



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ...150.1769

Date: 16 / 3 / 2019

Date: 16/3/2019

File Number: ...150.1769.....

Patient Name: Noor Afsar

اسم المريض: نور أفسار

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) 21 / 3 / 1961 Gender (الجنس) M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوج

Nationality (الجنسية): باكستاني

الجنسية: باكستاني

Address (العنوان): حيدرآباد، سندھ، پاکستان

Phone No. (رقم الهاتف): 0322-595917

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 الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديداً؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	نعم	نيسيد - ديفو
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكيميا (فقر الدم)	نعم	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	نعم	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلاّ 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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

نموذج القرار 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 الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما فكر 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 لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استعمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالتهاب 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 انتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحتي الملف صحية و أفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

التاريخ: 2019 / 3 / 6

هـ

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للحياة Chief Complaint

Pain In the knee + Back Pain
Thyroid gland. (hyper or hypo)

التاريخ المرضي: Disease History

Non.

الحساسية: Allergies

Non, Non.

الأدوية: Medications

vit D, Ca+, (50000 IU), Cholesterol. ↑

الحمل: Pregnancy

Non pos.

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة , ائحال للمستشفى

Surgeries

Smoking (التخين): Y / N

N

Alcohol (الكحول): Y / N

N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Pain in the knee.

الفحص Examination

BCA-

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

weight gain.

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

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	Nourbbi, Afsari	IDN:	784196132640473	Mother Name:	
Name (Ar)	نور بی نیمی افسری	Card Number:	093371686	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	KNA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مملكة كويت ونيجس		
Issue Date:	28/02/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	25/02/2022	Date of Birth:	21/03/1961	Sponsor Name:	احمد بلوش طي بلوش
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	05579684
Residency Type:	03	Residency Number:	30120073013189	Residency Expiry:	25/02/2022
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

No signature / امضاء / بدون

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

3/16/2019

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO*

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	Nourbibī,مروءAfsari	IDN:	784196132640473	Mother Name:	
Name (Ar)	نور بی بی،مروء افسری	Card Number:	093371686	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	KNA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مملكة كيتس ونيون		
Issue Date:	28/02/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	25/02/2022	Date of Birth:	21/03/1961	Sponsor Name:	احمد بلوش على بلوش
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	05579684
Residency Type:	03	Residency Number:	30120073013189	Residency Expiry:	25/02/2022
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

No signature / امضاء / بلون

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

3/16/2019

Noor.

ID 160319-1 | Height 152cm | Age 37 | Gender Female | Test Date & Time 16.03.2019. 17:30

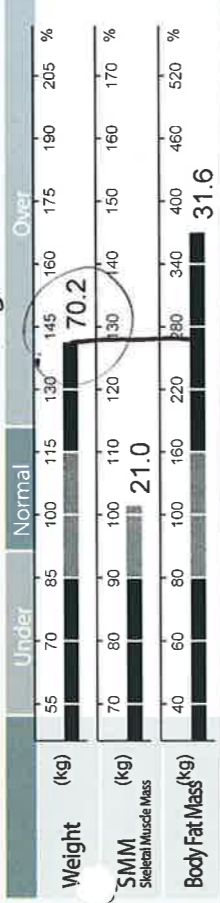
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	28.3 (25.3~30.9)
For building muscles	Protein (kg)	7.6 (6.8~8.3)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.67 (2.34~2.86)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	31.6 (9.9~15.9)
Sum of the above	Weight (kg)	70.2 (42.2~57.2)

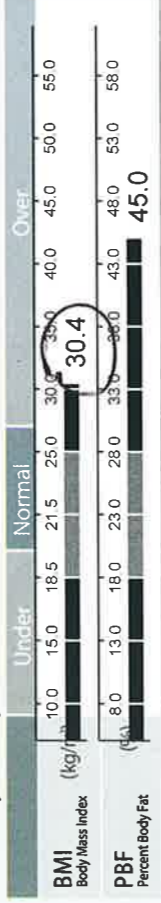
(TBC) 60kg

63kg - 60kg ↓ 3ks

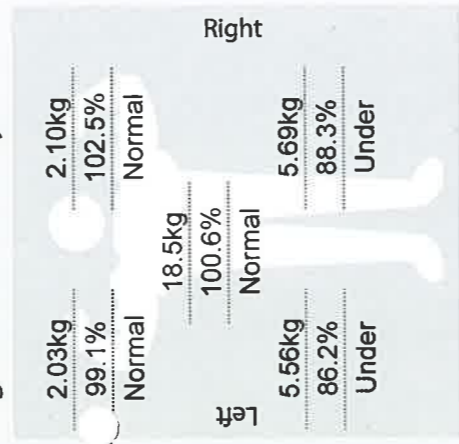
Muscle-Fat Analysis



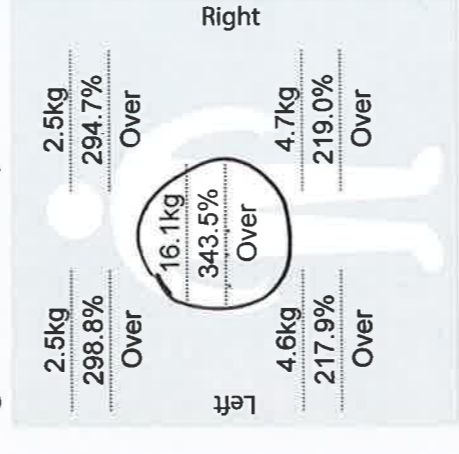
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	70.2
SMM (kg)	21.0
PBF (%)	45.0

InBody Score

60/100 Points

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

Weight Control

Target Weight 50.2 kg
 Weight Control -20.0 kg
 Fat Control -20.0 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.94 (0.75 0.85)

Visceral Fat Level

Level 16 (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass 38.6 kg
 Basal Metabolic Rate 1205 kcal (1421~1654)
 Obesity Degree 141% (90~110)
 Recommended calorie intake 1432 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	124	Gateball	133
Walking	140	Yoga	140
Badminton	159	Table Tennis	159
Tennis	211	Bicycling	211
Boxing	211	Basketball	211
Mountain Climbing	229	Jumping Rope	246
Aerobics	246	Jogging	246
Soccer	246	Swimming	246
Japanese Fencing	351	Racketball	351
Squash	351	Taekwondo	351

* 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(s) 20 kHz | 376.6 392.1 24.5 276.5 289.0
 100 kHz | 336.3 350.9 21.1 247.6 258.7



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002988)

Date:16-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001769 - NOOR AFSARI - 971553259597

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: 16-03-2019

Being DIETITIAN PACKAGE 5 KG FOR 5 SESSIONS W/O ENDYMED

Made by Rana

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001769 - NOOR AFSARI - 971553259597

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