



कलावती सारन बाल चिकित्सालय : नई दिल्ली
KALAWATI SARAN CHILDREN'S HOSPITAL : NEW DELHI

रोगी का नाम Patient's Name	उम्र/Age.	लिंग/Sex	Sahil 1 year / Male Unit 2 / Cub 1 29421
	अं.रे.नं./In Pat Reg. No.		
	एकक/Unit		
पता/Address	डॉ. का नाम/Doctor's Name		
	राष्ट्र/Nationality	धर्म/Religion	
	संस्था का नाम/Institution	सं.प.प. स्थिति/Status	
	आय/Income		
	आपात/Emergency		
व्यवसाय/Occupation CGHS	फोन नं./Tel. No.	समय/Time	
	समय/Date	Time of Adm.	
	इत्यादि/Initials		

रिपोर्ट विवरण
Clinical Notes

दिनांक/Date: 8/11/24

Bedside CXR

विकिरण परीक्षा
X-Ray Examination of

3
100g

~~17955~~



रिपोर्ट
REPORT

विकिरण संख्या
X-RAY NO.

प्लेट नं.
PLATE NO.

19862
6/11/21

ओ. पी. डी. पर्ची / OUT PATIENT TICKET

क.स.च.म. 13 (सुधोभिन्न)
KSCM-13 (Improved)

कलावती सरन बाल अस्पताल, नई दिल्ली
KALAWATI SARAN CHILDREN'S HOSPITAL, NEW DELHI

दिनांक / Date.....

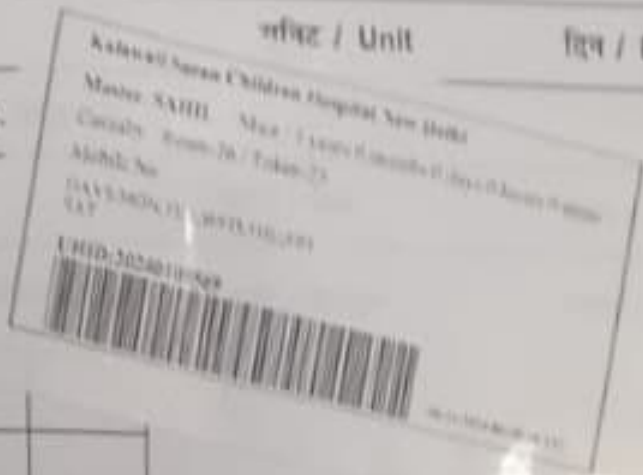
सविट / Unit

दिन / Day

ओ. पी. डी. पंजी. सं. / O.P.D.

नाम / Name

टीकाकरण विवरण / Immuniz:



हेपेटाइटिस-बी, पोलियो Hep-B, OPV at Birth	
बी सी जी BCG	
डी पी टी, पोलियो, हेपेटाइटिस-बी DTP, Polio, Hep-B 1 st	
डी पी टी, पोलियो, हेपेटाइटिस-बी DTP, Polio, Hep-B 2 nd	
डी पी टी, पोलियो, हेपेटाइटिस-बी DTP, Polio, Hep-B 3 rd	
खसरा एवं विटामिन ए Measles Vitamin-A	
एमएमआर MMR	
डी पी टी, पोलियो (1 बूस्टर खुराक) DTP, Polio (1 Booster)	
टाइफाइड का टीका Typhoid	
डी पी टी / ओ पी जी (2 बूस्टर) DTP, Polio (2 Booster)	
अन्य Others	

Fast Breathing } x 2-3 days
Cough }
not passing stool x 2 day
Abdominal Distension x 7 days

Abnormal size of throat
(increasing gradually) since
Birth

o/e

Hr = 126/min

Rr = 42/min

Temp = Adjustable

Urbt = B/L A/G + w

B/L Wk 2020. ant

SE.R ant

SpO₂ 96% + P.A.

दिनांक / Date.....

डॉक्टर के हस्ताक्षर / Signature of Doctor

ओ.पी.डी. पंजीकरण सं.
O.P.D. Reg. No.

प्रारम्भिक निदान पर्चा
Provisional Diagnosis Slip

केवल अस्पताल के प्रयोग के लिए
For Hospital Use Only

DEPARTMENT OF IMMUNOHEMATOLOGY & BLOOD TRANSFUSION
LADY HARDINGE MEDICAL COLLEGE & ASSOCIATED HOSPITALS
KALAWATI SARAN CHILDREN HOSPITAL
 License No. 982/85, Telephone No. 011-23408270
TRANSFUSION REQUISITION / ISSUE FORM

Blood required on Date 7/11/24 Time 11:30 AM Routine Urgent Immediate (Without crossmatch) (Please Tick)

REQUIREMENTS	WHOLE BLOOD	PACKED CELLS	FRESH FROZEN PLASMA (FFP)	PLATELETS		OTHER
				RDP	SDP	
		<u>80ml RRC</u>				

Patient's Name Sahil Age Sex 2y/M Ward/Bed U2/2
 Hospital Registration No. 29674 Father's/Husband Name Dhanendra

Undertaking/Replacement Donor (Donor Card No.) Underway
 Doctor In-Charge Dr. V. Singh Name of Transfusing Doctor Dr. Hunan
 Diagnosis / Indication for Transfusion (Specify) Hb - 6.78 (see above)

Obstetric history (in female patients) _____ APTT _____
 Patient's Hb 6.78 Platelet Count 390 $\times 10^3$ PT

H/O Previous Transfusion: Yes <input type="checkbox"/> No, If Yes <input checked="" type="checkbox"/>		Types of Components/ Whole Blood	ABO/Rh Group of units transfused	Adverse Reaction if any
Date	No. of units transfused			

Special Comments of Transfusing Doctor, if any: _____

Please ensure that

CONSENT OF THE PATIENT/GUARDIAN HAS BEEN TAKEN FOR TRANSFUSION.
 Sample drawn by Dr. Hunan Date 7/11/24 Sign & Stamp of Medical Officer _____
 Name & Designation of Medical Officer Dr. Hunan, PC 1
 Medical Registration No. 77821 Contact No. 6205842068

COMPATIBILITY AND ISSUE FORM (FOR BLOOD CENTRE USE ONLY)

Requisition form received by No Date _____ Tested by _____ Sign _____
 Patient's ABO Group & RhD B Neg Antibody screen _____

Cross Match Bag No.	Blood Group	Component	Antibody Screening	CROSS MATCH (SALINE AND COOMBS PHASE)	Cross Match done by			Issue No.	Issue By	
					Date	Time	Sign		Date	Time
<u>H-5263</u>	<u>B Neg Acc</u>				<u>7/11</u>			<u>17626</u>	<u>8/11</u>	<u>5:45 PM</u>

BLOOD CENTRE, LADY HARDINGE MEDICAL COLLEGE & ASSOCIATED S.S.K. & K.S.C. HOSPITAL
COMPATIBILITY REPORT
 LICENCE NO.: 982

BAG NO. H-5263

ISSUE NO. 17626

DATE OF ISSUE 8/11

DOE

MALARIA-NON RE



ICD-10 _____

District Civil Hospital
Casualty

N UHID: 414001419539

09/11/24 04:15 AM

Room: Emergency

Fee: Rs. 0.0

Date _____

Name _____

S/o, W/o, D/o _____

General BPL Address _____

Height _____

Pulse _____

Sahil 1 year, Male

Father Name: Dharmender

Mob: 9695740946

Gurugram, Haryana

DCH S10 Gurugram



Not for MLC Purpose

B.P. _____

Date	Provisional Diagnosis
------	-----------------------

Rx ~~Cl~~ Distended Abdomen
→ constipation

WT 2 5 kg

SpO2 2 97% Rx

PR 2 108 → 20 ticks and
stuck in

Temp 2 100°F

acc ↓ Sick
Adv → Refer to
SNH new Delhi
for gastro
opinion

Casualty Medical Officer
Civil Hospital, Gurugram

जन्म-मृत्यु का पंजीकरण 21 दिन के अन्दर करवाना जरूरी है।

कन्या भुण हत्या - कानूनन अपराध है।

DEPARTMENT OF IMMUNOHAEMATOLOGY & BLOOD TRANSFUSION
LADY HARDINGE MEDICAL COLLEGE & ASSOCIATED HOSPITALS

License No. 982

BLOOD/BLOOD COMPONENT ISSUE SLIP

Received on 7/11 Time 3:35 P For Blood Centre use Signature of technician [Signature]
To collect after [Signature] for

Please issue _____ (Qty) units of blood component _____
Patient's Name _____ Age/Sex _____
Hospital Regn. No. _____ Ward/Room (Bed) No. _____
Blood is required on Date _____ Time _____
Name, Designation & Sign. of MO _____
Medical Registration No. _____ Contact No. _____ Date _____ Time _____

क्लीनिकल हिमेटोलॉजी लैब
CLINICAL HAEMATOLOGY LAB

DEPARTMENT OF IMMUNOHAEMATOLOGY & BLOOD TRANSFUSION
LADY HARDINGE MEDICAL COLLEGE & ASSOCIATED HOSPITALS
License No. 982

BLOOD/BLOOD COMPONENT ISSUE SLIP

On 7/11/24 Time 11:40 AM For Blood Centre use
after 2 hour Signature of technician [Signature]

Name Jahil (Qty) units of blood component _____
Age/Sex 14/M
Regn. No. 29674 Ward/Room (Bed) No. U204
Required on Date _____ Time _____

Signature & Sign. of MO _____
Registration No. _____ Contact No. _____ Date _____



भारत सरकार

Government of India



धर्मन्द्र

Dharmendra

जन्म तिथि / DOB : 01/01/1991

पुरुष / Male



4291 9098 2764

मेरा आधार, मेरी पहचान



भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण

Unique Identification Authority of India

पता:

आत्मज: रामपाल, असालताबाद,
असलताबाद, कन्नौज, छिबरामऊ,
उत्तर प्रदेश, 209721

Address:

S/O: Rampal, asaltabad,
Asaltabad, Kannauj, Chhibramau,
Uttar Pradesh, 209721

4291 9098 2764



help@uidai.gov.in

www

www.uidai.gov.in

ABHISHIKHA TRUST

S. No...16.....

Date: ...10.../...11.../2024....

सेवा में

श्रीमान ट्रस्टी महोदय जी

अभिषिक्ता ट्रस्ट

G-3, Gali No. 7, पुस्ता

सोनिया विहार, Delhi-110034

महोदय जी,

मेरा नाम धर्मेंद्र है, मेरा बच्चा 1 साल का है। मेरे बच्चे को नीवर में इन्फेक्शन है बच्चे से। जिससे उसका नीवर खराब हो गया है और उसकी हालत बहुत खराब हो गई है। वो काफी महीनों से अस्पताल में ही है। उसका आपरेशन होना है। अगर उसका आपरेशन नहीं हुआ तो उसकी जान को खतरा है। हम बहुत गरीब हैं हमें मदद की जरूरत है। कृपया हमारी मदद करें।

धर्मेंद्र

