



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

8/2/20 hst received

File No:

Date: 11/2/2020

Date: ... / ... /

169cm

File Number: 1004016

اسم المريض: Rana Jamal Balawi

Date Of Birth: 1. / 2 / 1985 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality: (الجنسية): Sudanese Occupation: (الوظيفة):

Address (العنوان): Dukki, Mater city Phone No. (رقم الهاتف): 0569455505

E-MAIL: fana.jamal.35@gmail.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 الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	Yes	Ethroxien 125
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	Yes	2C-section, Crall bladder operation
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض 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 (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض 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 امراض كبدية اخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes	Thyroid
Other conditions فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط 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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 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 ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب 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 قدمت لي فحفي للملف صحية و اتفهم 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 علي كامل ارادتي

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

توقيع المريض / ولي الأمر (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للمعيادة Chief Complaint

(Not losing weight / weight gain)

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

— (Acidity).

الأدوية Medications

thyroxine 125 / vitD ↓ , Iron

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، ادخال المستشفى Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (Smoking): Y / N

Slusher (once a year)

الكحول (Alcohol): Y / N

الأدوية (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

.....

United Arab Emirates

دولة الإمارات العربية المتحدة

Resident Identity Card

بطاقة هوية مقيم



ID Number / رقم الهوية
784-1985-0637086-9



الإسم: رنا جمال الدين حسني بلعالي

Name: Rana Jamalei Deiri Husni Balawi

Nationality: Jordan

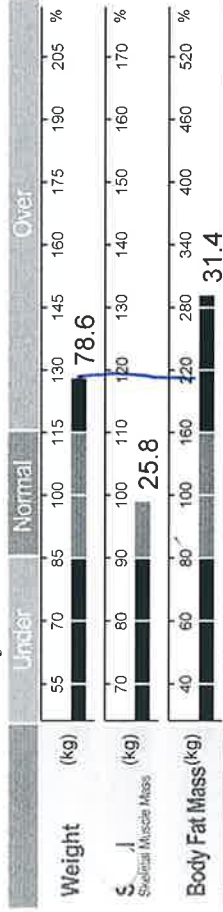
الجنسية: الأردن

ID 200211-1 | Height 169cm | Age 35 | Gender Female | Test Date / Time 11.02.2020. 13:22

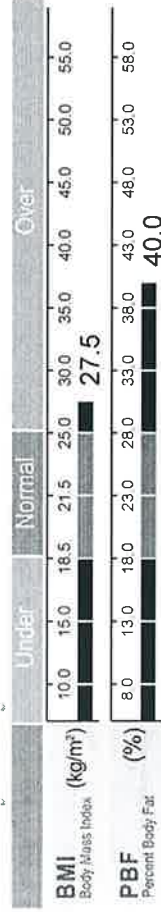
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	34.5 (31.3~38.3)
For building muscles	Protein	(kg)	9.2 (8.4~10.2)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	3.46 (2.90~3.54)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	31.4 (12.3~19.7)
Sum of the above	Weight	(kg)	78.6 (52.2~70.6)

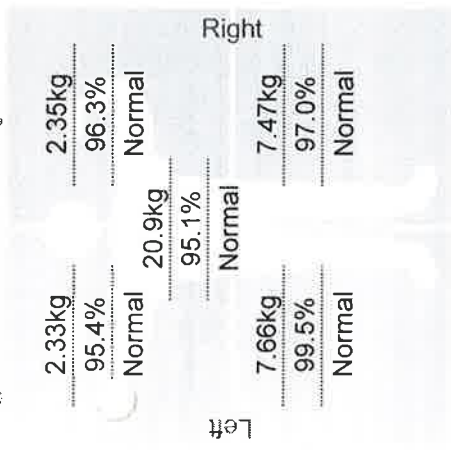
Muscle-Fat Analysis



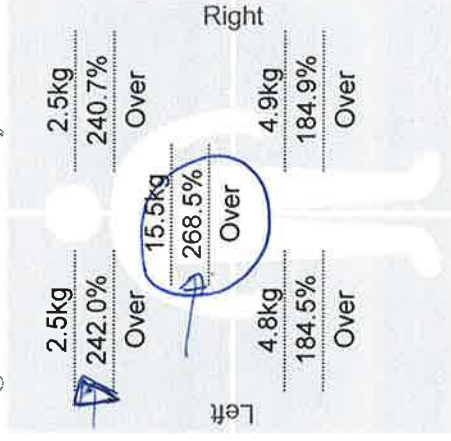
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	78.6
SMM (kg)	25.8
PBF (%)	40.0

InBody Score

63 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 61.4 kg
 Weight Control -17.2 kg
 Fat Control -17.3 kg
 Muscle Control +0.1 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.94 (0.75 0.85)

Visceral Fat Level

Level 15 (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass 47.2 kg
 Basal Metabolic Rate 1389 kcal
 Obesity Degree 128 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1810 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	138	Gateball	149
Walking	157	Yoga	157
Badminton	178	Table Tennis	178
Tennis	236	Bicycling	236
Boxing	236	Basketball	236
Hiking	256	Jumping Rope	275
Aerobics	275	Jogging	275
Soccer	275	Swimming	275
Japanese Fencing	393	Racketball	393
Squash	393	Taekwondo	393

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

Impedance

Z(ω) 20 kHz | 410.3 | 414.6 | 25.8 | 286.2 | 268.9
 100 kHz | 373.7 | 378.1 | 22.2 | 256.9 | 243.1