



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 18/5/19

File Number: 1002151

اسم المريض:

Date: ... / ... /

Patient Name: Sara El-Hayek

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) Single

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 31/05/1994 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Palestine Occupation (الوظيفة): Teacher

Address (العنوان): Jannah Al-Balqa, Amber super market, Stisset, Next to

Phone No. (رقم الهاتف): 0506653550

E-MAIL: Sara.elhayek31@gmail.com

How did you know about us: From my cousin

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديداً؟	No	
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 مميعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان 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 في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع 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 الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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: ١٨/٥٤/٢٠١٩

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 الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزف أو الألم 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 قدمته لري فتحي الملف الصحية و اتفهم أن أي معلومات تتعلق بخالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها بدون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بتكامل ارايدي

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): 73.8 kg	Blood Type (دم فصيلة الدم):
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم ضغط الدم): /
	Height (الطول): 168 cm
	Blood Sugar (دم سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight loss + F.c.g

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة ، الجراحات السابقة: Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين: Smoking (Y) N

الكحول (التدخين): Alcohol (Y) N

أدوية العقاقير: Drugs (Y) N

Shisha Daily

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

BCA test.

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

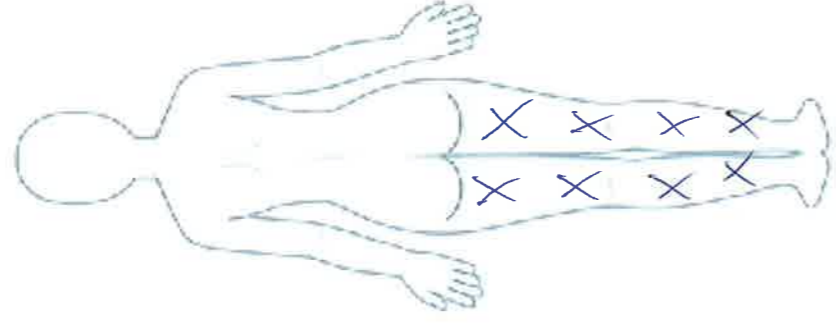
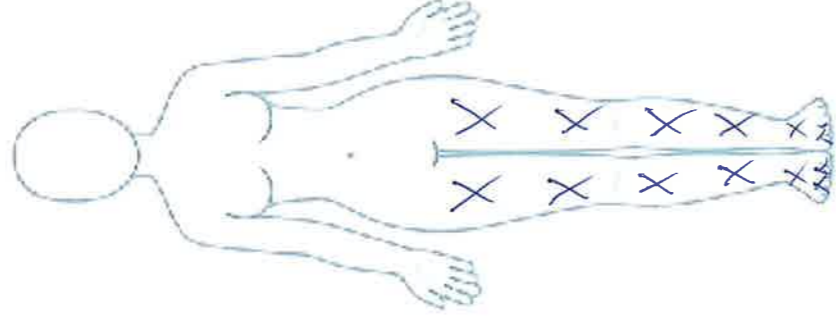
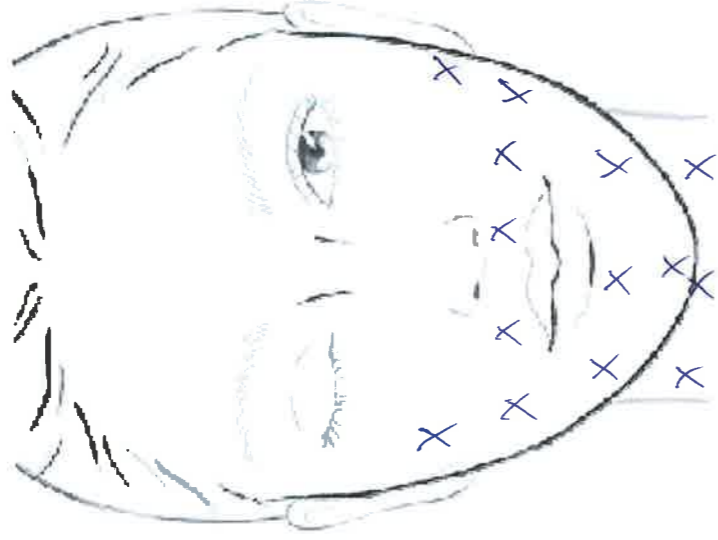
Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

Patient's Name: Sara el hayak إسم المريض
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	11/06/19	31/08/19	23/11/19			
Treatment Area	half face + thighs	Full legs	Same			
Hair Type	Coarse	Medium	Med/ Dark			
Mode	ALEX	ALEX				
Fluence	Face - 7J	12-9 sms	7J/14ms			
Pulse Type	Legs - 7J/18ms		8J/13ms			
GNT Pulse			face - 7/12ms			
Passes	1	1	1			
Starting Time	5:45 pm	1:40 pm	12 pm			
Finish Time	6:30 pm	2:00 pm	12:40 pm			
Post Treatment	MEBO					

Therapist Name and Signature Sara el hayak

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

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	Sara Husni,***El Hayek	IDN:	784199431605957	Mother Name:	
Name (Ar)	سارة حسني الحايك	Card Number:	086330058	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	16/11/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	13/11/2020	Date of Birth:	31/05/1994	Sponsor Name:	هشام محمد سعد الدين
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	54098217
Residency Type:	03	Residency Number:	20120173680568	Residency Expiry:	13/11/2020
ID Type:	IL	Occupation:	09	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

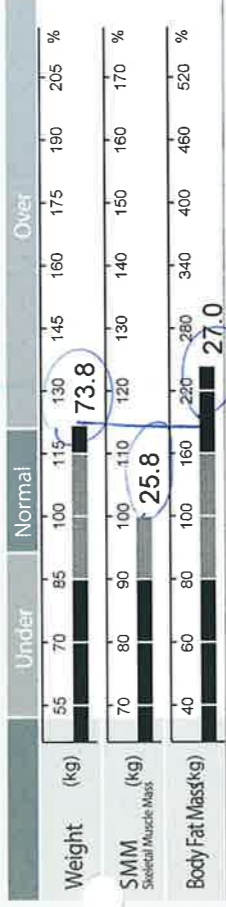
5/18/2019

ID 180519-1 | Height 168cm | Age 24 | Gender Female | Test Date & Time 18.05.2019. 22:03

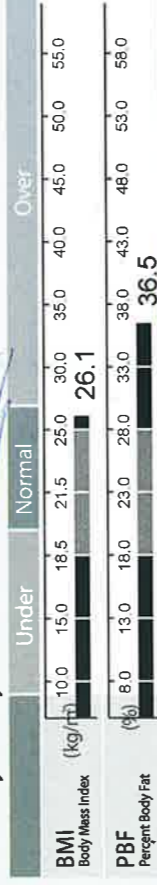
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	34.1 (30.9~37.7)
For building muscles	Protein (kg)	9.2 (8.3~10.1)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.46 (2.86~3.50)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	27.0 (12.1~19.4)
Sum of the above	Weight (kg)	73.8 (51.6~69.8)

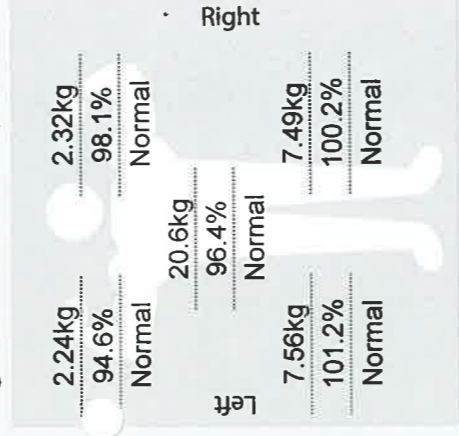
Muscle-Fat Analysis



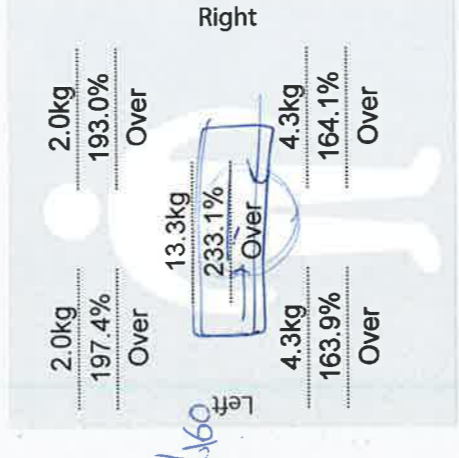
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	73.8
SMM (kg)	25.8
PBF (%)	36.5

InBody Score

67 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 60.8 kg
 Weight Control -13.0 kg
 Fat Control -13.0 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio



Visceral Fat Level



Research Parameters

Fat Free Mass 46.8 kg
 Basal Metabolic Rate 1381 kcal (1475~1720)
 Obesity Degree 122 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1828 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	130	Gateball	140
Walking	148	Yoga	148
Badminton	167	Table Tennis	167
Tennis	221	Bicycling	221
Boxing	221	Basketball	221
Mountain Climbing	241	Jumping Rope	258
Aerobics	258	Jogging	258
Soccer	258	Swimming	258
Japanese Fencing	369	Racketball	369
Squash	369	Taekwondo	369

*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 417.5 436.4 25.8 294.0 286.7
 100 kHz 379.0 397.5 22.3 257.8 251.8



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,260.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004011

Date: 11-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002151 - SARA AL HAYEK - 971506653550**The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Sixty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,260.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

B... g **ADVANCE FOR 3 SESSION FULL LEGS 350*3 + 1 SESSION HALF FACE 150 + 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

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



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006090)

Date: 23-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002151 - SARA AL HAYEK - 971506653550

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

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 23-11-2019

Being 1 session half face + vat

Made by Reem

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 : 1002151 - SARA AL HAYEK - 971506653550

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