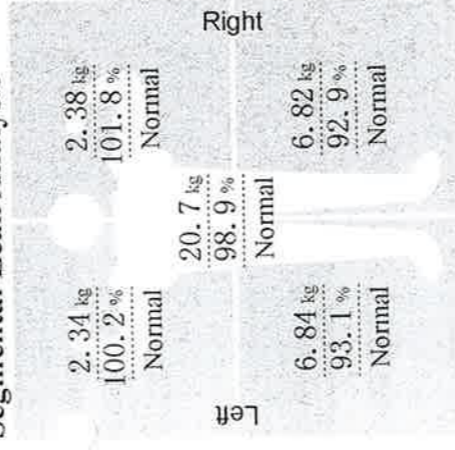
### Visceral Fat Level

Level 17 | Low 10 | High

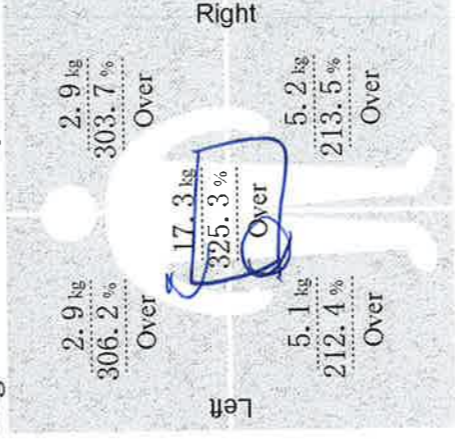
### Research Parameters

Fat Free Mass 45.6 kg  
 Basal Metabolic Rate 1354 kcal ( 1571 ~ 1837 )  
 Obesity Degree 142 % ( 90 ~ 110 )  
 Recommended calorie intake 1812 kcal

### Segmental Lean Analysis



### Segmental Fat Analysis



\* Segmental fat is estimated.

### Calorie Expenditure of Exercise

Golf	141	Gateball	152
Walking	160	Yoga	160
Badminton	181	Table Tennis	181
Tennis	241	Bicycling	241
Boxing	241	Basketball	241
Mountain Climbing	261	Jumping Rope	281
Aerobics	281	Jogging	281
Soccer	281	Swimming	281
Japanese Fencing	401	Racketball	401
Squash	401	Taekwondo	401

\* Based on your current weight  
 \* Based on 30 minute duration

### Impedance

RA LA TR RL LL  
 Z(ω) 20 kHz| 386.1 394.0 23.5 276.0 273.0  
 100 kHz| 351.2 359.1 20.2 244.8 243.1

### Body Composition History

Category	Value	15.12.19	14.16
Weight (kg)	80.2		
SMM (kg)	25.0		
PBF (%)	43.2		
Recent Total			