



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 23/2020

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

File Number: 056446449

Patient Name: Hind Hasam

اسم المريض: هند حسام

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 11/1981

Gender (الجنس): M x F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 056446449

E-MAIL: .....

How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم الذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	X	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	X	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	X	عملية جراحية
	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	X	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكيميا	X	
	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	X	
	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X	
	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي موانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	
	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	X	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	X	
	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X	
	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	X	
	Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	X	

### 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 الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية 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 أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقوي 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 قدمته لي فتصي الملف صحية. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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 هم دون السن القانونية):



التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg  
Pulse (النبس): ppm  
Height (الطول): 159 cm  
Blood Pressure (الضغط الدم): /  
Blood Type (دمية الدم):  
Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight gain  
Constipation

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

No.

الأدوية Medications

—

الحمل Pregnancy

lactation 11 Months baby

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التخين): ~~Y~~ / N

Alcohol (الكحول): ~~Y~~ / N

Drugs (تعاظي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

BCA

التصوير الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



# InBody

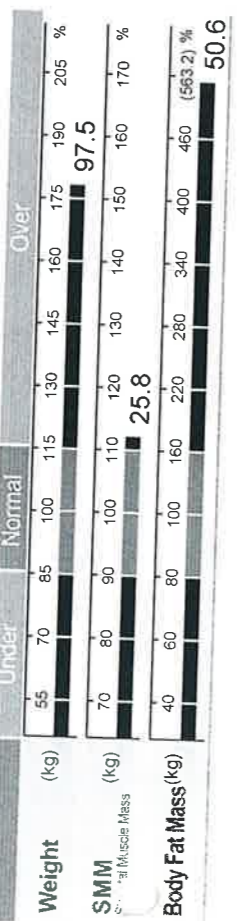
Hand.

ID 200223-1 | Height 159.5cm | Age 38 | Gender Female | Test Date / Time 23.02.2020. 16:58

## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	34.4 ( 27.9~34.1 )
For building muscles	Protein (kg)	9.2 ( 7.5~9.1 )
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.27 ( 2.57~3.15 )
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	50.6 ( 10.9~17.5 )
Sum of the above	Weight (kg)	97.5 ( 46.5~62.9 )

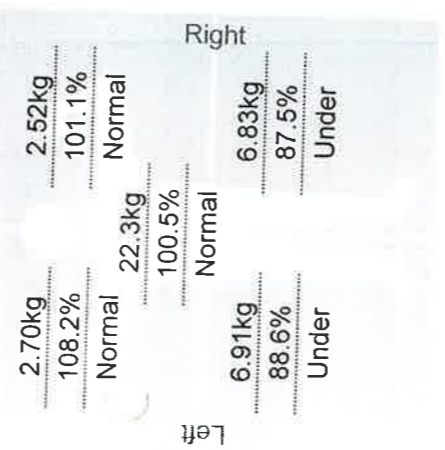
## Muscle-Fat Analysis



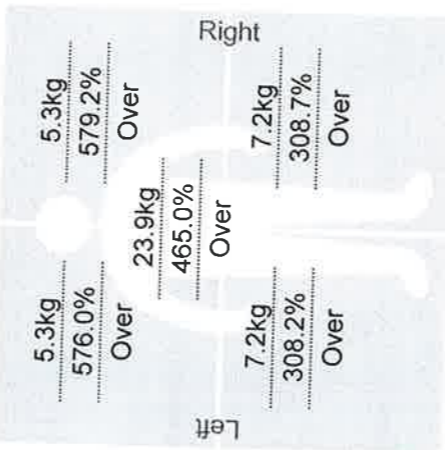
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

<b>Weight</b> (kg)	97.5
<b>SMM</b> (kg)	25.8
<b>PBF</b> (%)	51.9

## InBody Score

48 / 100 Points

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

## Weight Control

Target Weight 60.9 kg  
 Weight Control -36.6 kg  
 Fat Control -36.6 kg  
 Muscle Control 0.0 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 46.9 kg  
 Basal Metabolic Rate 1383 kcal  
 Obesity Degree 178 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 1910 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	172	Gateball	185
Walking	195	Yoga	195
Badminton	220	Table Tennis	220
Tennis	293	Bicycling	293
Boxing	293	Basketball	293
Hiking	318	Jumping Rope	341
Aerobics	341	Jogging	341
Soccer	341	Swimming	341
Japanese Fencing	488	Racketball	488
Squash	488	Taekwondo	488

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

## Impedance

	RA	LA	TR	RL	LL
<b>Z</b> (Ω) 20kHz	388.6	354.2	23.4	262.7	254.7
100 kHz	350.1	320.8	20.1	236.7	229.3

\* Segmental fat is estimated.

# InBody

ID 051119-1 | Height 180cm | Age 39 | Gender Female | Test Date / Time 23.02.2020. 15:19

## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	<b>Total Body Water</b>	(L)	<b>46.3</b> ( 35.5~43.3 )
For building muscles	<b>Protein</b>	(kg)	<b>12.3</b> ( 9.5~11.7 )
For strengthening bones	<b>Minerals</b>	(kg)	<b>4.66</b> ( 3.29~4.02 )
For storing excess energy	<b>Body Fat Mass</b>	(kg)	<b>37.0</b> ( 13.9~22.3 )
Sum of the above	<b>Weight</b>	(kg)	<b>100.3</b> ( 59.2~80.2 )

## InBody Score

**72** / 100 Points

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

## Weight Control

Target Weight **82.2** kg  
 Weight Control **-18.1** kg  
 Fat Control **-18.1** kg  
 Muscle Control **0.0** kg

## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

## Waist-Hip Ratio

**0.93**

## Visceral Fat Level

Level **16**

## Research Parameters

Fat Free Mass **63.3** kg  
 Basal Metabolic Rate **1737** kcal  
 Obesity Degree **144** % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake **2100** kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

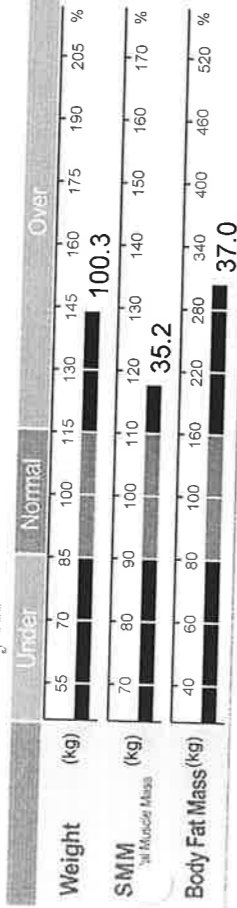
Golf	177	Gateball	191
Walking	201	Yoga	201
Badminton	227	Table Tennis	227
Tennis	301	Bicycling	301
Boxing	301	Basketball	301
Hiking	327	Jumping Rope	351
Aerobics	351	Jogging	351
Soccer	351	Swimming	351
Japanese Fencing	502	Racketball	502
Squash	502	Taekwondo	502

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

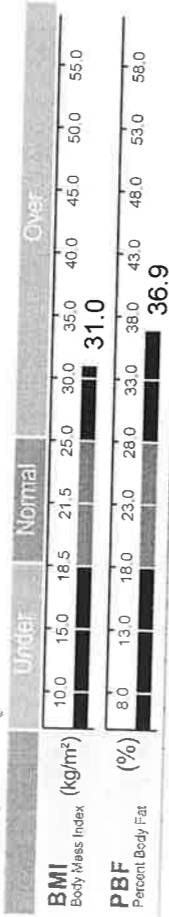
## Impedance

RA LA TR RL LL  
**Z(Ω) 20 kHz** | 340.1 347.3 21.6 208.4 209.9  
**100 kHz** | 309.8 316.5 19.0 188.7 191.0

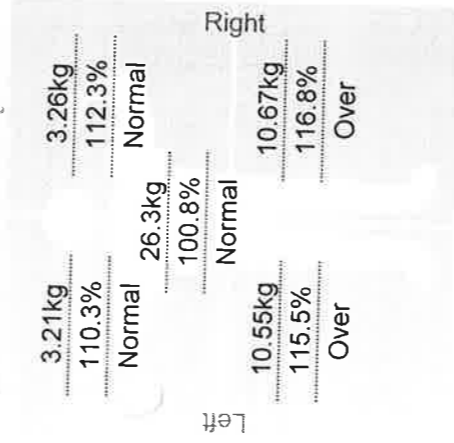
## Muscle-Fat Analysis



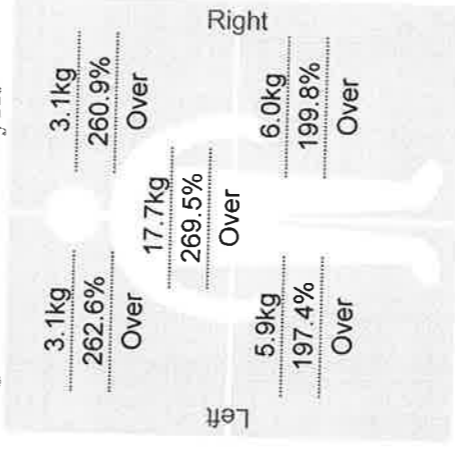
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



\* Segmental fat is estimated.

## Body Composition History

