

ब. रो. वि. कार्ड  
O.P.D. Card



अनुपम व दिन  
Section and Day  
बुधवार व शुक्रवार  
Tuesday & Friday

कैबिन नंबर  
Cabin No.

डॉ० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केंद्र,  
आर० बा० आर्यु० सं०, नई दिल्ली - ११००२९  
Dr. Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences  
A.I.I.M.S., New Delhi-110029

आचार्य प्रदीप शर्मा का एकक  
Prof. Pradeep Sharma's Unit

यु एच आई की संख्या  
UHID No. 102199064

रोगी का नाम Name of the patient	पुनःपुनरीक्षण SDW	लिंग Sex	वयु Age	पता Address
Paxi		F	34	

दिनांक DATE	निदान DIAGNOSIS
----------------	--------------------

29-4-19

उपचार Treatment  
EVA dose ↓ Out 5 (Dr. Kishna Meel)

Total  
Cycles - 5 cycles  
(last on 15/4/19)

Intravitreal  
Mepoloxan  
on 21-2-19

Next checkup:  
04/05/19



VS >90% Arefractile

कृपया इस कार्ड को सुरक्षित रखें तथा अस्पताल में दिखाने के समय हर बजत साथ लाएं  
Kindly keep this Card safely and bring it on your follow-up visits.

- धूमपान निषेध
- कूड़ा कर्कट केवल कूड़ेदान में ही डालें
- बुकिये नहीं

- In view of large Retinal tumor relapse with total R.O.

Case not amenable for Radiotherapy

Adj. MKLCE to 10% extra ocular extension  
Plan  
o ~~2000~~ for Suctionation ] ERRT / Intracel Chemotherapy

To meet Dr. Sameer Rakhidi

Dr. Sameer Rakhidi

Dr. Sameer Rakhidi

Dr. Sameer Rakhidi

(R) FMLT 1000 (3)

(R) ant up 10 x 00 (2)

2 artificial eye in (R)

Ubuprofen Symp

(1 नमूना) x 3 days

(1) Meximip 1000 (3)  
x 1000

Dr. Sameer Rakhidi

Dr. Sameer Rakhidi  
9773918706

नेत्र ईश्वरीय सर्वमूल्य उपहार है जिनका मनुष्य जीवन में दान करना परममूल्य है।

इनकी पुर्न रसा कीटिए ताकि वे आपकी रसा कर सकें।

Eyes are God's most precious gift to man kind. Take full care of them

So that they can take care of you

डॉ. राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केंद्र / Dr. Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences  
एन.एम.आर. विभाग / DEPARTMENT OF N.M.R.  
केलिनिकल एम. आर.आई. रीक्विजिशन फॉर्म / CLINICAL MRI REQUISITION FORM

1. Clinical Dept. or OPD \_\_\_\_\_ Date of Requisition 26/01/2025  
OPD No. 2025/01/25 OR No. \_\_\_\_\_ Ward / Bed No. \_\_\_\_\_  
2. Requiring Dept. Radio-diagnosis  Neuro-Radiology  Cardiac Radiology   
(Tick as appropriate)  
3. MR No. or Patient's Name 2025 Sex M Age 3.72 Sex Male  
(Use wall # in Black letters)  
4. Date of Birth: Day 29 Month 11 Year 2021 Wt 15kg Ht 103

5. General Patient Condition (Tick as appropriate):  
(a) Critical and with life support (b) Not with life support (c) Ambulatory  
6. Clinical History: K/S/O 2b to 2/o extraocular extension  
Examination: (L)

7. Relevant investigations: EF orbit & brain  
Previous CT / MR / Other Reports / Studies: \_\_\_\_\_  
(with numbers, if any)

8. Clinical Diagnosis: \_\_\_\_\_  
9. Exact Anatomical site for MRI: \_\_\_\_\_

10. Special instructions (Dietation, Allergy or other details which may facilitate a safe and informative study):  
11. (a) Contrast Enhancement Required: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(b) Implant in Body (Tick as appropriate):  
Cardiac Pacemaker \_\_\_\_\_ Aneurysmal clips \_\_\_\_\_ Cardiac valves/Prostheses \_\_\_\_\_  
Metallic Implants \_\_\_\_\_ Sharp metal \_\_\_\_\_ Others \_\_\_\_\_ None \_\_\_\_\_

12. Requester / Signature: \_\_\_\_\_  
13. MR / Name: \_\_\_\_\_  
(Use wall # in Black letters) 2025  
14. MR / Designation: \_\_\_\_\_  
Requester may be signed by a Faculty Member/ Resident

Haris

Adv

(2/15/19)  
of date

1) Go ahead for 8 # VEC as in OPD Unit

2) pass change

Q. Q. 5 of VEC

Tab entered using BD x 2 days

P/u on 2/5/19 via CRC

enc  
1/1/19  
L

FROM Q. 5

**MEDICAL ONCOLOGY, IRCH  
LIST OF APPOINTMENT FOR DAY CARE**

IRCH No 22188) UHID 192199064

Patient Name Miss PARI PARI

Age 3 Yes

Sex

Diagnosis

Protocol

<u>S.No.</u>	<u>App. Date</u>	<u>Treatment Type</u>	
1	15/4/2019 ✓	Chemotherapy	Less than 4 Hours
2	6/5/2019	Chemotherapy	None
3	27/5/2019	Chemotherapy	None

डे केयर से संबंधित विज्ञान निर्देश :

- \* डे केयर सुबह 8 AM से रात 9 PM तक खोला जाता है सभी अपॉइंटमेंट इसी समय के अनुसार की जाती हैं। डे केयर में सुबह 7:30 AM बजे से कार्ड लिए जायेंगे। ट्राय में आने वाले मरीज 11 AM बजे से पहले कार्ड ना जमा करें।
- \* डे केयर के लिए आप के साथ इस अपॉइंटमेंट स्लिप को लाना अनिवार्य है।
- \* सबसे पहले आपकी रिपोर्ट और उसका निरीक्षण डॉक्टर द्वारा किया जायेगा डॉक्टर द्वारा पुष्टि करने के बाद ही आपको पर्ची की पर्ची दी जाएगी। जिसे लेकर आप पहले काउंटर नंबर 13 पर 60 रूपए जमा करवाये उसकी रसीद लेकर काउंटर नंबर 1 से पर्ची का कागज ले और डे केयर में जमा करें।
- \* आपके उपचार में समय लगेगा इसलिए धैर्य से अपनी बारी का इंतजार करें। बारी से संबंधित कोई जानकारी की पूछताछ ना की जाए। उपचार के लिए अंदर बुलाने का काम कीमोथेरेपी के अंतगल दिवस कीमोथेरेपी के प्रकार आदि पर निर्भर करता है।
- \* मरीजों को एक रिश्तेदार के साथ आना होगा अन्यथा कीमोथेरेपी जूद कर दी जाएगी।
- \* डे केयर आने से पहले ओपीडी जाना और ओपीडी डॉक्टर से दवाइयां लिखवाना अनिवार्य है अन्यथा कीमोथेरेपी रद्द कर दी जायगी।
- \* सीबीसी, LFT, आप के साथ के साथ RFT रिपोर्ट लाल व पीली पर्ची जरूर साथ लाएं
- \* हल्का नाश्तू खा कर आएँ और साथ में भोजन और पानी, बीच में खाने पीने के लिए भी लाएं।
- \* ज्यादा पानी कम से कम 3,4 लीटर पानी पीने की सलाह दी जाती है।
- \* डे केयर से डिस्चार्ज होने से पहले अपने अगले अपॉइंटमेंट की पुष्टि करें।
- \* इलाज और दवाइयों के बारे में ओपीडी डॉक्टर से पूछें। शंका होने पर डे केयर डॉक्टर या नर्स से पुष्टि कर सकते हैं।



THE S.S.A. HOSPITALS AND CLINICS

Reg. No. 270005  
S. S. A. HOSPITALS AND CLINICS  
Punjab, INDIA



1999-01-01/0000

सी कैंसर अस्पताल  
Cancer Hospital  
S. HOSPITAL

201

OPR-6

Department  
IN HOSPITAL PREMISES

102199064

Reg. No./O.P.D. Regn. No.

Sex BIR/Date of Birth

Pari

FIS/WIH (02)

Sex

Age

Rajah  
Subar

M

3

Diagnosis

B/L R.B.

Date

Treatment

18/03/19

Cy VEC

2nd time  
day  
SAZ

inj-emeset 4mg IVP

inj-DERA 4mg IVP

inj-VCR 0.6mg slow IVP

inj-ETOPOSIDE 120mg D1 M 100ml S-I-P

inj-CARBOPLATIN 220mg IVP 100ml S-I-P

Post chemotherapy

Tah Emeset 4mg BD x 3 days

3 दिन  
24 घंटे तक  
465

~~inj-DERA 4mg~~

MU on 11/04/19 TCBC

STWT-5 8.30 AM

अंगदान जीवन का बहुमूल्य उपहार/ORGAN DONATION - A GIFT OF LIFE

O.R.B.O. AIMS, 26533360, 26533444, www.orbo.org Helpline - 1060 (24 hrs service)

Organ donation facility is available for outstation patients



13	Aadhar Card No., if any (Attach self attested copy)	
	I hereby share my Aadhaar Number issued by UIDAI & voluntarily give my consent to link my Aadhaar Number with my request for financial assistance under RAN/HMCPF/Rare Disease/HMDG Schemes. I also authorize Ministry of Health & Family Welfare to use my Aadhaar card details & identity information for authentication with UIDAI.	

**DECLARATION**

1. I declare that the information given above is correct and complete in all respect.

2. I am not covered for benefits under Pradhan Mantri Jan Arogya Yojna (PMJAY).

OR

(For rare diseases)

Though I am covered under PMJAY, the amount of financial assistance required, indicated at Column 10 above, is only for packages not covered under PMJAY.

Date : \_\_\_\_\_

Signature of the Applicant/Patient

*[Handwritten Signature]*

**TO BE FILLED BY THE M.O. INCHARGE OF THE CASE/HOSPITAL, ETC.  
WHERE THE PATIENT IS RECEIVING TREATMENT**

1. Name of the Patient & Hospital Registration No.     Pari      
    102199064
2. Gist of Reports of important Investigations done     USG, MRI
3. Diagnosis-A short Note on the present clinical conditions may be indicated     Blc Retinoblastoma      
    (LE) - grp D
4. If the patient has been operated, please Indicate the date of operation     RE unclassified (20/2/19)
- 5.(a) The name of the Hospital where the patient is receiving treatment.     RP Centre, ANMC, Delhi
- (b) Whether Hospital is Government or Private.     Govt
6. Amount recommended for treatment     ₹ 1,53,000/-
7. Probable date of operation/intervention \_\_\_\_\_



**Application for Financial Assistance under Umbrella Scheme Rashtriya Arogya Nidhi (RAN)  
and Health Minister's Discretionary Grant (HMDG)**

(Please tick mark)

Rashtriya Arogya Nidhi		HEALTH MINISTER'S DISCRETIONARY GRANTS	
Health Minister's Cancer Patient Fund			
Rare Diseases			

1	Name of the Patient (In Block Letters)	PARI PASWAN
2	Age	3 yr. 8 mths 24.9.15
3	(a) Permanent Address along with Pin Code	V- Awathai Basant, Mokalla- Awathai, Mohammadabad Graazipur, Uttar Pradesh
	(b) Address for correspondence	"
4	(a) Email Address (if available)	—
	(b) Mobile No. (if available)	8417932632
5	(a) Father's /Mother's name	Rajesh Kumar Paswan
	(b) Husband/wife's name	—
6	Applicant's Relationship with the Patient	Father
7	Disease from which suffering (Name of the disease)	B/L Retinoblastoma (L.E. G.O.P)
8	Whether the applicant or the person on whom the patient is dependent, is an employee of Centre/State Government /Pensioner	— x —
9	Monthly Income of the applicant and all family members from all sources issued by Tehsildar/BDO/SDO/SDM/DC. (Original Income Certificate should be attached. However, where online certificates are issued, self attested copy of income certificate may be enclosed)	Rs. 2500/- vide I.C. No- 654161060932 / 1.10.16
10	Amount of Financial Assistance required	Rs. 153000/-
11	Whether financial assistance has been received from (a) any Ministry/Department other than Ministry of Health & Family Welfare such as Prime Minister National Relief Fund or CM Relief Fund for treatment of the same disease.	— x —
	(b) Ministry of Health & Family Welfare earlier. If so, full details may be given.	—
12	Attach self attested copy of the Ration Card	✓



भारत सरकार

Government of India



परी पारवाण

Pari Paswan

माता : संजू देवी

Mother : Sanjoo Devi

जन्म तिथि / DOB : 01/03/2016

प्रतिता / Female

एक अक्षर 5 वर्ष की उम्र तक ही है।

3120 4200 4010



बाल आधार

शेरा आधार, शेरी पर्याण



कृषि विभाग, भारत सरकार

Ministry of Agriculture, Government of India

पता:

श्रीमती. प्रमोद कुमारी मुखर्जी,  
आर्य समाज, 2333227,  
अरुणखोरा, उत्तर प्रदेश, 2033227

Address:

Mrs. Premod Kumari Mukherjee,  
Arya Samaj, Ghazipur,  
Arunkhora, Uttar Pradesh, 2033227

3120 4200 4010



781

संलग्नक (पत्र)

संलग्नक (पत्र)