



File No: ١٥٥ 29 40

Date: 24/9/2019

Date: 24/9/2019	File Number: ١٥٥ 29 40
Patient Name: A. Almadani	اسم المريض: السيد أحمد المداني
Date of Birth: ١٥/١٠/١٩٨٠	التاريخ الميلاد: 15/10/1980
Nationality: كويتية	Marital Status: (الحالة الاجتماعية): متزوج
Address: Al-Rasheed - Kuwait	Phone No. (رقم الهاتف): 9564436789
E-MAIL: Almadani@hotmail.com	How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
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 تعاني من أي أمراض؟	لا	زائدة دورية ٢٠١٥
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف القلب، عيب قلب خلقي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لويميا (نقر الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، 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 حبل؟ هل تخططين أي منتج للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 الصداع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض 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.

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 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 لنجاح العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محسوبة للعصوات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحي الملف صحية و أتفهم ان اي 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 شرحها 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):

الشه

التاريخ: ١٩.٨.٢٠١٩

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Consultation

Disease History: التاريخ المرضي:	No.
Allergies: الحساسية	
Medications: الأدوية	
Pregnancy: الحمل	
Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة، إدخال المستشفى	Entered
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N
	Drugs (المخدرات): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

under weight. (muscle to develop)

الفحص Examination

BGA -

الصور الشعاعية Radiography

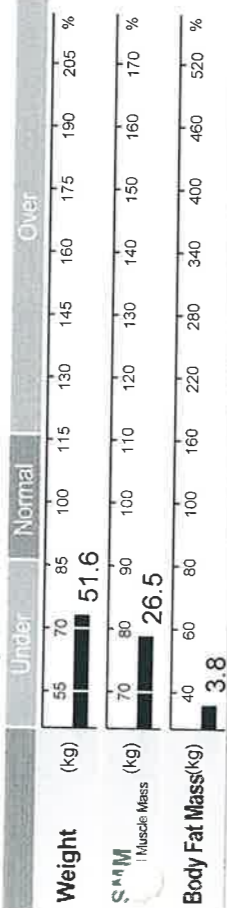
التشخيص Diagnosis

ID 240919-1 | Height 179cm | Age 36 | Gender Male | Test Date / Time 24.09.2019. 16:39

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	35.1 (39.6~48.4)
For building muscles	Protein (kg)	9.5 (10.6~13.0)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.17 (3.66~4.48)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	3.8 (8.5~16.9)
Sum of the above	Weight (kg)	51.6 (59.9~81.1)

Muscle-Fat Analysis



SS

InBody Score

61 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 70.4 kg
Weight Control + 18.8 kg
Fat Control + 6.7 kg
Muscle Control + 12.1 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.76

Visceral Fat Level

Level 1

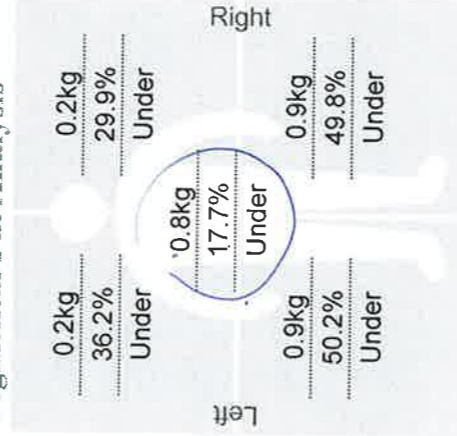
Research Parameters

Fat Free Mass 47.8 kg
Basal Metabolic Rate 1402 kcal (1223~1412)
Obesity Degree 73 % (90~110)
Recommended calorie intake 2552 kcal

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



* Segmental fat is estimated.

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	91	Gateball	98
Walking	103	Yoga	103
Badminton	117	Table Tennis	117
Tennis	155	Bicycling	155
Boxing	155	Basketball	155
Mountain Climbing	168	Jumping Rope	181
Aerobics	181	Jogging	181
Soccer	181	Swimming	181
Japanese Fencing	258	Racketball	258
Squash	258	Taekwondo	258

* 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(α) 20 kHz 420.8 444.0 27.6 311.3 303.1
100 kHz 378.0 399.2 22.9 278.7 273.0

Body Composition History

Weight (kg)	51.6
SMM Skeletal Muscle Mass (kg)	26.5
PBF Percent Body Fat (%)	7.4