



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... أنسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: .....

Date: / /

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

File Number: ١٤٠٠٧٢١٧

Patient Name: .....

اسم المريض: عمرو عبد الحكيم صالح

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 25/10/1998

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوج

Nationality (الجنسية): .....

Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): .....

العسكرية

Phone No. (رقم الهاتف): 059696878

E-MAIL: .....

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

Medical History التاريخ الطبي	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
<b>Medical Condition الحالة الطبية</b>		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	لا	
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 تعاني من أي امراض؟	لا	قيصري
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 أو تتعاطى أي مميحات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، 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 تعانيين 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؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الحلا البسيط	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 أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج 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 القروح أو التزيف أو الام 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 لدي فتحي الملف صحفية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 (في دون السن القانونية):



التاريخ: ... / ... / 20...

## Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Blood Type (نمط الدم):

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

## Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (تعاطي الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General &amp; Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

## Examination الفحص

Radiography التصوير الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO\*

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Marwah,Abdulhakim,Saleh,,Banmakhshen	IDN:	784198764161422	Mother Name:	
Name (Ar)	مروة عبدالحكيم صالح زين مخلصن	Card Number:	093290388	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	101056966
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	24/02/2019	Date of Birth:	25/10/1987	Sponsor Name:	
Expiry Date:	24/02/2029	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	02	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	99	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

3/7/2020

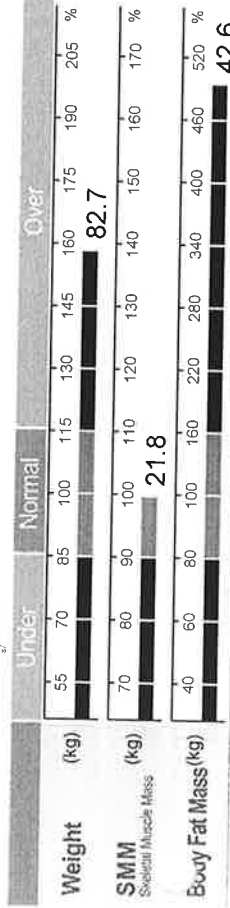
# InBody

ID 200307-3    Height 156cm    Age 32    Gender Female    Test Date / Time 07.03.2020, 19:21

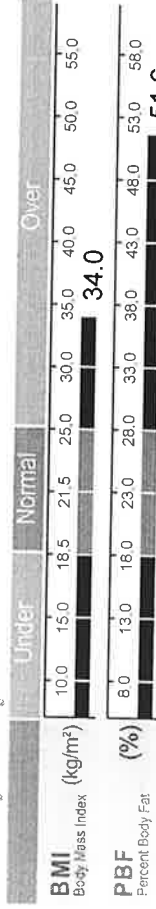
## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	<b>Total Body Water</b>	(L)	29.3	( 26.6~32.6 )
For building muscles	<b>Protein</b>	(kg)	7.9	( 7.1~8.7 )
For strengthening bones	<b>Minerals</b>	(kg)	2.88	( 2.47~3.01 )
For storing excess energy	<b>Body Fat Mass</b>	(kg)	42.6	( 10.5~16.8 )
Sum of the above	<b>Weight</b>	(kg)	82.7	( 44.5~60.1 )

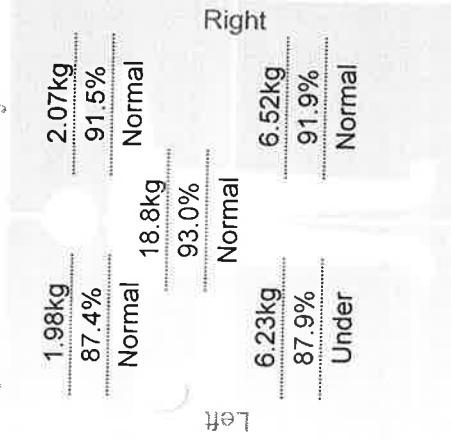
## Muscle-Fat Analysis



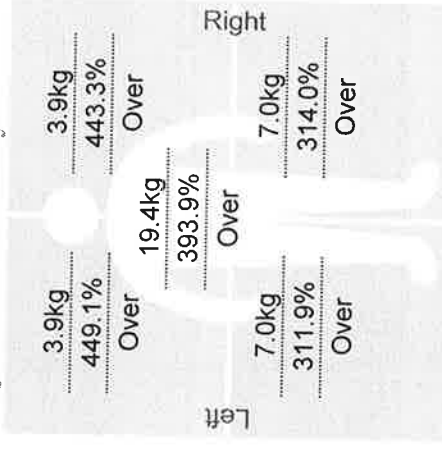
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

<b>Weight</b> (kg)	82.7
<b>SMM</b> (kg)	21.8
<b>PBF</b> (%)	51.6

## InBody Score

**49** / 100 Points

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

## Weight Control

Target Weight	52.3 kg
Weight Control	- 30.4 kg
Fat Control	- 30.6 kg
Muscle Control	+ 0.2 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	40.1 kg
Basal Metabolic Rate	1235 kcal
Obesity Degree	158 % ( 90~110 )
Recommended calorie intake	1768 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	146	Gateball	157
Walking	165	Yoga	165
Badminton	187	Table Tennis	187
Tennis	248	Bicycling	248
Boxing	248	Basketball	248
Hiking	270	Jumping Rope	289
Aerobics	289	Jogging	289
Soccer	289	Swimming	289
Japanese Fencing	414	Racketball	414
Squash	414	Taekwondo	414

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

## Impedance

RA	LA	TR	RL	LL
Z(Ω) 20 kHz	412.6	436.5	27.7	250.2
100 kHz	371.3	393.9	24.6	224.2

\* Segmental fat is estimated.