



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 02/02/2019

File Number: 1001552

Patient Name: Ameneh Akhed Jahangiri

اسم المريض: Mamiad

Date Of Birth: 21/09/1988 Gender: M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality: Iran

Occupation: (الوظيفة):

Address: Shaqrah

Phone No. (رقم الهاتف): 0508080797

E-MAIL:

How did you know about us: google

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية 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 تعاطى 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 مميعات الدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، 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 مانع للحمل؟ هل تعاطين 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 تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions: HIV...etc 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 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 بانتاج 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 الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم تماما 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 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فحفي الملف صحیح، و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الإطلاع 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 20/02/2022هـ  
لاسن

Vital Signs المؤشرات الحيوية			
Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (فصيلة الدم):	
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (الضغط الدم): /	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة

*to loss very fast*

Disease History التاريخ المرضي: /

Allergies الحساسية: /

Medications الأدوية: /

Pregnancy الحمل: /

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة , اذخال المستشفى

Smoking (التدخين): ~~Y~~ / ~~Y~~ / ~~N~~

Alcohol (الكحول): ~~Y~~ / ~~Y~~ / ~~N~~

Drugs (العقاقير): ~~Y~~ / ~~Y~~ / ~~N~~

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

Treatment Plan خطة العلاج

Amino 21 ko

21 days 75 kg → 68 kg  
(weight reduction)

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

CAEAI0EBAA830DQxO

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	Ameneh,Ahmad, Jahaangiri	IDN:	784198831647247	Mother Name:	Not Defined
Name (Ar)	امنه احمد جهاانگيري	Card Number:	091164601	Mother Name (Ar):	مريم
Title:		Nationality:	IRN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	جمهورية ايران الإسلامية		
Issue Date:	07/10/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	18/09/2021	Date of Birth:	21/09/1988	Sponsor Name:	احمد عيسى عبدالله موسى المنصورى
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	401408
Residency Type:	03	Residency Number:	30120093033133	Residency Expiry:	18/09/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

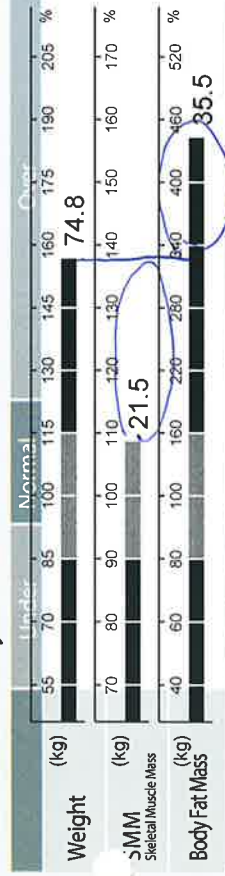
2/2/2019

ID 020219-1 | Height 149cm | Age 30 | Gender Female | Test Date & Time 02.02.2019. 16:41

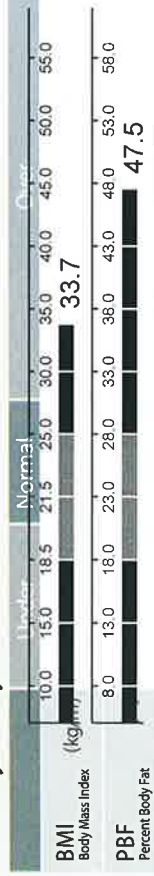
### Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	28.8 ( 24.3~29.7 )
For building muscles	Protein (kg)	7.8 ( 6.5~7.9 )
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.67 ( 2.25~2.75 )
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	35.5 ( 9.6~15.3 )
Sum of the above	Weight (kg)	74.8 ( 40.5~54.9 )

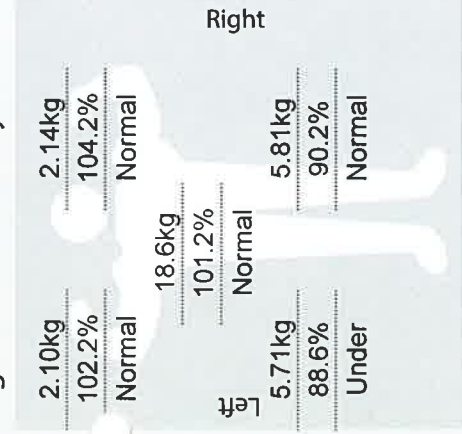
### Muscle-Fat Analysis



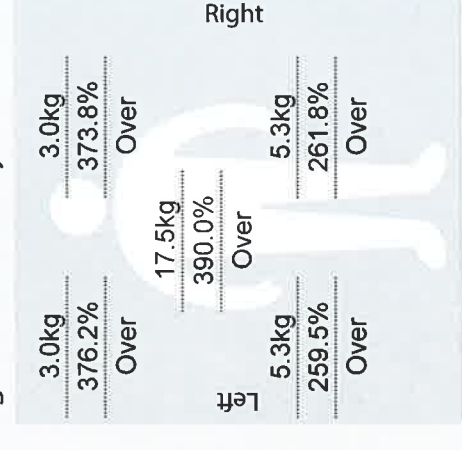
### Obesity Analysis



### Segmental Lean Analysis



### Segmental Fat Analysis



### Body Composition History

Weight (kg)	74.8
SMM (kg)	21.5
PBF (%)	47.5

### InBody Score

59/100 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 - 23.8 kg  
 Fat Control - 23.8 kg  
 Muscle Control 0.0 kg

### Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

### Waist-Hip Ratio

0.92

### Visceral Fat Level

Level 17

### Research Parameters

Fat Free Mass 39.3 kg  
 Basal Metabolic Rate 1219 kcal ( 1490~1738 )  
 Obesity Degree 157 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 1642 kcal

### Calorie Expenditure of Exercise

Golf	132	Gateball	142
Walking	150	Yoga	150
Badminton	169	Table Tennis	169
Tennis	224	Bicycling	224
Boxing	224	Basketball	224
Mountain Climbing	244	Jumping Rope	262
Aerobics	262	Jogging	262
Soccer	262	Swimming	262
Japanese Fencing	374	Racketball	374
Squash	374	Taekwondo	374

\* 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

RA LA TR RL LL  
 Z<sub>60</sub> 20 kHz | 337.3 344.7 25.1 237.3 242.3  
 100 kHz | 305.7 312.9 21.5 209.4 214.3





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-002499

RECEIPT VOUCHER

AED 1,050.00

Date: 02-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001552 - AMENEH JAHANGIRI - 971508080797

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 DIET PACKAGE - NON REFUNDABLE**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)





مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

2,100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002527)

Date:04-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001552 - AMENEH JAHANGIRI - 971508080797

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,050.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,050.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-02-2019

Being AMINO PACKAGE (4 BOXS)

Made by Ghada

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