CN-98/11

हृदय वक्ष 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-5146/2011

Cardiology OPD
Afternoon 2:00 PM

Date 11/3/2011 MON.WED.FRI/CTVS
Charged Rs 10/-

विभाग Deptt.

उम्र Age

Name LAXMI 12Years/F

ब.रो.वि. O.P.D.

लिंग Sex

S.R. Room 11 DR.AMIT
Consultant 9 Dr. Ramakrishnan / DR.SAURABH
Registration Time : Old Case 8:00 AM TO 11:30 AM

17974

3/F/11
26

Turner syndrome
mod-sev. AS (BAV)
no CoA clinically

Adv.
· Attend genetic clinic for evaluation/counselling of ? Turner syndrome
Mon/2pm
Peds OPD

BP { UL → 89/72 mm
LL → 136/70

(CT Peds)
(Red building)

Centralised Laboratory, C N Centre, AIIMS					
H	C	L	PT	D	Others
36	36				
Date	14/3/11				

दिनांक
Date

No file without number

* Syp. Cherricoff 1ts/TDS x 5 days
* T. Levoflox 500mg
½ tab OD x 5 days
* Steam inhalation
syp steam ~ p.d.

½ bit 03/2/1/13

RG
17/6/11

Lost to FU x ~2 yrs.

Pallor ++.
needs evaluation ?Gi bleed/loss.
(* Hb in 03/2011 - 6.6 gm%)

Adv.
→ Attend Peds OPD for evaluation
→ R/v after 1 wk (with echo).

04/02/13

R 18
4/1/13

Bld transfusion
CTB Peds ward.

Please donate 1 U of blood

C.N. CENTRE

LOGY

GY

NCES, NEW DELHI - 110029

CV-5146/2011 Cardiology

Date 11/3/2011 MON.WED.FRI CTVS

Name LAXMI 12Years/F

D/O RADEYSHYAM

S.R. Room 11 DR.AMIT

Consultant 9 Dr. Ramakrishnan / DR.SAURABH

ARD UNIT

AGE SEX

A OXALATE CITRATE HEPARIN

TIME OF COLLECTION

DIAGNOSIS

SIGNATURE
NAME OF MEDICAL OFFICER

STAMP

FOR LAB. USE ONLY

LAB. REF. NO.

DATE OF RECEIVING THE SPECIMEN

HAEMATOLOGIST

INCOMPLETE FORMS WILL NOT BE ACCEPTED

INVESTIGATIONS REQUESTED

PART A			MARK THE BOX FOR INVESTIGATIONS REQUIRED	FOR LAB USE ONLY
Hb	6.8	g/100 ml		
PCV		%		
RBC		X 10⁶/ul		
Retics		%		
Platelets	161	X 10³/ul		
WBC	5,400	/ul		
WBC	Diff. Count			
	Neutrophils	61 %		
	Eosinophils	04 %		
	Basophils	%		
	Lymphocytes	34 %		
	Monocytes	01 %		
	RBC Precursors	%		
	WBC Precursors	%		
Absolute Eosinophils		/ul		
Blood film morophology		%		
Parasites				
PART B				
Prothrombin Time Control		sec.		
	Patient	sec.		
ESR	mm fall 1st hr.			
Bleeding time		min.		
Clotting time		min.		
others :				

DEPARTMENT OF CARDIAC - RADIOLOGY
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

Name Laxmi Age/Sex 12/F CV No. 5146/11 Referring Unit

Investigation CT angio for Cardiac anatomy. / neck venel / abdo aorta Date 26/9/11 Time 8-30 am - (56).

Patient to bring the following :

1. A. Non-ionic Contrast 200/300/350/mg/1ml 3 ry omnipaque 50 ml
   Or
   B. Ionic Contrast 280/400mg/ml _____ ml

2. Venflon or Scalp Vein Set 18G/20G 21G/23G

3. Disposable Syringes 20ml 2 r,o,s

4. Sterile Disposable Gloves Size 7 1 pairs

5. ECG Electrodes 3 Nos.

6. Pt. Should report 4 Hrs. fasting 30/9

7. To pay Rs. 200/-, Rs. 750/-, Rs. 1000/-, Rs. 1500/- at Cash Counter, CN Centre

- S. Urea
- S. creatine

PLEASE BRING ALL YOUR PREVIOUS RECORDS/INVESTIGATIONS

Important Notice :

IONIC - Contrast Media are cheaper, but are associated with more side effects and can sometime results in death.

NON-IONIC - Contrast Media are bit expensive., but comparatively safer Side effect/complications assoicated with contrast mediua injections include a sensation of warmth, Server pain in the arm, nausea, vomiting, asthma, rash, fail, fall ib blood pressure, lose of consciousness, allergy, shock and sometimes death. All these effects can occure immediately or upto few hours after injections. Patients with Allergiese and Asthma are at high risk.

Consent : I have been explained the complications and risks associated with Ionic/Non-ioniuc Contrast Media Ionjections.

I Have given my consent for injection of Ionic/Non-Ionic Contrast Media by any route.

Signature
Name
Relationship to the Patient

कार्य लैब कमरा नं० 10A

(56)

हृदय वक्ष एवं तंत्रिका विज्ञान केन्द्र

CARDIO-THORACIC & NEURO-SCIENCES CENTRE

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

एक्सरे-फार्म
X-RAY REQUISITION FORM

नाम
Name Laxmi

आयु Age | लिंग Sex | आय Income

एक्स-रे नम्बर X-Ray No. _____ तिथि Date C V ~~HS~~ 5/46/11

चिकित्सक विभाग Referring Unit _____

हस्पताल क्रम नं. Hosp. C.R. No. _____ वार्ड/ओ. पी. डी. Indoor/ Outdoor _____

रोगी स्थिति Ambulatory/Non _____

एक्सरे जांच के लिए अंग
Examination Required CTangio for cardiac anatomy

चिकित्सक की जांच रिपोर्ट :
Clinical Information : also include neck vessels and Abd. Aorta

Turner Syndr., rev AS.

किसी दवा का बुरा प्रभाव
Any History of Allergy _____

अन्तिम माहवारी तिथि
LMP _____

कोई पुराने एक्स-रे
Any Previous X-Ray _____

3/6/11
चिकित्सक के हस्ताक्षर
SIGNATURE OF MEDICAL OFFICER

रेडियोग्राफर के लिए
FOR RADIOGRAPHERS USE

पहचान चिन्ह 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

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली-110029

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NEW DELHI -110029

आपातकालीन विभाग

(DEPT. OF EMERGENCY MEDICINE)

UHID No:20120205711

आपातकालीन नं.(Emergency No): 2012/030/0060364 दिनांक DATE: 15/06/2012 समय TIME: 02:54:43 PM

NON-MLC

नाम NAME: **MISS. LAXMI** आयु AGE : **12 years** लिंग /SEX : **F**

D/O : **RADHEY SHYAM**

पता ADDRESS: मकान संख्या H.NO: PALLA NO-1 SHIV COLONY D BLK गली / मुहल्ला STREET/MOH: FARIDABAD

शहर/प्रखंड CITY/BLOCK: पिन PIN:

राज्य STATE: HARYANA दूरभाष सं. PHONE NO:

द्वारा BROUGHT BY: Relative : RAJ KALI स्थान Location: Paediatrics Emergency

F/C/o Turner's Synd. fm Genetic Clinic.

c/o 2 episodes of unconsciousness. on 11/6/12 - 10 min
13/6/12 - 5 min.

Sudden onset, no h/o abn. movt of body.
o/ upwallng of eyeballs

* Sent from Genetic Clinic for pt monitoring
2D echo → severe AS.

O/E conscious, oriented
Pale, ↓ PS (+) no DTG, webbed neck (+) RR = 28/m
Hepatomegaly (+). PR - 120/m
BP = 104/72
Cvs no abn
CVS → Systolic murmur (+).
BP ~ 98/74. Rest — NAD.

P/O/W SR - ped cons'd.

Plan — to review in Ped cardio OPD

Adv

- ~~Recto~~ Refd. to Ped cardio OPD

Dr

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

Monday - Saturday
बाल ओ०पी०डी०
Children O.P.D

एकक/Unit _____

विभाग/Dept. _____

ब०रो०वि० पंजीकृत सं०/O.P.D. Regn. No. 12272/11

नाम/Name	पिता/पुत्र/पत्नी/पति/पुत्री F/S/W/H/D of	लिंग Sex	आयु Age	पता/Address
Laxmi		F	124	

निदान/Diagnosis

दिनांक/Date	उपचार/Treatment
01 JUN 2011	Room A

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

Cytogenetics Laboratory

Genetic Unit, Department of Pediatrics, Old OT Block, 1st Floor,

All India Institute of Medical Sciences, New Delhi-110029

Phone Nos: (Lab- Room No 112) 011-26594585, 26588700 Extn 4585/3264

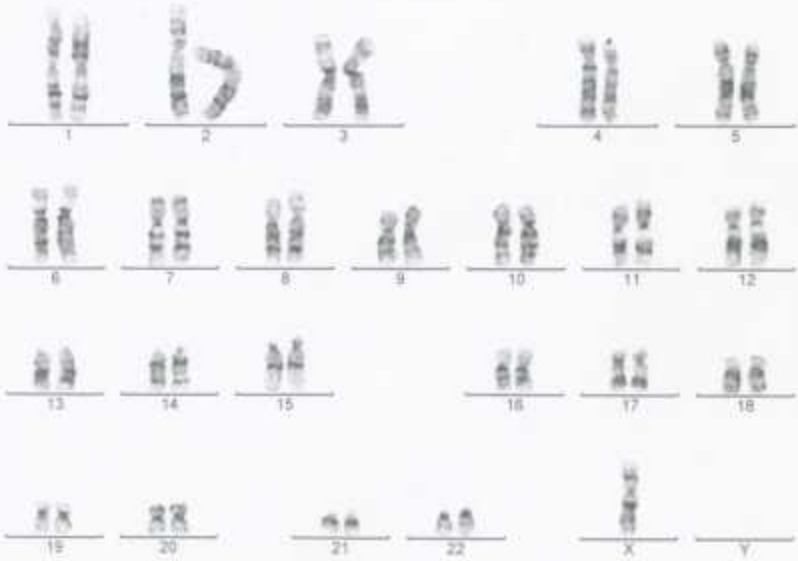
Name: Laxmi **Age/Sex:** 12yrs/F **Case No.:** 404-11

Ref. Doctor: Genetic Clinic **Indications:** Turner syndrome

Specimen: Peripheral Blood **Receiving Date:** 8/29/2011 **Reporting Date:** 6/15/2012

No of Cells Karyotyped: 1/20 **Banding Method:** G-Banding **No. of Bands:** 400

Karyotype: 45,X



Interpretation and Recommendation:

Karyotype shows monosomy of chromosome X in all metaphases analysed.
Advised genetic counseling.

Rashmi Shukla
CYTOGENETICIST

Meenja
for
Dr. MADHULIKA KABRA

Although all precautions are taken during cytogenetic tests, currently available data indicate that the rate of technical errors for all types of chromosomal analysis is approximately 2%. Submicroscopic alterations cannot be ruled out.

(2) · r/v echo.

Wed/9am · 04/02/13

AI + 75/39 mmHg (N) LV function

SEV LVH (+)

NO AS/MR

No COA.

* Med PV.

gradient of AOV may partly be due to ausing *

06/02/13

1/9/11 8.30 pm

प्राइवेट वार्ड दूसरी मंजिल
New Private Ward IInd Floor
खाली है 30/8

विकिरण नैदानिक विभाग
अ० भा० आ० सं०, नई दिल्ली–110029

DEPARTMENT OF RADIODIAGNOSIS
A.I.I.M.S., NEW DELHI - 110029

ULTRASOUND/COMPUTED TOMOGRAPHY REQUISITION FORM

Name : Laxmi

Age / Sex : 12yrs / female

Ref. Deptt. / Unit : Ped IC

Date : 1/9/2011

Indoor (Bed No.) / Outdoor / Casualty

OPD No. / CR No. : CC 186/11

LMP :

Examination Required :

Ultrasound Abdomen

Doppler (Arterial / Venous)

Interventional Procedure

CT

HRCT

Dual Phase CT

CT Angiography

Clinical History and Examination :

· Preat Mature
· weight neck

→ 9x7 cm for ovaries / uterus & kidneys

Clinical / Working Diagnosis : ? Turner's syndrome

Any Previous Studies (Please provide No. if available) :
Blood Urea / Serum Creatinine (for CT patients only) :
Any h/o allergry or asthma :

Signature of Refering Physician / Date : Dr Deependra

Consent :
I hereby give consent for the performance of any diagnostic or therapeutic radiological procedure with or without the use of contrast injection and / or sedation. The associated complications and risks have been explained to me.

Signature of Patient / Date :

UNIT-III
WEDNESDAY-SATURDAY
CHILDREN OPD
ROOM No.

US / CT Number :

No. of Films used :

Signature of Radiographer / Date :

RADIO.DIAG. ₹200.00
00511 10:36:00 00113

Urgent

प्रयोगशाला कायचिकित्सा विभाग
DEPARTMENT OF LABORATORY MEDICINE

रूधिर विज्ञान
HEMATOLOGY

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, अन्सारी नगर, नई दिल्ली-110029
All India Institute of Medical Sciences, Ansari Nagar, New Delhi-110029

/Name Laxmi	आयु/Age 15 Yr लिंग/Sex F
R. No. 18C/11	Consultant
rd/OPD ES/day care	Unit/Bed No. II
te/Time 11/2/13	

ture of Anticoagulant : EDTA/Citrate/Heparin/Nil

agnosis/History

vious Lab. Ref. No. 114 | Signature of Doctor

day's Lab. Ref. No. 71 | Time of Receipt

COMPLETELY FILLED FORM IS NOT ACCEPTABLE

Plate-231

INVESTIGATION (EDTA BLOOD) LAB REF. NO.

HGB	7.6	gms/dl	MCV		Fl(86+10fl)
HCT	26	%	MCH		Pg(30Pgs)
RBC Count	3.82	10^6 / Cumm	MCHC		gms/dl
Platelet Count	231	10^3 / Cumm	RDW		(up to 16)
Retic Count		%	RBC Morphology		
T.L.C.	8100	10^3 / Cumm			
DIFF Count					
Neutro		%	Mono		%
Lympho		%	WBC Precursor		
Eosino		%	RBC Precursor		
Baso		%	Others		
Blood Parasites					

Blood Film Morphology

Impression / Diagnosis

Slide Filled - Yes / No. Signature

INVESTIGATION (CITRATED BLOOD)

ESR (Citrate : Blood :: 1:4) mm / 1st Hour

Coagulation Studies (Citrate : Blood :: 1:9)

Control	Patient	Control	Patient
B.T.		A.P.T.T.	
C.T.		TT	
P.T.		Platelet Count	
F. DP		Morphology	10^3/Cu
Filrindimer			
Others			

Signature

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

हस्पताल के अन्दर धूम्रपान मना है।
SMOKING PROHIBITED IN HOSPITAL PREMISES

अ. भा. आ. वि. सं. हस्पताल
A.I.I.M.S. HOSPITAL

MONDAY 2.00-5.00 P.M.

Genetics Clinic
Department of Padiatrics

Genetics Clinic No. 186/11

नाम / Name	पिता/पुत्र/पत्नी/पति/पुत्री F/S/W/H/D/ of	लिंग Sex	आयु Age	पता/ Address
Laxmi		F	15y	

निदान
Diagnosis

CD-7011
12/2/13

(Genetics Clinic)
Room No. 8
Sr. No. 11
Date 17/9/13
New Case/
Old Case

Follow up case Turner Syndrome (45, X)
c̄ Sev AS No CoA
Bleeding PR persisting

O/E Pallor ++
- was referred to Gastroenterology clinic Friday 2PM, did not go

✓ Ped Gastroclinic Friday 2PM
- TH TSH,
- Rut Hemogram c̄ P/S, Stools
- Celiac serology
- Peds Cardio Fup ✓
- Review for Hormone replacement Rx
- Ct oral Iron

Hb 6.6

Day care
5 ward

ne do urgent
ogram - Discuss if
BT is required

Fup next week.

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

C-S [illegible] of Day Care

SR Peds (Day Care) – Dr Santosh – urgent Hemogram
Pl. do needful.

↓

Counter not providing Hb
↓
thing sent to emergency lab

↓

6.30pm → Hb = 7.6g%

↓

No PRBC given, advised following at GEC & G Commanding Bank

13

12/02/

हरियाणा सरकार

(656) B.S.

BHIRGU NATH
D/H Shiv Colony, Palla No. 1
Lic. No. FBD/PDS 1224

प्रपत्र - 3

राशन कार्ड

(केवल राशन वस्तुओं के लिए)

1. वितरण क्षेत्र का नाम ..... old फरीदाबाद
2. राशन कार्ड संख्या 423520
3. परिवार के मुखिया का नाम ..... राजेश कुमार
4. माता/पिता का नाम ..... श्री भरत साहू
5. पत्नी/पति का नाम .....
6. एल.पी.जी.गैस उपभोक्ता नं० ..... एक सिलेण्डर/दो सिलेण्डर
7. क्या आवेदक एवं परिवार का कोई सदस्य आयकर दाता है या नहीं ।
8. मकान नं० ..... वार्ड/सैक्टर नं० .....
   मोहल्ला/गली का नाम ..... शिव कालोनी पल्ला नं० 1
9. स्थाई डाक पता .....
10.

सदस्यों की संख्या	व्यस्क	बच्चे	शिशु	जोड़
5 five	2	3	X	5

Inspector Food & Supply
Faridabad

कार्ड धारक के हस्ताक्षर .....
तिथि .....

वितरण अधिकारी के हस्ताक्षर व मोहर
तिथि .....

(डिपो धारक द्वारा भरा जाना है)

(656)

डिपो का नाम ..... अपार्टी नम्बर ..... रजिस्ट्रेशन नं० ..... B.S.

BHIRGU NATH
D/H Shiv Colony, Palla No. 1
Lic. No. FBD/PDS 1224

डिपो धारक के हस्ताक्षर व मोहर

परिवार के सदस्यों का विवरण

क्र० संख्या	नाम	आयु	परिवार के मुखिया के साथ सम्बंध
1	राजेश कुमार	35 वर्ष	स्वयं
2	राजेश कुमारी	31 वर्ष	पत्नी
3	लक्ष्मी	9 वर्ष	पुत्री
4	मनीष कुमार	7 वर्ष	पुत्र
5	प्रतिमा	3 वर्ष	पुत्री
कुल सदस्य	5 five		

Inspector Food & Supply
Faridabad

तिथि .....

वितरण अधिकारी के हस्ताक्षर
तिथि सहित

ELECTION COMMISSION OF INDIA
IDENTITY CARD
भारत निर्वाचन आयोग
पहचान पत्र

BR/09/054/312361

Elector's Name	:	RAJKALI DEVI
निर्वाचक का नाम	:	राजकली देवी
Father/Mother/Husband's Name	:	RADHESHYAM SAH
पिता/माता/पति का नाम	:	राधेश्याम साह
Sex / लिंग	:	Female / स्त्री
Age as on 1.1.1995	:	22 Years
१.१.१९९५ को आयु	:	22 वर्ष

Address : H.NO.-87,
VILL. BAIGATAPUR,
P.O. MADHURAPUR, DISTT. MUZAFFARPUR

पता : म.सं.—87,
गांव बैगतापुर,
डाकघर मधुरापुर, जिला मुजफ्फरपुर

Facsimile Signature of
Electoral Registration Officer
for 054-SAHEBGANJ Constituency

054—साहेबगंज निर्वाचन क्षेत्र
के निर्वाचक रजिस्ट्रीकरण अधिकारी
के हस्ताक्षर की अनुकृति

Place : WEST MUZAFFARPUR Date : 15.03.95
स्थान : पश्चिम मुजफ्फरपुर दिनांक : 15.03.95

This card may be used as an Identity Card under different Government Schemes.
इस पत्र का विभिन्न सरकारी योजनाओं के अन्तर्गत पहचान पत्र के रूप में प्रयोग किया जा सकता है।

सेवा में,

श्रीमान व्यवस्थापक महोदय

रिलीफ इंडिया ट्रस्ट

डी-22 सैक्टर-3, नौएडा,

विषय:- बेटी के इलाज के लिये आर्थिक मदद हेतु प्रार्थना पत्र।

महोदय,

सविनय निवेदन है कि मैं राजकली देवी, शिव कालोनी पल्ला नं० 1, फरीदाबाद हरयाणा की निवासिनी हूँ। मेरी बेटी लक्ष्मी 15 साल हृदय की गम्भीर बीमारी से ग्रस्त है। मई 2011 एम्स अस्पताल दिल्ली ओ०पी०डी० नं० CV-5146/2011 में डाक्टरों द्वारा चेकअप कराने पर दिल के हृदय की बीमारी का बताया है जिसका एक मात्र इलाज सर्जरी है। उन्होंने बताया है कि हृदय के अलावा मेरी बेटी टरनर सिन्ड्रोम नामक बीमारी से भी ग्रस्त है जिसके कारण उसका वजन एवं कद उम्र के हिसाब से नहीं बढ़ रहा है। साथ में उसके शरीर में खून की कमी भी है। इलाज में हृदय की सर्जरी का खर्चा 3 लाख रुपया आयेगा एवं खून की भी आवश्यकता होगी। मेरी बेटी की स्थिती दिन प्रति दिन गम्भीर होती जा रही है। परन्तु मेरी आर्थिक ठीक न होने के कारण खर्चा उठाने में असमर्थ हूँ। आपसे प्रार्थना है कि मुझे सर्जरी के लिये आर्थिक सहायता प्रदान करें।

धन्यवाद

प्रार्थी

राजकली

CENTRAL RIA FACILITY

HORMONE	Pts value	Units	Normal Range
FSH		IU/L	Female : Follicular Phase : 2.0-6.6 IU/L Luteal Phase : 1.6-5.7 IU/L Post- menopausal : 28-130 IU/L Male : 1.2-5.0 IU/L
LH		IU/L	Female : Follicular Phase : 3.0-12.0 IU/L Ovulatory Peak : 25-64 IU/L Luteal Phase : 2.4-13.0 IU/L Post- menopausal : 29-120 IU/L Male : 2.5-9.8 IU/L
Prolactin		mU/L	Female : 170-540 mU/L Male : 110-510 mU/L
T3		ng/dL	80-160 ng/dL
T4		ug/dL	5.0-11.5 ug/dL
TSH		mU/L	0.3-4.0 mU/L
Prostate Specific Antigen (PSA)		ug/L	4.0 ug/L or less
Testosterone		nmol/L	Female : 0.8-2.9 nmol/L Male : 13-33 nmol/L
Estradilo		pmol/L	Preovulator Peak : 590-1400 pmol/L Post-menopausal : 54-150 pmol/L Male : 70-190 pmol/L
Progesterone		mnol/L	Follicular phase : 1.1-4.1 nmol/L Luteal phase : 11-56 nmol/L

CENTRAL RIA FACILITY

Department of Reproductive Biology

अ.भा.आ.सं., अन्सारी नगर, नई दिल्ली -29 / A.I.I.M.S., Ansari Nagar, New Delhi - 29

HORMONE ANALYSIS

कमरा सं. / Room No. 5010 Phone : 3234

Reg. No. 4C-186/2011 यूनिट Unit Ped II ओ. पी. डी. O.P.D. वार्ड (बिस्तर सं.) Ward (Bed. No.) आय Income

नाम Name Lokmi आयु Age 12/12 लिंग Sex female दिनांक Date 14/03/2011

निदान Diagnosis ? Turner's syndrome Time of collection

Name of Medical Officer Signature

INSTRUCTIONS

Blood collection will be in Room No. 2090, II Floor, P.C. Block, Deptt. of Reproductive Biology and 10 ml syringe to be brought.OPD patients to make payment at the Central Admission Office and give payment receipt at time to blood collection

For lab use only
Lab. Ref. No.
Date
Incomplete form will not be accepted

Time of receiving specimen