



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No:

Date: 17/7/2020

Date: ... / ... /
Patient Name: Mohammed Amer File Number: 1005079
اسم المريض: محمد عامر جباري
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 3 / 17 / 1991 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): المتزوج
Nationality (الجنسية): السوري Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان): الساحل ريفي Phone No. (رقم الهاتف): 09057839539
E-MAIL: How did you know about us: 900919

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 دوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	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 تعاطى من أي أمراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميّعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، انيميا (فقر الدم)، Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإنفلونزا، 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 أقرار 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 تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما ذكر في القمص الأمامي 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 أي ضمانات أو تأمين لتتابع العلاجات و الإجراءات الطبية أو 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 للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن 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):

ع

التاريخ: ... / ... / 2020

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs				
Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم ضغط):	/	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، ائغال المستشفى		
Smoking (التخين): Y / N	Alcohol (الكول): Y / N	Drugs (العاقن): 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

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Mhd,Amer,Bassam,Jabban	IDN:	784199182194177	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد عامر بسام جابان	Card Number:	092300281	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		الجنسية العربية السورية (Ar):	السورية		
Issue Date:	23/12/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	18/12/2020	Date of Birth:	03/11/1991	Sponsor Name:	العقد العلمي لتجارة الاكسسوارات
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120142542143	Residency Expiry:	18/12/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

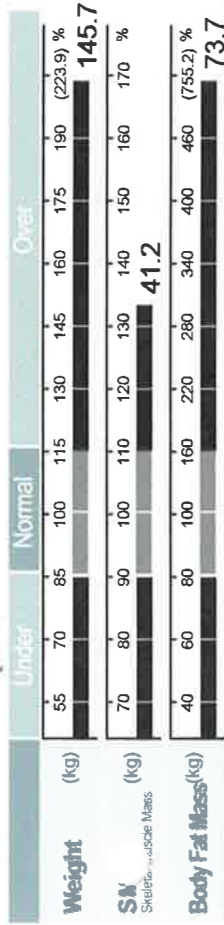
11/07/2020

ID 200711-7 | Height 172cm | Age 28 | Gender Male | Test Date / Time 11.07.2020. 17:33

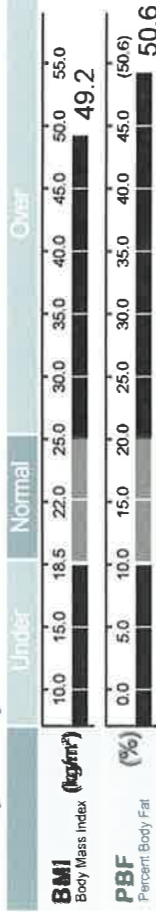
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	52.9 (36.6~44.8)
For building muscles	Protein	(kg)	14.3 (9.8~12.0)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	4.76 (3.38~4.14)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	73.7 (7.8~15.6)
Sum of the above	Weight	(kg)	145.7 (55.3~74.9)

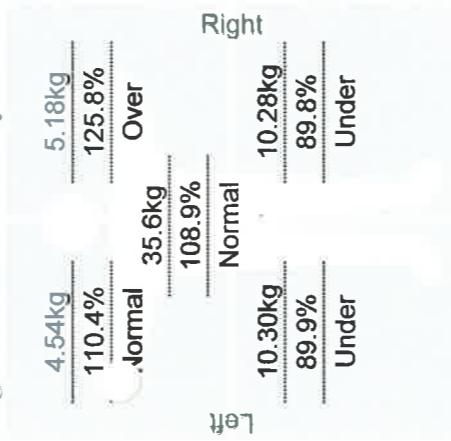
Muscle-Fat Analysis



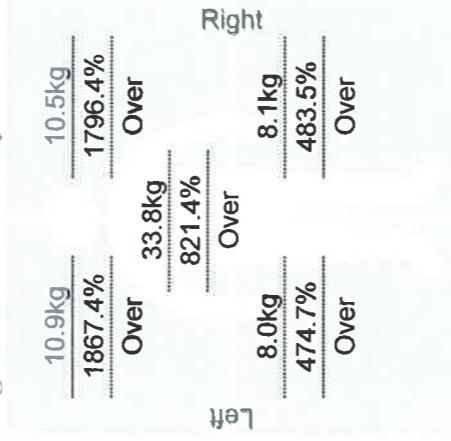
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight	(kg)	145.7
SMM	(kg)	41.2

InBody Score

36/100 Points

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

Weight Control

Target Weight 84.7 kg
 Weight Control - 61.0 kg
 Fat Control - 61.0 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

1.20 (0.80 0.90)

Visceral Fat Level

Level 30 (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass 72.0 kg
 Basal Metabolic Rate 1924 kcal
 Obesity Degree 224 % (90~110)
 Recommended calorie intake 3498 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	256	Gateball	277
Walking	291	Yoga	291
Badminton	329	Table Tennis	329
Tennis	437	Bicycling	437
Boxing	437	Basketball	437
Hiking	475	Jumping Rope	510
Aerobics	510	Jogging	510
Soccer	510	Swimming	510
Japanese Fencing	729	Racketball	729
Squash	729	Taekwondo	729

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

Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(63) 20 kHz 232.8 276.1 19.0 217.2 213.3
 100 kHz 205.1 247.5 16.1 190.2 187.7

* Segmental fat is estimated.