



File No: 1005558

Date: 24/8/2020

Date: 24/8/2020

File Number: 1005558

Patient Name: Ibtissam El Kebbay اسم المريض: إبتيسام القبباج

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 4/5/2000 Gender (الجنس): M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية) .....

Nationality (الجنسية): ..... Occupation (الوظيفة): ..... لا شيء

Address (العنوان): الدار رقة الدخاون Phone No. (رقم الهاتف): 0557399073

E-MAIL: ..... How did you know about us: .....

Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثا؟	أ	
Cortisteroids/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؟	أ	كورتيزون
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)، لوكيميا (فقر 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 انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع 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 الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط	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 بالملاج 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 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 أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو القورم أو الزيف 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 الأطلاع عليها دون موافقتي

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

أنا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

التاريخ: ... / ... / .....

## Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

### Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

### Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

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

### General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

#### Examination الفحص

#### Radiography الصور الشعاعية

#### Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....





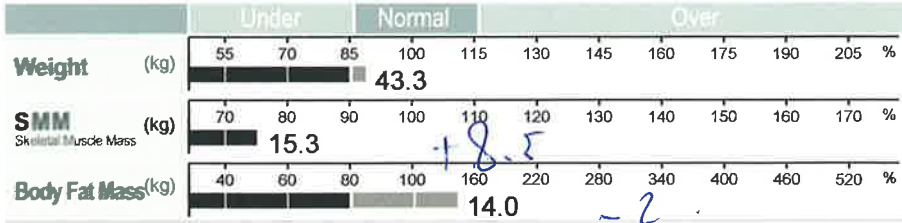


ID	Height	Age	Gender	Test Date / Time
200824-3	151cm	20	Female	24.08.2020. 19:56

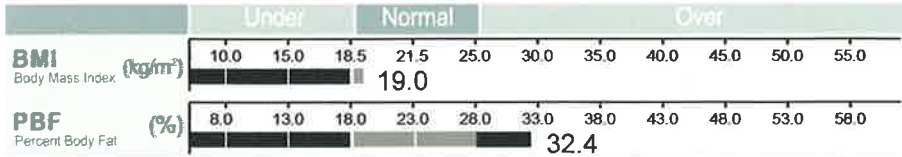
## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	<b>Total Body Water</b>	(L)	21.5 ( 24.9~30.5 )
For building muscles	<b>Protein</b>	(kg)	5.8 ( 6.7~8.1 )
For strengthening bones	<b>Minerals</b>	(kg)	2.05 ( 2.31~2.83 )
For storing excess energy	<b>Body Fat Mass</b>	(kg)	14.0 ( 9.8~15.7 )
Sum of the above	<b>Weight</b>	(kg)	43.3 ( 41.7~56.3 )

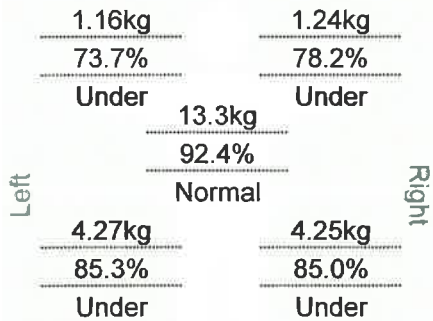
## Muscle-Fat Analysis



## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



\* Segmental fat is estimated

## Body Composition History

<b>Weight</b> (kg)	43.3
<b>SMM</b> (kg)	15.3

## InBody Score

**69**/100 Points

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

## Weight Control

Target Weight	49.1 kg
Weight Control	+ 5.8 kg
Fat Control	- 2.7 kg
Muscle Control	+ 8.5 kg

## Obesity Evaluation

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

## Waist-Hip Ratio



## Visceral Fat Level



## Research Parameters

Fat Free Mass	29.3 kg
Basal Metabolic Rate	1002 kcal
Obesity Degree	88 % ( 90~110 )
Recommended calorie intake	2148 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	76	Gateball	82
Walking	87	Yoga	87
Badminton	98	Table Tennis	98
Tennis	130	Bicycling	130
Boxing	130	Basketball	130
Hiking	141	Jumping Rope	152
Aerobics	152	Jogging	152
Soccer	152	Swimming	152
Japanese Fencing	217	Racketball	217
Squash	217	Taekwondo	217

\*Based on your current weight

\*Based on 30 minute duration

## Impedance

	RA	LA	TR	RL	LL
<b>Z(Ω) 20 kHz</b>	475.6	500.8	34.4	372.2	369.7
<b>100 kHz</b>	432.9	459.3	30.7	335.2	333.6