



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: / /

Date: 21/3/2020

File Number:1.0042.82

Patient Name:.....إسم المريض : د. د. ربيع شمس

Date Of Birth 11/4/1986 Gender (الجنس) : M / (F) Marital Status:(الحالة الاجتماعية) married

Nationality (الجنسية) : Syrian Occupation (الوظيفة) : housewife

Address (العنوان) : Sharjah Alkhana...Raha...housePhone No. (رقم الهاتف) : 05.05723816

E-MAIL: dr.dar.ena.sh@gmail.com How did you know about us: ...الطبيب

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا 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؟	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 (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
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؟	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 السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV... etc فيروس الحلا البسيط	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 المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي 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 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 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 قدمته لي فتمحي الملف صحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع 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: 21... / 3 / 2020

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دمية الضغط):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، اإخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

↑ fat , ↑ V.F

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

↑ Body fat

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

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	Darin,Nader,,,Chahid	IDN:	784198619103918	Mother Name:	
Name (Ar)	دارين نادر,,,شاهيد	Card Number:	084412521	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	17/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	11/07/2020	Date of Birth:	11/04/1986	Sponsor Name:	راجي فايز شهيد
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	14461792
Residency Type:	03	Residency Number:	20120143189759	Residency Expiry:	11/07/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/21/2020

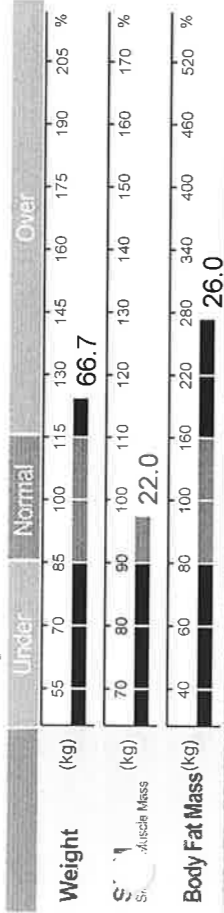
InBody

ID 200321-1 | Height 158cm | Age 33 | Gender Female | Test Date / Time 21.03.2020. 11:18

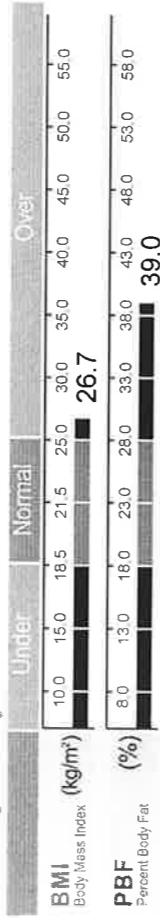
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	29.7 (27.4~33.4)
For building muscles	Protein	(kg)	8.0 (7.3~8.9)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	2.99 (2.53~3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	26.0 (10.7~17.2)
Sum of the above	Weight	(kg)	66.7 (45.6~61.8)

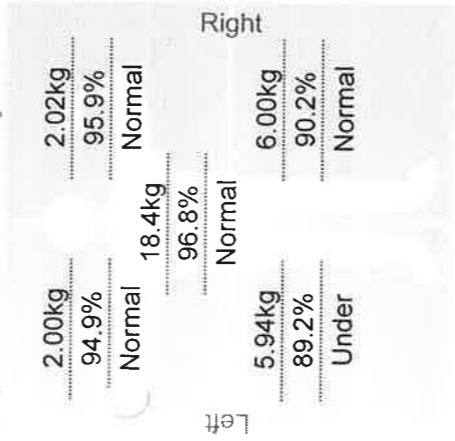
Muscle-Fat Analysis



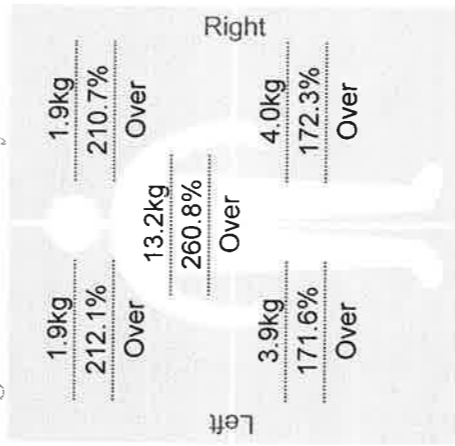
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	66.7
SMM (kg)	22.0
PBF (%)	39.0

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	53.7 kg
Weight Control	- 13.0 kg
Fat Control	- 13.7 kg
Muscle Control	+ 0.7 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.91 (0.75 - 0.85)

Visceral Fat Level

Level 13 (Low 10 - High)

Research Parameters

Fat Free Mass	40.7 kg
Basal Metabolic Rate	1248 kcal
Obesity Degree	124 % (90~110)
Recommended calorie intake	1610 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	117	Gateball	127
Walking	133	Yoga	133
Badminton	151	Table Tennis	151
Tennis	200	Bicycling	200
Boxing	200	Basketball	200
Hiking	217	Jumping Rope	233
Aerobics	233	Jogging	233
Soccer	233	Swimming	233
Japanese Fencing	334	Racketball	334
Squash	334	Taekwondo	334

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

Impedance

RA	LA	TR	RL	LI
Z(fz) 20 kHz	412.1	417.5	23.8	292.2
, 100 kHz	371.6	376.9	20.3	263.1
	268.6			



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008536)

Date:18-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004282 - DAREEN 000 - 971562127211

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 735.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-04-2020

Being SHE TAKE 2 SESSIONS + 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 : 1004282 - DAREEN 000 - 971562127211

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