



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 15/01/2019

File Number: 1001480

Patient Name: Mohamed Tariq Al-taweel

اسم المريض: .....

Date Of Birth: 06/06/2005 (M) / F

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

Nationality: (الجنسية) lebia

Phone No. (رقم الهاتف): 056240615

Address (العنوان): Sharjah

E-MAIL: .....

How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	غبار لوز
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 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 (فقر الدم)، لوكيميا (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 مئاع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
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 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 Other conditions HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc	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 يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج بالتنازل كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قضي الملف صحيحة و اتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

## المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نوعية الدم):
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

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة , ايدخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

## الملاحظات العامة والسيرية General &amp; Clinical Findings

## الفحص Examination

## الصور الشعاعية Radiography

## التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Diet plan on Tuesday & has non

Doctor's Signature and Stamp

.....

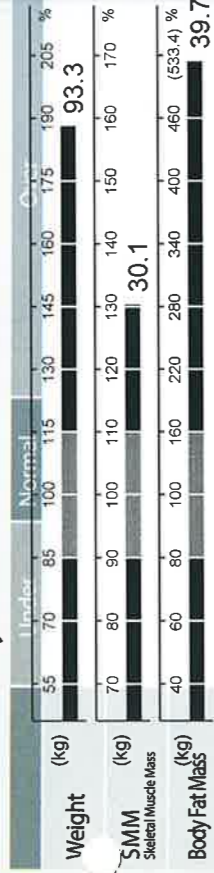


ID 150119-1 | Height 162cm | Age 13.7 | Gender Male | Test Date & Time 02.02.2019. 15:30

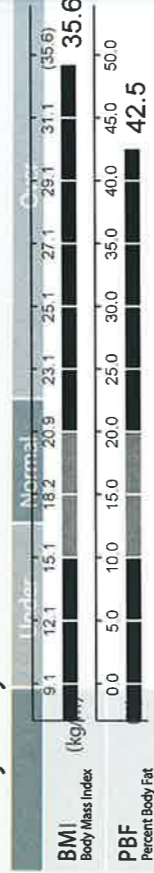
## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	(L)	39.2 ( 27.9~34.1 )
For building muscles	(kg)	10.7 ( 7.5~9.1 )
For strengthening bones	(kg)	3.74 ( 2.58~3.16 )
For storing excess energy	(kg)	39.7 ( 5.9~11.9 )
Sum of the above	(kg)	93.3 ( 42.2~57.0 )

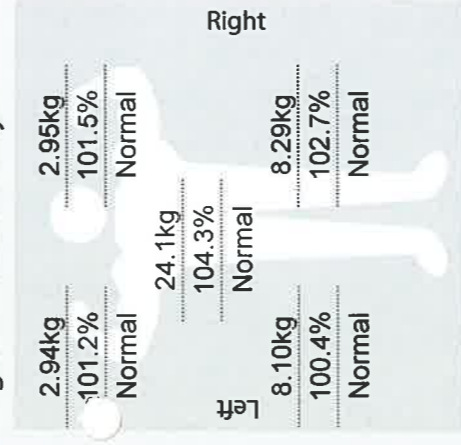
## Muscle-Fat Analysis



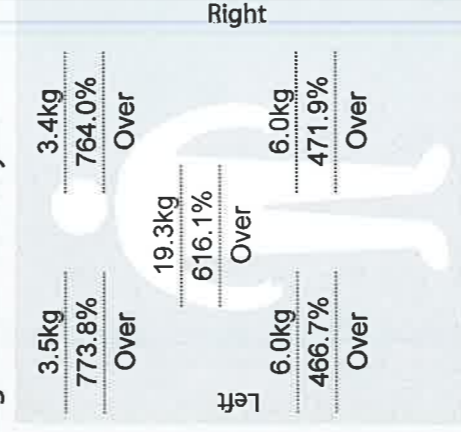
## Obesity Analysis



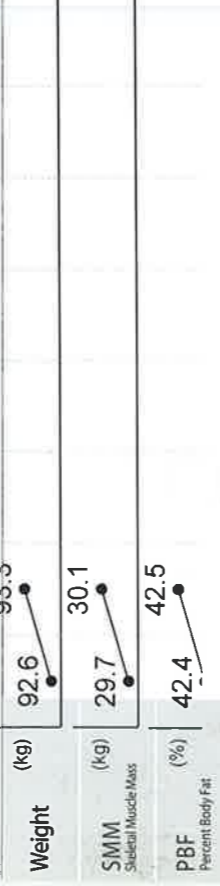
## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History



## InBody Score

61 / 100 Points

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

## Weight Control

Target Weight	63.1 kg
Weight Control	- 30.2 kg
Fat Control	- 30.2 kg
Muscle Control	0.0 kg

## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over

PBF  Normal  Slightly Over  Over

## Waist-Hip Ratio

0.94

## Visceral Fat Level

Level 17

## Research Parameters

Fat Free Mass	53.6 kg
Basal Metabolic Rate	1528 kcal ( 1912~2254 )
Obesity Degree	188 % ( 90~110 )
Recommended calorie intake	3404 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	164	Gateball	177
Walking	187	Yoga	187
Badminton	211	Table Tennis	211
Tennis	280	Bicycling	280
Boxing	280	Basketball	280
Mountain Climbing	304	Jumping Rope	327
Aerobics	327	Jogging	327
Soccer	327	Swimming	327
Japanese Fencing	467	Racketball	467
Squash	467	Taekwondo	467

\* 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

Z(Ω) 20 kHz	320.3	320.4	21.5	213.7	220.3
100 kHz	285.5	288.1	18.0	187.0	192.8



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002500)

Date:02-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001480 - MOHD AL TAWEL - 971561240615

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,260.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-02-2019

Being

Made by Ghada

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

1800k cal.

Diet plan given  
5/2/19

DIETARY ASSESSMENT تقييم النظام الغذائي

Food Intolerance (if any) \_\_\_\_\_

Acidity / Heart Burn / Constipation \_\_\_\_\_

No. of meals consumed / day 3 main meals

Veg  Non Veg. / Ovo Veg

Frequency of eating out / week Daily (as ships)

Diet Recall - Total Calories (Kcal)

CHO (gm) ↑ CHO

Protein (gm) N.P.

Fat (gm) ↑ Fat

Lifestyle  Sedentary / Moderate / Heavy

Diet Advised - Total calories (Kcal) 1800 kcal

CHO (gm) 22g. (50.9%)

Protein (gm) 91 26.2%

Fat (gm) 58 29.1%

Remarks

exercise should be the first step

Counsellor's Name Bateer

Client's Signature \_\_\_\_\_

Date 5/2/19