



File No:

Date: / /

Date: ... / ... / File Number: 1004680
Patient Name: Rasymda Said
Date Of Birth: 27.1.85 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Egypt
Address (العنوان): Al.majaz
E-MAIL:
اسم المريض: married
Marital Status (الحالة الاجتماعية): married
Phone No. (رقم الهاتف): 508909516
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 اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	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	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	X	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لويميا (فقر الدم)	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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 مانع للحمل؟ هل تعانين 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions فيروس الأبتزر، فيروس الحلا السسيط...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 بملاحه حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمور 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 لتتابع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الإجراءات الجراحية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي الملف صحبة و تفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 بأكمل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ٢٠١٧ / ١٢ / ٢٤



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
Weight (الوزن): 45 Kg	Height (الطول): 160 cm
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (الضغط الدم): /
	Blood Type (دم):
	Blood Sugar (السكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

دكتور فخرية

Disease History: التاريخ المرضي:	
Allergies: الحساسية:	—
Medications: الأدوية:	—
Pregnancy: الحمل:	—
Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة، إدخال المستشفى:	—
Smoking (التبخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N
	Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة و السريرية
 .. Antibiotics - حساسية البنسلين -
 عندها امساك مع قمل كثير قولون مع انتفاخ
 عندها تكتيه صريف و 9 و 9 -

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

A cut of fat

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA
cAEAIOEBAA830DQx0T

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	Raghda,Said,Abdelhamid,,Elghomimy	IDN:	'784198549253643	Mother Name:	
Name (Ar)	رغدو سعيد، عبد الحميد،، الغومي	Card Number:	094209376	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	21/04/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	16/04/2021	Date of Birth:	03/09/1985	Sponsor Name:	هاني خليل السيد ابو كرن
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	66404783
Residency Type:	03	Residency Number:	20120103074302	Residency Expiry:	16/04/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

رغدو سعيد

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

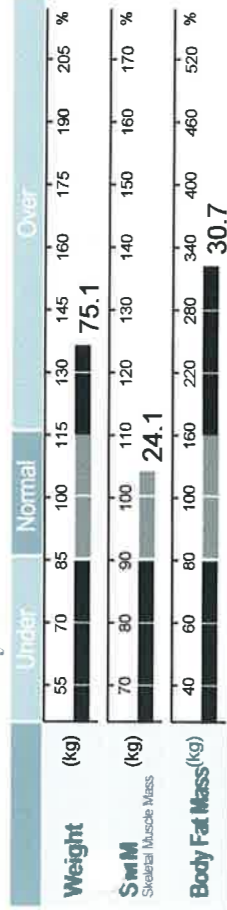
6/3/2020

ID 200603-2 Height 160cm Age 34 Gender Female Test Date / Time 03.06.2020. 15:56

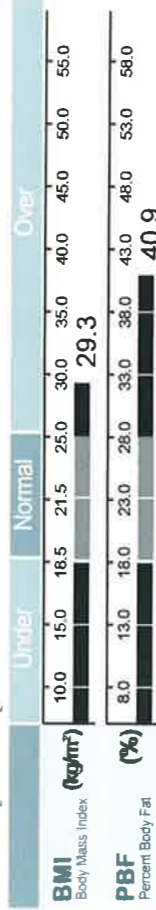
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	32.5	(28.0-34.2)
For building muscles	Protein	(kg)	8.7	(7.5-9.1)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	3.23	(2.59-3.17)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	30.7	(11.0-17.6)
Sum of the above	Weight	(kg)	75.1	(46.8-63.3)

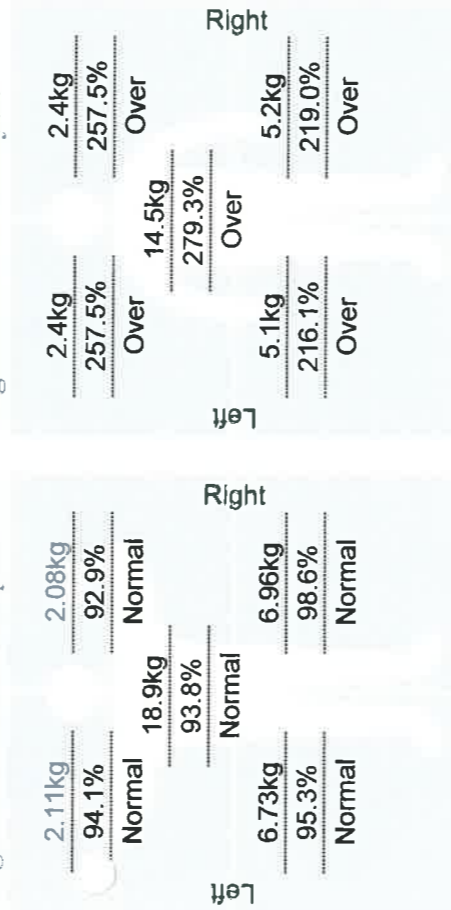
Muscle-Fat Analysis



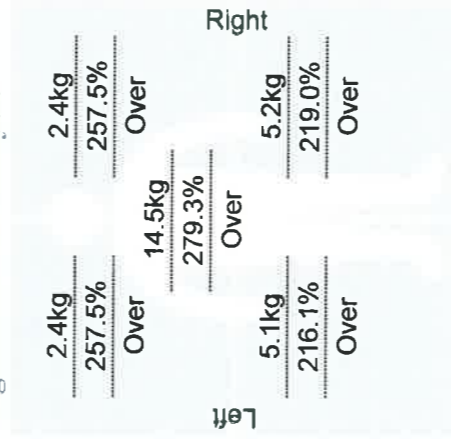
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	75.1
SMM (kg)	24.1

InBody Score

65 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight	57.7 kg
Weight Control	- 17.4 kg
Fat Control	- 17.4 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	44.4 kg
Basal Metabolic Rate	1329 kcal
Obesity Degree	136 % (90-110)
Recommended calorie intake	1707 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	132	Gateball	143
Walking	150	Yoga	150
Badminton	170	Table Tennis	170
Tennis	225	Bicycling	225
Boxing	225	Basketball	225
Hiking	245	Jumping Rope	263
Aerobics	263	Jogging	263
Soccer	263	Swimming	263
Japanese Fencing	376	Racketball	376
Squash	376	Taekwondo	376

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

Impedance

RA	LA	TR	RL	LL
Z(α) 20 kHz	395.7	390.0	21.8	228.0
100 kHz	359.4	355.1	18.7	207.1