

File No: 1001108

Date: 30/10/2018

Date: 30/10/2018

File Number: 1001108

Patient Name: Youssef Tahnay

اسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) : 28/14/28 Gender (الجنس) : M

Marital Status (الزواج الاجتماعي):

Nationality (الجنسية): Jordanian... Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 0559788017

E-MAIL: How did you know about us:

Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟			
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي كورتكويدات أو مثبطات المناعة؟			
Allergies هل لديك أي حساسية؟			
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟			
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart Valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب			
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التروية أو تتعاطى أي مميعات الدم؟			
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا			
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى			
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟			
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مضع للحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟			
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى			
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟			
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟			
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟			
Other conditions HSV, HIV...etc	هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإوز، فيروس الحماق البسيط		

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: 30 / 10 / 2018

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمع للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتمخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تطبيق
العلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.

أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القمص
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 العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعهد لتلقي العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية
المقمنة لي. كما أقوم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.

أفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحة للقصورات و الاجراءات
العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التثخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقوي الي مضاعفات
كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي فعليا مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع
الرسوم المطلوبة يجب ان تسمد بالكامل قبل انتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي لتختي الداف صحية و
أفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون
مراعاتي

أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا التوقيع قد تم شرحه لي بالكامل و
اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اذني وقت علي يكامل اراضي

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

تؤشرات الحيوية Vital Signs	
الوزن (البرون): Weight (kg)	الارتفاع (الطول): Height (cm)
النبض (النبض): Pulse (ppm)	السكر (السكر الدم): Blood Sugar (mg/dl)
	الضغط (السكر الدم): Blood Pressure (mmHg)

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

For treatment IBS.

التاريخ المرضي: Disease History

- الحساسية Allergies:
 - * lebrax (Colo)
 - * Ganaton (anti nausea)
 - * Sedralin → (Iron diff.)
- الأدوية Medications:
 - * Nexium
 - * Lactipiana (Probiotic)
- الحمل Pregnancy:
 - * Nexium
- عمليات سابقة، دخول المستشفى Previous Surgeries, Hospitalization:
 - * Lactipiana (Probiotic)

التدخين (التدخين): Y / N

الكحول (الكحول): Y / N

الأدوية (الأدوية): Y / N

النتائج العامة والسريرية General & Clinical Findings

IBS - Case

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Anemia,

- Corn Bread
- avoid milk.

leaky gut,

- detox water.
- avoid tuna, lemon, water
- or yogurt & lemon

8 ↓ 1:30 - 2 Hours

① 9:30 ↓

② 11:00 ↓

③ 1:30 pm medicine

④ 1:30 pm → 1/2 lunch

⑤ evening

⑥ 3:30 pm → 1/2 lunch

⑦ 3:30 pm

⑧ 6:00 medication 8:00 am

⑨ 8:00 2 egg boiled + (2) Toast gluten free

(Custard)

+ Peanut Butter (1 Tsp)

+ (Date) → 3 pcs. 1/2 lunch

⑩ 10:00 nescafee (1) sachet.

⑪ Exercise (1 Hour)

⑫ 1:30 pm (Salmon + nuts + Banana)

or (3) walnuts or apple

+ (10) almonds

(10) Pistachos

Raisins.

⑬ 5: medical

⑭ 6:00 Dinner

⑮ 3:30 pm (Broccoli) Cucumber, Lettuce, Carrots

⑯ Capsicum, Pappa /

⑰ (3) Tbsp Rice + Cooked veg

Doctor's Signature and Stamp

⑱ 5:00 medication avoid any Food Before 3 Hours

⑳ 6:00 pm - Dinner - lentils soup + Chix.

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

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	Jenan Yousef,,,Jamel Tahhan	IDN:	784198184930760	Mother Name:	
Name (Ar)	جنان يوسف,,,جمال طحان	Card Number:	081477956	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الاردن		
Issue Date:	03/01/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	28/12/2018	Date of Birth:	08/04/1981	Sponsor Name:	سليم يوسف شاهين
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0181466387
Residency Type:	03	Residency Number:	20120163811333	Residency Expiry:	28/12/2018
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/30/2018



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001559)

Date:30-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001108 - JENAN Tahhan - 971559788017

The sum of Dhs. **Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **200.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 30-10-2018

Being

Made by  Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Dietary Consultation

توجيه 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: ١٥/٠٤/٢٠١٤ File Number: ١٥٥١٠٨

Patient Name: Jenan Yousef Tahhan اسم المريض

Current Weight (الوزن الحالي): ٥٥ kg 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) 3 Times / week.

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 الإجابة 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 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? 2 كم عدد اطفالك؟

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

On Average how many hours do you sleep per night? 8 Hours ما هو معدل ساعات نومك ليلا؟

Eating Habits العادات الغذائية

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:

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

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 اقرار للتحكم بالوزن تحت اشراف اخصائي تغذية

اقر ان كافة المعلومات التي قمت بالإدلاء بها في ملفي الطبي صحيحة و كاملة و دقيقة و اني لم أخف أي معلومات تتعلق بصحتي أو عاداتي الغذائية جزئياً أو كلياً. و اقر اني قد قدمت كافة المعلومات المتعلقة بصحتي الجسمانية و النفسية و اي حالة مرضية كنت قد مررت بها و كافة الجراحات التي قد أجريت لي و الادوية و المكملات التي قد وصفت لي و اقوم بتناولها حالياً.

و اقر انه ليس لدي اي حالات مرضية من التي سبق ذكرها في الملف الطبي لا تناول أي أدوية عدا عن التي اقصحت عنها في الملف الطبي و اتقهم انني لا يجب ان اتعاطى 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.

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

اقر ان 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 اقر انه قد تم اعلامي انه 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 فوراً عن أي تغييرات في حالتي الصحية او اي ضيق او اعراض او اي مشاكل صحية قد تعرض لها بينما اخضع لوسيلة التحكم بالوزن.

ID 031118-1

Height 161cm

Age 37

Gender Female

Test Date & Time 03.11.2018. 15:20

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	33.7	(28.4~34.7)
For building muscles	Protein	(kg)	9.1	(7.7~9.4)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	3.35	(2.63~3.21)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	14.7	(11.1~17.8)
Sum of the above	Weight	(kg)	60.8	(47.3~64.1)

InBody Score

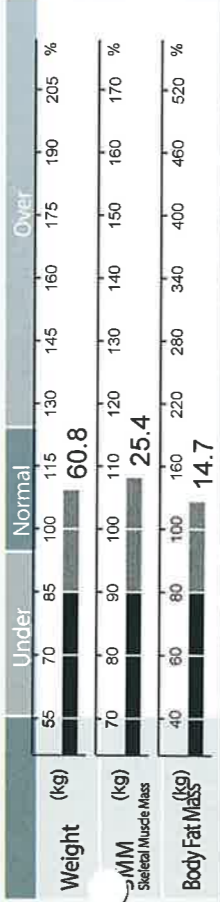
82 / 100 Points

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

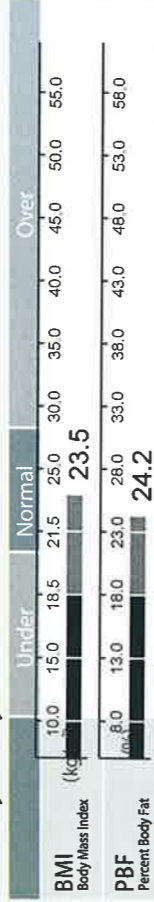
Weight Control

Target Weight 59.9 kg
 Weight Control -0.9 kg
 Fat Control -0.9 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Muscle-Fat Analysis



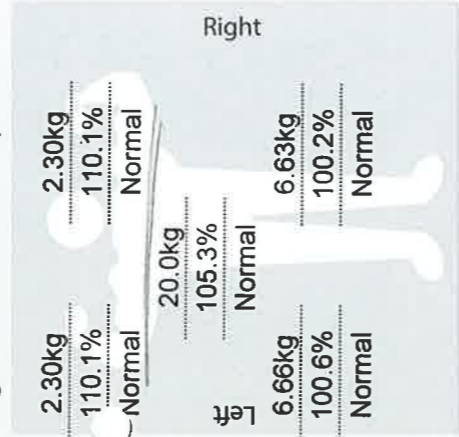
Obesity Analysis



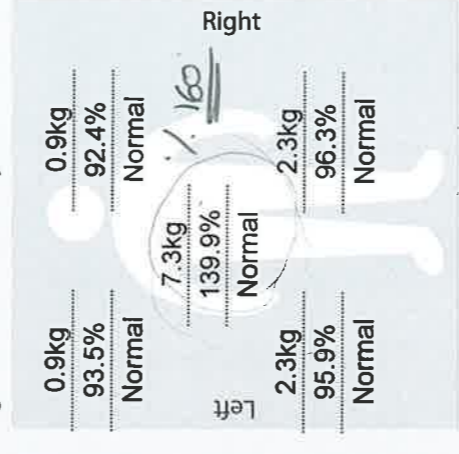
Research Parameters

Fat Free Mass 46.1 kg
 Basal Metabolic Rate 1366 kcal (1280~1482)
 Obesity Degree 109 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2045 kcal

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Calorie Expenditure of Exercise

Golf	107	Gateball	116
Walking	122	Yoga	122
Badminton	137	Table Tennis	137
Tennis	182	Bicycling	182
Boxing	182	Basketball	182
Mountain Climbing	198	Jumping Rope	213
Aerobics	213	Jogging	213
Soccer	213	Swimming	213
Japanese Fencing	304	Racketball	304
Squash	304	Taekwondo	304

* 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.



Body Composition History

Weight (kg)	60.8
SMM (kg)	25.4
PBF (%)	24.2

Impedance

Z(Ω) 20 kHz | 377.3 376.3 20.4 281.9 277.6
 100 kHz | 336.3 337.7 17.2 249.9 247.3