



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسانة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No: 1003100

Date: 17/10/2019

Date: 17/10/2019

File Number: 1003100

Patient Name:

Haifa Mohamed Hameed

اسم المريض:

Date Of Birth

5/12/1982

Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality

Saudi

Occupation

Address

الحارة

Phone No. (رقم الهاتف): 050-1447557

E-MAIL:

haifa.gubara@icmc.com

How did you know about us: google

التاريخ الطبي Medical History	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	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 امراض؟	لا	
	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	لا	
	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	لا	
	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
	Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ 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 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 أقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي
بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 أفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.
- أفهم تماما 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
كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية
- أفهم 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 فحصي الملف صحية و
أفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون
موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و
انني 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 (عن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / ٢٠١٩

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
الوزن (الكلغ): 90 Kg	الطول (السم): 152 cm
النبض (النبض): ppm	ضغط الدم (السم): /
	نوع الدم (الدم): O-
	سكر الدم (الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة
under wt

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التخين): Y / N

تعاطي الكحول (الكول): Y N

تعاطي العقاقير (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005555)

Date: 16-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003100 - HAIFA 0 - 971501447557

The sum of Dhs. Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 262.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-10-2019

Being FACIAL + 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

Confirmed by : 1003100 - HAIFA 0 - 971501447557

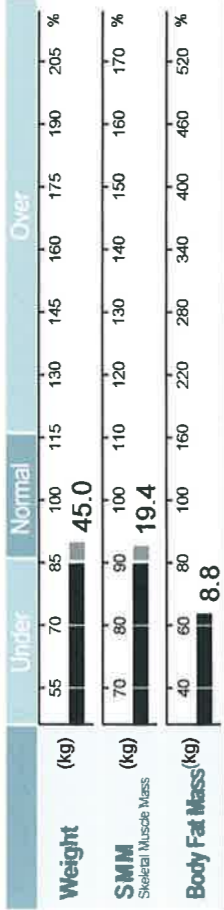
Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae

ID 200530-1 | Height 153cm | Age 37 | Gender Female | Test Date / Time 30.05.2020, 11:23

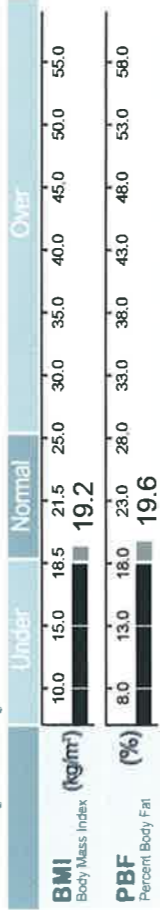
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	26.6 (25.6~31.4)
For building muscles	Protein	(kg)	7.1 (6.8~8.4)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	2.53 (2.38~2.90)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	8.8 (10.1~16.1)
Sum of the above	Weight	(kg)	45.0 (42.8~57.8)

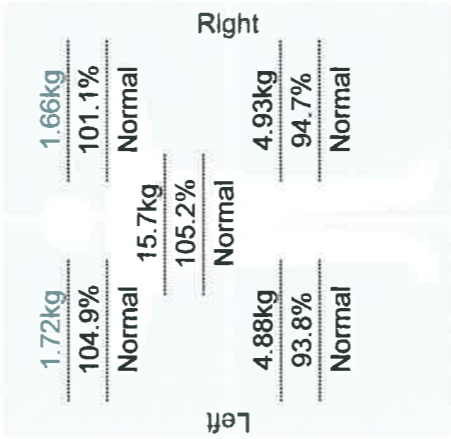
Muscle-Fat Analysis



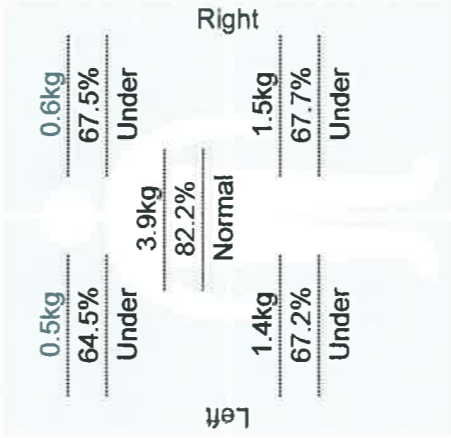
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	45.0
SMM (kg)	19.4

InBody Score

75 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 50.3 kg
 Weight Control + 5.3 kg
 Fat Control + 2.7 kg
 Muscle Control + 2.6 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.82

Visceral Fat Level

Level 4

Research Parameters

Fat Free Mass 36.2 kg
 Basal Metabolic Rate 1151 kcal
 Obesity Degree 89 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1814 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	79	Gateball	86
Walking	90	Yoga	90
Badminton	102	Table Tennis	102
Tennis	135	Bicycling	135
Boxing	135	Basketball	135
Hiking	147	Jumping Rope	158
Aerobics	158	Jogging	158
Soccer	158	Swimming	158
Japanese Fencing	225	Racketball	225
Squash	225	Taekwondo	225

* Based on your current weight
 * Based on 30 minute duration

Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(φ) 20 kHz | 363.6 351.7 24.9 283.7 286.9
 100 kHz | 332.4 321.6 21.8 257.7 261.9