





Govt. of NCT of Delhi
CHACHA NEHRU BAL CHIKITSALAYA
(An Autonomous Institute under Govt. of NCT of Delhi)
Geeta Colony, Delhi-110031



रोगी सम्बन्धी टिप्पणी/ CLINICAL NOTES

नाम	आयु	लिंग	कै० ए० सं०
Name	Age	Sex	C. R. No.
वार्ड	बिस्तर	इकाई	डायग्नोसिस
Ward	Bed No.	Unit	Diagnosis

22/4/26

Heel Scheme

2mg VCR 0.8 mg 10 stat

2mg EMSET 2mg 10 stat

2mg PANTOP 15 mg 10 stat

Hold.

Dr. Rishik De

22/5/26

2mg Cefixime 170 mg S.C stat x 3 days

stat

stat

stat

डाक्टर के आदेश/ DOCTOR'S ORDER

BT Note 12019126

Blood Group - A+ve

Bag No. 189751 18960

Date of expiry. 29/9/26

Oty - $50 + 60 = 110 \text{ ml}$

Date of transfusion. 28/9/26

Please transfuse 110ml of platelets
over 30 minutes.

If any Rxn occurs, stop transfusion
call doctor on duty

Dr. Imtiaz DR
28/9/26



Govt. of NCT of Delhi
CHACHA NEHRU BAL CHIKITSALAYA
 (An Autonomous Institute under Govt. of NCT of Delhi)
 Geeta Colony, Delhi-110031



मेलन रिपोर्ट फार्म
MATCHING REPORT FORM

रोगी के केस पृष्ठ के साथ रखे जाने के लिए
 TO BE RETAINED WITH CASE SHEET OF PATIENT

मेरा मरीज जो
 कृति प्रदान कर
 मझा दिया गया
 सिफलिस रोगों

कम होता है, प

सं०
 इन्हें स्वीकार

सारा रक्त/पैकड सेल

Whole blood/packed cells/FFP/Platelets

प्रयोग में लाने की अंतिम तिथि
 Expiry date 15/10/26

सं० 12582
 Rh. Positive
 लिए संवेदनीय
 Compatible for Transfusion

मात्रा
 Qty. 180

रोगी का नाम
 Patient's Name Inaya

केस पंजीयन सं०
 C.R. No 13775

लिंग F
 Sex F
 वार्ड 5th
 Ward 5th
 ग्रुप A
 Group A

आरएच०
 Rh. Positive

यूनिट के प्रभारी का नाम
 Name of the Unit Head Dr. Manish

मिलकर्ता
 Matched by A6id

जारी करता
 Issued by Gunjan

टिप्पणी
 Note : FILTER MUST BE USED IN THE SET WHILE TRANSFUSION BLOOD

To be filled in Patient care unit immediately at the time of receiving of Blood bag from Blood Storage center:

PATIENTS DETAILS :

Name : Inaya Age : 34 Sex : F C.R. No. : 13775

Donor Bag Details	Receiving Nursing Staff Name	Transfusion Doctor Name
Blood Bag Group	17582 A+ve	A+ve
Blood Bag No.	17582	17582
Blood Component	Packed Cells	Platelets
Quantity	180 ml	180 ml
Date of Expiry	15/10/26	15/10/26
Signature :		



Govt. of NCT of Delhi
CHACHA NEHRU BAL CHIKITSALAYA
(An Autonomous Institute under Govt. of NCT of Delhi)
Geeta Colony, Delhi-110031



मेलन रिपोर्ट फार्म
MATCHING REPORT FORM

रोगी के केस पृष्ठ के साथ रखे जाने के लिए
TO BE RETAINED WITH CASE SHEET OF PATIENT

h child of ch
my consent
I have be
eened for
explained
ow period"

cept the sar

लिए संवेदनीय
compatible for

रोगी का नाम
Patient's Name

ग्रुप
Sex

यूनिट के प्रभारी का नाम
Name of the Unit Head

मिलकर
Matched by

टिप्पणी

Note : FILTER MUST BE USED IN THE SET WHILE TRANSFUSION BLOOD

to be filled in Patient care unit immediately at the time of receiving of Blood bag from Blood Storage center:

PATIENTS DETAILS :

Name : **INAYA**

Age : **3.10y** Sex : **F**

C.R. No. :

Donor Bag Details	Receiving Nursing Staff Name	Transfusion Doctor Name
Blood Bag Group	A + ve	A + ve
Blood Bag No.	18975 / 18960	18975 / 18960
Blood Component	platelets	platelets
Quantity	50 + 60 ml = 110 ml	50 + 60 = 110 ml
Date of Expiry	29/09 / 29/09	29/09 / 29/09
Signature :	[Signature]	[Signature]



CHACHA NEHRU BAL CHIKITSALAYA

(An Autonomous Institute under Govt. of NCT of Delhi)

Affiliated to Delhi University

An Associate Hospital of Maulana Azad Medical College

Geeta Colony, Delhi-110031



कीमोथेरेपी हेतु स्वीकृति

रोग Psoriasis उम्र/लिंग Boys अ.रो.वि. संख्या 13775
Public RMS

यह बताया गया है कि मेरे बेटे/बेटी को बीमारी है। मुझे
 बताया गया है कि इस बीमारी के इलाज के लिए निम्नलिखित दवाओं की आवश्यकता है।

Week 7 Chemo

इन दवाओं के दिये जाने से तथा ना दिए जाने से (वैकल्पिक उपचार) होने वाली प्रत्याशित लाभ, दुष्प्रभावों तथा जटिलताओं
 समझाकर बताया गया है।

कीमोथेरेपी की दवायें देने के लिए नसों में सुई डालने की आवश्यकता हो सकती है। इसके दुष्प्रभाव को कम करने के लिये
 अतिरिक्त दवायें देने की आवश्यकता हो सकती है।

दवाओं के मिलने से निम्नलिखित जटिलताएं हो सकती हैं: जी मिचलाना, उल्टी, दस्त, एलर्जी, बालों का झड़ना, मुंह में घाव,
 न, स्तब्ध हो जाना हाथ पैर और की उंगलियों में झुनझुनी, अस्थि-मज्जा अधिक्रमण (खून की कमी, असामान्य खून बहना या
 रण) कीमोथेरेपी की त्वचा के नीचे रिसाव से घाव या अंगक्षति तथा शरीर के अन्य भागों पर दुष्प्रभाव (जैसे दिल, गुर्दा, आदि)
 की दवा मानव अंडे या शुक्राणु के लिए हानिकारक हो सकती है और भविष्य में बच्चे के माता/पिता बनने की क्षमता को
 प्रभावित कर सकती है। इन दवाओं के मिलने के उपरांत एक नया कैंसर बनने या स्थाई विकलांगता होने या मौत होने का जोखिम है।

ज्ञात है कि मेरे बच्चे के इलाज के दौरान उत्पन्न स्थिति मिल सकती है जिसके लिये अतिरिक्त इलाज की
 आवश्यकता पड़ सकती है। इसके लिये मैं अपने चिकित्सक को अपने सर्वश्रेष्ठ व्यवसायिक निर्णय के अनुसार इलाज करने का
 फैसला करता हूँ।

गोकार करता हूँ कि मेरे चिकित्सक ने उपयोग जानकारी पर चर्चा की है और मेरे सवाल का संतोषजनक उत्तर दिया
 मानता हूँ कि इस इलाज से लाभ या निरोग होने की या दुष्प्रभाव न होने की कोई प्रत्याभूति नहीं है। मैं, अतिरिक्त
 पूछने तथा अपने बच्चे के इलाज को कभी भी मना कर सकने के अपने हक को सुरक्षित रखते हुए, इस इलाज की
 स्वीकृति देता हूँ।

पिता अभिभावक के हस्ताक्षर

पिता अभिभावक का नाम

साक्षी के हस्ताक्षर

साक्षी का नाम

समय

Dr. Rishi Chandra
 चिकित्सक के हस्ताक्षर

चिकित्सक का नाम

20/9/20
6:00 PM

25/9/26 Rally allowed.

Inj. CEFTRIAXONE 560mg IV 8h

Inj. AMIKACIN 170mg IV 24h

Inj. PCM 170mg IV stat & 10h

IV fluid DMS + 1:100 KCl @ 40ml/hr

Syp MV2 5ml OD

Syp PPA 5ml OD

Inj. GCSF 170mg S.C. OD x 3 days. *Dr. L. M. K.*
SR feels Syp

Rajesh
25/9/26

26/9/26

Inj. GCSF 170mg S.C. OD x 3 days

Dr. L. M. K.
Rajesh
26/9/26
11h

29/9/26

T. Canzoi Tr 15mg OD

Dr. L. M. K.



Chacha Nehru Bal Chikitsalaya
Raja Ram Kohli Marg, Geeta Colony, Gandhi Nagar, EAST, DELHI, Pin:
110031



के लिए अधिकृत कर
o general invest
हस्ताक्षर
Signature
(रोगी / Patient)

Address : mayya_maya23.2310@abdm
Registration No (UHD) : 20260069307
Visit Date : 15/09/2026 02:18 PM / टोकन संख्या (Token No) : 6
Room No : CNBC,,1st,PEDS SURGERY136
For Days : TUESDAY

Oncology Clinic

या /Or
रोगी से संबंध
Relation to patient

Name : Ms. Inaya
Age/Sex : 3Y 10M 30D / F
Specialty : Paediatric Oncology
Date of Registration : 22/09/2026 02:29 PM

Registration Amount : Rs. 0
Mobile No : 729104741
Address : Mayana, Highway, BACCHWA (UTAR PRADESH)

Father's Name :
MLC Patient : NO

11.200mg
92cm

Patric RMS

90% ↓ in tumor size
mobile lesion in Pa sized.

Adc for week 7 chemo
VCR.

To Reunite
Prof. Dr. M. Suresh Maam
to decide for Excisional Bx
OR RT.

ONCOLOGY CLINIC

हस्ताक्षर
Signature
रोगी से संबंध
Relation to patient



for Admt 1 Red Syg
2.57.1 Fitt
Hoor

Date Time: 22/09/2026 02:29 PM

Signature



Govt. of NCT of Delhi
CHACHA NEHRU BAL CHIKITSALAYA
(An Autonomous Institute under Govt. of NCT of Delhi)
Geeta Colony, Delhi-110031



REQUISITION FORM FOR CONSULTATION

Patient Name

Age/Sex

Bed Side : Yes / No

Ward/Bed No:

C.R. No: 13775

Department:

Consultation required from:

Senior Resident/Consultant

Urgent

Bed side

Routine

Yes/No

Diagnosis/specific problem:

public RMS.

Planned for Examination

post
Chemo

Consultant/ Option required in respect of

Request

☒

Opinion only

☒

Opinion+Follow up

☐

Transfer

☐

Date

Time

Signature

Designation

Name

Report/Opinion Of The Consultant*

Date

Time

Signature

Designation

Name

ide if required

Blood Bag Group
Blood Bag No.
Blood Component
Quantity
Date of Expiry
Signature :



भारत सरकार

Government of India



Aadhaar no. issued: 13/08/2015



मो.आबिद

Mohd. Abid

जन्म तिथि/DOB: 01/07/1990

पुरुष/ MALE

आधार पहचान का प्रमाण है, नागरिकता या जन्मतिथि का नहीं।
इसका उपयोग सत्यापन (ऑनलाइन प्रमाणीकरण, या क्यूआर कोड/
ऑफ़लाइन एक्सएमएल की स्कैनिंग) के साथ किया जाना चाहिए।

**Aadhaar is proof of identity, not of citizenship
or date of birth.** It should be used with verification (online
authentication, or scanning of QR code / offline XML).

6742 6462 9914

मेरा **आधार**, मेरी पहचान



भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण

Unique Identification Authority of India



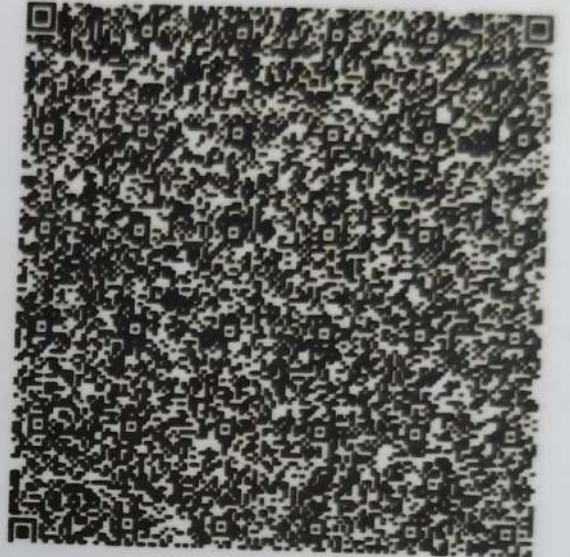
पता:

आत्मज: रहीसु दीन, ललयाना, लालयाना, बागपत,
उत्तर प्रदेश - 250515

Address:

S/O: Rahisu Din, Lalyana, PO: Lalyana,
DIST: Baghpat,
Uttar Pradesh - 250515

Details as on: 31/10/2024



6742 6462 9914

VID : 9103 2990 8603 8678



1947



help@uidai.gov.in



www.uidai.gov.in