



Duplicate

हृदय वक्ष एवं तंत्रिका विज्ञान केन्द्र
ब. रो. वि.

ज. भा. आ. सं., नई दिल्ली-११००२९

Cardiothoracic & Neurosciences Centre, O.P.D.
A.I.I.M.S., New Delhi-110029

कार्डियोथोरैकल व न्यूरोसाइन्स सेंटर
आर. पी. डी. केंद्र
ए. आर. आ. सं., नई दिल्ली-११००२९
सोमवार, बुधवार, शुक्रवार
सोमवार, बुधवार, शुक्रवार
(बिना अप्पॉइंटमेंट के)

दिनांक
Date 3/5/10

विभाग Deptt. C-6258/10	नाम Name Prem Singh	उम्र Age 10
व. से. वि. सं. O.P.D. No.	पुत्र/पुत्री/पत्नी S/D/W	लिंग Sex M/C
	निदान Diagnosis	

Tab LOSAR 25mg 1 00 (M) 294E
Tab SUPERMET XL 25mg 1 00 e 211H

R/v in Ped Cardiology OPD

Supravulvula AS Everlysh
P/ Supravulvula AS Repair + Arch
12/5/10 (replacement
Wovexo #8
graft)

Treated for 2E in same sitting
LVEF 55% (Post op)
Now Asymptomatic

220 (3)
25/8/10

Revises
Date

R
T. losartan 25mg (M) - 12.5mg (E)

T. Betaloc 12.5mg BD

RT Hydrochloric

Review in 3 months.

Blue

कार्ड को समुचित रूप से सुरक्षित रखना और इसके खोलने पर अविलम्ब ही आपूर्ति कार्यालय तथा सम्बन्धित क्लेता को सूचित करना आवश्यक है।

इस कार्ड का उपयोग कार्ड धारक और उसके परिवार के सदस्यों के अतिरिक्त किसी अन्य द्वारा किया जाना निषिद्ध है।

यह कार्ड एवं मूल्य का पंजीयन समय से कराया जाये और अनुसार एक माह के अन्दर आपूर्ति कार्यालय में आवेदन कर त्रुटि में वांछित संशोधन कराना आवश्यक है।

निवास को बदले जाने की स्थिति में भी एक माह के अन्दर आपूर्ति कार्यालय से सम्पर्क कर इस कार्ड पर पता-विवरण परिवर्धित कराया जाना आवश्यक है।

परिवार के किसी सदस्य अथवा पूरे परिवार द्वारा स्थायी रूप से क्षेत्र/नगर छोड़ने की स्थिति में आपूर्ति कार्यालय में आवेदन कर उस सदस्य की यूनिट अथवा सम्पूर्ण कार्ड को निरस्त करवाकर सम्पूर्ण प्रमाण-पत्र प्राप्त कराया जाना आवश्यक है।

यह कार्ड का दुरुपयोग किया जाना कदापि अनुमति नहीं है।

कार्ड नं० 082231

परिवार के मुखिया का नाम : शशी-विक्रम प्रसाद

लिंग (पुरुष/महिला) : पुरुष

पिता/पति का नाम : ...

पता : ...

परिवार के मुखिया का व्यवसाय तथा उसका पता : ...

परिवार की वार्षिक आय : ...

एल.पी.जी. कनेक्शन सं० : 10000/-

गैस एजेन्सी का नाम : ...

मास्टर रजिस्टर क्रमांक : ...

काउन्टर रजिस्टर क्रमांक : ...

दुकान रजिस्टर क्रमांक : ...

अधिकर्ता का नाम : ...


नवीनीकरण की दशा में पूर्व राशन कार्ड का क्रमांक : ...

यूनिटों का विवरण	अंकों में	शब्दों में
बालिंग	2	2
नाबालिंग	4	4
योग	6	6

दिनांक : २५/०८/६८

ह० पदाभिहित अधिकारी
नाम एवं पदनाम मोहर सहित

लाभार्थी परिवार के



परिवार के

क्रमांक	परिवार के सदस्यों के नाम	लिंग	मुखिया से सम्बन्ध	आयु
1.	शशी-विक्रम प्रसाद	पुरुष	60%	35
2.	शशी-विक्रम प्रसाद	पुरुष	40%	38
3.	...	...	...	7
4.	...	...	...	5
5.	...	...	...	5
6.	...	...	...	3
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
योग				

उपरोक्त विवरण मेरे व्यक्तिगत ज्ञान से सब सच है और कोई तथ्य छिपाया नहीं गया है।

हस्ताक्षर/निशानी अंगूठा
(परिवार के मुखिया)

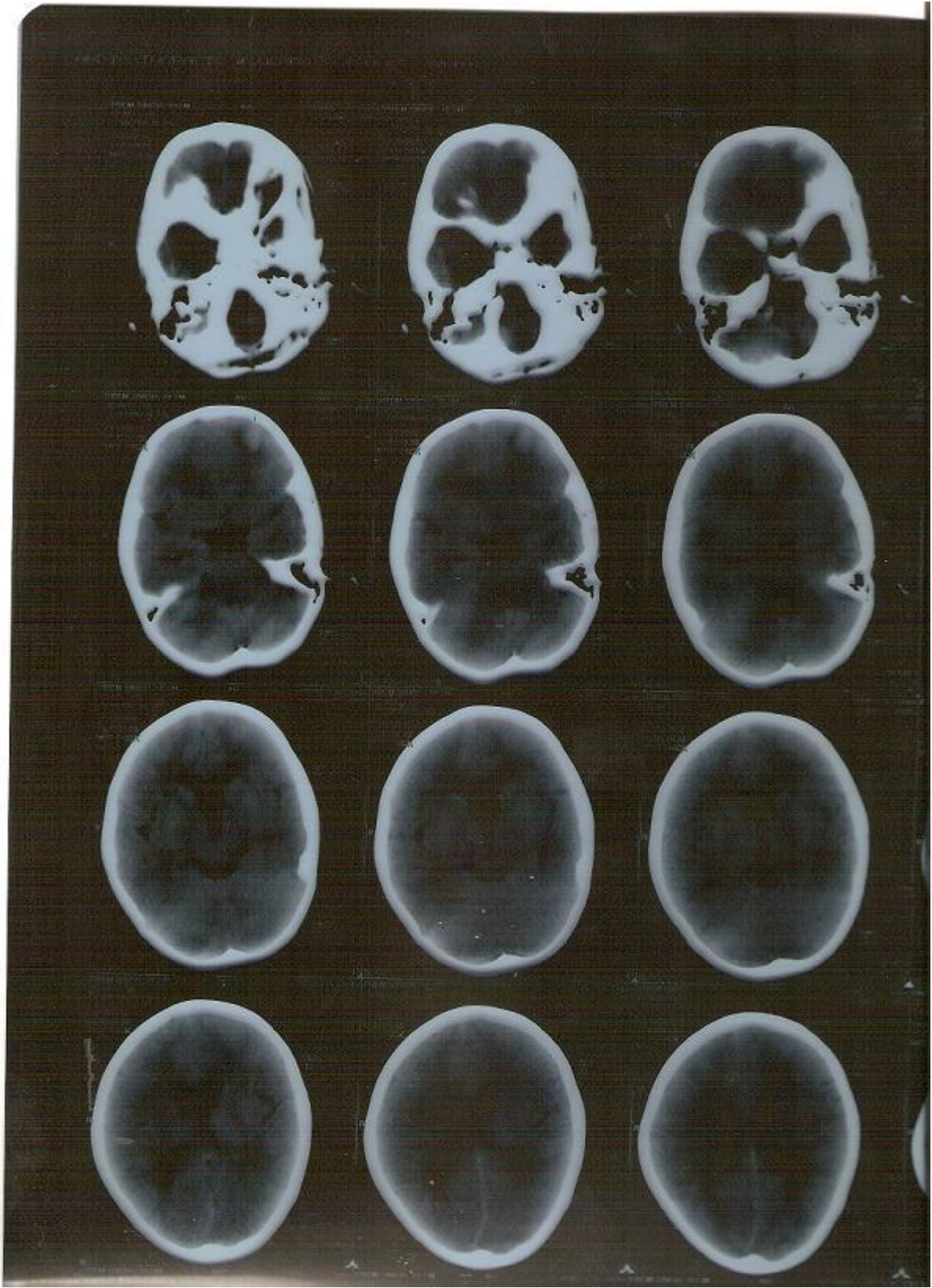
मुखिया का नाम : शशी-विक्रम प्रसाद

सदस्यों का विवरण

व्यवसाय	परिवर्तन की दशा में परिवार का विवरण			सर्वोपन का विवरण हस्ताक्षर व दिनांक
	वृद्धि	कमी	कुल यूनिट	
...				

प्रत्येक प्रविष्टि पर दिनांक सहित हस्ताक्षर

ह० पदाभिहित अधिकारी
नाम एवं पदनाम मोहर सहित



PRAMOD

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
ANSARI NAGAR, NEW DELHI-110 029

FD 1
Receipt No.: 906 Amt. Rs. 60

FACE SHEET

CV-6 258/10

DATE: 09/11/2010 12:38

PATIENT ID. C-028316-10		WARD General CT-6		BED 13	
NAME PREM SINGH S/O RAM SWAROOP		AGE 10 Yrs		SEX MALE	
NATIONALITY INDIAN		MARITAL STATUS			
RELIGION Hindu		MONTHLY INCOME Rs.			
OCCUPATION		PERMANENT ADDRESS			
LOCAL ADDRESS OR NEXT OF KIN WITH ADDRESS		VPO LAL BAGI MANIHA, DISTT. BADAY UN			
PIN		PIN Uttar Pradesh			
TELEPHONE		STATE CODE			
DURATION OF STAY IN DELHI Years Months		TELEPHONE			
DEPARTMENT CARDIO		UNIT			
UNIT HEAD ()		()			
CONSULTANT / SENIOR RESIDENT ()		()			
DATE OF ADMISSION 09/11/2010		TIME 12:38		DATE OF DISCHARGE	
ADMISSION TYPE ONE DAY		MLC		EHS #	
OPD / CASUALTY No.		PROTOCOL STATUS		CGHS #	
ADMISSION CLASS		REMARKS			
PREVIOUS ADMISSION		PREV C.R. NO.			
FINAL DIAGNOSIS		CODE No.			
SECONDARY DIAGNOSIS & COMPLICATIONS					
OPERATIVE PROCEDURES		CODE No.			
ANAESTHESIA		DATE		TIME	
RESULT		CURED / IMPROVED / UNCHANGED / DISCHARGED ON REQUEST / LAMA / ABSCONDED / WORSE / EXPIRED			
CAUSE OF DEATH		AUTOPSY .....(YES/NO)			
NAME OF SR. RESIDENT (IN BLOCK LETTERS) (SIG. OF SR. RESIDENT)		SIGNATURE OF CONSULTANT			

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

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान

A. I. I. M. S. Hospital

नाम

Name

एक्स-रे नम्बर

X-Ray No.

हस्पताल क्रम नं.

Hosp. C.R. No.

एक्सरे जांच के लिए अंग

Examination Required

चिकित्सक की जांच रिपोर्ट :

Clinical Information :

एक्सरे-फार्म

X-RAY REQUISITION FORM

आयु

Age

लिंग

Sex

आय

Income

चिकित्सक विभाग

Referring Unit

रोगी स्थिति

Ambulatory/Non

Berningh

10/m

तिथि

Date

वार्ड/ओ. पी. डी. 176-13

Indoor/ Outdoor

Cardo

176-13

NCCT head

SENIOR RESIDENT
DEPT. OF RADIOLOGY
A.I.I.M.S. NEW DELHI

Bojethy

किसी दवा का बुरा प्रभाव

Any History of Allergy

अन्तिम माहवारी तिथि

LMP

कोई पुराने एक्स-रे

Any Previous X-Ray

चिकित्सक के हस्ताक्षर

SIGNATURE OF MEDICAL OFFICER

रेडियोग्राफर के लिए

FOR RADIOGRAPHERS USE

पहचान चिन्ह Identification Mark	6617
अंगूठा निशान Thumb Impression	10/11/10

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

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

आ० भा० आ० संस्थान, नई दिल्ली-110029
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NEW DELHI-110029

D/A - 9/11/10

सी.आर.नं. C.R. No.	28316	कक्ष Ward	46/13	एकक Unit	Cardio	बेड/कमरा नं. Bed/Room No.	Δ ACHD, Stage 5 Sev L.V dysfunction
नाम Name	Prem Singh	उम्र/लिंग Age & Sex	10 ys/m	वैवाहिक/अवैवाहिक Married/Unmarried			
दिनांक / Date	9/11/10	10/11/10	11/11/10	12/11/10			
समय / Time	10 26 10	26 10 26 10	26 10 26 10	26 10 26 10			
ताप / Pulse ताप / Temp C° F°	180 42 107.6						
J. Cephalic Subjugular SD	160 41 105.8	①	②	③	④		
	140 40 104.0						
	120 39 102.2						
	100 38 100.4						
	80 37 98.6						
	60 36 96.8						
	40 35 95.0						
श्वसन RR/Respiratory rate							
मल/STOOL		pcld.	pcx 1	pcx 1			
मूत्र/URINE							
पी.अल्प/F. INTAKE		760ml	760ml	565ml			
अउर अ./F. OUTPUT		pcld + 250ml	1250ml	1150ml			
व.ब./B.P.							
भार/WEIGHT		78 kg.					
स्नान/ BATH							
विशेष जेसी/Special Drugs							