

नाम/Name: Soma

आयु/Age

5yr

लिंग/Sex M

अवसारीय पता/Residential Add

मोबाईल नं./Mobile No

एम.आर.डी.नं./MRD No. 128543

वार्ड/यूनिट/ओपीडी/ Ward/Unit/OPD: 60-18

बेड नं./Bed No

नमूना/Specimen

संग्रह की तिथि और समय/Date and Time of collection

3/10/24

नमूना प्राप्ति की तिथि और समय/Date & time of sample receipt

संलग्निक वैद्यनिक इतिहास/Relevant Clinical History:

प्राची मूल्यांकन/Provisional diagnosis:

क्लिनिकल निदान के हस्ताक्षर एवं मुहर/Clinical Signature & Stamp

Name of the Investigations	Result	TH	AH
Widal	Positive		Negative
Rapid test for IgM antibodies against Salmonella Typhi	Positive		Negative
Serology for Scrub Typhus / Rickettsial serology	Positive		Negative
Serology for Leptospirosis	Positive		Negative
ASO	Positive		Negative
CRP	Positive		Negative
RA Factor	Positive		Negative
Serum Procalcitonin (ELISA / Rapid test)	Positive		Negative
Rapid Malaria Antigen Test	Positive		Negative
Immunochromatography based	Positive		Negative
Peripheral smear for Malaria	Positive for Plasmodium vivax		Negative
	Plasmodium falciparum		
heptic Serology (ELISA)	Positive		Negative
id Serology (ELISA)	Positive		Negative
ry for Cysticercosis (ELISA)	Positive		Negative
r for Leishmania antibodies - Rk39	Positive		Negative
chromatography based)	Positive		Negative
tigen	Positive		Negative
romatography based)	Positive		Negative
tibodies (ELISA)	Positive		Negative
gen (Immunochromatography based)	Positive		Negative
r Clostridium difficile (ELISA)	Positive		Negative
ple: Appropriate / Inappropriate			

Senior Resident
 Microbiology

सर्वप्रथम महारवीर मेडिकल कॉलेज एवं सफाईजुंग अस्पताल, नई दिल्ली-110029
Vardhman Mahavir Medical College & Safdarjung Hospital, New Delhi-110029
मूलभूत विज्ञान विभाग - विषाणु विज्ञान प्रयोगशाला
Department of Microbiology - Virology Laboratory

प्रयोगशाला नं.
Lab No
5302

नाम/Name: Sonu आयु/Age: 5yr लिंग/Sex: M

अवस्थायी पता/Residential Add:

मोबाइल नं./Mobile No:

एच.आर.टी.नं./MRD No: 128543

वार्ड/यूनिट/ओपीडी/Ward/Unit/OPD: 18

बेड नं./Bed No:

नमूना एवं स्थान /Specimen & Site:

संग्रह की तिथि और समय/Date and Time of collection:

नमूना प्राप्ति की तिथि और समय/Date & time of sample receipt: 3/10/20

प्रारंभिक वैद्यकीय इतिहास/Relevant Clinical History:

अस्थायी प्रत्यांकन/Provisional diagnosis:

क्लिनिसियन के हस्ताक्षर एवं मुद्रा/Physician's Signature & Stamps:

HEPATITIS PANEL

	RESULT	
☐ HBsAg ELISA	Positive	Negative
☐ HBsAg Rapid test (NEB-107 only)	Positive	Negative
HBcAg ELISA	Positive	Negative
Antibody to HBcAg ELISA	Positive	Negative
Antibody IgM to HBcAg (Core) ELISA	Positive	Negative
Antibody (IgM/IgG) to HBcAg (Core) ELISA	Positive	Negative
Antibody to HBsAg ELISA	Positive	Negative
Antibody to HAV ELISA	Positive titre	Non Protective titre
Antibody to HEV ELISA	Positive	Negative
HCV Ag-Ab ELISA	Positive	Negative
HCV Repid test (NEB-107 only)	Positive	Negative
	Positive	Negative

PANEL

	RESULT	
Toxoplasma IgM ELISA	Positive	Negative
Toxoplasma IgG ELISA	Positive	Negative
rubella IgM ELISA	Positive	Negative
rubella IgG ELISA	Positive	Negative
omegalovirus IgM ELISA	Positive	Negative
omegalovirus IgG ELISA	Positive	Negative
es Simplex Virus (1&2) IgM ELISA	Positive	Negative
s Simplex Virus (1&2) IgM ELISA	Positive	Negative
	Positive	Negative
	Positive	Negative

CHUNGUNYA PANEL

	FEVER <5 DAYS	>5 DAYS
ELISA	Positive	Negative
irus IgM ELISA	Positive	Negative
ya IgM ELISA	Positive	Negative
ropriate / Inapp	Positive	Negative

वर्धमान महावीर मेडिकल कॉलेज एवं सफदरजंग अस्पताल, नई दिल्ली
Vardhman Mahavir Medical College & Safdarjung Hospital, New Delhi
सूक्ष्मजीव विज्ञान विभाग - जीवाणु विज्ञान प्रयोगशाला
Department of Microbiology - Bacteriology Laboratory

Micro/ Form / 36

प्रयोगशाला नं./ Lab No.:

1409

नमूना प्राप्ति की तिथि और समय /
Date & time of sample receipt:

नाम/ Name: Soma

आयु/ Age: लिंग/ Sex:

एम.आर.डी. नं./ MRD No.: 128543

आवासीय पता / Residential Add.:

मोबाइल नं./ Mobile No.:

वार्ड/यूनिट/ओपीडी Ward/Unit/OPD: W18

बेड नं./ Bed No.:

नमूना & नमूना स्थल / Specimen & Site: Pleural fluid नमूना एकत्र करने वाले / Sample collected by:

संग्रह की तिथि और समय / Date and Time of collection:

26/9/24

आवश्यक जाँच / Investigation required: वायुवीय / अवायुवीय जीवाणुओं की वृद्धि और संवेदनशीलता

Aerobic / Anaerobic Culture and Sensitivity

रोग नैदानिक इतिहास / Relevant Clinical History:

जाँच की प्रासंगिक रिपोर्ट / Relevant reports of other investigations:

एंटीबोटिक थेरेपी / Antibiotic Therapy

प्रारंभिक / Provisional diagnosis:



क्लिनिशियन के हस्ताक्षर & मुहर / Clinician's Signature & Stamp:

LPF/HPF/OIF

PF/HPF/OIF

LPF/HPF/OIF

27/12/24
31/10/24

Peeds 3x Coll.

To



सफदरजुंग अस्पताल नई दिल्ली
SAFADRJUNG HOSPITAL NEW DELHI
रक्त कोष विभाग
BLOOD TRANSFUSION DEPARTMENT
रक्त निर्गमन फॉर्म/प्रतिक्रिया फॉर्म
BLOOD ISSUE FORM / REACTION FORM

Annexure - I

Please counter check the details on bag/form with patient's details before transfusion

Blood Type:
जारीकर्ता
Issued By
Blood Bag
Nos.

WB	DRBC	RDP	FFP	CRYO	SDAP
दिनांक Date: 27/12/24					
समय Time: 1:55					
रक्त वर्ग Blood Group: B+					
33743 (4075)	33743 (4077)				

Issued Sl. No. 13012
इकाइयों की संख्या
No. of Units 0.50

रोगी का नाम
Patient's Name:

Soma

रक्त वर्ग

वार्ड

शय्या

Pt. Blood Group B+

Ward 18

Bed

MRD

- Blood Transfusion Notes
1. Time of starting Transfusion: 9:10
 2. Any reactions observed? (Yes / No). Specify: No
 3. When did you Notice? 1 pm
 4. What Measures were taken to counteract them? & any other relevant comments.

In case of any
inform

Usha Welfare Trust
for the happiness of others

D. BHAY SAPRA
Resident
Paediatrics
Safadrjung Hospital

Transfusion Done By (Full Name of Doctor With Sign & Stamp)



Instructions

Once issued, blood should be used immediately, never store even in ward refrigerator.
The blood bank will take it back only if it is returned within 30 minutes of issue.
When returning, please fill up the reaction form & give the reasons for returning the blood.
In case of serious reaction, the entire blood bag with the given IV Set & needle should be sent with
ml of Post transfusion Patient's blood sample in EDTA/Plain vial.

अनुदेश

बार जारी करने के बाद रक्त को तुरंत इस्तेमाल किया जाना चाहिए, कभी भी वार्ड रेफ्रिजरेटर में भी संग्रहीत नहीं
जाना चाहिए।
बैक इसे तभी वापस लेगा, जब इसे इश्यू के 30 मिनट के भीतर लौटा दिया जाएगा।
समय, कृपया प्रतिक्रिया फॉर्म भरें और रक्त वापस करने के लिए कारण दें।
प्रतिक्रिया के मामले में, दिए गए शिराभ्यंतर सेट और सुई के साथ, पूरे रक्त बैग को, रोगी के आधान के बाद के
मिलीलीटर नमूने को (EDTA / सादा शीशी में) के साथ भेजा जाना चाहिए।

Peaks 3x Coll

	HR	Soma	RR	CRT	CP/PP
9:00 PM	102		32	<3sec	+1+
11:00 PM	106		34	<3sec	+1+
1:00 AM	98		30	<3sec	+1+
3:00 AM	103		33	<3sec	+1+
5:00 AM	100		32	<3sec	+1+
7:00 AM	108		30	<3sec	+1+



USHA WELFARE TRUST
for the happiness of others.

27/11/24

Reads 3x Coll

HR

Soma

no

com

UJH/2024/096416 Patient Name: Mr. Rishi DED NER Token No: 207
DATE: 4/11/2024 08:17:38 PM Gender: Male
ADHA Department: NER CASUALTY-SH
Age: 35 (Female)
DO VKEY
Mobile No: 9876543210
Address: A-68 H BLOCK MAYAPUR VTH 43-1, South Delhi, DELHI, INDIA
CASUALTY AND EMERGENCY HALL 1
PAEDIEMG Postgraduate HALL 2
Barcode
F/S/W/H/D of

संकेत-1/5/11-1
दिल्ली
NEW DELHI
ORD
फोन नं
आप/Inmate
सेल/Cell
आप/Inmate Address

Soma
निदान/Diagnosis

तारीख
Date

4/11/24
Bp- 107/75
P- 165
SpO2- 90
R- 97
Wt- 16.5

यु.
Asol
Vany 10/10/24

1/2/24

USG JLO → Liver Abscess
45cc
Admit 1 L-IP L-6

Plan
c/c. Spina, CRP
Chet x 100
USG w/ A-1



USHA WELFARE TRUST
for the happiness of others.

ADMITTED

Dr. HARISH
PG Resident

Soma / syz / r
Multiple liver Abscess

19/09/24

WT: 16.5 kg

15/09
enlarged: 8.8cm
12cm, enlarged.
Segment - VII - 115 cc abscess
C organised contents
Segment - II & 150 cc - predominantly
org. contents
impending rupture
Pleural effusion - minimal

Adv

(1) Orally Allowed / 4kg

Dy (2) inj Clonazepam 200mg
iv x 800

Dy (3) inj Clonazepam 250mg in
iv x 800 x iv QID.

Dy (4) inj Metoprolol 320mg
iv x 7 TDS.

(5) inj Pantop x 15mg
iv x QD x BAS

(6) T. MVI x QD.

(7) inj amoxicillin x 2mg
iv x SOS

(8) inj PCM x 180mg
iv x SOS

Temp Monitoring

(9) inj Vit K x 10mg
iv x Stat

Dr. Nisha Swami
PG Resident
Department of Paediatrics
VMMC & Safdarjung Hospital
New Delhi - 110029

IVIR call
arrange for intervention

एक्स-रे विभाग : सफदरजंग अस्पताल, नई दिल्ली
X-RAY DEPARTMENT : SAFDARJUNG HOSPITAL, NEW DELHI

रोगी का नाम Name of Patient	आयु Age	स्त्री/पुरुष Sex	वा. नं. Ward	विस्तर संख्या Bed No.	युनिट Unit	मासिक आय Monthly Income
Sonea	55	म		W-18		रु. Rs.

मेजने वाले Referred by	ओ.पी.डी. नं./चि.रि.वि. संख्या OPD No./MRD No. 128543	सी.जी.एच.एस. टोकन नम्बर CGHS Token No.
---------------------------	---	---

किस अंग विशेष की जांच होगी है Exact part to be examined	तारीख Date 3/10/24
--	-----------------------

संक्षिप्त रोग संबंधी नोट Short Clinical Notes	चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer
--	---

रोग संबंधी निदान CLINICAL DIAGNOSIS	पद Designation
--	-------------------

एक्स-रे नम्बर X-RAY NO.	
----------------------------	--

एक्स-रे फिल्मों का नम्बर और आकार No. and size of films :	
---	--

टेक्नीशियन Technician	एक्स-रे की रिपोर्ट X-RAY REPORT	एक्स-रे विशेषज्ञ Radiologist
--------------------------	------------------------------------	---------------------------------



USHAWELFARE TRUST
for the happiness of others.

4/10/24
28
एक्स-रे की रिपोर्ट
X-RAY REPORT

7

3

3

3

3

3

3

28

33

32

एक्स-रे विभाग : सफदरजंग अस्पताल, नई दिल्ली
X-RAY DEPARTMENT : SAFDARJUNG HOSPITAL, NEW DELHI

सं. 178
S.J.H.-178

आयु Age	स्त्री/पुरुष Sex	वार्ड Ward	बिस्तर संख्या Bed No.	यूनिट Unit	मासिक आय Monthly Income
55	F	ओ.पी.डी. OPD	18		रु. Rs.
ओ.पी.डी. नं./चि.रि.नं. संख्या OPD No./MED No.			सी.जी.एच.एस. टोकन नम्बर CGHS Token No.		
000			28523		
जि जांच होगी है examined			तारीख Date		
USC			3/10/24		
नोट Notes			चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer		
Chest			पद Designation		
निदान AGNOSIS					

का नम्बर और आकार
of films :

एक्स-रे की रिपोर्ट
X-RAY REPORT

एक्स-रे विशेषज्ञ
Radiologist



Some

more

can

can