



File No: .....

Date: / /

Date: 17/12/2017

File Number: 1003587

Patient Name: S.Amat Samir

اسم المريض: سامر سمير

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 15/12/89

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Egyptian

Phone No. (رقم الهاتف): 0588927734

Address (العنوان): Almasa Mubarakat

How did you know about us: Social media

E-MAIL: Yousef.Shahawi@orchid.med.ae

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
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؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم	عملية بالعمود الفقري
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، 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 مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	نعم	انيميا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا	لا any treatment
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية 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 الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc HSV, HIV...etc	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 الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 العلاج 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 محسوبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 فحسي للعنف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا 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 ب كامل ارادتي

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

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

التاريخ: ... / ... / .....

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي: *Blood pressure → Father*

Allergies الحساسية: *No.*

Medications الأدوية: *Yasmine*

Pregnancy الحمل: *—*

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , احوال المستشفى: *C.S.*

Smoking (التدخين): *Y / N*

Alcohol (الكحول) : *Y / N* Drugs (العقاقير) : *Y / N*

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

*weight in the hip.*

Examination الفحص

*BCA. test.*

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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**

<b>Name</b>	Samar,Samir,Mohamed,Ali,Ahmed	<b>IDN:</b>	784198905432021	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	سمير، سامير، محمد، علي، احمد	<b>Card Number:</b>	092280587	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	EGY	<b>Family ID:</b>	
<b>Title (Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	مصر		
<b>Issue Date:</b>	20/12/2018	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	03
<b>Expiry Date:</b>	18/12/2020	<b>Date of Birth:</b>	15/05/1989	<b>Sponsor Name:</b>	عصرو السيد جمال شويحه
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	17491590
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Number:</b>	20120163985296	<b>Residency Expiry:</b>	18/12/2020
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	99	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

12/17/2019

# InBody

Sinar

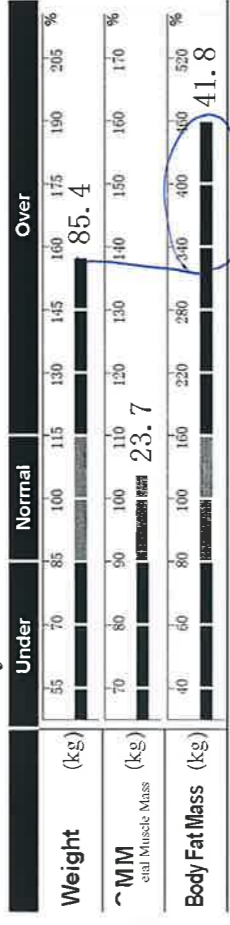
[InBody270]

ID	Height	Age	Gender	Test Date / Time
171219-1	159cm	30	Female	17.12.2019 16:49

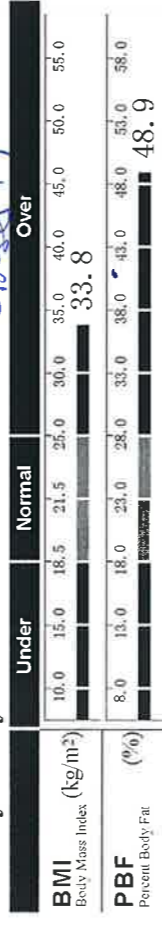
## Body Composition Analysis

Total amount of water in my body	Total Body Water (L)	32.0 (27.7~33.9)
What I need to build muscles	Protein (kg)	8.5 (7.4~9.0)
What I need for strong bones	Mineral (kg)	3.12 (2.56~3.13)
Where my excess energy is stored	Body Fat Mass (kg)	41.8 (10.9~17.4)
Sum of the above	Weight (kg)	85.4 (46.2~62.6)

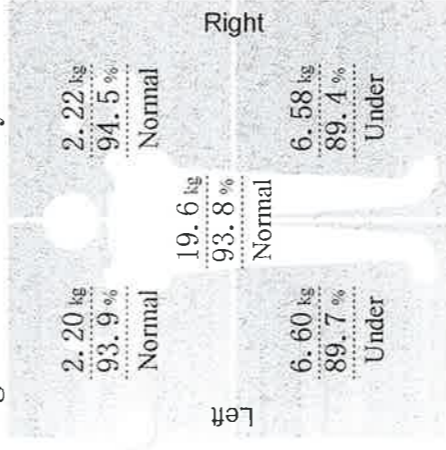
## Muscle-Fat Analysis



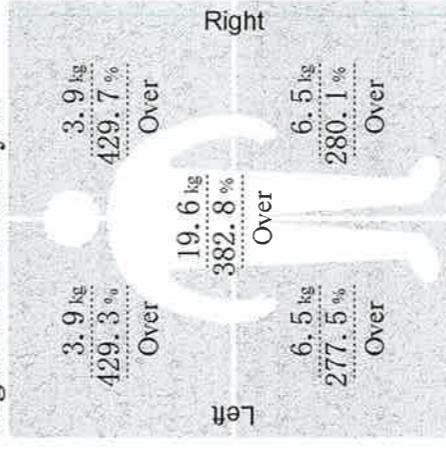
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



\* Segmental fat is estimated.

## Body Composition History

Weight (kg)	85.4				
SMM (kg)	23.7				
PBF (%)	48.9				
Recent Total	17.12.19	16:49			

## InBody Score

53/100 Points

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

## Weight Control

Target Weight 56.6 kg  
 Weight Control -28.8 kg  
 Fat Control -28.8 kg  
 Muscle Control 0.0 kg

## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

## Waist-Hip Ratio

0.95 | 0.75 0.85

## Visceral Fat Level

Level 20 | Low 10 High

## Research Parameters

Fat Free Mass 43.6 kg  
 Basal Metabolic Rate 1312 kcal (1648~1932)  
 Obesity Degree 157% (90~110)  
 Recommended calorie intake 1835 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	150	Gateball	162
Walking	171	Yoga	171
Badminton	193	Table Tennis	193
Tennis	256	Bicycling	256
Boxing	256	Basketball	256
Mountain Climbing	278	Jumping Rope	299
Aerobics	299	Jogging	299
Soccer	299	Swimming	299
Japanese Fencing	427	Racketball	427
Squash	427	Taekwondo	427

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

## Impedance

RA LA TR RL LI  
 Z(Ω) 20 kHz | 373.5 376.6 24.4 241.0 236.4  
 100 kHz | 344.2 346.6 20.5 218.5 216.0