



Date: ٢٩/١٢/٢٠١٨ File Number: ١٥٥١368
Patient Name: M. ex. i. e. m. Alabdullah
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ٢٧/٠٦/١٩٨٩ Gender: M / F
Nationality (الجنسية): Moroccan
Address (العنوان): Ajman
E-MAIL: How did you know about us: ٥٥٥١٥٠٦٥٥٥٤

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	عملية قيصريّة
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني 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 للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لو كيميا (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 تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	مانع حمل
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أمراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ 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 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 الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القصة الأولى 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 لتأثير العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات 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 المرضية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي في نصفي الملف صحيحة و اتفهم أن أي معلومات تتعلق بصالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم 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

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

التاريخ: ... / ... /

المؤشرات الحيوية Vital Signs
 الوزن (الوزن): Kg
 الطول (الطول): 163. cm
 نبض (النبض): ppm
 ضغط الدم (الدم): /
 فصيلة الدم (الدم): Blood Type
 سكر الدم (الدم): Blood Sugar

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight gain to loss it.

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى
 Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين) Smoking Y / N

التعاظم الكحول (الكحول) Alcohol Y / N

التعاظم العقاقير (العقاقير) Drugs Y / N

Ponadol.

C-S.

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

under Contrastopic (Yasmin).

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

5 Sessions ENDOYMAID
+ 5 Consultation ↓ 7kg

Doctor's Signature and Stamp

.....

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

هناك ليزر ال Q-Switch أقر أنا _____ يتقرب طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

التقشير الكروني باستخدام لوشن الكروني. يُقصد بالتقشير بالليزر هو أحد الإستهبات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التمدد بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والتشنج الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها المرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى). تصين ملص البشرة، علاج حب الشباب، إصرار الجذ، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، التوب التي ح الشباب، ترشح مسلمات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. يتشكل عام ينصح ب3-5 جلسات مضممة فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 أشهر.

التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكروني، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة لوشن الكروني مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا. ينصح في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

إزالة الوشم بالليزر.

الأورام الصبغية.

تقشير الشعر.

إزالة فطريات الاضطر (الوضع A)

ببر إزالة الكلف (الوضع M)

معدات الإمتصاع للعلاج يتضمن:

تأول عطار الأيسوتريتينون (الأكوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

الحمل والرضاعة.

الأمراض الجلدية والإتهابات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز المناعي.

الإصابة باللايزر والتهاب الكبد الوبائي.

ضعف الشفاء(تكون التوب الجلدية)

التهاق.

عم تملأ ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

تم الشرح لي عن الحاجة الى انتهاء خطة العلاج، و انا اتفق ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر في زودت بيا وبعرف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

يتم ان كما هناك مخاطر للجوء المطلوب، اتفق ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانثام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

عم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي: إصرار مؤقت، تغيرات مشابهة لتغيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط. تغيرات صبغية (بقع داكنة او خفيفة على الجلد) او إصرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حك، ألم كدمات، التهابات توب او انتفاخ.

حة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج. وعلى ايضا ابقاء عيناوي مغطتان أثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فتل ومضاعفات خفيف.

تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتي وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:



التاريخ:

م المريض/ولي امر المريض:

ID 201218-2 | Height 163cm | Age 29 | Gender Female | Test Date & Time 29.12.2018. 17:57

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	32.8 (29.1~35.5)
For building muscles	Protein (kg)	8.9 (7.8~9.6)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.14 (2.69~3.29)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	30.5 (11.4~18.3)
Sum of the above	Weight (kg)	75.3 (48.5~65.7)

InBody Score

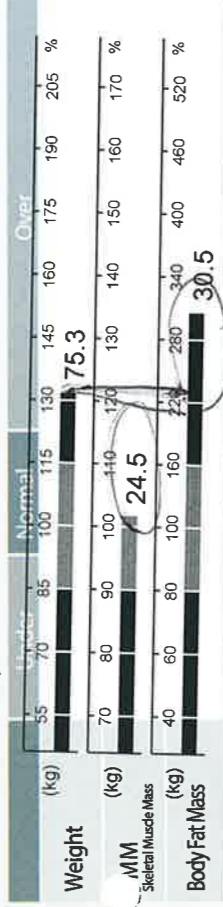
64/100 Points

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

Weight Control

Target Weight 58.2 kg
 Weight Control -17.1 kg
 Fat Control -17.1 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Muscle-Fat Analysis



Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

1.02

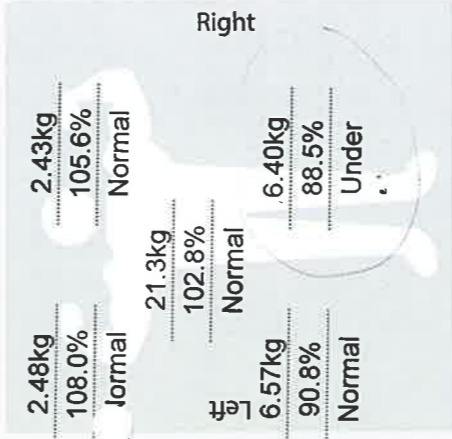
Visceral Fat Level



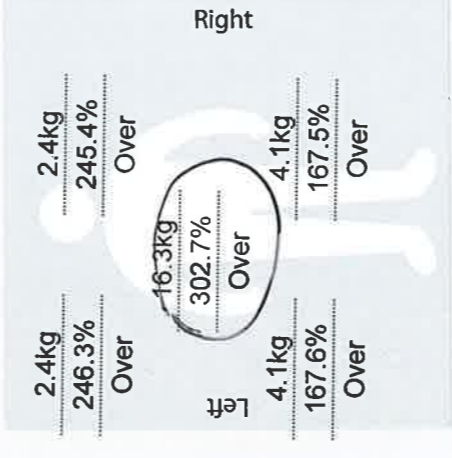
Research Parameters

Fat Free Mass 44.8 kg
 Basal Metabolic Rate 1339 kcal (1497~1748)
 Obesity Degree 132 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1768 kcal

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Lean Mass % Evaluation

Fat Mass % Evaluation

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	133	Gateball	143
Walking	151	Yoga	151
Badminton	170	Table Tennis	170
Tennis	226	Bicycling	226
Boxing	226	Basketball	226
Mountain Climbing	246	Jumping Rope	264
Aerobics	264	Jogging	264
Soccer	264	Swimming	264
Japanese Fencing	377	Racketball	377
Squash	377	Taekwondo	377

* 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)	75.3
SMM (kg) (Skeletal Muscle Mass)	24.5
PBF (%) (Percent Body Fat)	40.4

Impedance

Z(α) 20 kHz | 391.6 379.9 23.9 325.3 306.0
 100 kHz | 349.8 342.0 20.2 293.4 277.3



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

199.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002114)

Date:29-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001368 - MERIEM ABDOULLAH - 971551506554

The sum of Dhs. One Hundred Ninety-Nine Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 199.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-12-2018

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

556.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002115)

Date:29-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001368 - MERIEM ABDOULLAH - 971551506554

The sum of Dhs. Five Hundred Fifty-Six Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 556.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-12-2018

Being PACKAGE 1000

Made by Ghada

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



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 294.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002116

Date: 29-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001368 - MERIEM ABDOULLAH - 971551506554

The sum of Dhs. Two Hundred Ninety Four Only

By Cash 294.00 / By Credit Card 0.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

Being ADVANCE FOR PACKAGE 1000(LASER PENDING)

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

294.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002281)

Date:10-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001368 - MERIEM ABDOULLAH - 971551506554

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 294.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-01-2019

Being PRO-FACIAL (INSTEAD OF LASER IN PACKAGE 1000)

Made by Ghada

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