



File No: 1005547

Date: 24/8/2020

Date: 24/8/2020

File Number: 1005547

Patient Name: Anas Mohal Alcha

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 23/1/81 Gender (الجنس): (M) / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): متزوج

Nationality (الجنسية): سورية Occupation (الوظيفة): مستشار

Address (العنوان): السرايا - بعباس Phone No. (رقم الهاتف): 6899925

E-MAIL: How did you know about us:

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

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 لنتائج 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 أدرك 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 صحيحة. و أتفهم أن أي 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 (معن هم دون السن القانونية):

التاريخ: 2016/10/20

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

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

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radlography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

3

Doctor's Signature and Stamp

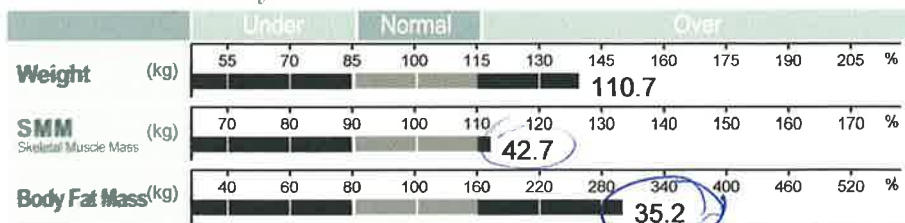
.....

ID	Height	Age	Gender	Test Date / Time
200824-1	190cm	39	Male	24.08.2020. 18:18

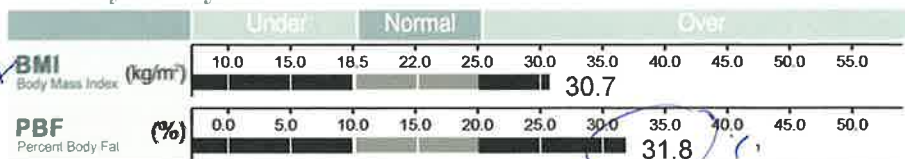
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	55.4 (44.6~54.6)
For building muscles	Protein	(kg)	14.8 (12.0~14.6)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	5.30 (4.13~5.05)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	35.2 (9.5~19.1)
Sum of the above	Weight	(kg)	110.7 (67.5~91.3)

Muscle-Fat Analysis



Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis

Left	4.33kg	103.7%	Normal
Right	4.46kg	106.8%	Normal
Left	33.1kg	99.5%	Normal
Right	12.36kg	106.3%	Normal
Right	12.47kg	107.3%	Normal

Segmental Fat Analysis

Left	2.7kg	383.3%	Over
Right	2.7kg	371.8%	Over
Left	18.8kg	373.3%	Over
Right	4.8kg	232.5%	Over
Right	4.8kg	235.2%	Over

* Segmental fat is estimated

Body Composition History

Weight (kg)	110.7
SMM (kg)	42.7

InBody Score

66/100 Points

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

Weight Control

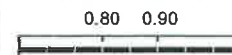
Target Weight	88.8 kg
Weight Control	- 21.9 kg
Fat Control	- 21.9 kg
Muscle Control	0.0 kg

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	

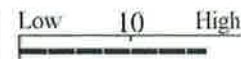
Waist-Hip Ratio

1.04



Visceral Fat Level

Level 16



Research Parameters

Fat Free Mass	75.5 kg
Basal Metabolic Rate	2000 kcal
Obesity Degree	139 % (90~110)
Recommended calorie intake	2883 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	195	Gateball	210
Walking	221	Yoga	221
Badminton	250	Table Tennis	250
Tennis	332	Bicycling	332
Boxing	332	Basketball	332
Hiking	361	Jumping Rope	387
Aerobics	387	Jogging	387
Soccer	387	Swimming	387
Japanese Fencing	554	Racketball	554
Squash	554	Taekwondo	554

*Based on your current weight

*Based on 30 minute duration

Impedance

	RA	LA	TR	RL	LL
Z(Ω) 20 kHz	289.7	299.3	23.6	222.8	224.6
100 kHz	257.7	268.4	20.5	201.0	203.2