



File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number: 1005131

Patient Name:

Moza Jassim Saïf

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 20/4/1981

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): GAE

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 056.802.2805

Address (العنوان): Ghanem Al-Qudus

E-MAIL: moza.jassim.alqudus@gmail.com

How did you know about us:

| التاريخ الطبي Medical History | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|
| Medical Condition | 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 حديثاً؟ | ✓ | لا |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبطات للمناعة؟ | X | |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | X | |
| Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟ | X | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | X | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات الدم؟ | X | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | X | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى | X | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ | X | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منتج للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | X | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى | X | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | X | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | X | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | ✓ | |
| Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتير، 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.

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 تعيين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قد بقي للملف صحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للإسترداد

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

| | | |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| التاريخ المرضي: Disease History | | |
| الحساسية: Allergies | | |
| الأدوية: Medications | Glucophage 1000 | |
| الحمل: Pregnancy | | |
| عمليات سابقة، دخول المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization | | |
| التدخين (Smoking): Y / N | الكحول (Alcohol): Y / N | أدوية (Drugs): Y / N |

الملاحظات العامة والسيرية General & Clinical Findings

D.M , ↑

الفحص Examination

B.A

الصور الشعاعية Radiography

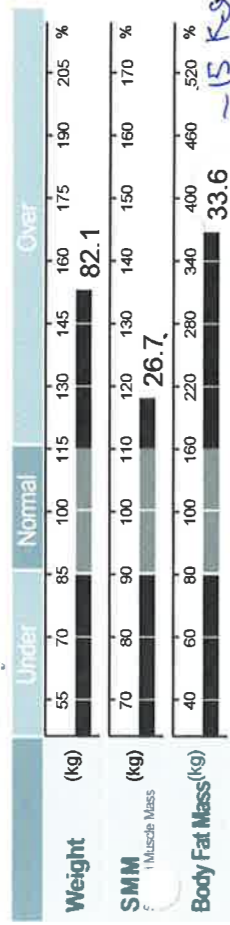
التشخيص Diagnosis

ID 200706-1 | Height 158cm | Age 39 | Gender Female | Test Date / Time 06.07.2020. 15:54

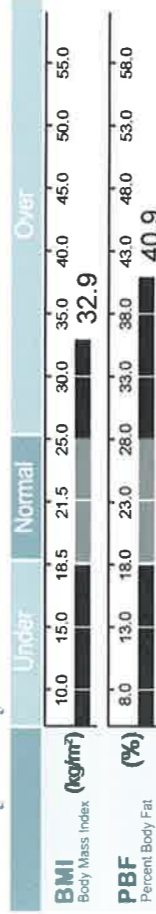
Body Composition Analysis

| | | |
|-------------------------------|----------------------|--------------------|
| Total amount of water in body | Total Body Water (L) | 35.6 (27.4-33.4) |
| For building muscles | Protein (kg) | 9.5 (7.3-8.9) |
| For strengthening bones | Minerals (kg) | 3.38 (2.53-3.09) |
| For storing excess energy | Body Fat Mass (kg) | 33.6 (10.7-17.2) |
| Sum of the above | Weight (kg) | 82.1 (45.6-61.8) |

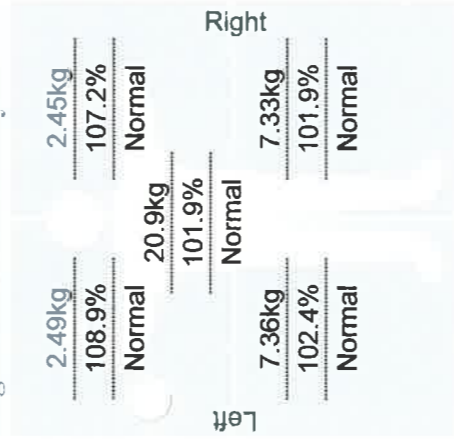
Muscle-Fat Analysis



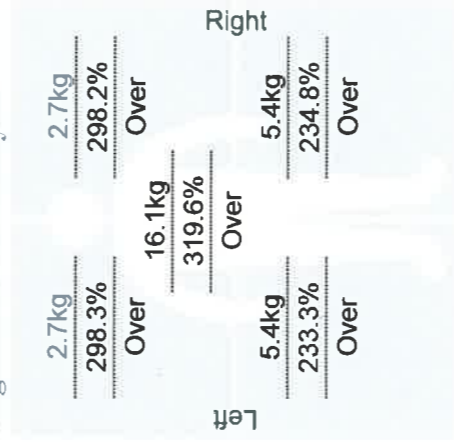
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



* Segmental fat is estimated.

Body Composition History

| | |
|-------------|------|
| Weight (kg) | 82.1 |
| SMM (kg) | 26.7 |

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 | 63.0 kg |
| Weight Control | - 19.1 kg |
| Fat Control | - 19.1 kg |
| Muscle Control | 0.0 kg |

Obesity Evaluation

| | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BMI | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Under <input type="checkbox"/> Slightly Over <input checked="" type="checkbox"/> Over |
| PBF | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Slightly Over <input checked="" type="checkbox"/> Over |

Waist-Hip Ratio

0.88

Visceral Fat Level

Level 15

Research Parameters

| | |
|----------------------------|------------------|
| Fat Free Mass | 48.5 kg |
| Basal Metabolic Rate | 1418 kcal |
| Obesity Degree | 153 % (90-110) |
| Recommended caloric intake | 1730 kcal |

Calorie Expenditure of Exercise

| | | | |
|------------------|-----|--------------|-----|
| Golf | 145 | Gateball | 156 |
| Walking | 164 | Yoga | 164 |
| Badminton | 186 | Table Tennis | 186 |
| Tennis | 246 | Bicycling | 246 |
| Boxing | 246 | Basketball | 246 |
| Hiking | 268 | Jumping Rope | 287 |
| Aerobics | 287 | Jogging | 287 |
| Soccer | 287 | Swimming | 287 |
| Japanese Fencing | 411 | Racketball | 411 |
| Squash | 411 | Taekwondo | 411 |

* Based on your current weight

* Based on 30 minute duration

Impedance

| | | | | | |
|-------------|-------|-------|------|-------|-------|
| Z(Ω) 20 kHz | RA | LA | TR | RL | LL |
| 100 kHz | 329.6 | 323.3 | 20.5 | 205.7 | 201.0 |
| | 297.6 | 293.2 | 17.3 | 185.2 | 181.0 |