



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 <i>Sufiyan</i>	Age/ Gender <i>8y 3m/M</i>	Registration No. <i>10746</i>	MLC/Non MLC <i>(MLC circled)</i>
Referred by <i>DOD</i>	OPD/ Ward <i>U2 5</i>	Bed-Side Request	Date: <i>6/5/26</i>

Relevant Clinical Notes
*Kidney B cell ALL (Hb)
now do fever / pain Abd*

Provisional Diagnosis *USG - w/A* Signature of Medical Officer with Stamp. *(Signature)*

X-ray Examination Requested (Please select the relevant option)
to look for focus of infect Stamp *NA*

- | | | |
|--|--|---|
| <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.

USG w/A
Dated: 13/5/26
(Signature)

Department Registration No. _____

Film No. _____

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

बंगला साहिब मार्ग, नई दिल्ली-110001 / BANGLA SAHIB MARG, NEW DELHI-110001

क्लीनिकल हिमेटोलॉजी लैब

CLINICAL HAEMATOLOGY LAB

नाम /Name

Suftyan

आयु /Age 8 y

लिंग/Gender M

C.R. No.

10746

Consultant

Ward/OPD

U25

Unit/Bed No.

Date/Time

11/5/26

Nature of Anticoagulant

EDTA/Citrate/Heparin/Nil

Diagnosis/History

CBC —

Signature of the Doctor

Today's Lab. Ref. No.

Time of Receipt

INCOMPLETE FORM IS NOT ACCEPTABLE

भारत सरकार / GOVT OF INDIA

Document ID: LHM...
Version 1

लेडी हार्डिंग मेडिकल कॉलेज एवं सह अस्पताल

LADY HARDINGE MEDICAL COLLEGE & ASSOCIATED HOSPITALS

कलावती सरन बाल चिकित्सालय

KALAWATI SARAN CHILDREN'S HOSPITAL

बंगला साहिब मार्ग, नई दिल्ली-110001 / BANGLA SAHIB MARG, NEW DELHI-110001

क्लीनिकल हिमेटोलॉजी लैब
CLINICAL HAEMATOLOGY LAB

नाम /Name *sufyan* आयु /Age *10y* लिंग/Gender *m*

C.R. No. *10746* Consultant

23/ Ward/OPD *425* Unit/Bed No.

Date/Time *08/5/26*

Nature of Anticoagulant EDTA/Citrate/Heaparin/Nil

Diagnosis/History

CBC

Signature of the Doctor

Today's Lab. Ref. No.

Time of Receipt

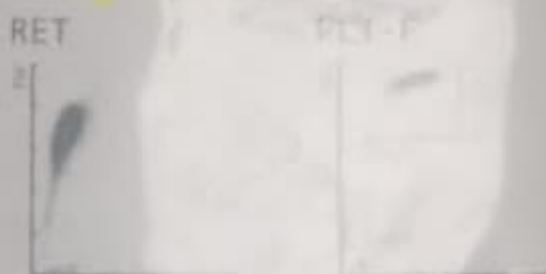
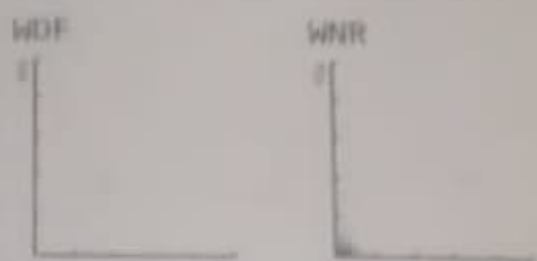
INCOMPLETE FORM IS NOT ACCEPTABLE

Sample No: 8746 SUFYAN WCS
 Patient ID: _____
 Name: _____
 Sample Comment: _____

Position: 11/05/2020 11:35:35 W
 Doctor: _____
 Birth: _____
 Sex: _____
 Nickname: XN-1888-1-A

Positive
 Diff. Morph. Count

WBC	0.14	[10 ³ /uL]		
RBC	1.70	[10 ⁶ /uL]		
HGB	5.5	[g/dL]		
HCT	16.9	[%]		
MCV	99.4	[fL]		
MCH	32.4	[pg]		
MCHC	32.5	[g/dL]		
PLT BF	36	[10 ³ /uL]		
RDW-SD	61.4	[fL]		
RDW-CV	17.0	[%]		
PDW	12.2	[fL]		
MPV	11.1	[fL]		
P-LCR	32.9	[%]		
PCT	0.04	[%]		
NRBC	0.00	[10 ³ /uL]	0.0	[%]
NEUT	0.04	[10 ³ /uL]	28.7	[%]
LYMPH	0.08	[10 ³ /uL]	57.1	[%]
MONO	0.01	[10 ³ /uL]	7.1	[%]
EO	0.01	[10 ³ /uL]	7.1	[%]
Baso	0.00	[10 ³ /uL]	0.0	[%]
IG	0.01	[10 ³ /uL]	7.3	[%]
RET	0.25	[%]	0.0043	[10 ⁶ /uL]
IRF	3.3	[%]		
LFR	96.7	[%]		
MFR	3.3	[%]		
HFR	0.0	[%]		
RET-He	35.2	[pg]		
IPF	2.3	[%]		



WBC-BF	[10 ³ /uL]	
RBC-BF	[10 ⁶ /uL]	
MV	[10 ³ /uL]	[%]
PMN	[10 ³ /uL]	[%]
TC-BF#	[10 ³ /uL]	

WBC IP Message

- Neutropenia
- Lymphopenia
- Leukocytopenia
- Blasts/Abn Lympho?
- Atypical Lympho?

RBC IP Message

Anemia

PLT IP Message

Thrombocytopenia

Nomochronia
Nonneoplastic anemia, leukocytopenia
As for Thrombocytopenia
Imp: Pancytopenia
Urgent P/S evaluation

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

अंतरंग चिकित्सा अभिलेख
INPATIENT MEDICAL RECORD

सी.आई.आर. सं. C.I.R. No.	10946
-----------------------------	-------

नाम Sebiyan आयु 8y 3m लिंग M एकक/वार्ड Uc
 Name Age Sex Unit/Ward

पिता का नाम Ahsan Yashmeen व्यवसाय _____
 Father's Name Occupation

पता _____ आय _____
 Address Income

पिन कोड _____ को.स.ब.वि. सेवा कार्ड सं. _____
 Pin Code C.G.H.S. Token No.

दूरभाष सं. 9528249857
 Telephone No.

दाखिले की तिथि और समय 9:43 AM छुट्टी/मृत्यु की तिथि और समय _____
 Date & Time of admission Date & Time of Discharge/Death

अस्थायी निदान _____ परिणाम _____
 Provisional Diagnosis RESULT

अंतिम निदान _____ अंतर्राष्ट्रीय कोड _____
 Final Diagnosis International Code

साथ-साथ हो जाने वाले रोगों का निदान _____
 Diagnosis of an accompanying disease

पेचीदगी की तिथि एवं निदान _____
 Diagnosis of complication and date



1. Disease or condition directly (न कि मृत्यु का तात्कालिक प्रायः पूर्ववत कारण)
 (Does not mean mode of dying e.g. पूर्ववत कारण)
2. Antecedent Causes (स्थिर बनी हुई अच्छी अवस्था में कोई विकार अवस्था जो तत्पुंक्त कारण को बढ़ा रही है)
 (Morbid condition if any, giving rise to the above cause, stating the underlying condition)

1. मैं यह जानता हूँ कि मेरे बच्चे की हालत नाजुक है।
 I Know that the condition of my child is serious
2. मैं अपनी इच्छा से जांच, आपरेशन और इलाज के लिए सहमत हूँ।
 I am willing for all investigation, operation & treatment.
3. मैं प्रार्थना करता हूँ कि मेरे बच्चे के साथ कोई पुरुष शाम सात बजे के बाद नहीं ठहरेगा।
 I request no male person will stay with my child after 7 P.M.

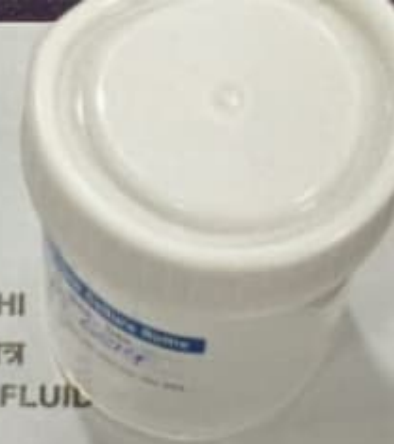
पिता/संरक्षक के हस्ताक्षर
 Signature of Father/Guardian [Signature] 3/5/26

कनिष्ठ रेजिडेंट के हस्ताक्षर
 Sig. of Jr. Resident _____
 वरिष्ठ रेजिडेंट के हस्ताक्षर
 Sig. of Senior Resident _____
 एकक के विभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर
 Sign of Head of the Unit _____

→ [Signature] Dr. Polini acid
[Signature] Dr. monitoring
 Signature Name of JRSR

Handwritten initials and number 23 in a circle.

विकृति विज्ञान विभाग
DEPARTMENT OF PATHOLOGY
लेडी हार्डिंग मेडिकल कॉलेज, नई दिल्ली
LADY HARDINGE MEDICAL COLLEGE, NEW DELHI
शरीर स्त्रावों की कोशिका प्रकरण परीक्षा हेतु प्रार्थना-पत्र
REQUEST FORM FOR CYTOLOGIC EXAMINATION OF FLUID



रोगी सं०
Case No.

प्रयोगशाला संदर्भ सं०
Lab Ref. N.

नाम
Name Seefiyar

आयु
Age 8yr

स्त्री/पुरुष
Sex M

कक्षा
Ward 6814

(व.सं.वि.) व. वि.
OPD

पं. सं.
Regd. No. Ped

चिकित्सा प्रभारी / DOCTOR INCHARGE Dr. Piali

रोग लक्षण / CLINICAL NOTES Bullam (HR) CP Day 29

रोग निदान / CLINICAL DIAGNOSIS

उपचार / TREATMENT CSF for malignant cytometry

निदर्श का स्वरूप / NATURE OF SPECIMEN

ऊतक निकालने का समय / COLLECTED AT (TIME) 12:50pm

ति. / ON 20/3/26

प्रयोगशाला में भेजने का समय / SENT TO LAB AT (TIME) 12:55pm

ति. / ON 20/3/26

यदि बायोप्सी हुई है तब / BIOPSY IF DONE

सूक्ष्मकाट सं. / MICROSECTION NO.

ति. / DATE 20/3/26

ऊतक विकृति जांच / HISTOPATHOLOGY REPORT

पूर्व कोशिका प्रकरण संदर्भ सं. / PREVIOUS CYTOLOGY REPORT

अन्यजांच / OTHER INVESTIGATIONS

Handwritten stamp: 8800528344 Stamp N/A

स्थानिक अधिकारी
RESIDENT INCHARGE
Dr. Brenda
(नाम ब्लॉक अक्षरों में)
(NAME IN BLOCK LETTERS)



भारत सरकार
Government of India



Aadhaar no. Issued: 05/09/2014



अफसर हुसेन

Afsar Hussain

जन्म तिथि/DOB: 01/01/1982

पुरुष/ MALE

आधार पहचान का प्रमाण है, नागरिकता या जन्मतिथि का नहीं।
इसका उपयोग सत्यापन (ऑनलाइन प्रमाणीकरण, या क्यूआर कोड/
ऑफलाइन एक्सएमएल की स्कैनिंग) के साथ किया जाना चाहिए।

**Aadhaar is proof of identity, not of citizenship
or date of birth. It should be used with verification (online
authentication, or scanning of QR code / offline XML).**

3359 3985 8189

मेरा **आधार**, मेरी पहचान



भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण
Unique Identification Authority of India



Details as on: 03/09/2025

पता:
S/O: साबिर हुसैन, कटघर उडपुरा, मुरादाबाद, मुरादाबाद,
मुरादाबाद,
उत्तर प्रदेश - 244001

Address:
S/O: Sabir Hussain, katghar udpura, Moradabad, PO:
Moradabad, DIST: Moradabad,
Uttar Pradesh - 244001



3359 3985 8189

VID : 9194 9980 9295 8218

☎ 1947

| ✉ help@uidai.gov.in |

| 🌐 www.uidai.gov.in

ABHISHIKHA TRUST

S. No. 35.....

Date: 20/05/2026

मैका मे

श्रीमान द्रष्टी महोदय जी

अभिषिखा ट्रस्ट

G-3, Gali No. 7, Pusta

Sonia Vihar, दिल्ली - 110094

मोदय,

मेरा नाम अफसर हुसैन है मैं मुरादाबाद थकी का रहना वाला हूँ मेरा बच्चा आठ साल का है मेरा बच्चा जिसका नाम सुफियान है। मेरे बच्चे को बहुत कैंसर है मेरा बच्चा कलावती अस्पताल में भर्ति है उसके इलाज के लिए पूरे दिन अस्पताल में रहना पड़ता है कमाई का कोई जरिया नहीं कृपया करके मेरी आँखों से मेरे बच्चे की ज्यादा से ज्यादा मदद करें

धन्यवाद

