



File No:

Date: / /

Date: ... / ... / File Number: 1004847
Patient Name: Hajar Ahmed
Date Of Birth: 17/08/1988 Gender: M (F) Marital Status: (الحالة الاجتماعية):
Nationality: Saudi Occupation: Housewife (الوظيفة):
Address: Al-Tawwabah Phone No. (رقم الهاتف): 0566697015
E-MAIL: Hajar.ahmed88@gmail.com How did you know about us:

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم / لا No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes Delivery only 3 kids
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميونات للدم؟	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	No

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.

نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسمح 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 تزويدي بالعلاج الأشتر و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً 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 لتتائج 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 تؤدي الى مضاعفات كالتهاب 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 لدي تقمي لللف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحها لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل ارادتي

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):



Date: ... / ... /

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

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

cAEAlOEBAa83ODQXO

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	Hager,Ahmed,Abdelkhalkek,Mohamed,Abdelaziz	IDN:	784198847948316	Mother Name:	
Name (Ar)	هاجر احمد عبد الخالق محمد عبد العزيز	Card Number:	094714398	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	23/05/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	18/05/2021	Date of Birth:	07/01/1988	Sponsor Name:	محمد كمال يوسف محمد
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	88117053
Residency Type:	03	Residency Number:	20120193179106	Residency Expiry:	18/05/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

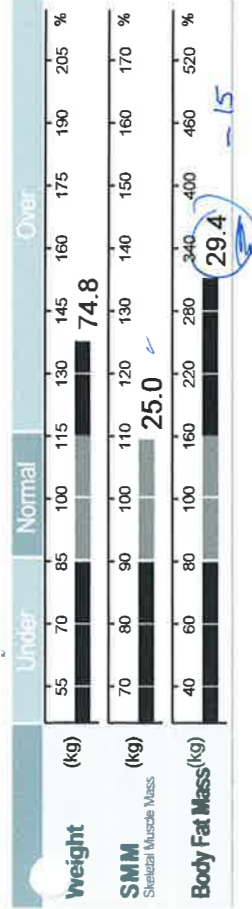
6/20/2020

ID 200620-3 Height 159cm Age 32 Gender Female Test Date / Time 20.06.2020. 14:31

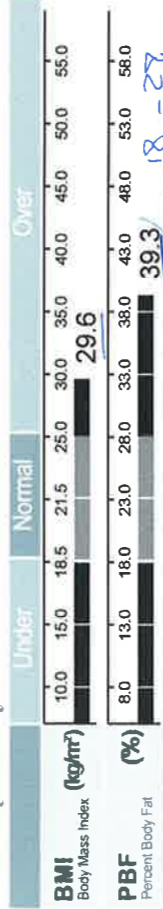
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	33.2	(27.7~33.9)
For building muscles	Protein	(kg)	9.0	(7.4~9.0)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	3.24	(2.56~3.13)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	29.4	(10.9~17.4)
Sum of the above	Weight	(kg)	74.8	(46.2~62.6)

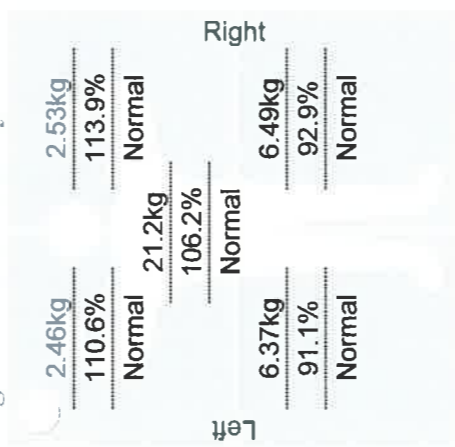
Muscle-Fat Analysis



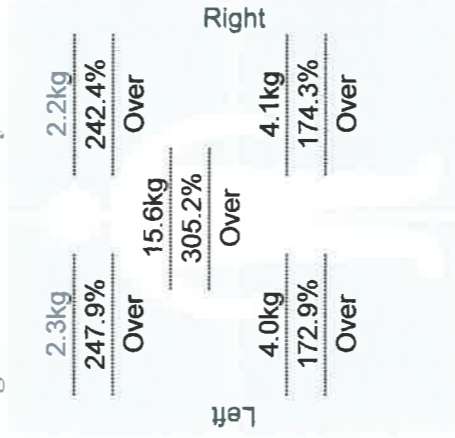
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	74.8
SMM (kg)	25.0

InBody Score

68 / 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	- 15.9 kg
Fat Control	- 15.9 kg
Muscle Control	0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Under	<input checked="" type="checkbox"/> Slightly Over	<input type="checkbox"/> Over
PBF	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Slightly Over	<input checked="" type="checkbox"/> Over	

Waist-Hip Ratio



Visceral Fat Level



Research Parameters

Fat Free Mass	45.4 kg
Basal Metabolic Rate	1350 kcal
Obesity Degree	138 % (90~110)
Recommended calorie intake	1710 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	132	Gateball	142
Walking	150	Yoga	150
Badminton	169	Table Tennis	169
Tennis	224	Bicycling	224
Boxing	224	Basketball	224
Hiking	244	Jumping Rope	262
Aerobics	262	Jogging	262
Soccer	262	Swimming	262
Japanese Fencing	374	Racketball	374
Squash	374	Taekwondo	374

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

Impedance

RA	LA	TR	RL	LL
Z(ω) 20 kHz	346.5	358.5	23.0	277.9
100 kHz	310.4	323.1	19.2	247.3
			257.0	