



Date: 17/11/2018

File Number: 1001200

Patient Name: Sara Mohamed

اسم المريض:

Date Of Birth: 25/3/1996

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) M / F

Nationality: Iraqi

Phone No. (رقم الهاتف): 0509962621

Address (العنوان): Sharqiyah

How did you know about us: Sister

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History		
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 اوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	نعم	
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 تعاليت من أي امراض؟	نعم	
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 النزوف أو تتعاطى أي مبيعت الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر 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 تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعالين 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 تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاليت من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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.

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

Date: ... / ... /



نموذج إقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حائتي 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 الطمينة.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حائتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقوي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 لدي قديمي الملف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحائتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
الوزن (kg): 70	الارتفاع (cm): 156
النبض (ppm):	الضغط (mmHg): /
	نوع الدم (Blood Type):
	السكر (Blood Sugar):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Try to loss weight but But it was very difficult.

التاريخ المرضي: Disease History	lyear Back.
الحساسية: Allergies	No.
الأدوية: Medications	Yes. (on 8 off.)
الحمل: Pregnancy	—
عمليات سابقة، الجراحات: Previous Surgeries, Hospitalization	Yes
التدخين: Smoking (Y/N)	Y/N
التعاطي الكحولي: Alcohol (Y/N)	Y/N
التعاطي العقاقير: Drugs (Y/N)	Y/N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

long time she is suffering from weight gain

File No: 17/11/18

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Blank lined area for writing the treatment plan.

Doctor's Signature and Stamp

.....

↓ 22kg 500g

ID 171118-1 | Height 155cm | Age 22 | Gender Female | Test Date & Time 17.11.2018. 17:56

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	(L)	28.4	(26.3~32.1)
For building muscles	(kg)	7.5	(7.0~8.6)
For strengthening bones	(kg)	2.86	(2.43~2.97)
For storing excess energy	(kg)	33.9	(10.3~16.5)
Sum of the above	(kg)	72.7	(43.9~59.5)

InBody Score

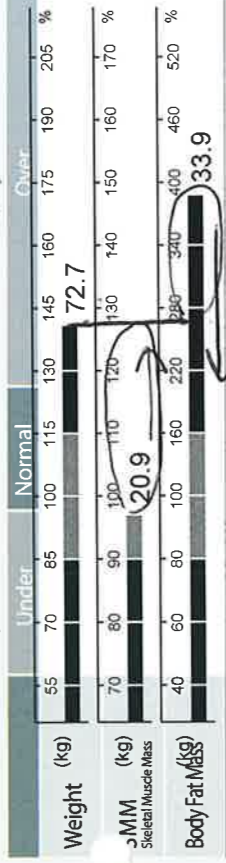
57 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 51.6 kg
 Weight Control -21.1 kg
 Fat Control -22.0 kg
 Muscle Control +0.9 kg

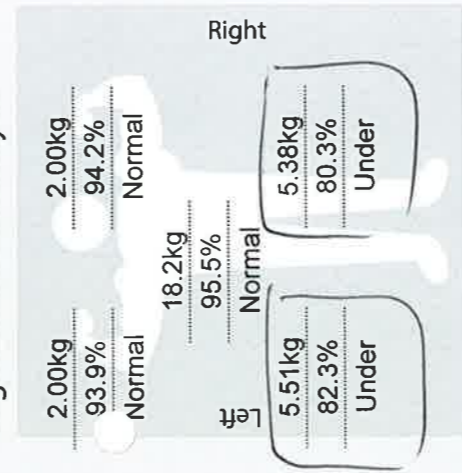
Muscle-Fat Analysis



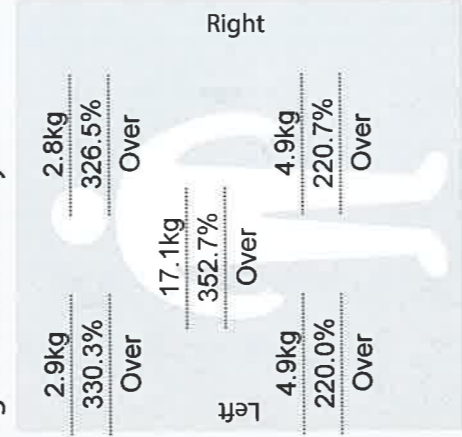
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	72.7	72.7
SMM (kg)	19.2	20.9
PBF (%)	51.3	46.6

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.97

Visceral Fat Level

Level 18

Research Parameters

Fat Free Mass 38.8 kg
 Basal Metabolic Rate 1209 kcal (1458~1700)
 Obesity Degree 141 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1724 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	128	Gateball	138
Walking	145	Yoga	145
Badminton	164	Table Tennis	164
Tennis	218	Bicycling	218
Boxing	218	Basketball	218
Mountain Climbing	237	Jumping Rope	254
Aerobics	254	Jogging	254
Soccer	254	Swimming	254
Japanese Fencing	364	Racketball	364
Squash	364	Taekwondo	364

* Based on your current weight

* Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(Ω) 20 kHz 413.8 414.0 23.0 310.2 293.5
 100 kHz 376.5 379.3 19.9 279.4 266.2