



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 9/2/2020

Date: ... / ... / .....

File Number: 1004001

Patient Name: Mona Saleha

اسم المريض: .....

Date Of Birth: 16/06/2011 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) Single

Nationality: Palestinian Occupation: .....

Address: Al Mansour Shari'a

Phone No. (الهاتف): .....

E-MAIL: Saleh.zawab@orchidmc.com

How did you know about us: Internet

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية <td>Medical Condition</td> <td></td> <td></td>	Medical Condition		
هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثاً؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	/	
هل تعاطى أي سترويدات أو مضطبات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	/	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	/	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness	/	
جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	/	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	/	
انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	/	
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	/	
هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	/	
هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	/	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	/	
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	/	
هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	/	
هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	/	
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	Other conditions HSV, HIV...etc	/	



### 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 بمعالجة 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 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 لتتبع 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 أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فسخي للملف صحفية. و تفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستنفى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون 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 كامل ارادتي.

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

٥

٥

الاستمارة بقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (البروز): Weight (kg):	Kg	الطول (الطول): Height (cm):	142	نمط الدم (نمط الدم): Blood Type (Blood Type):	
النبض (النبض): Pulse (ppm):	ppm	ضغط الدم (الضغط): Blood Pressure (mmHg):	/	سكر الدم (السكر): Blood Sugar (mg/dL):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

Constipation

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى  
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين):  
Smoking (N/A)

التدخين (الكحول):  
Alcohol (Y/N)

العقاقير (العقاقير):  
Drugs (Y / N)

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

BCA

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp  
.....





United Arab Emirates



سلطنة الإمارات العربية المتحدة

Resident Identity Card

بطاقة هوية مقيم



ID Number / رقم الهوية / 784-2011-5735406-5

الإسم: صلاح زعرب

Name: Mona Zourob

الجنسية: فلسطين

Nationality: Palestine, State of



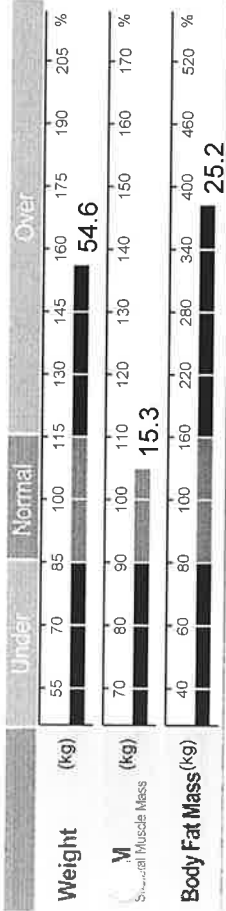
# InBody

ID 200209-1 | Height 143cm | Age 8.7 | Gender Female | Test Date / Time 09.02.2020. 16:29

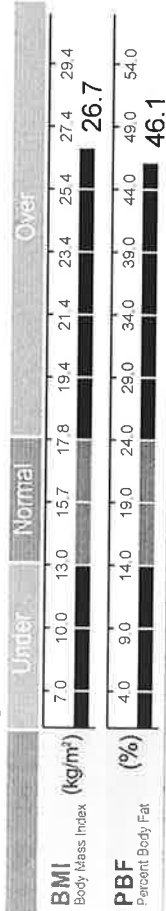
## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	<b>Total Body Water</b>	(L)	21.6 ( 18.7~22.9 )
For building muscles	<b>Protein</b>	(kg)	5.8 ( 5.0~6.2 )
For strengthening bones	<b>Minerals</b>	(kg)	2.05 ( 1.74~2.12 )
For storing excess energy	<b>Body Fat Mass</b>	(kg)	25.2 ( 5.3~10.6 )
Sum of the above	<b>Weight</b>	(kg)	54.6 ( 29.8~40.3 )

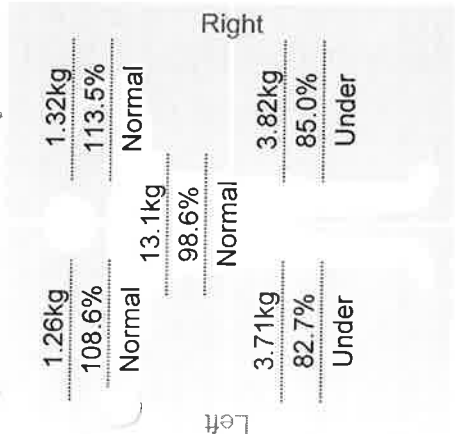
## Muscle-Fat Analysis



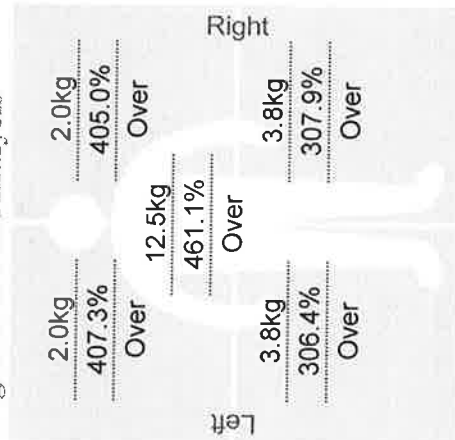
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

<b>Weight</b> (kg)	54.6
<b>SMM</b> (kg)	15.3
<b>PBF</b> (%)	46.1

## InBody Score

**63** / 100 Points

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

## Weight Control

Target Weight 36.4 kg  
 Weight Control - 18.2 kg  
 Fat Control - 18.2 kg  
 Muscle Control 0.0 kg

## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

## Waist-Hip Ratio

0.87

## Visceral Fat Level

Level 14

## Research Parameters

Fat Free Mass 29.4 kg  
 Basal Metabolic Rate 1006 kcal  
 Obesity Degree 156 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 2013 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	96	Gateball	104
Walking	109	Yoga	109
Badminton	123	Table Tennis	123
Tennis	164	Bicycling	164
Boxing	164	Basketball	164
Hiking	178	Jumping Rope	191
Aerobics	191	Jogging	191
Soccer	191	Swimming	191
Japanese Fencing	273	Racketball	273
Squash	273	Taekwondo	273

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

## Impedance

Z <sub>(@)</sub> 20 kHz	RA	LA	TR	RL	LL
100 kHz	401.2	418.6	28.3	280.0	291.1
	372.8	387.7	24.5	258.4	269.0