



Ref. Dr

Analyst

Location

		mg/dL	0.5-1.0		HDL	mg/dL	40-60
	Creatinine	mg/dL	3.0-6.5		LDL	mg/dL	<130
	Uric Acid	mg/dL	0.2-16.6		CPK Total	IU/L	20-195
	Serum Bilirubin-Total (0-14D)	mg/dL	0.05-0.68		CPK-MB	IU/L	0-24
	Serum Bilirubin-Total (15D to <1 Yr)	mg/dL	0.2-1.1		CRP (Quantitative)	mg/L	<6.0
	Serum Bilirubin-Total (>1 Yr age)	mg/dL	0.05-0.2		Serum Amylase	IU/L	28-100
	Serum Bilirubin-Direct (>1 Yr age)	IU/L	10-40		Serum Lipase	IU/L	<60.0
	SGOT (AST)	IU/L	10-45		GGT	IU/L	9-48
	SGPT (ALT)				Serum Magnesium	mg/dl	1.7-2.0
					Body Fluid		

Patient's Name: **Akash**
 आयु / Age: **15y**
 लिंग / Gender: **male**
 CR No.:
 दिनांक / Date:
 एकक / Unit:

Date: **20/7/24**
 Day of Hospital Stay:

Diagnosis: **KK10 T-cell ALL (MD7 D21) now in ? Neutropenic Enterocolitis ? Hep A**

Issues:

- LS ⊕ - Hep / bleed ⊕ / yellowish watery
- Vomiting (i)
- Diarrhea

Examination Findings:

- Q/C C/C - fair
- Hemodynamically stable
- DD/CD ⊕
- CV good
- P - warm
- CRT = 2s
- SpO₂ 98% RA
- PR - 96/w
- RR - 22/w

Treatment & Plan:

- Plan: Hepatitis A
- K⁺ maintain

LADY HARDING MEDICAL COLLEGE & ASSOCIATED
कलावती सरन बाल चिकित्सालय
KALAWATI SARAN CHILDREN'S HOSPITAL,
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 ARASH	Age/ Gender 1M	Registration No.	MLC/Non MLC
Referred by	OPD/ Ward U2 C5	Bed-Side Request —	Date: 19/7/2024

Relevant Clinical Notes

ITM down on 15/7/26
K/C/O T-cell ALL (MC-7) now to febrile neutropenia to AGE
to severe pain abdomen and vomiting to TLC: 610/CC
and ANC of 1400/mm³ (P41)

Provisional Diagnosis Kindly do USG w/A to rule out Neutropenic colitis Signature of Medical Officer with Stamp.

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

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Chest (PA/Lateral) | ☐ Chest (AP/Lateral) | ☐ Abdomen (Erect) |
| ☐ Abdomen (Supine) | ☐ Wrist/Hand (L/R-B/L) | ☐ Forearm (L/R) |
| ☐ Spine (Cervical) | ☐ Spine (Thoracic) | ☐ Spine (Lumbar) |
| ☐ Pelvis | ☐ Soft Tissue Neck (AP/Lateral) | ☐ Skull/Facial Bones |
| ☐ Extremities (Arm) (L/R-B/L) | ☐ Extremities (Leg) (L/R-B/L) | ☐ Foot/Ankle (L/R-B/L) |
| ☐ Knee (L/R-B/L) | ☐ Shoulder (L/R-B/L) | ☐ 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):

Action to be complied:

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.
Assent/Consent of patient/guardian/attendant must be obtained prior to examination.
For abdominal imaging, patient is requested to consume plenty of fluids.

Registration No.

Film No.

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

क.स.बा.वि.-19 (ए)
KSCH-19(A)

अंतरंग चिकित्सा अभिलेख
INPATIENT MEDICAL RECORD

नाम Name Akash सी.आई.आर.सं. C.I.R. No. 18462 B-82
पिता का नाम Father Name Jankrishna Kooj लिंग Sex M एकक/वार्ड Unit/Ward U-2
पता Address Allipur Balrampur U.P. व्यवसाय Occupation
पिन कोड Pin Code आयु Age 15y आयु Income
दूरभाष सं. Telephone No. 9517372344 के.स.स्वा.सेवा कार्ड सं. C.G.H.S. Token No.

दाखिले की तिथि और समय Date & Time of admission 9:14 PM छुट्टी/मृत्यु की तिथि और समय Date & Time of Discharge/Death 18/7/26
अस्थायी निदान Provisional Diagnosis परिणाम RESULT
अंतिम निदान Final Diagnosis

साथ-साथ हो जाने वाले रोगों का निदान एवं तिथि Diseasegnosis of an accompanying disease and date
घीदगी की तिथि एवं निदान Diagnosis of complication and date

मृत्यु का कारण
CAUSE OF DEATH

रोग और हालात जो कि सीधे तौर पर मृत्यु के जिम्मेदार हैं।
Disease or condition directly leading to death.....
(न कि मृत्यु का तात्कालिक प्रारूप जैसे हृदयगति रुकना आदि)
(Does not mean mode of dying e.g. Heart failure)

पूर्ववत कारण
Antecedent Causes
(स्थिर बनी हुई अच्छी अवस्था में कोई विकार अवस्था जो उपयुक्त कारण को बढ़ा रही है)
Morbidity condition if any, giving rise to the above cause, stating the underlying condition) pan issue

यह जानता हूँ कि मेरे बच्चे की हालत नाजुक है।
I know that the condition of my child is serious
अपनी इच्छा से जांच, आपरेशन और इलाज के लिए सहमत हूँ।
I am willing for all investigation, operation & treatment.
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.

हस्ताक्षर Father/Guardian

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.....

RADIOMETER ABL800 FLEX

ABL825 EMERGENCY LAB
PATIENT REPORT

Syringe - S 195uL

06:05 AM
Sample #1

7/21/2026
29404

Patient ID

Sample Type

Collection Date

Reg. Date

Analyst

Location

Flag

L

Identifications

Patient ID 13248
Patient Last Name AKASHI
Sex Unknown
Department (Pat.)
Sample type Venous
FO₂(I) 21.0 %
T 37.0 °C

Blood Gas Values

? pH 7.363 [7.350 - 7.450]
?↑ pCO₂ 47.8 mmHg [32.0 - 45.0]
?↓ pO₂ 18.8 mmHg [83.0 - 108]

Temperature Corrected Values

? pH(T) 7.363
? pCO₂(T) 47.8 mmHg
? pO₂(T) 18.8 mmHg

Electrolyte Values

?↓ cNa⁺ 134 mmol/L [136 - 146]
?↓ cK⁺ 2.5 mmol/L [4.0 - 4.5]
? cCa²⁺ 1.22 mmol/L [1.15 - 1.29]
?↑ cCl⁻ 110 mmol/L [98 - 106]

Metabolite Values

?↓ cGlu 89 mg/dL [90 - 120]
cLac 1.5 mmol/L [0.5 - 1.6]

Oximetry Values

↓ ctHb 9.4 g/dL [12.0 - 17.5]
↓ sO₂ 35.5 % [95.0 - 99.0]
FO₂Hb 34.5 %
FMethHb 1.9 %
FCOHb 0.8 %
FHHb 62.8 %

Acid Base Status

? cHCO₃⁻(P)c 26.5 mmol/L
? cHCO₃⁻(P,st)c 24.7 mmol/L

Total Cholesterol

HDL

LDL

CPK Total

CPK-MB

CRP (Quantita

erum Amyla

erum Lipas

GGT

Serum Mag

SGPT (ALT)

10/L

10-45

X-ray Performed By: _____

X-Ray Report19/7/20USG to rule Neutropenic colitis (CN)

- No obvious bowel wall edema seen in visualized loops
- Visualized bowel loops appear not dilated and show $\odot$ peripulsive peristalsis.
- No free fluid in peritoneal cavity.

1
Dr. K. K. Singh
Dr. K. K. Singh

X-Ray Reported by:-
 (Doctor's Name with Stamp)

Date: _____

Assent / Consent

- I, the undersigned, give my consent for the X-ray procedure to be performed. I understand that the X-ray involves the use of radiation for diagnosing the medical condition.
- I have been informed about the procedure and its purpose in a clear and understandable language.
- I understand the risks involved, including radiation exposure, and I acknowledge that the benefits of the X-ray outweigh these risks for the diagnosis and treatment.
- I have not with-held any previous medical condition/prior adverse reaction history to any medicine.
- The Hospital, its concerned department and doctors shall not be responsible for any adverse effect/risk which may occur during/after the procedure.
- मैं, नीचे हस्ताक्षरित X-ray प्रक्रिया को निष्पादित करने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ। मुझे समझ में आता है कि X-ray में विकिरण का उपयोग मेरी चिकित्सा स्थिति का निदान करने के लिए किया जाता है।
- मुझे इस प्रक्रिया और इसके उद्देश्य के बारे में स्पष्ट और समझने योग्य भाषा में सूचित किया गया है।
- मुझे इसमें शामिल जोखिमों, जैसे विकिरण के प्रभाव, के बारे में जानकारी है, और मैं यह स्वीकार करता/करती हूँ कि निदान में उपचार के लिए X-ray के लाभ इन जोखिमों से अधिक हैं।
- मैंने किसी भी पिछली चिकित्सा स्थिति/दवाई के प्रति किसी भी प्रतिकूल प्रतिक्रिया के बारे में कोई जानकारी नहीं छुपाई है।
- अस्पताल, उसकी संबंधित विभाग और डॉक्टर किसी भी प्रतिकूल प्रभाव/जोखिम के लिए जिम्मेदार नहीं होंगे जो प्रक्रिया के दौरान/बाद में उत्पन्न हो सकता है।

Sample ID	20-N-20	Patient ID	
Name		Sample Type	SERUM
Category		Collection Date	20-Jul-2026
Age		Reg. Date	20-Jul-2026
Ref. Dr		Analyst	
Sample Remark		Location	

RADIOMETRIC
 25 EMERGENCY LAB
 ENT REPORT
 Identification
 Patient ID
 Patient Last Name
 Sex
 Department
 Sample ID
 T

Sr.No.	Test	Result	Flag	Normal Range
1	Sodium	139.43 mmol/l		135.00 - 145.00 mmol/l
2	Potassium	2.63 mmol/l	L	↓ 3.50 - 5.00 mmol/l
3	Chloride	105.64 mmol/l	H	↑ 95.00 - 105.00 mmol/l

ent Remark

ation Date 20-Jul-2026 21:09

886

4

CLINICAL BIOCHEMISTRY REPORT

24 घंटे आपातकालीन प्रयोगशाला विभाग / DEPARTMENT OF 24 HOURS EMERGENCY LAB SERVICES

Name	Akash	Age/Sex	15yr / M
C.R. No.	18962	Consultant	
Unit/OPD	U-2 CS	Date/Time	19/7/2016
Diagnosis/History :-	AIR + CRP		
Signature of the Doctor			

Please tick marks the required investigation in the box.
Please don't write anything on back side of requisition form. Lab Report is to be printed there.

Investigation	Reported Value	Units	Normal Range	Investigation	Reported Value	Units	Normal Range
Blood Samples							
Glucose (Fasting)		mg/dL	60-100	Alkaline Phosphatase		IU/L	≤350
Glucose (PP)		mg/dL	65-140	Total Protein		g/dL	6.6-8.0
Glucose (R)		mg/dL	60-140	Albumin		g/dL	3.5-5.0
Sodium		mEq/L	135-145	Serum Calcium		mg/dL	9-11
Potassium		mEq/L	3.5-5.1	- Ionized Calcium		mg/dL	4.0-5.5
Chloride		mEq/L	98-108	Inorganic Phosphorus		mg/dL	4.0-7.0
Urea		mg/dL	10-40	Total Cholesterol		mg/dL	110-200
Creatinine		mg/dL	0.5-1.0	HDL		mg/dL	40-60
Uric Acid		mg/dL	3.0-6.5	LDL		mg/dL	<130
Serum Bilirubin-Total (0-14D)		mg/dL	0.2-16.6	CPK Total		IU/L	20-195
Serum Bilirubin-Total (15D to <1 Yr)		mg/dL	0.05-0.68	CPK-MB		IU/L	0-24
Serum Bilirubin-Total (>1 Yr age)		mg/dL	0.2-1.1	CRP (Quantitative)		mg/L	<6.0
Serum Bilirubin-Direct (>1 Yr age)		mg/dL	0.05-0.2	Serum Amylase		IU/L	28-100
SGOT (AST)		IU/L	10-40	Serum Lipase		IU/L	<60.0
SGPT (ALT)		IU/L	10-45	GGT		IU/L	9-48
				Serum Magnesium		mg/dl	1.7-2.3
CSF				Body Fluid			
CSF Protein		mg/JL	15-40	Microproteins			
CSF Sugar		mg/dL	40-70	Sugar			
				Total Protein			
				Albumin			

Verified By-
(Signature if Faculty/SR)

कलावती सरन बाल अस्पताल, नई दिल्ली

KALAWATI SARAN CHILDREN'S HOSPITAL

क.स.बा.अ.-13 (संशोधित)
KSCH-13 (Improved)

Kalawati Saran Children Hospital New Delhi

ELHI

Master, AKASH / Male / 15 years 0 months 0 days 0 hours 0 mins

Casualty Room-26 / Token-102

Mobile No:

DAYS: MON, TUE, WED, THU, FRI, SAT

UHID: 20260065171



18-07-2026 04:29:14 PM

न / Day

र / Sex

ह / Height

ate.....

पंजी. र

ame

विवरण / Im

टस-बी, पोलियो
3, OPV at Birth

जी.

टी., पोलियो, हेपेटाइटिस-बी
Polio, Hep-B 1st

टी., पोलियो, हेपेटाइटिस-बी
Polio, Hep-B 2nd

टी., पोलियो, हेपेटाइटिस-बी
Polio, Hep-B 3rd

रा एवं विटामिन ए
Asles Vitamin-A

एमआर
MR

पी.टी. पोलियो (1 बूस्टर खुराक)
TP, Polio (1 Booster)

ईफाईड का टीका
Typhoid

पी.टी./ ओ.पी.वी-(2 बूस्टर)
TP, Polio (2 Booster)

अन्य
Others

Klclo T-cell ALL on Maintenance therapy
W-28 kg
Fever x 3 day
Vomiting x 3 day.
loose stools x 3 day.

HR. 125

RR-22/m

SpO₂-99%

BP-90/70

Some dehydration

Advice

① CBC + A/R + Blood c/s

② WHO ORS 1 litr over 4 hr

③ T. emesol 4ms STAT

④ T/C AB

Admit + RR

5:15 pm

डॉक्टर के हस्ताक्षर / Signature of Doctor

नांक / Date.....

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

डॉ का नाम/ Doctor's Name

AKash 15422/male
S/O Janprakash
CR No - 18462
Dis - T-cell ALL

Occupation C.G.H.S. फोन नं./ Tel No. दखिला ता० व समय
Date and Time of Admn.
हस्ताक्षर/ Initials

diagnosis

Date		प्रातः सायं									प्रातः सायं									प्रातः सायं									प्रातः सायं								
तापमान Temp in Centigrade		Morning			Evening			Morning			Evening			Morning			Evening			Morning			Evening			Morning			Evening								
		2	6	10	2	6	10	2	6	10	2	6	10	2	6	10	2	6	10	2	6	10	2	6	10	2	6	10									
200	44°																																				
190	43°																																				
180	42°																																				
170	41°																																				
160	40°																																				
150	39°																																				
140	38°																																				
130	37°																																				
120	36°																																				
110	35°																																				
100																																					
90																																					
80																																					
70																																					
श्वसन/Respiration																																					
मूत्र/Urine																																					
मल/Stools																																					
भार/Weight																																					
नर्सिंग स्टाफ के हस्ताक्षर Signature of Nursing Staff																																					

Adv.

- OA | WHO ORS ad lib
- D₃ • Ery Aptaz | Amvika
- Ery. Pen 280mg iv SOS
- Add • Canolid mouthpaint | chlorhexidine
- Ery. Amset 4mg iv SOS
- IVF DNS 300ml (Kcl free) q8hly
- Syb Patchles (2/15) 15ml POTW
- T. Sopliron (160/800) 1 tab PO BD (sat/sun)
- w/ dehydration
- v/m

h

↓ iv S-10⁺ = 2-63

@ 1:00pm

Adv.

- IVF DNS 300ml + 1:100 kcl q8h

↓
To s/v S/E (K⁺)

@ 6:00 Am

↓
iv Bak⁺ = 2.5

S-E K⁺ → 2.63

adv

(Change)

- IVF DNS 300ml + 2:100
kcl q8h

h

safe sun

Shed for H₂O
over light

OP

Vitals

HR 118 bpm.

RR 24/min

SpO₂ 98.1

NS K₄ V₅ M₆

CVS S₁ S₂ (+)

Chest B/L N/VBS (+)
Clear.

P/A - S₆ + NT ND

Ad.
• Hep A
• K⁺

K⁺ - 3.1

Ad.

Add - Symp. Potchlor
(20/15) 15ml
PO TDS

Ad.

① Dry piperaz. / Dry Amoxicillin
(D₂)

② Dry Pen 280 mg w
30s.

③ WHO ORS ad lib
ihs.

Add. ④ Lab Panel - Ury Po sos

⑤ JVF DNS. 300ml
K⁺ free
iv q 8 hourly

W/P dehydration

⑥ W/H → GMP - ANC 350
→ Mtx

⑦ Septran tab (160/800)
1 tab BD ^{swr} _{smud}

Ad.

Sample No. 18462 AKASH U2C5
 Patient ID
 Name
 Sample Comment

Rack
 Ward

Position
 Birth

19/07/2026 12:44:36
 Doctor
 Sex
 Nickname: XN-1000-1-A

Positive

Diff. Morph. Count

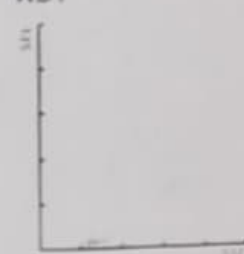
WBC	0.51	-	[10 ³ /uL]
RBC	1.97	-	[10 ⁶ /uL]
HGB	8.1		[g/dL]
HCT	27.6		[%]
MCV	140.1	+	[fL]
MCH	41.1	+	[pg]
MCHC	29.3	-	[g/dL]
PLT	176		[10 ³ /uL]
RDW-SD	80.5	+	[fL]
RDW-CV	16.3	+	[%]
PDW	15.3		[fL]
MPV	12.6		[fL]
P-LCR	45.0	+	[%]
PCT	0.22		[%]
NRBC	0.01		[10 ³ /uL]
NEUT	0.31	*	[10 ³ /uL]
LYMPH	0.06	*	[10 ³ /uL]
MONO	0.11	*	[10 ³ /uL]
EO	0.03	*	[10 ³ /uL]
BASO	0.00	*	[10 ³ /uL]
IG	0.02	*	[10 ³ /uL]
RET			[%]
IRF			[%]
LFR			[%]
MFR			[%]
HFR			[%]
RET-He			[pg]
IPF			[%]

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

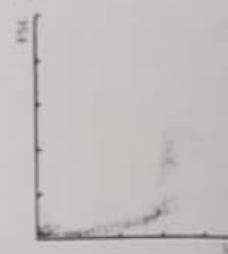
WBC IP Message
 Neutropenia
 Lymphopenia
 Leukocytopenia
 Blasts/Abn Lympho?
 Left Shift?
 Atypical Lympho?

RBC IP Message
 Anisocytosis
 Macrocytosis
 Anemia

WDF

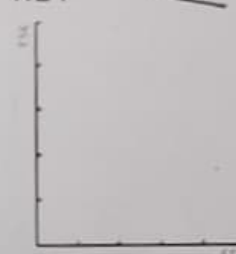


WNR



sch! Correlate clinically

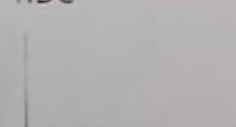
RET



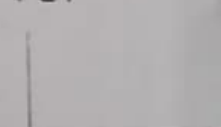
PLT-F



RBC



PLT



PLT IP Message



Government of India



आकाश

Akash

जन्म तिथि/ DOB: 01/01/2011

पुरुष / MALE



9067 1868 9043

मेरा **आधार**, मेरी पहचान

पता:

आत्मज: चन्द्रप्रकाश, विलेज बरायल
हॉउस न 58, पोस्ट अल्लीपुर बुजुर्ग,
अलीपुर बुजुर्ग, बलरामपुर,
उत्तर प्रदेश - 271604

Address:

S/O: Chandraprakash, vilege
barayal hause no 58, post
allipur bujurg, Allipur Bujurg,
Balrampur,
Uttar Pradesh - 271604

9067 1868 9043



help@uidai.gov.in

WWW

www.uidai.gov.in



भारत सरकार

Government of India



पूजा देवी

POOJA DEVI

पति : चंद्रप्रकाश

Husband : Chandrprakash

जन्म तिथि / DOB : 07/09/1975

महिला / Female



9327 1905 0489

आधार - आम आदमी का अधिकार



भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण

Unique Identification Authority of India

पता:

अल्लीपुर बुजुर्ग, बरायल, उत्तरौला,
बलरामपुर, उत्तर प्रदेश, 271604

Address:

ALLIPUR BUJURG, Barayal,
Utraula, Balrampur, Uttar
Pradesh, 271604

9327 1905 0489



1947

1800 300 1947



help@uidai.gov.in

WWW

www.uidai.gov.in



Regd. No. 2021

ABHISHIKHA TRUST

S. No.....37.....

Date: ...20.../...07.../...2026....

श्रीवा मै

श्रीमान महोदय ट्रस्टी जी

आभिशिकहा ट्रस्ट

G-3, Gali No. -7, पुस्ता

सोनिया विहार, दिल्ली -110094

महोदय,

मैरा नाम भुजा देवी है, मैं बुल्मी नै रहती हूँ, मैरे पाते नहीं हैं, मैरी चार बेटी और एक बेटा है। मैरे लैरे का नाम आकाश है, मैरा लैरा 14 साल का है, मैरे बच्चे की एल कैंसर है। मैरा पाते नहीं हैं, मैं, मैरी बोलिया मजदूरी करके घर चलाते हैं, हमारे पास कैंसर के इलाज के लिए पैसे नहीं हैं मैरे बच्चे की हालत बहुत खराब है, मैरे बच्चे के इलाज के लिए हमें बहुत मदद की जरूरत है। आभिशिकहा ट्रस्ट ने हमारी बहुत मदद की है। आपसे प्रार्थना है कृपया हमारी बच्चे के इलाज में अपनी मदद करें।

धन्यवाद
भुजा



Office Address : G-3, Gali No. 7, Pusta, Sonia Vihar, Delhi-110094

Website : www.abhishikha.org E-mail ID : info@abhishikha.org

Contact No. : 9958524587