



GT x
DUCAT
Feel The

SUN

भारत सरकार / GOVT OF INDIA
लेडी हार्डिंग मेडिकल कॉलेज एवं सह अस्पताल
LADY HARDINGE MEDICAL COLLEGE & ASSOCIATED HOSPITALS
कलावती सरन बाल चिकित्सालय
KALAWATI SARAN CHILDREN'S HOSPITAL,
बांग्ला साहिब मार्ग, नई दिल्ली-110001 / BANGLA SAHIB MARG, NEW DELHI-110001
DEPT OF RADIO-DIAGNOSIS
X-RAY REQUISITION FORM

Kindly note: Doctor's signature and stamp is mandatory. Forms with Incomplete information will not be entertained strictly, leading to cancellation of the examination

Name of Patient	Age/ Gender	Registration No.	MLC/Non MLC
Ankush	6/9/14	1267	
Referred by	OPD/ Ward	Bed-Side Request	Date:
	Unit 2/5		17/1/20

Relevant Clinical Notes

Chest X-ray

Provisional Diagnosis

Signature of Medical Officer with Stamp.

X-ray Examination Requested (Please select the relevant option)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chest (PA/Lateral) | <input type="checkbox"/> Chest (AP/Lateral) | <input type="checkbox"/> Abdomen (Erect) |
| <input type="checkbox"/> Abdomen (Supine) | <input type="checkbox"/> Wrist/Hand (L/R-B/L) | <input type="checkbox"/> Forearm (L/R) |
| <input type="checkbox"/> Spine (Cervical) | <input type="checkbox"/> Spine (Thoracic) | <input type="checkbox"/> Spine (Lumbar) |
| <input type="checkbox"/> Pelvis | <input type="checkbox"/> Soft Tissue Neck (AP/Lateral) | <input type="checkbox"/> Skull/Facial Bones |
| <input type="checkbox"/> Extremities (Arm) (L/R-B/L) | <input type="checkbox"/> Extremities (Leg) (L/R-B/L) | <input type="checkbox"/> Foot/Ankle (L/R-B/L) |
| <input type="checkbox"/> Knee (L/R-B/L) | <input type="checkbox"/> Shoulder (L/R-B/L) | <input type="checkbox"/> Elbow (L/R-B/L) |

Additional Instructions:

Contrast Required: Yes No

Special Views required (e.g., Oblique, Lateral, Any other to be Specified):

Examination urgency (if any):

Instruction to be complied:

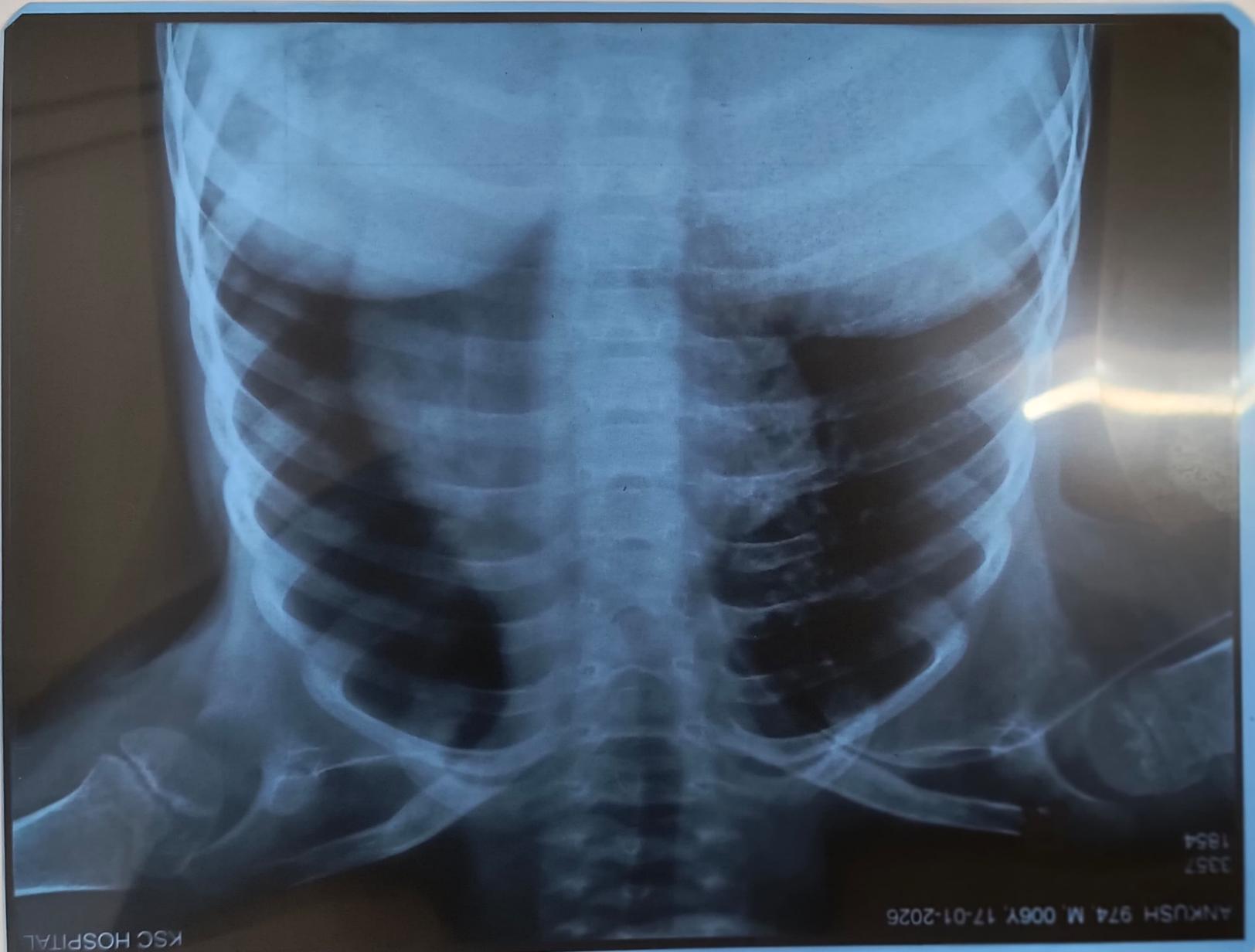
1. Patient must be accompanied by one attendant with all previous reports and in case of Special X-rays: patient must be accompanied by Doctor concerned.
2. Assent/Consent of patient/guardian/attendant must be obtained prior to examination.
3. For abdominal imaging, patient is requested to consume plenty of fluids.

Department Registration No.

869/12/1/26

Film No.

704



3357
1854

ANKUSH 974 M. 006Y. 17-01-2026

KSC HOSPITAL

Name
 Company
 Age
 Address

Patient ID
 Date of Birth
 Gender
 CAP 3 To complete 30

Sample No.

Sl. No.	Specimen	Result	Flag	Reference
1	Urine	Urine	L	1000 mg/dl
2	Urine	Urine		1000 mg/dl
3	Urine	Urine		1000 mg/dl
4	Urine	Urine		1000 mg/dl
5	Urine	Urine	L	1000 mg/dl
6	Urine	Urine		1000 mg/dl
7	Urine	Urine	H	1000 mg/dl
8	Urine	Urine	H	1000 mg/dl
9	Urine	Urine	H	1000 mg/dl
10	Urine	Urine	H	1000 mg/dl
11	Urine	Urine	H	1000 mg/dl
12	Urine	Urine		1000 mg/dl
13	Urine	Urine		1000 mg/dl
14	Urine	Urine		1000 mg/dl

Patient

Company

Address



Date

Page 1 of 2

Kendy Peter S

HOSPITAL

24 HRS. EMERGENCY LAB
 Abbott (WALSH) HEALTHCARE

Specimen ID: N
 Patient ID: 1107
 First Name: ANTON

Test: C2
 Gender: M
 Last Name:

Specimen: 49

Run Date/Time: 2001/0026 09:29 PM

Date of Birth:
 Sequence #: 0139
 Physician:

Age:

Collection:
 Location: U2
 Comments:

Test	Result	Flags	Units	Low	High
WBC	12.44	H	x10 ⁹ /L	4.30	13.40
RDW	16.90	H	%	11.00	17.00
HGB	8.80	L	g/dL	12.00	17.00
HCT	26.00	L	%	37.00	47.00
MCV	108.2	H	fL	71.3	87.0
MCH	80.2	L	pg	29.7	36.0
MCHC	14.2	L	g/dL	31.8	35.0
MPV	18.2	H	fL	12.2	14.0
PLATE	53.0	H	/L	34.0	42.0
PT	12.3	N	x10 ⁹ /L	10.0	14.0
APTT	31.5		s	25.0	35.0

Test	Result	Flags	Units	Low	High
WBC	12.44	H	x10 ⁹ /L	4.30	13.40
RDW	16.90	H	%	11.00	17.00
HGB	8.80	L	g/dL	12.00	17.00
HCT	26.00	L	%	37.00	47.00
MCV	108.2	H	fL	71.3	87.0
MCH	80.2	L	pg	29.7	36.0
MCHC	14.2	L	g/dL	31.8	35.0
MPV	18.2	H	fL	12.2	14.0
PLATE	53.0	H	/L	34.0	42.0
PT	12.3	N	x10 ⁹ /L	10.0	14.0
APTT	31.5		s	25.0	35.0

Messages
 Abnormal Diff
 Cellular interference
 Suspect DM

Cholesterol



Fluoroquinolone Acute Anemia
now admitted
E. F.N.

INVESTIGATION ADVISED

In

- BCLS
- Procal
- CBC
- AK+CRP

Plan
RBC transfusion

TREATMENT

Plan

- Aug Piprac 1.3g iv qd
- Aug Amikacin 100mg iv
- Aug Pen 9.24 hourly (1hr/1) 5ml PO SOS (14 days/10000)
- Gladly released
- V/H

Plan

PHYSICIAN DAILY SHEET

Patient's Name: _____ Age: _____ Sex: _____ CE No: _____

Day of Hospital Stay: _____

AS
IVF DMS (Kerfoc)
200 ml ivq. Shandy

AS

WBC
CD4
White Count
Hb
Hematocrit
PLT
Urea Nitrogen
Cr. / Creat
IGOT / SGPT
SGT
Al. Ph.
S. Potassium
S. Calcium
Phosphate
RBS
Urea Protein
CSF - M
B/C
Other (Specify)
PSMP
GEN I
NSI
S. W
HIV

दैनिक/दैनिकी रिपोर्ट

दिनांक

रोगी का नाम	आयु	पेशवा	CR No	रोग
Ankush	5y 1m		1267	U ₂ CS

दिनांक: 21/12/24
 Day of Hospital Stay

Feulop Aplastic Anemia,
 now admitted
 with FN

A/I - high grade fever spikes @ 103°F
 - headache (+)

Aloud - out today

orally allowed

Adv

- T. culture 25mg
 - 1 tab AC col
 - 1 tab complete (antibiotic)
 - 1 tab Nystatin

1A - 120 bpm

2A - 39°C

SpO₂ 98% JKA

RR - 24/minute

Chest - Bk NUBS clear

MA - SGTNTND

CNS JWNH

Dry pupils 1.3g IV
 q. 2 hourly

Dry Anikaku 10mg IV
 q. 24 hourly

Syp RM (125/5) 5ml
 PO SOS

orally allowed
 - T. culture 25mg 1 tab Monday
 - 1 tab AC col 1 tab Tuesday
 - 1 tab complete 1 tab Wednesday
 - 1 tab Nystatin 1 tab Thursday
 - V/M

Done

Detailed History

Italo - Aplastic Anemia

came with c/o fever x 1 day.

Chief complaints:

c/o cough & coryza x 1 day

Hx: Italo - pt. a kldo - Aplastic anemia - came
 c/o fever: today morning, documented 100.0
 of 1 apt chills not apt rigor, not apt rash
 4 spikes: today morning, relieved on
 medication

cough - was sudden in onset, dry in nature
 non paroxysmal, non spasmodic, not apt RTV
 not apt blood sputum, shortness of breath
 no h/o wheezing
 no h/o hemoptysis

Dietetic History

घरपर कुल परिवारिक आय Total Income of Family in Rs. _____	रुपये p.m.
परिवार के सदस्यों की संख्या Total number of family members.	

व्यक्तिगत आय - प्रति व्यक्ति आय रुपये
 ECONOMIC STATUS - Income per capital Rs. _____ p.m.

A	B	C	D

Hufufu Aplastic Anemia
now admitted
to J.N.

P

- BOCS
- Procal
- CBC
- APR+CRP

Plan
ROP transfusion

Hufu

- Aug Pipraz 1.3g iv q
Stat
- Aug Amikacin 140mg iv
- Aug Pen (118/1) q 24 hourly
5ml PO SOS
12 temp > 100°F
- daily albumin
- V/M

Boyer

कलावती सारन बाल चिकित्सालय
 KALAWATI SARAN CHILDREN'S HOSPITAL

बंगला सारन मार्ग, नई दिल्ली - 110001 / BANGLA SARAN MARG, NEW DELHI-110001
 बाल चिकित्सक अस्पताल, बंगला सारन बंगला सारन
 INPATIENT MEDICAL RECORD, DEPARTMENT OF PEDIATRICS

P-25

एन सी आई नं. C.I.R. No.	12-69	201514417
----------------------------	-------	-----------

नाम: ANIKUSH
 पिता का नाम: SUDHANU
 पता: [Blank]
 टेलीफोन नं. आवास: 7657902407
 एन सी आई नं. / C.I.R. No.: [Blank]

आवेशन की तिथि और समय: 4:12 PM
 डिस्चार्ज की तिथि और समय: [Blank]

प्रारंभिक निदान: 12/1/16
 अंतिम निदान: [Blank]

अंतिम निदान
 Final Diagnosis.....
 साथ-साथ ही होने वाले किसी भी अन्य निदान की तिथि
 Diagnosis of an accompanying disease and date
 जटिलता की तिथि एवं निदान
 Diagnosis of complication and date

IPD - DETACH

Barcode

Signature of Head of the Unit

1. Disease or condition directly leading to death
 (यदि मृत्यु का कारणात्मक कारण किसी इच्छित स्थिति में है)
 (Does not mean mode of dying e.g. Heart failure)
 पूर्वनिर्धारित कारण
2. Antecedent Causes
 (जिसकी वजह से उपरोक्त स्थिति में कोई निदान अथवा
 जो उपरोक्त कारण को बढ़ा रही है)
 (Morbid condition if any, giving rise to the
 above cause, stating the underlying condition)

1. I know that the condition of my child is serious
 मैं जानती हूँ कि मेरे बच्चे की स्थिति गंभीर है।
 2. I am willing for all investigation, operation & treatment.
 मैं सर्वेक्षण, सर्जरी और इलाज के लिए सहमत हूँ।
 3. I request no male person will stay with my child after 7 P.M.
 मैं अनुरोध करती हूँ कि कोई पुरुष व्यक्ति सात बजे के बाद नहीं रहेगा।

पिता/माता के हस्ताक्षर: प्रिया कुमारी
 Signature of Father/Guardian: Priya Kumari
 Sign of Head of the Unit

SYSTEMIC EXAMINATION

General appearance: Well

HEENT: Eyes: Normal, Vision: Normal, Pupils: Equal, Reacting

Ears: Normal

Nose: Normal

Throat: Normal

Cardiovascular: Normal

Respiratory: Normal

Abdominal: Normal

Genitourinary: Normal

Neurological: Normal

Skin: Normal

History

Present

Relief

10/10

10/10

10/10

10/10

Head

Neck

Chest

Abdomen

Genitourinary

Neurological

Systemic

Coordination

Provisional Diagnosis

S₁, S₂ x
NO MURMUR

B/L AEC
Chest clear

Soft, NT, NS



conscious alert
oriented

HR 144
RR 30/min
SpO₂ 100%
JKA
BP

NP
NP

Higher Function
Cerebral Waves
State of Menstrual Irritation
Tone
Power

2	2
2	2

HR - 144 bpm
RR - 30/min
SpO₂ - 100%
JKA
BP

⊖



ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ

Government of India



ਪ੍ਰਿਯਾ ਕੁਮਾਰੀ

Priya Kumari

ਜਨਮ ਮਿਤੀ/DOB: 12/05/2002

ਔਰਤ/ FEMALE

Issue Date: 28/07/2020

Download Date: 11/12/2020

4019 2809 6913

VID : 9179 5267 2978 4832

ਮੇਰਾ ਆਧਾਰ, ਮੇਰੀ ਪਛਾਣ



ਭਾਰਤੀ ਵਿਲੱਖਣ ਪਛਾਣ ਅਥਾਰਟੀ

Unique Identification Authority of India

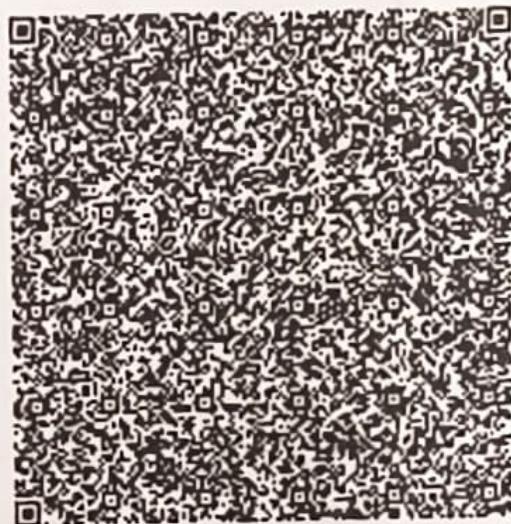


ਪਤਾ:

ਸਰਪਸਤ: ਸ਼ੁਭਮ ਕੁਮਾਰ, ਹਾਉਸ ਨੰਬਰ 458/4/640,
ਸਟ੍ਰੀਟ ਨੰਬਰ 1 ਨੂਜ਼ ਰਾਮ ਨਗਰ, ਸ਼ਰਮਾ ਟੇਲਰ ਦੇ ਨੇੜੇ,
ਗਿਆਸਪੁਰਾ, ਲੋਹਾਰਾ, ਲੁਧਿਆਣਾ,
ਪੰਜਾਬ - 141016

Address:

C/O: Shubham Kumar, house number
458/4/640, street number 1 new ram nagar,
near sharma tailor, giaspura, Lohora,
Ludhiana,
Punjab - 141016



4019 2809 6913

VID : 9179 5267 2978 4832



1947



help@uidai.gov.in



www.uidai.gov.in

ABHISHIKHA TRUST

Date: ...17.../...01.../2026....

S. No...31....

सेवा में
श्रीमान प्रो. एम. ए. मधोदय जी
आभिशिकहा ट्रस्ट
G-3, Gali No. 7, पुस्ता
सोनिया विहार, दिल्ली - 110094

मधोदय,

मेरा नाम प्रिया है मैं पंचाब की रहने वाली हूँ, मेरा बच्चा कुकुज
जो केवल पांच साल का है, उसे ब्लड की बीमारी है। उसे अल्ट्रासोनिक एग्जामिनेशन
है उसकी हालत बहुत खराब है। बी कल्याणती अस्पताल में चार-
महीने से भली है, इसे खून की इलाज हो रही है। उसकी
हालत में बहुत गंभीर है। इसके इलाज में हमने अपना सब कुछ
लगा दिया। अब हमारे पास कुछ नहीं बचा है। मेरे बच्चा का इलाज
के लिए आभिशिकहा ट्रस्ट ने हमारी बहुत मदद की है। आपकी
निर्बंदा है कृपया मेरे बच्चे के इलाज में मदद करें ताकि मेरा
बच्चा का इलाज हो सकें और वो ठीक हो सकें।

धन्यवाद
प्रिया

