



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 14/11/19

Date: ... / ... /

File Number: 1003235

Patient Name: Faten Mahd Alkhatib

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 12/6/63 Gender (الجنس): M (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Jordanian Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0505646922

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
الدخلة الطبية Medical Condition			
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	لا		
Cortisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا		
Allergies هل لديك أي حساسية؟	نعم		الأضوكا حمر
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 شعفان 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 الدم؟	لا		
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا		فقر دم
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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 اخرى؟	نعم		قو لون عصبي
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 فيروس الايدز، فيروس الدلا 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: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

أوافق وأستح الطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

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 والتي 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 لتتائج العلاج 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 للعمليات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الصساسة

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 لي قمضي الملف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

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

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
Weight (الوزن): 74.2 Kg	Height (الطول): 150 cm
Pulse (النبض): /	Blood Pressure (الضغط الدم): /
	Blood Type (دم):
	Blood Sugar (السكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight loss 5 kg for 5 weeks.

Disease History التاريخ المرضي:	Iron v. 1 D ₂₀ 1 ↑ High Blood Pressure 90/150.
Allergies الحساسية	Avocado.
Medications الأدوية	6 pcs. Sertolone / venical 12mg
Pregnancy الحمل	—
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، الخال للمستشفى	

Smoking (التخين): ~~Y~~ N

Alcohol (الكحول): ~~Y~~ N

Drugs (العقاقير): ~~Y~~ N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

weight gain on the belly area

الفحص Examination

BCA
46% Fat.

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Obese type I

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

only Diet counselling

Doctor's Signature and Stamp

.....

ID 031119-2 | Height 150cm | Age 56 | Gender Female | Test Date / Time 03.11.2019, 17:11

Zero

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	29.4 (24.7~30.1)
For building muscles	Protein (kg)	7.8 (6.6~8.0)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.68 (2.28~2.78)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	34.3 (9.7~15.5)
Sum of the above	Weight (kg)	74.2 (41.1~55.7)

InBody Score

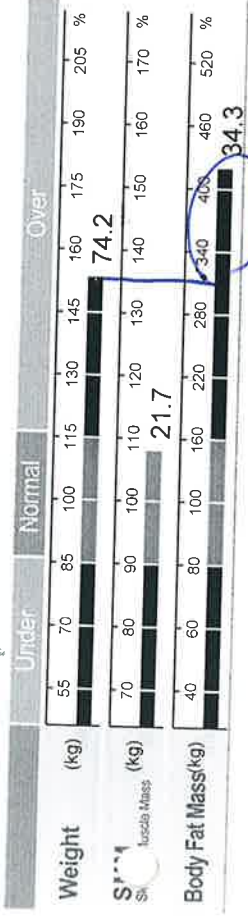
60 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 51.8 kg
 Weight Control - 22.4 kg
 Fat Control - 22.4 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Muscle-Fat Analysis



Obesity Evaluation
 BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

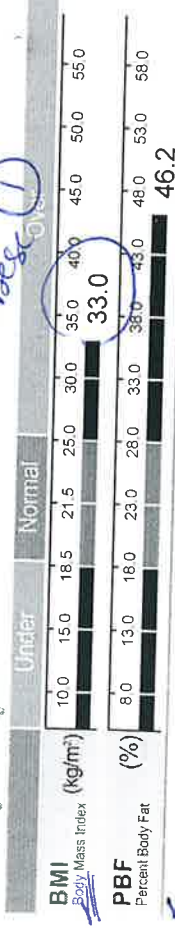
0.98

Visceral Fat Level

Level 18

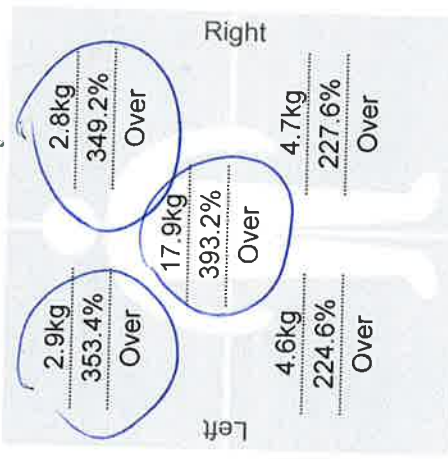
Research Parameters
 Fat Free Mass 39.9 kg
 Basal Metabolic Rate 1232 kcal (1481~1728)
 Obesity Degree 153 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1465 kcal

Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis
 Lean Mass % Evaluation
 Left: 2.29kg, 111.0%, Normal
 Right: 5.47kg, 84.4%, Under
 Total: 19.4kg, 105.3%, Normal

Segmental Fat Analysis



Calorie Expenditure of Exercise

Golf	131	Gateball	141
Walking	148	Yoga	148
Badminton	168	Table Tennis	168
Tennis	223	Bicycling	223
Boxing	223	Basketball	223
Mountain Climbing	242	Jumping Rope	260
Aerobics	260	Jogging	260
Soccer	260	Swimming	260
Japanese Fencing	371	Racketball	371
Squash	371	Taekwondo	371

* 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)	74.2
SMM (Skeletal Muscle Mass) (kg)	21.7
PBF (Percent Body Fat) (%)	46.2

Impedance

RA	LA	TR	RL	LL
Z(Ω) 20 kHz	323.2	321.2	23.5	248.5
100 kHz	290.0	290.8	20.3	223.1
			223.1	233.1



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005833

Date: 05-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003235 - FATEN AL KHATIB - 971505646922

The sum of Dhs. **Five Hundred Only**By Cash **500.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: 0.00) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

:ing **ADVANCE FOR DIET PKG + VAT BALANCE 550**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**