



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: / /

Date: 7 / 3 / 2020

File Number: ١٥٥٧٢٥٨

Patient Name: Eiman Hafed

إسم المريض:

Date Of Birth: 13 / 2 / 1998 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality: Amrabe (الجنسية): Student

Occupation: Student

Address (العنوان): Ajman

Phone No. (رقم الهاتف): 0552707106

E-MAIL: emaha20ss@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 أذكر بالتفصيل
هل تعاطى أي دوية أو تلقيت أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	نعم	وكتان
هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	لا	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	لا	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness	لا	
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	لا	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	لا	
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	لا	
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	نعم	الربو
هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	لا	
هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	لا	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	لا	
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	لا	
هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	لا	
هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	لا	
هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	Other conditions HSV, HIV...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 المؤهل.

أتفهم ان بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن ان 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 باخذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر انه لم يتم تقديم اي ضمانات أو تأمين لتتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً 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 الى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية

أتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و ان جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحتي للملف صحية. و اتفهم 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 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: 7.13.2020

السفارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، اإخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

IR لصع ↑ w.t

الفحص Examination

التصوير الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

↑ w.t

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

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	Eiman Hafedh, Jalal	IDN:	784199862938240	Mother Name:	
Name (Ar)	أيمان حفيد جلال عبدو احمد	Card Number:	088770773	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	101029550
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	25/04/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	25/04/2023	Date of Birth:	13/02/1998	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

3/7/2020

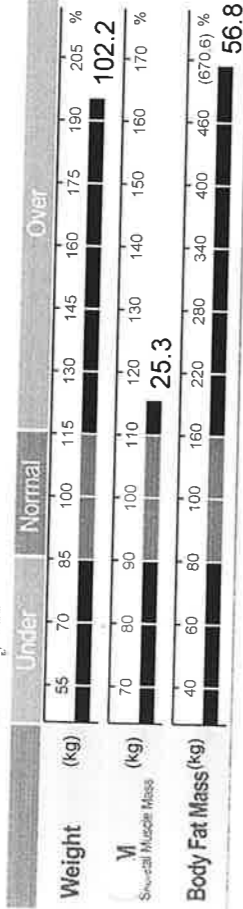
InBody

ID 200307-1 | Height 156cm | Age 22 | Gender Female | Test Date / Time 07.03.2020, 17:26

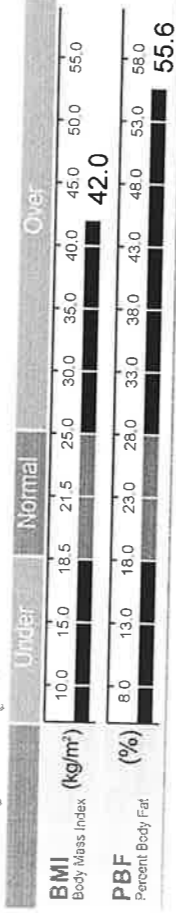
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	33.3	(26.6~32.6)
For building muscles	Protein	(kg)	9.1	(7.1~8.7)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	3.04	(2.47~3.01)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	56.8	(10.5~16.8)
Sum of the above	Weight	(kg)	102.2	(44.5~60.1)

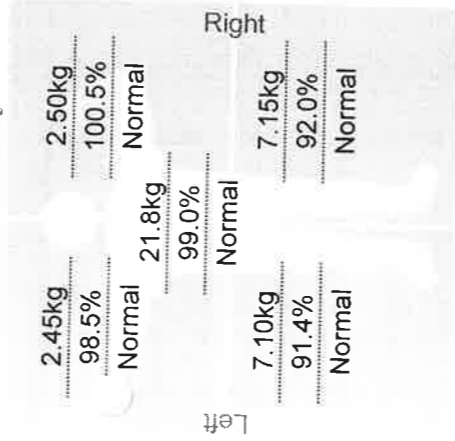
Muscle-Fat Analysis



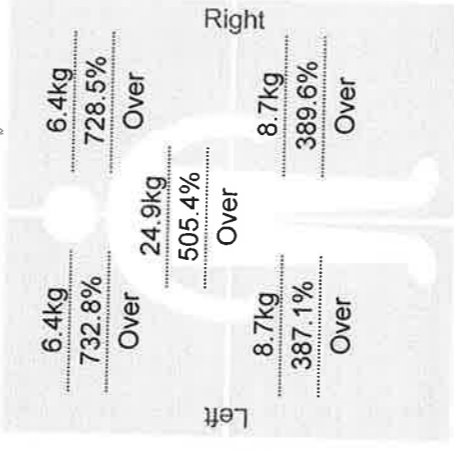
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	102.2
SMM (kg)	25.3
PBF (%)	55.6

InBody Score

42 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 58.9 kg
 Weight Control -43.3 kg
 Fat Control -43.3 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.96 (Target Range: 0.75-0.85)

Visceral Fat Level

Level 24 (Target Range: 10-10)

Research Parameters

Fat Free Mass 45.4 kg
 Basal Metabolic Rate 1350 kcal
 Obesity Degree 195 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2042 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	180	Gateball	194
Walking	204	Yoga	204
Badminton	231	Table Tennis	231
Tennis	307	Bicycling	307
Boxing	307	Basketball	307
Hiking	333	Jumping Rope	358
Aerobics	358	Jogging	358
Soccer	358	Swimming	358
Japanese Fencing	511	Racketball	511
Squash	511	Taekwondo	511

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

Impedance

Z_(G) 20 kHz | 369.0 378.6 32.7 246.9 248.2
 100 kHz | 331.0 340.6 32.3 212.3 213.5
 RA LA TR RL LL

* Segmental fat is estimated.