



भारत सरकार
Ministry of Skill Development and Entrepreneurship
Government of India

भारत सरकार
Ministry of Skill Development and Entrepreneurship
Government of India

नामांकित क्रम/ Enrolment No.: 2017/20562/19181

Download Date: 08/05/2018

To
नितेश कुमार
Nitesh Kumar
S/O Anrilal
Paliya Jagmohan Singh
Tahsil- Milkipur
Kuchera
Fatehabad Uttar Pradesh - 224158
9918529497

एनएसआई
NSI

Download Date: 24/12/2018

Signature valid



For Digital Signature

आपका नंबर / Your Number No.

5440 1601 5110

VID: 9125 7024 2970 2914

मेरी पहचान, मेरी पहचान



भारत सरकार
Government of India

नाम / Name
Nitesh Kumar
जन्म तिथि/DOB: 17/09/2015
लिंग / GENDER: MALE



आपका नंबर / Your Number No.
5440 1601 5110

VID: 9125 7024 2970 2914



मेरी पहचान, मेरी पहचान







www.uidai.gov.in

help@uidai.gov.in



8294 5122 7256

224158

Address: S/O: Mishrilal, Tahsil - Milkipur, Paliya Jag Mohan Singh, Paliya Mu Kuchera, Faizabad, Paliya Jagmohan Singh, Uttar Pradesh,

पता: आनन: मिश्रिलाल, तहसील - पालिया जग मोहन सिंह, पालिया जग मोहन सिंह, पालिया मु कुचरा, फाजाबाद, पालिया जगमोहन सिंह, उत्तर प्रदेश, 224158

Unique Identification Authority of India

भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकार



श्री शर्मा, श्री पद्मिनी

8294 5122 7256



पुरुष / Male

जन्म तिथि / DOB : 15/01/1992

Mevalal

शर्मा

GOVERNMENT OF INDIA



31/03/19

Nitesh / 4yr

Ac - Acute Lymphoblastic Leukaemia

WT = 13 kg

Issues - No fresh issues

GIC stable.

HR = 106/m

RR = 28/m

CRT 138u

Afebrile

Adm

- Orally allowed

- IVF (N/2 + DS + 2:10)

NaHCO₃) 400 ml

6 hourly.

- T. Allopurinol (100mg)

2/3rd tab BD

o-----o

- Urine pH monitoring

- R/V SOS

Plan -

LDH

Uric Acid

SE/KFT/LFT.

CBC.

Cankid Registration

✓ Flow Sample - Hemat

✓ Molecular genetics - Onquest

Amber

B.P. - 110/60

SP02 - 98

PR - 137

RR - 26

HT - 95cm

FDA

सफदरजंग अस्पताल, नई दिल्ली-110029
SAFDARJUNG HOSPITAL, NEW DELHI-110029

विवरण-पत्र
CASE-SHEET

संख्या No.	नाम Name	पुरुष/स्त्री Sex	जाति Caste	आयु Age
	व्यावसाय Occupation	पता Address		
	प्रवेशन तिथि Date of admission			
वर्ष Year	उन्मोचन तिथि Date of discharge			
	रोग Disease		आहार DIET	
दिनांक Date	परिणाम Result			

OPD 3rd floor

Immunization

Kindly give the

double dose Hepatitis B

&

Mentoux for the patient

Done on 2/4/19

4/4/19

12:30 pm

Negative

ध है।

स.जं.अ.-3/S.J.H.-3

20102
3/4/19

सफदरजंग अस्पताल, नई दिल्ली
SAFDARJUNG HOSPITAL, NEW DELHI
ग्राफिक (टी.पी.आर.) चार्ट
GRAPHIC (T.P.R.) CHART

16172

नाम NAME	आयु AGE	वर्ग SEX	कक्षा WARD	राय्या BED	मास MONTH	वर्ष YEAR	वि.अ.वि. सं. M.R.D.No.
Nitesh S/o Anant Lal	4 yrs.	m	21				
दिनांक/DATE							
दिनों की संख्या/NO. OF DAYS							
उत्तर शल्यदिन/DAYS POST-OP							
समय/TIME							
नाड़ी PULSE	तापमान/TEMP सें./C फा./F						
210	41.1 06						
200	40.6 105						
190	40.0 104						
180	39.4 103						
170	38.9 102						
160	38.3 101						
150	37.8 100						
140	37.2 99						
130	36.7 98						
120	36.1 97						
110	35.6 96						
100	35.0 95						
90	श्वसन/RESP. 60°						
80	50						
70	40						
60	30						
50	20						
40	10						
मल/STOOL							
मूत्र/URINE							
तरल अन्तर ग्रहता/F. INTAKE							
तरल निर्मता/F. OUTPUT							
रक्त चाप/B.P.							
भार/WEIGHT							
स्नान/BATH							



भारत सरकार
GOVT. OF INDIA



वी.एम.एम.सी. एवं सफदरजंग अस्पताल, नई दिल्ली-110029
V.M.M.C. & SAFDARJUNG HOSPITAL, NEW DELHI-110029

UHID:20190224944

(दूरभाष Telephone : 011-26730000, 26165060) NFP

CONSULTING ROOM NO : 527

CLINIC: Skin TOKEN NO: 12

TOKEN NO: MON,TUE,WED,THU,FRI,SAT

H-3431/19



CBC

OUT PATIENT RECORD

EHR ID :2019000202210580

30/3/19

Name : MASTER. NITESH

Department : Skin

Dept No. : 2019/075/0023466

Date of Registration : 30-03-2019 08:59:03 AM

Unit: 1

Billing Type : GENERAL

Mobile No. : *****307

Fees : ₹ 0

Sex : Male

S/O AMRIT LAL

Age : 4Y

Email :

Occupation : OTHER

Address : FAIZABAD ALLAHABAD, UTTAR PRADESH, INDIA

Patient Type : NON MLC Prepared By : Mrs.Lata DEO

Refer to Medical
Oncology
Refer to ENT

Adm

Admit ↓ ward (81)

DR. PREETI GARG

IN THE SERVICE OF HUMANITY

वर्धमान महावीर साइकल कॉलेज
एवं सफदरजंग अस्पताल

Patient Consent : I, the holder of the above mentioned mobile number, herewith give my consent to share my electronic health information with 'MyHealthRecord', an initiative of Govt. of India. I understand that I can revoke/ withhold this consent through site (https://myhealthrecord.nhp.gov.in)

ईडब्ल्यूएस (आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग) रोगियों के लिए महत्वपूर्ण सूचना

माननीय " उच्च न्यायालय दिल्ली" के अनुसार-ईडब्ल्यूएस के व्यक्तियों जिनकी पारिवारिक आय 7254/- प्रतिमाह परिवार है, हेतु अभिचिह्नित निजी अस्पतालों द्वारा उपलब्ध करवाए जा रहे निःशुल्क उपचार का लाभ लेने के लिए संदर्भ सुविधा उपलब्ध है।

कृपया उपचार कर रहे चिकित्सक से संपर्क करें वे संदर्भ किए जाने के तंत्र की शुरुआत करेंगे।

अधिक जानकारी के लिए कृपया नोटिसबोर्ड देखें अथवा प्रभारी-ओपीडी (बाह्य रोगी मामलों में) यथ पंजीकरण काउंटर के पीछे, दूरभाष सं:

26707461 नोडल अधिकारी/सीएमओ-प्रभारी-कैज्युल्टी (भर्ती रोगियों के मामलों में), कक्ष सं. 107 (भूतल), आपातकालीन ब्लॉक, दूरभाष सं. 26707114

To

The DOD/SR

Dept of Hematology

VMMC & SJH

Date - 30/03/19

Sir/Madam,

We have a pt admitted in Wd 21, Nitesh, 4yr/male

MRD- 3466 - Chronic fever on & off for 1 month

- Cervical Lymphadenopathy - HSM.

We are suspecting Lymphocytic Malignancy.

Kindly do a CBC & PS for this pt and also

register the pt

Thanking You

Arub
Ph (Paeds)

दिनांक/DATE							
दिनों की संख्या/NO. OF DAYS							
छात्र संख्या/STUDENT NO.							
समय/TIME							
नाड़ी	उपमान/TEMP						
PULSE	सें.C	फ.F					
210	41.1	106					
200	40.6	105					
190	40.0	104					
180	39.4	103					
170	38.9	102					
160	38.3	101					
150	37.8	100					
140	37.2	99					
130	36.7	98					
120	36.1	97					
110	35.6	96					
100	35.0	95					
90	स्वसन/RESP.						
		60					
80		50					
70		40					
60		30					
50		20					
40		10					
बर/Stool							

फॉर्म क्र. सं.
ISSUE SL. No.

फॉर्म/संक्रामण प्रतिवेदन/प्रतिक्रिया प्रपत्र

ISSUE/TRANSFUSION REPORT/REACTION FORM

इसकी पूर्ति संक्रामण चिकित्सा अधिकारी द्वारा की जाए तथा संक्रामण पूर्ति के चौबीस घंटों के अन्दर-अन्दर रक्त संक्रामण विभाग को सूचित किया जाए।

To be completed by the Transfusing Medical Officer and reported to the B. T.D. within 24 hours of completion of

transfusion. *575595*
रक्त सं- फॉर्मिनर *8611*
Blood No. issued
वर्गीकरण *AB*
Group
वर्गीकरण कर्ता
Matched by *SD*
फॉर्मिनर दिनांक
Issued on *21/11/19*
पर *21-11-19*
at
आयु *44*
Age
ग्रहक *Male*
Recipient
वार्ड *21*
Bed No.
अस्पताल
Hospital *571*
सांख्यिकीय सं-
Statistical No. *16192*
मात्रा
Quantity *400*
के लिए
for
वर्ग
Group *A+*
फॉर्मिनर के
Initials of Issuer *B*

रोगी का उच्च चिकित्सा अधिकारी- प्रभारी
Senior Medical Officer-in-charge of the case *Dr. Chellani.*

संक्रामण कर्ता

Transfusion by

संक्रामण आरम्भ करने का समय

Time at which transfusion commence

संक्रामण समाप्त का समय

Time at which transfusion was over

(1) इस प्रकरण में अवलोकित प्रतिक्रियाएं (यदि कोई हों)।

What were the reactions (if any) observed in this case?

(2) कब पैदा हुईं?

When did they come on?

(3) कब देखने में आईं?

When did you notice them?

(4) उनका प्रतिक्रिया करने के लिए आपने कौन से उपाय किए?

What were the measure taken by you to counteract them?

(5) अन्य संबन्ध टीका टिप्पणी?

Any other relevant comments?

संक्रामण चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Transfusion Medical Officer

टिप्पणी:— 1. यदि रक्त संक्रामण नहीं हुआ तो कृपया उसका कारण बताएं, इस दशा में रक्त का विस्थापन कर दिया जाए और रक्त कोष में वापस न किया जाए।
Notes:— If the blood was not transfused, please state the reason for the same. The blood is to be discarded in that case and is not to be returned to the Blood Bank.

2. एक बार फॉर्मिनर किया रक्त गुप्त प्रयोग में लाया जाए और उसे कभी वाई के प्रशीतक में भी सींचा न रखा जाए। यदि फॉर्मिनर समय से तीस मिनट के अन्दर-अन्दर इसे वापस कर दिया जाए तो उसका संग्रहालय उसे वापस ले लेना/रक्त वापस करने समय प्रतिक्रिया प्रपत्र भरिए और साथ ही साथ कारण बताएं कि आप रक्त वापस क्यों भेज रहे हैं।
Once issued, blood should be used immediately and never stored even in the ward refrigerator. The Blood Bank will take it back if it is returned within 30 minutes of issue. When returning, please fill up the reaction form and give the reasons why you are returning the blood.

3. गंभीर प्रतिक्रियाओं को अवरुद्ध करने के लिए रक्त कोष और सूई सींचा गुप्त रक्त कोष को भेज देना चाहिए। 2 फॉर्मिनर रोगी के रक्त के साथ 2 ml. of patients blood in plain vial.
In case of serious reasons the entire blood with the giving set and needle should be sent forthwith to the Blood Bank with

FDA

सफदरजंग अस्पताल, नई दिल्ली-110029
SAFDARJUNG HOSPITAL, NEW DELHI-110029

विवरण-पत्र
CASE-SHEET

संख्या No.	नाम Name	पुरुष/स्त्री Sex	जाति Caste
	व्यावसाय Occupation	पता Address	
	प्रवेशन तिथि Date of admission		
वर्ष Year	उन्मोचन तिथि Date of discharge		आहार DIET
	रोग Disease		
दिनांक Date	परिणाम Result		WT = 13kg

30/8/19

Free

Adw

- Tab Allopurinol 65mg BD

$\frac{2}{3}$ Tab \rightarrow $\frac{2}{3}$ Tab

- IVf $\frac{N}{2}$ + DS + 2:100 Bicarb

480 ml 6hrly

- W/F free

- R/V sol

Quel

Nitesh / 4yr

11/4/19

Δ - Acute Lymphoblastic Leukaemia

Issues - No fresh issues

GC - stable

HR - 102/min

RR - 26/min

CRT < 3sec

afebrile

wt - 13 kg

BSA = 0.58 m²

Adv.

* Orally allowed

* IV (N₂ + D₅ + 2:100 NaHCO₃)
400ml 6hly

* T. Allopurinol (100mg)
2/3rd tab BD

Plan

CBC

SE/LFT (KFS)

Uric Acid

S. LDH

Flow Sample

Molecular genetics

- Pt. diagnosed as B-cell ALL verbally informed from hemat department

* Urine pH monitoring

* R/v SOS

* T. PDN (10 mg) 35 mg

Omit 1 1/2 → 1 → 1
 tabs tabs tabs
 (7:00 PM) (8:00 AM) (2:00 PM)

11/4/19 → 21/4/19 → 21/4/19
 (8:00 AM) (8:00 AM) (8:00 AM)

* Syp. Omnacortil (5ml)

6mg BD 7:00 PM

* R/v SOS

फॉर्म क्र. सं.
ISSUE SL. No.

Annexure-1

फॉर्म/संक्रामण प्रतिवेदन/प्रतिक्रिया प्रश्न
ISSUE/TRANSFUSION REPORT/REACTION FORM

इसकी पूर्ण संक्रामण फॉर्मिक्सा अधिकारी द्वारा की जाए तथा संक्रामण पूर्ण के चौबीस घंटों के अन्दर-अन्दर रक्त संक्रामण विभाग को सूचित किया जाए।

To be completed by the Transfusing Medical Officer and reported to the B.T.D. within 24 hours of completion of transfusion.

रक्त सं. निम्नित 86-8795 वर्गिकरण A मात्रा 30
Blood No. issued 86-8748 Group
वर्गीकरण कर्ता K.H. फॉर्मिक्सा दिनांक 03/11/19 पर 22.35 के लिए
Matched by K.H. Issued on 03/11/19 at 22.35 for
ग्रहक Nitesh अयु 22.35 के लिए
Recipient Nitesh अयु 22.35 for
वार्ड 21 अयु 22.35 for
Bed No. ALL. Room अस्पताल A+
Hospital

सेनी का उच्च निमित्कत्सा अधिकारी-प्रथरी
Senior Medical Officer-in-charge of the case
Dr. Chalkani

फॉर्मिक्सा के प्रमाणित
Initials of issuer
SP

संक्रामण कर्ता
संक्रामण आरम्भ करने का समय
Time at which transfusion commence
संक्रामण समाप्त का समय
Time at which transfusion was over

- (1) इस प्रकार में अवलोकित प्रतिक्रियाएं (यदि कोई हों)।
What were the reactions (if any) observed in this case?
- (2) कब देना शुरू?
When did they come on?
- (3) कब देखने में आई?
When did you notice them?
- (4) उनका प्रतिक्रिया करने के लिए आपने कौन से उपचार किए?
What were the measures taken by you to counteract them?
- (5) अन्य सम्बन्ध देना टिप्पणी?
Any other relevant comments?

संक्रामण फॉर्मिक्सा अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Transfusion Medical Officer

टिप्पणी:— 1. यदि रक्त संक्रामित नहीं हुआ तो कृपया उसका कारण बताएं, इस रक्त में रक्त का विस्तार कर दिया जाए और रक्त कोष में वापस न किया जाए।
Notes:— If the blood was not transfused, please state the reason for the same. The blood is to be discarded in that case and is not to be returned to the Blood Bank.

2. एक बार निर्मित किया रक्त तुरंत प्रयोग में लाया जाए और उसे कभी-कहाँ के प्रयोग में भी सीमित न रखा जाए। यदि निर्मित समय से तीस मिनट के अन्दर-अन्दर इसे वापस कर दिया जाए तो उसका संग्रहालय उसे वापस ले लेना/रक्त वापस करने समय प्रतिक्रिया प्रश्न भरिए और साथ ही साथ कारण बताएं कि आप रक्त वापस क्यों भेज रहे हैं।
Once issued, blood should be used immediately and never stored even in the ward refrigerator. The Blood Bank will take it back if it is returned within 30 minutes of issue. When returning, please fill up the reaction form and give the reasons why you are returning the blood.
3. गंभीर प्रतिक्रियाओं की अवस्था में सम्पूर्ण रक्त कुल्हा और सुई सहित तुरंत रक्त कोष को भेज देना चाहिए। 2 फ्लिक्सी सेनी के रक्त के साथ 2 ml. of patients blood in plain vial.
In case of serious reactions the entire blood with the giving set and needle should be sent forthwith to the Blood Bank with

तम्बाकू सेवन दंडनीय अपराध है।

स.ज.अ. (चि.रि.व.सं.-2)

CCO CHEWING IS PUNISHABLE OFFENCE

S.J.H. (M.R.D. NO.-2)

दरजंग अस्पताल, नई दिल्ली

Total No. of Pages :

HOSPITAL, NEW DELHI

बला और छुट्टी का सारांश रिकार्ड

Sig. of Sr. Resident

ADMISSION AND DISCHARGE RECORD

Unit CGHS Bed No.
न. है / Civil Status
व्य. / Occupation
आय / Income
Res./Office
राज्य / State
& Time

PAN19-16172

Ward:d-21 Unit:P-I

NITESH

4Year(s) MC S H

S/o AMRIT LAL

R/o BALIYA JAGMOHAN SINGH FAIZABAD,
UTTAR PRADESH,INDIA

Mob:

DOA: 30/3/2019, 11:59 AM

अस्पताल दिन
Hospital days

कोड
ICD Code

ज्या - जीवित
D - Alive

मर गया
Died

शव परीक्षा
- Autopsy

की सलाह से
Medical Advice
की सलाह के विरुद्ध
A

48 घंटे से कम
Under 48 hours

हां
Yes

ended

48 घंटे से अधिक
Over 48 hours

नहीं
No

कारण
CAUSE

वजह से अथवा (परिणामस्वरूप)
or as a consequence of
कारण

PRECEDENT CAUSES

वजह से अथवा (परिणामस्वरूप)
(or as a consequence of)

II. अन्य महत्वपूर्ण स्थिति

OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS

मृत्यु की वजह बीमारी अथवा वह कारण जो
बीमारी की स्थिति से सम्बन्धित नहीं हैं।

Contributing to the death, but not related
to the disease or condition causing it.

Sr. Resident

सी.रेजी. / Sr. Resident

से / यू.प्रमुख / Head of Ser./Unit

Authorisation etc.

ADMISSION AND DISCHARGE RECORD

03/24/19

Nitish / 4yr male

As - B cell ALL -

Issues - No fresh issues

No fever spikes

HR = 108/min

RR = 24/min

CR7 C3 sec

Afebrile

Temp = 98°F

Plan - TLS w/v

WT = 13 kg

BSA = 0.58 m²

Adh

- Orally allowed
- IVF (N/2 + D5 + 1:1000KCl)
400ml 6hly
- Ct T. Allupurinol
- Ct Syb Omnacortil
(D3)
- R/v SOS

Amulya