



File No:

Date: 5/5/2020

Date: 5/5/2020

File Number: 1004489

Patient Name: Hidayah Sami Alkhatib
اسم المريض: هداية سامي الخياط

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 17/8/1979 Gender (الجنس): M / ♂ Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single
تاريخ الميلاد: 17/8/1979 الجنس: M / ♂ الحالة الاجتماعية: Single

Nationality (الجنسية): USA Occupation (الوظيفة): Technician
الجنسية: USA الوظيفة: Technician

Address (العنوان): Al-Najaz
العنوان: Al-Najaz

E-MAIL: h.khatib@orchidmc.com.sa Phone No. (رقم الهاتف): 054-5024421
البريد الإلكتروني: h.khatib@orchidmc.com.sa رقم الهاتف: 054-5024421

How did you know about us: Facebook
كيف تعرفنا: Facebook

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، 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 مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	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 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؟	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 السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions Other conditions HIV...etc فيروس الإيدز، 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 وأسمح للطبيب بمعالجة حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالمعالج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما ذكر في القمص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية والعلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تامين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجيلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محسوبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- وأدرك أن 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 قدمت لي فحسي الملف صحية و اتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها بدون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار 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 (لمن هم دون السن القانونية):



التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الوزن): Weight (kg):	Kg	الارتفاع (الطول): Height (cm):	cm	نوعية الدم (فصية الدم): Blood Type:
النبض (النبض): Pulse (ppm):	ppm	ضغط الدم (الضغط): Blood Pressure (mmHg):	/	سكر الدم (سكر الدم): Blood Sugar (mg/dL):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة، Hospitalization
عمليات سابقة: Previous Surgeries

التدخين (Smoking): Y / N

الكحول (Alcohol): Y / N

أدوية (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

.....

REDAD DATA

CAEAI0EBAA830DQxO

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	Hidayah, Samir, Abu Eishah	IDN:	784197990649796	Mother Name:	Nadia
Name (Ar)	هداية سمير, ابو عيشه	Card Number:	084476333	Mother Name (Ar):	غير محدد
Title:		Nationality:	USA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الولايات المتحدة		
Issue Date:	19/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	05/07/2020	Date of Birth:	14/08/1979	Sponsor Name:	سمير ابراهيم مصطفى ابو عيشه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	09020082
Residency Type:	03	Residency Number:	15220043011805	Residency Expiry:	05/07/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

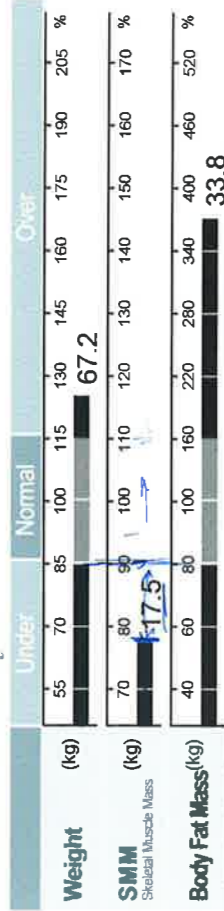
5/16/2020

ID 200613-2 | Height 158cm | Age 40 | Gender Female | Test Date / Time 13.06.2020. 16:21

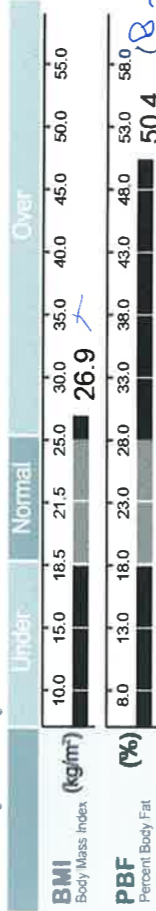
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	24.4 (27.4~33.4)
For building muscles	Protein (kg)	6.4 (7.3~8.9)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.60 (2.53~3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	33.8 (10.7~17.2)
Sum of the above	Weight (kg)	67.2 (45.6~61.8)

Muscle-Fat Analysis



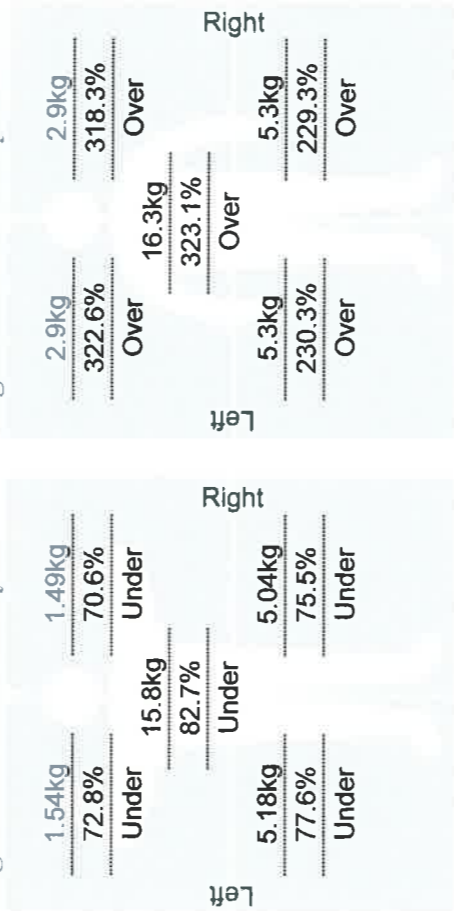
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	67.2
SMM (kg)	17.5

InBody Score

51 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 53.7 kg
 Weight Control - 13.5 kg
 Fat Control - 21.5 kg
 Muscle Control + 8.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.95

Visceral Fat Level

Level 19

Research Parameters

Fat Free Mass 33.4 kg
 Basal Metabolic Rate 1090 kcal
 Obesity Degree 125 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1567 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	118	Gateball	128
Walking	134	Yoga	134
Badminton	152	Table Tennis	152
Tennis	202	Bicycling	202
Boxing	202	Basketball	202
Hiking	219	Jumping Rope	235
Aerobics	235	Jogging	235
Soccer	235	Swimming	235
Japanese Fencing	336	Racketball	336
Squash	336	Taekwondo	336

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

Impedance

RA LA IR RL LL
 Z(Ω) 20 kHz | 535.1 513.7 30.4 353.8 334.6
 100 kHz | 487.6 474.0 25.9 329.4 311.6

