



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 23/4/19

Date: 23/4/2013

File Number: 1002013

Patient Name: Afzal Yousef Mohamed

اسم المريض: أفال يوسف محمد

Date Of Birth: 13/1/1992 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية):

صنوبرية

Address: Azman

Phone No: 0513330939

E-MAIL: AEnay@hmc.ae

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

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
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 روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	جراحة الشريان التاجي
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) أخرى	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، آزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	نزول الدم من الشري
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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا
Other conditions Other conditions 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 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 و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المسؤول،

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 العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات 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 للعلاجات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي قضي للملف صحيحة، و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار 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: ... / ... / .....

Ahmed

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعلي العقاقير): Y / N

1-2018 Operation Period Not coming.  
General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

BCT

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

Follow up c̄ Diet plan — ~~Dr~~ Consultation  
For 2 months Balance diet only.  
No any sessions (Endymed) contill give  
Consultation aproved from her doctor  
how is follow from her case.

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

Public Data Readed Suc

SHOW READED DATA

Confirm Data

## Public Data Verification report

## File

Non-Modifiable Data (SF3)

False

Modifiable Data (SF5)

False

Holder Signature Image (SF7)

False

Photography

False

Home Address

False

Work Address

False

## Valid Signature?

False

False

False

False

False

False

## Card Holder Information

Name	Afa, Yousef, Mohammed, Bualsafared, Alblooshi	IDN:	784199274031469	Mother Name:	
Name (Ar)	عفا يوسف محمد بنو الصفا رة ابو بلوشى	Card Number:	084237482	Mother Name (Ar):	401010730
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	
Title (Ar):			الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	08/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	24/02/2019	Date of Birth:	13/01/1992	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

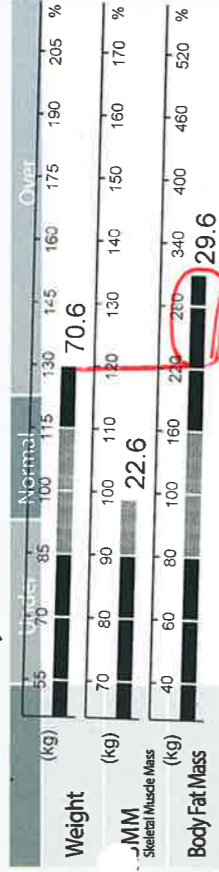
4/23/2019



## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	30.0 ( 27.7~33.9 )
For building muscles	Protein	(kg)	8.1 ( 7.4~9.0 )
For strengthening bones	Minerals	(kg)	2.89 ( 2.56~3.13 )
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	29.6 ( 10.9~17.4 )
Sum of the above	Weight	(kg)	70.6 ( 46.2~62.6 )

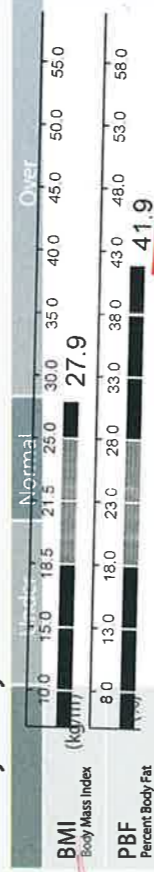
## Muscle-Fat Analysis



56kg

6kg

## Obesity Analysis



Also Over

## InBody Score

62/100 Points

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

## Weight Control

Target Weight	54.4 kg
Weight Control	-16.2 kg
Fat Control	-17.1 kg
Muscle Control	+0.9 kg

## Obesity Evaluation

BMI	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Under <input checked="" type="checkbox"/> Slightly Over <input type="checkbox"/> Over
PBF	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Slightly Over <input checked="" type="checkbox"/> Over

## Waist-Hip Ratio

0.97

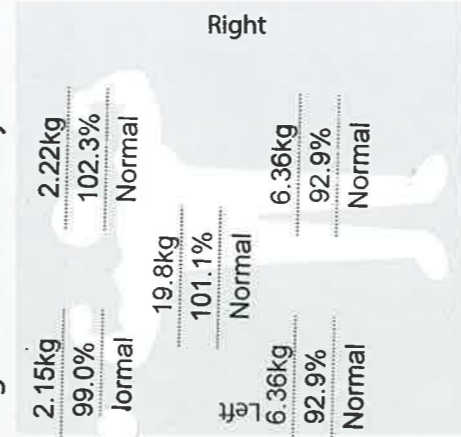
## Visceral Fat Level

Level 15 (Low 10, High 10)

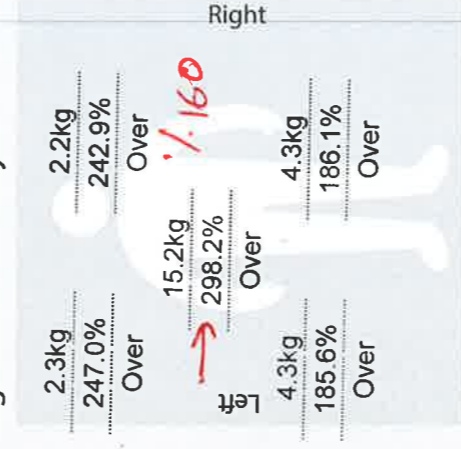
## Research Parameters

Fat Free Mass	41.0 kg
Basal Metabolic Rate	1256 kcal ( 1427~1662 )
Obesity Degree	130 % ( 90~110 )
Recommended calorie intake	1742 kcal

## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	124	Gateball	134
Walking	141	Yoga	141
Badminton	160	Table Tennis	160
Tennis	212	Bicycling	212
Boxing	212	Basketball	212
Mountain Climbing	230	Jumping Rope	247
Aerobics	247	Jogging	247
Soccer	247	Swimming	247
Japanese Fencing	353	Racketball	353
Squash	353	Taekwondo	353

\*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)	70.6
SMM (kg)	22.6
PBF (%)	41.9

## Impedance

RA	LA	TR	RL	LL
Z(Ω) 20 kHz	398.4	414.9	29.2	315.2
100 kHz	354.0	369.5	24.8	277.5