



Date: 26/1/2019

File Number: 1001520

Patient Name: Shaiha Khameis Rashed

إسم المريض:

Date Of Birth: 24/04/1988 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: U.A.E. Occupation:

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0563111533

E-MAIL: S.dantaha@gmail.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment	هل تناولت أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حالية؟
Corticosteroids/Immunosuppressant	هل تناولت أي مثبطات للمناعة؟
Allergies	هل لديك أي حساسية؟
Surgical Operations, Serious Illness	هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت 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
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي ممييعات الدم؟
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	هل تعاليت من أي أمراض بولية أو تناسلية؟
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعالين 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 تعاليت من أي أمراض الجهاز العصبي؟
Thyroid Diseases, Diabetes	هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟
Other conditions: HIV...etc	هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc



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: 26/01/2019.

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 أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص 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 تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالاتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية 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 الي مضاعفات كالاتهاب 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 قديمته لدي فني الملف صحفية. و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا 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 دون السن القانونية):

Sheikha

التاريخ: ... / ... /

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمط 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 ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: 26 / 1 / 19)

Treatment Plan خطة العلاج

→ Endymed 5 sessions + diet plan)

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Shaikha, Khameis, Rashed, Alkhadeem, Alantali	IDN:	784198842748521	Mother Name:	Raya
Name (Ar)	شوخة خميس رashed الخديم العتلي	Card Number:	086934696	Mother Name (Ar):	رأيه
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	707002844
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	03/01/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	03/01/2028	Date of Birth:	24/02/1988	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

1/26/2019

ID 460119-2

Height 154cm

Age 30

Gender Female

Test Date & Time 26.01.2019. 16:14

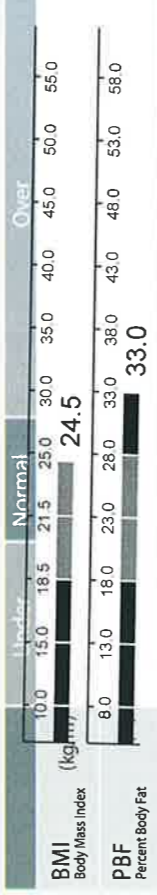
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	28.5 (26.0~31.8)
For building muscles	Protein	(kg)	7.7 (6.9~8.5)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	2.66 (2.40~2.94)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	19.1 (10.2~16.3)
Sum of the above	Weight	(kg)	58.0 (43.3~58.7)

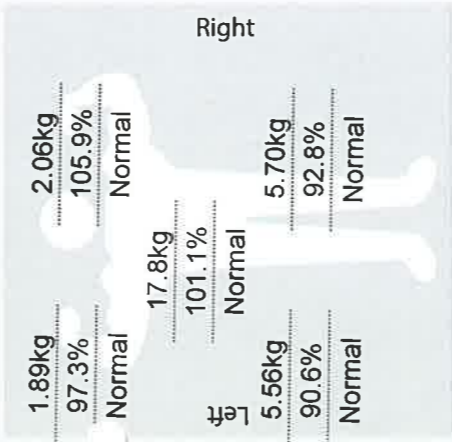
Muscle-Fat Analysis



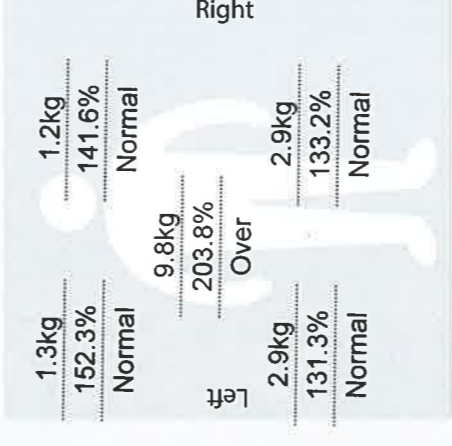
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	58.0
SMM (kg) Skeletal Muscle Mass	21.1
PBF (%) Percent Body Fat	33.0

InBody Score

72/100 Points

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

Weight Control

Target Weight 51.0 kg
 Weight Control -7.0 kg
 Fat Control -7.4 kg
 Muscle Control +0.4 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.88

Visceral Fat Level

Level 8

Research Parameters

Fat Free Mass 38.9 kg
 Basal Metabolic Rate 1209 kcal (1238~1431)
 Obesity Degree 114 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1507 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	102	Gateball	110
Walking	116	Yoga	116
Badminton	131	Table Tennis	131
Tennis	174	Bicycling	174
Boxing	174	Basketball	174
Mountain Climbing	189	Jumping Rope	203
Aerobics	203	Jogging	203
Soccer	203	Swimming	203
Japanese Fencing	290	Racketball	290
Squash	290	Taekwondo	290

*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 348.2 378.6 25.9 275.0 285.8
 100 kHz 311.3 342.5 22.4 244.7 257.0



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002418

Date: 26-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001520 - SHAIKHA ALANTALI - 971563111033

The sum of Dhs. One Thousand and Hundred Fifty Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,050.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

Being ADVANCE FOR DIETITIAN PACKAGE - NON REFUNDABLE

Made by Ghada

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