



File No:

Date: 9/3/19

Date: ٩٣ / ٣ / ١٩

File Number: ١٥٥١٧٣٦

Patient Name: Sheikhah Mohd

اسم المريض: شيخة محمد آل علي

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 6/8/1999

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M / F

Nationality (الجنسية): الإماراتية

Phone No. (رقم الهاتف): ٥٠٥١٩٨٣٤٣

Address (العنوان): شارع الشيخ محمد بن راشد

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	نعم	أدوية السكري → Gliphozide → Clomid Song → Progyluton →
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	نعم	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	نعم	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	نعم	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	نعم	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	نعم	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض أخرى	نعم	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	نعم	سرطان البروستاتا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	نعم	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية أخرى	نعم	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	نعم	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	نعم	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	نعم	
Other conditions HSV, HIV...etc	نعم	



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 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 نتائج للعلاج 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 الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 لدي قد بقي السلف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم 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: 20/9/3/9

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

Disease History: التاريخ المرضي: NO

Allergies الحساسية: NO acidity (acid food + Fatty food)
Medications الأدوية: PCP. treatment. spicy

Pregnancy الحمل: —

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة، الخال المستشفى: —

Smoking (التدخين): Y / N Y Alcohol (الكحول): Y / N Y Drugs (العقاقير): Y / N Y

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

Normal

الفحص Examination

BCA

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

→ gain weight (life style)

Treatment Plan خطة العلاج

BCA ~~free~~ test.

- ★ → Blood sugar 117.
RBC 117 mg/dl (80-120).
- ★ → TSH. 2.287 (0.27-4.7)
- { → FSH 4.64 (1.5-7.7) }
- { LH. }
- Prolactin

• No exercise.

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO

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	Shaika,Mohamed,Hassan,Shaban,Al Ali	IDN:	784199181021546	Mother Name:	SHAMA
Name (Ar)	شبيخة محمد حسن شهابان آل علي	Card Number:	089743314	Mother Name (Ar):	شما
Title:		Nationality: (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	301009012
Issue Date:	28/06/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	28/06/2028	Date of Birth:	06/08/1991	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	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>

3/9/2019

ID 090319-1

Height 164cm

Age 27

Gender Female

Test Date & Time 09.03.2019. 18:49

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	31.2 (29.4~36.0)
For building muscles	Protein (kg)	8.4 (7.9~9.7)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.01 (2.73~3.33)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	38.8 (11.6~18.5)
Sum of the above	Weight (kg)	81.4 (49.1~66.5)

InBody Score

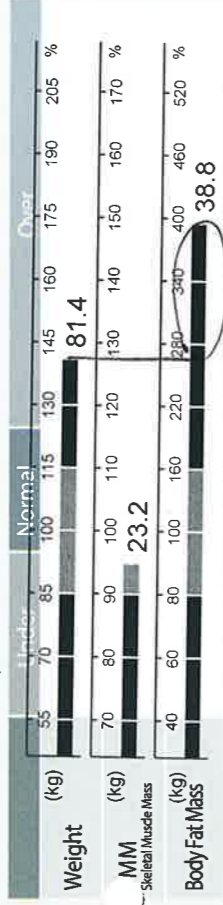
53/100 Points

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

Weight Control

Target Weight 57.9 kg
 Weight Control -23.5 kg
 Fat Control -25.5 kg
 Muscle Control +2.0 kg

Muscle-Fat Analysis



Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

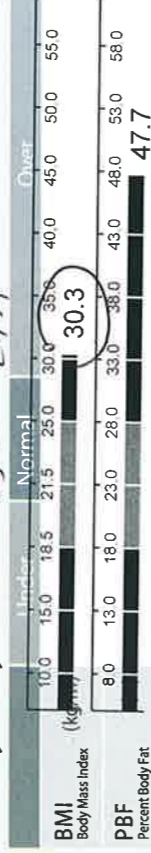
Waist-Hip Ratio

0.99

Visceral Fat Level

Level 20

Obesity Analysis



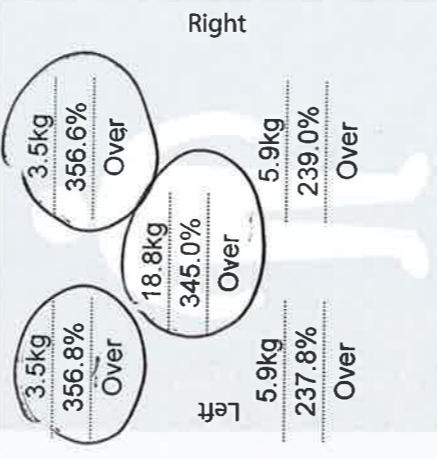
Research Parameters

Fat Free Mass 42.6 kg
 Basal Metabolic Rate 1289 kcal (1586~1859)
 Obesity Degree 141 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1854 kcal

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Calorie Expenditure of Exercise

Golf	143	Gateball	155
Walking	163	Yoga	163
Badminton	184	Table Tennis	184
Tennis	244	Bicycling	244
Boxing	244	Basketball	244
Mountain Climbing	265	Jumping Rope	285
Aerobics	285	Jogging	285
Soccer	285	Swimming	285
Japanese Fencing	407	Racketball	407
Squash	407	Taekwondo	407

* 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)	81.4
SMM (kg)	23.2
PBF (%)	47.7

Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(Ω) 20 Hz | 390.6 381.2 32.6 263.6 264.5
 100 Hz | 355.3 348.1 28.8 237.1 238.3