



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: / /

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

File Number: 1003948

Patient Name: Ummiah Jawdat Ibrahim

إسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 15/12/1992 Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Jordanian

Occupation (الوظيفة): Architect

Address (العنوان): Dubai

Phone No. (رقم الهاتف): 050/3323770

E-MAIL: Ummiah.Jawdat@icloud.com

How did you know about us: Instagram

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES', give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	
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)، لوكيميا	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، 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 ملاح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، 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 الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV... etc	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 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 تزيدي بالعلاج الأمتل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات 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 مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ابرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب 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 ادي قضي الملف الصحية. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا 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 بكامل ارادتي
- انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد
- توقيع المريض / ولي الأمر (لمن هم دون السن القانونية):



التاريخ: ... / ... / 2020

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (التيقن): Weight Kg

الطول: Height 156 سم

فصيلة الدم (Blood Type):

النبض (التيقن): Pulse ppm

ضغط الدم (Blood Pressure): /

سكر الدم (Blood Sugar):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة ، الجراحات السابقة ، عمليات المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (Smoking): Y / N

Yes.

الكحول (Alcohol): Y / N

العقاقير (Drugs): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

BCA, last period today. 2/2/2020

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp  
.....



United Arab Emirates  
دولة الإمارات العربية المتحدة  
Driving License  
رخصة قيادة

رقم الرخصة  
63640191

الاسم  
المعربة جودات ابراهيم سعيد

الجنسية  
الأردن

الجنسية  
Ummiah Jawdat Ibrahim Saeed

الجنسية  
Jordan

Date of Birth  
15/12/1992

تاريخ الميلاد

Issue Date  
22/02/2017

تاريخ الإصدار

Expiry Date  
22/02/2027

تاريخ الانتهاء

Place of Issue  
Dubai

جهة الإصدار  
دبي

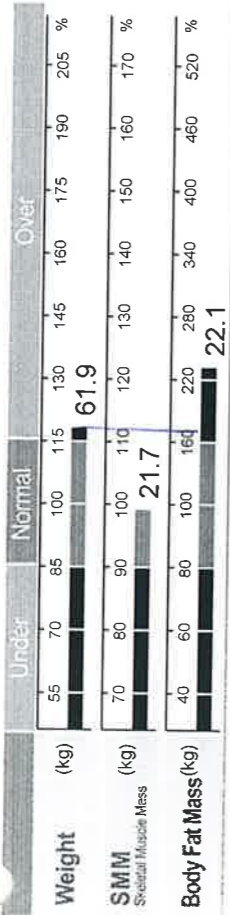
صورة الترخيص  
W3648  
Licence/Permit

ID	200202-1	Height	156cm	Age	27	Gender	Female	Test Date / Time	02.02.2020. 17:17
----	----------	--------	-------	-----	----	--------	--------	------------------	-------------------

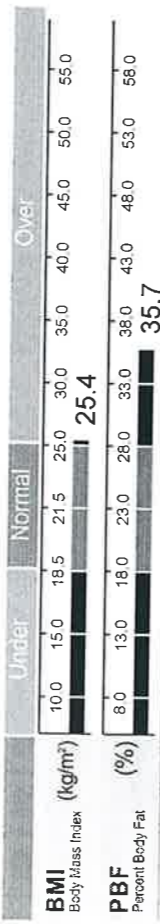
## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	29.1 ( 26.6~32.6 )
For building muscles	Protein	(kg)	7.9 ( 7.1~8.7 )
For strengthening bones	Minerals	(kg)	2.78 ( 2.47~3.01 )
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	22.1 ( 10.5~16.8 )
Sum of the above	Weight	(kg)	61.9 ( 44.5~60.1 )

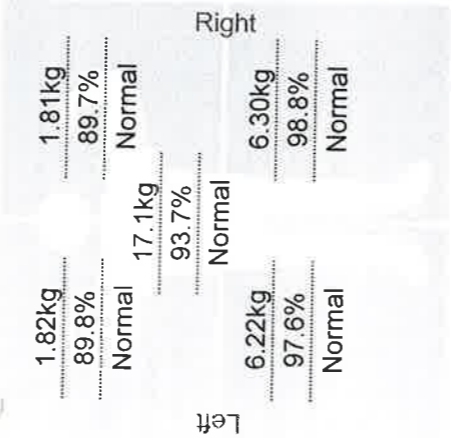
## Muscle-Fat Analysis



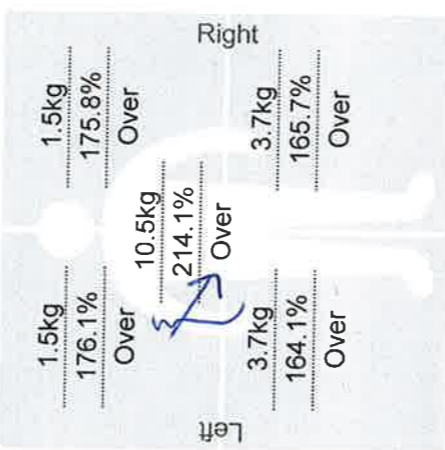
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

Weight (kg)	61.9
SMM (kg)	21.7
PBF (%)	35.7

## InBody Score

69 / 100 Points

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

## Weight Control

Target Weight 52.3 kg  
 Weight Control -9.6 kg  
 Fat Control -10.1 kg  
 Muscle Control +0.5 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 39.8 kg  
 Basal Metabolic Rate 1230 kcal  
 Obesity Degree 118 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 1585 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	109	Gateball	118
Walking	124	Yoga	124
Badminton	140	Table Tennis	140
Tennis	186	Bicycling	186
Boxing	186	Basketball	186
Hiking	202	Jumping Rope	217
Aerobics	217	Jogging	217
Soccer	217	Swimming	217
Japanese Fencing	310	Racketball	310
Squash	310	Taekwondo	310

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

## Impedance

RA LA TR RL LL  
 Z(Ω) 20 kHz | 388.9 388.0 27.8 247.1 250.3  
 100 kHz | 353.5 353.2 24.1 217.7 222.0