



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 13 / 4 / 19

Date: ... / ... / .....

File Number: 1001950

Patient Name: Adya Mustafa Farah

اسم المريض: ع. مصطفى فرح

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1 / 5 / 2000

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M / F

Nationality (الجنسية): Syrian

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف):

E-MAIL: .....

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

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



### 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 of 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 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 تزيدي 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 العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما تفهم 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 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي للصف صحفية و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها بدون 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / ...

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نصبة الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، الخال للمستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

Package for (1 month Consultation)  
+ Medication  
to gain ~~missed~~ lean + Fat. (weight)  
1500 AED. 1 small Scale given to P.T. 210  
→

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAI0EBAA83ODQyMI

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**

<b>Name</b>	Adya,Mustafa, Farah	<b>IDN:</b>	784200064868266	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	عادية ومصطفى، فرح	<b>Card Number:</b>	077685617	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	SYR	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	سوريا	<b>Sex:</b>	F
<b>Issue Date:</b>	24/03/2016	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	03
<b>Expiry Date:</b>	19/03/2018	<b>Date of Birth:</b>	01/05/2000	<b>Sponsor Name:</b>	فيصل نايف عبدالله
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	38429946
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Number:</b>	20120163009604	<b>Residency Expiry:</b>	19/03/2018
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	10	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

4/13/2019



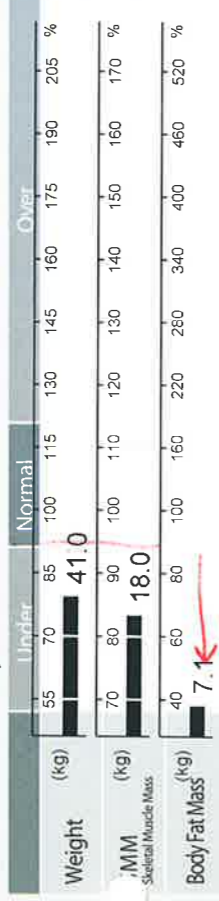
ID 130419-2 | Height 155cm | Age 19 | Gender Female | Test Date & Time 13.04.2019. 16:42

## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	24.9	( 26.3~32.1 )
For building muscles	Protein	(kg)	6.6	( 7.0~8.6 )
For strengthening bones	Minerals	(kg)	2.41	( 2.43~2.97 )
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	7.1	( 10.3~16.5 )
Sum of the above	Weight	(kg)	41.0	( 43.9~59.5 )

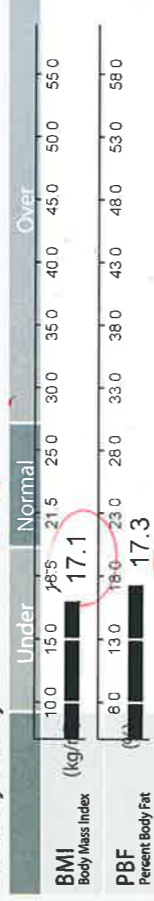
## Muscle-Fat Analysis

*51kg*

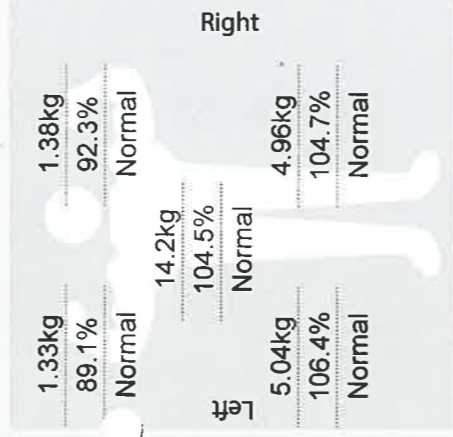


## Obesity Analysis

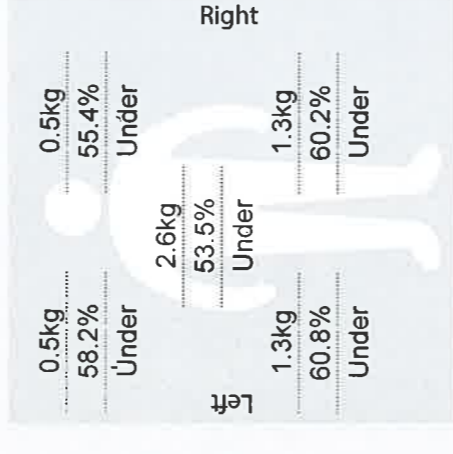
*18.5*



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

Weight (kg)	41.0
SMM (kg)	18.0
PBF (%)	17.3

## InBody Score

69 / 100 Points

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

## Weight Control

Target Weight 51.7 kg  
Weight Control + 10.7 kg  
Fat Control + 4.8 kg  
Muscle Control + 5.9 kg

## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over

PBF  Normal  Slightly Over  Over

## Waist-Hip Ratio

0.78

## Visceral Fat Level

Level 2

## Research Parameters

Fat Free Mass 33.9 kg  
Basal Metabolic Rate 1102 kcal ( 984~1120 )  
Obesity Degree 79 % ( 90~110 )  
Recommended calorie intake 1980 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	72	Gateball	78
Walking	82	Yoga	82
Badminton	93	Table Tennis	93
Tennis	123	Bicycling	123
Boxing	123	Basketball	123
Mountain Climbing	134	Jumping Rope	144
Aerobics	144	Jogging	144
Soccer	144	Swimming	144
Japanese Fencing	205	Racketball	205
Squash	205	Taekwondo	205

\* 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 (kΩ) 200.1 458.4 472.5 26.9 327.2 317.6  
| (Ω) 4.1 413.7 429.5 23.1 297.4 287.5



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003331)

Date:13-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001950 - ADYA FARAH - 971506769790

The sum of Dhs. One Thousand Five Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,575.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 13-04-2019

Being DIETITIAN PACKAGE 1200 + Products 300 + VAT

Made by Hiba

- 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 : 1001950 - ADYA FARAH - 971506769790

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