



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 27/4/19

27 4 2019

Date: ... / ... /

File Number: 100202046

Patient Name: Maha Fakhri

اسم المريض:

Date Of Birth: 9/9/2001 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) Single

Nationality: (الجنسية) J.F.A

Occupation: (الوظيفة) Student

Address: (العنوان) M.Kh. Al-S. A.

Phone No. (رقم الهاتف): 0561484451

E-MAIL: habib@nguae.com

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 اذكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟ | No | |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات 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 مميعات الدم؟ | No | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (فقر الدم) | No | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى | No | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟ | No | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملاح للحمل؟ هل تعانين 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 HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط | 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: ... / ... /

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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نذكر 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 الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى 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 فتحني الملف صحیحة و اتفهم ان اي 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):

ش.ح.ح.ح.ح.

التاريخ: ... / ... /

27 / 4 / 19

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

| المؤشرات الحيوية Vital Signs | | | |
|------------------------------|-----|--------------------------|------------------------|
| الوزن (Kg): | Kg | الارتفاع (الطول): 164 cm | نوع الدم (Blood Type): |
| النبض (النبض): | ppm | الضغط (الدم): / | السكر (الدم): |

Chief Complaint ^{سبب زيارة المريض للعيادة}
weight gain (childhood obesity).

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| التاريخ المرضي: Disease History | _____ |
| الحساسية: Allergies | _____ |
| الأدوية: Medications | _____ |
| الحمل: Pregnancy | _____ |
| عمليات سابقة، الجراحات السابقة، عمليات المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization | _____ |

Smoking (التدخين): ~~Y~~ N Alcohol (الكحول): ~~Y~~ N Drugs (العقاقير): ~~Y~~ N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية
Roocatan (3months)

الفحص Examination
weight gain Belly

الصور الشعاعية Radiography
BCA 45kg Fat-extre

التشخيص Diagnosis
Morbid Obesity
Fast Action

20 Sessions 1200 AED.
ENDYMED
Dr. Tamy
A. Awq

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQyMI

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 | Maha,Habibollah, Faghihi | IDN: | 784200150727699 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | مها حبیب الله فغهی | Card Number: | 084418868 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | IRN | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | جمهوریة ایران الإسلامیة | | |
| Issue Date: | 17/07/2017 | Sex: | F | Sponsor Type: | 02 |
| Expiry Date: | 10/07/2020 | Date of Birth: | 09/09/2001 | Sponsor Name: | زینا محمد رفیع محمد علی |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 511513 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 10120083032686 | Residency Expiry: | 10/07/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 11 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

4/27/2019

270419-2

Height 164cm | Age 7.6 | Gender Female | Test Date & Time 27.04.2019. 18:01

Target wt. 65kg

Body Composition Analysis

InBody Score **46** / 100 Points

| | | | |
|-------------------------------|------|-------|---------------|
| Total amount of water in body | (L) | 41.1 | (29.4~36.0) |
| For building muscles | (kg) | 11.0 | (7.9~9.7) |
| For strengthening bones | (kg) | 3.87 | (2.73~3.33) |
| For storing excess energy | (kg) | 62.7 | (10.6~21.3) |
| Sum of the above | (kg) | 118.7 | (49.1~66.5) |

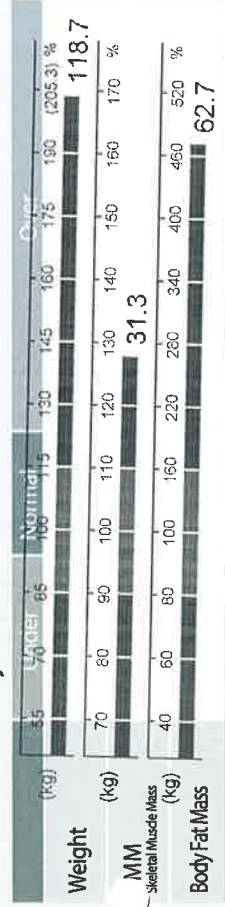
* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 72.8 kg
 Weight Control -45.9 kg
 Fat Control -45.9 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Muscle-Fat Analysis

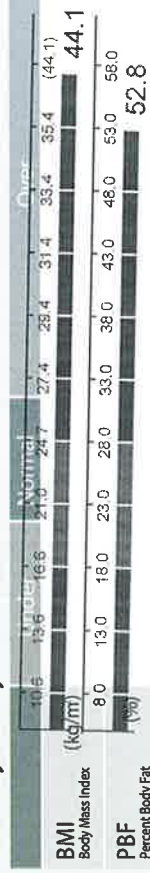
70



Visceral Fat Level

Level 20 (Low 10, High)

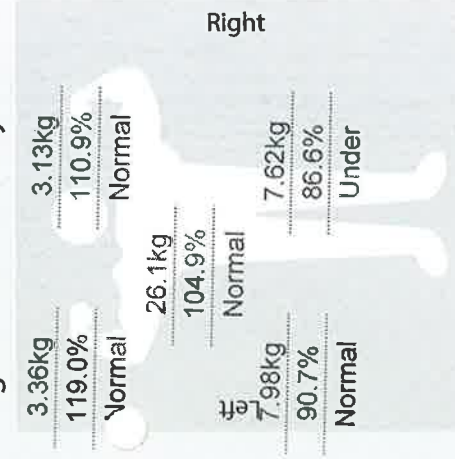
Obesity Analysis



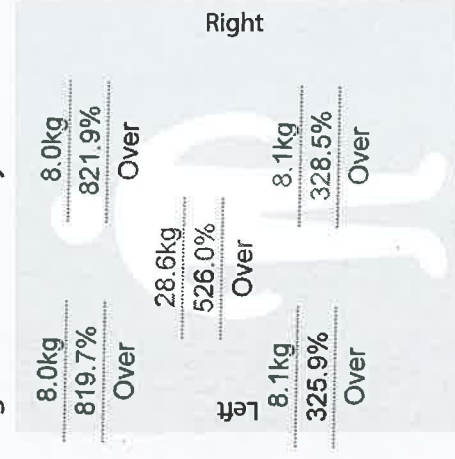
Research Parameters

Fat Free Mass 56.0 kg
 Basal Metabolic Rate 1581 kcal (2147~2542)
 Obesity Degree 205 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2272 kcal

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Calorie Expenditure of Exercise

| | | | |
|-------------------|-----|--------------|-----|
| Golf | 209 | Gateball | 226 |
| Walking | 237 | Yoga | 237 |
| Badminton | 268 | Table Tennis | 268 |
| Tennis | 356 | Bicycling | 356 |
| Boxing | 356 | Basketball | 356 |
| Mountain Climbing | 387 | Jumping Rope | 415 |
| Aerobics | 415 | Jogging | 415 |
| Soccer | 415 | Swimming | 415 |
| Japanese Fencing | 594 | Racketball | 594 |
| Squash | 594 | Taekwondo | 594 |

* 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) | 118.7 | | | | | | |
| SMM (kg) | 31.3 | | | | | | |
| PBF (%) | 52.8 | | | | | | |

Impedance

Z (Ω) RA LA TR RL LL
 I (0 Hz) 20 Hz 342.5 310.2 21.2 252.0 226.9
 I (10 Hz) 313.9 286.3 18.4 224.2 203.3