



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 27/3/19

Date: ... / ... /

File Number: ...1001823.....

Patient Name: ...Tanya Rafik... Darbasan.....

اسم المريض:

Married

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 30/5/1984 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Palestinian.. Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): ...Shij... Al... Mahda.....

Phone No. (رقم الهاتف): 0557364749

E-MAIL: ...Tanya.Darbasan@a.mail.com..

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

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

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 27/3/2019

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بمعالجة 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 يكتشف 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي. كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للخصوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 قدمت لى قد بقي الملقف صحيحة. و أتفهم أن 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

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

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs		
Weight (الوزن): 164 Kg	Height (الطول): 169 cm	Blood Type (نمط الدم):
Pulse (النبض):	Blood Pressure (ضغط الدم): /	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight gain in the tummy area,

التاريخ المرضي: Disease History

No.

الحساسية Allergies

Bloating

الأدوية Medications

Vit D

الحمل Pregnancy

—

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

C.S. Delivery

Smoking (التدخين): ~~Y~~ N

Alcohol (الكحول): ~~Y~~ N

Drugs (العقاقير): ~~Y~~ N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

27/3/2019

do Unfractionated laser +
diluted pore and firm uncreolig

Advised to do - CO2 Fractionated Tx

Rx/ Peretin 0.05% or) 3m
5% wa or or



Doctor's Signature and Stamp

.....



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003099)

Date:27-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001823 - TANYA 0 - 971557364749

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 27-03-2019

Being **CONS + VAT**

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 : 1001823 - TANYA 0 - 971557364749

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

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO'

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	Tanya Rafik,,,Darbasani	IDN:	784198483819417	Mother Name:	
Name (Ar)	تانيا رافيق,,,داربساني	Card Number:	083379775	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	12/05/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	07/05/2019	Date of Birth:	01/01/1984	Sponsor Name:	يوسف غالب عوض
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	66095621
Residency Type:	03	Residency Number:	20120153092580	Residency Expiry:	07/05/2019
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

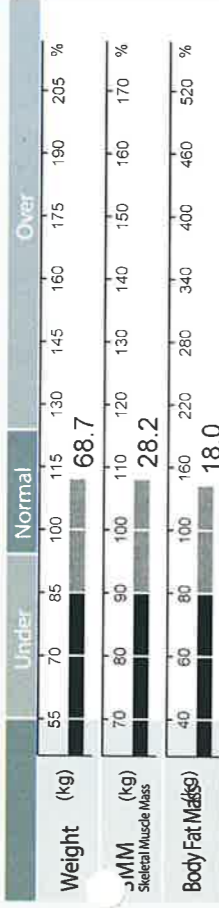
3/27/2019

ID 060419-1 | Height 169cm | Age 34 | Gender Female | Test Date & Time 06.04.2019. 14:35

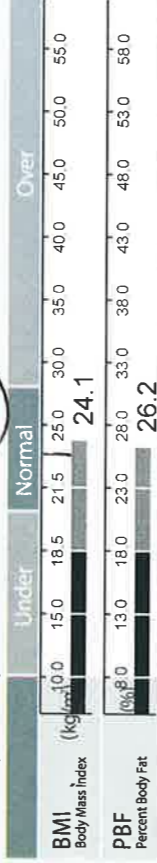
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	37.1 (31.3~38.3)
For building muscles	Protein (kg)	10.0 (8.4~10.2)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.61 (2.90~3.54)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	18.0 (12.3~19.7)
Sum of the above	Weight (kg)	68.7 (52.2~70.6)

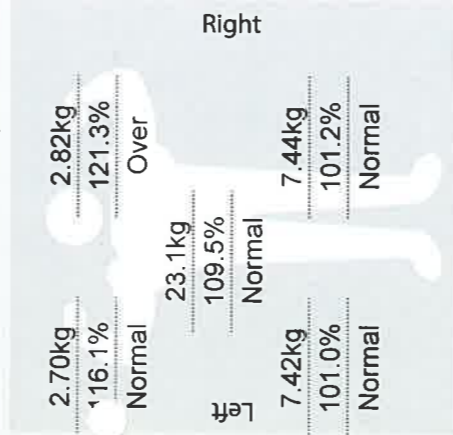
Muscle-Fat Analysis



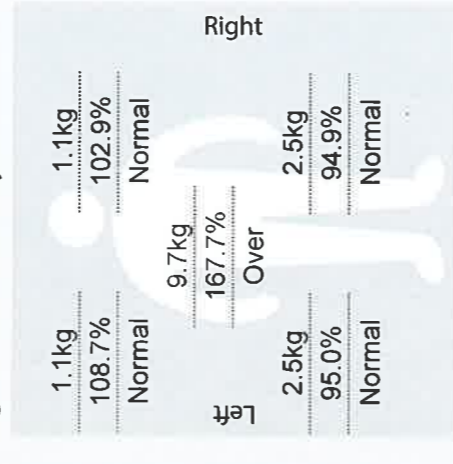
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	68.7
SMM (kg) Skeletal Muscle Mass	28.2
PBF (%) Percent Body Fat	26.2

InBody Score

81 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 65.8 kg
 Weight Control -2.9 kg
 Fat Control -2.9 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 7

Research Parameters

Fat Free Mass 50.7 kg
 Basal Metabolic Rate 1465 kcal (1398~1627)
 Obesity Degree 112 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2213 kca

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	121	Gateball	131
Walking	137	Yoga	137
Badminton	155	Table Tennis	155
Tennis	206	Bicycling	206
Boxing	206	Basketball	206
Mountain Climbing	224	Jumping Rope	240
Aerobics	240	Jogging	240
Soccer	240	Swimming	240
Japanese Fencing	344	Racketball	344
Squash	344	Taekwondo	344

* Based on your current weight
 * Based on 30 min late duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail



Impedance

Z₄₂₅ 20.4 Ω / 346.9 Ω
 I_{0.1} 310.2 Ω / 327.8 Ω
 I_{0.2} 311.7 Ω / 313.3 Ω
 I_{0.3} 276.0 Ω / 276.3 Ω