

अ० भा० आ० सं० अस्पताल / A.I.I.M.S. HOSPITAL



बहिरंग रोगी विभाग / Out Patient Department

अस्पताल के अन्दर धूम्रपान मना है / SMOKING PROHIBITED IN HOSPITAL PREMISES

OPR-6

Wednesday - 26/06/2011

हाथ धोयें/पीयें

एक/Unit: Children O.P.D.  
विभाग/Dept.

रोगी/पंजीकृत सं/ O.P.D. Regn. No. 9444/11

नाम/Name	पिता/पुत्र/पत्नी/पति/पुत्री F/S/W/H/D of	लिंग Sex	आयु Age	पता/Address
Maharaj		M	8	

रिक्त/Diagnosis: USD 93DA

दिनांक/Date	उपचार/Treatment
21/06/11 16	<p>PT on referral for USD to operation day summarized small amount</p> <p>PEP. 24hr</p> <p>Ht. 117cm Pppl. 124cm MoYo recurrent pneumonia in the past</p> <p>PT had malaria requiring admission and on examination found to have a heart murmur and here 2D Echo was done which showed a small amount of flow</p> <p>HR. 100/min RR 28/min 7 @ HtP 10mm No pain</p> <p>Re PE: Gl. clear on <del>exam</del> S. indistinct pan systolic murmur @ in the left lower parasternal space Grade II murmur Thrill @</p>

अंगदान जीवन का बहुमूल्य उपहार / ORGAN DONATION - A GIFT OF LIFE  
O.R.B.O., AIIMS, 26588360, 26593444, www.orbo.org Helpline - 1060 (24 hrs service)  
बाहर से आने वाले रोगियों के लिए धर्मशाला की सुविधा उपलब्ध है / Dharamshala facility is available for outstation patients

29 pulmonary embolism in continuation in nature  
after bed in the 6th hospital

L.N.P.

No pain  
No icterus

Adv.

① Ref to pediatrics Cardiology OPD on  
Monday/Wednesday/Friday at 2:00pm.]

② Tab Lanilactone 1 tab oo (1 time).

③ Syp A to 2 Sml (1 time)

Review

\*\*\*\*\*  
C.N. CENTRE  
AIIMS  
NEW DELHI  
\*\*\*\*\*

FEB/2012  
BLOOD 15.00  
CASH 15.00  
NOI-00352 11:30  
CLERK HWE 0004

\*\*\*\*\*  
C.N. CENTRE  
AIIMS  
NEW DELHI  
\*\*\*\*\*

FEB/2012  
B X 15.00  
BLOOD 120.00  
CASH 120.00  
NOI-00354 11:30  
CLERK HWE 0004

हृदय वक्त्र एवं तंत्रिका विज्ञान केन्द्र  
 ब. रो. वि.  
 अ. भा. आ. सं., नई दिल्ली-११००२९  
 Cardiothoracic & Neurosciences Centre, O.P.D.  
 A.I.I.M.S. New Delhi 110029



दिनांक Date	CV-2559/2012	Cardiology OPD Afternoon 2:00 PM	
दिनांक Date	6/2/2012	Mon. Wed	CTVS
दिनांक Date	Name MANOJ	8 Years/M	उम्र Age
दिनांक Date	S/O MUNNALAL	Charged No 101-	
दिनांक Date	Phone No. 7154851884		
दिनांक Date	S.R. Room 14	DR. AKHILESH	लिंग Sex
दिनांक Date	Consultant 15	Prof. S.S. Kohari Dr. Saurobh	
दिनांक Date	Registration Time : Old Case 8:00 AM TO 11:30 AM		

Diagnosis

ACHA, MOP. ? PDA ? RSOV.

Adv.

→ T. wasi katar 1/2-0-0.

Law

8

Controlled by: J. R. Lamb, ARMS				
H	C		D	Others
S	S			
Date	8-2-12			

54

हृदय वक्ष एवं तंत्रिका विज्ञान केन्द्र  
CARDIO-THORACIC & NEURO-SCIENCES CENTRE

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान  
A. I. I. M. S. Hospital

एक्स-रे-फॉर्म  
X-RAY REQUISITION FORM

नाम Name	CV-2559/2012	Cardiology	प्रायु Age	लिंग Sex	आय Income
एक्स-रे नम्बर X-Ray No.	Date 6/2/2012	CTVS	वर्ष/मा Years/M	इफरिंग विभाग Referring Unit	
रजिस्ट्रार नाम Hosp. O.R.	Name MANOJ	DR. AKHILESH		घर स्थिति Residential/Non	
एक्स-रे खंड Examination	Phone No. 7354851884	Prof. S.S. Kothari/ Dr. Saurabh			
चिकित्सक की Clinical Information :	S.R. 14				
	Consultant 15				

V.S.P

I+ - C.A.R. - 1/A

किसी दवा का बुद्ध प्रमाण  
Any History of Allergy \_\_\_\_\_

अन्य माहवारी स्थिति  
LMP \_\_\_\_\_

कोई पुराने एक्स-रे  
Any Previous X-Ray \_\_\_\_\_

Vish

चिकित्सक के हस्ताक्षर  
SIGNATURE OF MEDICAL OFFICER

रेडियोग्राफर के लिए  
FOR RADIOGRAPHERS USE

पहचान चिह्न Identification Mark
अंगूठा निशान Thumb Impression

कमरा नं. Room No.	फिल्म साइज Size & No. of Films	के. वी. KV	एम.ए.एस. MAS
हस्ताक्षर /Signature			

रिपोर्ट  
REPORT

एक्स-रे-चिकित्सक  
RADIOLOGIST

**ECHOCARDIOGRAPHY REPORT**

DEPARTMENT OF CARDIOLOGY, CARDIOTHORACIC CENTRE  
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NEW DELHI-110029

NAME: Mansoj AGE: 82 SEX: M DATE: 8/2/12  
 ECHO No. 2724/12 CR No. 2557/12 VCR TAPE No.   
 HEIGHT:  cms WEIGHT:  Kg BSA:  m<sup>2</sup> Ref. Physician: Prasad  
 Referring Diagnosis:  Done by Dr. Aradhya Checked by Dr.   
 Quality of Imaging: Poor/Adequate/Good

**MITRAL VALVE**

Morphology: AMC - Normal/Thickening/Calcification/Flutter/Vegetation/Prolapse/SAM/Doming  
 PML Normal/Thickening/Calcification/Prolapse/Paradoxical motion/Fixed  
 Subvalvular deformity Present/Absent Score:   
 Doppler: Normal/Abnormal  
 Mitral stenosis Present/Absent RR interval:  msec  
 EDG:  mmHg MDG:  mmHg MVA:  cm<sup>2</sup>  
 Mitral regurgitation Absent/Trivial/Mild/Moderate/Severe

**TRICUSPID VALVE**

Morphology: Normal/Atresia/Thickening/Calcification/Prolapse/Vegetation/Doming  
 Doppler: Normal/Abnormal  
 Tricuspid stenosis Present/Absent RR interval:  msec  
 EDG:  mmHg MDG:  mmHg  
 Tricuspid regurgitation Absent/Trivial/Mild/Moderate/Severe Fragmented Signals  
 Velocity:  m/sec Pred.RSVP-RAP:  mmHg

**PULMONARY VALVE**

Morphology: Normal/Atresia/Thickening/Doming/Vegetation  
 Doppler: Normal/Abnormal  
 Pulmonary stenosis Present/Absent Level:   
 PSG:  mmHg Pulmonary annulus:  mm  
 Pulmonary regurgitation Present/Absent  
 Early diastolic gradient: 12 mmHg End diastolic gradient:  mmHg

**AORTIC VALVE**

Morphology: Normal/Thickening/Calcification/Restricted Opening/Flutter/Vegetation No. of cusps: 1/2/3  
 Doppler: Normal/Abnormal  
 Aortic stenosis Present/Absent Level:   
 PSG:  mmHg Aortic annulus:  mm  
 Aortic regurgitation Absent/Trivial/Mild/Moderate/Severe

*prolapse of RCC*

*consult*

*- Halodant  
- second i  
- jet area*

Measurements	Normal Values		Normal Values
Atria 26	(21-22mm/m <sup>2</sup> )	LA es 28	(21-22mm/m <sup>2</sup> )
LV es 40	(16-19mm/m <sup>2</sup> )	LV ed 59	(19-32mm/m <sup>2</sup> )
IVS ed 6	(6-10mm)	PW(LV) ed 7	(7-11mm)
RV ed	(4-14mm/m <sup>2</sup> )	RV Anterior wall	(upto 5 mm)
EF 40-45%	(62-80%)		
IVS Motion	Normal/Paradoxical		
IAS			

**CHAMBERS**

LV	Normal/Enlarged/Clear/Thrombus/Hypertrophy Contraction Normal/Reduced
LA	Normal/Enlarged/Clear/Thrombus
RA	Normal/Enlarged/Clear/Thrombus
RV	Normal/Enlarged/Clear/Thrombus

**PERICARDIUM**

Normal/Thickened/Calcification/Effusion

at cleaning

**REMARKS**

- SS, LC Infant → RA, 3D → RA, Aorta commensurate  
 - moderate pm-USD, restricted due to prolapse of PCC. (Ap = 94 mmHg, L → P)  
 non coaptation of PCC and secondary leak of AV.

**TEE**

- Same eccentric AR directed to Aorta.  
 - No ASD, additional USD / CoA.

**DIAGNOSIS**

- LA/LVVO (+) mod. LV dysfunction (40-45%)

**FINAL IMPRESSION**

Acho = TPEF, Moderate pm-USD (L → P, Ap = 94 mmHg) Rec prolapse.  
 - Same AR LA/LVVO (+) mod. LV dysfunction (40-45%)

in flow  
 - OSA  
 E 70% US

See for USD closure  
 for repair.  
 pm-USD, Rec prolapse, RLA from dilated, 2/8/12

*[Signature]*  
 Consultant

Consultant

आवेदन की प्रेमी  
(1) पी.ए.एल.  
(2) ए.पी.एल.



### मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना मुख्य मंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अन्तर्गत उपचार करायें आवेदन पत्र का प्रारूप

प्रति,  
सुपुत्र विधि एवं स्वास्थ्य अधिकारी  
जिला दिल्ली राज्य प्रदेश।

विषय - मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना ( 03-15 वर्ष के बच्चे जो हृदय रोग से ग्रसित हैं) के अंतर्गत उपचार के संबंध में।

1. रोगी का नाम मनीष गुप्ता कनुराणी
2. आयु 8 वर्ष जन्म तिथि 10/01/2010 पत्र संचालन करें।
3. पिता का नाम सिद्ध कनुराणी
4. आवेदन दिल्ली जिला कनुराणी (सिद्ध कनुराणी / अशोक / अशोक / अशोक)
5. व्यवसाय
6. परिवार की कुल आय
7. क्या आवेदक का नाम/पिता का नाम कभी भी रोग से है - है/नहीं (यदि हाँ तो कौन सा रोग है/कौन सा रोग है/कौन सा रोग है)
8. निवास स्थान/मकान नं.  
घर नं. 16 जिला एन.एन.टी.  
वार्ड नं. 4/2 जिला दिल्ली राज्य दिल्ली
9. रोगी का नाम जिला इलाका कक्षा है R.H.D.
10. आवेदन प्राप्त विधि/संस्था जहाँ प्रवेश करवा है का नाम एवं पता

सहस्रहस्ता

मैं यहाँ निवास से घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि आवेदन-पत्र में उपरोक्त सचता विवरण मेरी जानकारी से  
बहुआर पूर्णतः सत्य है और कुछ भी छिपाया नहीं गया है।

स्थान :-  
दिनांक :-

**मनीष गुप्ता**

आवेदन से उत्तरदाता

(सही/गलत यदि ज्ञात हो)



जिला कार्यालय द्वारा की जाने वाली कार्यवाही

आवेदक का शरीरी सेवा के नीचे जीवन यापन संबंधी प्रमाण-पत्र।

प्रमाण-पत्र

1. प्रमाणित किया जाता है कि श्री/कुमारी मुन्ना अशुआणी जिला मिर्जापुर  
 ..... नाम नं ..... वार्ड क्रमांक 16 ..... मोहल्ला/नगर/ग्राम रघुपुरा .....  
 तहसील रघुपुरा ..... जिला मिर्जापुर .....  
 और आवेदक द्वारा पत्र में उल्लेखित उपरोक्त विवरण की जांच के बाद स्पष्ट हो गई है कि आवेदक शरीरी सेवा के नीचे जीवनयापन करने वाले परिवार का सदस्य है।

2. आवेदक श्री/कुमारी मुन्ना अशुआणी जिला मिर्जापुर  
 नाम नं ..... वार्ड क्रमांक 16 ..... मोहल्ला/नगर/ग्राम रघुपुरा .....  
 तहसील रघुपुरा ..... जिला मिर्जापुर .....  
 पंचायत/नगर पंचायत/नगर विधान/नगर पंचिका 3736 .....  
 (श्री/श्री.एन.) जीवन-यापन करने वाले परिवारों के रजिस्टर में क्रमांक 3736 पर दर्ज है।  
 सत्यापन - शरीरी सेवा के नीचे सम्बन्धी नीला राशन कार्ड

  
 जिला अधिकारी  
 जिला मिर्जापुर

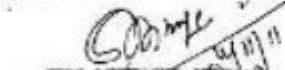
जिलाधिकारी/मुख्य कार्यपालन अधिकारी जिला पंचायत  
 /तहसीलदार/एच.टी.एन./नगर पंचिका अधिकारी के  
 हस्ताक्षर एवं कार्यालय मुद्रा/सिल

दिनांक..... (पत्र)

जिलाधिकारी द्वारा प्रमाण-पत्र हस्ताक्षरित होने पर आवेदक को किराये सज्जन जिला कार्यालय में पास भेजा जायेगा जो आवेदक का परीक्षण करने निम्नांकित प्रमाण पत्र अधिसूचना के अनुसार करेगा।

पत्र क्रमांक 1616 | दिनांक 03-01-2021

प्रमाणित किया जाता है कि श्री मुन्ना  
 5/0 मिर्जापुर जिला मिर्जापुर  
 तहसील रघुपुरा शरीरी सेवा के नीचे  
 सत्यापन क्रमांक 3736 पर दर्ज है।

  
 मुख्य कार्यपालन अधिकारी  
 जिला मिर्जापुर

भाग-3

(सिविल सर्जन का प्रमाण-पत्र)

*Dr. Sangeeta Chaudhary*  
*19/11/11*

नियंत्रण जिला..... के पत्र.....  
 सर्जन से प्राप्त आदेश-पत्र में दर्ज रोगी श्री/कुमारी Manoj उम्र 19/11/11  
 पिता Manoj Anand पता नं. .... शहर/कस्बा/मोहल्ला/नगर/ग्राम.....  
 तहसील..... जिला..... राज्य.....  
 प्रवेश का प्रमाण के द्वारा डॉ/दिव्य Dr. SANGEETA CHAUDHARY से किया  
 गया। मैं संतुष्ट हूँ कि रोगी श्री/कुमारी.....  
 रोग का पूर्ण एवं स्वच्छ नाम VSD से पीड़ित है और उपरोक्त प्रमाण पत्र  
Chirayu Hospital चिकित्सालय में बना प्रमाणित है। रोगी की सेवा एवं पूर्ण इलाज  
 का पूर्ण विवरण लिखित है।

के इलाज पर होने वाला व्यय मान्यता प्राप्त चिकित्सालय द्वारा निर्धारित दर अनुसार ली जाये  
 होगा।

दिनांक - 19/11/11

*[Signature]*  
 19/11/11  
 सिविल सर्जन के हस्ताक्षर  
 जिले के हस्ताक्षर  
 एवं संबन्धित डॉ. मुसा/सील

चैक लिस्ट-

1. सिविल सर्जन द्वारा रोग का प्रमाण पत्र प्रमाणित है/नहीं
2. मान्यता प्राप्त अस्पताल का नाम जहाँ इलाज किया जाता है एवं इलाज पर लागू वाले लागू का प्रायकलन संलग्न है/नहीं
3. संबंधित बच्चे के हृदय रोग से संबंधित जीम एवं अन्य आवश्यक अभिलेख दिखाई दया रोग होने की पुष्टि हो।
4. जन्मतिथि का प्रमाण पत्र।

उपरोक्त प्रमाणपत्र 3 प्रतियों में दिया जावे। एक प्रती जिलामुख को, दूसरी रोगी का एवं तीसरी प्रति सर्जन के रिकार्ड में रखी जावे।

योजनान्तर्गत समिति में निम्नानुसार सदस्य होंगे :-

1-	अरीयादा निकित्साजय महाविद्यालय, भुवनेश्वर प्रदेश।	उपसभा
2-	राजकीय संयुक्त संस्थान, स्वास्थ्य सेवाएँ, मध्य प्रदेश।	समन्वयक
3-	प्रदेश के चिकित्सा महाविद्यालयों, कार्डिओलॉजी विभाग के प्रतिनिधि	
4-	सिविल सर्जन सह अस्पताल अधीक्षक, (राजकीय मुख्यालय)	

योजना के अन्तर्गत इलाज के सहायता चिकित्सा विभागों की सूची।

1-	V.S.D.	केन्द्रीय अस्पताल डिपेंडेंट
2-	A.S.D.	आर्टिफिशियल सेंट्रल डिपेंडेंट
3-	T.O.F.	टोटोलेजी ऑफ कैंसर
4-	P.D.F.	पेटेंट फुल टाइम अडिप्योसिस
5-	P.S.	पलायनरी एडिप्योसिस
6-	S.O.A.	सोशलिकेशन ऑफ ऑरल
7-	R.H.D.	रिच कान्स्ट्रक्चर डिपेंडेंट

प्रदेश के अन्दर स्थित अस्पतालों की सूची।

- 1- मेडिकल कॉलेज हॉस्पिटल (एम्बीबीएस अस्पताल)।
- 2- मण्डारी हॉस्पिटल एण्ड रिसर्च सेंटर, इन्दौर।
- 3- भोपाल मेमोरियल हॉस्पिटल एण्ड रिसर्च सेंटर, भोपाल।
- 4- सी.एस.एल. अमोली हॉस्पिटल, इन्दौर एवं उज्जैन।
- 5- धिरामु कार्डियक सेंटर, भोपाल।
- 6- बाबू हॉस्पिटल, इन्दौर।
- 7- गोकुलदास हॉस्पिटल, इन्दौर।
- 8- विशेष हॉस्पिटल, इन्दौर।

प्रदेश के बाहर स्थित अस्पताल (समन्वय के अन्तर्गत)

- 1- एडिबल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली।
- 2- आल इण्डिया कार्डियल हार्ड इन्स्टीट्यूट, त्रिवेन्द्रम।
- 3- मैरियम मन्नासा मिशन हॉस्पिटल, चेन्नई।
- 4- नारायण हृदयालय, गैंगलोर।

राजकीय समिति की अनुमति .....।

समन्वयक  
राजकीय संयुक्त संस्थान  
स्वास्थ्य सेवाएँ

जन्म  
दिनांक  
हस्ता.  
19

परिवार में सम्मिलित सदस्यों का विवरण



क्रमांक	नाम	उम्र	मुखिया से सदस्य का रिश्ता
1	शुभम	27	स्वयं
2	गोपबन्दी (दुलहनी)	25	पत्नी
3	सविता	8	पुत्री
4	अजीज	5	पुत्र
5	महादीन	1 मही	पुत्र
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

कुल..... (पुरुष) / ..... (महिला) / .....

घोषणा पत्र

मैं ..... पिता / पति .....  
 घोषित करता/करती हूँ कि उपर दशाये गये व्यक्ति मेरे साथ ही सम्मिलित परिवार में रहते हैं और  
 इनमें से किसी भी व्यक्ति का नाम किसी भी परिवार - पत्र (राशन कार्ड) में नहीं भी दर्ज नहीं है। मैं  
 इसके लिये पूर्ण रूपेण जिम्मेदार हूँ।

.....  
 हस्ताक्षर मुखिया

नगरपालिका/नगर पंचायत -  
नगर पंचायत का नाम -  
विकास खण्ड -

ब. पी. एल. कार्ड क्र. 024374

नगरीय क्षेत्र / ग्रामीण क्षेत्र  
(खाद्य, नागरिक आपूर्ति एवं उपभोगिता सं.क्षण विभाग)

### परिवार पत्र

(म. प्र. फूडस्टफ्स डिस्ट्रीब्यूशन कंट्रोल आर्डर 1960 के अंतर्गत जारी किया गया।)

- वार्ड क्रमांक: 17 ..... खाता क्रमांक: 36 .....
1. परिवार के मुखिया का पूरा नाम मुकुटा कुशी  
पिता / पति का नाम सिद्धा कुशी
2. वार्ड क्रमांक 17 ..... मुहल्ला घर क्रमांक 17 .....
3. वर्तमान पता बजपुरा  
गाविसंखुला विकास खंड लोडी तहसील लोडी जिला इलाम
4. राष्ट्रीय सेवा शर्तें सूची 2006 (बी.पी.एल. सर्वेक्षण 2002-03) में क्रमांक 3736  
वार्ड क्रमांक 17 .....
5. उल्लेख ..... मासिक आय
6. कार्यस्थल का पता लोडी विकास खंड
7. सेवा कर्तव्यस्थल का नाम उप. प्र.  
कम्पनी एजेन्सी
8. परिवार के सदस्यों की कुल संख्या 5 ..... पुरुष 3 ..... महिला 2 .....
9. शा. उ. म. दुकान क्रमांक .....
10. दुकान का नाम व पता लोडी विकास खंड
11. हस्ताक्षर मुखिया .....
12. हस्ताक्षर दुकानदार .....

नगरपालिका/नगर पंचायत का नाम -  
विकास खण्ड -  
नगरीय क्षेत्र / ग्रामीण क्षेत्र  
(खाद्य, नागरिक आपूर्ति एवं उपभोगिता सं.क्षण विभाग)

रोगी कल्याण समिति जिला चिकित्सालय छतरपुर म.प्र.

राष्ट्र रोगी टिकिट

सहायता राशि 5 रुपये

A/021839

मनोर

दिनांक 28-Mar-11

वर्ग GENERAL  
लिंग पुंल  
वय 8 वर्ष

RHDE  
MIR  
Cath  
Cath

GO variety of blood

R

Inv - Bengaluru  
(Pending) blood

Then after  
AST  
1.2 day

Tab Amino-acid  
K<sub>2</sub>CO<sub>3</sub> 50g

Referred to  
higher center  
for need

Tab Calcium 150mg  
- 150g  
- 5g

Tab Epp Calcium sul  
100g

**DISTT. HOSPITAL CHHATARPUR (M.P.)**

**Discharge Ticket**

Indoor Reg. No. 8746

Name of Patient MANDY Age 21 Sex M/F

S/o Dr. Manoj Kumar

Address Raj. Purwa

D/A 11/10/11 D/O 20/10/11 Ward & Bed No.

Diagnosis Cerebral malaria i. vsp

Doctor I/C Dr. J. K. Singh

Investi-

mpk  
dr. 9/11

Treatment Given -

4. Lammide D. Ph. 1000  
4. Ph 20 1000  
4. micon  
4. p. 500

Treatment Advised - Pa

- \* (1) 1. R. H. 2. 1000 1000
- \* (2) 1. R. 2. 1000 1000
- \* (3) 1. R. 2. 1000 1000
- \* (4) 1. R. 2. 1000 1000

इस कार्ड को संभालकर रखें। जब भी आर्ड कार्ड लुप्त में लाने।

Raj. Purwa  
Chhatarpur

+

श्री गल्याण सभिसि जिला विविक्त्यालय छतरपुर म.प्र.  
बाह्य रोगी टिकिट  
सहायता राशि 5 रुपये

A/0211839  
पं.सं. 4

दि. 28-Mar-11

वर्ग GENERAL  
लिंग पुरुष  
उम्र 8 वर्ष

RHDE

110 variety of Blood

~~Ref. to  
for~~

Dr. Ing. Bonyathu  
(P. w. d. m. s.) & Co. Ltd.  
I am after  
AST 12/10/11

1st A. w. d. m. s.  
V. B. 11/10/11

Referred to  
for

1st A. w. d. m. s.  
15/10/11  
G. S. P. Culchery  
S. P. D.

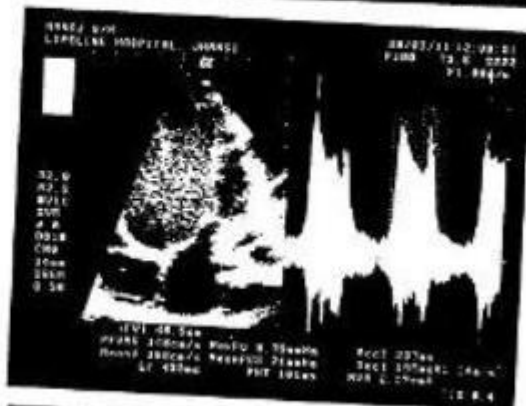
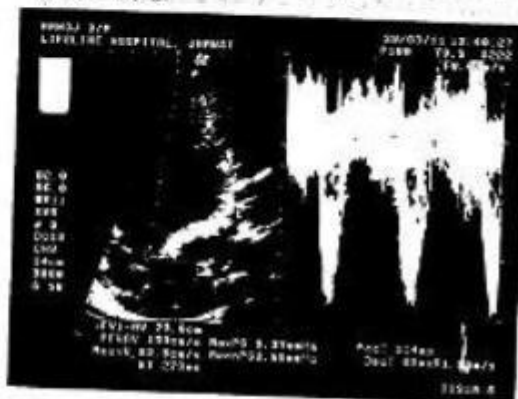


पंजीकरण क्रमांक ११११ - ११११ - ११११

महाराष्ट्र

यान्त्रिक विद्या मंडळ हे एक मान्य संस्था  
जिचा श्री. कुमावत महाराज यांचे वतीने वया  
मंडळाचे अध्यक्षत्व आहे / श्री. म. कुमावत  
के अंतर्गत (११११, ११११) म. म. म. म.  
११११ मंडळ यांचे वतीने आहे / म. म. म.  
११११ मंडळ यांचे वतीने आहे / म. म. म.

म. म. म.  
११११ मंडळ  
११११ म. म. म.  
११११ मंडळ (म. म.)



**COLOR DOPPLER ECHOCARDIOGRAPHY REPORT**

Patient's Name: - MASTER MANOJ

Age / Sex: - 8 Yrs./F

Referred By: - Dr. Praveen Jain MD, DM

Dated: -29/03/2011

LT.VENTRICLE: -The left ventricle is normal in size & wall thickness is normal. MILDLY DIALATED

LT.ATRIUM: -The left atrium is normal in size .MILD DIALATED

RT.VENTRICLE: -The Rt ventricle is normal in size.

RT.ATRIUM: - The Rt. atrium is normal in size.

IA SEPTUM: -The inter atrial Septum is intact.

IV SEPTUM: -There is small Membranous VSD(7mm) with Lt to Rt shunt.

PULMONARY ARTERY: -The pulmonary artery is normal in size.

AORTIC ROOT: - The aortic root is normal in size.

PERICARDIUM: -There is no pericardial effusion.

MITRAL VALVE: -The mitral valve is mildly thickened.. MMG=5 mmHg

AORTIC VALVE: -The aortic valve is thin & pliable. It is tricuspid.

TRICUSPID VALVE: -The tricuspid valve is thin and pliable.

PULMONARY VALVE: -The pulmonary valve is normal.

AORTIC ANNULAS mm.	32	RVID (ED) mm.	18
AORTIC CUSP SEPERATION mm.	10	RV WALL THICKNESS mm.	05
LA DIMENSION mm.	37	IVS (ED) mm.	5
LVID (ED) mm.	53	IVS (ES) mm.	10
LVID (ES) mm.	36	PW (ED) mm.	11
LV EJECTION FRACTION %	59	PW (ES) mm.	15
HEART RATE PER. MIN.			

**DOPPLER MEASUREMENTS:-**

	MAX.VELOCITY	MAX.P.G.	DECELERATION TIME
MITRAL VALVE	1.2/0.6m/s	5.65mmhg	
TRICUSPID VALVE	0.7m/s	2.3mmhg	
AORTIC VALVE	1.0m/s	4.6mmhg	
PULMONARY VALVE	0.8m/s	2.6mmhg	

COLOR FLOW: Color flow study shows ll to r1 shunt through VSD.

**INTERPRETATION SUMMARY**

- SMALL MEMBRANOUS VSD(7mm) WITH L1 TO R1 SHUNT.
- NORMAL SYSTOLIC FUNCTION.
- ALL VALVES AND CHAMBERS ARE NORMAL.
- NO RWMA
- LVEF:- 59 %

सेवा में,

श्रीमान व्यवस्थापक महोदय,

रिलीफ हाण्डिया ट्रस्ट,

A-369, सेक्टर-19

नौरडा, गाँतम बुट्ट नम्बर (3 प्र०)

विषय :- बेटे के दिल में दूध के इलाज के लिए  
सदक हेतु प्रार्थना पत्र ।

महोदय,

आविष्य निवेदन है कि मैं मुन्नालाल कौरी मूल निवासी  
ग्राम अन्धयारीवारी जिला फतेहपुर, मध्य प्रदेश का हूँ।  
दिल्ली में बेटे के इलाज हेतु आया हूँ। मेरा बेटा मन्नाज  
कुमार उम्र 8 साल जन्मजात दिल की गम्भीर बिमारी  
ग्रस्त है। फरवरी 2012 रमस अस्पताल, दिल्ली, ओ.  
नं० में डॉक्टरों द्वारा चेकअप कराया। उन्हीं  
वताया कि मेरे बेटे को दिल में दूध है जिसका रक्त  
इलाज सर्जरी है। इलाज में सर्जरी का खर्च 55000  
आरुगा। मैं मजदूरी का काम करता हूँ, मेरी आर्थिक  
स्थिति ठीक न होने के कारण इलाज का खर्च उठाने में  
हूँ। मेरे बेटे की स्थिति दिन पर दिन गम्भीर होती जा  
आपसे प्रार्थना है मुझे सर्जरी के लिए आर्थिक सहायता प्र  
आपकी सहायता मेरे बेटे को नया जीवन दे सकती है।  
धन्यवाद

प्रार्थी

मुन्नालाल कौरी