



Date: 22/12/2018

File Number: 1001341

Patient Name: Nancy Tahir

إسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 6/8/1986

Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): Egypt

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Theja.h

Phone No. (رقم الهاتف): 058 584548

E-MAIL: high164@ooc

How did you know about us: Facebook

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سكرويدات أو مثبطات للمناعة؟	✓	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟		Cesarean birth
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 مميعتات للدم؟	✓	only during pregnancy
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	✓	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other فرحة صغوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	✓	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتزا، فيروس الحلا النسيط	✓	



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 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 تزيدي بالعلاج الأسهل 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 لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية 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 الالام 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 قمتي للملف صحيحة و اتفهم ان اي معلومات تتناق بحالتي الصحية ستتبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان 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 بكامل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs		
Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): 164 cm	Blood Type (دم):
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم): /	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

to loss in her arms size

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

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

weight gain in the arms

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	(L)	34.4	(29.4~36.0)
For building muscles	(kg)	9.1	(7.9~9.7)
For strengthening bones	(kg)	3.56	(2.73~3.33)
For storing excess energy	(kg)	37.6	(11.6~18.5)
Sum of the above	(kg)	84.7	(49.1~66.5)

InBody Score

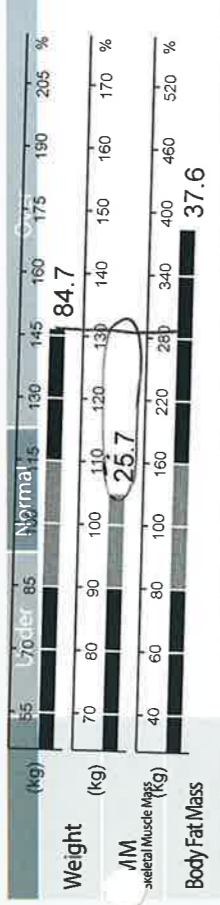
59 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 61.1 kg
 Weight Control -23.6 kg
 Fat Control -23.6 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Muscle-Fat Analysis



Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

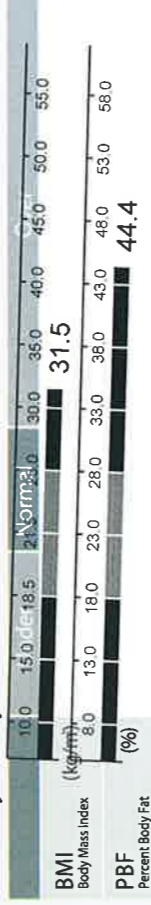
Waist-Hip Ratio

0.95 (Normal range: 0.75-0.85)

Visceral Fat Level

Level 18 (Normal range: Low-10-High)

Obesity Analysis



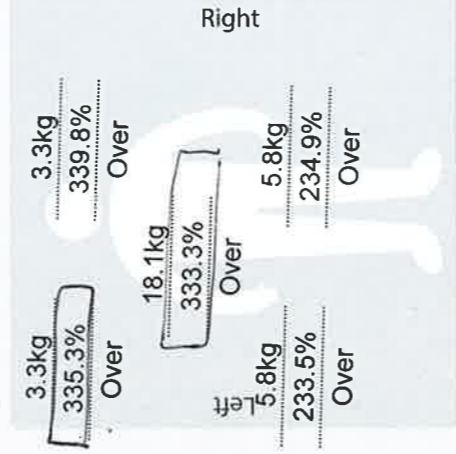
Research Parameters

Fat Free Mass 47.1 kg
 Basal Metabolic Rate 1387 kcal (1638~1920)
 Obesity Degree 146 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1854 kcal

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Calorie Expenditure of Exercise

Golf 149 Gateball 161
 Walking 169 Yoga 169
 Badminton 191 Table Tennis 191
 Tennis 254 Bicycling 254
 Boxing 254 Basketball 254
 Mountain Climbing 276 Jumping Rope 296
 Aerobics 296 Jogging 296
 Soccer 296 Swimming 296
 Japanese Fencing 424 Racketball 424
 Squash 424 Taekwondo 424

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

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see more detail.
 * Segmental fat is estimated results interpretation in more detail.



Body Composition History

Weight (kg)	25.7
SMM Skeletal Muscle Mass (%)	44.4
PBF Percent Body Fat	

Impedance

Z(Ω) 20 kHz | 399.1 375.3 21.9 249.8 253.7
 100 kHz | 365.7 344.0 19.2 225.7 229.5