



Date: 10/2018

Patient Name: Leya Marwan Dib

File Number: 1001017

Date Of Birth: 2/9/2006 Gender: M / F

اسم المريض

Nationality: Palestinian.. Occupation: Sharjah

Marital Status: (الوضع الاجتماعي)

Address: Sharjah

Phone No: (رقم الهاتف): 052.8876.230

E-MAIL:

How did you know about us:

الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتناول أي دواء أو تلقي أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا/نعم	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتناول أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	أنا ناس
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم	لا
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حتى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No لا/نعم	لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف، أو تتناول أي مميعات للدم؟	Yes/No لا/نعم	لا
Anemia, Leukemia (فقر الدم، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No لا/نعم	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعب، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا/نعم	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو جنسية؟	Yes/No لا/نعم	لا
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للإناث: هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي دواء للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/نعم	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد، اليرقان، أمراض كبدية أخرى	Yes/No لا/نعم	لا
Pepitic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى	Yes/No لا/نعم	لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	لا
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحماق البسيط	Yes/No لا/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 of 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.

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

Date: ... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بمعالجة المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و  
أفهم ان بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي  
بالتعلاج الأفضل و الخدمة الافضل.
- أفهم انه من الممكن ان يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر لي الفحص  
الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها .
- أفوض الطبيب المتابع باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم  
غيره المهنية و العلمية.
- أقر انه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تفويض لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية  
المقدمة لي، كما أفهم الاخطار و المخاطر الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي  
المرضيه.
- أفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة الفحوصات و الإجراءات  
الملاحية و الجراحية.
- و ادره ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقري الي مضاعفات  
كالتهاب في الترويم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أفهم ان هناك رسوم و مبالغ الأخرى 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 قدته لي تفهمي الملف صحيفه و  
أفهم ان أي معلومات تتطرق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون  
مراقتي
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لفهم هذا الاقرار و ان هذا التوقيع قد تم شرحه لي بالكامل و  
التي قد قرأت و فحمت جميع تفاصيله و بالتكامل و اني وافقت عليه بكامل ارادتي

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



التاريخ: 14 / 10 / 2016

File No: .....

Date: / /

## Patient Assessment

Weight (الوزن): Kg  
Pulse (النبض): ppm  
Vital Signs المؤشرات الحيوية  
Height (الطول): cm  
Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (نمط 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 ، أحوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تفاعلي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings  
ملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** **علاج خطة**

Doctor's Signature and Stamp

.....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Dietary Consultation

نموذج 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: 6/11/2018

File Number: 1001017

Patient Name: Leysa Dib

إسم المريض:

(الوزن الحالي) Current Weight

(الوزن السنة الماضية) Weight 1 year ago

(أقل وزن) Minimum Adult Weight

(أعلى وزن) Maximum Adult Weight

(هل تقوم بالتمارين الرياضية) Do You Exercise

(كثير مراراً) How Often

Have You Been on a diet before? Yes / No

هل انتظمت سابقاً بأي حمية غذائية؟ نعم / لا

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

إذا كانت الإجابة نعم ، لماذا تعتقد ان تلك الحمية لم تكن مناسبة اليه؟

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

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 أهمية 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? كم عدد اطفالك؟

Who does the most cooking at home? من يقوم بطهي الطعام غالباً في المنزل؟

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

**العادات الغذائية Eating Habits**

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:

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

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 Dinner**

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:

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

### 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 أقرار للتحكم بالوزن تحت إشراف اختصاصي تغذية

أقر أن كافة المعلومات التي قمت بالإدلاء بها في ملفي الطبي صحيحة و كاملة و دقيقة و أنني لم أخف أي معلومات تتعلق بصحتي أو عاداتي الغذائية جزئياً أو كلياً. 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 الأدوية و المكملات التي قد وصفت لي أو أقوم بتناولها حالياً.

و أقر أنه ليس لدي أي حالات مرضية من التي سبق ذكرها في الملف الطبي لا تناول أي أدوية عدا عن التي أوضحت عنها في الملف الطبي و اتقهم أنني لا يجب أن تتعاطى أي أدوية خلال أو بعد اتباعي لطريقة التحكم بالوزن تحت إشراف الاختصاصي دون استشارة طبيب و دون اعلامي لاختصاصي التغذية بهذه الأدوية أو المكملات و إبراز الوثائق الرسمية التي تدل على ذلك.

اتقهم ان تعاطي أي أدوية دون اعلامي لاختصاصي التغذية أو خصوصي لطرق تحكم الوزن دون اعلامي للاخصائي و دون إشراف المختصين هو قرار شخصي و اختياري، و أنفي الاختصاصي و الطبيب و المركز و أي من موظفيه من تبعات هذا القرار و لا يحق لي المطالبة بأي تعويض عن الأضرار الناتجة عن هذا القرار الاختياري.

أقر أن اختصاصية التغذية قد أتاحت لي الفرصة كاملة للحرج أي اسئلة تتعلق بطريقة التحكم بالوزن، و انه قد تمت اجابة كافة اسئلتي بشكل كاف و كامل. و اني 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 طرق 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 اختصاصية التغذية فوراً عن أي تغييرات في حالتي الصحية أو أي ضيق أو اعراض أو أي مشاكل صحية قد يتعرض لها بينما أخضع لوسيلة التحكم بالوزن.



ID 061018-4 | Height 168cm | Age 12.1 | Gender Female | Test Date & Time 06.10.2018. 18:46

## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	32.9 ( 29.0~35.4 )
For building muscles	Protein (kg)	8.8 ( 7.7~9.5 )
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.34 ( 2.68~3.28 )
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	25.9 ( 10.5~20.9 )
Sum of the above	Weight (kg)	70.9 ( 48.4~65.4 )

## InBody Score

69/100 Points

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

## Weight Control

Target Weight 58.4 kg  
 Weight Control - 12.5 kg  
 Fat Control - 12.5 kg  
 Muscle Control 0.0 kg

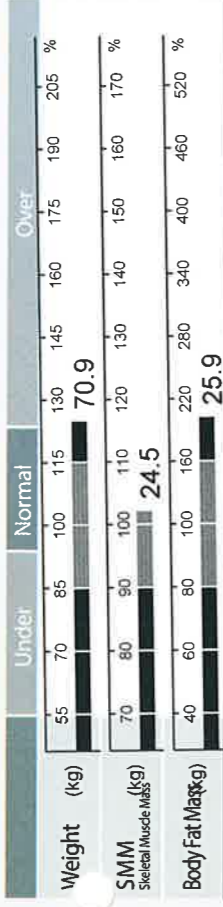
## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

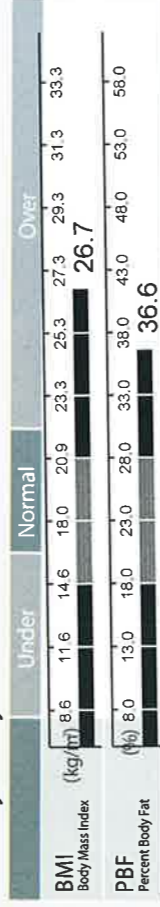
## Waist-Hip Ratio

0.92

## Muscle-Fat Analysis



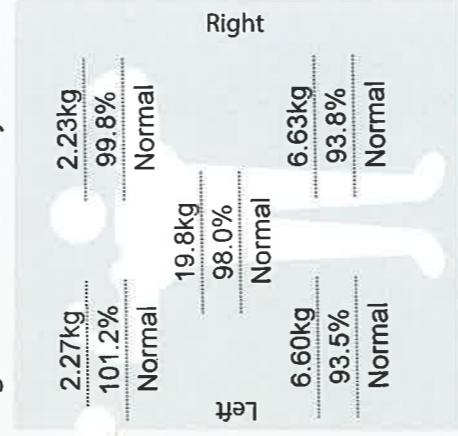
## Obesity Analysis



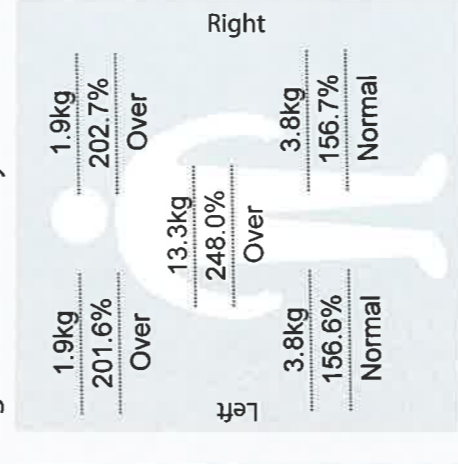
## Research Parameters

Fat Free Mass 45.0 kg  
 Basal Metabolic Rate 1342 kcal ( 1431~1667 )  
 Obesity Degree 125 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 2335 kcal

## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

Weight (kg)	70.9
SMM (kg)	24.5
PBF (%)	36.6

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf 125 | Gateball 135  
 Walking 142 | Yoga 142  
 Badminton 160 | Table Tennis 160  
 Tennis 213 | Bicycling 213  
 Boxing 213 | Basketball 213  
 Mountain Climbing 231 | Jumping Rope 248  
 Aerobics 248 | Jogging 248  
 Soccer 248 | Swimming 248  
 Japanese Fencing 355 | Racketball 355  
 Squash 355 | Taekwondo 355

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

## Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



## Impedance

RA LA TR RL LL  
 Z<sub>(Ω)</sub> 20 kHz | 373.1 367.5 23.2 265.8 267.1  
 100 kHz | 342.2 337.3 20.1 241.6 241.7