



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002293

Date: 9 / 6 / 2019

Date: 9 / 6 / 2019 File Number: 1002293
Patient Name: Ibtisam Shamish اسم المريض: ابتسام شامية
Date Of Birth: 5 / 4 / 1984 Gender: M / F Marital Status: الحالة الاجتماعية:
Nationality: الجنسية: سورية Occupation: المهنة: مربية
Address: العنوان: البصرة عمان Phone No. (رقم الهاتف): 056 508 4556
E-MAIL: bassamashamieh@gmail.com How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	نعم	بنسيلية
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 مبيعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو 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 HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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: 9 / 6 / 2019



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 يكشف الطبيب خلال العلاج أمور 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 تامين 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 مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك 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 بالأدنى 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 فتحي الملف صحيحة. و أتفهم أن اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار 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: 9 / 6 / 2019



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	162 cm	Blood Type (فصيلة الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (مغصط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight gain

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (التعاطي): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

- ① Scaling → polishing
- ② Extraction of teeth.

8	/	8
5	/	5

- ③ Replacement of crown of 6 tooth.

- ④ Implant and bone graft

For tooth NO 5.

- ⑤ ~~Implant~~ Implant for tooth. NO 5 IF patient wants.

- ⑥ orthodontic treatment.

Doctor's Signature and Stamp

Dr. Dahiya

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Ibtesam, Hussein, Idris, Shamieh	IDN:	784198473579815	Mother Name:	
Name (Ar)	إيتسام حسين ادريس شامية	Card Number:	082540118	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	16/03/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	12/03/2020	Date of Birth:	05/04/1984	Sponsor Name:	حسين اسماعيل حسين حموده
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	07476362
Residency Type:	03	Residency Number:	20120173518008	Residency Expiry:	12/03/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/9/2019



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 50.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003990)

Date:09-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002293 - IBTESAM SHAMIEH - 971565084556**

The sum of Dhs. **Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **50.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: **09-06-2019**

Cheque No.

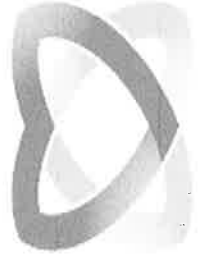
Being **Periapical X-Ray**

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 : **1002293 - IBTESAM SHAMIEH - 971565084556**

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004255)

Date: 30-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002293 - IBTESAM SHAMIEH - 971565084556

The sum of Dhs. **Five Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **500.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: 30-06-2019

Being **Extraction**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 : 1002293 - IBTESAM SHAMIEH - 971565084556

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007347)

Date: 30-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002293 - IBTESAM SHAMIEH - 971565084556

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

By Cash **100.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 30-01-2020

Being **1 DENTAL COMPOSITE FILLING**

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 : 1002293 - IBTESAM SHAMIEH - 971565084556

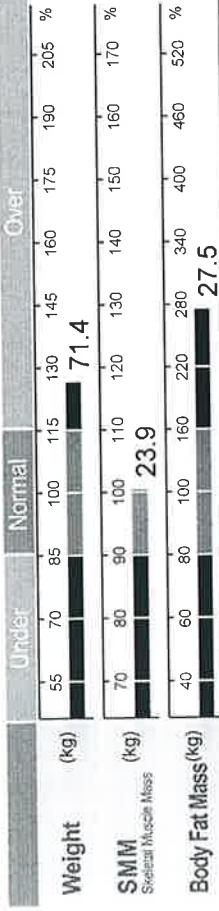
Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae

ID 200202-4 | Height 162cm | Age 35 | Gender Female | Test Date / Time 02.02.2020. 19:19

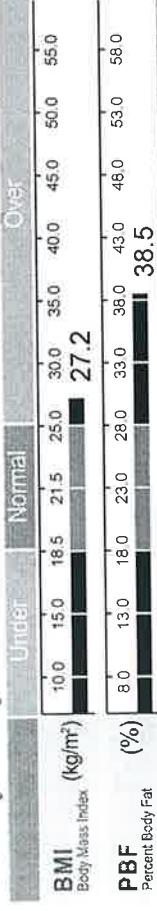
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	32.1 (28.7~35.1)
For building muscles	Protein	(kg)	8.6 (7.7~9.5)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	3.23 (2.65~3.25)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	27.5 (11.3~18.1)
Sum of the above	Weight	(kg)	71.4 (47.9~64.9)

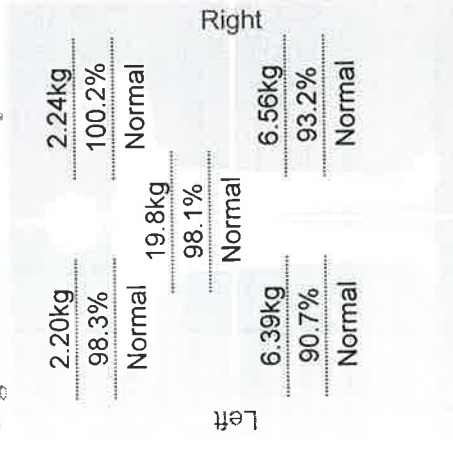
Muscle-Fat Analysis



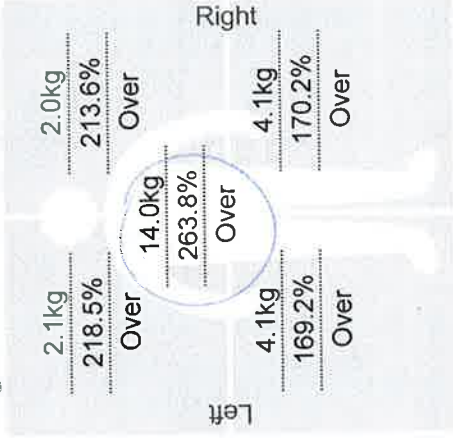
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	71.4
SMM (kg)	23.9
PBF (%)	38.5

InBody Score

66 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 57.0 kg
 Weight Control - 14.4 kg
 Fat Control - 14.4 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.93 (0.75 - 0.85)

Visceral Fat Level

Level 14 (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass 43.9 kg
 Basal Metabolic Rate 1319 kcal
 Obesity Degree 127 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1678 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	126	Gateball	136
Walking	143	Yoga	143
Badminton	161	Table Tennis	161
Tennis	214	Bicycling	214
Boxing	214	Basketball	214
Hiking	233	Jumping Rope	250
Aerobics	250	Jogging	250
Soccer	250	Swimming	250
Japanese Fencing	357	Racketball	357
Squash	357	Taekwondo	357

* Based on your current weight

* Based on 30 minute duration

Impedance

RA LA TR RL LL
Z(Ω) 20 kHz 400.9 409.1 22.4 281.3 296.9
 100 kHz 361.1 371.7 19.3 254.5 268.5