



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 212 2020

Date: 2/21/2020

File Number: 1003949

Patient Name:

اسم المريض:

Date Of Birth 28/6/1976 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (العنوان):

مستوطنية:

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 555782277

E-MAIL: Mahadyah@orchidmc.com

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
هل تعاطى اي ادوية او تلقى اي علاجات حديثا؟ Recent or current drugs/Medical Treatment		نعم	كولسترول
هل تعاطى اي سترويدات او مثبطات للمناعة؟ Corticosteroids/Immunosuppressant		لا	
هل لديك اي حساسية؟ Allergies		لا	
هل اجريت اي عمليات جراحية او تعاني من اي امراض؟ Surgical Operations, Serious Illness		لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب		لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تعاطى اي مميعات للدم؟		لا	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)		لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى		لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟		لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى		لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟		لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟		لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟		لا	
Other conditions هل تعاني من اي امراض اخرى؟		لا	
HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط 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 المتخصص.
- 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 أمورا 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 اي ضمانات او تأمين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو اليرقان 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 قديمي الملف صحيفي و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا 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 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: 2012/12/20

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

Regular

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg Height (الطول): 62 cm Blood Type (دم):
 Pulse (النبض): ppm Blood Pressure (دم): / Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

to loss weight

التاريخ المرضي: Disease History

Allergies

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

Some herbal tablet to loss weight

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

weight
Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

.....

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	Dalya Dolawer,Howaiz	IDN:	784197615418205	Mother Name:	
Name (Ar)	داليا دولاور،حوايز	Card Number:	089266180	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	28/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	26/05/2021	Date of Birth:	28/06/1976	Sponsor Name:	محمد محمود ناصر
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	69332171
Residency Type:	03	Residency Number:	20120023039383	Residency Expiry:	26/05/2021
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/2/2020

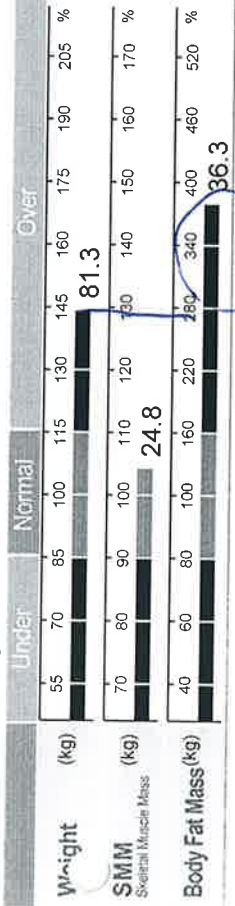
Dalia

ID 200202-2 Height 162cm Age 43 Gender Female Test Date / Time 02.02.2020. 17:47

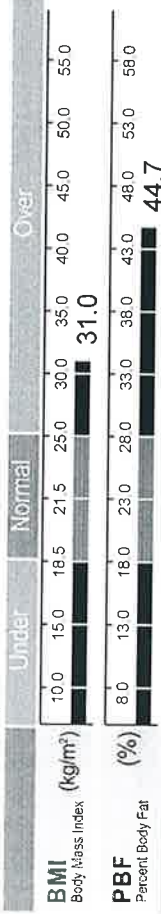
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	33.0 (28.7~35.1)
For building muscles	Protein	(kg)	8.9 (7.7~9.5)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	3.14 (2.65~3.25)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	36.3 (11.3~18.1)
Sum of the above	Weight	(kg)	81.3 (47.9~64.9)

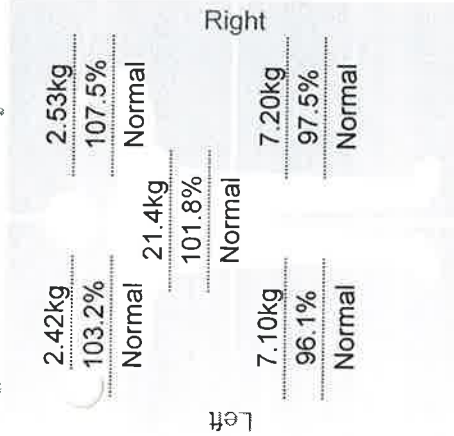
Muscle-Fat Analysis



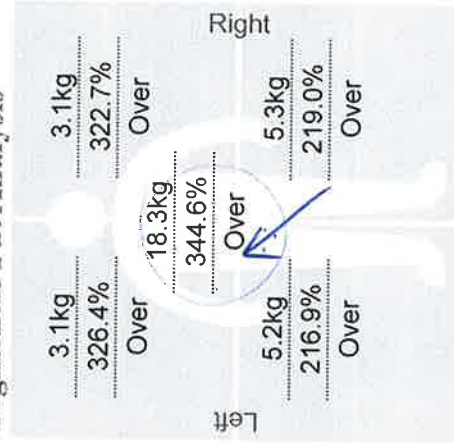
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	81.3				
SMM (Skeletal Muscle Mass) (kg)	24.8				
PBF (Percent Body Fat) (%)	44.7				

InBody Score

59 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 58.4 kg
 Weight Control -22.9 kg
 Fat Control -22.9 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.99

Visceral Fat Level

Level 18

Research Parameters

Fat Free Mass 45.0 kg
 Basal Metabolic Rate 1342 kcal
 Obesity Degree 144 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1726 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	143	Gateball	155
Walking	163	Yoga	163
Badminton	184	Table Tennis	184
Tennis	244	Bicycling	244
Boxing	244	Basketball	244
Hiking	265	Jumping Rope	285
Aerobics	285	Jogging	285
Soccer	285	Swimming	285
Japanese Fencing	407	Racketball	407
Squash	407	Taekwondo	407

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

Impedance

RA LA TR RL LI
Z(Ω) 20 kHz | 340.9 357.6 29.5 255.6 260.7
 100 kHz | 307.3 322.3 25.9 226.5 232.1