



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 28/1/2020

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

File Number: ٥٥٣٨٩٦

Patient Name: Faten Ismail فاطم اسماعيل أبو عيلقة

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ١٦ / ١٢ / ١٩٦٥ Gender (الجنس): M / (F) Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): مصر / Egypt Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): السواخية Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٦٣٨٥١٥٥٦

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 دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ | نعم | Thyroxin |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ | لا | |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | نعم | Ascalabate |
| Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ | نعم | Thyroid |
| 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 القصبات، المل، أمراض أخرى | لا | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو الأمراض 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | لا | |
| Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا النسيب | 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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و العمل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والعلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتناجح العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي. كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لدي فتحني الملف صحية و أتفهم 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 بكامل ارادتي

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

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

التاريخ: ... / ... / 20...
حجم

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | | |
|--------------------------|-----|-------------------------------------|--------|--|--|
| الوزن (الترن): Weight | Kg | المؤشرات الحيوية Height (الطول): | 170 cm | نوعية الدم (فصيلة الدم): Blood Type | |
| النبض (النبض): Pulse | ppm | ضغط الدم (الضغط): Blood Pressure | / | سكر الدم (السكر): Blood Sugar | |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

| | |
|--|---------------|
| التاريخ المرضي: Disease History | Thyroid dist. |
| الحساسية Allergies | chocolate |
| الأدوية Medications | Thyroid |
| الحمل Pregnancy | — |
| عمليات سابقة ، الجراحات السابقة ، عمليات Hospitalization | — |

التدخين (Smoking): ~~Y~~ / ~~N~~ تعاطي الكحول (Alcohol): ~~Y~~ / ~~N~~ تعاطي العقاقير (Drugs): ~~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

.....

InBody

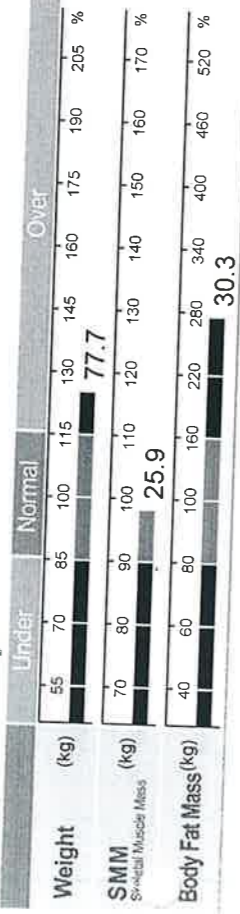
Fater

ID 200128-3 | Height 170cm | Age 49 | Gender Female | Test Date / Time 28.01.2020. 16:13

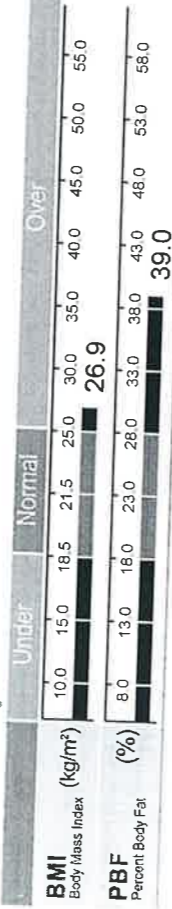
Body Composition Analysis

| | | |
|-------------------------------|----------------------|--------------------|
| Total amount of water in body | Total Body Water (L) | 34.7 (31.7~38.7) |
| For building muscles | Protein (kg) | 9.2 (8.5~10.3) |
| For strengthening bones | Minerals (kg) | 3.47 (2.92~3.58) |
| For storing excess energy | Body Fat Mass (kg) | 30.3 (12.4~19.9) |
| Sum of the above | Weight (kg) | 77.7 (52.8~71.4) |

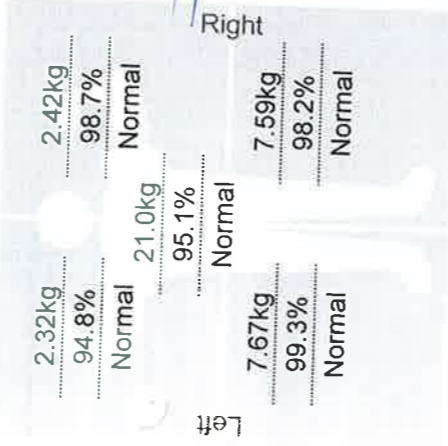
Muscle-Fat Analysis



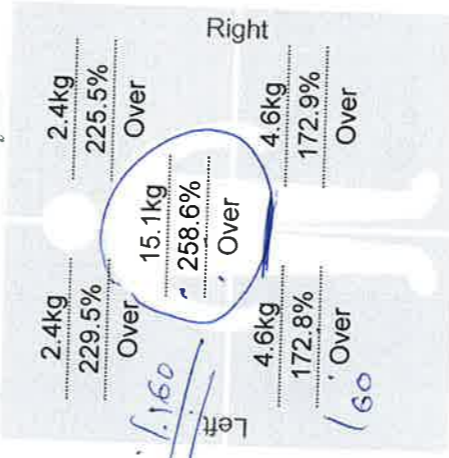
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



* Segmental fat is estimated.

Body Composition History

| | |
|-------------|------|
| Weight (kg) | 77.7 |
| SMM (kg) | 25.9 |
| PBF (%) | 39.0 |

InBody Score

64 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 62.1 kg
 Weight Control - 15.6 kg
 Fat Control - 16.0 kg
 Muscle Control + 0.4 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio



Visceral Fat Level



Research Parameters

Fat Free Mass 47.4 kg
 Basal Metabolic Rate 1394 kcal
 Obesity Degree 125 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1712 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

| | | | |
|------------------|-----|--------------|-----|
| Golf | 137 | Gateball | 148 |
| Walking | 155 | Yoga | 155 |
| Badminton | 176 | Table Tennis | 176 |
| Tennis | 233 | Bicycling | 233 |
| Boxing | 233 | Basketball | 233 |
| Hiking | 253 | Jumping Rope | 272 |
| Aerobics | 272 | Jogging | 272 |
| Soccer | 272 | Swimming | 272 |
| Japanese Fencing | 389 | Racketball | 389 |
| Squash | 389 | Taekwondo | 389 |

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

Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(α) 20 kHz | 382.8 400.5 26.5 272.3 264.7
 100 kHz | 350.1 366.8 23.2 247.5 240.7