



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: / /

Date: 21/3/2020

File Number: ..... 1.004.283

Patient Name: .....

اسم المريض: .....  
بدر بن محمد

Date Of Birth: 09/11/2005

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): .....

Nationality: (الجنسية): .....

Gender: (M / F) : .....

Address: (العنوان): .....

Occupation: (المهنة): .....

E-MAIL: raj.i.chahid@yahoo.com

Phone No. (رقم الهاتف): 05.621.27.211

How did you know about us: .....

كيف علمت طبيعتنا: .....

التاريخ الطبي

Medical Condition	الحالة الطبية	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 (فقر الدم)، لو كيميا (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 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 الغدة الدرقية؟		لا	
Other conditions هل تعاني من أي امراض اخرى؟		لا	
HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السيط...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):

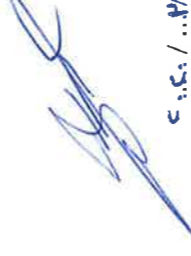
Date: ... / ... / .....

### نموذج أقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزديدي بالعلاج الأشمل 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 التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم شديداً 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 الى 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 للشف صحية، و أتفهم أن اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل ارادتي

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

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):



التاريخ: ٠١ / ٠٢ / ٢٠٢٠

Weight (الوزن):	Kg	Vital Signs	تؤشرات الحيوية
Pulse (النفس):	ppm	Height (الطول):	cm
		Blood Pressure (دم ضغط الدم):	/
		Blood Type (دم فصيلة الدم):	
		Blood Sugar (دم سكر الدم):	

Chief Complaint: سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History: التاريخ المرضي: /

Allergies: الحساسية: /

Medications: الأدوية: /

Pregnancy: الحمل: /

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، اذخال للمستشفى: /

Smoking (التدخين): Y /  N

Alcohol (تعاظم الكحول): Y  N

Drugs (تعاظم العقاقير): Y /  N

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة و السريرية:

↑ Fat

Examination: الفحص: /

Radiography: الصور الشعاعية: /

Diagnosis: التشخيص: /

↑ 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	Raji,Faiz,,Chahid	IDN:	784197996159501	Mother Name:	
Name (Ar)	راجي فايز،، شحيد	Card Number:	098982239	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	DMA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الدومينيكا		
Issue Date:	27/02/2020	Sex:	M	Sponsor Type:	09
Expiry Date:	14/11/2021	Date of Birth:	25/11/1979	Sponsor Name:	جسي نبي التريجي م م ح - جافرا
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120147164587	Residency Expiry:	14/11/2021
ID Type:	IL	Occupation:	1239	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/21/2020

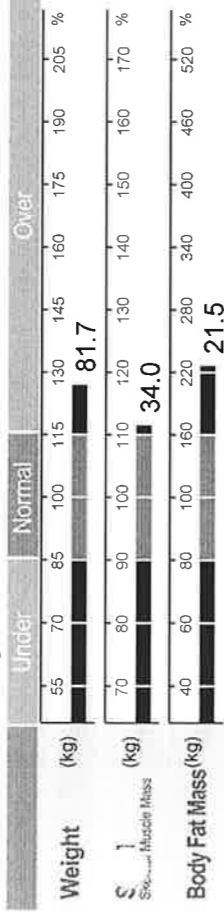
# InBody

ID 200321-2 | Height 171cm | Age 40 | Gender Male | Test Date / Time 21.03.2020. 11:28

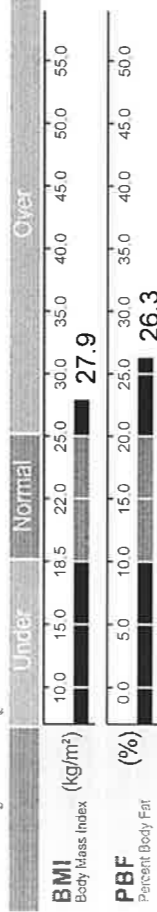
## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	<b>Total Body Water</b>	(L)	44.0 ( 36.2~44.2 )
For building muscles	<b>Protein</b>	(kg)	12.0 ( 9.7~11.9 )
For strengthening bones	<b>Minerals</b>	(kg)	4.22 ( 3.35~4.09 )
For storing excess energy	<b>Body Fat Mass</b>	(kg)	21.5 ( 7.7~15.4 )
Sum of the above	<b>Weight</b>	(kg)	81.7 ( 54.7~73.9 )

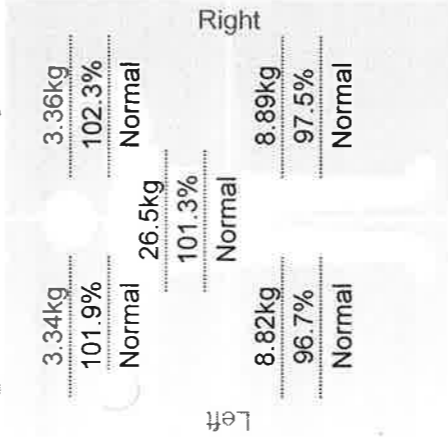
## Muscle-Fat Analysis



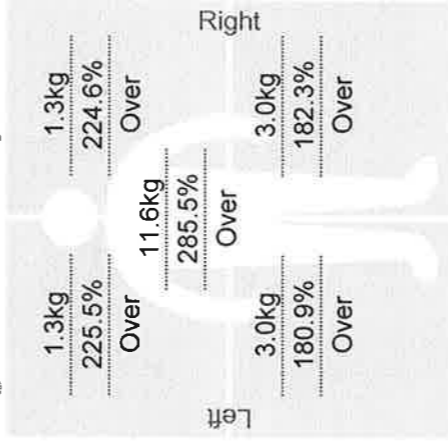
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

<b>Weight</b> (kg)	81.7
<b>SMM</b> (kg)	34.0
<b>PBF</b> (%)	26.3

## 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 70.8 kg  
Weight Control - 10.9 kg  
Fat Control - 10.9 kg  
Muscle Control 0.0 kg

## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
PBF  Normal  Slightly Over  Over

## Waist-Hip Ratio

0.91

## Visceral Fat Level

Level 9

## Research Parameters

Fat Free Mass 60.2 kg  
Basal Metabolic Rate 1670 kcal  
Obesity Degree 127 % ( 90~110 )  
Recommended calorie intake 2248 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	144	Gateball	155
Walking	163	Yoga	163
Badminton	185	Table Tennis	185
Tennis	245	Bicycling	245
Boxing	245	Basketball	245
Hiking	266	Jumping Rope	286
Aerobics	286	Jogging	286
Soccer	286	Swimming	286
Japanese Fencing	409	Racketball	409
Squash	409	Taekwondo	409

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

## Impedance

RA LA TR RL LL  
Z(Ω) 20 kHz | 313.6 315.1 20.5 250.1 252.9  
100 kHz | 277.3 278.9 16.8 219.5 222.0



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008537)

Date: 18-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004283 - RAJE 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 HE 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 : 1004283 - RAJE 000 - 971562127211

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