



Date: 10 / 2018

File Number: 1001288

Patient Name: Alaa Abdelaziz - Adakroun

إسم المريض:

Date Of Birth: 05 / 08 / 1992 Gender: M (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: Egypt (الجنسية):

Phone No. (رقم الهاتف): 054 3300 394

Address (العنوان): Shayjah

E-MAIL: How did you know about us: Facebook

| Medical History التاريخ الطبي  | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم التكرر بالتفصيل |
|--|-----------------|--|
| الحالة الطبية<br>Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟   | Yes             | For Period   |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟   | No              | (Pro Harmon.)  |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟   | No              | (PRO GILLUTON.)  |
| Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟   | X               | (4-5 Per week.)  |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | X               |  |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيدات للدم؟  | X               |  |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكيميا (فقر الدم)،  | X               |  |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، امراض اخرى   | X               |  |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟  | X               |  |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟   | X               |  |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى  | X               |  |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other فرحة صغوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟   | X               |  |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟  | X               |  |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟  | X               |  |
| Other conditions HIV...etc هل تعاطى من أي امراض أخرى؟ فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط etc   | X               |  |



### 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: ١٧/١٢/٢٠١٨

### 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 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 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 تفهم 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 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 انتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي للملف صحية و تفهم 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

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

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

| المؤشرات الحيوية Vital Signs |     |                            |     |
|------------------------------|-----|----------------------------|-----|
| Weight (الوزن):              | Kg  | Height (الطول):            | cm  |
| Pulse (النبض):               | ppm | Blood Pressure (ضغط الدم): | / / |
|                              |     | Blood Type (دم):           |     |
|                              |     | Blood Sugar (سكر الدم):    |     |

سبب زيارة المريض للعيادة  
 (weight) shape. for her thighs.

|   |                         |
|---|-------------------------|
| Disease History: التاريخ المرضي:                                  |                         |
| Allergies: الحساسية   | None                    |
| Medications: الأدوية  | —                       |
| Pregnancy: الحمل  | —                       |
| Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة، ادخال للمستشفى |                         |
| Smoking (التدخين): Y / N  | Y / N                   |
|   | Drugs (العقاقير): Y / N |

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة و السريرية

She is Normal but more exercise

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis



Treatment Plan خطة العلاج

Diet plan

ketogenic diet  
 30 days  
 B.F. (3) eggs + butter (1) tsp  
 or (Sausage) + (butter) (1) tsp + cream  
 or burger (gluten free butter) (1) tsp

lunch (7-8)

- Burger gluten free + Butter
- (2) slices
- salmon + broccoli + Butter
- (150gm) B.F. cooking

~~4/5 (Lemon + warm water)~~

Normal: Oat (1/2) cup + Peanut Butter (1/2) Tbsp  
 320 Almond 6 pcs + (1) cup of milk (GF)  
 8:30am (on) Omelette + Toast + cheese Feta / serv.  
 400 (on) quinoa + 1 Boiled egg + Feta cheese  
 1/4 cup of (1/3 milk) 1 serv.  
 Doctor's Signature and Stamp  
 (S) apple or hummus (2) Pcs. Crackers (1) serv.

1 day of cup of milk  
 230  
 Lunch \* Chick Breast (1/4) + Broccoli + mashed potato + Veg  
 (500-600) steak 1 Full hand + Brown pasta + Broccoli  
 (250) 120gm  
 10:30 P (S) Yogurt low fat (Skimmed + lemon) + (2) half eggs Boiled  
 \* 2 chicken  
 \* Broccoli  
 \* Corn



REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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            | Alaa Abdelaziz,Eldakrouri,Farag,,Eldakrouri | IDN:              | 784199293203602 | Mother Name:      |   |
| Name (Ar)       | الاء عبدالعزيز الدكروري, فرج, الدكروري      | Card Number:      | 088618473       | Mother Name (Ar): |   |
| Title:          |   | Nationality:      | EGY             | Family ID:        |   |
| Title(Ar):      |   | Nationality (Ar): | مصر             |                   |   |
| Issue Date:     | 15/04/2018                                  | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 06  |
| Expiry Date:    | 11/04/2020                                  | Date of Birth:    | 05/08/1992      | Sponsor Name:     | القاسمي ومشاركونه المحلطة والإستشارات القانونية |
| Marital Status: | 02  | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 00  |
| Residency Type: | 02  | Residency Number: | 20120182152194  | Residency Expiry: | 11/04/2020                                      |
| ID Type:        | IL  | Occupation:       | 2423            | Occupation Field: | 00  |



Photo

Signature Image

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

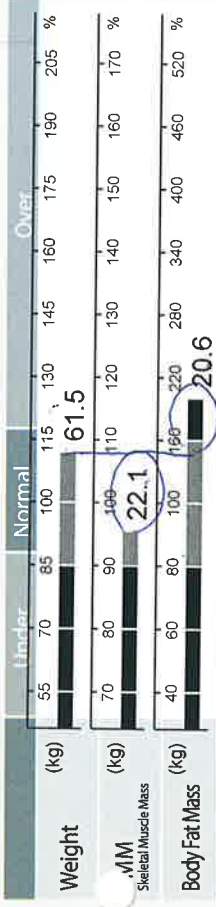
12/8/2018

ID 081218-1 | Height 160cm | Age 26 | Gender Female | Test Date & Time 08.12.2018. 16:15

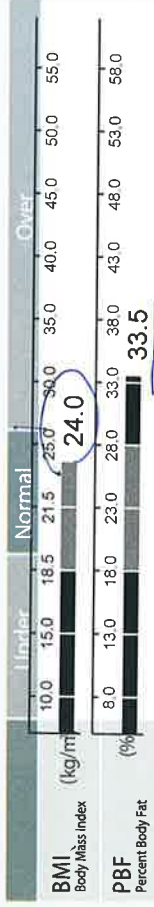
## Body Composition Analysis

|                               |                      |                    |
|-------------------------------|----------------------|--------------------|
| Total amount of water in body | Total Body Water (L) | 29.9 ( 28.0~34.2 ) |
| For building muscles          | Protein (kg)         | 8.0 ( 7.5~9.1 )    |
| For strengthening bones       | Minerals (kg)        | 2.99 ( 2.59~3.17 ) |
| For storing excess energy     | Body Fat Mass (kg)   | 20.6 ( 11.0~17.6 ) |
| Sum of the above              | Weight (kg)          | 61.5 ( 46.8~63.3 ) |

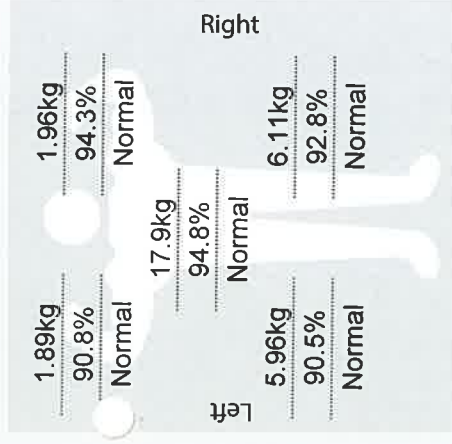
## Muscle-Fat Analysis



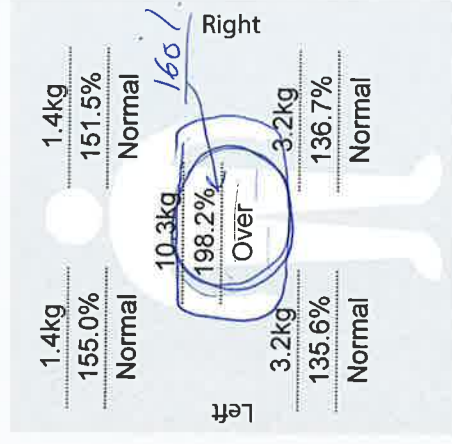
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

|             |      |
|-------------|------|
| Weight (kg) | 61.5 |
| SMM (kg)    | 22.1 |
| PBF (%)     | 33.5 |

## InBody Score

**71** / 100 Points

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

## Weight Control

Target Weight 55.1 kg  
 Weight Control -6.4 kg  
 Fat Control -7.9 kg  
 Muscle Control +1.5 kg

## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

## Waist-Hip Ratio

0.87

## Visceral Fat Level

Level 9 (Low 10 High)

## Research Parameters

Fat Free Mass 40.9 kg  
 Basal Metabolic Rate 1254 kcal ( 1291~1495 )  
 Obesity Degree 112 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 1620 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

|                   |     |              |     |
|-------------------|-----|--------------|-----|
| Golf              | 108 | Gateball     | 117 |
| Walking           | 123 | Yoga         | 123 |
| Badminton         | 139 | Table Tennis | 139 |
| Tennis            | 185 | Bicycling    | 185 |
| Boxing            | 185 | Basketball   | 185 |
| Mountain Climbing | 201 | Jumping Rope | 215 |
| Aerobics          | 215 | Jogging      | 215 |
| Soccer            | 215 | Swimming     | 215 |
| Japanese Fencing  | 308 | Racketball   | 308 |
| Squash            | 308 | Taekwondo    | 308 |

\*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

Z(δ) 20 kHz | 409.8 427.6 23.6 286.8 300.0  
 100 kHz | 372.6 389.3 20.2 258.5 271.0