



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسانة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No:

Date: 28/01/2020

Date: ... / ... / ...

File Number: 1003895

Patient Name: Abdel Rahmana عيسى ابراهيم صبري ابن زين Logistics Manager

Date Of Birth 19/04/2000 Gender (الجنس): M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): فلسطينية Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 0555765212

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 الاجابة نعم اذكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديداً؟ | نعم | Zytex |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ | نعم | // |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | نعم | = weather |
| Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ | لا | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، 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 (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | لا | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى | لا | |
| 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 السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟ | لا | |
| Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc 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 الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نذكر 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 العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة 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 تسد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قمتي لى خلف الملف الصحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا 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 لمي 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

للمؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | | |
|-----------------|-----|-----------------------------|--------|-------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | 173 cm | Blood Type (دمية الدم): | |
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (دمية الدم): | / | Blood Sugar (سكر الدم): | |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight gain (90kg).

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة، إدخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (دوائرية): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

المشور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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 | Abdelrahman H أبو عبد الرحمن | IDN: | 784199027059510 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | عبد الرحمن حريبي عبدالقح القرفا | Card Number: | 091826225 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | PSE | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | فلسطين | | |
| Issue Date: | 19/11/2018 | Sex: | M | Sponsor Type: | 06 |
| Expiry Date: | 19/10/2020 | Date of Birth: | 22/09/1990 | Sponsor Name: | الوحداتيه لاصعمال التكمسيه (ثر م م |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 02 | Residency Number: | 20120142561071 | Residency Expiry: | 19/10/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 1233 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

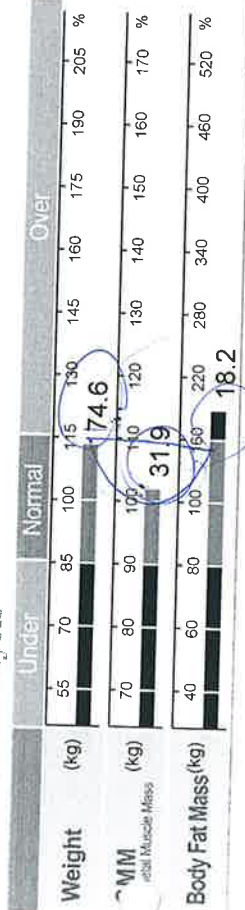
1/28/2020

| | | | | | | | | | |
|----|----------|--------|-------|-----|----|--------|------|------------------|-------------------|
| ID | 200128-2 | Height | 173cm | Age | 29 | Gender | Male | Test Date / Time | 28.01.2020. 15:11 |
|----|----------|--------|-------|-----|----|--------|------|------------------|-------------------|

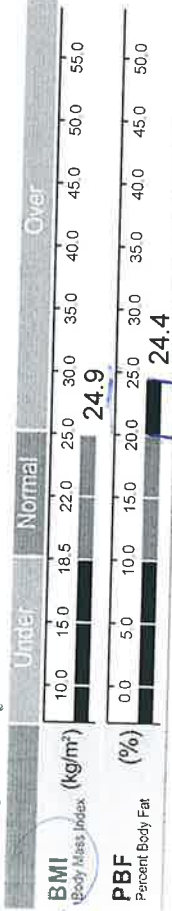
Body Composition Analysis

| | | |
|-------------------------------|----------------------|--------------------|
| Total amount of water in body | Total Body Water (L) | 41.4 (37.0~45.2) |
| For building muscles | Protein (kg) | 11.2 (9.9~12.1) |
| For strengthening bones | Minerals (kg) | 3.78 (3.43~4.19) |
| For storing excess energy | Body Fat Mass (kg) | 18.2 (7.9~15.8) |
| Sum of the above | Weight (kg) | 74.6 (55.9~75.7) |

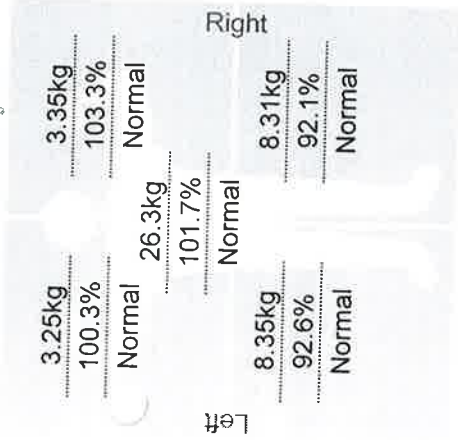
Muscle-Fat Analysis



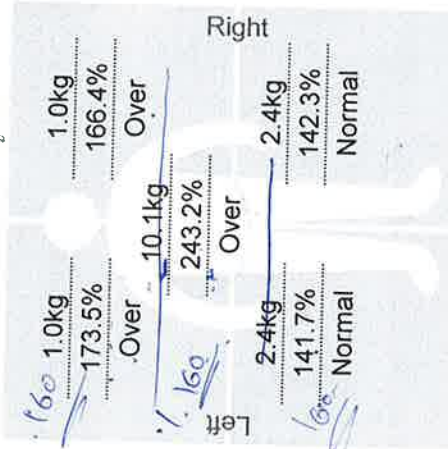
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

| | |
|-------------|------|
| Weight (kg) | 74.6 |
| SMM (kg) | 31.9 |
| PBF (%) | 24.4 |

InBody Score

72 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 66.4 kg
 Weight Control -8.2 kg
 Fat Control -8.2 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.97

Visceral Fat Level

Level 8

Research Parameters

Fat Free Mass 56.4 kg
 Basal Metabolic Rate 1589 kcal
 Obesity Degree 113 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2739 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

| | | | |
|------------------|-----|--------------|-----|
| Golf | 131 | Gateball | 142 |
| Walking | 149 | Yoga | 149 |
| Badminton | 169 | Table Tennis | 169 |
| Tennis | 224 | Bicycling | 224 |
| Boxing | 224 | Basketball | 224 |
| Hiking | 243 | Jumping Rope | 261 |
| Aerobics | 261 | Jogging | 261 |
| Soccer | 261 | Swimming | 261 |
| Japanese Fencing | 373 | Racketball | 373 |
| Squash | 373 | Taekwondo | 373 |

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

Impedance

| | | | | | |
|-------------|-------|-------|------|-------|-------|
| | RA | LA | TR | RL | LL |
| Z(ω) 20 kHz | 310.7 | 321.6 | 25.1 | 304.3 | 298.7 |
| 100 kHz | 274.2 | 284.3 | 20.7 | 268.1 | 264.9 |

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....