



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسانة... جمال
Health... Smile... Beauty

Date: 22/9/2018

File Number: 1000981

Patient Name: Teba Hussien

إسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 15/2/1990 Gender (الجنس): M / ♂

الحالة الاجتماعية: ()

Nationality (الجنسية): Iraqi

Phone No: (رقم الهاتف): 0544770220

Address (العنوان): Sharjah

How did you know about us: Google

E-MAIL:

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 حديثة؟	Yes/No نعم / لا	✓
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	✓
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	✓
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	✓
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا	✓
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No نعم / لا	✓
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا	Yes/No نعم / لا	✓
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	✓
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	✓
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للستيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي حبوب للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No نعم / لا	✓
Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد، اليرقان، أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	✓
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، باء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	✓
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	✓
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	✓
Other conditions HIV... etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس نقص المناعة البشرية، HIV... etc	Yes/No نعم / 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 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.

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

Date: / /

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بإجراء حائقي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتج النتائج و الإجراءات الطبية أو التجريبية العقيمة هي، كما أفهم الخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حائقي المرضية.
- أفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة الفحوصات والإجراءات الملاحية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالإقياب أو التوريم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة الملاحية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل انتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لدى فتحني الملف صحيفه و أفهم أن أي معلومات تتعلق بحائقي صحيفه ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي.
- أقر أن في المعلومات المكتبة لتقديم حنا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و الذي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و ادي وقعت علي بتكامل ارادتي

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

التاريخ: / /

File No:

Date: / /

Patient Assessment

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (نوعية الدم):

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي: /

Allergies الحساسية: /

Medications الأدوية: /

Pregnancy الحمل: /

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Тreatment Plan **Трети план**

Doctor's Signature and Stamp

.....

200918-2

158cm

Age

Gender
Female

Test Date & Time
22.09.2018. 17:34

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	(L)	28.3 (26.6~32.6)
For building muscles	(kg)	7.5 (7.1~8.7)
For strengthening bones	(kg)	2.86 (2.47~3.01)
For storing excess energy	(kg)	23.5 (10.5~16.8)
Sum of the above	(kg)	62.2 (44.5~60.1)

InBody Score

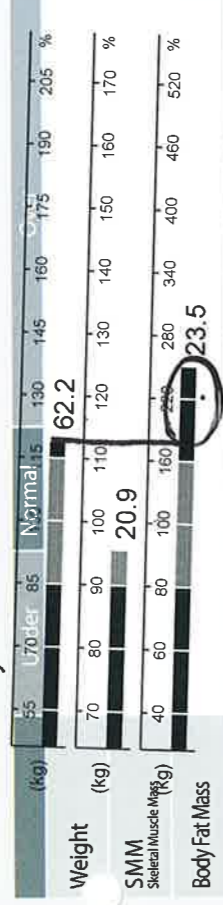
67 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 52.3 kg
 Weight Control -9.9 kg
 Fat Control **-11.5 kg**
 Muscle Control **+1.6 kg**

Muscle-Fat Analysis



Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

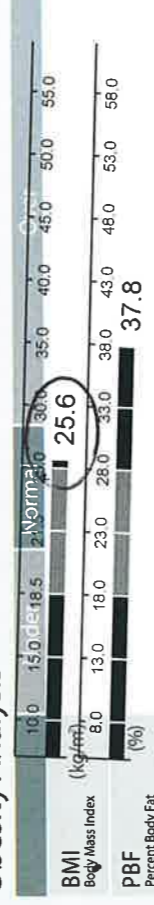
Waist-Hip Ratio

0.90 (Normal range: 0.75-0.85)

Visceral Fat Level

Level 11 (Normal range: Low 10, High)

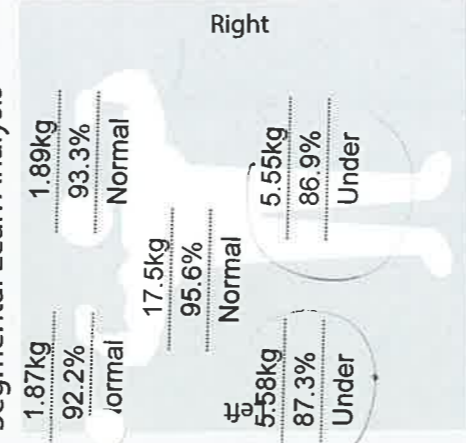
Obesity Analysis



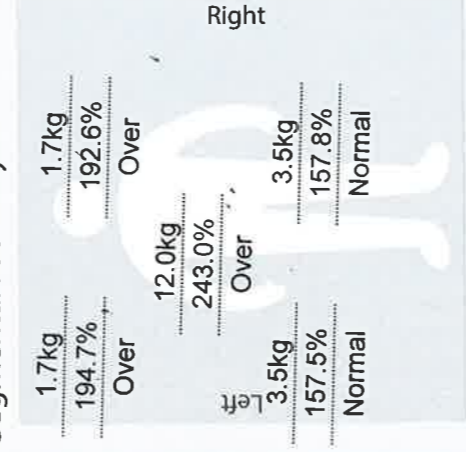
Research Parameters

Fat Free Mass 38.7 kg
 Basal Metabolic Rate 1205 kcal (1301~1508)
 Obesity Degree 119 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1588 kcal

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Calorie Expenditure of Exercise

Golf	110	Gateball	118
Walking	124	Yoga	124
Badminton	141	Table Tennis	141
Tennis	187	Bicycling	187
Boxing	187	Basketball	187
Mountain Climbing	203	Jumping Rope	218
Aerobics	218	Jogging	218
Soccer	218	Swimming	218
Japanese Fencing	311	Racketball	311
Squash	311	Taekwondo	311

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see more detail.



Body Composition History

Weight (kg)	62.2	RA	LA	TR	RL	LL		
SMM (kg)	20.9	Z(α)	20 REZ	409.2	414.5	25.0	305.6	301.7
PBF (%)	37.8	100 REZ	371.9	378.0	21.7	272.7	270.1	

Impedance

Z(α) 20 REZ | 409.2 | 414.5 | 25.0 | 305.6 | 301.7
 100 REZ | 371.9 | 378.0 | 21.7 | 272.7 | 270.1



Dietary Consultation

تفويض استشارة غذائية

Dietary consultation involves a health profile. The purpose of the health profile is not to establish a diagnosis, but rather to determine a client's health status in order to guide his/her weight control plan. A client may be advised to seek medical advice based on his/her health profile.

Date: 22.01.2018 File Number: 1000981

Patient Name: Taha Hussain اسم المريض

Current Weight (الوزن الحالي): Weight 1 year ago (الوزن السنة الماضية)

Minimum Adult Weight (أقل وزن): Age: Maximum Adult Weight (أعلى وزن) Age:

Do You Exercise (هل تقوم بالتمارين الرياضية): Yes / No Exercise Type (نوع التمرين): How Often (كم مرة)

Have You Been on a diet before? Yes / No هل انتظمت سابقا بتي حمية غذائية؟ نعم / لا

If yes, please specify which diet(s) and why you think it didn't work for you?

إذا كانت الاجابة نعم ، لماذا تعتقد ان تلك الحمية لم تكن مناسبة لك؟

DNA test she is willing to do it

On a scale of 1 to 10, Indicate the level of importance you give to losing weight with professionally supervised weight loss method

بمقياس ١ الى ١٠ ، حدد درجة اهمية فقدانك للوزن تحت اشراف المختصين

Least Importance 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 More Importance

How Many Children Do You Have? 2 كم عدد اطفالك؟

Who does the most cooking at home? my self من يقوم بطهي الطعام غالبا في المنزل؟

On Average how many hours do you sleep per night? 7 ما هو معدل ساعات نومك ليلا؟

Eating Habits العادات الغذائية

الطور الإفطار

Do You Have Breakfast Every Morning? Yes Sometimes No Never

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

Do You Have a Snack Before Lunch? Yes Sometimes No Never

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

Free Consultation only

الغداء الإفطار

Do You Have Lunch Every Morning? Yes Sometimes No Never

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

Do You Have a Snack Before dinner? Yes Sometimes No Never

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

العشاء الإفطار

Do You Have Dinner Every Morning? Yes Sometimes No Never

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

Do You Have a Snack Before dinner? Yes Sometimes No Never

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....
.....

Consent Form For Nutritionist Weight loss Method

I confirm that the information that I have provided and that is recorded by me on this health profile is true, complete and accurate and that I have not withheld or otherwise omitted weather in whole or in part, any information concerning my health status. in this respect, I confirm that I have disclosed all past and present physical/ or mental health problems or concerns that I have experienced, diagnosis and/or surgeries that I have had, medications and supplements that were prescribed to me or that I have taken.

Without limitation to the foregoing I specifically confirm that I do not have the conditions and that I am not taking any medications. Furthermore, I understand that I should not be undertaking or otherwise following the weight loss method if I have any of the said conditions or if I am currently taking any of the said medications unless I specifically consult with a medical doctor while I am on weight loss method, and provide documentation confirming the foregoing.

I understand that if I have any of the aforementioned conditions or if I am currently taking any of the aforementioned medication, or I have not disclosed same to the center and nevertheless chose to go on professional weight loss method without specific supervision, such decision will be completely voluntary, and I release and discharge the center as the laboratories or any employee from any and all damages, liabilities, claims and causes of action of any nature whatsoever that may result from such voluntary decision.

I confirm that the Nutritionist has explained to me that I have had the opportunity to ask questions relating to the weight control method, and that I have been provided with the answers to such questions and that I understand the importance of strictly following the weight control method as explained to me verbally and in the materials provided to me, both before and during the weight control method

without limitation to the foregoing, I confirm that I have been advised that because the weight control method limits the ingestion of certain goods, it is important that I consume the recommended vitamins and minerals while I'm on the weight control method.

I undertake to disclose immediately to the center and nutritionist all the changes in my health status, discomfort, symptoms or other health concerns that I may experience while I am on the weight control method.

نموذج اقرار للتحكم بالوزن تحت اشراف اخصائي تغذية

أقر أن كافة المعلومات التي قمت بالإفلاء بها في ملفي الطبي صحيحة و كاملة و دقيقة و اني لم أخف أي معلومات تتعلق بصحتي أو عاداتي الغذائية جزئيا أو كليا. و أقر أنني قد قدمت كافة المعلومات المتعلقة بصحتي الجسمانية و النفسية و أي حالة مرضية كنت قد مرتت بها و كافة الجراحات التي قد أجريت لي و الادوية و المكملات التي قد وصف لي و أقوم بتناولها حاليا .

و أقر أنه ليس لدي أي حالات مرضية من التي سبق ذكرها في الملف الطبي لا تناول أي أدوية عدا عن التي أفصحت عنها في الملف الطبي و اتقهم انني لا يجب ان تعاطى أي أدوية خلال او بعد اتباعي لطريقة التحكم بالوزن تحت اشراف الاخصائي دون استشارة طبيب و دون اعلامي لخصائي التغذية بهذه الادوية او المكملات و ابراز الوثائق الرسمية التي تدل على ذلك.

أتقهم ان تعاطي أي أدوية دون اعلامي لخصائي التغذية او خصوصي لطرق تحكم للوزن دون اعلامي للاخصائي و دون اشراف المختصين هو قرار شخصي و اختياري، و أعفي الاخصائي و الطبيب و المركز و أي من موظفيه من تبعات هذا القرار و لا يحق لي المطالبة بأي تعويض عن الانصرار الناتجة عن هذا القرار الاختياري.

أقر أن اخصائية التغذية قد أتاحت لي الفرصة كاملة لطرح أي اسئلة تتعلق بطريقة التحكم بالوزن، و انه قد تمت اجابة كافة اسئلتي بشكل كاف و كامل. و انني اتقهم اهمية اتباعي لطريقة التحكم بالوزن بدقة كما تم شرحها لي شفويا و من خلال المواد المكتوبة التي تم تزويدي بها و الالتزام بكافة التعليمات قبل و بعد اتباعي لطرق التحكم بالوزن.

بالإضافة الى ما سبق أقر أنه قد تم اعلامي أنه بسبب اتباعي لطريقة التحكم بالوزن فإنه يجب تناول بعض الفيتامينات و المعادن و المكملات الغذائية و انه يجب الالتزام بتناول هذه المكملات بينما اتبع وسيلة التحكم بالوزن.

اتعهد باخبار المركز و اخصائية التغذية فورا عن أي تغييرات في حالتني الصحية او أي ضيق أو اعراض او أي مشاكل صحية قد تعرض لها بينما اخضع لوسيلة التحكم بالوزن.