

File No.: 1002646

Date: 6/8/2019

Date: 6/8/2019 File Number: 1002646  
 Patient Name: Jenan firas  
 Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 9/7/2013 Gender: M / F  
 Nationality (الجنسية): S.K.A.  
 Address: A.J.M.A.  
 E-MAIL: B.K.A.L.E.Z@G.M.A.I.L.C.A.M.

اسم المريض: جنان فيراس  
 (الحالة الاجتماعية): طالب  
 Phone No. (رقم الهاتف): 588688646  
 How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition			
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للدفاع؟		لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	انيميا	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى		لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى		لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		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.

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 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 نكر في العصف 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لتتاج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي. كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات 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 الملف الصحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / ٢٠١٨



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  
Weight gain

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

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis





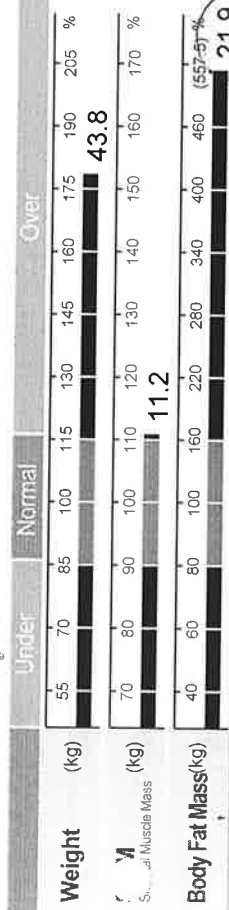


ID 060819-1 | Height 125cm | Age 6.1 | Gender Female | Test Date / Time 06.08.2019. 17:09

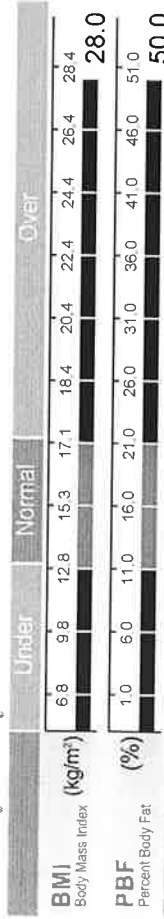
## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	<b>Total Body Water</b>	(L)	16.2 ( 13.6~16.6 )
For building muscles	<b>Protein</b>	(kg)	4.3 ( 3.7~4.5 )
For strengthening bones	<b>Minerals</b>	(kg)	1.36 ( 1.26~1.54 )
For storing excess energy	<b>Body Fat Mass</b>	(kg)	21.9 ( 3.1~6.3 )
Sum of the above	<b>Weight</b>	(kg)	43.8 ( 20.8~28.2 )

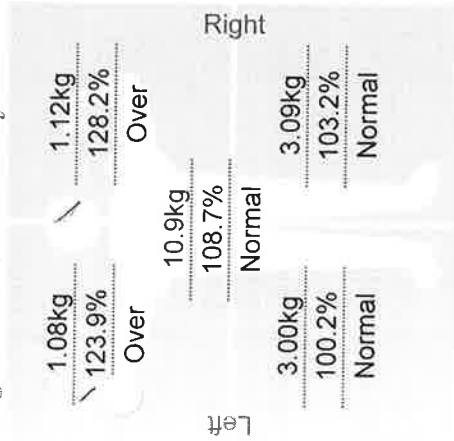
## Muscle-Fat Analysis



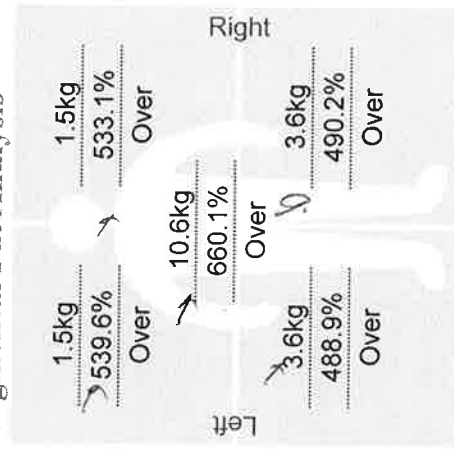
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

<b>Weight</b> (kg)	43.8
<b>SMM</b> (kg)	11.2
<b>PBF</b> (%)	50.0

## InBody Score

64 / 100 Points

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

## Weight Control

Target Weight 26.1 kg  
 Weight Control -17.7 kg  
 Fat Control -17.7 kg  
 Muscle Control 0.0 kg

## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over

PBF  Normal  Slightly Over  Over

## Waist-Hip Ratio

0.78 (Target: 0.75, 0.85)

## Visceral Fat Level

Level 12 (Target: Low, 10, High)

## Research Parameters

Fat Free Mass 21.9 kg  
 Basal Metabolic Rate 843 kcal ( 1085~1244 )  
 Obesity Degree 179 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 1774 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	77	Gateball	83
Walking	88	Yoga	88
Badminton	99	Table Tennis	99
Tennis	131	Bicycling	131
Boxing	131	Basketball	131
Mountain Climbing	143	Jumping Rope	153
Aerobics	153	Jogging	153
Soccer	153	Swimming	153
Japanese Fencing	219	Racketball	219
Squash	219	taekwondo	219

\* 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(45) 20 kHz | 389.2 402.4 36.1 272.6 285.0  
 100 kHz | 351.3 363.8 30.3 244.1 254.4