



File No:

Date: 17/1/2020

Date: 17/1/2020 File Number: 1004973
Patient Name: Ramia Al-Husseini اسم المريض
Date Of Birth: 28/11/1988 Gender: M/F (الجنس) (الحالة الاجتماعية)
Nationality: Syrian (الوطنية) Occupation: Marital Status: (الزواج)
Address: Daba, Casablanca Phone No. (رقم الهاتف): 0668958294
E-MAIL: Ramia.Al-Husseini@orchidmedical.com How did you know about us: Sanitary

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 تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	
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 تعاطى أي مميعات الدم؟	No	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، فوكيميا (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 تعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين 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 الأبتز، 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.

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 بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل والخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرة المهنة والطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات والإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار والمضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات والإجراءات الجراحية والجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تقضي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التزيف أو الألم 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 قدمت لي فتحي الملف الصحية و اتفهم ان أي معلومات تتعلق بصحتي 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: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الوزن): Weight (kg):	Kg	الطول (الطول): Height (cm):	cm	نمط الدم (نمط الدم): Blood Type (Blood Type):
النبض (النبض): Pulse (ppm):	ppm	ضغط الدم (ضغط الدم): 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	Laxative / herbs for Constipation
الحمل: Pregnancy	
عمليات سابقة ، أمراض المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization	
التدخين (التدخين): Smoking (Y / N)	Y / N
الكحول (الكحول): Alcohol (Y / N)	Y / N
أدوية العقاقير: Drugs (Y / N)	Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

قولون عصبي / لم يكن هناك للأعراض

الفحص Examination

BA

الصور الشعاعية Radiography

/

التشخيص Diagnosis

قولون عصبي /

Treatment Plan خطة العلاج

78 سيدة / 7/2020 ← 66 kg 2019 / 12 صبر
نظرة وزنه فاعله

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	Ramia,Abdullatif,,Alhussein	IDN:	784198097302081	Mother Name:	
Name (Ar)	راميا,عبداللطيف,,الحسين	Card Number:	096012401	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	14/08/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	13/08/2021	Date of Birth:	20/01/1980	Sponsor Name:	ماجدا القطيم العنقارية ش ذ م م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120152449032	Residency Expiry:	13/08/2021
ID Type:	IL	Occupation:	4190	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

01/07/2020

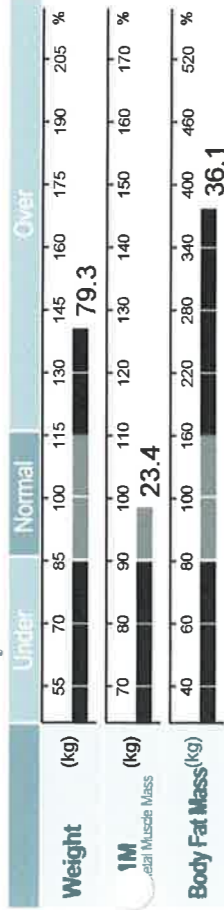
InBody

ID 200701-1 | Height 162cm | Age 40 | Gender Female | Test Date / Time 01.07.2020. 14:12

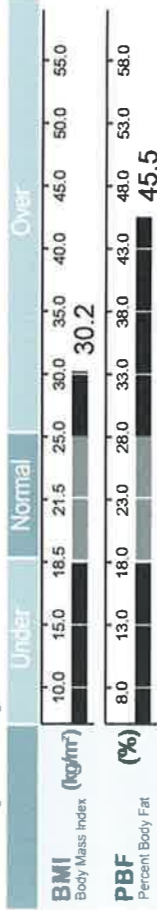
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	31.7 (28.7~35.1)
For building muscles	Protein (kg)	8.4 (7.7~9.5)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.12 (2.65~3.25)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	36.1 (11.3~18.1)
Sum of the above	Weight (kg)	79.3 (47.9~64.9)

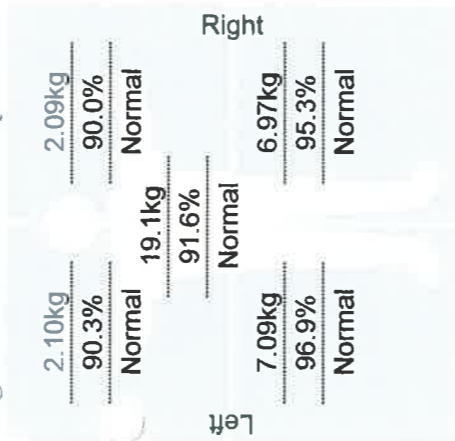
Muscle-Fat Analysis



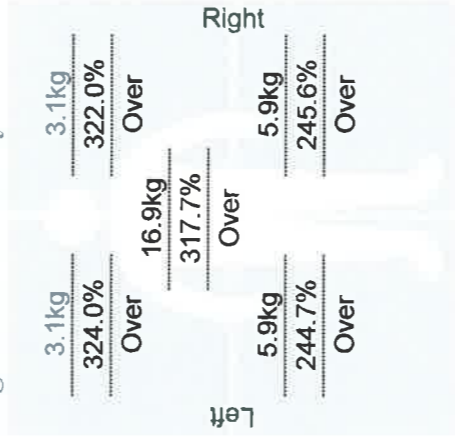
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



* Segmental fat is estimated.

Body Composition History

Weight (kg)	79.3
SMM (kg)	23.4

InBody Score

57 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 56.4 kg
 Weight Control - 22.9 kg
 Fat Control - 23.1 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 43.2 kg
 Basal Metabolic Rate 1303 kcal
 Obesity Degree 141 % (90~110)
 Recommended caloric intake 1726 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	140	Gateball	151
Walking	159	Yoga	159
Badminton	179	Table Tennis	179
Tennis	238	Bicycling	238
Boxing	238	Basketball	238
Hiking	259	Jumping Rope	278
Aerobics	278	Jogging	278
Soccer	278	Swimming	278
Japanese Fencing	397	Racketball	397
Squash	397	Taekwondo	397

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

Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(Ω) 20 kHz 385.6 383.6 26.3 238.4 228.7
 100 kHz 351.1 351.0 23.7 217.8 209.6