



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 28 / 1 / 2020

Date: ... / ... /

File Number: 1653893

Patient Name: Shaima Mohamed

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 23 / 12 / 1981

Marital Status:(الحالة الاجتماعية): Single

Gender (الجنس): M (F)

Nationality (الجنسية): Egyptian

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف):

E-MAIL:

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 حديثاً؟	Yes	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes	صوت أريفة
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض 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)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc 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 أقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حائتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي 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 تامين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي. كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حائتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محسوبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 قضي الملف الصحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحائتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و لي 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: / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين):
Smoking

التدخين الكحول (التدخين):
Alcohol

العقاقير (العقاقير):
Drugs

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

التصوير الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

ID	200128-1	Height	162cm	Age	38	Gender	Female	Test Date / Time	28.01.2020. 14:13
----	----------	--------	-------	-----	----	--------	--------	------------------	-------------------

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	28.5	(28.7~35.1)
For building muscles	Protein	(kg)	7.7	(7.7~9.5)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	2.87	(2.65~3.25)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	45.5	(11.3~18.1)
Sum of the above	Weight	(kg)	84.6	(47.9~64.9)

InBody Score

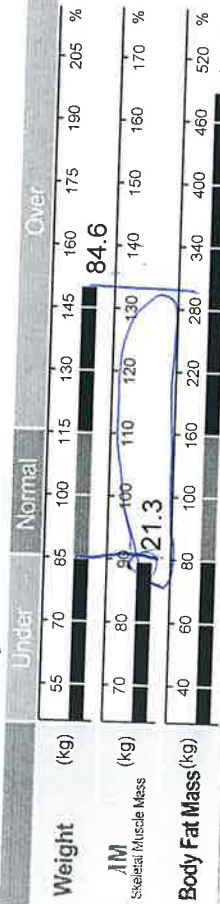
43 / 100 Points

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

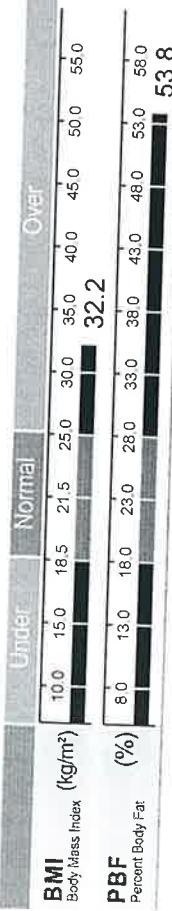
Weight Control

Target Weight 56.4 kg
 Weight Control -28.2 kg
 Fat Control -32.5 kg
 Muscle Control +4.3 kg

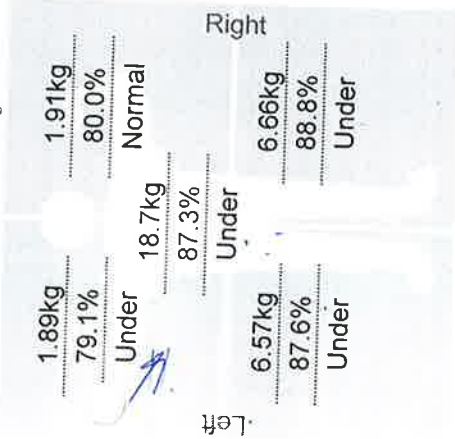
Muscle-Fat Analysis



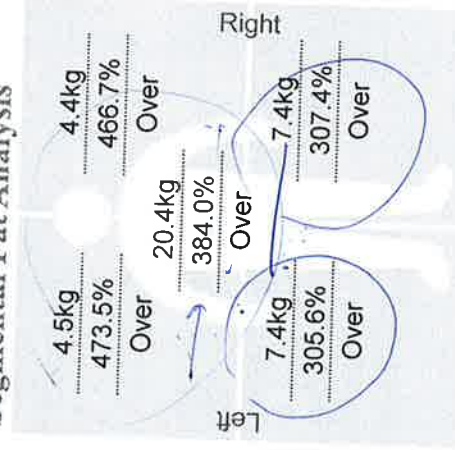
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	84.6
SMM (kg)	21.3
PBF (%)	53.8

Visceral Fat Level

Level 22 (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass 39.1 kg
 Basal Metabolic Rate 1215 kcal
 Obesity Degree 150 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1796 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	149	Gateball	161
Walking	169	Yoga	169
Badminton	191	Table Tennis	191
Tennis	254	Bicycling	254
Boxing	254	Basketball	254
Hiking	276	Jumping Rope	296
Aerobics	296	Jogging	296
Soccer	296	Swimming	296
Japanese Fencing	423	Racketball	423
Squash	423	Taekwondo	423

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

Impedance

RA	LA	TR	RL	LL
Z(α) 20 kHz	480.8	485.7	38.5	299.7
100 kHz	437.2	445.5	36.5	263.7
			272.0	

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQXO

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	Shaimaa,Mohamed,Gamaleldin,Mohamed,Attia	IDN:	784198127090615	Mother Name:	
Name (Ar)	شيماء محمد جمال الدين محمد عطيه	Card Number:	089099890	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	16/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	14/05/2020	Date of Birth:	23/12/1981	Sponsor Name:	التعبية للعلوم الاداريه وتوريد الصاله من ذ م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120162221582	Residency Expiry:	14/05/2020
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

1/28/2020