



File No:

Date: / /

Date: ... / ... / File Number: 1005468
Patient Name: Rihab Ahmed Ali
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1 / 1 / 67 Gender (الجنس): M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية)
Nationality (الجنسية): Jordan Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 0504456910
E-MAIL: How did you know about us:

Medical Condition الحالة الطبية	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 حديثاً؟	✓	نعم
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 أمراض؟	✗	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	✗	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	✗	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (فقر الدم)	✗	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تفسسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	✗	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	✗	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✗	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	✗	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	✗	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	✗	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	✗	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط	✗	



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

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية 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 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 الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 للملف صحيحة. و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن 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

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

التاريخ: ... / ... /

Patient Assesment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History: التاريخ المرضي:		
Allergies الحساسية:		
Medications الأدوية:		
Pregnancy الحمل:		
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (تعاطي الكحول): Y / N	Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

United Arab Emirates



دولة الإمارات العربية المتحدة

Resident Identity Card

بطاقة هوية مقيم



ID Number / رقم الهوية
784-1967-9539142-2



الإسم: رحاب احمد علي حلیمه

Name: Rihab Ahmad Ali Haleemah



Nationality: Jordan

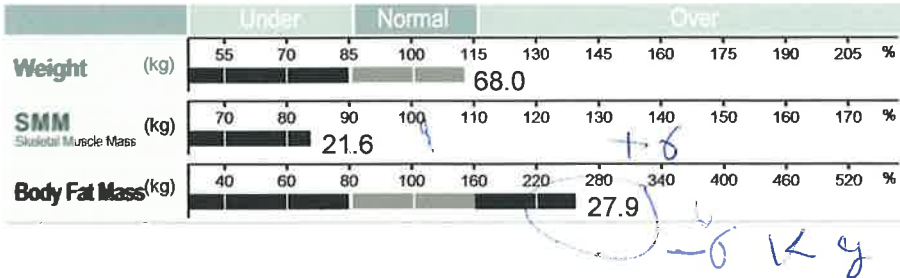
الجنسية: الأردن

ID 200817-1	Height 168cm	Age 44	Gender Female	Test Date / Time 17.08.2020. 11:30
----------------	-----------------	-----------	------------------	---------------------------------------

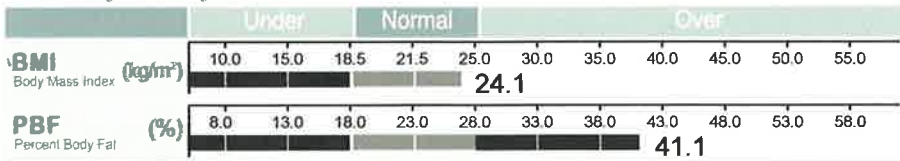
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	29.3 (30.9~37.7)
For building muscles	Protein	(kg)	7.8 (8.3~10.1)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	2.98 (2.86~3.50)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	27.9 (12.1~19.4)
Sum of the above	Weight	(kg)	68.0 (51.6~69.8)

Muscle-Fat Analysis



Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis

Left	1.93kg	83.9%	Normal
	18.9kg	90.7%	Normal
	6.50kg	89.4%	Under
	6.47kg	88.9%	Under
Right	2.03kg	88.3%	Normal
	14.3kg	250.2%	Over
	4.1kg	157.0%	Normal
	4.1kg	156.6%	Normal

Segmental Fat Analysis

Left	2.2kg	216.4%	Over
	14.3kg	250.2%	Over
	4.1kg	157.0%	Normal
	4.1kg	156.6%	Normal
Right	2.1kg	208.4%	Over
	14.3kg	250.2%	Over
	4.1kg	157.0%	Normal
	4.1kg	156.6%	Normal

* Segmental fat is estimated

Body Composition History

Weight (kg)	68.0
SMM (kg)	21.6

InBody Score

59 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight	60.6 kg
Weight Control	- 7.4 kg
Fat Control	- 14.0 kg
Muscle Control	+ 6.6 kg

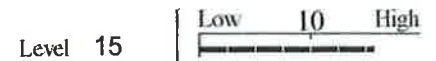
Obesity Evaluation

BMI	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Under	<input type="checkbox"/> Slightly Over	<input type="checkbox"/> Over
PBF	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Slightly Over	<input checked="" type="checkbox"/> Over	

Waist-Hip Ratio



Visceral Fat Level



Research Parameters

Fat Free Mass	40.1 kg
Basal Metabolic Rate	1236 kcal
Obesity Degree	112 % (90~110)
Recommended calorie intake	1629 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	120	Gateball	129
Walking	136	Yoga	136
Badminton	154	Table Tennis	154
Tennis	204	Bicycling	204
Boxing	204	Basketball	204
Hiking	222	Jumping Rope	238
Aerobics	238	Jogging	238
Soccer	238	Swimming	238
Japanese Fencing	340	Racketball	340
Squash	340	Taekwondo	340

* Based on your current weight

* Based on 30 minute duration

Impedance

	RA	LA	TR	RL	LL
Z(ω) 20 kHz	454.9	480.4	30.8	358.7	354.4
100 kHz	413.8	442.0	27.8	324.1	320.2



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 680.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-010882)

Date:17-08-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1005468 - rehab ahmed - 971504456910**

The sum of Dhs. **Six Hundred Eighty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **680.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date: **17-08-2020**

Being **lab test lipid profile + v.d + hba1c + mg + iron + v.b12**

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

Confirmed by : **1005468 - rehab ahmed - 971504456910**

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

www.omc1.ae