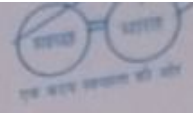




अ० भा० आ० सं० अस्पताल / A.I.I.M.S. HOSPITAL
 बहिरंग रोगी विभाग / Out Patient Department
 अस्पताल के अन्दर धूम्रपान मना है। / SMOKING IS PROHIBITED IN HOSPITAL PREMISES



OPR-6

संस्था विज्ञापन विभाग
 UHR: 104985045
 Dept No: 2023040012395

कक्षा / Room

A-338

Unit

Sex

Queue No: 1148

19/04/2023

सोमवार बुधवार शुक्र

Mon-Fri



कुंज कुंज

KUNJ

613M 202 / ANR

505-BHAR

ADD: BEWARBAHERAMANSURI, UTTAR

PRADESH, PIN: INDIA

Mob: 7060012413

New Patient

Gender

10

Reporting: 10:00 AM 11:00 AM

सं०रो०दि० पंजीकृत सं० / O.P.D. Regn. No.

पता / Address

SKIN OPD, AIIMS
 SENIOR RESIDENT
 ROOM NO. 308

निदान / Diagnosis

? Photodermatosis

दिनांक / Date

19/4/23

TD - 2 weeks

उपचार / Treatment

R/C/O ALL

± c/o erythema & itching over sun exposed sites over face, pinna, neck on exposure to sunlight within (4-6) hours resolving spontaneously within (1-3) days.

last episode - 5 days back.

O/E - multiple guttate hypopigmented macules (post varicella)

- Resolving erythematous finely scaly plaques over L oculus & L side of chest, < 1.5cm.

- no active primary skin lesions.

- dry skin.

on vincristine & dexamethasone & septran for ALL



AIIMS
 100th Anniversary
 1956-2023

CLEAN AND GREEN AIIMS / एम्स का यही संकल्प, स्वच्छता से काया कल्प

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)





आपातकालीन विभाग

(DEPT. OF EMERGENCY MEDICINE)



UHID No:104985045

आपातकालीन नं. (Emergency No): 2023/030/0009655

दिनांक DATE: 04/02/2023

समय TIME: 08:39:18 AM

NON-MLC

160

नाम NAME: MR. KUNJ KUNJ

आयु AGE: 6 years 1 months 5 days

लिंग/SEX: M

S/O: SHEKHAR

पता ADDRESS:

मकान संख्या H.No:

BEWARBAJHERAMAINPURI

गली / मुहल्ला STREET/MOH:

शहर/प्रखंड CITY/BLOCK:

पिन PIN:

0

राज्य STATE:

UTTAR PRADESH

दूरभाष सं. PHONE NO:

7060012413

स्थान Location:

Paediatrics Emergency

द्वारा BROUGHT BY: Relative: MOTHER

Criticality: Red / Yellow / Green

Triage: Responsive/
Unresponsive

HR

/min

BP

mmHg RR

/min

SpO2

%

Shifted to Paeds/ Main/ New Emergency

40 Pre-B-ALL (↓ Hemat ^{14p})

Presenting Complaints

High risk

fever: 1/2/23

was Non

(on Augmented
BRM)

cough, cough

→ Neutropenic

ANC = 2504

Primary Assessment (ABCDE): Assessment Pentagon

still continuing

Airway	Circulation	Disability
Open & stable: Yes/No IF No.....	HR ¹²⁰ /min	GCS ^{15/15}
Breathing: RR ²⁶ /min	CFT ^{< 2 sec}	Pupil size...../min
Efforts: Normal/Poor/increased	BP ^{100/60} mmHg	Pupillary Reactions.....
Auscultation:	Peripheral pulse: Poor/Good	Motor activity:
Air entry:	Central pulse: Poor/Good	Normal & Symmetrical/Asymmetrical/ Posturing/Flaccidity/Seizure
Normal/poor/Differential	Skin temp: Warm/cool	Blood Sugar.....mg/dl
Added sounds:	Others	Exposure:
None/Stridor/Wheeze/Crackles	PIA soft Non Tender	Temp.....
SpO2 on Room air ^{95/100}	No organomegaly	Colour Normal/pallor/cyanosis /mottled
		Any other skin lesions.....

Diagnosis: Pre-B-ALL (URTI, To rule out FN)

Adv (wt = 15kg)

- CXR - PA
- CBC repeat today
if v count

(last 11/11
chemo)
7/7 & VCR

Review CBC,
to start antibiotics
if FN;
Hemat review.

4/2/23
9:20am
*



child presented with 11th complaints of fever
and cough.

O/E : RR → 26/min
chest → clear


CXR → s/o viral.

child is not sick looking, accepting orally

Adv

- Syb. Oseltamivir 30mg BD (Guegnet) 2.5ml
- To R/O in OPD day after tomorrow

Jan Sanjeevani Trust


 Doctor Anil Kumar
 Dept. of Emergency Medicine
 A.P. J. S. Hospital, 1st Floor, ...
 ...



अखिल भारतीय आण्विकज्ञान संस्थान, नई दिल्ली-110029
 ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NEW DELHI -110029
 आपातकालीन विभाग

(REVISIT)



(DEPT. OF EMERGENCY MEDICINE)

UHID No:104985045

आपातकालीन नं. (Emergency No): 2023/030/0008687

दिनांक DATE: 01/02/2023

समय TIME: 07:51:55 AM

NON-MLC

नाम NAME: MR. KUNJ KUNJ

आयु AGE: 6 years 1 months 2 days

लिंग/SEX: M

S/O: SHEKHAR

पता ADDRESS: मकान संख्या H.NO: BEWARBAJHERA MAINPURI
 शहर प्रखंड CITY/BLOCK:
 राज्य STATE: UTTAR PRADESH

गली / मुहल्ला STREET/MOH:
 पिन PIN: 0
 दूरभाष सं. PHONE NO: 7060012413
 स्थान Location: Paediatrics Emergency

द्वारा BROUGHT BY: Relative: MOTHER

Criticality: Red / Yellow / Green

Triage: Responsive/ Unresponsive
 HR /min BP mmHg RR /min SpO2 %

Shifted to Paeds/ Main/ New Emergency Δ : 4/40 Pre-B cell ALL (d Hemat)

Presenting Complaints *now i* fever for 2 days (upto 104°F)
cough for 3 days (wet sounding)
coryza

Primary Assessment (ABCDE): Assessment Pentagon

Airway Open & stable: <u>Yes/No</u> If No..... Breathing: RR <u>24</u> /min Efforts: <u>Normal/Poor/increased</u> Auscultation: Air entry: <u>Normal/poor/Differential</u> Added sounds: <u>None/Stridor/Wheeze/Crackles</u> SpO2 on Room air: <u>98%</u>	Circulation HR <u>170</u> /min CFT <u>4.5</u> secs. BP..... mmHg Peripheral pulse: <u>Poor/Good</u> Central pulse: <u>Poor/Good</u> Skin temp: <u>Warm/cool</u> Others <u>imp: viral URI</u> <u>R/O FN</u>	Disability GCS <u>15/15</u> Pupil size...../min Pupillary Reactions..... Motor activity: <u>Normal & Symmetrical/Asymmetrical/Posturing/Flaccidity/Seizure</u> Blood Sugar.....mg/dl Exposure: Temp <u>103.3°F</u> Colour: <u>Normal/pallor/cyanosis/mottled</u> Any other skin lesions.....
---	--	---

Diagnosis Adw:

CBC }
 VBG } → Review →
 CXR }
 9.0 } 3400 } 3,64,000
 ANL=2584

Non Neutropenic Fever

11AM
 inj. PCM 250 mg IV
 via cannula
 11AM
 PTO

21-01-2023

seen by Pediatric Surgeon

↓
advised for NCCT

Cough persisting but better

CBC (N)
LFT/RFT (N)
20/01/23

One for 19th week

detected 20/01/23

↓
if does not get date for surgery

Peds Surgery also detected on 21/01/23

Adv

o

• My IFOS PAMIDE 100mg in 100ml NS qd 6am x 5 days

• My ETOPOSIDE 55mg in 100ml NS qd 6am x 5 days

• My MESNA 400mg in 100ml NS @ 0, 3 & 6 hrs

• TIC SEPTIRAN

• BETADINE TABLETS (2%) ○○○○

Rad. (32) As K. R. Sat to review

• MDI FORACORT 100 ug ○○○ ——— ○○○

• MDI ASTHALIN 100 ug 2 puffs bid

• Syrup OGTRUNC 5ml od x 7 days

• Next visit → 28/01/23


1
D
arrow

WT: 15 kg

11AM

Adv:

1. Tab. PCM 500mg $\frac{1}{2}$ tab PO qoc for fever $>100^{\circ}\text{F}$
2. Tab. Augmentin 625mg $\frac{1}{2}$ tab PO $\textcircled{\text{BP}}$ $\times 5\text{d}$
3. Syp. Levosalbutamol + Ambroxol + Guaiifenesin
5ml \rightarrow 5ml \rightarrow 5ml $\times 5\text{d}$.
4. Tab. Montair-LC 1 tab PO OD $\times 5\text{d}$.
5. Danger signs explained
6. Review in ER if reqd.
7. FU in Hemat OPD.


Dr. Rohan (SR)

Jan Sanjeevni Trust



UHID: 24985345
Dept No: 20180043101774
Clinic No: 2018HCO8120

C-510
Level:
+1 CLINIC
Queue No: F11

कुंज कुंज
KUNJ

16/11/2023

Dr. M. T. J. MISHRA
SOS-EMER

Address: E2W49BALHEEIAMAINPURI, LITTAH
PRADESH, PIN-201001, INDIA



Mobile: 7040012413 Follow Up ... General PO Reporting: 1:30 PM

(39) 21.10.007

BSA 0.67 m²

No. File

- (1) Triple IT monthly 1.0mg
- (2) Inj VCR ~~0.9mg~~ 1.0mg IV monthly
- (3) Methycosol 500mg OD
- (4) Septan 50 9 MF
- (5) Dasolind 50mg OD
- (6) Wynsone 40mg x 5 day (with VCR)
- (7) Sy 100mg 15ml qhs
- (8) Jumo. 15mg (SOS)



x 1 month

Chc

P. C. ISSUED
MSW UNIT, AIIMS
DATE 16-1-23

डॉ. तुलिका सेठ / Dr. TULIKA SETH
अध्यापक / Professor
हरिद्वार विभाग (विभाग) Dept of Hematology
आर.एम.एस. अरु. दिल्ली / A.I.I.M.S., New Delhi-29

सहमति प्रपत्र/CONSENT FORM

मैं स्वयं/मेरे रोगी _____ के अस्पताल में भर्ती रहने के दौरान उपयुक्त चिकित्सा/शल्यक मूल्यांकन एवं उपचार में आवश्यक समझी जाने वाली किसी प्रकार की शारीरिक जांच, नैदानिक मूल्यांकन, बायोप्सी, आधान आदि को निष्पादित करने के लिए एतद्वारा, सहमति देता/देती हूँ।

I hereby give my consent for the performance of any physical examination, diagnostic evaluation, Biopsy, Transfusion etc. that may be deemed necessary in the proper medical/surgical evaluation & treatment for me/my patient _____ while the patient is in Hospital.

शिक्षण एवं अनुसंधान हेतु नैमिक चिकित्सा उपचार के भाग के रूप में एकत्रित किए गए आंकड़ों/प्रतिबिंबों/जैविक नमूनों के बचे हुए भागों के प्रयोग हेतु सहमति

CONSENT FOR USE OF REMNANT DATA/IMAGES/BIOSPECIMENS COLLECTED AS PART OF ROUTINE MEDICAL CARE FOR TEACHING & RESEARCH

मैं, एतद्वारा, किसी भी प्रकार की सामग्री (आंकड़े, प्रतिबिंबों, जैविक नमूनों/सूक्ष्म जीवविज्ञान नमूनों) जो मेरे/मेरे बच्चे के/आश्रित के नैमिक उपचार (जांच, निदान, उपचार, इलाज आदि) के भाग के रूप में एकत्रित किए गए हैं तथा जिनकी इस प्रकार के उपचार हेतु भविष्य में किसी प्रकार की उपयोगिता नहीं है और जिसका प्रयोग शिक्षण एवं अनुसंधान हेतु अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली द्वारा मंडारित/संग्रहित/नाष्ट करने के लिए किया जाएगा, के प्रयोग हेतु सहमति देता/देती/नहीं देता/नहीं देती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि इस सामग्री का प्रयोग संस्थान की नीति समिति के विधिवत रूप से अनुमोदन से, उनके द्वारा स्वीकृत दिशा-निर्देशों एवं मानक प्रक्रियाओं के अनुसार किया जाएगा। मुझसे न तो भविष्य में संपर्क किया जाएगा और न ही मुझ पर इस संबंध में किसी प्रकार की वित्तीय वचनबद्धता होगी।

I hereby give/ do not give my consent for the use of any remnant material (data, images, biological specimens/microbiological specimens) that have been collected as a part of my/my child's/ward's routine care and that to not have any further utility for such care but would be otherwise of Institute of Medical Sciences, New Delhi for teaching and research. I understand accepted guidelines, standard procedures and duly approved by the Institutional nor will there be any financial commitment in this regard.

रोगी के हस्ताक्षर (रिश्तेदार केवल तभी जब रोगी हस्ताक्षर करने में असमर्थ हो)

Signature of Patient Kunj Kunj

(Relative only if patient is unable to sign.)

नाम (स्पष्ट शब्दों में) / Name (Capital letters)

पता/ Address Basen bughera mainbura

संबंध/Relationship Father

रिश्तेदार/गवाह के हस्ताक्षर Relative/Witness Signature Shelkhar

नाम (स्पष्ट शब्दों में) Name (Capital letters)

पता/ Address Basen bughera mainbura

परामर्श के विरुद्ध छुट्टी लेने पर रि

RELEASE FROM RESPONSIBILITY FOR DISC

मैं, उपचार कर रहे चिकित्सक की सलाह के विरुद्ध अ.भा.आ.सं. अस् रह हूँ। मुझे इसमें सम्मिलित जोखिम के बारे में सूचित कर दिया गया है एवं इस प्रकार की छुट्टी के परिणामस्वरूप हो सकने वाले किसी प्रकार के दुष्प्रभा

I am leaving/taking sway the patient from the AIIMS Hospital, N I acknowledge that I have been informed of the risk involved and hereby all responsibility for any ill effects which may result from such discharge.

रोगी के हस्ताक्षर (रिश्तेदार केवल तभी जब रोगी हस्ताक्षर करने में असमर्थ हो)

Signature of Patient _____

(Relative only if patient is unable to sign.)

नाम (स्पष्ट शब्दों में) / Name (Capital letters) _____

पता/ Address _____

संबंध/Relationship _____

रिश्तेदार/गवाह के हस्ताक्षर Relative/Witness Signature _____

नाम (स्पष्ट शब्दों में) Name (Capital letters) _____

पता/ Address _____

अ.भा.आ.संस्थान अस्पताल

A.I.I.M.S. HOSPITAL

प्रवेश-पत्र / Entry Pass

(केवल एक व्यक्ति के लिए / For One Person only)

रोगी का नाम

Name of the Patient Kunj

वार्ड/शैया सं.

Ward/Bed No. Hardis

अवधि दिनांक

Period from _____ तक 18/11/15

कृते चिकित्सा अधीक्षक
For Medical Superintendent



File

अखिल भारतीय आ विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली-110029
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NEW DELHI -110029
आपातकालीन विभाग

(REVISION)

(DEPT. OF EMERGENCY / MEDICINE)

39



UHID No:104985045

आपातकालीन नं. (Emergency No): 2022/030/0094

दिनांक DATE: 18/11/2022
EMERGENCY AIMS

समय TIME: 05:32:37 AM
NON-MLC

नाम NAME: MR. KUNJ KUNJ

आयु AGE: 5 years 10 months 19 days

लिंग/SEX: M

S/O: SHEKHAR

पता ADDRESS:

मकान संख्या H.NO: BEWARBAJHER/ JAINPURI

शहर/प्रखंड CITY/BLOCK

राज्य STATE: UTTAR PRADES

मोबाइल MOBILE NO: 7060012413

गली / मुहल्ला STREET/MOH:

पिन PIN:

दूरभाष सं. PHONE NO: 7060012413

स्थान Location: Paediatric Emergency

द्वारा BROUGHT BY: Relative FATHER

Criticality: Red / Yellow / Green

Triage: Responsive/
Unresponsive

HR

/min

BP

mmHg RR

/min

SpO2

%

Shifted to Paeds/ Main/ New Emergency

Pre B ALL.

N/h/o loose stools

Presenting Complaints

Fever
cough } 4 day.

Primary Assessment (ABCDE): Assessment Pentagon

oral ulcers - grade II mucositis

Airway

Open & stable: Yes/No
If No.....

Breathing: RR 36/min

Efforts: Normal/Poor/increased

Auscultation:

Air entry:

Normal/poor/Differential

Added sounds:

None/Stridor/Wheeze/Crackles

SpO2 on Room air 96%

wt. 15 kg

Circulation

HR 104/min

CPT 5.2 sec

BP 104/70

BP mmHg

Peripheral pulse: Poor/Good

Central pulse: Poor/Good

Skin temp: Warm/cool

Others

Disability

GCS 15/15

Pupil size...../min

Pupillary Reactions.....

Motor activity:

Normal & Symmetrical/Asymmetrical/
Posturing/Flaccidity/Seizure

Blood Sugar.....mg/dl

Exposure:

Temp.....

Colour: Normal/pallor/cyanosis
/mottled

Any other skin lesions.....

Diagnosis Pre B ALL / ? FN / Mucositis

CBC
JBG

Adv

Blood c/s

600mg J Pcm 150mg IV STAT

600mg J Piptoz 15g IV TDS

600mg J Teicoplanin 150mg IV q12h x 3d
IV q24h 816

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान
 अंसारी नगर, नई दिल्ली-110029
 ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
 Ansari Nagar, New Delhi-110029

बी० पी० एल०/निर्धन/गरीब रोगी के लिए दवाईयों/शल्यक उपभोग्यों की मांग हेतु प्रपत्र ।
 Proforma for requisition of medicines/Surgical consumables for BPL/Poor Indigent Patient.

नाम/Name : Kenny आयु/Age : 5y दिनांक /Date : 13/11/22
 यू.एच.आई.डी.सं./UHID No. 10493508 सी.आर.नं./C.R. No. 10493508 दाखिले की तिथि/Date of Admission : 13/11/22
 विभाग/एकक/Department/Unit : Hematology वार्ड/Ward 104 बिस्तर सं./Bed No. : 19/11/22
 निदान एवं उपचार योजना/Diagnosis & Treatment Plan : ALL

उपर्युक्त उल्लेखित निर्धन एवं गरीब रोगी हेतु निम्नलिखित दवाईयों/शल्यक उपभोग्यों की आवश्यकता है । यह संस्तुति की जाती है कि रोगी को इन दवाईयों/शल्यक उपभोग्यों को अस्पताल भंडार से एक विशेष केस के रूप में जारी किया जाए ।
 The following medicines/surgical consumables are required for the above mentioned poor & indigent patient. It is recommended that the patient may be issued these medicines/surgical consumables from hospital store as a special case.

क्र० सं० S.No.	दवाईयों/शल्यक वस्तुएँ Medicine/Surgical Items	खुराक एवं अवधि Dose & Duration	मात्रा Quantity
	Inj. G-CSF - 300ug	(3)	(3)

बी०पी०एल० कार्ड के विवरण (प्रतिलिपि संलग्न की जाए)/Details of BPL Card (Photocopy to be enclosed):
 कार्ड सं०/Card No..... वैधता: दिनांक/Validity: से० From.....तक/To.....

जारी करने वाला राज्य / Issued in the State of.....
 जारी करने वाले प्राधिकारी के वैध हस्ताक्षर Valid signature of issuing Authority: उपस्थित/अनुपस्थित Present/Absent

किसी स्थिति में यदि निर्धन/गरीब रोगी के पास वैध बी०पी०एल. कार्ड नहीं है तो उपचार करने वाला संकाय विशेष केस के रूप में अस्पताल से अपेक्षित दवाईयों/शल्यक उपभोग्यों की संस्तुति करने के लिए औचित्य के साथ विशिष्ट टिप्पणियों अवश्य दें ।
 In case the poor/indigent patient does not have a valid BPL card, the treating faculty member must give specific remarks with justification for recommending provision of required medicines/surgical consumables from the hospital as a special case.

संकाय सदस्य की ईलाज हेतु टिप्पणियाँ /Comments of treating Faculty Member:

SR Hemat

(डा०/Dr.....

मोहर सहित हस्ताक्षर/Signature with seal

कृपया अनुमोदन हेतु प्रभारी अधिकारी (बी०पी०एल०/निर्धन/क० स्वा० यो० रोगियों हेतु विशेष मांग) के पास प्रस्तुत है ।
 Submitted to Officer I/C (Special Requisition for BPL/Poor Indigent Patients) for approval)

नोट-संस्तुति करने वाले चिकित्सक संबंधित रोगी उपचार क्षेत्र के नर्सिंग स्टाफ को निर्देश देंगे कि इस प्रकार से उपर्युक्त उल्लिखित ई.एच.एस० स्नाभार्थी रोगी को उपभोग्यों की मांग हेतु प्रपत्र अस्पताल भंडार से एक विशेष केस के रूप में जारी किया जाए ।



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान / ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

अंसारी नगर, नई दिल्ली-110029 / ANSARI NAGAR, NEW DELHI - 110029

फंसशीट (भर्ती एवं छुट्टी रिकॉर्ड) / FACESHEET (ADMISSION AND DISCHARGE RECORD)



Exempted By MSSO/Consultant

Short Admissions

NON-MLC

*** Admission Valid till 8 AM ***

कें.पं.सं.
C.R. No.

H-386426-22

वार्ड/विस्तार सं.
WARD / BED NO. Hematology Day
Care/44

दिनांक
DATE 18/11/2022

10:52 am

नाम/NAME :

MR. KUNJ KUNJ

आयु/AGE: 5 Y 10 M 19 D लिंग/SEX: M

पिता/पति का नाम / FATHER / HUSBAND NAME :

S/O SHEKHAR

राष्ट्रीयता/NATIONALITY :

धर्म/RELIGION :

Hindu

वैवाहिक स्थिति/MARITAL STATUS :

Single

माता का नाम/MOTHER NAME :

व्यवसाय/OCCUPATION :

व.नं.पं.सं./सी.सी.ए.ए.नं./EHS NO./CGHS NO.:

संपर्क सं./CONTACT NO.:

आधार सं./AADHAR NO. 7060012413

स्थानीय पता अथवा नजदीकी रिश्तेदार एवं उसका पता

LOCAL ADDRESS OR NEXT OF KIN WITH ADDRESS :

स्थायी पता/PERMANENT ADDRESS :

राज्य/STATE :

पिन/PIN :

राज्य/STATE :

पिन/PIN :

विभाग का विवरण / DEPARTMENT DETAILS

null INDIA

विभाग/DEPARTMENT :

यूनिट/UNIT :

यूनिट अध्यक्ष/UNIT HEAD :

भर्ती की तिथि:/DATE OF ADMISSION :

समय/TIME :

परामर्शदाता/CONSULTANT :

छुट्टी की तिथि:/DATE OF DISCHARGE :

समय/TIME :

ऑ.पे.सी./ऑपरटिव/OPD/ CASUALTY NAME

Hematology

छुट्टी पर वेस्ट ऑ.पे.सी. स्टाफ का नाम NAME OF CAO STAFF ON DUTY :

Dr. SR Haematology

छुट्टी पर तैनात कें.पं.सं. स्टाफ के हस्ताक्षर
SIGNATURE OF STAFF ON DUTY : 10:52 am

निदान एवं अन्य/DIAGNOSIS & OTHERS

अस्थायी निदान/PROVISIONAL DIAGNOSIS :

UHID No. 104985045



पिछली कें.पं.सं./PREV.C.R.NO.:

टिप्पणी/REMARKS :

संवेदनाहरण/ANAESTHESIA :

चिकित्सक/AC/Mr. Mahesh Rajput M.D

अंतिम निदान/FINAL DIAGNOSIS :

आपरेटिव प्रक्रियाएं/OPERATIVE PROCEDURES :

द्वितीयक निदान एवं जटिलताएं

SECONDARY DIAGNOSIS & COMPLICATIONS :

कोड सं./CODE NO :

मृत्यु का कारण/CAUSE OF DEATH :

शव परीक्षा: हां/नहीं
AUTOPSY: YES/NO

परिणाम: उपचार से ठीक हुए/स्वास्थ्य में सुधार/कोई परिवर्तन नहीं/अनुरोध करने पर छुट्टी की गई/लामा/फरार/गंभीर/मृत्यु होना।
RESULT: CURED/IMPROVED/UNCHANGED/DISCHARGED ON REQUEST/LAMA/ABSCONDED/WORSE/EXPIRED

यरिष्ट रेजिडेन्ट का नाम एवं हस्ताक्षर
NAME & SIGN. OF SR. RESIDENT:

परामर्शदाता के हस्ताक्षर
SIGN. OF CONSULTANT

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली-110029
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NEW DELHI-110029

नाम Name	उम्र Age	सर्विस Service	दिनांक Date	यू.एच.आई.डी. नं. UHID No.
kury	5y/m		29/8/22	101385015
प्रोफेसर इंचार्ज Professor IC			Notes written by	

CLINICAL NOTES

spB Hemat-R

Case of All on chemotherapy
(maintainance)

q. vesicular rash over trunk,
neck & UL. x 3 days

no q. fever
? Varicella rash

Adv

Q. Urgent paediatrics consultation
as patient is due for chemotherapy

to morrow

Admit ↓ Hematology
Regret no bed vacant in C2 ↓ Hemat
Refer to emergency and for admission
↓ emergency bed

hp

29/8/22

Jan Sanjeew Trust

Soch Hamari Swachh Duniya

GO that help children in need world



Contact Number : +
E-mail : contact@jans
Website : https://www



PHYSICAL EXAMINATION

Temp.	Pulse	Resp.	B.P.	Weight
-------	-------	-------	------	--------

Q vesicular rash

4516 Paediatric Resident

- No rash x 4 days onset from legs Progressed to Involvement Trunk → hands. a/w pain
- No fever ~ 100°F

O/E vesicular rash on Trunk/hands/legs.

Imp → Chicken pox.

Adv → ~~See~~ Dermatology Review.

29/8/22
CJF-147g

- multiple erythematous vesicular eruption over the generalized distribution.
- all lesion has erythematous base
- fever x 2-3 days.

Adv.
Zp. Vencella
 1) Tab. Acyclovir 20mg/Kg (280mg) ~~5~~ 5 times a day. ^{7 days}
 2) Tab. PCM - 500mg sos. ^{dose adjust according to RFT}
 3) Isotretinoin full ~~all~~ formation of scab. ^{after 7 days}
 Review after 7 days/sos

15
225

225y. 200y

एच.आर.-5 डॉक्टर आर्डर
M.R. - 5 Doctors Orders

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली-110029
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NEW DELHI-110029

Initial all orders Cancel by crossing through and Initialing Rewrite all orders when turning over and after major operations. Sister should sign in the column provided when the order is transferred to the treatment books.

नाम Name	उम्र Age	लिंग Sex	वैवाहिक स्थिति Marital Status	यू.एच.आई.डी. नं. UHID No.
Kunj	5 1/2	M		104985043
सर्विस/Service	वार्ड/Ward	बेड/Bed	व्यवसाय/Occupation	धर्म/Religion

Date Order	Date Cancellation	Doctor's orders with signature	The sister's signature with date
		D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 Inj. Piproz 1.5gm IV TR Inj. Teicoplanin 150 mg IV Stat Inj. Gr-csf 100 mg SC Stat [Signature]	
19/8		D1 D2 D3 D4 D5 Meropenem 400 mg IO TRS.	

35 D.P.W

- (1) Dasatinib 50mg OD x 4 week
- (2) Sy Gilteritinib 1 tsp BD x 2 week
- (3) Azithrom 100mg BD x 3 days
- (4) GMP 25/50 Alternate day
- (5) T-Methotrexate 10mg OD weekly x 2 weeks

CAL

8/8/22

Ph +ve ALL
CNS Relapse
ESF on 7/8/22 - clear.
No fever, well

Dr. Tulika Sethi
Senior Professor
Head, Dept of Hematology
R.G.O.R. of ICMR/AllMS, New Delhi 24

ANC, PLT within targets

Act

- Continuous maintenance as per protocol from HDCC
- TIT monitor
- T. Dasatinib 50mg OD
- T. GMP 25mg/50mg alternate day OD
- T. Mtx 10mg OD weekly
- RA - 4 weeks in CBC.

Dr. Tulika Sethi / Senior Resident
Head, Dept of Hematology
R.G.O.R. of ICMR/AllMS, New Delhi 24



1:30 PM

अ० भा० आ० सं० अस्पताल / A.I.I.M.S. HOSPITAL
बहिरंग रोगी विभाग / Out Patient Department

अस्पताल के अन्दर धूम्रपान मना है। / SMOKING IS PROHIBITED IN HOSPITAL PREMISES. Floor, OPD Block, AIIMS

HO - 8126/22

एकक/Unit _____
विभाग/Dept. _____

ब०रो०वि० पंजीकृत सं०/O.P.D. Regn. No. _____

नाम/Name	पिता/पुत्र/पत्नी/पुत्री	लिंग	आयु Age	पता/Address
HO CLINIC CL No 2019/HO/8126 UHID 104985045 KUNJ KUNJ 3Y7D	FISIMIC HO CLINIC Queue No F3 Room C-510 IHID 104985045		27-06-2022	

निदान/Diagnosis

दिनांक/Date _____ उपचार/Treatment _____

ALL
Ph⁺

- CNS
Relapse

33

2:1 PM

27-6-2022
H-2112

HLA typing →
17 Methotrexate Pres. free. 12-5mg

- (1) Dasatinib 50mg [^] 4 weeks
- (2) GMP 25 / 50mg A/D x 4 weeks
- (3) T. Methotrexate 10mg once a week x 4 weeks
- (4) Inj Vck - 1mg I.V. P
- (5) DEXA 2mg BD x 5 days
- (6) Junior Lanzol 15mg OD x 1 week.

2 weeks
CBC

July 11 2022
Relapse



Jan Sanjeevani Trust

Soch Hamari Soch

GO that help children in need



Contact Number : +
-mail : contact@jansanjeevani.org
Website : <https://www.jansanjeevani.org>

