



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

5 Sessions Endymed + 5 Consultab
= 2000 AED
صحة... ابتسامة...
Health ... Smile ... Beauty
5 weeks.

File No: 10001919

Date: 9/4/2019

Date: 9/4/2019

File Number: 10001918

Patient Name: Sally Sahalib

اسم المريض: سالي صالح

Date Of Birth: 3/1/1986

Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية):

Occupation: (الوظيفة):

Address: (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0566957088

E-MAIL: Sally.mouta2@gmail.com

How did you know about us: Social Media

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديفاً؟		
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟		
Allergies هل لديك أي حساسية؟		
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		heria repair hummingtuek
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		8 months ago
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميغات للدم؟		
Anemia, Leukemia (فقر الدم) لو كيميا (سرطان الدم) انيميا		anemia
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى		
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟		
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟		
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, 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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- 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 والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والطبية.
- 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 المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التوريم أو النزيف أو الألم أو الصلسية.
- 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 قضي للملف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 بأكمل 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):	Kg	Height (الطول): cm
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (الضغط الدم): /
		Blood Type (نمط الدم):
		Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight gain + salty food Request

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies: Allergic to the w environment

الأدوية Medications: _____

الحمل Pregnancy: _____

عمليات سابقة ، الجراحات للمستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization: Tummy tuck

التدخين (Smoking): N

الكحول (Alcohol): N

العقاقير (Drugs): N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

Ssessions ENDYMED + S Consultation

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

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	Sally,Ghalib,Mohammed,,Sobeh	IDN:	784198632402826	Mother Name:	
Name (Ar)	سالي، غلاب، محمد، صديق، صبيح	Card Number:	091809380	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	19/11/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	03/11/2021	Date of Birth:	03/01/1986	Sponsor Name:	معتز يوسف عبدالله النريب
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	64752555
Residency Type:	03	Residency Number:	20120133184998	Residency Expiry:	03/11/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/9/2019

ID 090419-3

Height 157cm

Age 33

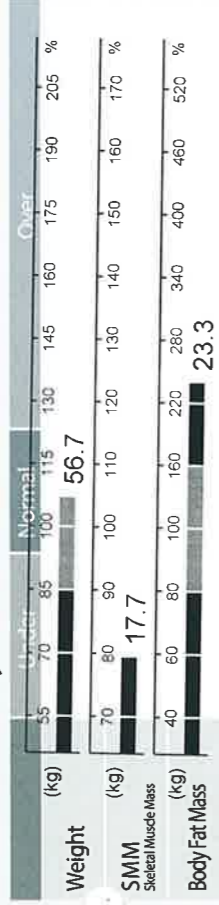
Gender Female

Test Date & Time 09.04.2019. 14:08

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	(L)	24.4	(27.0~33.0)
For building muscles	(kg)	6.5	(7.2~8.8)
For strengthening bones	(kg)	2.50	(2.49~3.05)
For storing excess energy	(kg)	23.3	(10.6~17.0)
Sum of the above	(kg)	56.7	(45.0~61.0)

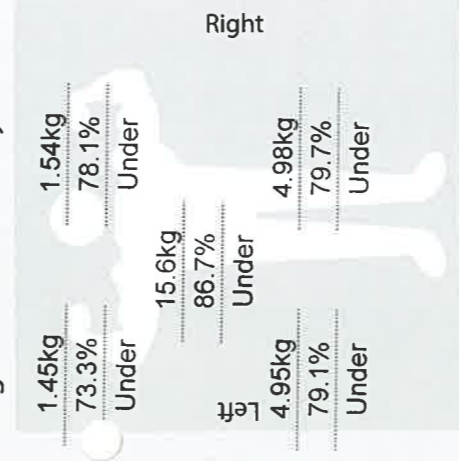
Muscle-Fat Analysis



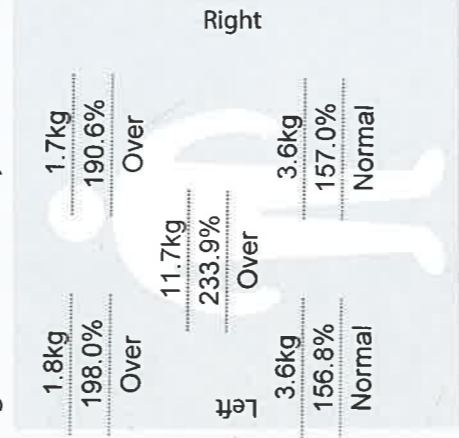
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	56.7
SMM (kg)	17.7
PBF (%)	41.1

InBody Score

61 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 53.0 kg

Weight Control -3.7 kg

Fat Control -11.1 kg

Muscle Control +7.4 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.91

Visceral Fat Level

Level 13

Research Parameters

Fat Free Mass 33.4 kg

Basal Metabolic Rate 1091 kcal (1219~1407)

Obesity Degree 107 % (90~110)

Recommended calorie intake 1497 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	100	Gateball	108
Walking	113	Yoga	113
Badminton	128	Table Tennis	128
Tennis	170	Bicycling	170
Boxing	170	Basketball	170
Mountain Climbing	185	Jumping Rope	199
Aerobics	199	Jogging	199
Soccer	199	Swimming	199
Japanese Fencing	284	Racketball	284
Squash	284	Taekwondo	284

* 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 (Ω) 20 kHz 510.4 547.5 29.5 385.5 392.5

100 kHz 464.0 502.0 25.0 347.3 354.7

Sally ghadib

DIETARY ASSESSMENT تقييم النظام الغذائي

Food Intolerance (if any) lentill
Acidity / Heart Burn / Constipation Constipation
No. of meals consumed / day 2 main meals
Veg / Non Veg / Ovo Veg
Frequency of eating out / week Daily
Diet Recall - Total Calories (Kcal) 1200 kcal - 1500
CHO (gm) ↓ CHO or No
Protein (gm) ↑ P
Fat (gm) ↑ Fat
Lifestyle: Sedentary / Moderate / Heavy
Diet Advised - Total calories (Kcal) 1200 kcal
CHO (gm) 10.150
Protein (gm) 60g
Fat (gm) 40g

Remarks Dislike: milk, popcorn, white beans, lentil soup

Counsellor's Name Balsor
Client's Signature
Date 9/4/19

(Kcal)	
(g)	
(g)	
(g)	
(Kcal)	
(Kcal)	
(g)	
(g)	
(g)	

9/4/19



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003284)

Date:09-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001918 - SALLY GHALIB - 971566957088

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

By Cash 1,000.00 / By Credit Card 1,100.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 09-04-2019

Cheque No.

Being DIETITIAN 5 KG PACKAGE FOR 5 SESSIONS WITH 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 : 1001918 - SALLY GHALIB - 971566957088

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

www.omc1.ae

$1000 \times 25\% = 750$
 $1000 \times 28\% = 792$
 1542

- 25% 1575
 - 28% 792
 1542

1542

التاريخ: 2019-5-7

أنا الموقع أدناه سالي غالب محمد صبيح صاحبة الملف رقم: 1001918

أقر باستلام واسترجاع كامل المبلغ المدفوع لمركز أوركيد الطبي وأخفي مسؤولية المركز من أي استحقاقات تجاهي

الاسم: سالي غالب صبيح

التوقيع: 

دولة الإمارات العربية المتحدة
United Arab Emirates
بطاقة هوية مقيم
Resident Identity Card

رقم الهوية / ID Number
784-1986-3240282-6

الإسم: سالي غالب محمد صبيح
Name: Sally Ghalib Mohammed Sobeh

الجنسية: الأردن
Nationality: Jordan

