



रोगी का नाम/Patient's Name

पता/Address
पता

आयु/Age.
अंश/पांशं
In/Pat Reg.
एकक/Unit

लिंग/Sex

डॉ० का नाम/Doctor's Name

व्यवसाय/
Occupation

3/0/23

Date and Time of Admn.
आद्यक्षर/Initials

इलाज का आदेश
Treatment Orders

तारीख
Date

दिनचर्या
Daily

Same call,

To
The Dept of Deane
Text Lab

Respected Sir,

This is regarding pt -

Unit - 17 -

Raj, 546m/m

U: 14687

admitted

(Isolation)

is microbiologically confirmed TB & where
thinness & see stunting & ~~for~~ & Pichthyotic skin

Regards
DOD
Sharma

भारत सरकार / Govt. of India
 कलावती सरन बाल चिकित्सालय : नई दिल्ली
 KALAWATI SARAN CHILDREN'S HOSPITAL : NEW DELHI
 दैनिक शीट / DAILY SHEET

क०स०वा०चि०
 KSCH-55

रोगी का नाम / Patient's Name

लिंग / Sex

आयु / Age.
 अ०रो०प०स०
 In/Pat Reg.
 एकक / Unit

पता / Address

डॉ० का नाम / Doctor's Name

व्यवसाय / Occupation

3/6/23
 Date and Time of Admn.
 आद्यक्षर / Initials

राक फिन गल

इलाज का आदेश
 Treatment Orders

तारीख
 Date

दिनचर्या
 Daily

To
 The Dept of ENT
 UMMC

ENT call

Regards,

This is regarding Pt
 admitted in 5y6m
 (Isolation) in popliteal lymph node

Ref: CR: 14687,
 Unit II - cubicle 6
 examined T/S (A)

kindly examine and give opinion

deprels

SON

SR

20/3/15



015
180L of 150L
hr in 1000L

300
180L for phys 45 - 2045 - date

T leg 2.5 mg 145

m. phos 40 180, 20 days

T. 1000 25 mg 180
73 days → 180

R/w report.

Chaf

DR. [Name] MD
Department of Ophthalmology
Assistant to Prof. Hospital
New Delhi - 110001



भारत सरकार
GOVT OF INDIA

वी.एम.एम.सी. एवं सफदरजंग अस्पताल नई दिल्ली-110029
V.M.M.C & SAFDARJUNG HOSPITAL, NEW DELHI-110029
(दूरभाष telephone 011-26730000, 26165060)



UHID: 26220867675

CENSUS YUG ROOM NO: 529, TOKEN NO: 13

उपस्थिति: MON, TUE, WED, THU, FRI, SAT
LAST VISIT DATE: 27-12-2022

FHR ID: 2200673007004763

OUT PATIENT RECORD
Revised

Department: Skin

Dept No.: 2022/075/0070592

Date of Registration: 27-12-2022 09:30:04 AM

Unit: I

Age: 5Y

Billing Type: General

Mobile No: *****132

Address: ROHAN NAGAR, South Delhi, DELHI, INDIA

Patient Type: NON MLC

Fee: 0.00

Sex: Male

S/O MULDER

Email:

Occupation: OTHER

Prepared by: Mr. RITANISHI DEO OPD

Atopic Eczema

Notes

- ① Atopic Lotion LA PD
- ② Syrup Tacrine (2.5mg/5ml)
1 tsp OD

A/A 1 week

Dr. Vishvesh Chandra
Dermatologist
V.M.M.C & S.J.H. Hospital
New Delhi - 110029



भारत सरकार
GOVT. OF INDIA
वी.एम.एम.सी. एवं सफदरजंग अस्पताल, नई दिल्ली-110029
V.M.M.C. & SAFDARJUNG HOSPITAL, NEW DELHI-110029
(दूरभाष Telephone : 011-26730000, 26165060)



UHD: 20220867675

CONSULTING ROOM NO : 457, TOKEN NO : 15
Clinic ENT
Days: TUE, THU, SAT

OUT PATIENT RECORD

EHR ID : 2200023907901764

Name : GAST, R. R. J
Department : ENT
Dept No. : 2022/057/0057665
Date of Registration : 27-12-2022 09:29:15 AM
Unit : 1
Age : 5Y
Billing Type : General
Mobile No : *****132
Address : ROHAN NAGAR, South Delhi, DELHI, INDIA
Patient Type : NON B.C.C

Fee : 0.00
Sex : Male
S/O MULDEN
Email :
Occupation : OTHER
Prepared by : Mr. RITASINGH DEO OPD

451
PTA

B/c ear discharge ⊕

SA

- e/o oflox dx 2° OI
XIS

- syp ur2 3ml 4x

- s/w ofu r

इंडियन मेडिकल एसोसिएशन (आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग) सदस्यों के लिए महत्वपूर्ण सूचना
माननीय "राज्य न्यायालय दिल्ली" के अनुसार-इंडियन मेडिकल एसोसिएशन के व्यक्तियों जिनकी पारिवारिक आय प्रतिमाह परिवार है, हेतु अभिचिह्नित
निजी अस्पतालों द्वारा उपलब्ध कराए जा रहे निःशुल्क उपचार का लाभ लेने के लिए संबंधित अस्पताल से संपर्क करके वे संबंधित जानकारी प्राप्त करने के लिए तब तक की शुरुआत करनी चाहिए।
कृपया उपचार कर रहे चिकित्सक से संपर्क करके वे संबंधित जानकारी प्राप्त करने के लिए तब तक की शुरुआत करनी चाहिए।
अधिक जानकारी के लिए कृपया नोटिफिकेशन देखें अथवा प्रधारी-ओपीडी (बाह्य रात्री) संचालित
26707461 नोडल अधिकारी/सीएमजी-प्रधारी-कीव्यूली (मरी) रोगियों के मामले में। कृपया उपलब्ध है।

Dr. NAVIN KARAN
ENT
New Delhi-110029

डॉ० राम मनोहर लोहिया अस्पताल, नई दिल्ली
DR. RAM MANOHAR HOSPITAL, NEW DELHI

सूक्ष्म जीव विज्ञान विभाग
DEPARTMENT OF MICROBIOLOGY

P-144

735
05/04

NAME *MS*

आयु
AGE *5*

लिंग
SEX *M*

OPD/WARD No.
1032013454

बहिरंग रोगी विभाग/वार्ड
OPD/WARD

बिस्तर सं.
BED No.

यूनिट
UNIT

NATURE OF SPECIMEN

(L) Ear swab

नमूने लेने की तारीख और समय
DATE & TIME OF COLLECTION

INSTRUCTIONS REQUIRED

(L) Ear swab c/s

- 1. Presenting symptoms with duration
- 2. Previous reports on similar material with date & Lab. No.
- 3. Antibiotic therapy
- 4. Past diagnosis

DR. YASHI JARIYA
PG Resident
Department of Otorhinolaryngology
and Head Neck Surgery
RBM'S and Dr. RML Hospital
New Delhi - 110001

SIGNATURE & DESIGNATION

INCOMPLETE FORMS WILL NOT BE ACCEPTED

ENT

FOR LAB USE ONLY

CULTURE AND SENSITIVITY

	Clotrimazole	Amikacin	Netumicin	Cefotaxime	Ceftazidime	Ofloxacin	Lomefloxacin	Tobramycin	Vancomycin	Piperacillin
Stain 1-9										
Organism Grown										
1. <i>Staphylococcus aureus</i> grown	S									
2. kindly correlate clinically										
3.										

S Sensitive

Signature
Dr. Resident
Microbiology Deptt.
S & Dr. P.M.L Hospital New Delhi-110021

GOVERNMENT OF
DR. RAM MANOHAR LOHIA HOSPITAL, NEW DELHI

BIOCHEMISTRY - LAB REPORT

Name: RAJ	Age/Sex: 54/m	Date: 10/5/23
CR/REGD. No.: 134524	CGHS No.:	OPD/Wd: 134524
Clinical Diagnosis: P32-609 3rd stage		
Unit Incharge:	Signature: SD	

1. Blood Sugar :

F mg/dl (70-110)
 PP mg/dl (90-160)
 R mg/dl (70-140)

2. Kidney Function Test :

Urea mg/dl (15-45)
 Creatinine mg/dl (0.6-1.2)
 Uric Acid mg/dl (2.5-6.0)

3. Liver Function Test :

Total Bil mg/dl (0.2-1.2)
 Direct Bil mg/dl (0.1-0.3)
 In. D. Bil mg/dl (0.2-1.1)
 SGOT U/L (15-50)
 SGPT U/L (15-50)
 Alk. Phos U/L (50-130)
 GGT U/L (8-61M, 5-36F)

4. B. Proteins :

T Prot gm/dl (6.0-8.0)
 Albumin gm/dl (3.5-5.5)
 Globulin gm/dl (1.5-3.5)

5. Lipid Profile :

T Cholesterol mg/dl (130-230)
 HDL Chol mg/dl (30-65)
 DL Chol mg/dl (50-150)
 LDL Chol mg/dl (upto 40)
 Triglyceride mg/dl (50-200)

6. S. Electrolytes :

Sodium mmol/L (130-150)
 Potassium mmol/L (3.5-5.5)
 Chloride mol/L (95-110)
 Calcium mg/dl (8.5-10.5)
 Phosphorus mg/dl (2.5-5.5)

7. Cardiac Profile :

CPK U/L (50-200)
 CK-MB U/L (upto 25)
 LDH U/L (110-240)
 SGOT U/L (15-50)

8. Iron Profile :

T Iron ug/dl (60-150)
 TIBC ug/dl (250-400)
 UIBC ug/dl (150-250)
 Saturation % (20-35)

9. Others :

S Amylase U/L (30-110)
 S Lipase U/L (23-300)
 S Magnesium mg/dl (1.6-2.3)
 Ammonia (NH₄) umol/L (9-30)
 Lactate mmol/L (0.7-2.1)

102

20/11/14

20/11/14

20/11/14 9:30 am

part of 20/11/14

20/11/14

part of 20/11/14 - 20/11/14

part of 20/11/14

part of 20/11/14

20/11/14

20/11/14

20/11/14



DR. RAM MANOHAR LOHIA HOSPITAL, NEW DELHI - 110001

PH: 011-23404040, 23365525

OPD Registration Card

Prepared by: PUNJAJITRAJ SINGH



OPD Reg No. 20200000000000000000

CASE ALTY

Book Date

23.04.2020 11:00 AM
 11/11/20
 11/11/20
 11/11/20

Dept Reg No. 20200000000000000000

Specialty

General

MR. NAME

MAHARAJ

Age

5

From Diagnosis

W/40 Echinic
 ↓
 follow up in
 audiology OPD
 twice OPD
 used spec

no fever & Swell
 op discharge from Aft ear
 - pus discharge
 X 5-6 months
 ? chronic OM

Adv

- Refer to ENT-OPD

Note: You can get OPD appointment and print opt slip at home through online registration system (ORS) - on.gov.in
 Always bring this card with you when you come to Hospital.
 Smoking is injurious to your & Others Health
 The Facility of referral of ENT Patients to private hospitals for their treatment is available here
 For more information visit our website: www.rmlh.com

You can consult your doctor through telemedicine from your home for more detail please visit www.rmlh.com

DX-D600
AGFA

Chc. AP Supine

806082

DR. RAM MANOHAR LOHIA HOSPITAL, NEW DELHI.

11/05/2023 01:24:02 AM



TB Bacteriology Request Form

3401

Nucleic Acid Amplification Test (NAAT)

Lab serial: _____ Test ID: _____

Type of test: CBNAAT TrueNa

Samples: A B

M. Tuberculosis: Detected Not Detected Indeterminate N/A

Rif Resistance: Detected Not Detected Indeterminate N/A

Test: No Result Invalid Error Error Code: _____ (Please arrange for)

Date tested: 1/6/23 Date Reported: 1/6/23 Reported by: _____ (Name & Sign)

Laboratory Name: NIRT

Genotype (LJ, D.C.)

Lab Sr. No. Negative Positive

Test ID: _____

NTM (write species): _____

Date tested: _____ Date Reported: _____

Laboratory Name: _____

Reported by: _____ (Name & Sign)

First line LPA Lab serial: _____

Drug	Resistant detected	Final Interpretation
Rifampicin ®	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Inferred <input type="checkbox"/> No	If yes, R should not be given
Isoniazid (Kat G)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Inferred <input type="checkbox"/> No	If yes, H(h) should not be given
Isoniazid (Inh A)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Inferred <input type="checkbox"/> No	If yes & Eto, H(h) should not be given

Date tested: _____ Date Reported: _____

Laboratory Name: _____

Reported by: _____ (Name & Sign)

Second line LPA Lab serial: _____

Direct Indirect Valid Invalid

Drug	Resistant detected	Final Interpretation
Levofloxacin	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Inferred <input type="checkbox"/> No	If yes, Lfx should not be given
Moxifloxacin (h)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Inferred <input type="checkbox"/> No	If yes, Lfx & Mfx (h) should not be given
Amikacin	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Inferred <input type="checkbox"/> No	If yes, Am should not be given
Kanamycin	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Inferred <input type="checkbox"/> No	If yes, Km should not be given

Date tested: _____ Date Reported: _____

Laboratory Name: _____

Reported by: _____ (Name & Sign)

Drug Susceptibility Test (DST) results

Lab Sr. No.	1st Line drugs					SLI		Mfx (0.5)	Mfx (1)	PAS	Lzd	Clz	Clf	Azi	Bdg
	R	H (0.1)	H (0.4)	Z	E	S	Km								

Date tested: _____ Date Reported: _____

Laboratory Name: _____

R: Resistant, S: Susceptible; C: Contaminated; - Not done

Reported by: _____ (Name & Sign)

Other Test for TB diagnosis

Test (Please Specify): _____

Result: _____

Date tested: _____ Date Reported: _____

Laboratory Name: _____

Reported by: _____ (Name & Sign)



Regd. No. 2021

ABHISHIKHA TRUST

S. No.....

Date: 02.10.2023...

सेवा में

श्री मान ट्रस्टी महोदय जी

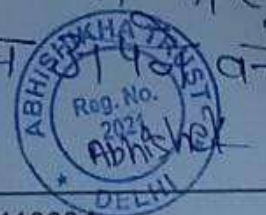
ABHISHIKHA TRUST

G-3, Gali No 7 Pusta
Sonia Vihar, Delhi - 110094

महोदय,

मैरा नामाशु रिहिया देवी है मैरे बच्चे का नाम राज है। उसकी उम्र 5 वर्ष डाक्टर ने उसे टी वी और पीफ्टो में इन्फेक्शन बताया है। ये इन्फेक्शन उसके पूरे शरीर में फैल गया है। उसकी हालत बहुत खराब होली जा रही उसके कंकड़े खराब हो रहे हम उसका इलाज करने में असमर्थ है। NGO वालों ने हमारी मदद की है उनसे भी हमारी मदद की जाय जिससे हम उस बच्चे को बचा पाये।

धन्यवाद



रिहिया देवी





भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण

Unique Identification Authority of India



पता:

अर्धांगिनी: बुन्देल चौहान, आगत, धीरा, हलसी, धीरा,
लखीसराय,
बिहार - 811315

Address:

W/O: Bundel Chauhan, AGAT, DHIRA,
HALSI, Dhira, Lakhisarai,
Bihar - 811315



3144 6683 5458

VID : 9145 4537 2682 2597



1947



help@uidai.gov.in



www.uidai.gov.in



भारत सरकार

Government of India



Download Date: 24/01/2021



रितिया देवी

Ritiya Devi

जन्म तिथि/DOB: 01/01/1979

महिला/ FEMALE

Issue Date: 20/06/2018

3144 6683 5458

VID : 9145 4537 2682 2597

मेरा **आधार**, मेरी पहचान