



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001069

Date: 20 / 10 / 2018

Date: 20 / 10 / 2018

File Number: 1001069

Patient Name: Ebtisam Shmaki

إسم المريض: عبتسام شمكي

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1 / 1 / 1977 Gender: M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): ليبيا Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Shafiq

Phone No. (رقم الهاتف): 2964037

E-MAIL:

How did you know about us: Chayla

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطيت 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 مميعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطيت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع الحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	نعم	عدم انتظام في الدورة
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 تعاطيت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطيت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions: HIV...etc فيروس الإيدز، 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.

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 و الخدمة 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 و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقتضىة لي. كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب 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 انتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قد تحمي الملف صحيفاً و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

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



التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	162 cm	Blood Type (دم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، الجراحات السابقة ، Hospitalization  
عمليات سابقة ، الجراحات السابقة

Smoking (التدخين): Y / ~~N~~

Alcohol (الكحول): Y / ~~N~~

Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Weight / Pain  
Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

SwGA 5 EDDYMED.

Doctor's Signature and Stamp

Balser



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	Ebtisam,Abdulbaset,,Shmakhi	IDN:	784197796209589	Mother Name:	
Name (Ar)	إبتسام عبد الباسط الشمخى	Card Number:	086732795	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	ليبيا		
Issue Date:	17/12/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	05/12/2020	Date of Birth:	01/01/1977	Sponsor Name:	المنظمة العربية للتصميم الاداري -جامعة الزهراء العربية
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120177075259	Residency Expiry:	05/12/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/20/2018





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: 20/10/18  
File Number: .....  
Patient Name: Ebtisam  
Current Weight (الوزن الحالي) : 85.6 kg. Weight 1 year ago (الوزن السنة الماضية) : .....  
Minimum Adult Weight (أقل وزن) : 69 kg. Maximum Adult Weight (أعلى وزن) : 86 kg. Age: .....  
Do You Exercise (هل تقوم بالتمارين الرياضية) : Yes / No Exercise Type (نوع التمرين) : How Often (كم مرّة) : .....  
Have You Been on a diet before? Yes / No هل انتظمت سابقا بأي 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؟

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

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

بمقياس 1 إلى 10 ، حدد درجة أهمية فقدان الوزن 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 ؟

Myself

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

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

12am 7am

2000 - 3000 kcal

7am

8

Eating Habits العادات الغذائية

Breakfast الفطور

Do You Have Breakfast Every Morning? Yes Sometimes No Never

Approximate time: 7am

8-9am قهوة سكرية + خبز حبوب + لبن

10am

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

Approximate time: 12pm

12pm فطيرة زبدة + لبن + فواكه

2pm

Do You Have Lunch Every Morning? Yes Sometimes No Never

Approximate time: 4pm

4pm عشاء صغير + سلطة + سلطة خضراء

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

Approximate time: 5-6pm

5-6pm فطيرة زبدة + لبن + فواكه

6-7pm

Do You Have Lunch Every Morning? Yes Sometimes No Never

Approximate time: 9-10pm

9-10pm عشاء صغير + سلطة + سلطة خضراء

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

Approximate time: 7:30pm

7:30pm عشاء صغير + سلطة + سلطة خضراء

→ زبادي (بشر عباد الشمس محلى) + Popcorn.

→ عشاء صغير + فواكه



### 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 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 التحكم بالوزن تحت اشراف اخصائي 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 مررت بها و كافة الجراحات التي قد أجريت لي و الأدوية و المكملات التي قد وصفت لي و 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 أوصفت عنها في الملف الطبي و اتقهم أنني لا يجب ان اتعاطى أي أدوية خلال أو 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.

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

أقر أن اخصائية التغذية قد أتاحت لي الفرصة كاملة لطرح اي اسئلة تتعلق بطريقة التحكم بالوزن، و انه قد تمت اجابة كافة اسئلتني بشكل كاف و كامل. و اني اتقهم اهمية اتباعي لطريقة التحكم بالوزن بدقة كما تم شرحها لي شفويًا 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 فورًا عن أي تغييرات في حالتي الصحية او اي ضيق او اعراض او اي مشاكل صحية قد يتعرض لها بينما اخضع لوسيلة التحكم بالوزن.

ID 201018-1

Height 162cm

Age 41

Gender Female

Test Date & Time 20.10.2018. 16:35

## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	32.1 ( 28.7~35.1 )
For building muscles	Protein (kg)	8.7 ( 7.7~9.5 )
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.13 ( 2.65~3.25 )
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	41.7 ( 11.3~18.1 )
Sum of the above	Weight (kg)	85.6 ( 47.9~64.9 )

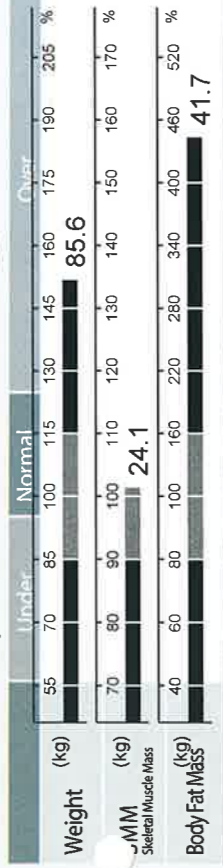
InBody Score **52** / 100 Points

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

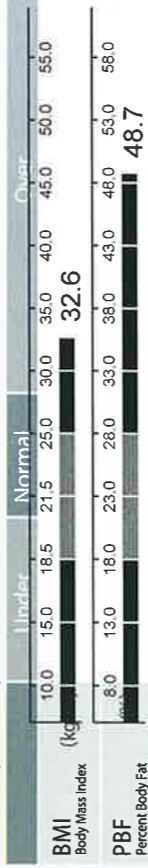
### Weight Control

Target Weight 57.0 kg  
 Weight Control ~~28.6~~ kg  
 Fat Control ~~28.6~~ kg  
 Muscle Control 0.0 kg

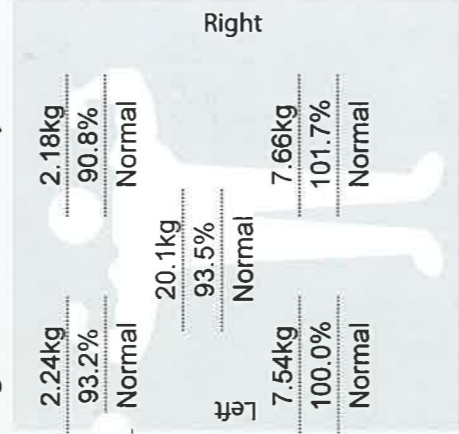
## Muscle-Fat Analysis



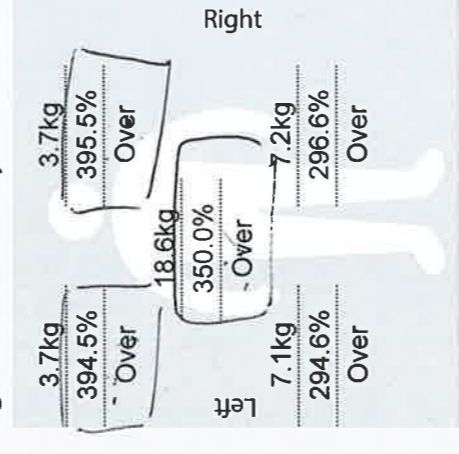
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

Weight (kg)	85.6
SMM (kg) Skeletal Muscle Mass	24.1
PBF (%) Percent Body Fat	48.7

## Impedance

Z<sub>(R)</sub> 20 kHz | 396.5 384.8 28.8 227.9 232.9  
 100 kHz | 357.9 348.1 26.4 202.4 206.8

## Research Parameters

Fat Free Mass 43.9 kg  
 Basal Metabolic Rate 1318 kcal ( 1651~1936 )  
 Obesity Degree 152 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 1785 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	151	Gateball	163
Walking	171	Yoga	171
Badminton	194	Table Tennis	194
Tennis	257	Bicycling	257
Boxing	257	Basketball	257
Mountain Climbing	279	Jumping Rope	300
Aerobics	300	Jogging	300
Soccer	300	Swimming	300
Japanese Fencing	428	Racketball	428
Squash	428	Taekwondo	428

\* 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.





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001490)

Date: 20-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001069 - EBTESAM SHMAKHI - 971502964037

The sum of Dhs. Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 20-10-2018

Being

Made by  Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

500.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001506)

Date:23-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001069 - EBTESAM SHMAKHI - 971502964037

The sum of Dhs. Five Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 500.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 23-10-2018

Being AGAINST INVOICE NO : 2632

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)