



Date: 2018 / 12 / 29

Patient Name: Samay Ayif Absali

Date Of Birth: 17 / 4 / 1986

Nationality: Iraqi

Address: Dubsai - Al-Nahda

E-MAIL:

File Number: 1001369

اسم المريض: .....

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): .....

Phone No. (رقم الهاتف): 507092116

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	✓	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني 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 النزيف أو تتعاطى أي مبيدات الدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منتج للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions HSV, HIV...etc	✓	هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا 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: ... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المسؤول،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكثف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية و 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 او تبين نتائج العلاج و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار 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 النزف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قد بقي للسلف صحيحة، و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

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

التاريخ: ... / ... / .....

Sams

29/12/2018

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): 70.9 kg

Pulse (النبض): ppm

Height (الطول): 161 cm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (دم فصيلة): A+

Blood Sugar (دم سكر):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

IN ~~28~~ July 64kg  
gained 8kg 72kg.

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

① 8-9am

② 11am

③ 1pm

booked

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....





## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	33.4 ( 28.4~34.7 )
For building muscles	Protein (kg)	9.0 ( 7.7~9.4 )
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.35 ( 2.63~3.21 )
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	27.4 ( 11.1~17.8 )
Sum of the above	Weight (kg)	73.1 ( 47.3~64.1 )

## InBody Score

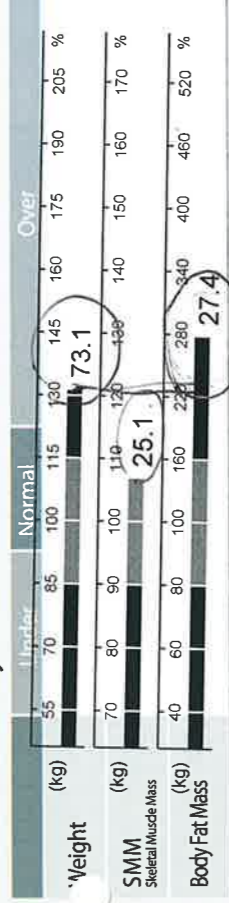
69/100 Points

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

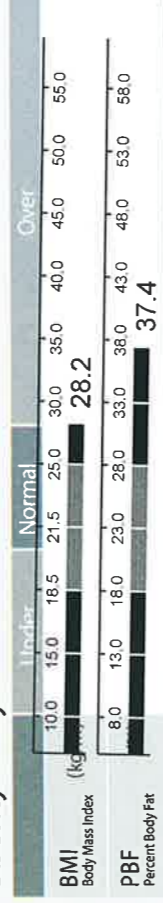
## Weight Control

Target Weight 59.4 kg  
 Weight Control -13.7 kg  
 Fat Control -13.7 kg  
 Muscle Control 0.0 kg

## Muscle-Fat Analysis



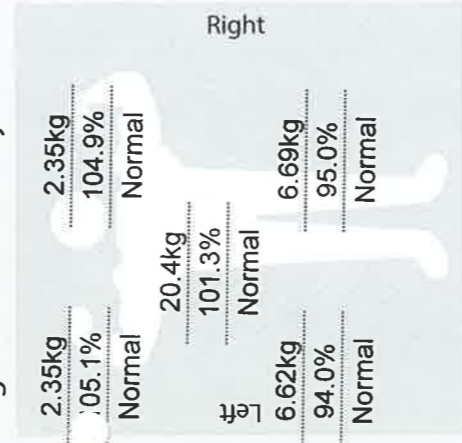
## Obesity Analysis



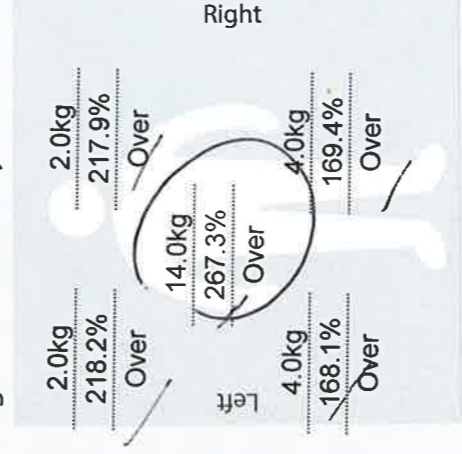
## Research Parameters

Fat Free Mass 45.7 kg  
 Basal Metabolic Rate 1358 kcal ( 1464~1707 )  
 Obesity Degree 131 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 1708 kcal

## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

Weight (kg)	73.1
SMM (kg)	25.1
PBF (%)	37.4

## Results Interpretation QR Code

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



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

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	129	Gateball	139
Walking	146	Yoga	146
Badminton	165	Table Tennis	165
Tennis	219	Bicycling	219
Boxing	219	Basketball	219
Mountain Climbing	238	Jumping Rope	256
Aerobics	256	Jogging	256
Soccer	256	Swimming	256
Japanese Fencing	366	Racketball	366
Squash	366	Taekwondo	366

## Visceral Fat Level

Level 13

## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

## Waist-Hip Ratio

0.92

## Impedance

Z(φ) 20 kHz | 371.2 370.3 21.9 267.5 271.4  
 100 kHz | 337.4 337.1 19.0 237.7 242.2



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

860.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002101)

Date: 29-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001369 - SAMAR ABSALI - 971509484116

The sum of Dhs. **Eight Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **860.00** / 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](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)