



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: / /

Date: 18/2/2020

File Number: 1004066

Patient Name: N.E.Z.H.A A.I.T. W.A.S.S.A

إسم المريض: عا زينة

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 4/12/1981 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): سورية
Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): شارع 6 دبي

Phone No. (رقم الهاتف): 0506013019

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	دواء جينكوجين للدورة الشهرية
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟		نعم	بواسير
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب			
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		لا	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (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 أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟		لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى		لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟		نعم	المقولون
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟		لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟		لا	
Other conditions HIV, HSV...etc هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط 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 أقرار طبي

أوافق وأسمح 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 الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القمص
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 التجريبية
المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي بقصي الملف صحية، 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
لي 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 هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): 162 cm	Blood Type (نوعية الدم):
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (الضغط الدم): /	Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

VAD ↓

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، اذخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

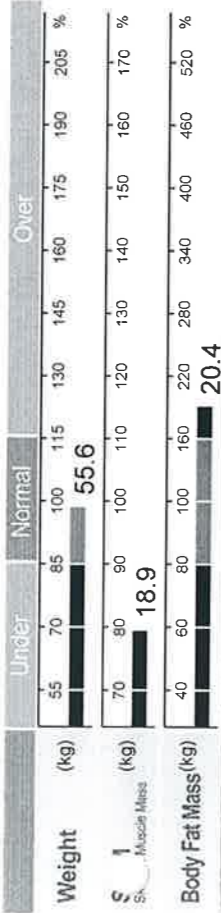
.....

ID 200218-1 | Height 162cm | Age 38 | Gender Female | Test Date / Time 18.02.2020, 15:38

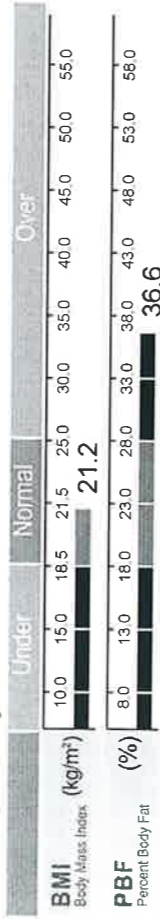
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	25.8 (28.7~35.1)
For building muscles	Protein	(kg)	6.9 (7.7~9.5)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	2.53 (2.65~3.25)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	20.4 (11.3~18.1)
Sum of the above	Weight	(kg)	55.6 (47.9~64.9)

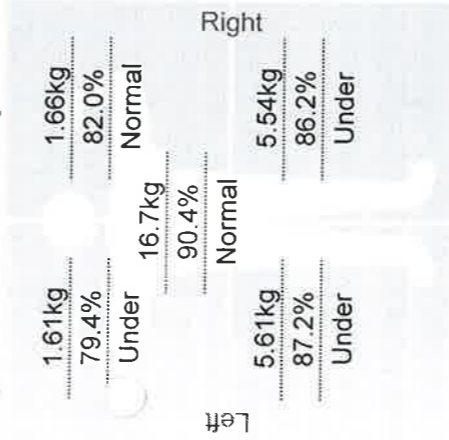
Muscle-Fat Analysis



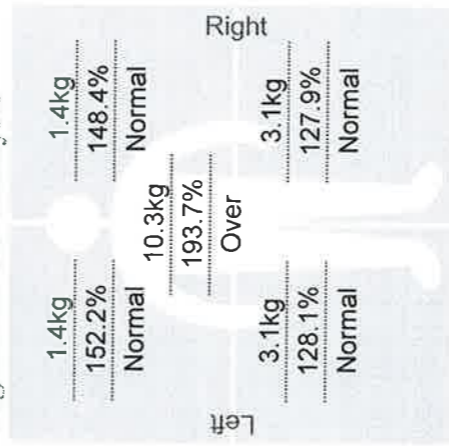
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	55.6
SMM (kg)	18.9
PBF (Percent Body Fat)	36.6

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 56.4 kg
 Weight Control + 0.8 kg
 Fat Control - 7.4 kg
 Muscle Control + 8.2 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.93

Visceral Fat Level

Level 10

Research Parameters

Fat Free Mass 35.2 kg
 Basal Metabolic Rate 1131 kcal
 Obesity Degree 99 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2242 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	98	Gateball	106
Walking	111	Yoga	111
Badminton	126	Table Tennis	126
Tennis	167	Bicycling	167
Boxing	167	Basketball	167
Hiking	181	Jumping Rope	195
Aerobics	195	Jogging	195
Soccer	195	Swimming	195
Japanese Fencing	278	Racketball	278
Squash	278	Taekwondo	278

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

Impedance

Z(Ω) 20 kHz | 507.2 524.8 32.8 410.6 399.6
 100 kHz | 457.3 475.7 28.0 367.9 359.8

RA LA TR RL LL

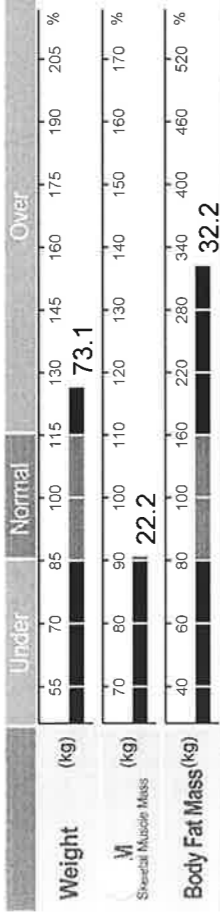
* Segmental fat is estimated.

ID 200218-2 | Height 164cm | Age 28 | Gender Female | Test Date / Time 18.02.2020. 16:26

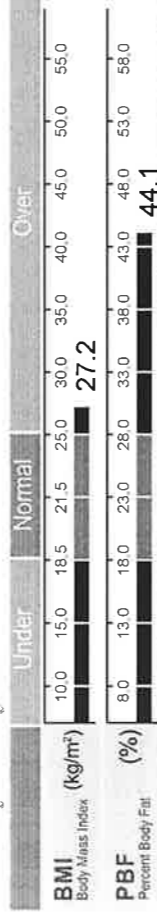
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	29.9 (29.4~36.0)
For building muscles	Protein	(kg)	8.0 (7.9~9.7)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	2.99 (2.73~3.33)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	32.2 (11.6~18.5)
Sum of the above	Weight	(kg)	73.1 (49.1~66.5)

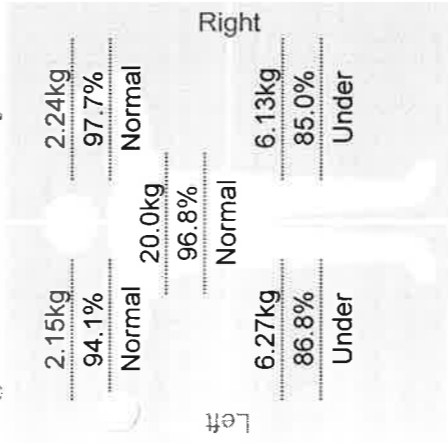
Muscle-Fat Analysis



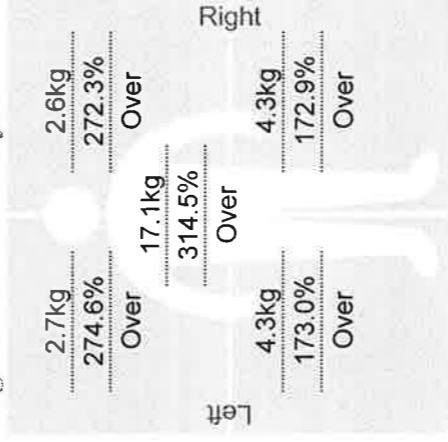
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	73.1
SMM (kg)	22.2
PBF (%)	44.1

InBody Score

57 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 57.9 kg
 Weight Control - 15.2 kg
 Fat Control - 18.9 kg
 Muscle Control + 3.7 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 40.9 kg
 Basal Metabolic Rate 1252 kcal
 Obesity Degree 126 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1760 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	129	Gateball	139
Walking	146	Yoga	146
Badminton	165	Table Tennis	165
Tennis	219	Bicycling	219
Boxing	219	Basketball	219
Hiking	238	Jumping Rope	256
Aerobics	256	Jogging	256
Soccer	256	Swimming	256
Japanese Fencing	366	Racketball	366
Squash	366	Taekwondo	366

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

Impedance

RA LA TR RL LL
Z(Ω) 20 kHz 404.9 424.7 31.1 358.8 340.2
 100 kHz 368.0 384.9 26.4 323.1 308.1