



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 2/5/2020

Date: 2/5/2020 File Number: 1004468  
Patient Name: Shaimaa Ahmed اسم المريض  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 11/3/1998 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married  
Nationality (الجنسية): Egyptian.. Occupation (الوظيفة): ..... كاتبة  
Address (العنوان): Al-Farouk Street Phone No. (رقم الهاتف): 0545709947  
E-MAIL: ..... How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثا؟	/	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	/	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	/	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	/	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	/	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	/	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكميا (فقر الدم)	/	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، امراض اخرى	/	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	/	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	/	



## مركز أوركيد الطبي ORCHID MEDICAL CENTER

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

### 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

### نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بملاحج 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 الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نذكر 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 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 مصحبة للعوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحي الملف الصحية و تفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ينبغي سرياً تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار 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

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمط الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	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 , ادخال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاقي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

File No: .....

Date: / /

## Treatment Plan خطة العلاج

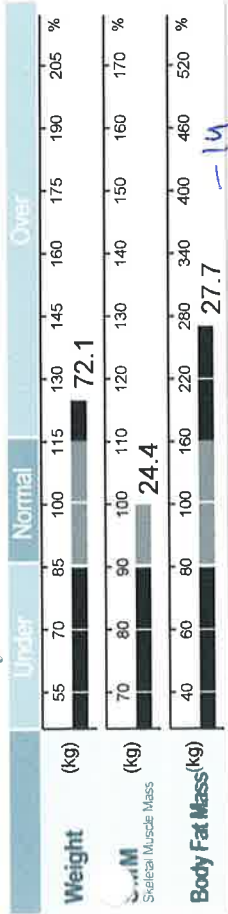


ID 200502-2      Height 164cm      Age 37      Gender Female      Test Date / Time 02.05.2020. 13:49

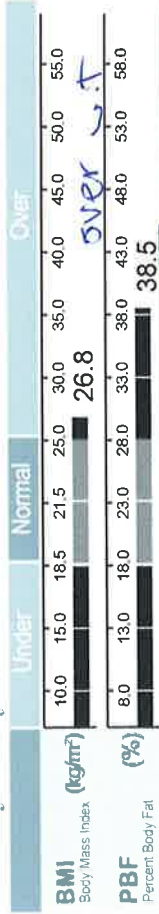
## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	<b>Total Body Water</b>	(L)	32.4 ( 29.4~36.0 )
For building muscles	<b>Protein</b>	(kg)	8.8 ( 7.9~9.7 )
For strengthening bones	<b>Minerals</b>	(kg)	3.23 ( 2.73~3.33 )
For storing excess energy	<b>Body Fat Mass</b>	(kg)	27.7 ( 11.6~18.5 )
Sum of the above	<b>Weight</b>	(kg)	72.1 ( 49.1~66.5 )

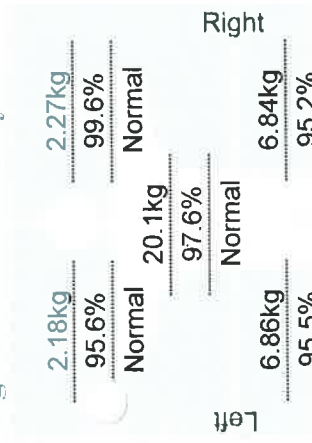
## Muscle-Fat Analysis



## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## InBody Score

**65** / 100 Points

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

## Weight Control

Target Weight 57.9 kg  
 Weight Control - 14.2 kg  
 Fat Control - 14.4 kg  
 Muscle Control + 0.2 kg

## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over

PBF  Normal  Slightly Over  Over

## Waist-Hip Ratio



## Visceral Fat Level



## Research Parameters

Fat Free Mass 44.4 kg  
 Basal Metabolic Rate 1328 kcal  
 Obesity Degree 125 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 1688 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	127	Gateball	137
Walking	144	Yoga	144
Badminton	163	Table Tennis	163
Tennis	216	Bicycling	216
Boxing	216	Basketball	216
Hiking	235	Jumping Rope	252
Aerobics	252	Jogging	252
Soccer	252	Swimming	252
Japanese Fencing	361	Racketball	361
Squash	361	Taekwondo	361



مركز الأطباء التخصصي  
ARAB DOCTORS SPECIALIST CENTER

Tel:06-5544414, Fax:06-5544415, P.O.Box:25457, Sharjah,UAE  
www.arabdoctors.ae e-mail: info@arabdoctors.ae



DEPARTMENT OF PATHOLOGY AND LABORATORY MEDICINE

MRD No. : 46620  
Name : . FAYROUZ AYMAN  
Age / Sex : 11 Yrs /Female  
Doctor : MEDICAL LABORATORY

weight : 46.50

Invoice Number : 109358  
Date Received : 04/05/2020 10:40:42 AM  
Date Performed : 05/05/2020 10:49:28 AM

REPORT

Test Name	Result	Unit	Reference Range
-----------	--------	------	-----------------

BIOCHEMISTRY

25 OH VITAMINE D TOTAL

16.32

ng/ml

Deficiency <10.0

Insufficiency 10-30

Sufficiency >30

Optimal 50-100

Toxicity >120

5000 IU per/day for 2 months.  
(35000 per weeks)



مركز الأطباء التخصصي  
ARAB DOCTORS SPECIALIST CENTER

Tel:06-5544414, Fax:06-5544416, P.O.Box:25457, Sharjah,UAE  
www.arabdoctors.ae e-mail: info@arabdoctors.ae

ADSC  
ARAB DOCTORS SPECIALIST CENTER

DEPARTMENT OF PATHOLOGY AND LABORATORY MEDICINE

MRD No. : 46620  
Name : . FAYROUZ AYMAN  
Age / Sex : 11 Yrs /Female  
Doctor : MEDICAL LABORATORY

Invoice Number : 109358  
Date Received : 04/05/2020 10:40:42 AM  
Date Performed : 05/05/2020 10:49:28 AM

REPORT

Test Name	Result	Unit	Reference Range
-----------	--------	------	-----------------

THYROID FUNCTION HORMONS

TSH	3.5	uIU/mL	0.7 - 6.4
-----	-----	--------	-----------





مركز الأطباء العرب التخصصي  
ARAB DOCTORS SPECIALIST CENTER

Tel:06-5544414, Fax:06-5544416, P.O.Box:25457, Sharjah, UAE  
www.arabdoctors.ae e-mail: info@arabdoctors.ae

ADSC  
مركز الأطباء العرب التخصصي  
ARAB DOCTORS SPECIALIST CENTER

DEPARTMENT OF PATHOLOGY AND LABORATORY MEDICINE

MRD No. : 46244  
Name : Mrs. SHEMAA AHMED  
Age / Sex : 37 Yrs / Female  
Doctor : MEDICAL LABORATORY

weight: 71

Invoice Number : 109356  
Date Received : 04/05/2020 10:40:12 AM  
Date Performed : 05/05/2020 10:34:11 AM

REPORT

Test Name	Result	Unit	Reference Range
25 OH VITAMINE D TOTAL	14.77	ng/ml	Deficiency <10.0 Insufficiency 10-30 Sufficiency >30 Optimal 50-100 Toxicity >120



مركز الأطباء التخصصي  
ARAB DOCTORS SPECIALIST CENTER

Tel:06-5544414, Fax:06-5544415, P.O.Box:25457, Sharjah, UAE  
www.arabdoctors.ae e-mail: info@arabdoctors.ae

ADSC  
ARAB DOCTORS SPECIALIST CENTER

DEPARTMENT OF PATHOLOGY AND LABORATORY MEDICINE

MRD No. : 46244  
Name : Mrs. SHEMAA AHMED  
Age / Sex : 37 Yrs /Female  
Doctor : MEDICAL LABORATORY

Invoice Number : 109356  
Date Received : 04/05/2020 10:40:12 AM  
Date Performed : 05/05/2020 10:34:11 AM

REPORT

Test Name	Result	Unit	Reference Range
-----------	--------	------	-----------------

THYROID FUNCTION HORMONS

TSH	1.2	uIU/mL	0.3 - 4.5
-----	-----	--------	-----------



مركز الأطباء التخصصي  
ARAB DOCTORS SPECIALIST CENTER

Tel:06-5544414, Fax:06-5544415, P.O.Box:25437, Sharjah,UAE  
www.arabdoctors.ae e-mail: info@arabdoctors.ae

ADSC  
مركز الأطباء التخصصي  
ARAB DOCTORS SPECIALIST CENTER

DEPARTMENT OF PATHOLOGY AND LABORATORY MEDICINE

MRD No. : 46621	Invoice Number : 109359
Name : . MALAK AYMAN	Date Received : 04/05/2020 10:38:30 AM
Age / Sex : 10 Yrs /Female	Date Performed : 05/05/2020 10:46:09 AM
Doctor : MEDICAL LABORATORY	
weight : 30	

REPORT

Test Name	Result	Unit	Reference Range
-----------	--------	------	-----------------

25 OH VITAMINE D TOTAL

17.48

ng/ml

Deficiency <10.0

Insufficiency 10-30

Sufficiency >30

Optimal 50-100

Toxicity >120

BIOCHEMISTRY

3 ml  
Pediatric  
Ror 2 months  
توب العنصر العنصر بعد شهرين  
Ror 1 month

131712020

OR 6 ml Pediatric  
Ror 1 month



مركز الأطباء التخصصي  
ARAB DOCTORS SPECIALIST CENTER

Tel:06-5544414, Fax:06-5544416, P.O.Box:25457, Sharjah,UAE  
www.arabdoctors.ae e-mail: info@arabdoctors.ae

ADSC

مركز  
الأطباء  
التخصصي  
ARAB DOCTORS SPECIALIST CENTER

DEPARTMENT OF PATHOLOGY AND LABORATORY MEDICINE

MRD No. : 46621  
Name : . MALAK AYMAN  
Age / Sex : 10 Yrs /Female  
Doctor : MEDICAL LABORATORY

Invoice Number : 109359  
Date Received : 04/05/2020 10:38:30 AM  
Date Performed : 05/05/2020 10:46:09 AM

REPORT

Test Name	Result	Unit	Reference Range
-----------	--------	------	-----------------

THYROID FUNCTION HORMONS

TSH	3.1	uIU/mL	0.7 - 6.4
-----	-----	--------	-----------



مركز الأطباء التخصصي  
ARAB DOCTORS SPECIALIST CENTER

Tel:06-5544414, Fax:06-5544415, P.O.Box:25457, Sharjah, UAE  
www.arabdoctors.ae e-mail: info@arabdoctors.ae



DEPARTMENT OF PATHOLOGY AND LABORATORY MEDICINE

MRD No. : 46619  
Name : . KENZY AYMAN  
Age / Sex : 15 Yrs /Female  
Doctor : MEDICAL LABORATORY

*weight : 56*

Invoice Number : 109357  
Date Received : 04/05/2020 10:39:39 AM  
Date Performed : 05/05/2020 10:31:16 AM

REPORT

Test Name	Result	Unit	Reference Range
-----------	--------	------	-----------------

BIOCHEMISTRY

25 OH VITAMINE D TOTAL	13.35	ng/ml	Deficiency <10.0 Insufficiency 10-30 Sufficiency >30 Optimal 50-100 Toxicity >120
------------------------	-------	-------	---

*5000 IU once /day*

*for 2 months -*



مركز الأطباء العرب التخصصي  
ARAB DOCTORS SPECIALIST CENTER

Tel:06-5544114, Fax:06-5544415, P.O.Box:25437, Sharjah, UAE  
www.arabdoctors.ae e-mail: info@arabdoctors.ae



DEPARTMENT OF PATHOLOGY AND LABORATORY MEDICINE

MRD No. : 46619  
Name : .KENZY AYMAN  
Age / Sex : 15 Yrs /Female  
Doctor : MEDICAL LABORATORY

Invoice Number : 109357  
Date Received : 04/05/2020 10:39:39 AM  
Date Performed : 05/05/2020 10:31:16 AM

REPORT

Test Name	Result	Unit	Reference Range
-----------	--------	------	-----------------

THYROID FUNCTION HORMONS

TSH	4.1	uIU/mL	0.3 - 4.5
-----	-----	--------	-----------