



File No:

Date: 19 / July 2020

Date: ... / ... /

File Number: 1003834

Patient Name: Khuloud Khalid Alshamsi

اسم المريض:

Date Of Birth: 04 / July 93

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): M / (F)

Nationality: (الجنسية): V.A.E.

Occupation: (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 05447771171

E-MAIL: K.u.a.e.7@hotmail.com

How did you know about us:

| التاريخ الطبي Medical History | | |
|---|--------------------|---|
| الحالة الطبية Medical Condition | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديداً؟ | ✓ | |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ | ✓ | |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | ✓ | |
| Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟ | ✓ | |
| 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 مميعات الدم؟ | ✓ | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لويميا (فقر الدم) | ✓ | |
| 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 او امراض بولية او تناسلية؟ | ✓ | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع 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 قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟ | ✓ | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او أي امراض في الجهاز العصبي؟ | ✓ | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟ | ✓ | |
| Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc | ✓ | |



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 لتتائج 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 مصاحبة الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحتي للملف الصحية و اتفهم 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 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: ٢٠١٧ / ١٩ / ١٩

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | | |
|-----------------|-----|-----------------------------|----|-------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (نمىة الدم): | |
| Pulse (النمى): | ppm | Blood Pressure (مىظف الدم): | / | Blood Sugar (سكر الدم): | |

سبب زياره المريض للعيادة Chief Complaint

(weight gain)

التاريخ المرضي: Disease History

low Blood Press

الحساسيه Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقه , ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): ~~Y~~ / ~~N~~

Alcohol (الكحول): ~~Y~~ / ~~N~~ Drugs (مخاطف): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp



.....

United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة
Identity Card بطاقة هوية

رقم الهوية / ID Number
784-1993-1735174-2

الإسم: خلود خالد إبراهيم القناص
الشامسي
Name: Khuloud Khalid Ibrahim Alqannas
Alshamsi

الجنسية: الإمارات العربية المتحدة
Nationality: United Arab Emirates



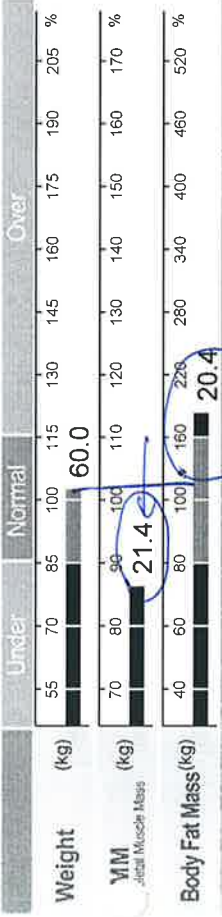
| | | | | |
|----------|--------|-----|--------|-------------------|
| ID | Height | Age | Gender | Test Date / Time |
| 200119-1 | 165cm | 27 | Female | 19.01.2020, 16:47 |

Body Composition Analysis

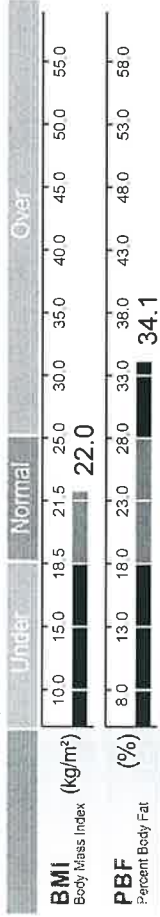
| | | | | |
|-------------------------------|------------------|------|------|---------------|
| Total amount of water in body | Total Body Water | (L) | 29.0 | (29.8~36.4) |
| For building muscles | Protein | (kg) | 7.7 | (8.0~9.8) |
| For strengthening bones | Minerals | (kg) | 2.87 | (2.75~3.37) |
| For storing excess energy | Body Fat Mass | (kg) | 20.4 | (11.7~18.7) |
| Sum of the above | Weight | (kg) | 60.0 | (49.7~67.3) |

59.5

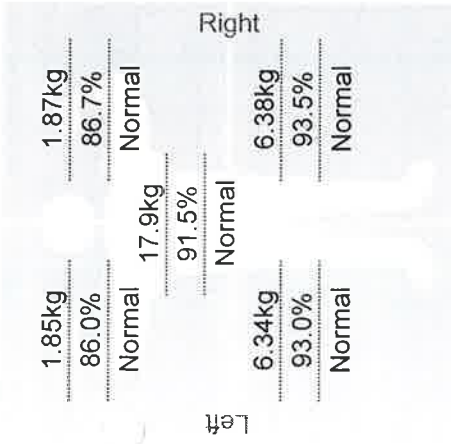
Muscle-Fat Analysis



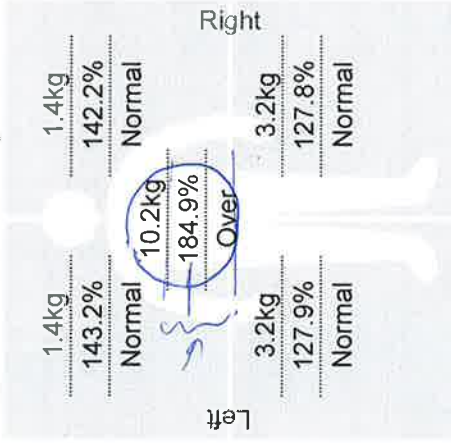
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

| | |
|-------------|------|
| Weight (kg) | 60.0 |
| SMM (kg) | 21.4 |
| PBF (%) | 34.1 |

InBody Score

68 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 58.5 kg
 Weight Control - 1.5 kg
 Fat Control - 7.0 kg
 Muscle Control + 5.5 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.90

Visceral Fat Level

Level 9

Research Parameters

Fat Free Mass 39.6 kg
 Basal Metabolic Rate 1224 kcal
 Obesity Degree 103 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1638 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

| | | | |
|------------------|-----|--------------|-----|
| Golf | 106 | Gateball | 114 |
| Walking | 120 | Yoga | 120 |
| Badminton | 136 | Table Tennis | 136 |
| Tennis | 180 | Bicycling | 180 |
| Boxing | 180 | Basketball | 180 |
| Hiking | 196 | Jumping Rope | 210 |
| Aerobics | 210 | Jogging | 210 |
| Soccer | 210 | Swimming | 210 |
| Japanese Fencing | 300 | Racketball | 300 |
| Squash | 300 | Taekwondo | 300 |

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

Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(Ω) 20 kHz 445.7 449.6 30.4 321.3 325.8
 100 kHz 403.0 407.0 26.1 292.5 295.9

* Segmental fat is estimated.